

**ПАРАМНЕЗИИ (ПСИХОПАТОЛОГИЧЕСКИЕ ОСОБЕННОСТИ,  
СИСТЕМАТИКА, ДИАГНОСТИЧЕСКОЕ ЗНАЧЕНИЕ)**

*Владимир Иванович Крылов<sup>1</sup>, Елена Владимировна Воронова<sup>2</sup>*

<sup>1</sup>*Первый Санкт-Петербургский государственный медицинский университет им. И.П. Павлова,  
97022, г. Санкт-Петербург, ул. Льва Толстого, 6, кв. 8, e-mail: Krylov2056@ya.ru;*

<sup>2</sup>*Психоневрологический диспансер Фрунзенского района,  
190013, г. Санкт-Петербург, пер. Подъездной, 21, e-mail: Varono1967@ya.ru*

**Реферат**

В статье рассмотрены психопатологические особенности, диагностическое и прогностическое значение основных клинических вариантов ложных воспоминаний — парамнезий. Выделены обязательные и факультативные клинические признаки парамнезий.

**Ключевые слова:** нарушения памяти, ложные и искажённые воспоминания, парамнезии.

PARAMNESIAS (PSYCHOPATHOLOGICAL FEATURES,  
SYSTEMATIC AND DIAGNOSTIC VALUE)

Vladimir I. Krylov<sup>1</sup>, Elena V. Voronova<sup>2</sup>

<sup>1</sup>First I. P. Pavlov St. Petersburg state medical University,  
197022, St. Petersburg, Leo Tolstoy str, 6, fl. 8,  
e-mail: Krylov2056@ya.ru;

<sup>2</sup>Psychoneurological dispensary of Frunzensky district,  
190013, St. Petersburg, Driveway str, 21,  
e-mail: Varono1967@ya.ru

**Abstract**

There were studied psychopathological features, diagnostic and prognostic value of the main clinical variants of false memories-paramnesias. Obligatory and optional clinical signs of paramnesias were shown.

**Keywords:** memory disorders, mistaken and distorted remembrance, paramnesias.

**И**зменение подходов к диагностике, внедрение в клиническую практику новых классификационных схем, стремление к стандартизации лечебных подходов определяют актуальность обращения к проблеме психопатологической диагностики и систематики психических и поведенческих расстройств.

Когнитивные расстройства включают широкий круг нарушений внимания, памяти, речи, мышления, интеллекта, исполнительных функций. Нарушения памяти — наиболее часто встречающийся признак экзогенно-органических и эндогенно-органических заболеваний головного мозга различной этиологии [1]. Клиническими проявлениями расстройств, относимых к органи-

ческим заболеваниям головного мозга, бывают как количественные, так и качественные нарушения памяти. К сожалению, диагностика когнитивной дисфункции в Международной классификации болезней 10-го пересмотра и классификатора DSM-5 (от англ. Diagnostic and Statistical Manual of mental disorders) основана только на выявлении количественных нарушений памяти, качественные нарушения памяти — парамнезии — не нашли отражения в диагностических указаниях. Между тем, появление качественных нарушений памяти (парамнезий) обычно свидетельствует об усугублении тяжести состояния, требует модификации лечебной и реабилитационной тактики.

**Парамнезии** (*para* — около, *amnesia* — потеря памяти) — качественные расстройства памяти, проявляющиеся ложными или искажёнными воспоминаниями о прошлом. Приставка *para* (пара) указывает на наличие изменений, отклонений в содержании воспоминаний.

При парамнезиях присутствует смешение в воспоминаниях прошлого и настоящего, реального и воображаемого. В большинстве случаев парамнезии сочетаются с выраженными в различной степени количественными расстройствами памяти.

Единое мнение о клинической сущности и границах понятия парамнезии до настоящего времени отсутствует. Существует два принципиально различных подхода к толкованию термина «парамнезия». Сторонники первой точки зрения считают обоснованным отнесение к парамнезиям только тех вариантов ложных воспоминаний, при которых отсутствуют патологический вымысел и интерпретация вспоминаемого. В этом случае речь идёт о так называемых первичных, или истинных, парамнезиях, не связанных с нарушением других психических процессов.

Приверженцы противоположной точки зрения считают оправданным отнесение к парамнезиям ложных либо искажённых воспоминаний, обусловленных нарушением других психических процессов, — восприятия, мышления, эмоций. Особую роль в развитии парамнезий отводят воображению.

