

Содержание

- 1.Нарушение памяти
2. Нарушения интеллекта
3. Основные синдромы нарушений памяти и интеллекта
4. Рекомендуемая литература

1. Нарушения памяти

Память - это психический процесс отражения и накопления непосредственного и прошлого индивидуального и общественного опыта.

Основными функциями памяти являются рецепция (запоминание), ретенция (сохранение), репродукция (воспроизведение) информации.

Рецепция (запоминание информации) - заключается в том, что определенная информация запечатлевается в нашем сознании, становясь частью нашего жизненного опыта.

Различают два вида рецепции: кратковременную (следы внешних сигналов удерживаются в памяти до тех пор, пока существует их источник, затем они угасают) и долговременную (информация сохраняется на долгие годы).

Ретенция (хранение информации) - способность удерживать информацию. Ретенция представляет собой не просто пассивное сохранение данных, а сложный и активный процесс их сопоставления с прошлым опытом индивидуума.

Репродукция (воспроизведение информации) - обеспечивает само воспоминание в виде оживления представлений и мыслей прошлого. Данный процесс осуществляется при участии операций активного внимания и мышления (анализа, синтеза, обобщения), благодаря чему становится возможной избирательность воспроизведения информации.

Классификация видов памяти.

1. По анализаторам - зрительная, слуховая, кинестетическая (моторная), тактильная память.

2. По механизмам запоминания и хранения информации - механическая и смысловая память.

В основе механической памяти лежит условно-рефлекторный механизм, это запоминание по ассоциациям с уже имеющимся жизненным опытом. Этот вид памяти преобладает у детей и основан на частом повторении одной и той же информации. Это самый непродуктивный и нестойкий вид памяти.

Смысловая память является одним из важнейших компонентов психики взрослого человека. В процесс запоминания по смысловому типу широко включены операции мышления (анализ, синтез, сравнение, абстракции). В процессе осмысления ситуация запоминается не в целом (как при механическом запоминании), а вычленяются особенно значимые ее детали. Это обуславливает большую устойчивость осмысленного запоминания по сравнению с механическим.

3. По долговременности - кратковременная, оперативная, долговременная память.

Кратковременная память обеспечивает хранение информации в течение нескольких секунд - минут.

Оперативная память обеспечивает хранение информации до суток и переводит информацию из кратковременной в долговременную память. На этом уровне осуществляется "отсеивание" незначимой информации.

Долговременная память обеспечивает длительное, практически, не ограниченное по времени, хранение информации.

4. По преобладанию функциональной активности полушарий головного мозга - эмоциональная и абстрактно-логическая память.

Эмоциональная память обеспечивает запоминание и хранение эмоционально окрашенных событий и, в большей степени, связана с активностью правого полушария головного мозга.

Абстрактно-логическая память преобладает у индивидуумов с абстрактно-логическим типом мышления и основана, преимущественно, на активности левого полушария головного мозга.

Клинические проявления нарушений памяти разнообразны.

Различают количественные нарушения памяти, когда расстраиваются основные функции запоминания, хранения и воспроизведения информации, включающие:

- гипермнезии,
- гипомнезии (дисмнезии),
- амнезии;

и качественные расстройства (парамнезии), при которых количественные расстройства памяти сочетаются с ложными воспоминаниями, смешением событий прошлого и настоящего, реального и воображаемого.

Количественные нарушения памяти.

Гипермнезия - непроизвольное усиление памяти, повышение способности к воспроизведению информации, воспоминаниям давно забытых событий прошлого, подчас незначительных и мало актуальных для больного в настоящем. Оживление воспоминаний, как правило, сочетается с ослаблением запоминания текущей информации.

Встречается при маниакальных и гипоманиакальных состояниях, некоторых вариантах ауры при больших эпилептических припадках, в состояниях острой интоксикации при употреблении некоторых наркотиков (опий, психодислептики (ЛСД и др.).

