

ФГБОУ ВО «Красноярский Государственный Медицинский Университет имени
профессора В.Ф. Войно-Ясенецкого» Министерства здравоохранения Российской
Федерации
Кафедра психиатрии и наркологии с курсом ПО

РЕФЕРАТ

Тема: «Общая психопатология — Нарушения и расстройства памяти при поражениях
мозга»

Выполнил:
Ординатор специальности психиатрия
Литвинов Ю.С.
Проверила:
Зав. кафедрой Березовская М.А.

Красноярск, 2022

Актуальность

Проблемы расстройств памяти и внимания всегда стояли в центре психоневрологических и психопсихологических исследований. Диапазон проблем нарушений этих психических процессов при локальных поражениях мозга достаточно широк, и описания различных форм нарушений (и аномалий) памяти и внимания при разных патологических состояниях в клинической литературе довольно многочисленны.

Когда человек лишается памяти, его жизнь меняется радикально. Она формирует нашу индивидуальность, наша память — это мы сами. С самого рождения наш мозг взаимодействует с окружающей обстановкой и постоянно изменяется под влиянием приобретенного нами опыта. Создавая новые связи между собой, клетки нашего мозга не только реагируют на обстановку, они записывают ее, они создают наши воспоминания. Память обладает важным свойством, она создает наше прошлое, она обеспечивает наше будущее, она позволяет решать проблемы, и, конечно же, она наделяет нас языком. Целью данного реферата является рассмотрение расстройств памяти при поражениях головного мозга, их механизмов, а также непосредственное толкование синдромов нарушения памяти.

Нарушение памяти при органических поражениях мозга.

Память это сохранение информации о раздражителе после того, как его действие уже прекратилось, основной характеристикой памяти как биологической и психической функции являются: длительность формирования следов; их прочность и продолжительность удержания; объем запечатленного материала; точность его считывания; особенности его воспроизведения. Рассмотрим Корсаковский синдром, который проявляется в сочетании нарушения непосредственной памяти на текущие события (фиксационная амнезия) с конфабуляциями на текущие события и дезориентировкой в месте и времени. Причем два последних признака могут быть слабо выражены, тогда как забывание текущих событий всегда выражено очень ярко. При корсаковском синдроме память на события прошлого остается более сохранной, чем память на текущие события. Такие больные могут правильно назвать события из своего детства, помнить даты общественной жизни, но не могут вспомнить, что с ними происходило в течение текущего дня. Особую форму приобретают расстройства памяти при корсаковском синдроме, если они развиваются на фоне выраженной аспонтанности, т. е. грубых нарушений мотивационной сферы у больных с поражениями лобно-базальных отделов мозга. Такие нарушения памяти обнаруживаются на фоне апатического и эйфорического состояний. При апатическом состоянии деятельность больных оказывается лишенной произвольности, целенаправленности. Им недоступен выбор, спонтанное переключение с одного предмета деятельности на другой, у них отсутствует инициатива, потребность окончить начатое дело. При эйфорическом состоянии часто наблюдаются расторможенность, дурашливое поведение, расстройство критики.

Концепция Лурии.

Общая структурно-функциональная модель мозга — концепция мозга как материального субстрата психики, разработанная А. Р. Лурией на основе изучения нарушений психической деятельности при различных локальных поражениях центральной нервной системы. Согласно данной модели, мозг может быть разделён на три основных блока, которые имеют собственное строение и роль в психическом функционировании.

Функциональные блоки мозга. Нарушения первого блока.

1. Энергетический;
2. Приём, переработка и хранение экстероцептивной информации
3. Программирование, регуляция и контроль за сознательной психической деятельностью;

Каждая отдельно взятая психическая функция обеспечивается согласованной работой всех трёх блоков, при нормальном развитии. Блоки объединяются в так называемые функциональные системы, которые представляют сложный динамический, высоко дифференцированный комплекс звеньев, находящихся на различных уровнях нервной системы и принимающих участие в решении различных приспособительных задач.

