
МЕДИЦИНСКОЕ ОБРАЗОВАНИЕ

Кафедра психиатрии

А. С. Воропаев, Г. А. Якупова, М. А. Соляник

ПАТОЛОГИЯ ПАМЯТИ

Учебное пособие

**Санкт-Петербург
Издательство СЗГМУ им. И. И. Мечникова
2014**

УДК 616.89-008.46
В75

Воропаев А. С.

В76 Патология памяти: учебное пособие / А. С. Воропаев, Г. А. Якупова, М. А. Соляник. — СПб.: Изд-во СЗГМУ им. И. И. Мечникова, 2014. — 16 с.

Авторы:

А. С. Воропаев;

Г. А. Якупова;

канд. мед. наук, доцент *М. А. Соляник.*

Рецензент: начальник кафедры психиатрии Военно-медицинской академии им. С. М. Кирова, Заслуженный врач РФ, д-р мед. наук, профессор *В. К. Шамрей.*

В учебном пособии рассматривается проблема расстройств памяти, которые могут привести к нарушению функционирования и дезадаптации больного, в том числе и социальной. Таким образом, выявление и распознавание соответствующих нарушений у пациентов для оказания им своевременной помощи необходимо врачам любой специальности.

Учебное пособие предназначено для студентов медицинских вузов.

Утверждено в качестве учебного пособия
Методическим советом ГБОУ ВПО
СЗГМУ им. И. И. Мечникова,
протокол № 2 от 23 мая 2014 г.

© А. С. Воропаев, Г. А. Якупова, М. А. Соляник, 2014

© Издательство СЗГМУ им. И. И. Мечникова, 2014

Подписано в печать 23.09.2014 г. Формат бумаги 60×84¹/₁₆.

Бумага офсетная. Гарнитура NewtonС.

Печать офсетная. Уч.-изд. л. 0,6. Усл. печ. л. 1,0.

Тираж 500 экз. Заказ № 373.

Санкт-Петербург, Издательство СЗГМУ им. И. И. Мечникова
191015, Санкт-Петербург, Кирочная ул., д. 41.

Отпечатано в типографии СЗГМУ им. И. И. Мечникова
191015, Санкт-Петербург, Кирочная ул., д. 41.

СОДЕРЖАНИЕ

Введение	4
Психология памяти	5
Психопатология памяти	6
Гипермнезия.....	6
Гипомнезия	7
Амнезия	7
Парамнезии	10
Заключение	12
Литература	13
Тестовые задания	14
Эталоны ответов.....	16

ВВЕДЕНИЕ

Психическая деятельность человека состоит из ряда сфер:

- 1) чувственное познание (ощущение и восприятие);
- 2) мышление;
- 3) память и внимание;
- 4) интеллект;
- 5) эмоции;
- 6) воля и психомоторная сфера;
- 7) влечения;
- 8) сознание.

Данное пособие знакомит читателей с с патологией такой важной составляющей психической деятельности, как память. В практике не только врача-психиатра, но и врача любой специальности могут встретиться больные, у которых на фоне соматической, а также психической патологии наблюдаются расстройства памяти, оказывающие подчас огромное влияние на функционирование больного.

Таким образом, цель данного пособия — научить выявлять и распознавать соответствующие нарушения, вовремя оказать пациенту специализированную помощь.

Для того чтобы помочь лучше усвоить учебный материал, наглядно представить клиническую картину расстройств памяти, в пособии наряду с психопатологическими симптомами представлены формируемые ими синдромы.

ПСИХОЛОГИЯ ПАМЯТИ

Память — способность индивидуума запечатлевать и сохранять информацию, а также воспроизводить данные прошлого опыта.

Иерархические уровни представлены **механической** и **логической** памятью. Механическая память фиксирует непосредственно, без отбора и переработки, путем повторений получаемых впечатлений. Логическая память избирательно фиксирует информацию, включая ее в уже готовые логические схемы и формулы так что между новыми и старыми знаниями устанавливаются смысловые связи, облегчающие запоминание и воспроизведение в дальнейшем. Таким образом, механическая память базируется на «зазубривании», а логическая «на понимании подлежащего запоминанию материала. В процессе жизни человек использует оба эти вида памяти, так как многочисленные сведения, для которых у него нет «разработанной логической системы», приходится запоминать механически. Механическая память определяется биологическими особенностями и состоянием мозга. Она лучше в детском возрасте и закономерно слабеет в старости, при этом наблюдаются значительные индивидуальные колебания способности к механическому запоминанию.