Решающее значение для унификации диагностической квалификации имеет выделение облигатных (сущностных) и факультативных (вариативных) признаков парамнезий. К числу облигатных могут быть отнесены три основных признака.

1. Несоответствие содержания воспоминаний реально происшедшим событиям, присутствующим в действительности фактам. Ложные воспоминания больные рассматривают как реальные эпизоды их прошлой жизни. Нарушение хронологии событий игнорируют. Больные убеждены в достоверности и правдивости воспоминаний, не замечают очевидных противоречий, несоответствия сообщаемых ими сведений действительности.

2. Непреднамеренный характер ложных или искажённых воспоминаний отличает их от произвольных фантазий, имеющих явную или скрытую мотивацию, вымыслов псевдологов, всегда преследующих определённую цель. «Больные «непреднамеренно выдумывают то, что им кажется подходящим для данного момента» [2].

3. Отсутствие критического отношения к ложным воспоминаниям. Парамнезии, как и бредовые идеи, представляют собой ложные суждения, не соответствующие реальной действительности. Авторы разделов по общей психопатологии в учебниках и руководствах избегают психопатологической квалификации ошибочных воспоминаний больных, подчёркивая их сходство с бредовыми идеями. Отграничению парамнезий от бредовых идей помогают следующие моменты. Конфабуляции в отличие от бредовых идей основаны не на искажённом восприятии либо ошибочной интерпретации происходящего вокруг, а на ошибочных воспоминаниях о событиях прошлого. В отличие от бреда при ложных воспоминаниях возможно разубеждение больного. Кроме того, парамнезии, как правило, выявляют при направленном расспросе о событиях прошлого.

Факультативные признаки ложных воспоминаний характерны для отдельных клинических вариантов парамнезий.

1. Наличие или отсутствие провоцирующего фактора. Различают спонтанные и спровоцированные воспоминания. В первом случае ложные воспоминания не связаны с внешними ситуационными факторами, как правило, отличаются устойчивостью и стабильностью содержания. Во втором случае воспоминания спровоцированы ситуационными моментами — расспросом, разговором на определённую тему, встречей с конкретным человеком. Спровоцированные воспоминания изменчивы, не имеют постоянного содержания.

2. Особенности фабулы воспоминаний (обыденные — фантастические). В одних случаях воспоминания имеют правдоподобный обыденный характер, связаны с профессиональной деятельностью или бытовой сферой, в других случаях воспоминания приобретают фантастический, нелепый характер.

3. Наличие или отсутствие количественных нарушений памяти. Ложные воспоминания могут иметь заместительный характер при наличии общей прогрессирующей либо фиксационной гипомнезии. В этом случае ложные интервалы заполняют пробелы памяти. Реже возникновение ложных воспоминаний наблюдают на фоне сохранной памяти, без признаков мнестического снижения.

4. Возможность или утрата возможности разубеждения больного в ошибочности ложных воспоминаний. В одних случаях парамнезии представляют собой кратковременные «мгновенно исчезающие» ложные воспоминания, их содержание изменчиво, непостоянно, в других содержание воспоминаний удерживается в памяти в течение достаточно длительного времени без значительных изменений. Возможность логической коррекции ложных воспоминаний зависит от степени выраженности интеллектуально-мнестического снижения. По мере усугубления тяжести психоорганической симптоматики возможность логической коррекции ложных воспоминаний постепенно утрачивается.

Наиболее часто встречающиеся в клинической практике варианты парамнезий — **псевдореминисценции и конфабуляции**. Псевдореминисценции (иллюзии памяти) — ложные воспоминания о действительно происшедших событиях со смещением их по оси времени. Как правило, происходит перенос событий из прошлого в настоящее. События далёкого прошлого воспринимаются как недавние, тогда как события последнего

времени — как давно прошедшие. По содержанию псевдореминисценции имеют обыденный, правдоподобный характер. В содержании псевдореминисценций действительность и вымысел сосуществуют. Воспоминания о действительно происшедших событиях переплетаются с воспоминаниями о событиях, которых на самом деле не было. Роль воображения в возникновении псевдореминисценций минимальна.

Возникновение псевдореминисценций наблюдаются на фоне выраженного прогрессирующего снижения памяти. Ложные воспоминания в одних случаях замещают собой пробелы, «лакуны ослабленной памяти», в других случаях происходит «нарушение связи событий во времени» [3].

Выявляют псевдореминисценции при активном целенаправленном расспросе, провоцируют вопросами о происшедших в прошлом событиях.