Первый блок включает в себя:

1. ретикулярную формацию ствола мозга;
2. неспецифические структуры среднего мозга;
3. диэнцефальные отделы;
4. лимбическая система;
5. медиобазальные отделы коры лобных и височных долей;

Снижение коркового тонуса ведет к нарушению общей модально-неспецифической памяти. Двусторонние поражения гиппокампа не затрудняют протекание высших познавательных процессов, но существенно нарушают общую способность запечатлевать следы текущего опыта и приводят к нарушениям памяти, близким к Корсаковскому синдрому.

Поражение лимбических отделов мозга, в частности гиппокампа, приводит к снижению тонуса коры и к нарушению возможности избирательного запечатления следов. Массивные поражения медиальных отделов — нарушение принимает грубейший характер и приводит к полной невозможности сохранять следы текущего опыта, нередко проявляется в синдроме грубой дезориентировки во всех видах.

Свойства этих нарушений памяти: имеют неспецифический характер так, что их можно выявить в любой сфере деятельности больного; одинаково проявляются как в элементарном, непреднамерянном запечатлении следов, так и в специальной произвольной памяти; в случаях массивных поражений — грубые нарушения сознания. У больных с поражением глубоких отделов мозга, прежде легко удерживающих серию из 3-4 элементов без отвлечения, возможность припомнить заранее удержанный ряд либо полностью исчезала, либо больной воспроизводил лишь изолированные фрагменты ряда.

Нарушение 2 блока мозга.

Поражения наружных отделов височной доли левого (доминантного у правши полушария) приводит к нарушению слухо-речевой памяти. Поражение глубоких медиальных отделов височной доли — признаки дезориентировки, спутанности сознания.

Поражение конвекситальных (обращенных к своду) отделов коры левой височной области приводит к распаду сложных речевых форм слухового восприятия, выражающемуся в дефектах фонематического слуха и следствием этих поражений являются высокоспецифические нарушения слухо-речевой памяти. При массивных поражениях верхневисочных отделов левого полушария эти расстройства маскируются или перекрываются явлениями сенсорной афазии. При поражении левой теменной (или теменно-затылочной) области возникают выраженные затруднения синхронного синтеза и нарушение его мнестических процессов являются прямым следствием гностических расстройств.

Восприятие и удержание зрительных структур, включающих симультанное (пространственное) отношение, протекает с большим трудом и длительная тренировка не приводит к результатам. Также возникают амнестические афазии, литеральные и вербальные парафазии. Модально-специфические нарушения приводят к дефектам операций запоминания и припоминания, но никогда не превращаются в нарушение самой мнестической деятельности, сохраняя тем самым возможность компенсации этих дефектов.

Нарушение 3 блока мозга.

1. Поражения височных и затылочных областей приводят к нарушению исполнительной части мнестического акта или мнестических операций.

2. Двусторонние поражения лобных долей мозга приводят к грубым нарушениям формирования намерений, планов и программ поведения, к нарушению регуляции и контроля активной психической деятельности, т.е. к глубокому нарушению всей структуры активной психической деятельности человека. Следовательно, эти нарушения приводят к распаду мнестической деятельности.

3. У больных с массивным поражением конвекситальных отделов лобной области нельзя вызвать ни прочного и активного намерения запомнить предлагаемую информацию, ни тем более активного поиска средств и способов ее запоминания. Запоминание превращается в пассивное запечатление предлагаемого материала. При предъявлении ряда слов (изображений) процесс заучивания превращается в стереотипное повторение удержанной группы элементов без наращивания удержанных звеньев, кривая заучивания приобретает характер «плато».

4. Поражение префронтальных отделов мозга приводит к следующему: в процессе заучивания предъявленного ряда стимулов больному предлагается учитывать достигнутый результат и соответственно ему менять свой «уровень притязаний» (т.е. планировать, сколько элементов выбрать для запоминания в следующий раз), больной инертно повторяет названное число стимулов, не обнаруживая подвижной системы намерений, направляющей мнестическую деятельность. В опытах с опосредованным запоминанием также отсутствуют попытки активных попыток подбора средств к запоминанию.