Гипомнезия (дисмнезия) - расстройство памяти, характеризующееся снижением возможности запоминания, уменьшением запасов памяти, ухудшением воспроизведения

информации. Снижение памяти при дисмнезиях происходит в определенной последовательности. Вначале утрачиваются (забываются) наиболее свежие, недавно приобретенные и менее закрепленные факты. При этом события прошлой жизни сохраняются в памяти дольше. Такая последовательность гипомнестических расстройств ("от настоящего к прошлому") описана под названием закона Рибо. Ранним симптомом является ухудшение элективной (избирательной) репродукции, способности воспроизведения в необходимый момент прошлого опыта, прежде всего такого, который касается наиболее отвлеченных и дифференцированных запасов памяти - терминов, имен, дат, слов.

Амнезия - полное выпадение из памяти событий, имевших место в определенный временной период.

По отношению периода, подвергшегося амнезии, к периоду болезни выделяют следующие варианты амнезии:

Ретроградная амнезия - выпадение из памяти событий, предшествовавших острому периоду болезни. Длительность промежутка времени, охватываемого амнезией, различна (от нескольких минут до нескольких дней, недель, месяцев, лет).

Антероградная амнезия - утрата воспоминаний о событиях, происходящих в период, следующий за острым этапом болезни. При этом, как правило, страдают функции запоминания и ретенции. При данном виде расстройств памяти поведение больных упорядоченное, они критически оценивают ситуацию, что свидетельствует о сохранности кратковременной памяти.

Конградная амнезия - полное или частичное выпадение воспоминаний, ограничиваемое только событиями острого периода болезни (периода нарушенного сознания).

Ретроантероградная амнезия - выпадение из памяти событий, происходивших до, во время и после острого периода болезни.

Вышеперечисленные формы расстройств памяти встречаются при травмах головного мозга, тяжелых гипоксиях, сумеречных помрачениях сознания.

Палимпсест - вид амнезии, специфичный для больных алкоголизмом. Характеризуется выпадением событий, происходивших на пике алкогольного опьянения, при этом общий ход событий воспроизводится правильно.

Также выделяют клинические варианты амнезий по преимущественно нарушенной функции памяти:

Фиксационная амнезия - резкое ослабление или отсутствие способности запоминать, фиксировать текущие события. В связи с этим слабеет или утрачивается

память о недавних событиях, но сохраняются воспоминания о прошлой жизни. Невозможность фиксировать текущие события приводит к нарушениям ориентировки в месте, времени и окружающей ситуации (амнестическая дезориентировка). Такой больной плохо ориентируется или не ориентируется вовсе в палате, стационаре, не может запомнить имена лечащего врача, персонала, а также текущие даты. Вместе с этим, он довольно подробно и верно рассказывает о своей прошлой жизни, не утрачивает профессиональных знаний и навыков.

Фиксационная амнезия входит в структуру Корсаковского синдрома, паралитического и псевдопаралитического синдромов, нередко сочетается с прогрессирующей амнезией.

Качественные нарушения памяти (парамнезии).

Псевдореминисценции - ошибочные воспоминания, "иллюзии памяти". Представляют собой воспоминания о реальных жизненных событиях, которые ошибочно относятся больным в иной временной промежуток. В структуре реминисценций реальные воспоминания переплетаются с фактами, которых на самом деле не было или с фактами, которые хотя и происходили в действительности, но не имеют отношения к событиям, с которыми их соотносят. Псевдореминисценции довольно стабильны по содержанию и входят в структуру Корсаковского синдрома, различных деменций, пуэрильного синдрома.

Конфабуляции - патологический вымысел, принявший форму воспоминаний. Конфабуляции довольно стойки, часто носят фантастический характер и далеко не всегда сопровождаются дисмнестическими расстройствами.

Выделяют следующие клинические варианты конфабуляции.

Мнемонические конфабуляции (конфабуляции памяти) - сочетаются с другими нарушениями памяти, чаще - с фиксационной и прогрессирующей амнезией - и "замещают" пробелы памяти вымышленными событиями.

Бредовые конфабуляции - возникают на фоне бреда и представляют собой бредовое ретроспективное истолкование событий реальной жизни, имевших место до заболевания.

Галлюцинаторные конфабуляции - возникают после перенесенного галлюцинаторного эпизода (зрительных, слуховых, обонятельных галлюцинаций), которые в последующем истолковываются больным как реальные события.

Онирические конфабуляции - возникают после выхода больного из состояния помраченного сознания, которое не сопровождается полной амнезией (онейроид, делирий). Содержание конфабуляции определяется галлюцинаторно-бредовыми переживаниями, имевшими место в периоде помраченного сознания, и истолковывается

больным как реальные жизненные события.