Псевдореминисценции — один из компонентов корсаковского амнестического синдрома травматической, инфекционной и интоксикационной этиологии. Ложные воспоминания обыденного содержания нередко встречаются при так называемых парамнестических деменциях атрофической и сосудистой этиологии. Развитие псевдореминисценций в структуре корсаковского амнестического синдрома связано с фиксационной амнезией, а в структуре синдрома деменции — с прогрессирующей гипомнезией.

Термин «конфабуляции» используют в психиатрической литературе в различных значениях. Конфабуляции (галлюцинации памяти) — от фр. *fabulation* — вымысел, принявший форму воспоминания. В психиатрии и клинической психологии в понятие конфабуляция вкладывают различное содержание. В клинической психологии термин конфабуляция используют при интерпретации пробы на запоминание 10 слов. Термином «конфабуляция» обозначают феномен замены понятий, включённых в предлагаемый для запоминания ряд на понятия, не предназначенные для запоминания.

Психопатологическое значение термина «конфабуляция» предполагает отнесение к конфабуляциям ложных воспоминаний о событиях, которых никогда не было в жизни больного. Конфабуляции представляют собой «патологический вымысел, принимаемый больным за воспоминание о реальных событиях прошлого» [4].

Приверженцы альтернативной точки зрения, основываясь на этимологическом анализе

термина, рассматривают конфабуляции в качестве нарушения памяти, при котором больные рассказывают о действительных событиях, но с «добавлением вымышленных фактов» [5, 6]. Термин «псевдореминисценция», по их мнению, следует использовать при замещении больными пробелов памяти рассказами о событиях, не происшедших в действительности. Сторонники данной позиции считают более обоснованным использование термина «конфабуляции» при квалификации иллюзий памяти, а термина «псевдореминисценции» — для обозначения галлюцинаций памяти.

Собственное оригинальное толкование термина «конфабуляции» предложено в работах Д.В. Романова [7]. Автором описаны так называемые **коэнестенопатические конфабуляции**, отражающие в первую очередь патологию процесса воображения. При этом по сути ставится знак равенства между понятиями конфабуляции и фантазии. Конфабуляции, связанные с патологическими телесными ощущениями, автор рассматривает в качестве идеаторного компонента коэнестенопатического синдрома. Под конфабуляциями понимаются «нестойкие, часто меняющиеся по содержанию фантазии», в которых больные объясняют себе причины появления тягостных телесных ощущений. Фантазии больных представляют собой «естественное психологически понятное» объяснение причин телесного дискомфорта.

На наш взгляд, использование термина «конфабуляции» для квалификации нарушений, наблюдаемых у больных с патологическими телесными ощущениями, мало обосновано. Прежде всего, вектор переживаний больных обращён в настоящее, что не позволяет квалифицировать данные нарушения как ложные или искажённые воспоминания. Кроме того, при квалификации ошибочных суждений о причинах изменения самочувствия автор сравнивает их с автоматическими мыслями. Понятие «автоматические мысли», заимствованное из когнитивной психологии, нельзя использовать при оценке психопатологических феноменов. При таком подходе происходит недопустимое смешение понятийного аппарата психиатрии и клинической психологии.

Близкую позицию по вопросу о соотношении понятий «конфабуляция» и «фантазия» занимают Ц.П. Короленко, И.В. Дмитриева и И.С. Богачека. [8]. Авторы относят к конфабуляциям произвольные, ситуационно обусловленные фантазии, наблюдаемые у людей нарциссического склада.

Подобное расширенное толкование термина «конфабуляции» представляется недостаточно обоснованным и вызывает ряд возражений. Во-первых, патологическое фантазирование в отличие от конфабуляций носит произвольный характер. Сохранена возможность произвольного видоизменения сюжета. Содержание вымыслов определяется особенностями складывающейся ситуации. В случаях истероидных фантазий прослеживается механизм условной выгоды. Содержание вымысла определяется желанием добиться выгоды, избежать неприятностей. Обращает на себя внимание желание больных произвести впечатление, поразить окружающих, «пустить пыль в глаза». Кроме того, в большинстве случаев к вымыслам сохраняется критическое отношение. Наконец, в отличие от истинных конфабуляций у больных с псевдологией обычно отсутствуют выраженные количественные нарушения памяти в виде прогрессирующей гипомнезии.

Конфабуляции всегда имеют определённый сюжет, «складывающийся из соподчинённых и последовательных событий», отличаются устойчивостью содержания и длительностью существования. Ложные воспоминания могут иметь монотематичный или политематичный характер. Обычно в рассказах больных фигурирует два-три основных сюжета, которые с некоторыми дополнениями воспроизводятся.

