

# ПАТОЛОГИЯ ПАМЯТИ



# ТЕРМИНОЛОГИЯ

- Память – способность запоминать, хранить и воспроизводить сведения прошлого опыта, имеет 4 функции:
  1. Запоминание
  2. Хранение
  3. Воспроизведение
  4. Забывание



- В зависимости от способа восприятия и характера запоминаемой и хранимой информации память подразделяется на :
  1. Символическая (слова, символы, цифры)
  2. Логическая (идеи, понятия)
  3. Образная (зрительные, слуховые образы)
  4. Моторная (движения, спорт)
  5. Эмоциональная (собственные переживания, состояния)



□ Память тесно связана с функциями мышления и восприятия, в связи с этим выделяют:

1. Конкретно-образная(механическая) память – прямое запечатление объектов и явлений в виде образов и элементарных представлений.
2. Абстрактно-логическая (смысловая) неотделима от логических операций мышления, с её помощью в памяти устанавливаются внутренние смысловые связи между единицами информации.



□ По длительности хранения информации:

1. Непосредственная (сенсорная) память -запоминание ин-ции в виде непосредственных образов восприятия, что обеспечивает его непрерывность.
2. Кратковременная память – запоминание текущей информации. К кратковременной памяти можно также отнести *ОПЕРАТИВНУЮ* память, осуществляющую извлечение и удержание ин-ции из долговременной памяти.
3. Долговременная память – запоминание на длительное время ин-ции. Содержит понятийно-словесные, образные и моторные структуры.



## ПАТОЛОГИИ ПАМЯТИ:

- Гипермнезия – патологическое усиление памяти
  
- Гипомнезия – патологическое снижение памяти
  - Дисмнезия - нарушение некоторых функций памяти
  
- Амнезия – отсутствие каких либо воспоминаний
  - Ретроградная
  - Антероградная
  - Антероретрградная



## ЧАСТНЫЕ КЛИНИЧЕСКИЕ ФОРМЫ АМНЕЗИЙ:

- Фиксационная – нарушение запоминания текущих событий.
- Аффектогенная – забывание событий, вызвавших потрясение, волнение, сильный страх.
- Периодическая (Рибо) – наличие альтернативного сознания, смена сознаний сменяется различными воспоминаниями.
- Амнестическая афазия – забывание названия предметов, при сохранном понятии о их назначении. (поражены теменно-затылочные и теменно-височные отделы доминантного полушария)



- Анэ́кфория – нарушено воспоминание знакомых по прошлому опыту событий.
- Прогрессирующая амнезия – закономерная утрата способности запоминания с сопутствующим постепенным опустошением запаса памяти.  
(симптом зеркала)



# КАЧЕСТВЕННЫЕ НАРУШЕНИЯ ПАМЯТИ (ПАРАМНЕЗИИ):

- Так называемые обманы памяти, среди них выделяют:
  1. Псевдореминисценция – неправильное воспроизведение событий.
  2. Конфабуляции - ложные воспоминания
    - А. Замещающие
    - В. Фантастические (конфабулёз)
    - С. Бредовые (ложные воспоминания на фоне бредовых идей)
  3. Криptomнезии – неспособность идентифицировать источник воспоминания.
  4. Феномен “deja vu” и “deja vecu”



## СИНДРОМЫ С НАРУШЕНИЯМИ ПАМЯТИ:

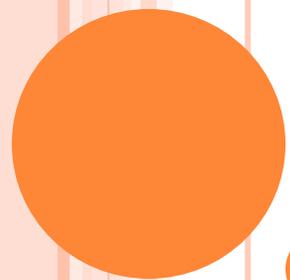
- Корсаковский с-м включает в себя триаду симптомов:
  1. Фиксационную амнезию
  2. Ретроградную амнезию
  3. Конфабуляции \
- С-м инфантильно-астенических рас-в памяти — проявляется дисмнезией (затруднение запоминания и воспроизведения)
- Психоорганический с-м характеризуется триадой Вальтер-Бюэля:
  1. Гипомнезия
  2. Снижение интеллекта
  3. Эмоциональная лабильность



□ Выделяют 4 клинических варианта психоорганического синдрома:

1. Астенический – с выраженной астенической симптоматикой (чмт, сосудистые поражения гм)
2. Эксплозивный – с преобладанием раздражительности, гневливости (чмт, нейросифилис)
3. Эйфорический – преобладает благодушие, недоосмысление ситуации и своего поведения, дурашливость, прожорливость, неряшливость.
4. Апатический – с отсутствием побуждений, медлительностью, акинезией.





