

## Часть V

---

---

# Клиническая ПСИХОЛОГИЯ

---

**Глава 27.** Основные формы нарушений психических процессов (458)

**Глава 28.** Расстройства познавательной деятельности и личностно-эмоциональной сферы (468)

**Глава 29.** Основные психические заболевания, их лечение и профилактика (484)

## Глава 27

# Основные формы нарушений психических процессов

---

### Краткое содержание главы

---

**Клиническая психология и психиатрия.** Представления людей о психическом здоровье. Задачи клинической психологии и психиатрии.

**Расстройства ощущения.** Психическая гиперестезия. Психическая гипестезия. Психическая анестезия. Сенестопатия. Синестезия.

**Расстройства восприятия.** Агнозии. Иллюзии. Галлюцинации. Дерезализация.

**Расстройства внимания.** Модально-неспецифические и модально-специфические нарушения внимания.

**Нарушения памяти.** Гипермнезии, гипомнезии и амнезии. Парамнезии. Фотографическая память. Эйдетизм.

---

## 27.1. Клиническая психология и психиатрия

Представление о психическом здоровье возникает у человека очень рано. «Сумасшедший», «псих», «ненормальный» — эпитеты, которыми щедро награждают дети своих сверстников и взрослых, сталкиваясь с чем-то необычным в их рассуждениях и поступках. Взрослые также используют подобные выражения не менее часто, т. е. кажется, что практически каждый может отличить психически здорового человека от психически больного. Но часто основанием для постановки «диагноза» служат существующие в данном обществе представления о «правильном» поведении. В соответствии с этими представлениями некоторые вполне здоровые по клиническим меркам люди, чьи взгляды и поступки не укладываются в общепринятые рамки, нередко воспринимаются как «ненормальные». Однако не только обычные люди, но и специалисты — психологи и врачи — далеко не всегда едины в своих подходах к оценке психических расстройств.

Основные науки, которые изучают психическую патологию, — это психиатрия и клиническая (медицинская) психология.

Клиническая психология изучает:

- как воздействуют различные психологические факторы на возникновение, развитие и лечение болезней;
- как влияют различные заболевания на психику человека и его поведение;
- как влияют особенности взаимоотношений больного человека с медицинским персоналом и окружающей его средой на процесс выздоровления.

В задачи клинической психологии также входит разработка принципов и методов психологического исследования в клинике, создание и изучение психологических методов воздействия на психику человека в лечебных и профилактических целях.

Психиатрия относится к медицинским дисциплинам, и следовательно, ее основная задача — это лечение и профилактика (предупреждение) психических болезней.

До настоящего времени остается дискуссионным вопрос о разграничении предмета теоретических разделов клинической психологии и психиатрии: патопсихологии и психопатологии. Трудности такого разграничения неизбежны, так как обе науки имеют дело с одним и тем же объектом — нарушениями психической деятельности. Различие между психопатологией и патопсихологией можно видеть в том, что первая, будучи клинической дисциплиной, оперирует медицинскими категориями (этиология, патогенез, симптом, синдром), основываясь при этом главным образом на клиническом методе, в то время как патопсихология изучает закономерности нарушений психики, пользуясь психологическими методами и понятиями.

В настоящее время печатается много работ по психиатрии, психотерапии, клинической психологии, в том числе и научно-популярных изданий. Многие люди в попытках самостоятельно разобраться в своих собственных психологических проблемах или оценить поведение кого-то из окружения с точки зрения «нормальности» начинают читать специальную литературу. Иногда это полезно, однако следует помнить, что в случае возникновения состояний, с которыми человек не может справиться, необходимо обращаться к специалисту — врачу-психиатру или клиническому психологу.

Между тем в обществе существует стойкое предубеждение, своего рода страх перед обращением к психиатру или психологу, и отчасти это связано с тем, что отдельные психические расстройства могут служить ограничениями в социальном функционировании человека. Преодолеть этот страх будет возможно при росте общей психологической культуры населения.

В современной психиатрии существуют разные подходы к диагностике психических заболеваний, но при этом, с одной стороны, наблюдается отчетливая тенденция к интеграции, а с другой — существует общая система терминов и понятий, благодаря которой психиатры и клинические психологи разных теоретических направлений понимают друг друга.