С точки зрения динамики процесса запоминания выделяют **кратковременную** и **долговременную** память. Под кратковременной памятью понимается сохранение на ограниченный срок получаемой информации в динамической форме (в виде циркуляции нервных импульсов по замкнутым нейронным цепям), без образования прочного нервного следа или отпечатки. В долговременной памяти хранится вся информация, приобретенная в течение жизни, и она может в той или иной мере извлекаться из нее по мере надобности. В основе долговременной памяти лежит образование стойких, по-видимому, сохраняющихся в течение всей жизни нервных следов. Первоначально любая информация поступает в кратковременную память, и лишь через 30–40 мин происходит ее консолидация, т. е. она переводится в долговременную память с образованием прочного

нервного следа. Нельзя утверждать, что вся поступающая в кратковременную память информация переводится в дальнейшем на длительное хранение, но есть основание полагать, что так происходит со значительной частью ее, и об этом ярко свидетельствуют некоторые фрагменты из области патологии, приводимые ниже. Однако в обычных условиях далеко не вся находящаяся в долговременной памяти информация может произвольно воспроизводиться и использоваться человеком; многие сведения, сохраняющиеся в мозге в виде следов, остающихся в латентном состоянии, практически оказываются «забытыми».

ПСИХОПАТОЛОГИЯ ПАМЯТИ

Нарушения памяти при психических заболеваниях традиционно подразделяют на явления усиления (гипермнезия), ослабления (гипомнезия), вплоть до полной утраты (амнезия), и различные извращения памяти (парамнезии).

Гипермнезия

Усиление памяти, или гипермнезия, относится только к усилению механической памяти и выражается в значительном возрастании объема и точности воспроизведения событий прошлого. Гипермнезия — значительное или резкое обострение памяти. Обычно сопровождается наплывом множественных воспоминаний и образными представлениями. Гипермнезия охватывает как основные факты события, так и его детали. Воспоминания и образные представления чаще отличаются той или иной степенью хаотичности; реже они имеют одну или несколько последовательно развивающихся сюжетных линий. Развитие гипермнезии часто влечет за собой появление скачки идей. Гипермнезия встречается при маниакальных состояниях, в состояниях опьянения различного происхождения, при некоторых эпилептических эквивалентах и аурах. К гипермнезии относят также усиление памяти, проявляющееся в поразительных способностях к счетным операциям, к запоминанию прочитанного, услышанной музыки и т. п. Данное явление чаще всего распространяется на ограниченный раздел памяти, особенно когда оно наблюдается у лиц с посредственным интеллектом или просто у лиц с явлениями дебильности.

Наиболее постоянно гипермнезия наблюдается при маниакальных состояниях. Еще более разительные явления гипермнезии могут наблюдаться при острых психозах в состояниях нарушенного сознания, когда, например, в памяти больного всплывают и вербализуются отрывки когда-то слышанных, но непонятных для него текстов на родном или иностранных языках, которые по выздоровлении он совершенно не может вспомнить. Феномены гипермнезии подтверждают представление о том, что даже несущественные сведения потенциально сохраняются в долговременной памяти.

Гипомнезия

Гипомнезия представляет собой явление, противоположное гипермнезии. При гипомнезии также наблюдается преимущественное ослабление механической памяти при относительной сохранности памяти логической. Это нарушение проявляется затрудненностью, замедленностью и неточностью воспроизведения событий прошлого и ранее полученных сведений, не приведенных в логическую систему, а также сужением объема кратковременной памяти и ухудшением механического запоминания нового материала.

Гипомнезия может наблюдаться как обратимое явление при астенических состояниях различного происхождения и как стойкое и даже прогрессирующее нарушение при органических заболеваниях головного мозга.

Амнезия

Амнезия, или полная утрата памяти, может быть **диффузной**, захватывающей весь жизненный опыт или значительную часть его, ограниченную определенным периодом времени или комплексом переживаний.

Диффузные амнезии наблюдаются при грубоорганических заболеваниях головного мозга. При диффузных амнезиях нарушается как логическая, так и механическая память, как память кратковременная, так и долговременная, причем речь идет не только о затруднениях воспроизведения, но и о разрушении хранившейся в долговременной памяти информации. Примером может служить **прогрессирующая амнезия Рибо**, типичная для болезни Альцгеймера, атеросклеротической деменции.