Ложные воспоминания фантастического содержания более устойчивы в сравнении с воспоминаниями обыденной тематики. Возможность разубеждения больных при фантастических конфабуляциях, как правило, отсутствует. В одних случаях при повторении рассказа содержание воспоминаний воспроизводится без значительных изменений, в других под влиянием ситуационных факторов меняются отдельные детали.

Замещающие или мнемонические конфабуляции возникают на фоне грубых количественных нарушений памяти по типу фиксационной амнезии либо прогрессирующей гипомнезии. Обычно они имеют правдоподобный, обыденный характер. Содержанием мнемонических конфабуляций бывают события прошлых дней и месяцев, а иногда и лет, предшествовавших началу болезни. При направленном расспросе воспоминания больных обрастают новыми деталями и подробностями, не выходящими за пределы бытовой и профессиональной тематики.

Относительное постоянство воспоминаний, стабильность основной сюжетной линии при синдроме Корсакова обеспечены сохранностью трёх основных составляющих памяти — сохранения, узнавания, воспроизведения, а изменчивость деталей воспоминаний определяется активностью репродуктивного воображения.

Развитие конфабуляций фантастического содержания в структуре деменции бывает следствием выраженного снижения интеллекта и ослабления критических способностей — непониманием больными того, что описываемые ими события не могли происходить в действительности.

В литературе конфабуляции подразделяют на первичные, или истинные, и вторичные, производные от нарушений других психических процессов. Вторичные конфабуляции имеют сложную психопатологическую структуру, включают симптоматику, относимую к различным регистрам нарушения психической деятельности.

При вторичных конфабуляциях грубых нарушений памяти часто нет. Данное обстоятельство служит основанием для постановки вопроса о месте вторичных конфабуляций в общей семиотике психических расстройств и правомерности их отнесения к нарушениям памяти.

Основными клиническими вариантами вторичных парамнезий считают бредовые, галлюцинаторные и онирические конфабуляции. Вторичные конфабуляции возникают, как правило, при так называемых функциональных психозах, относимых в современных классификациях к расстройствам шизофренического и аффективного спектра.

При **бредовых конфабуляциях** на фоне сохранной памяти возникают ложные воспоминания, содержательно связанные с тематикой бредовых идей. Происходит своеобразный перенос в прошлое болезненных переживаний с бредовым толкованием периода жизни, предшествовавшего началу болезни. Ложные воспоминания становятся своеобразным строительным материалом для формирования на их основе фабулы бредовых идей. Возникновение бредовых суждений и умозаключений происходит за счёт бредовой переработки воспоминаний по механизмам чувственного и интерпретативного бреда [9]. Бредовые идеи «дополняются» ложными фантастическими воспоминаниями.

Конфабуляторный механизм бредообразования характерен для группы так называемых функ-

циональных психозов. Бредовые конфабуляции обычно бывают компонентом параноидного или парафренного синдрома. При этом содержание конфабуляций во многом зависит от модальности доминирующего аффекта. При доминировании гипертимного аффекта наблюдают так называемые экспансивные конфабуляции с идеями величия, богатства, высокого происхождения. В случаях бреда Котара при преобладании гипотимного аффекта содержанием конфабуляций становятся ипохондрические, нигилистические утверждения, идеи греховности.

Особая разновидность ложных воспоминаний, связанных с бредовыми идеями, — так называемые **паралитические конфабуляции**. Ложные воспоминания в этом случае имеют не только фантастический, но и явно нелепый, противоречивый характер. Паралитические конфабуляции наблюдают у больных прогрессивным параличом на фоне выраженного интеллектуально-мнестического снижения.

**Галлюцинаторные и псевдогаллюцинаторные конфабуляции** (ретроспективные галлюцинации памяти) имеют в своей основе зрительные, реже слуховые обманы восприятия, которые воспринимаются больными в качестве событий, происходивших в действительности. Галлюцинаторные воспоминания Кальбаума становятся одним из компонентов галлюцинаторно-параноидного либо парафренного синдрома. Болезненные переживания, связанные с обманами восприятия, фиксируются как реальные события и проецируются в прошлое.

В основе псевдогаллюцинаций памяти Кандинского лежит «созданный воображением факт содержания слуховой или зрительной псевдогаллюцинации» [10]. Псевдогаллюцинаторные образы, зафиксированные памятью, принимают форму воспоминаний о якобы реальных событиях, происходивших в прошлом.

