**МЕТОДИЧЕСКИЕ РАЗРАБОТКИ ДЛЯ СТУДЕНТОВ**

**Тема5,6 : Расстройства внимания, памяти и интеллекта.**

Цель занятия: Закрепить теоретические знания студентов по патологии внимания, памяти и интеллекта. Обучить студентов правильно собирать анамнез и вести объективное исследование больных с расстройством памяти и интеллекта.

**Студент должен знать**: Внимание, определение понятия. Истощаемость внимания. Способность переключения внимания, отвлекаемость, патологическая прикованность внимания. Память и ее функции. Нарушение запоминания и воспроизведения: гипермнезия, гипомнезия, амнезия (антероградная, ретроградная, фиксационная, прогрессирующая), парамнезии (конфабулляции, псевдореминисценции, криптомнезии). Корсаковский синдром. Понятие интеллекта, его основные компоненты (предпосылки интеллекта, багаж знаний, собственно интеллект). Интеллектуальный индекс (IQ), методы его определения. Олигофрения как недоразвитие интеллекта. Степени олигофрении (идиотия, имбецильность, дебильность). Слабоумие (деменция). Клинические варианты деменции: органическая (тотальная и лакунарная), эпилептическая (концентрическая). "Шизофреническое слабоумие", его отличие от деменции при органических заболеваниях.

**Студент должен уметь:** диагностировать эти патологические состояния у больных.

**Содержание занятия**

**Расстройства памяти и интеллекта.**

***Память*** — такой вид психической деятельности, при помощи которого отражается прошлый опыт. Память («входные ворота интеллекта») является необходимым условием для более сложного вида психической деятельности — мышления. Различают кратковременную и длительную, механи­ческую и смысловую (ассоциативную) память. Память состоит из следующих основных компонентов рецеп­ция — восприятие нового, ретенция — способность удерживать эту новую информацию, репродукция — способность воспроизводить полученную информацию

***Интеллект*** — относительно устойчивая структура умственных способностей индивида (способность к рациональному позна­нию, мышление, ориентировка, критические способности, уме­ние адаптироваться в новой ситуации и т.д.)

***Амнезия*** (греч. а — частица, означающая отрицание, + mneme — память, воспоминание) — потеря памяти, отсутствие ее.

***Ретроградная амнезия*** — потеря памяти на события, предшест­вующие расстройству сознания или болезненному психическому состоянию Может охватывать различный отрезок времени.

***Антероградная амнезия*** — потеря памяти на события, проис­шедшие непосредственно после окончания состояния расстроен­ного сознания или болезненного психического состояния. Нередко встречается и сочетание этих двух видов амнезий, в таком случае говорят о ретроантероградной амнезии.

***Фиксационная амнезия*** — потеря способности запоминать, фиксировать текущие события; все, что в данный момент имело место, тут же больным забывается.

***Прогрессирующая амнезия*** характеризуется постепенным ос­лаблением памяти, причем в первую очередь ослабляется, а потом и исчезает память на текущие события, на то, что было недавно, на события последних лет, в то время как далекое прошлое человек может. Характерная последовательность снижения памяти по принципу «обратного хода памяти» называется законом Рибо. По этому закону происходит и так называемое физиологическое старение памяти

***Парамнезия*** (греч para — рядом, возле, около + mneme — па­мять, воспоминание) — ошибочные, ложные, превратные воспо­минания Человек может вспоминать действительно имевшие ме­сто события, но относить их к совсем иному времени. Это назы­вается псевдореминисценциями — ложными воспоминаниями.

***Конфабуляции*** (от лат. con — с + fabula — повествование, история, сказка, беседы) — другой вид парамнезии — вымышленные воспо­минания, совершенно не соответствующие действительности, ког­да больной сообщает о том, чего в действительности никогда не бы­ло. В конфабуляциях часто присутствует элемент фантазии.