Криптомнезии - искажения памяти, при которых происходит отчуждение воспоминаний или, напротив, присвоение информации. При этом исчезают различия между событиями, бывшими в действительности, и информацией, которая была услышана, прочитана или увидена во сне. В одних случаях все это вспоминается как происходившее в действительности с самим больным (ассоциированные воспоминания), в других - действительно происходившие события вспоминаются в качестве услышанного, прочитанного или увиденного (отчужденные воспоминания).

Криптомнезии входят в состав некоторых вариантов психоорганического синдрома при поражении теменно-височных отделов головного мозга, параноидного синдрома.

2. Нарушения интеллекта

Интеллект - это устойчивая структура умственных способностей индивида, обеспечивающая рациональное познание, критическое отношение к себе и окружающей реальности и психическую адаптацию в изменяющихся условиях среды.

Правильная оценка интеллекта в норме и патологии чрезвычайно важна для врача любой специальности. Существует множество аспектов (лечебно-диагностических, социальных, юридических), когда необходимо верно и в кратчайшие сроки установить наличие возможных нарушений в этой наиважнейшей сфере психической деятельности человека, а также решить вопрос о происхождении расстройств, их врожденном или приобретенном генезе.

Все расстройства интеллекта делятся на две большие группы:

- врожденные нарушения интеллекта (олигофрении, или врожденная интеллектуальная недостаточность, или слабоумие);
- приобретенные нарушения интеллекта (деменции, или приобретенное слабоумие).

Врожденные нарушения интеллекта.

Олигофрения - стойкое, малообратимое недоразвитие уровня психической, в первую очередь, интеллектуальной деятельности, связанной с врожденной или приобретенной до 3 лет органической патологией головного мозга. Наряду с интеллектуальной недостаточностью, у больных олигофрениями всегда имеет место недоразвитие эмоционально-волевой сферы, речи, моторики, других функций высшей нервной деятельности и всей личности в целом.

По выраженности интеллектуальной недостаточности олигофрении

подразделяются на три степени тяжести: дебильность, имбецильность и идиотия.

Дебильность - легкая степень олигофрении, при которой, в первую очередь, страдает абстрактно-логическое мышление при сохранении конкретно-образного, затрудняется переход от чувственного познания к рациональному, от конкретных обобщений к абстрактным. При удовлетворительном внимании и сохранной механической памяти, больной может накопить достаточный запас знаний, навыков чтения, письма, счета, приобрести несложную рабочую специальность. Больным с легкой степенью интеллектуальной недостаточности свойственна повышенная внушаемость, поэтому таких людей нередко могут использовать в своих целях криминальные личности. Нередко дебильности сопутствует усиление инстинктивных потребностей: прожорливость, гиперсексуальность, распущенное поведение.

Имбецильность - средняя степень тяжести врожденной интеллектуальной недостаточности, основными чертами которой являются полное отсутствие абстрактного мышления, а также затруднения в сфере конкретно-образного мышления. Проведение логических операций практически невозможно, понимание различий между предметами и явлениями доступно лишь в пределах конкретных формулировок. Суждения крайне бедны, многие из них являются следствием простого подражания. Обучение возможно только во вспомогательных школах, однако, оно малоэффективно: больные имбецильностью способны усвоить крайне ограниченный перечень слов (обычно, не более 20-30), счет в пределах 5. Они обладают навыками самообслуживания (самостоятельно едят, одеваются), возможна их адаптация к простому труду по подражательному механизму. Однако, больные имбецильностью не способны жить самостоятельно, нуждаются в постоянном надзоре и, чаще всего, живут в специализированных домах - интернатах.

Идиотия - глубокая степень олигофрении, характеризующаяся полным отсутствием всех видов понятийного мышления, с частичным сохранением наглядно-действенного. Речевая продукция и речепонимание практически отсутствуют. Больные не владеют навыками самообслуживания (не могут одеваться, самостоятельно пользоваться ложкой), неопрятны при мочеиспускании и дефекации, но не тяготятся этим. Типична примитивность эмоций: идиоты не могут радоваться, смеяться, плакать, не испытывают любви, обиды. В эмоциональном фоне идиотов преобладает тупое безразличие со злобными вспышками. Как правило, идиотия сочетается с дисгармониями физического развития (микроцефалия, неврологическая очаговая симптоматика, низкий рост, физический инфантилизм). Больные ведут, практически, "вегетативный" образ жизни и нуждаются в постоянном надзоре и уходе.