В одних случаях возникновение галлюцинаторных и псевдогаллюцинаторных воспоминаний характеризуется относительной, в других случаях — абсолютной произвольностью возникновения. В первом случае возникновение «воспоминаний забытого» сопровождается переживанием «усилия для того, чтобы вспомнить забытое» [11]. Во втором случае в отличие от «воспоминания, пережитого ранее и потом забытого» переживания активного припоминания амнезированных событий нет [12]. Псевдогаллюцинации памяти — основа конфабуляторной парафрении Э. Крепелина [13].

**Онирические конфабуляции** связаны с различными вариантами состояний помрачения сознания, сопровождающихся парциальной амнезией болезненных нарушений. Онирические конфабуляции развиваются после выхода больных из состояний делириозного либо сумеречного расстройства сознания.

Особое положение в ряду парамнезий занимают так называемые **кататимные конфабуляции**, наблюдаемые в структуре паранойяльного синдрома. Как известно, при паранойяльных состояниях возникает парциальная, избирательная гипермнезия, ограниченная зоной болезненных переживаний. Кататимное аффективно окрашенное переживание определяет искажение характера воспоминаний, имеющих отношение к фабуле сверхценных либо бредовых идей. В большинстве случаев возникновение искажённых воспоминаний происходит за счёт «искажения временной перспективы», отдельных деталей происходивших событий. Для подтверждения правоты и истинности своей позиции больные привлекают события и факты, происходившие в действительности, но в другое время. В связи с этим более обосновано, по нашему мнению, использование в данном случае общего термина «кататимная парамнезия» либо квалификация ложных воспоминаний как кататимной псевдореминисценции.

Отдельного рассмотрения заслуживает вопрос о психопатологической квалификации и месте пароксизмальных феноменов «уже пережитого», «уже виденного» и «никогда не виденного» в общей семиотике психических нарушений. В литературе одни авторы рассматривают данные феномены в качестве особого варианта парамнезий [14, 15], другие относят к нарушениям самосознания [4].

Феномены «уже виденного» и «уже слышанного», как и феномены «никогда не виденного» и «никогда не слышанного», возможны в изолированном виде либо могут входить в структуру сложного психопатологического синдрома.

Феномен «уже пережитого» выражается в чувстве знакомости, повторяемости, а иногда и полной тождественности впечатлений в процессе восприятия — «всё это уже происходило так же, как происходит в настоящее время». Чувство знакомости происходящего вызывает несовпадение отдельных деталей окружающего, а общая оценка — всей обстановки в целом, в первую очередь собственного состояния. Больные часто

подчеркивают, что повторяется не само событие, а именно их душевное состояние в аналогичной ситуации.

У значительной части больных сохраняется понимание того, что им никогда ранее не приходилось переживать данное состояние. Несмотря на это, они пытаются вспомнить, когда это событие происходило. При этом больным, как правило, не удаётся соотнести воспоминание с определённой датой в прошлом, происходит «отнесение воспоминаний к неопределённому прошлому» [16].

Переживание «уже виденного», «уже слышанного» может иметь отставленный во времени характер, возникая через некоторое время после попадания в определённую ситуацию — «мнестический феномен уже виденного и уже слышанного» [16].

**Криptomнезия** (от греч. *kryptos* — тайный, скрытый) — нарушение памяти, при котором частично или полностью стирается грань между действительно происходившими событиями и событиями, о которых больной читал или слышал от окружающих. В основе криптомнезии лежит утрата способности к идентификации источника информации.

Выделяют два клинических варианта данного феномена. В первом случае (ассоциированные криптомнезии) отмечают своеобразное «присвоение» больным фактов, полученных от окружающих, из средств массовой информации, книг, кинофильмов. Во втором случае (отчуждённые криптомнезии) происходит отчуждение воспоминаний о реальных событиях прошлого. Воспоминания о событиях прошлого воспринимаются так, словно этого не было на самом деле. Реально происходившие события расцениваются больными в качестве информации, полученной от окружающих, прочитанной в книге, увиденной в кино. Часто действительно происходившие события воспринимаются как увиденные во сне.

Криptomнезии возникают при экзогенно-органических и эндогенно-органических заболеваниях головного мозга. Наиболее часто криптомнезии бывают компонентом психоорганического синдрома при поражении теменно-височных отделов головного мозга при деменциях альцгеймеровского типа.