***Криптомнезия*** (от греч kryptos — скрытый, тайный + mneme — память, воспоминание) — такого рода парамнезии, когда человек не может вспомнить, когда было то или иное событие, во сне или наяву, написал ли он стихотворение или просто запомнил когда-то прочитанное, был ли он на концерте известного музыканта или только слышал разговор об этом. Иными словами, забывается источник той или иной информации.

Очень редко встречается так называемая фотографическая па­мять, когда человек, только что прочитав несколько страниц не­знакомого текста, может тут же повторить на память все прочи­танное почти без ошибок. Близок к фотографической памяти и феномен, называемый эйдетизмом, в целом относимый не только к памяти, но и к обла­сти представлений. ***Эйдетизм*** (от греч. eidos — образ) — явление, при котором представление зеркально воспроизводит восприятие. Здесь также участвует память в ее ярком образном виде: предмет или явление после исчезновения сохраняет в сознании человека свой живой наглядный образ. Эйдетизм как нормальное явление бывает у ма­леньких детей с их способностью к яркому образному восприя­тию и чрезвычайно редко встречается у взрослых. Например, ре­бенок, посмотрев на фотографию и перевернув ее обратной сто­роной, может в точности описать виденное.

Очень хорошая память совершенно не обязательно свидетельст­вует о высоком интеллекте. У олигофренов может быть очень высо­ко развито механическое запоминание без всякого его осмысления.

**Интеллектуальные расстройства**

Расстройства интеллектуальной деятельности — изменение процесса рационального познания, умозаключений, суждений, критических способностей.

**Слабоумие.** Различают так называемую деменцию (от лат. de — приставка, означающая снижение, понижение, движение вниз, + mens — ум, разум) — приобретенное слабоумие и олигофрению (от греч. oligos — малый в смысле количества + phren — дума, ум) — врожденное слабоумие. По особенностям клинической картины различают следующие типы деменций.

Органическая деменция — слабоумие, вызванное главным об­разом сосудистыми заболеваниями головного мозга, сифилити­ческими и старческими психозами, травмами головного мозга. Органическое слабоумие обычно делят на две группы: тотальное (диффузное, глобальное) и частичное (дисмнестическое, парци­альное, лакунарное).

Тотальное слабоумие характеризуется стойким снижением всех интеллектуальных функций, слабостью суждений, отсутствием критики к своему состоянию. Примером тому может служить так называемая сенильная деменция, а также слабоумие при прогрессивном параличе.

Частичное (дисмнестинеское) слабоумие характеризуется, как показывает уже само название, выраженными нарушениями па­мяти. Остальные интеллектуальные функции страдают главным образом вторично, поскольку нарушаются «входные ворота интеллекта», как иногда называют память. Такие больные сохраня­ют способность к суждениям, у них наблюдается критическое от­ношение к своему состоянию. Им трудно усваивать новое, но ста­рые знания, особенно профессиональные, хорошо закрепленные, могут у них сохраняться довольно долго. Ввиду критического от­ношения к себе такие больные понимают свое положение, стара­ются избегать разговора, в котором они могли бы обнаружить расстройства памяти, пользуются постоянно записной книжкой, пи­шут заранее, что им надо сказать или сделать. Типичная картина такого частичного слабоумия может на­блюдаться при церебральном атеросклерозе или сифилисе головного мозга.

Среди приобретенного слабоумия выделяют также шизофре­ническое и эпилептическое слабоумие.

**Шизофреническое слабоумие**, называемые еще апатическим или атактическим, характеризуется интеллектуальной бездеятельностью, безынициативностью, в то время как предпосылки к умствен­ной деятельности еще длительное время могут сохраняться.

Именно поэтому интеллект таких больных сравнивают со шкафом, полным книг, которыми никто не пользуется, или с музыкальным инструментом, закрытым на ключ и никогда не от­крываемым.

