

Расстройства памяти и интеллекта



к.м.н., доцент кафедры
психиатрии с наркологией
ВГМА Гречко Т.Ю.

Понятие интеллекта

- **Понятие 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. *Это способность приобретать новые знания и навыки и применять их на практике.*

Критерии оценки интеллекта

1. Глубина.
2. Обобщенность и подвижность знаний.
3. Владение способами кодирования, перекодирования, интеграции и генерализации чувственного опыта на уровне представлений и понятий.

- **Новая концепция интеллекта** – две составляющих: **органическая полноценность** – одарённость ребёнка, уровень его задатков, развитие моторики; **интеллектуальная компетентность** - способность воплощать свои задатки (способность применять свои навыки на практике) – «вектор интересов ребёнка», который задаёт окружение.

Патология интеллекта

- Врождённая – слабоумие (олигофрения) развивается при врождённом недоразвитии мозга, ранней патологии (до трёх лет)
- Приобретённая – деменция -слабоумие в результате перенесённых заболеваний головного мозга (сосудистые, травматические и прочие)

Олигофрения

- стойкая недостаточность психической деятельности, недостаточное развитие интеллекта, наступающее в результате различных заболеваний, поражающих мозг на каком-то этапе развития
- наряду с интеллектуальной недостаточностью, у больных олигофренией всегда имеет место недоразвитие эмоционально-волевой сферы, речи, моторики, других функций высшей нервной деятельности и всей личности в целом

Олигофрения

- По степени недоразвития психики делятся:
- Лёгкая – дебильность (легкая, умеренная, выраженная)
- Средняя – имбецильность
- Тяжёлая - 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 с 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 с 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.

Задержка психического развития

- **Задержка психического развития (ЗПР)** - (пограничная интеллектуальная недостаточность по В.В. Ковалёву, пограничная умственная отсталость по А.Е. Личко, замедленное развитие, «псевдодебильность»). Этот термин не имеет отчётливого клинического содержания. Клинически определяется наличием: повышенной эмоциональной возбудимости, несовершенством внимания (вторично – восприятия), нарушением познавательных навыков (у каждого ребёнка эти нарушения выражены индивидуально). Чаще встречается среди мальчиков, пик диагностики 7 – 10 лет. В этиологии: сложное сочетание биологических и социальных факторов. Одним из важнейших факторов риска является депривация (в интернатах до 70% детей страдает ЗПР).

Степени тяжести ЗПР:

- Лёгкая степень – повышенная отвлекаемость, выраженная эмоционально-волевая незрелость. При этом сохранность словесно-логических обобщений и неплохая сообразительность. Предпосылки абстрактного мышления не затронуты. Эти дети должны вернуться в обычный класс.
- Средняя степень – всё вышеперечисленное и сужение объёма памяти, поведенческие проблемы (неуживчивость, поспешность приёма решений, преобладание пассивного внимания, нуждаются в постоянной стимуляции). Затруднено образование понятий. В основе механизм стойкой энцефалопатии.
- Тяжёлая степень - в основе выраженная энцефалопатия и психоорганический синдром. Значительные трудности в формировании понятий. Все психические процессы (память, внимание) заторможены, снижена их активность. Преобладает медлительность, вялость аспонтанность. Нуждаются в постоянной и интенсивной стимуляции. Выражена гипомнезия.

Показатели уровня интеллекта (10) по тесту Векслера:

- Нормальный уровень интеллекта: 90 баллов и выше
- 90 -109 - сниженная норма
- 110-119 баллов - средний уровень нормы
- 120 -129 баллов - хороший уровень нормы
- 130 баллов и выше - высокий уровень интеллекта
- Пограничный уровень интеллекта (зпр): 70 - 90 (100) баллов
- Умственный дефект (сниженный интеллект): 69 баллов и ниже
- Дебильность: 69 - 50 баллов
- - легкая степень дебильности: 69 - 63 баллов
- - умеренная степень дебильности: 62 - 55 баллов
- - выраженная степень дебильности: 54 - 50 баллов
- Имбецильность: 49 - 20 баллов
Идиотия: ниже 20 баллов

Деменция

- Органическая
- Эпилептическая (изменения мышления по типу обстоятельности, превалирование элемента конкретно-описательного над понятийно-обобщающим)
- Шизофреническая – апатически-диссоциативное (без грубых нарушений памяти, больше страдают эмоции и мышление)

Классификация деменций по характеру поражения (1)

- **Парциальная** – неравномерное, частичное выпадение функций, при сохранности ядра личности (навыков поведения, личностных установок). Замедляется речь, мышление, моторика. Появляется эмоциональная лабильность, слезливость, беспомощность. Критика снижена нерезко. Встречается при контузиях головного мозга, опухолях лобной доли мозга, энцефалитах.

Классификация деменций по характеру поражения (2)

- **Тотальная** – одновременное и выраженное снижение (распад) всех форм познавательной деятельности 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.

- **Тотальная (продолжение)**

- 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).

Классификация деменций по характеру поражения (3)

- **Лакунарное слабоумие** - характеризуется снижением работоспособности, прогрессирующей утратой знаний, неравномерным ослаблением памяти, слабостью суждений, выраженной аффективной неустойчивостью, утратой гибкости психических процессов, ухудшением приспособляемости, снижением самоконтроля. Отношение к близким людям остаётся прежним, мало меняется круг интересов, сохраняются сложившиеся убеждения. Личность «тускнеет», но сохраняет присущую ей систему отношений, основные морально-этические качества. В данном случае говорят об органическом снижении уровня личности, образовании «остаточной личности».
- Лакунарное слабоумие может переходить в тотальное при атеросклерозе, сифилисе мозга.