## 27.2. Расстройства ощущения

Одним из начальных этапов анализа психического состояния пациентов является исследование их чувственного познания, к которому относят ощущение, восприятие и представление. Нарушения этих психических процессов в психопатологии относят к симптомам (отдельным признакам) психических расстройств. Специфические сочетания симптомов носят название психопатологических синдромов. В клинической психологии синдромальный подход также имеет место, но чаще психологи выделяют устойчивые комплексы взаимосвязанных психологических признаков, характерных для определенного психического заболевания.

Прежде всего при анализе патологии ощущений обращают внимание на изменение порогов чувствительности, которое может происходить как в сторону понижения, так и в сторону повышения. Понижение порогов чувствительности проявляется

**Психическая гиперестезия** — обостренное, усиленное чувственное восприятие при воздействии обычных или даже слабых раздражителей.

**Психическая гипестезия** — понижение чувствительности к внешним раздражителям.

**Психическая анестезия** — потеря чувствительности, исчезновение ощущений как со стороны отдельных анализаторов, так и нескольких сразу при их полной анатомо-физиологической сохранности.

**Сенестопатия** — неопределенные, часто трудно локализуемые, мигрирующие ощущения, возникающие в различных частях тела или внутренних органах и не связанные с какими-либо телесными заболеваниями.

**Синестезия** — особенности чувственного восприятия, заключающиеся в том, что внешний раздражитель, адресованный одному анализатору, вызывает одновременно ответ какого-то другого или нескольких анализаторов.

*психической гиперестезией* — обостренным, усиленным чувственным восприятием при воздействии обычных или даже слабых раздражителей. Это происходит как на уровне отдельных анализаторов (острое до непереносимости восприятие обычных запахов — гиперосмия; непереносимость обычных звуков — гиперакузия и т. д.), так и их сочетаний (например, и свет, и звук кажутся очень сильными). Очень часто гиперестезия сопровождается повышением раздражительности.

Наблюдается два варианта повышения порогов чувствительности. *Психическая гипестезия* — понижение чувствительности к внешним раздражителям, окружающий мир при этом становится блеклым, теряет яркость. Звуки воспринимаются приглушенно, голоса теряют индивидуальность, свет кажется тусклым, краски — серыми, стертыми. *Психическая анестезия* — потеря чувствительности, исчезновение ощущений как со стороны отдельных анализаторов, так и нескольких сразу при их полной анатомо-физиологической сохранности. Это может касаться как отдельных анализаторов (утрата тактильной чувствительности, чаще всего на отдельных участках тела, утрата зрения или слуха с одной или обеих сторон), так и нескольких сразу (например, выпадение слуха и зрения одновременно). При такой патологии необходимо самое тщательное объективное обследование, в первую очередь неврологическое (при кожной анестезии, например, участки потери ощущений не соответствуют зонам иннервации), а также другие специальные методы обследования.

Другой формой патологии ощущений является *сенестопатия* — неопределенные, часто трудно локализуемые, мигрирующие ощущения, возникающие в различных частях тела или внутренних органах (покалывание, давление, жжение, скручивание, стягивание) и не связанные с какими-либо телесными заболеваниями.

*Синестезия* — особенности чувственного восприятия, заключающиеся в том, что внешний раздражитель, адресованный к одному анализатору, вызывает одновременно ответ какого-то другого или нескольких анализаторов. Синестезии могут встречаться и в норме — у одаренных музыкантов, поэтов, художников. Они могут возникать как временная патология при действии психотомиметических средств.

## 27.3. Расстройства восприятия

Патология восприятия возникает, когда по разным причинам нарушается идентификация субъективного образа восприятия с воспринимаемым образом, и протекает на фоне нарушения автоматизации различных психических процессов. Нарушения вос-

приятия весьма разнообразны, их изучают как психологи, так и психиатры. В отечественной школе нейропсихологии, созданной А. Р. Лурией, выделены и изучены нарушения восприятия при различных поражениях коры головного мозга и ближайших подкорковых структур, вызывающих агнозии. *Агнозией* называется затрудненность узнавания предметов и звуков. При агнозиях восприятие нарушается в своей специфически человеческой характеристике как процесс, обладающий функцией обобщения и условности. Так, при поражении вторичных отделов коры больших полушарий головного мозга сохраняется элементарная чувствительность, но при этом утрачивается способность к анализу и синтезу поступающей информации, что вызывает нарушение различных видов восприятия при относительной сохранности элементарных зрительных функций. В зависимости от локализации поражения головного мозга возникают разные виды агнозий: зрительные, слуховые и тактильные.