Органическая деменция - приобретенное снижение интеллектуально-мнестических функций, вызванное сосудистыми заболеваниями головного мозга, перенесенными черепно-мозговыми травмами, интракраниальными инфекциями и другими экзогенно-органическими вредностями.

По степени тяжести нарушений интеллекта и памяти органические деменции подразделяются на тотальные и парциальные деменции (слабоумие).

Тотальное слабоумие проявляется стойкими и выраженными нарушениями всех интеллектуальных функций. У таких больных резко снижается способность к обобщению информации, грубо нарушается логическое мышление, невозможно образование абстракций. Выражены нарушения памяти, вплоть до степени прогрессирующей амнезии, могут встречаться парамнезии. Резко страдает активное внимание: больной не в состоянии сконцентрироваться на беседе, постоянно отвлекается, затрудняется в чтении, просмотре телепередач и т.д. Наблюдается растормаживание инстинктивных потребностей (прожорливость, повышенная сексуальность, жадность). Эмоциональный фон может колебаться от эйфорически-благодушного до угрюмо-раздражительного. Больные постепенно утрачивают индивидуальные личностные особенности, которые замещаются такими чертами, как эгоцентризм, недоверчивость, конфликтность, жадность, обидчивость. Появляются грубые нарушения поведения, утрачивается критическое отношение к болезненному состоянию и поведению.

Тотальное слабоумие встречается при тяжелых органических поражениях головного мозга: прогрессивный паралич, сенильные деменции, атрофические деменции (болезнь Пика).

Парциальное (лакунарное, дисмнестическое) слабоумие характеризуется поражением отдельных сторон познавательного процесса - преимущественно, памяти, а также эмоциональной сферы, при относительной сохранности интеллекта и критического отношения к своему состоянию. При данном типе деменции память нарушается не тотально, страдают отдельные мнестические процессы: больные правильно воспроизводят факты жизни, но при этом путают их хронологическую последовательность; забывают даты, номера домов и т.д. Критика к нарушениям памяти сохраняется долго, больные, стремясь компенсировать этот недостаток, ведут дневники, записывают то, что необходимо сделать, то, что они делали днем (своеобразные "Планы" и "Отчеты"). Эмоциональные расстройства проявляются в форме эмоциональной лабильности, раздражительности, тревожно-депрессивных расстройств. Поведение больных, в целом, упорядочено и адекватно, интеллектуальный уровень и особенно профессиональные навыки сохраняются на достаточно высоком уровне в течение длительного времени.

Парциальное слабоумие наиболее часто встречается при сосудистых поражениях головного мозга (гипертонической болезни, церебральном атеросклерозе).

Среди форм приобретенного слабоумия выделяют также шизофреническое и эпилептическое слабоумие.

Шизофреническое слабоумие.

Характерными клиническими особенностями данного типа слабоумия является то, что память и интеллектуальные функции у больных страдают вторично вследствие развития специфичной для шизофрении дефицитарной (негативной) симптоматики: нарушений мышления, нарастающей аутизации больных, негативизма, амбивалентности поведения и эмоций, а также дефекта в эмоционально - волевой сфере (эмоционального регресса, снижения энергетического потенциала вплоть до развития апато-абулического синдрома). Клинически данный тип слабоумия характеризуется бездеятельностью, безынициативностью, апатическим фоном настроения, специфичными нарушениями мышления (разорванность, паралогичность, амбивалентность, резонерство и т.д.), странным и неадекватным поведением больных, в то время как предпосылки к интеллектуальной деятельности могут сохраняться на достаточно высоком уровне.

В связи с этим, в настоящее время термин "шизофреническое слабоумие" употребляется редко и заменен на понятие "шизофренический дефект", в большей степени отражающее клиническую сущность состояния больных на поздних стадиях шизофрении.

Эпилептическое ("концентрическое") слабоумие.