Память

Психический процесс, выполняющий функцию накопления, сохранения и воспроизведения опыта (представлений) чувственного и рационального познания человеком окружающей среды и самого себя, что обеспечивает дифференцированное его представление.

Процессы, составляющие память

- Запоминание (запечатление)
- Сохранение (объем памяти)
 - Воспроизведение
 - Забывание

Классификация памяти

1. По характеру психической активности:

- двигательная (моторная);
- образная (зрительная, слуховая, вкусовая, обонятельная, осязательная);
- эмоциональная;
- словесно-логическая.

Классификация памяти

2. По характеру целей деятельности:

- производящая;
- непроизводящая.

Классификация памяти

**3. По продолжительности
закрепления материала и сохранения
его:**

- кратковременная;
- долговременная.

Классификация памяти

4. По степени использования средств запоминания:

- непосредственная;
- опосредованная.

Приемы организации запоминания

1. В процессе запоминания повторять в различных формах новый материал.
2. Повторять материал в тот же день или на следующий (основное забывание происходит на 2-й день после заучивания).
3. Заучивание материала чередовать с периодами отдыха. Сконцентрированное повторение дает меньший эффект.
4. При работе с текстами выделять в материале смысловые группы, устанавливать внутригрупповые отношения между элементами и межгрупповые связи.

Внимание –

направленность и сосредоточенность сознания человека на определенных объектах при одновременном отвлечении от других.

Качества внимания

- устойчивость;
- объем;
- переключение;
- распределение.

Клинические проявления нарушений памяти

- 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.

- **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, психодизлептики (ЛСД и др.), сюда же можно отнести случаи феноменальной памяти у олигофренов, при односторонней одарённости.

- **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.
- Гипомнезия входит в структуру психоорганического, псевдопаралитического, мориоидного синдромов, а также развивается на начальных этапах прогрессирующей амнезии при органических поражениях головного мозга.

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

- **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.

Особые формы количественных нарушений памяти

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

Особые формы количественных нарушений памяти (2)

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

Особые формы количественных нарушений памяти (3)

- **Прогрессирующая амнезия** – утрата способности запоминания и постепенное опустошение запасов памяти, которое происходит в определённой последовательности (типичный признак при старческом слабоумии), динамика прогрессирующей амнезии соответствует закону Рибо.
- **Транзиторная глобальная амнезия** – преходящая и охватывает события прошлого дня или недели. Есть обратное развитие (за часы). Пробел от начала болезненных проявлений до полного восстановления памяти.
NB! Встречается при локальной ишемии головного мозга, из-за ишемии в бассейне базилярной артерии.
- **Психогенная амнезия** – в результате стрессогенного фактора исчезают из памяти определённые, тягостные и неприятные для человека воспоминания, переживания.
- **Анэфория** - неспособность к произвольному воспроизведению тех или иных фактов, событий, которые извлекаются из памяти только после подсказки.
NB! Входит в структуру астенического, психоорганического синдромов, лакунарной деменции.

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.

Клинические варианты конфабуляций:

- **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.
- **Онейрические конфабуляции** - возникают после выхода больного из состояния помраченного сознания, которое не сопровождается полной амнезией (онейроид, делирий). Содержание конфабуляций определяется галлюцинаторно - бредовыми переживаниями, имевшими место в периоде помраченного сознания, и истолковывается больным как реальные жизненные события.

Качественные нарушения памяти (продолжение)

- **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.
- **Экмнезия** - сдвиг ситуации в прошлое, стирание граней между прошлым и настоящим, перенос событий прошлой жизни в настоящее.

ОСНОВНЫЕ СИНДРОМЫ НАРУШЕНИЙ ПАМЯТИ И ИНТЕЛЛЕКТА

ПСИХООРГАНИЧЕСКИЙ СИНДРОМ

- Клинически синдром представлен триадой Вальтер - Бюеля:
- расстройства памяти;
- снижение интеллекта;
- эмоциональная лабильность.
- **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.

- Клинические варианты (стадии) психоорганического синдрома (по К. Шнайдеру):
 - Астенический.
 - Эксплозивный.
 - Эйфорический.
 - Апатический.

Клинические варианты (стадии) психоорганического синдрома

- Астенический вариант характеризуется доминированием в клинической картине астенического и реже, других неврозоподобных 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.

Клинические варианты (стадии) психоорганического синдрома (2)

- 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.

СИНДРОМ КОРСАКОВА (амнестический синдром)

- Облигатными клиническими составляющими Корсаковского синдрома являются:
- фиксационная амнезия;
- амнестическая дезориентировка;
- парамнезии, чаще представленные конфабуляциями или псевдореминисценциями.

СИНДРОМ КОРСАКОВА (амнестический синдром) (2)

- **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**, глазным образом в виде конфабуляций или псевдореминисценций.

II группа – факторы, характеризующие деятельность самого субъекта:

- потребности (задачи, ситуации, материал, отвечающий потребностям студента, привлекают его внимание);
- интересы (учебные предметы, проблемные задачи, учебный материал, соответствующие интересам студента, вызывают его особое пристальное внимание);
- установка (выявление из совокупности учебного материала элементов, отвечающих личности студента, его установке).



Спасибо за внимание !