Снижение памяти при прогрессирующей амнезии происходит в определенной последовательности. Вначале утрачиваются (забываются) наиболее свежие, недавно приобретенные и менее закрепленные факты. Одновременно с появлением амнестических расстройств может наблюдаться оживление памяти на события прошлой жизни. Нередко при этом факты минувшего приобретают выраженную образность и наглядность. В подобных случаях о событиях прошлого рассказывают так, что собеседник не только слышит, но и может одновременно представлять себе в картинах факты, о которых ему сообщают. Рассказы о прошлом приобретают сценоподобность. При более тяжелых расстройствах из памяти в той или иной мере выпадают отдельные периоды личной и общественной жизни. Однако никогда не бывает полного их забвения. Постоянным свойством не только легкой, но и тяжелой амнезии является неравномерность поражения запасов памяти — одно помнят хуже, другое лучше. Со временем может возникнуть сдвиг ситуации в прошлое, вплоть до «жизни в прошлом»: больные считают себя молодыми, живущими в семье родителей и т. п. Сочетание жизни в прошлом с повышенной речевой откликаемостью больных на происходящее кругом, суетливой деловитостью и амнестическими ложными узнаваниями называют **старческим амнестическим делирием**.

Ограниченные во времени амнезии определяются полным выпадением памяти на различные периоды времени. Как правило, они происходят на обоих иерархических уровнях памяти, однако в некоторых случаях страдает, в основном, память логическая. Примером амнезий, связанных с нарушениями на уровне логической памяти, служит **аффектогенная амнезия** и феномен, называемый «вытеснением». Он заключается в выключении из сознания, как бы забывании тягостных, глубоко травмирующих психику переживаний.

Ограниченные во времени амнезии наблюдаются при различного рода шоковых воздействиях на мозг, связанных с расстройствами сознания (после травмы головы, эпилептического припадка, на высоте тяжелых острых инфекционных заболеваний, интоксикаций).

Относительно периода, на который распространяется амнезия, ее разделяют на антероградную, ретроградную и смешанную. «Точкой отсчета» при этом служит момент начала заболевания. В тех случаях, когда амнезия захватывает какой-то период после начала заболевания, ее называют **антероградной**. В тех случаях, когда амне-

зия распространяется на отрезок времени, предшествующий началу заболевания, говорят о **ретроградной амнезии**, может быть и смешанная, **антеро-ретроградная амнезия**.

Особую форму расстройства памяти представляет собой **фиксационная амнезия**, являющаяся главным признаком амнестического, или корсаковского, синдрома. Она характеризуется тем, что больные, правильно воспринимая и понимая текущие события, через считанные минуты об этих событиях прочно забывают, но в то же время достаточно хорошо помнят прошлое. Из-за неспособности к запоминанию текущих событий больные не ориентируются в месте и времени — так называемая **амнестическая дезориентировка**. При фиксационной амнезии нарушается преимущественно кратковременная память — вновь принятая информация очень быстро исчезает из нее, не передаваясь в долговременную.

Амнезия периодическая (Th. Ribot, 1881) возникает на фоне альтернирующего сознания, встречающегося при истерических состояниях. Больной живет в двух, совершенно отличающихся друг от друга состояниях, сменяющих одно другое. В состоянии «А» сохраняется память на все относящиеся к нему события. То же относится и к состоянию «Б». Вместе с тем, находясь в состоянии «А», больной совершенно не помнит, что с ним происходило в состоянии «Б», и наоборот — в состоянии «Б» не помнит, что происходило в состоянии «А».

Амнезия ретардированная возникает на период помрачения сознания или другого психического расстройства не сразу после его окончания, а спустя различные сроки, обычно исчисляемые днями-неделями. Поэтому больной сразу же после окончания психоза способен сообщить о бывших у него в тот период расстройствах, в том числе и о своем тогдашнем поведении, а затем забывает и о том, что с ним было, и о том, что он уже рассказывал. Ретардированная амнезия имеет большое значение в судебной психиатрии. При ее возникновении больных могут обвинить в симуляции.

Разновидностью амнезии является **палимпсест** — забывание отдельных событий и деталей своего поведения, бывших в период опьянения, точнее, на высоте его развития. Способность воспроизведения общего хода событий при палимпсесте сохраняется. Палимпсест по мере нарастания симптомов алкоголизма сменяется алкогольной амнезией — забывается все то, что происходило в период опьянения.

Парамнезии

К ним относятся различного вида ошибки или обманы памяти, имеющие неодинаковое происхождение.

Конфабуляции — ложные воспоминания о событиях, которые никогда не происходили, а часто и не могли происходить в действительности, но представление о которых возникает в сознании больного, сопровождаясь чувством уверенности в том, что им воспроизводится нечто из его жизненного опыта. Это как бы «галлюцинации памяти», по С. С. Корсакову, существенная составная часть описанного им синдрома. Поскольку дело идет об активном творчестве больного, конфабуляции следует отнести к нарушениям, возникающим на уровне логической памяти. Множественные конфабуляции с фантастическим содержанием основа конфабуляторного бреда или конфабулеса. Конфабуляции возникают при наличии самых различных психопатологических расстройств, как продуктивных, так и негативных. Они различаются также и своим содержанием, поэтому их классификация носит чисто описательный характер.