5. При поражении конвекситальных отделах префронтальной области коры. Каждое поражение мозга (независимо от локализации) приводит к возникновению патологически повышенной тормозимости. При массивных поражениях лобных долей мозга это тормозящее влияние интерферирующих воздействий принимает совершенно особый характер и выступает в виде патологической инертности. Этот фактор мешает больному переключиться с одной группы сигналов на другую, аналогичную: больной с массивным лобным синдромом инертно повторяет последнюю группу следов. Патологическая инертность отчетливо выступает при воспроизведении не только изолированных элементов, но и организованных смысловых структур.

6. При поражении медиальных отделов лобных долей возникает синдром мнестических расстройств (нарушение активной мнестической деятельности и патологическая инертность следов, нарушение ориентировки в окружающем мире и распадом избирательности мнестических расстройств).

Синдромы нарушения памяти.

Проблема расстройств памяти является одной из наиболее часто встречающихся в клинической практике. Наиболее часто расстройства памяти возникают при заболеваниях, патологические процессы которых затрагивают головной мозг (черепно-мозговые травмы, сосудистые и инфекционные заболевания головного мозга, нейроинтоксикации), и у психически больных. Однако нередко нарушения памяти встречаются и у здоровых людей в особых условиях: в состоянии переутомления, аффекта, астении, вызванной соматической болезнью, и т.п.

Нарушения памяти могут касаться как ее отдельных компонентов, так и ее динамики. В современной науке существует несколько различных классификаций нарушений памяти. Согласно наиболее распространенной классификации, выделяют следующие виды расстройств памяти:

Дисмнезии – общие расстройства памяти, заключающиеся в изменении общей способности запечатлевать, сохранять и воспроизводить информацию.

Гипермнезия – непроизвольное оживление, усиление, обострение памяти, повышение способности воспроизведения, вспоминания давно забытых событий прошлого, незначительных и неактуальных для больного в настоящем. При этом «больной, к своему удивлению, вспоминает давно забытые достаточно крупные эпизоды своего детства или юности в мельчайших подробностях, воспроизводит наизусть целые страницы когда-то прочитанных, но давно забытых произведений». Чаще всего гипермнезия представляет собой кратковременное, фрагментарное и неустойчивое явление и встречается при особых состояниях сознания, при приеме алкоголя и некоторых наркотических веществ (опий, ЛСД, психоаналептики), при лихорадочных состояниях, состояниях чрезмерного возбуждения, некоторых вариантах ауры при больших эпилептических припадках, а так же при маниях, бреде, слабоумии и некоторых других психических заболеваниях. Так, например, описан случай, когда один больной, страдавший олигофренией в степени имбецильности, помнил даты погребений всех умерших в течение 35 лет в деревне, где он жил.

Гипомнезия – ослабление памяти, частичное выпадение из памяти событий, фактов, явлений. «Возникает так называемая «прорешливая память», когда больной

вспоминает не все, что должен был бы помнить, а лишь наиболее важное для него, сильные и яркие впечатления, а также часто повторяющиеся в его жизни события. Легкая степень гипомнезии проявляется слабостью воспроизведения дат, имен, терминов, цифр и т.п.». Гипомнезия встречается при неврологических нарушениях, наркоманиях, слабоумии. Так же, как и гипермнезия, гипомнезия часто формируется на базе эмоциональных расстройств; но, если гипермнезия, как правило, сопровождается маниакальным спектром симптомов (состояния эйфории и т.п.), то гипомнезия – депрессивный. Кроме того, гипомнезия встречается при неврологических заболеваниях: она характерна для сосудистых, травматических и атрофических процессов головного мозга. Кроме того, гипомнезия является одним из наиболее часто встречающихся преходящих нарушений памяти, возникающих у здоровых людей в состоянии усталости и переутомления. Гипомнезия также является нормой у подавляющего большинства людей в пожилом возрасте в связи с действием закона Рибо (или Рибо-Джексона), «когда накопленная за всю жизнь информация постепенно теряется в порядке, обратном пропорциональному приобретению ее, т.е. от настоящего к прошлому».