**Экмнезии.** Ложные воспоминания с направленностью переживаний в прошлое одни авторы относят к псевдореминисценциям [3], другие рассматривают в качестве самостоятельного психопатологического феномена [14, 15]. При

экмнестических парамнезиях все вымышленные события соотносятся с прошлым. Ложные воспоминания полностью заполняют сознание, вытесняют текущие события. Происходит своеобразный сдвиг ситуации в прошлое. Полностью стирается грань между прошлым и настоящим. События прошлого переживаются как происходящие в данный момент, в данном месте. Критическое отношение к болезненным нарушениям отсутствует.

**Эхомнезия** (от греч. *echo* — отголосок) — нарушение памяти, при котором различные события многократно воспроизводятся повторно. В случае эхомнезии отмечают субъективное переживание повторяемости одних и тех же событий. При этом происходящие события проецируются как в прошлое, так и в настоящее. В отличие от псевдореминисценций воспоминания при эхомнезии не носят замещающего характера.

Эхомнезия имеет определённое сходство с различными клиническими вариантами феномена уже пережитого, уже виденного, уже слышанного. В отличие от нарушений, обозначаемых термином «уже пережитое», при эхомнезии отсутствует полная тождественность наблюдаемых репереживаний. В случае эхомнезии отмечают сходство, но не идентичность повторяющихся переживаний. Обычно больные отмечают, что предыдущие переживания были «не совсем такими», как последующие.

Кроме того, эхомнезия имеет сходство клинических проявлений с феноменом флэшбэк [9]. Однако в отличие от флэшбэка репереживания при эхомнезии распространяются на события повседневной обыденной жизни (приём пищи, выполнение гигиенических процедур и т.д.). При флэшбэке происходит не непосредственное, а отсроченное репереживание психотравмирующих событий прошлого.

Появление репереживаний по типу эхомнезии — признак, свидетельствующий о поражении височно-теменной области, что имеет существенное значение для клинической диагностики деменций альцгеймеровского типа.

**Редулицированная парамнезия Пика** (*re* — снова, опять, *duplio* — удвоение) — удвоение переживаний обыденной жизни, уверенность в существовании двойных объектов окружающего мира. Одни и те же события повторяются несколько раз. Происходит нарушение реально существующих объектов, ситуаций с образами памяти. Редулицированную парамнезию одни

авторы рассматривают в качестве разновидности эхомнезии [3], другие — в качестве самостоятельного парамнестического феномена [15]. Более обоснована и аргументирована вторая позиция, так как в отличие от эхомнезии при данном феномене отсутствует переживание повторения бывшей ранее ситуации. Сущностный признак редуцированной парамнезии — уверенность в удвоении, а не в повторении объектов и ситуаций.

Некоторые авторы рассматривают редуцированную парамнезию в качестве одного из вариантов нарушения самосознания в виде аллопсихической деперсонализации [14]. Возникает при грубых органических поражениях головного мозга атрофической и сосудистой этиологии, прогрессирующем параличе.

В тех случаях, когда психическое состояние больного полностью определяется содержанием ложных воспоминаний на фоне сохранной ориентировки в собственной личности и окружающем, речь идёт о синдроме **конфабулёза**. В литературе конфабулёз рассматривают как один из вариантов переходных синдромов К. Вика [17]. Наблюдают в период обратного развития симптоматических психозов различной этиологии. Он представляет собой этап между обратимыми синдромами помрачения сознания и формирующимся психоорганическим синдромом.

Основное проявление конфабулёза — ложные воспоминания фантастического характера о событиях, якобы происшедших с больным в прошлом. В отличие от конфабуляторной спутанности все виды ориентировки у больного сохранены.

Конфабулёз может иметь острое или хроническое затяжное течение. Острый конфабулёз внезапно возникает и так же внезапно заканчивается. Ложные воспоминания часто имеют меняющийся, нередко нелепый характер. Прослеживается настойчивое стремление больных доказать и убедить собеседника в реальности воспоминаний. В одних случаях ложные воспоминания возникают на фоне благодушного настроения, эйфории, в других случаях подъёма настроения не отмечают. Рассказ о «приключениях и подвигах» ведётся спокойно, «тоном хроникёра». Реже ложные воспоминания наблюдают на фоне сниженного настроения. Амнезии болезненных нарушений нет. Выход из психотического состояния происходит с полной критикой, больные испытывают неловкость, смущение.

При хроническом течении конфабулёза отмечают тенденцию к расширению и видоизменению сюжета ложных воспоминаний. Содержание конфабуляций приобретает политематичный характер.

В отличие от Корсаковского амнестического синдрома при конфабулёзе отсутствуют фиксационная амнезия и амнестическая дезориентировка. Ложные воспоминания не связаны с провалами в памяти.