# **ПАТОЛОГИЯ ИНТЕЛЛЕКТА.**



- Интеллект – способность мыслить, совокупность тех умственных функций (сравнения, абстракции, образования понятий, суждений), которые делают возможным как процесс познания, так и критический анализ уже имеющихся знаний для адаптации к деятельности и решению новых задач.
- Уровень интеллекта принято определять тестами Векслера и Айзенка, выражается в баллах IQ. Показатель 90 и более является нормой, 89-70 – пограничная умственная отсталость, 69-50 – дебильность, 49-30 имбецильность, 29 и менее – идиотия.



- В клинике нарушение интеллекта выражаются в состоянии слабоумия.
- Слабоумие разделяется на врождённое недоразвитие психики и приобретённое.
- Промежуточное положение между интеллектуальной нормой и олигофренией занимают задержки темпа психического развития.



## ОЛИГОФРЕНИЯ:

- Сборная группа различных по этиологии, патогенезу и клиническим проявлениям патологических состояний, общим признаком которых является врождённое или приобретённое в раннем детстве (до 3 лет) общее психическое недоразвитие.
- Критерии диагностики:
  1. Отмечается преимущественное снижение уровня абстрактного мышления .
  2. Непрогредиентный характер общего психического недоразвития.
  3. Нарушения социальной адаптации.



□ Выделяют 3 степени олигофрении:

1. Дебильность – лёгкая степень. Большой словарный запас, могут выстраивать причинно-следственную связь, но к абстрактному мышлению не способны. Обучаемы.
2. Имбецильность – средняя степень. Словарный запас ограничен несколькими десятками слов. Осваивают навыки самообслуживания, элементарные трудовые обязанности.
3. Идиотия – тяжёлая степень, речь ограничена набором звуков, реже несколькими словами. Отсутствуют навыки самообслуживания.



# ДЕМЕНЦИЯ

- Приобретённое слабоумие. Развивается у лиц со сформированным интеллектом в связи с психическими заболеваниями.
- По этиологии выделяют старческую, сосудистую, атеросклеротическую, травматическую, паралитическую, при атрофических заболеваниях, алкогольную, шизофреническую, эпилептическую.



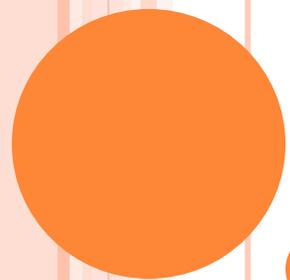
□ Деменция характеризуется рядом клинических признаков:

1. Наличие периода нормального развития
2. Неравномерность снижения интеллекта
3. Несоответствие между имеющимся запасом знаний и низкими возможностями их реализации
4. Преобладание нарушений предпосылок интеллекта (памяти, внимания, психической активности, целенаправленной деятельности)
5. Высокая степень выраженности личностных расстройств.



- В зависимости от выраженности нарушений, различают тотальную и лакунарную деменцию.
  1. Тотальная д-ция: страдают все психические ф-ции (внимание, мышление, память, воля, эмоции)
  2. Лакунарная д-ция: чаще страдает память, по этому называется также дисмнестической.
  
- Деменция при атрофических заболеваниях отличается рядом клинических особенностей:
  1. Сенсорная афазия – нарушение понимания обращённой речи.
  2. Апраксия – нарушение целенаправленной деятельности.
  3. Агнозия – выражается в пространственных и зрительных нарушениях процессов узнавания при отсутствии нарушения сознания и сохранности элементарной чувствительности.





# ПАТОЛОГИЯ СОЗНАНИЯ.



- Сознание – высшая, специфическая форма познания действительности, совокупность и сосредоточение всех психических функций.
- Выделяют 4 разновидности сознания:
  1. Предметное сознание – познание и отражение предметной действительности.
  2. Самосознание – система знаний о самом себе и своих отношениях с окружающими.
  3. Социальное сознание – отражение общественных отношений.
  4. Индивидуальное сознание – превращение общественного сознания в факт внутренней жизни субъекта.