Амнезия – утрата памяти, «провалы в памяти», полное выпадение из памяти событий, имевших место в определенный период. Длительность промежутка времени, охватываемого амнезией, различна (от нескольких минут до нескольких дней, недель, месяцев, лет). Наиболее часто амнезии возникают вследствие черепно-мозговых травм, психологических травм, хронических отравлений, тяжелых гипоксий и аноксий мозга, повреждений гиппокампа. Кроме того, амнезии встречаются при деменциях и типичны при Корсаковском синдроме, возникающем вследствие алкоголизма.



Рис. 1. Классификации амнезий

По отношению к событиям, происходившим в разное время относительно начала расстройства, выделяют следующие виды амнезий:

Ретроградная амнезия – выпадение из памяти событий, происходивших до начала расстройства.

Конградная амнезия – выпадение из памяти событий, происходивших в острый период расстройства.

Антероградная амнезия – утрата воспоминаний о событиях, следовавших за острым периодом расстройства.

Антероретроградная амнезия – утрата воспоминаний о событиях, происходивших до, во время и после острого периода расстройства.

По критерию преимущественно нарушенной функции памяти различают следующие виды амнезий:

Фиксационная амнезия – расстройство процесса запоминания, нарушение запечатления текущей поступающей информации, воспринимаемой субъектом. «В связи с этим слабеет или утрачивается память о текущих, недавних событиях, но сохраняется способность полного вспоминания приобретенного ранее опыта, фактов. Невозможность фиксировать текущие события и факты приводит к неспособности ориентироваться в месте и во времени (амнестическая дезориентировка). Такой больной плохо ориентируется или не ориентируется вовсе в палате, стационаре, не может запомнить обслуживающий персонал, окружающих больных, а также даты. Вместе с тем он довольно связно и подробно рассказывает о своей прошлой жизни, не утрачивает профессиональных знаний и навыков».

Перфорационная амнезия – разновидность фиксационной амнезии, при которой процесс запоминания нарушается не полностью: часть получаемой субъектом информации запечатлевается, другая часть – не запечатлевается.

Анэкфория – неспособность к произвольному вспоминанию тех или иных фактов, событий, слов, которые извлекаются из памяти только после подсказки.

По критерию динамики выделяют следующие виды амнезий:

Прогрессирующая амнезия – постепенное ослабление и распад памяти в соответствии с законом Рибо (Рибо-Джексона) – в порядке, обратном процессу формирования памяти: от настоящего к прошлому, от сложного к простому.

Ретардированная амнезия – «отставленная, запаздывающая амнезия. Какой-то период времени и события, имевшие в нем место, выпадают из памяти не сразу, а лишь спустя некоторое время после болезненного состояния. В течение этого периода пациент может рассказать окружающим о бывших у него болезненных переживаниях. Через короткое время он забывает их напрочь».

Стационарная амнезия – стойкий дефицит памяти, фактически не имеющий динамики.

Регрессирующая амнезия – вариант амнезии с постепенным восстановлением памяти, но почти никогда она не возвращается полностью. Обратная динамика заключается в постепенном восстановлении воспоминаний о выпавшем из памяти периоде, в первую очередь вспоминаются наиболее важные и яркие для больного события.

По объекту, подвергаемому амнезии, выделяют следующие виды амнезий:

Аффектогенная (кататимная) амнезия – вид амнезии, при котором «пробелы памяти возникают психогенно, по механизму вытеснения аффективно насыщенных индивидуально неприятных и неприемлемых личностью впечатлений и событий, а также всех событий (даже индифферентных), совпавших во времени с сильным потрясением». Аффектогенная амнезия встречается только при психогенных состояниях.

Истерическая амнезия – вид амнезии, при котором из памяти выпадают лишь отдельные неприятные события и факты, психологически неприемлемые для больного. От аффектогенной амнезии данное расстройство отличается тем, что воспоминания об обстановке, индифферентных событиях, совпавших с амнезируемыми во времени, сохраняются.