Синдром конфабулёза развивается при интоксикационных, инфекционных и соматогенных психозах. Конфабулёз описан у больных сыпным и возвратным тифом, малярией, риккетсиозами [9]. Хроническое рецидивирующее возникновение конфабулёза возможно при сосудистых заболеваниях головного мозга.

**Конфабуляторная спутанность** характеризуется наплывом конфабуляций, нарушением ориентировки в месте и времени при наличии сохранной ориентировки в собственной личности, ложными узнаваниями, растерянностью, бессвязностью мышления. Характерны так называемые онирические конфабуляции.

Ложная ориентировка в окружающем постоянно меняется. Больные считают, что они находятся не в медицинском учреждении, а у себя дома, в гостях у друзей, на экскурсии, на свадьбе. Разговаривают не с врачом, а с членом семьи, сослуживцем.

При конфабуляторной спутанности конкретные объекты окружающего мира в отличие от делирия и онейроида воспринимаются правильно, иллюзии и галлюцинации отсутствуют. Фантастические события, о которых рассказывает больной, в отличие от классических синдромов помрачения сознания имеют отношение не к настоящему, а к прошлому.

Конфабуляторную спутанность рассматривают в качестве переходного промежуточного состояния между психопатологическими синдромами экзогенного и органического типа [17]. Чаще всего это состояние наблюдают после делириозного помрачения сознания при инфекционных и интоксикационных психозах.

Эпизоды конфабуляторной спутанности отмечают при деменциях атрофического и сосудистого происхождения. При сосудистых заболеваниях головного мозга эпизоды сосудистой спутанности, как правило, имеют тенденцию к повторению в ночное время.

**Насильственные воспоминания.** С известной долей условности к парамнезиям можно отнести феномен насильственных воспоминаний. Термин «насильственные воспоминания» используют в литературе для обозначения пароксизмальных преходящих нарушений памяти [18].

При насильственных воспоминаниях помимо желания больного возникает субъективно тягостная потребность вспомнить что-то очень важное, значимое. Непроизвольно возникающие воспоминания не имеют конкретного содержания, представляют собой абстрактные, символические образы. Больные не могут понять, что именно они должны вспомнить. Предмет воспоминания постоянно ускользает от больного. Субъективная тягостность насильственных воспоминаний во многом определяется отсутствием понимания того, что именно нужно вспомнить.

Возникновение насильственных воспоминаний сопровождается ухудшением запоминания текущих реально происходящих событий. После завершения эпизода насильственных воспоминаний, как правило, отмечают амнезию реальных событий.

Насильственные воспоминания занимают особое положение в общей семиотике психических и поведенческих расстройств. С одной стороны, при насильственных воспоминаниях возникают качественно новые проявления психической деятельности — сменяющие друг друга незавершённые, лишённые чёткой конкретной фабулы воспоминания. Данное обстоятельство даёт основания для рассмотрения насильственных воспоминаний в качестве позитивной психопатологической симптоматики. С другой стороны — выпадение воспоминаний о реальных событиях, отсутствие предмета воспоминаний, что становится доводом в пользу отнесения насильственных воспоминаний к негативной симптоматике.

Феномен насильственных воспоминаний развивается при органических заболеваниях головного мозга с поражением левой височно-теменной области [18].