Существуют нарушения восприятия в форме расстройства схемы тела, при котором происходит искажение привычных представлений о размерах и форме своего тела или отдельных его частей, об их расположении или о положении всего тела. Например, больному кажется, что его голова увеличилась до огромных размеров, ноги растут прямо из головы, а туловище исчезло. Тем не менее критическое отношение к этому сохраняется, и под контролем зрения эти измененные представления, как правило, исчезают, больной воспринимает свое тело в обычном, привычном для него виде. Но стоит ему закрыть глаза, как голова вновь становится непомерно большой и т. д.

Расстройства схемы тела нередко сопровождаются метаморфозиями — искаженным восприятием одного или нескольких объектов внешнего мира. Кроме того, искаженное восприятие окружающих предметов выражается в том, что они кажутся больному меньше или больше их натуральной величины (микropsия, макropsия), увеличивается их число (полиопсия), они перемещаются (оптическая аллестезия), валяются на больного, вдавливаются в него, находятся в бурном движении (оптическая буря). Иногда в грубо измененном виде воспринимаются не только величина и форма предметов, но и пространственные отношения: больному кажется, что стены комнаты сближаются, рушатся, падают на него или, напротив, раздвигаются, пол становится волнообразным, пространство как бы рвется.

*Иллюзии* — расстройства восприятия, при которых реальные явления или предметы воспринимаются человеком в измененном, ошибочном виде. Иллюзорное восприятие может возникать и на фоне полного психического здоровья, когда искаженная перцепция связана либо с недостатком того или иного органа чувств, либо с проявлением одного из законов физики, например ложка в стакане чая кажется преломленной. Иллюзии, связанные с нарушением психической деятельности, чаще всего подразделяются на аффективные, или аффектогенные, вербальные и парейдолические.

● **Агнозия** — затрудненность узнавания предметов, звуков.

**Иллюзия** — расстройство восприятия, при котором реальные явления или предметы воспринимаются человеком в измененном, ошибочном виде.

**Галлюцинация** — расстройство восприятия, при котором человек видит, слышит, ощущает то, что в реальной действительности не существует, т. е. это восприятие без объекта.

**Дереализация** — расстройство восприятия, при котором окружающие больного предметы, люди, животные воспринимаются измененными, что сопровождается чувством их чуждости, неестественности, нереальности.

Аффективные (аффектогенные) иллюзии возникают под влиянием интенсивных эмоций. Человек, охваченный ужасом или в состоянии чрезмерного нервного напряжения, ошибочно воспринимает ветку дерева за окном как качающийся скелет и т. д.

Вербальные иллюзии — ошибочное восприятие смысла слов, речи окружающих, вместо нейтральной речи больной слышит речь иного содержания, адресованную, как правило, ему (обычно угрозы, ругательства, обвинения).

Парейдолические иллюзии — зрительные иллюзии, когда действительно существующие образы (игра светотени, морозные узоры, скопления облаков и т. д.) замещаются фантастическими образами. Парейдолии возникают независимо от желания и воли больного, но как исключение парейдолические иллюзии бывают у здоровых людей, особенно одаренных художников. Например, Леонардо да Винчи тренировками усиливал эту «способность к воображению» и призывал к тому же других художников («Трактат о живописи»).

*Галлюцинации* — это расстройства восприятия, при которых человек видит, слышит, ощущает то, что в реальной действительности не существует, т. е. это восприятие без объекта. К галлюцинациям не относятся миражи, так как видение миражей основано на физических законах. Так же как иллюзии, галлюцинации подразделяются по органам чувств: слуховые, зрительные, обонятельные, вкусовые, тактильные и так называемые галлюцинации общего чувства, к которым чаще всего относят висцеральные и мышечные галлюцинации. Могут быть и комбинированные галлюцинации (например, больной видит змею, слышит ее шипение и чувствует ее холодное прикосновение).

Наиболее существенным и диагностически важным является разделение галлюцинаций на истинные и ложные (псевдогаллюцинации).