Фантастическая псевдология – разновидность истерической амнезии, при которой объектом вытеснения являются не удовлетворяющие больного факты автобиографии или особенности социального статуса. «Сочетающаяся с этим склонность к переоценке собственной личности, эгоизм, эгоцентризм нередко приводят к тому, что пробелы памяти замещаются вымышленными событиями, нередко носящими оттенок гротескности, утрированности. Это так называемые истерические фантазмы. Они занимательны по фабуле, часто имеют интригующее содержание, подчеркивают значимость личности больного. В отличие от патологической лживости критическое осмысление таких вымыслов утрачивается, появляется убежденность в их истинности».

Скотомизация – разновидность истерической амнезии, возникающая у лиц, не проявлявших ранее истероидных черт характера.

Парамнезии – это нарушения памяти, сущность которых заключается в патологической продукции памяти, обманах памяти.

Конфабуляции – ложные воспоминания, «вымыслы памяти» («галлюцинации памяти», «бред воображения»), сопровождаемые убежденностью субъекта в их истинности. Например, «больной 80 лет, страдающий выраженным церебросклерозом, сообщает, что его только что допрашивали одновременно Малюта Скуратов и Иван Грозный. Попытки доказать ему, что оба вышеуказанных персонажа давно мертвы, оказались тщетными». Выделяют следующие виды конфабуляций:

Замещающие конфабуляции – ложные воспоминания, заполняющие пробелы в памяти. Как правило, замещающие конфабуляции имеют неустойчивое и обыденное, профессионально-бытовое содержание.

Фантастические конфабуляции – ложные воспоминания о невероятных событиях, произошедших в прошлом. Чаще всего фантастические конфабуляции имеют стабильное содержание с признаками бреда величия или эротическими компонентами.

Паралитические конфабуляции – ложные воспоминания нелепого содержания.

Псевдореминисценции – это замещение провалов памяти информацией и реальными фактами из жизни больного, но значительно смещенными во времени. Это так называемые «иллюзии памяти», заключающиеся в нарушении хронологии памяти, в том, что воспоминания о действительно имевших место событиях относятся больным в иной временной отрезок. Наиболее часто псевдореминисценции состоят в том, что

события, пережитые субъектом в прошлом, воспринимаются им как имеющие место в настоящем, замещая собой провалы в памяти, возникающие в результате амнезии. Как правило, псевдореминисценции являются стабильными. Например, «больной со старческим слабоумием, находящийся в больнице около шести месяцев, бывший до болезни прекрасным преподавателем математики, утверждает, что он только что проводил занятия по тригонометрии в десятом классе». Разновидностью псевдореминисценций являются экмнезии — «сдвиг ситуации в прошлое («жизнь в прошлом»), когда стирается временная грань между прошлым и настоящим и давние события переносятся такой болезненной памятью в настоящее. Такому переносу подвергаются не отдельные факты или события, а целые, часто довольно значительные, периоды жизни. Иногда этот симптом сочетается с симптомом неузнавания — больные не узнают себя в зеркале».

Криптомнезии — искажения памяти, заключающиеся в отчуждении или присвоении воспоминаний. Различают следующие разновидности криптомнезий:

Ассоциированные (болезненно присвоенные) воспоминания — это искажения памяти, при которых больные воспринимают события, происходившие не с ними (например, прочитанные в книге или увиденные в кинофильме), как события собственной жизни, присваивает себе чужие мысли и действия. Одним из вариантов ассоциированных воспоминаний является истинная криптомнезия (патологический плагиат) — патология памяти, которая приводит пациента к присвоению себе авторства различных научных идей, произведений искусства, и т.п. Например, «больной с радостью сообщает врачу, что сочинил стихи: «Я помню чудное мгновенье...» и был искренне огорчен тем, что это стихотворение задолго до него написал А. С. Пушкин».

Ложные ассоциированные (отчужденные) воспоминания — по сути противоположное расстройство, когда, напротив, эпизоды из собственной жизни субъект воспринимают как события, происходившие не с ним, а с кем-то иным, или как увиденные во сне, на сцене и т.п.