Конфабуляции бредовые всегда возникают на фоне бреда и характеризуются переносом в прошлое бредовых расстройств, возникших значительно позже, т. е. происходит бредовое истолкование того периода жизни, когда индивидуум еще не был больным человеком. К бредовым конфабуляциям могут быть отнесены и те конфабуляции, которые возникают вслед за состояниями помрачения сознания, сопровождавшимися лишь частичной амнезией болезненного эпизода (делирий, онейроид, сумерки). Такие конфабуляции называют также **онирическими**.

Конфабуляции галлюцинаторные (псевдогаллюцинаторные) возникают при наплывах зрительных или слуховых обманов восприятия, которые воспринимаются больными как живое воспоминание фактов, бывших в действительности.

Конфабуляции мнемонические (конфабуляции замещающие, конфабуляции памяти) возникают при выраженных расстройствах памяти, например при фиксационной амнезии, и как бы «замещают» ее пробелы вымышленными фактами, относящимися преимущественно к событиям повседневной жизни.

Конфабуляции экмнестические возникают на фоне выраженной прогрессирующей амнезии и имеют своим содержанием события детского или юношеского возраста.

В связи с тем, что содержание конфабуляции может быть фантастическим, в частности сопровождаться идеями величия, выделяют также **фантастические и экспансивные конфабуляции**. При первых больные рассказывают о необыкновенных событиях, участниками или свидетелями которых они являются; при вторых в высказываниях доминируют идеи величия (богатства, высокого происхождения и т. д.). Фантастические и экспансивные конфабуляции являются чаще бредовыми или галлюцинаторными и реже связаны с нарушениями памяти.

Псевдореминисценции — воспоминания о реально происходивших событиях, но неправильно локализуемых во времени, из отдаленного прошлого переносимых в настоящее время. По аналогии с расстройствами восприятия здесь можно было бы говорить от «иллюзиях памяти» (С. С. Корсаков). Псевдореминисценции, как правило, наблюдаются у больных с амнестическими нарушениями, в частности с фиксационной амнезией. Больные как бы пытаются заполнить пробелы в памяти элементами прошлого опыта, перенесенным в настоящее. Содержание псевдореминисценций обуславливается случайными ассоциациями, поэтому их можно рассматривать как нарушения механической памяти. Содержание псевдореминисценции носит по преимуществу обыденный характер.

Криптомнезии — скрытые воспоминания, т. е. воспоминания о прочитанном или услышанном где-то, которые непроизвольно всплывают в сознании, переживаясь как собственная оригинальная идея, догадка, шутка и т. д. Практически имеет значение, когда использованная творческим работником криптомнезия может дать повод заподозрить его в сознательном плагиате.

Переживания «уже виденного» и «никогда не виденного». В первом случае у человека, оказывающегося в новом месте, возникает чувство своего рода узнавания как если бы он уже был когда-то в этом месте и все уже происходило совершенно так, как сейчас. Во втором случае, наоборот хорошо знакома местность или ситуация воспринимается на какое-то время по-новому, как незнакомые, чуждые, увиденные впервые. Такие переживания могут изредка возникать не только при психических заболеваниях, но и у здоровых людей.

ЗАКЛЮЧЕНИЕ

Патология памяти является одним из значимых разделов общей психопатологии, обязательным для изучения в рамках курса психиатрии.

Врач любой специальности может встретиться в своей практике с больными, у которых на фоне соматической, а также психической патологии наблюдаются расстройства памяти, оказывающие подчас огромное влияние на функционирование больного. Для того чтобы помочь лучше усвоить учебный материал, наглядно представить клиническую картину расстройств памяти, в пособии наряду с психопатологическими симптомами представлены формируемые ими синдромы.