- Общие признаки нарушения сознания по К.Ясперсу:
  1. Отрешённость от окружающего мира - неотчётливость, фрагментированность восприятия окружающего.
  2. Нарушение мышления – непоследовательность, фрагментарность, бессвязность. Наличие патологической продукции.
  3. Дезориентировка – во времени, месте, окружающей ситуации.
  4. Расстройство запоминания, с последующей амнезией.



- Обеднение сознания представляет собой утрату ясности сознания различной глубины.

Оглушённость – обеднение и замедление всей психической деятельности вплоть до полного выключения сознания. Повышаются пороги для всех внешних раздражителей. Отсутствуют продуктивные расстройства (искажения и обманы восприятия, бред, двигательное возбуждение).

- A. Обнубиляция – внимание больного рассеяно, заторможен, быстро истощается.
- B. Сомноленция – больной отрешен от окружающего, напоминает спящего. Реагирует лишь на непосредственные раздражители. Возможны ответы да/нет
- C. Сопор – речевой контакт невозможен. Слабо дифференцированные реакции на сильные раздражители. Вегетативные рефлексы сохранены. Сухожильные рефлексы угнетены, появляются патологические рефлексы.
- D. Кома – полное выключение сознания с отсутствием реакции на раздражители любой силы. Зрачки расширены, реакция на свет угнетена, или отсутствует. Децеребральная мышечная ригидность.



## Синдромы помрачения сознания:

- Делириозный с-м. Р-во сознания с ложной ориентировкой, наплывом ярких истинных галлюцинаций и иллюзий на фоне тревоги, страха, психомоторного возбуждения. Длится 3-7 дней.
- Выделяют 4 последовательные стадии:
  1. Предделириозная – беспокойство, эмоциональная лабильность, тревожность. Гипермнезия, говорливость. Сон поверхностный, с яркими устрашающими сновидениями.
  2. Появляются устрашающие иллюзии, парейдолии. Страх и любопытство часто сменяются между собой.
  3. Развёрнутая стадия – истинные галлюцинации, часто сценopodobные, нередко носят угрожающий характер.
  4. Выход из делирия, часто критический, после глубокого сна, с последующим астеническим состоянием.

Больные амнезируют все реальные события, при этом отрывочно сохраняют воспоминания галлюцинаторных переживаний.



- Онейроидный с-м. Сновидное, грезоподобное помрачение сознания. Выражается в причудливом переплетении фрагментов фантастически измененной реальности с наплывом ярких и чувственно пластических переживаний. Преобладают быстро меняющиеся сновидные образы и сцены с фантастическим содержанием. Длится несколько часов, недель, реже месяцев, с короткими перерывами. Выход как правило, критический.



- Сумеречное помрачение сознания: течение параксизмальное, с полной амнезией периода помрачения сознания.
- Простые сумеречные состояния х-ся нарушением всех видов ориентировки, в том числе и ориентировки собственной личности. Сознание сужается на ограниченном круге переживаний. Психомоторное возбуждение, немотивированного характера. Действия импульсивные, автоматические. Речь бессвязная.



- Сложные сумеречные состояния делят на 4 варианта:
  1. Бредовой – развитие острого чувственного бреда.
  2. Неистовое возбуждение – импульсивная агрессивность, больные крушат всё вокруг. Наблюдается при эпилепсии.
  3. Ориентированный (дисфорический вариант) – напряженный аффект злобы.
  4. Галлюцинаторный – устрашающие иллюзии, слуховые и зрительные галлюцинации.



- Амбулаторные автоматизмы: разновидность сумеречного помрачения сознания, при котором наблюдается внешне упорядоченные действия, лишённые реального смысла.
  - Снохождение – лунатизм. Реакция на окружающих отсутствует.
  - Сноговорение
  - Фуга – повторение одного и того же действия
  - Транс – наиболее длительный автоматизм, с сложным поведением.



- Аментивное помрачение сознания: х-ся бессвязным мышлением, выраженной рассеянностью с аффектом недоумения, грубой дезориентировкой всех видов и последующей полной амнезией. На первый план выходит фрагментарность психической деятельности, бессвязность мышления. Речевое и двигательное возбуждение.