Истинные галлюцинации всегда спроецированы вовне, связаны с реальной, действительно существующей обстановкой («голос» слышится из-за реальной стены; «ведьма» сидит на реальном стуле, опираясь на метлу, и т. д.), у больных нет никаких сомнений в их действительном существовании, галлюцинаторные образы так же яркие и естественны для галлюцинирующего, как и реальные вещи, и иногда воспринимаются больными даже более ярко и отчетливо, чем действительно существующие предметы и явления.

Ложные галлюцинации, или псевдогаллюцинации, чаще всего проецируются внутрь тела больного, галлюцинаторные образы находятся, как правило, в его голове (например, внутри головы слышатся голоса). Псевдогаллюцинации напоминают представления, но в отличие от них не зависят от воли человека, носят навязчивый характер и обладают оформленностью псевдогаллюцинаторных образов.

В некоторых, довольно редких случаях псевдогаллюцинаторные образы проецируются вовне, и тогда они, в отличие от истинных галлюцинаций, совершенно не связаны с реальной обстановкой. Более того, в момент галлюцинирования эта обстановка как бы куда-то исчезает, больной в это время воспринимает только свой галлюцинаторный образ. Момент появления псевдогаллюцинаций, которые не вызывают у больного никаких сомнений в их реальности, всегда сопровождается чувством сделанности, подстроенности, наведенности этих голосов или видений.

Галлюцинации классифицируются также по анализаторам. Слуховые галлюцинации — патологическое восприятие каких-то слов, речей, разговоров, а также отдельных звуков или шумов. Словесные (вербальные) галлюцинации бывают самыми

различными по содержанию: больного «окликают», он «слышит» голос, называющий его имя или фамилию, он может слышать целые фразы или даже длинные речи, приносимые одним или несколькими голосами.

Очень опасны для самого больного, а также для его окружения императивные галлюцинации, содержание которых носит повелительный характер, например больной слышит приказы: ударить или убить кого-то или себя, нанести себе повреждение. Такие больные нуждаются в особом надзоре и уходе. Слуховые галлюцинации иногда носят комментирующий характер, когда больной «слышит речи» обо всем, о чем бы он ни подумал или что бы ни сделал.

Зрительные галлюцинации бывают либо элементарными (зигзаги, искры, огонь), либо предметными, когда перед взором больного возникают разнообразные картины: страшные, необычные животные, устрашающие фигуры и предметы или части тела человека и т. д. Иногда это целые сцены, больной может видеть, например, панораму поля и т. д. В некоторых случаях у больного может возникнуть галлюцинация двойника, т. е. он видит свой собственный образ.

Наблюдаются также обонятельные галлюцинации; чаще всего больной чувствует неприятные запахи — гниющего мяса, гари, тления. Гораздо реже возникает незнакомый запах, а еще реже приятный, поэтому больные с обонятельными галлюцинациями часто отказываются от еды, так как уверены, что их кормят отравленной или испорченной пищей. Галлюцинации могут быть тактильные — ложные ощущения прикосновения к телу, жжения или холода, больной иногда ощущает, что его кусают или царапают, что на теле появляется какая-то жидкость или по нему ползают насекомые.

Висцеральные галлюцинации — это ощущение присутствия в собственном теле каких-то предметов, животных, червей («в животе лягушка сидит», «в мочевом пузыре головастики расплодились», «в сердце клин вбит»).

Гипнагогическими галлюцинациями называются зрительные обманы восприятия, появляющиеся обычно вечером перед засыпанием, при закрытых глазах, что делает их более родственными псевдогаллюцинациям, чем истинным галлюцинациям (нет связи с реальной обстановкой). Эти галлюцинации могут быть единичными, множественными, сценopodobными, иногда калейдоскопическими («у меня в глазах какой-то калейдоскоп», «у меня теперь собственный телевизор»). Больной видит какие-то гримасничающие, показывающие ему язык, подмигивающие рожи, чудовищ, причудливые растения. Значительно реже такие галлюцинации могут возникать во время другого переходного состояния — при пробуждении. Подобные галлюцинации, также возникающие при закрытых глазах, носят название гипнопомпических. Оба этих вида галлюцинаций нередко бывают одними из первых предвестников белой горячки или какого-то другого интоксикационного психоза.