ЛИТЕРАТУРА

1. *Барденштейн Л. М.* Психопатология познавательной деятельности. Нарушения ощущений, восприятия памяти, мышления, внимания / Л. М. Барденштейн. — М.: ГЭОТАР-Медиа, 2012. — 64 с.
2. *Дмитриева Т. Б.* Психиатрия. Национальное руководство / Т. Б. Дмитриева. — М.: ГЭОТАР-Медиа, 2012. — 624 с.
3. *Жариков Н. М.* Психиатрия: учебник / Н. М. Жариков, Ю. Г. Тюльпин. — 2-е изд., перераб. и доп. — М.: МИА, 2009. — 832 с.
4. *Жмуров В. А.* Большой толковый словарь терминов психиатрии / В. А. Жмуров. — М.: Джангар, 2010. — 864 с.
5. *Иванец Н. Н.* Психиатрия и наркология: учебник / Н. Н. Иванец и др. — М.: ГЭОТАР-Медиа, 2012. — 832 с.
6. *Коркина М. В.* Психиатрия: учебник / М. В. Коркина, Н. Д. Лакосина, А. Е. Личко. — М.: МЕДпресс-информ, 2008. — 576 с.
7. *Снежневский А. В.* Общая психопатология / А. В. Снежневский. — М.: МЕДпресс-информ, 2010. — 208 с.
8. *Тиганов А. С.* Общая психопатология / А. С. Тиганов. — М.: МИА, 2008. — 128 с.

ТЕСТОВЫЕ ЗАДАНИЯ

1. Конфабуляции наблюдаются при:

- А. Паранойяльном синдроме
- Б. Корсаковском синдроме
- В. Астеническом синдроме
- Г. Истерическом синдроме
- Д. Маниакальном синдроме

2. Фантастические конфабуляции наблюдаются при:

- А. Корсаковском синдроме
- Б. Синдроме Кандинского—Клерамбо
- В. Парафреническом синдроме
- Г. Всем перечисленным
- Д. Ничего из перечисленного

3. К расстройствам памяти относятся:

- А. Обнибуляция
- Б. Конфабуляция
- В. Обстипация
- Г. Деперсонализация
- Д. Все перечисленное

4. Прогрессирующая амнезия развивается:

- А. От поздних воспоминаний к более ранним
- Б. От ранних воспоминаний к более поздним
- В. От менее значимых к более значимым воспоминаниям
- Г. Происходит равномерное снижение памяти
- Д. Снижение памяти происходит хаотически

5. Преобладание пассивного внимания над активным характерно для:

- А. Депрессивного синдрома
- Б. Маниакального синдрома

-
- В. Параноидного синдрома
 - Г. Парафренного синдрома
 - Д. Ничего из перечисленного

6. Всегда тяжелое инвалидизирующее расстройство памяти:

- А. Ретроградная амнезия
- Б. Антероградная амнезия
- В. Фиксационная амнезия
- Г. Все указанные виды амнезий
- Д. Ни один из названных симптомов

7. Отсутствие в памяти воспоминаний о событиях, происходивших по выходе больного из бессознательного состояния:

- А. Ретроградная амнезия
- Б. Антероградная амнезия
- В. Фиксационная амнезия
- Г. Все указанные виды амнезий
- Д. Ни один из названных симптомов

8. Закон Рибо характерен для:

- А. Антероградной амнезии
- Б. Прогрессирующей амнезии
- В. Фиксационной амнезии
- Г. Рекуррентной амнезии
- Д. Перфорационной амнезии

9. Приводит к дезориентации в месте и времени:

- А. Ретроградная амнезия
- Б. Конфабуляции
- В. Фиксационная амнезия
- Г. Все указанные виды амнезий
- Д. Ни один из названных симптомов

10. Как правило, приводит к дезориентации в собственной личности:

- А. Ретроградная амнезия
- Б. Прогрессирующая амнезия
- В. Фиксационная амнезия
- Г. Все указанные виды амнезий
- Д. Ни один из названных симптомов

11. Охватывает четко ограниченный промежуток времени:

- А. Ретроградная амнезия
- Б. Прогрессирующая амнезия
- В. Фиксационная амнезия
- Г. Все указанные виды амнезий
- Д. Ни один из названных симптомов

12. Постоянные затруднения, возникающие при попытке запомнить какую-либо информацию или воспроизвести сохраненные в памяти события:

- А. Гипомнезия
- Б. Амнезия
- В. Парамнезии
- Г. Все названные расстройства
- Д. Ни одно из указанных расстройств

13. Предъявление в качестве воспоминаний вымышленных событий:

- А. Криптомнезии
- Б. Псевдореминисценции
- В. Конфабуляции
- Г. Все названные расстройства
- Д. Ни одно из указанных расстройств

14. Предъявление в качестве воспоминаний событий, действительно происходивших, но в другое время:

- А. Криптомнезии
- Б. Конфабуляции
- В. Псевдореминисценции
- Г. Все названные расстройства
- Д. Ни одно из указанных расстройств

ЭТАЛОНЫ ОТВЕТОВ

- | | | |
|------|-------|-------|
| 1. А | 6. В | 11. А |
| 2. В | 7. Б | 12. А |
| 3. Б | 8. Б | 13. В |
| 4. А | 9. В | 14. В |
| 5. Б | 10. Д | |