*Молодой человек 22 лет целыми днями неподвижно лежит в постели, не проявляя ни к чему никакого интереса и ничем не занимаясь. Не берет в руки книг, совершенно равнодушен к самой интересной телевизионной передаче. В то же время однажды неожиданно подошел к шахматному столику и обыграл очень сильного шахматиста. В дальнейшем по-прежне­му ничем не занимался, безучастно относился к многочисленным предло­жениям сыграть в шахматы.*

**Эпилептическое слабоумие** выражается не только в значитель­ном снижении памяти, но и в своеобразном изменении мышле­ния, когда человек начинает терять способность различать глав­ное и второстепенное, ему все кажется важным, все мелочи — зна­чительными. Мышление становится вязким, непродуктивным, патологически обстоятельным, больной никак не может выразить свою мысль (недаром эпилептическое мышление называют ино­гда лабиринтным). Характерно также сужение круга интересов, концентрация внимания исключительно на своем состоянии (концентрическое слабоумие).

*Больная 36 лет, с детства страдающая эпилепсией, подробно, с множе­ством деталей, сообщает о своем состоянии: «Так вот, значит, я тогда пош­ла, пошла, а передо мной дверь, ну я взялась за ручку, взялась и толкнула, а там еще бабушка стояла, у нее носки шерстяные и ботинки сороковой размер ...» и т.д. Всю эту длинную речь больная произнесла для того, чтобы сообщить врачу о появлении припадков после ушиба головы дверью. Па­мять резко снижена, женщина пользуется небольшим количеством слов, часто применяя трафаретные выражения и рифмы, охотно употребляет уменьшительные слова: «глазоньки», «рученьки», «сестриченька», «кроваточка». Целиком занята собой, окружающим интересуется постольку, по­скольку это имеет какое-то отношение к ней.*

**Олигофрения** — наследственное, врожденное или приобретен­ное в первые годы жизни слабоумие, выражающееся в общем психическом недоразвитии с преобладанием в первую очередь интеллектуального дефекта и вследствие этого в затруднении со­циальной адаптации.

**Основные синдромы нарушений памяти и интеллекта**

***Синдром Корсакова*** — разновидность амнестического синдро­ма. Основой его является 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. И еще один характерный симптом этого синдрома — парамнезии, глав­ным образом в виде конфабуляций или псевдореминисценций, но могут наблюдаться и криптомнезии.

***Органический (энцефалопатический, психоорганический) синд­ром*** состоит из триады Вальтер-Бюеля, включающей в себя: 1) эмоциональную лабильность, эмоциональное недержание; 2) расстройство памяти; 3) снижение интеллекта. Больные стано­вятся беспомощными, с трудом ориентируются (прежде всего, нару­шается ориентировка во времени, так как постоянно приходится за­поминать новые числа), сложно адаптируются к новой ситуации, плохо ее понимают. У них ослабляется воля, снижается работоспо­собность, они легко переходят от слез к улыбке и наоборот. Неред­ки варианты психопатоподобного поведения органического генеза.

Выделяют следующие варианты (стадии) психоорганического синдрома: астенический, эксплозивный, эйфорический, апатический.

Органический (психоорганический, энцефалопатический) синдром может возникать при самых различных заболеваниях: при непосредственном поражении головного мозга (опухоли, интракраниальные инфекции, травмы, сосудистая патология атеросклеротического, сифилитического и иного происхождения); при соматогениях (как следствие заболевания печени, почек, легких и т.д.); при алкоголизме, наркоманиях, токсикоманиях, отравлении теми или иными токсическими веществами; при заболеваниях, протекающих с атрофическими процессами в головном мозге (на­пример, болезнь Альцгеймера, болезнь Пика и др.). Сопровожда­ется самыми различными неврологическими расстройствами. Психоорганический синдром, как правило, необратим, хотя и может дать некоторое обратное развитие при применении соот­ветствующей терапии, в том числе ноотропными средствами.