Функциональные галлюцинации возникают на фоне реального раздражителя, действующего на органы чувств, и только в течение его действия. Классический пример, описанный В. А. Гиляровским: больная, как только из крана начинала литься вода, слышала слова: «Иди домой, Наденька». Слуховые галлюцинации тут же исчезали, когда кран закрывался. Таким же образом могут возникать зрительные, тактильные и другие галлюцинации. От истинных галлюцинаций функциональные отличаются наличием реального раздражителя, хотя и имеют совершенно иное содержание, а от

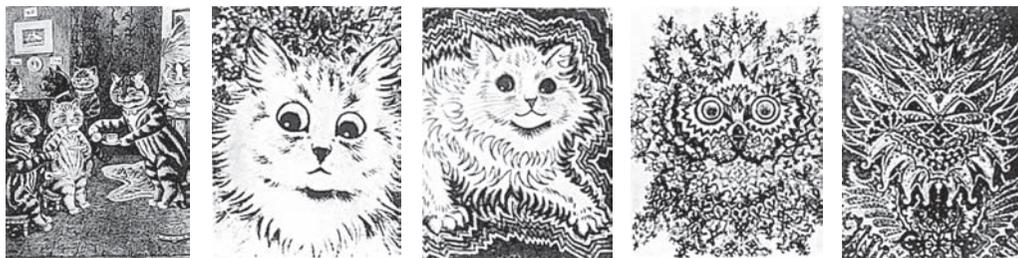
иллюзий — тем, что воспринимаются параллельно с реальным раздражителем (он не трансформируется в какие-то «голоса», «видения» и т. д.).

Во время сеанса гипноза могут возникнуть внушенные галлюцинации, когда человек будет чувствовать, например, запах розы, сбрасывать с себя «обвивающую» его веревку. При известной готовности к галлюцинированию возможно появление галлюцинаций и тогда, когда спонтанно эти обманы чувств уже не появляются (например, если человек только что перенес делирий, особенно алкогольный). Существуют также различные вызванные галлюцинации. Симптом Липмана — вызывание зрительных галлюцинаций легким нажатием на глазные яблоки больного (иногда к надавливанию следует добавить и соответствующее внушение). Симптом чистого листа (симптом Рейхардта) заключается в том, что если больному дать чистый лист бумаги и предложить читать, он увидит на листе текст и прочтет его. Подобным образом, если больному дать в руку телефонную трубку, он начнет говорить по телефону (симптом Ашаффенбурга).

Дереализация — это расстройство восприятия, при котором окружающие больного предметы, люди, животные воспринимаются измененными, что сопровождается чувством их чуждости, неестественности, нереальности. При этом больным чаще всего даже трудно определить, что и каким образом изменилось, поэтому, описывая свои необычные переживания, они говорят, что «деревья и дома будто бы нарисованы, хоть я и знаю, что они настоящие», «все кругом какое-то неживое», «все какое-то другое, как будто бы я вижу все это во сне» и т. д. Нарушения восприятия при дереализации проявляются измененным отражением пространственных отношений («как будто все куда-то отодвинулось и выглядит каким-то плоским, нарисованным») и измененным восприятием времени («время течет медленно, как бы остановилось» или, наоборот, «все пролетает слишком быстро»). В состоянии дереализации нарушение восприятия окружающей действительности может касаться как нескольких анализаторов одновременно (изменение зрительных, слуховых, тактильных, вкусовых и других образов), так и какого-то одного из них (преимущественно зрительного или слухового). Выраженная степень дереализации иногда сопровождается исчезновением ощущений настоящего момента, и больные не могут сказать, что они сегодня делали, с кем виделись и т. д.

Дереализация нередко комбинируется с деперсонализацией, особенно в виде ауто-деперсонализации, когда у больного изменяется осознание своего образа, собственное лицо в зеркале кажется ему незнакомым.

Сходными с состоянием дереализации являются такие симптомы, как уже виденное (*deja vu*), уже пережитое (*deja vecu*), уже испытанное (*deja eprouve*), уже слышанное (*deja entendu*). Содержание этих симптомов состоит в том, что незнакомая, совершенно новая обстановка на какое-то, очень короткое, мгновение кажется знакомой, уже когда-то виденной, а слова, сказанные окружающими людьми, — когда-то слышанными. В противоположность этим переживаниям бывает, что хорошо знакомая ситуация воспринимается, также на очень короткое время, совершенно чуждой, незнакомой, никогда не виденной (*jamais vu*). Эти явления довольно часто встречаются и у здоровых людей, особенно в состояниях утомления, при недосыпании и перенапряжении. В этих состояниях может появляться и чувство дереализации.