#### ЛИТЕРАТУРА

1. Яхно Н.Н., Захаров В.В., Локшина А.Б. и др. *Деменция. Руководство для врачей.* 2-е изд. М.: МЕДпресс-информ, 2010; 272 с. [Yahno N.N., Zaharov V.V., Lokshina A.B. et al. *Demenciya. Rukovodstvo dlya vrachej.* 2-e izd. M.: MEDpress-inform, 2010; 272 p. (In Russ.)]
2. Ясперс К. *Общая психопатология.* М.: Практика. 1997; 1056 с. [Yaspers K. *Obshchaya psichopatologiya.* M.: Practice. 1997; 1056 p. (In Russ.)]
3. Григорьева Е.А., Хохлов Л.К., Дьяконов А.А. *Психопатология: симптомы и синдромы.* Ярославль: Боргес. 2008; 232 с. [Grigor'eva E.A., Hohlov L.K., D'yakonov A.A. *Psichopatologiya: simptomy i sindromy.* Yaroslavl': Borges. 2008; 232 p. (In Russ.)]
4. Морозов Г.В., Шумский Н.Г. *Введение в клиническую психиатрию (пропедевтика в психиатрии).* Н. Новгород: НГМА. 1998; 426 с. [Morozov G.V., Shumskij N.G. *Vvedenie v klinicheskuyu psichiatriyu (propedevtika v psichiatrii).* N. Novgorod: Ngma. 1998; 426 p. (In Russ.)]
5. Случевский И.Ф. *Психиатрия.* Л.: Медгиз. 1957; 144 с. [Sluchevskij I.F. *Psichiatriya.* L.: Medgiz. 1957; 144 p. (In Russ.)]
6. Пивень Б.А. *Экзогенно-органические заболевания головного мозга.* М.: Медицина. 1998; 144 с. [Piven' B.A. *Ekzogenno-organicheskie zabolevaniya golovnogogo mozga.* M.: Medicine. 1998; 144 p. (In Russ.)]
7. Романов Д.В. *Психические расстройства, реализующиеся в пространстве кожного покрова в отсутствие дерматологической патологии. Лекции по психосоматике.* М. 2014; 176–192. [Romanov D.V. *Psichicheskie rasstrojstva, realizuyushchiesya v prostranstve kozhnogo pokrova v otsutstvie dermatologicheskoy patologii. Lekcii po psichosomatike.* M. 2014; 176–192. (In Russ.)]
8. Короленко Ц.П., Дмитриев И.В., Богачек И.С. *Малоизученные психические состояния и нарушения.* СПб.: МИА. 2017; 296 с. [Korolenko C.P., Dmitriev I.V., Bogachek I.S. *Maloizuchennye psichicheskie sostoyaniya i narusheniya.* SPb.: MIA. 2017; 296 p. (In Russ.)]
9. Крылов В.И. Психопатология реперезиваний (феномен флэшбэк). *Ж. им. П.Б. Ганнушкина.* 2010; 1: 7–11. [Krylov V.I. *Psichopatologiya reperezhivaniy (fenomen fleshbek).* Zh. im. P.B. Gannushkina. 2010; 1: 7–11. (In Russ.)]
10. Кандинский В.Х. *О псевдогаллюцинациях.* СПб.: Фонд «Содружество». 2012; 14 с. [Kandinskij V.H. *O psevdogallyucinaciyah.* SPb.: Fund "Commonwealth". 1201. 214 p. (In Russ.)]
11. Циркин С.Ю. *Аналитическая психопатология.* М.: БИНОМ. 2012; 288 с. [Cirkin S.Yu. *Analiticheskaya psichopatologiya.* M.: BINOM. 2012; 288 p. (In Russ.)]
12. Морозов В.М. *К вопросу о бреде воображения.* Избр. труды. М.: Media Medica. 2007; 105–106. [Morozov V.M. *K voprosu o brede voobrazheniya.* Izbr. trudy. M.: Media Medica, 2007; 105–106. (In Russ.)]
13. Крепелин Э. *Учебник психиатрии для врачей и студентов.* М.: А.А. Карцев. 1912; 457 с. [Krepelin E. *Uchebnik psichiatrii dlya vrachej i studentov.* M.: A.A. Kartsev. 1912; 457 p. (In Russ.)]
14. Жмуров А.В. *Психопатология.* Н. Новгород, НГМА. 2002; 665 с. [Zhmuurov A.V. *Psychopathology.* N. Novgorod, NGMA. 2002; 665 p. (In Russ.)]
15. Микиртумов Б.Е., Ильичёв А.Б. *Курс общей психопатологии.* СПб.: SOTIS. 2008; 328 с. [Mikirtumov B.E., Il'ichev A.B. *Kurs obshchej psichopatologii.* SPb.: SOTIS. 2008; 328 p. (In Russ.)]
16. Сумбаев И.С. *К психопатологии и клинике деперсонализации.* *Вопр. клин. психиатрии, Иркутск.* 1948; 75–85. [Sumbaev I.S. *K psichopatologii i klinike depersonalizacii.* *Voprosy klinicheskoy psichiatrii, Irkutsk.* 1948; 75–85. (In Russ.)]
17. Wieck H.H. *Zur Klinik der sogenannten symptomatisch chen Psychosen.* *Deutchemedizinische Wochenschrift.* 1956; 81: 106–110.
18. Доброхотова Т.А. *Нейропсихиатрия.* М.: Бином. 2006; 304 с. [Dobrohotova T.A. *Nejropsichiatriya.* M.: Binom. 2006; 304 p. (In Russ.)]

Поступила 17.09.2019; принята в печать 23.09.2019.