Характеризуется выраженными нарушениями памяти и крайней обстоятельностью и вязкостью мышления: больной перестает различать главное и второстепенное, "застревает" на мелких несущественных деталях, никак не может выразить свою мысль - такое мышление называют "лабиринтным". Грубо нарушаются интеллектуальные функции: больной утрачивает способность к абстрагированию, оперирует, в основном, конкретно - бытовыми понятиями, способность к обучению, накопление новых знаний существенно затруднены.

Помимо интеллектуально-мнестического снижения картину эпилептического слабоумия формируют специфические изменения личности у больных эпилепсией (так называемая, энехетическая структура личности): нарастающий эгоцентризм, аккуратность, педантизм, ипохондрическая фиксация на своем заболевании, стремление доминировать над окружающими и навязывать свою точку зрения, нетерпимость к чужому мнению, склонность к агрессивным вспышкам и брутальному поведению в сочетании со льстивостью, угодливостью, "двуличностью", желанием преподнести себя в лучшем свете, произвести выгодное впечатление, а также фанатичной религиозностью. Недаром о таких

больных образно говорят: "С молитвой на устах, с камнем за пазухой".

3. Основные синдромы нарушений памяти и интеллекта

Психоорганический синдром

Клинически синдром представлен триадой Вальтер - Бюеля:

- расстройства памяти;
- снижение интеллекта;
- эмоциональная лабильность.

Нарушения памяти при психоорганическом синдроме затрагивают все три основные ее компоненты: запоминание, ретенцию, репродукцию информации. На ранних стадиях, как правило, преобладают дисмнестические расстройства, позже, по мере прогрессирования заболеваний, присоединяются амнестические расстройства, чаще в форме фиксационной и (или) прогрессирующей амнезии. Нарушения памяти, особенно в форме амнезий, нередко сопровождаются наплывами ярких образных воспоминаний о событиях прошлой жизни, а в ряде случаев - конфабуляциями.

Нарушения интеллектуальной деятельности проявляются постепенным снижением способности к накоплению новой информации, обучению, при этом в первую очередь утрачиваются наиболее поздно приобретенные навыки, тогда как привычные, автоматизированные сохраняются дольше. Мышление больных с психоорганическим синдромом характеризуется обстоятельностью, вязкостью, избыточной конкретизацией, "застреванием" на деталях; темп ассоциативных процессов обычно замедлен; речь обеднена, часто употребляются словесные шаблоны. В первую очередь страдает абстрактно-логическое мышление, суждения и умозаключения упрощаются, у больных преобладают бытовые интересы и мотивации.

Ограничивается объем внимания, особенно пассивного - автоматической реакции на раздражитель. Снижается способность к концентрации внимания, появляется рассеянность, несобранность. Постепенно присоединяется снижение критического отношения к своему поведению и окружающей ситуации. Нарушения памяти, интеллекта и внимания тесно связаны с ухудшением ориентировки больных вначале в окружающем, а при утяжелении состояния - и в собственной личности.

На начальных стадиях развития психоорганического синдрома выявляется заострение преморбидных черт личности больных. Постепенно, с течением времени, прогрессирует нивелировка индивидуальных личностных особенностей, обедняется круг интересов, присоединяются личностные черты, не свойственные больному ранее (эгоизм,

жадность, обидчивость, подозрительность, нетерпимость и т.д.). Данный круг психопатоподобных расстройств получил название органического снижения уровня личности.

Психоорганический синдром встречается при различных органических поражениях головного мозга: сосудистой патологии, черепно-мозговых травмах, острых (угарный газ, острая алкогольная и наркотическая интоксикация, отравление солями тяжелых металлов) и хронических интоксикациях (в рамках болезней зависимости, ожоговой болезни, хронической почечной и печеночной недостаточности), перенесенных интракраниальных инфекций, сифилиса головного мозга, ВИЧ-инфекции, опухолей, абсцессов мозга, атрофических деменций (болезнь Альцгеймера, болезнь Пика), эпилепсии, старческих деменций.

Клинические варианты (стадии) психоорганического синдрома (по К. Шнайдеру):

1. Астенический.
2. Эксплозивный.
3. Эйфорический.
4. Апатический.

Астенический вариант характеризуется доминированием в клинической картине астенического и, реже, других невротоподобных синдромов (астено-депрессивного, астено-ипохондрического, тревожно-фобического) в сочетании с относительно мягкими проявлениями интеллектуально-мнестических расстройств.