**Рис. 27-1.** Художник Луис Уайн (1860–1939) всю жизнь рисовал только кошек в человеческих ситуациях. Он болел шизофренией. По его картинам, написанным в разное время, можно проследить, как под влиянием болезни происходил распад восприятия

Особенности патологии чувственного познания зависят не только от характера заболевания, его клинической формы, остроты и стадии, но и от возраста больного (рис. 27-1). Наиболее тщательное изучение нарушений ощущения и восприятия в детском и подростковом возрасте проведено Г. Е. Сухаревой. Сенестопатии могут появляться у детей с 5–7 лет, чаще всего они проецируются в области органов брюшной полости. В юношеском возрасте расстройства восприятия практически не отличаются от таковых в зрелом.

## 27.4. Расстройства внимания

В психиатрии отдельные симптомы нарушения внимания, как правило, не выделяются, хотя в процессе клинического обследования неспособность сосредоточиться, рассеянность больного всегда отмечается в рамках определения психопатологических синдромов. Специальные исследования нарушений внимания как важной характеристики психической деятельности проводятся психологами, для чего существуют специально разработанные психологические методики. Известно, что показатели внимания отдельного человека могут значительно варьировать в зависимости от утомления и общего состояния организма, от условий среды, а также от отношения человека к соответствующей деятельности. Нарушения внимания обычно наблюдаются при психогенно и соматогенно обусловленных астенических состояниях и весьма своеобразно проявляются при поражениях различных структур головного мозга. Выделяют два основных типа нарушений внимания.

1. Модально-неспецифичные нарушения внимания распространяются на любые формы и уровни внимания. Больной не может сосредоточиться на стимулах любой модальности (зрительных, слуховых, тактильных и др.). Подобного рода нарушения характерны для больных с органическими поражениями головного мозга, особенно его неспецифических срединных структур разных уровней.

2. Модально-специфические нарушения внимания проявляются только в одной сфере, например только в зрительной, слуховой, тактильной сфере или в сфере движений. Это особый тип нарушений внимания, который в клинике локальных поражений головного мозга описывался как явление игнорирования тех или иных стимулов.

## 27.5. Нарушения памяти

Проявления расстройств памяти чрезвычайно разнообразны, и с целью их классификации выделяют два основных варианта патологии памяти. Первый — это дисмнезии, к которым относятся гипермнезия, гипомнезия и амнезия.

*Гипермнезией* называется усиленное вспоминание, которое сочетается с ослаблением запоминания текущей информации. При этом особенно страдает произвольное запоминание. У больных с гипермнезией происходит непроизвольное «оживление» памяти, вспоминаются давно забытые события, которые малоактуальны для него в настоящем.

*Гипомнезия* проявляется в нарушении способности запоминать, удерживать, воспроизводить отдельные события и факты или их отдельные части. Это так называемая «прорешливая» память, когда больной вспоминает только наиболее яркие и важные для него впечатления. Легкая степень гипомнезии — это ослабленная способность к воспроизведению имен, цифр, дат и т. п.

*Амнезия* — это полное выпадение из памяти событий, фактов и ситуаций, имевших место в определенный временной отрезок жизни. Выделяют несколько вариантов амнезий.

Ретроградная амнезия — выпадение из памяти событий, предшествующих острому периоду болезни, особенно если при этом происходит потеря сознания, например при травмах головного мозга, при отравлении и т. п. Ретроградная амнезия может охватывать различный отрезок времени (от нескольких минут до нескольких дней, недель, месяцев, лет).

Антероградная амнезия — выпадение из памяти, полное или частичное, событий, произошедших непосредственно после периода состояния нарушенного сознания или болезненного психического состояния. Продолжительность антероградной амнезии во времени также может быть различной. Нередко встречается и сочетание этих двух видов амнезий, в таком случае говорят о ретроантероградной амнезии.

Фиксационная амнезия — потеря способности запоминать, фиксировать текущие события — все, что в данный момент имело место, тут же больным забывается. Больные с таким расстройством памяти забывают, где находится их кровать, не могут запомнить имени своего лечащего врача и т. п.