Эхомнезии, или феномен «уже виденного» («дежа вю») — обманы памяти, при которых новое событие воспринимается как схожее или полностью идентичное событию, уже происходившему в прошлом. При этом текущее событие проецируется одновременно и в настоящее (адекватно), и в прошлое. Данный феномен характеризуется уверенностью субъекта в том, что он уже когда-то переживал подобное или в точности такое же событие, но при этом он не может «вспомнить», где и когда оно происходило.

Таким образом, виды нарушений памяти чрезвычайно многочисленны и разнообразны. Некоторые виды нарушений памяти — истерическая амнезия, аффектогенная амнезия, фантастическая псевдология, фантастические конфабуляции являются очевидно психогенными.

Заключение

Исследование памяти при локальных поражениях мозга является важным для понимания о состоянии психической деятельности. Колебания продуктивности деятельности зависят от возраста и давности полученного поражения. Поэтому требуется более глубокое изучение особенностей памяти у больных с разным сроком отдаленности поражения и дальнейшей экспериментальной работы. Исследования нарушений памяти при поражениях мозга важны в теоретическом отношении, так как они позволяют выявить, какие структуры, факторы участвуют в протекании данных процессов, и сопоставить данные о нарушенных звеньях. Практическая же сторона исследований в отношении нарушений памяти у больных с поражением различных уровней неспецифических структур показала, что например произвольное внимание связано в большей степени с нижними отделами ствола и со средним мозгом, в то время как произвольные формы внимания, — корковые функции. Что касается практического изучения данной проблемы в отношении памяти, то исследования направлены прежде всего на:

1. изучение структуры нарушения памяти, возникающие при различных по локализации очагах поражения; исследование роли определенных мозговых структур в осуществлении различных по характеру мнестических процессов
2. анализ особенности нарушения разных звеньев и этапов в структуре мнестической деятельности при различных локализациях очага поражения.

Изучение этого вопроса также диктуется потребностью создания реабилитационных и коррекционных программ для людей с такими нарушениями.

Список использованной литературы

1. Шамрей, Абриталин, Марченко: Избранные лекции по клинической психиатрии. Учебное пособие, СпецЛит, 2022 г.
2. Александровский Ю.А. Психиатрия : национальное руководство 2-е изд., перераб. и доп., ГЭОТАР-Медиа, 2022г.
3. Ковалев Ю.В. Атлас по психиатрии в 2 томах : Общая психопатология. Частная психопатология, БИНОМ-Пресс, 2022г.
4. Рубинштейн С.Я Основы общей психопатологии. — С-Пб.: Питер, 2020.
5. Хомская Е. Д Нейропсихология: 4-е издание. — С-Пб.: Питер, 2022г

Федеральное государственное бюджетное образовательное учреждение высшего образования
«Красноярский государственный медицинский университет имени профессора И. Ф. Войно-
Ясенецкого» Министерства здравоохранения Российской Федерации

РЕЦЕНЗИЯ НА РЕФЕРАТ

Кафедра Психиатрии и наркологии с курсом психиатрии
(наименование кафедры)

Рецензия _____
(ФИО, ученая степень, должность рецензента)

на реферат ординатора 1 года обучения по специальности Психиатрии
(ФИО ординатора)

Тема реферата Нарушение и расстройства памяти при поражении мозга

Основные оценочные критерии

№	Оценочный критерий	Положительный/отрицательный
1	Структурированность	+
2	Актуальность	+
3	Соответствие текста реферата его теме	+
4	Владение терминологией	+
5	Полнота и глубина раскрытия основных понятий темы	+
6	Логичность доказательной базы	+
7	Умение аргументировать основные положения и выводы	5/5
8	Источники литературы (не старше 5 лет)	+
9	Наличие общего вывода по теме	отлично
10	Итоговая оценка (оценка по пятибалльной шкале)	

Дата: «___» _____ 20___ год

Подпись рецензента

(ФИО рецензента)

Подпись ординатора

(ФИО ординатора)