Эксплозивный вариант характеризуется присоединением выраженной эмоциональной лабильности с дисфорическим компонентом и тенденцией к агрессивным вспышкам и агрессивному поведению больных.

При эйфорическом варианте психоорганического синдрома в клинической картине преобладает повышенный фон настроения с оттенком благодушия, переоценкой собственных возможностей, неадекватными планами на будущее в сочетании со значительным снижением критического отношения к болезненному состоянию вплоть до степени анозогнозии.

Апатический вариант характеризуется выраженным снижением общей психической продуктивности и активности больных, апатическим фоном настроения, безынициативностью и бездеятельностью.

Выделяют острый и хронический психоорганический синдром.

Острый психоорганический синдром развивается внезапно непосредственно после поражения головного мозга (черепно-мозговые травмы, острые нарушения мозгового кровообращения, острое отравление угарным газом, суицидальная попытка с

перенесенной комой и т.д.), продолжается, как правило, недели, редко дольше. Он может быть единственным эпизодом в жизни больного, сменяясь восстановлением психического здоровья, но может принять рецидивирующее течение с последующим переходом в хроническую форму.

Хронический психоорганический синдром является либо следствием острого психоорганического синдрома, либо развивается постепенно на фоне текущего органического процесса. Его течение различно: прогрессирующее с исходом в деменцию (болезнь Пика, старческое слабоумие); приближающееся к стационарному (последствие черепно-мозговых травм, церебральный атеросклероз); с длительными ремиссиями, возникающими в результате лечения (опухоли головного мозга, хронические интоксикации).

Психоорганический синдром представляет собой необратимое расстройство, в целом, прогностически не благоприятен и в финальных стадиях приводит к глубокому слабоумию больных вплоть до степени психического маразма.

Синдром Корсакова (амнестический синдром)

Впервые данный синдром был описан в 1887 г. Корсаковым С.С. в докторской диссертации "Об алкогольном параличе".

Корсаковский синдром является особым вариантом психоорганического синдрома и развивается, как правило, на фоне острых тяжелых органических поражений головного мозга: интоксикаций (наиболее часто - после выхода больного из тяжелого алкогольного психоза), черепно-мозговых травм, острых нарушений мозгового кровообращения, после перенесенной острой гипоксии (отравление угарным газом, повешение), при опухолях мозга и инфекционных заболеваниях и т.д.

Облигатными клиническими составляющими Корсаковского синдрома являются:

- фиксационная амнезия;
- амнестическая дезориентировка;
- парамнезии, чаще представленные конфабуляциями или псевдореминисценциями.

Основа синдрома - невозможность запоминать текущие события (фиксационная амнезия) при более или менее сохранной памяти на прошлое. В связи с этим возникает нарушение ориентировки (так называемая амнестическая дезориентировка). В первую очередь это касается времени. Кроме того, имеется дезориентировка в месте и окружающей действительности. Еще один характерный симптом - парамнезии, главным образом в виде конфабуляций или псевдореминисценций.

Расстройства памяти в структуре Корсаковского синдрома представлены,

преимущественно, фиксационной амнезией - нарушением способности к запоминанию (фиксации) текущих событий. Больной почти тотчас забывает получаемые впечатления. Время, в течение которого они сглаживаются, может исчисляться секундами. Такой больной сразу перестает помнить не только имя, но и лицо человека, с которым ему только что пришлось общаться.

Рекомендуемая литература

1. Коркина М.В., Лакосина Н.Д., Личко А.Е. Психиатрия. - М: Медицина, 1995. - 608 с.
2. Морозов Г.В., Шуйский Н.Г. Введение в клиническую психиатрию, - Н. Новгород: НГМД, 1998. - 426 с.
3. Руководство по психиатрии. Под ред. А.В. Снежневского. В 2 т. Т. 1 - М., 1983.
4. Снежневский А.В. Общая психопатология: курс лекций - Валдай, ин-т психиатрии АМН СССР, 1970 -49 с.
5. Бухановский А.О., Кутявин Ю.А., Литвак М.Е. Общая психопатология.- Ростов на Дону, 2000.
6. Сметанников П.Г. Психиатрия. СПб., 1997. - 632 с.