Прогрессирующая амнезия — это распад памяти в соответствии с законом Рибо: вначале исчезает память о наиболее поздно запечатленных событиях и фактах, более же ранние исчезают в последнюю очередь. По этому закону происходит и так называемое физиологическое старение памяти.

Кроме этих вариантов амнезий также выделяют аффектогенную, или психогенную, амнезию, когда под влиянием неприятного аффекта совпавшие с ним по времени события не вспоминаются.

**Гипермнезия** — усиленное вспоминание, которое сочетается с ослаблением запоминания текущей информации.

**Гипомнезия** — нарушение способности запоминать, удерживать, воспроизводить отдельные события и факты или их отдельные части.

**Амнезия** — полное выпадение из памяти событий, фактов и ситуаций, имевших место в определенный временной отрезок жизни.

**Парамнезия** — ошибочное, ложное, превратное воспоминание.

**Эйдектизм** — явление, при котором предмет или явление после исчезновения сохраняет в сознании человека свой живой наглядный образ.

Вторым вариантом патологии памяти являются *парамнезии* — ошибочные, ложные, превратные воспоминания. Человек может вспоминать действительно имевшие место события, только относить их к совсем иному времени. Это явление называется псевдореминисценциями — ложными воспоминаниями. Конфабуляции — другой вид парамнезий — вымышленные воспоминания, совершенно не соответствующие действительности, когда больной сообщает о том, чего в действительности никогда не было. В конфабуляциях часто присутствует элемент фантазии. Криптомнезии — такого рода парамнезии, когда человек не может вспомнить, когда было то или иное событие, во сне или наяву, написал ли он стихотворение или просто запомнил когда-то прочитанное, был ли он на концерте известного музыканта или только слышал его в записи и т. п.

Очень редко встречается так называемая фотографическая память, когда человек, только что прочитав несколько страниц незнакомого текста, может тут же повторить на память все прочитанное почти без ошибок.

Близок к фотографической памяти и феномен, называемый *эйдети́змом*, в целом относимый не только к памяти, но и к области представлений. *Эйдети́зм* — это явление, при котором представление зеркально воспроизводит восприятие. Здесь также участвует память в ее ярком образном виде: предмет или явление после исчезновения сохраняет в сознании человека свой живой наглядный образ. Эйдети́зм как нормальное явление бывает у маленьких детей с их способностью к яркому образному восприятию и чрезвычайно редко встречается у взрослых. Например, ребенок, посмотрев на фотографию и перевернув ее обратной стороной, может в точности описать виденное.

### Вопросы для повторения

1. Что такое психическая норма и психическая болезнь?
2. В чем различия между психиатрией и клинической психологией?
3. Какова роль психики в возникновении и течении болезней?
4. Опишите основные формы нарушений ощущения.
5. Что называется иллюзией? Приведите примеры иллюзий у здоровых людей и больных.
6. Что такое галлюцинация? В чем состоит основное различие между иллюзиями и галлюцинациями?
7. Каковы основные формы нарушений внимания?
8. В чем выражаются основные формы расстройств памяти?

### Рекомендуемая литература

- Александров А. А.* Современная психотерапия. — СПб.: Академический проект, 1997.
- Еникеева Д. Д.* Популярные основы психиатрии. — Донецк: Сталкер, 1997. — 525 с.
- Зейгарник Б. В.* Патопсихология: Учебник. — М.: Изд-во МГУ, 1976. — 238 с.
- Каплан Г. И., Сэдок Б. Дж.* Клиническая психиатрия: В 2 т. / Пер. с англ. В. В. Стрелец. — М.: Медицина, 1994. — 1192 с.
- Карвасарский Б. Д.* Медицинская психология. — Л.: Медицина, 1982. — 271 с.
- Лурья А. Р.* Основы нейропсихологии. — М.: Изд-во МГУ, 1973. — 374 с.
- Соколова Е. Т.* Мотивация и восприятие в норме и патологии. — М.: Изд-во МГУ, 1976. — 128 с.
- Тарабрина Н. В.* Психологические последствия войны // Психологическое обозрение. — 1996. — № 1(2).
- Хомская Е. Д.* Нейропсихологическая диагностика / Под ред. Е. Д. Хомской. — М.: Изд-во МГУ, 1994. — 226 с.
- Хэзлем М. Т.* Психиатрия / Пер. с англ. Г. А. Лубочкова. — Львов: Инициатива, 1998. — 609 с.