**Задания для самоконтроля**

1. Симптом анекфории свидетельствует о нарушении процесса:

1. Фиксации
2. Ретенции
3. Репродукции
4. всех процессов памяти

2. При гипомнезии происходит нарушение процесса:

1. Фиксации
2. Ретенции
3. Репродукции
4. всех процессов памяти

3. Типичной причиной гипомнезии считают:

1. гебефреническую шизофрению
2. алкоголизм
3. биполярный психоз
4. генуинную эпилепсию
5. атеросклеротическую энцефалопатию

4. Типичной причиной синдрома Корсакова считают:

1. гебефреническую шизофрению
2. алкоголизм
3. биполярный психоз
4. генуинную эпилепсию
5. атеросклеротическую энцефалопатию

5.Палимпсест рассматривают как вариант:

1. Ретроградной амнезии
2. Антероградной амнезии
3. Конградной амнезии
4. Истерической амнезии
5. Прогрессирующей амнезии
6. Фиксационной амнезии

6. По закону Рибо развивается:

1. Ретроградная амнезия
2. Антероградная амнезия
3. Конградная амнезия
4. Истерическая амнезия
5. Прогрессирующая амнезия
6. Фиксационная амнезия

7. Случаи генерализованной амнезии, при которых человек забывает свое имя, год и место рождения, сведения о ближайших родственниках, следует относить к:

1. ретроградной
2. антероградной
3. конградной
4. истерической
5. прогрессирующей
6. фиксационной амнезии

8. Замещение провалов памяти вымышленными, никогда не происходившими событиями называют:

1. Палимпсестом
2. Анекфорией
3. Эхомнезией
4. Псевдореминисценцией
5. конфабуляцией

9. Центральным синдромообразующим признаком корсаковского синдрома считают:

1. Конфабуляции
2. Анекфорию
3. фиксационную амнезию
4. амнестическую дезориентировку
5. палимпсесты

10. В большинстве случаев остро возникший корсаковский синдром в дальнейшем:

1. Регрессирует
2. стойко сохраняется без изменений
3. прогрессирует

11. Больные с корсаковским синдромом обычно плохо помнят:

1. свое имя
2. свой год рождения
3. имена родителей
4. имя лечащего врача
5. название родного города
6. свою профессию

12. Согласно закону Рибо в первую очередь утрачиваются:

1. детские и юношеские воспоминания
2. практические автоматизированные навыки
3. организованные научные знания
4. эмоциональные впечатления

13. К предпосылкам интеллекта относят:

1. способность к пониманию
2. способность запоминать
3. приобретенные знания
4. навыки самообслуживания

14. Интеллект в собственном смысле слова включает:

1. способность к пониманию
2. способность запоминать
3. приобретенные знания
4. навыки самообслуживания

15. Взрослый человек отличается от ребенка дошкольного возраста наличием

наглядно-действенного:

1. абстрактного
2. конкретно-образного мышления

16. Неудачным выбором следует считать попытку оценить интеллект больного по тому, как он:

1. объясняет смысл пословиц и поговорок
2. сравнивает понятия
3. перечисляет месяцы года
4. классифицирует объекты

17. Трудоспособными могут быть пациенты:

1. только с идиотией
2. с идиотией или имбецильностью
3. с имбецильностью или дебильностью
4. только дебильностью

18. Пациенты с имбецильностью обычно:

1. не могут есть самостоятельно
2. выполняют простейшие арифметические действия
3. узнают своих родителей
4. не могут говорить

19. Пациенту с IQ равным 75 устанавливается диагноз:

1. Идиотия
2. Имбецилъностъ
3. Дебильность
4. пограничная умственная отсталость

20. Выраженный эгоцентризм и олигофазия считают характерными чертами пациентов с:

1. Лакунарным слабоумием
2. Тотальным слабоумием
3. Концентрическим слабоумием
4. Шизофреническим слабоумием
5. Любым слабоумием

21. Пассивность, равнодушие, склонность к бесплодному рассуждательству считают характерными чертами пациентов с:

1. Лакунарным слабоумием
2. Тотальным слабоумием
3. Концентрическим слабоумием
4. Шизофреническим слабоумием
5. любым слабоумием

22. Нарушение способности классифицировать объекты и объяснять смысл пословиц и поговорок считают характерными чертами пациентов с:

1. Лакунарным слабоумием
2. Тотальным слабоумием
3. Концентрическим слабоумием
4. Шизофреническим слабоумием
5. любым слабоумием

23. Сифилитический менингоэнцефалит, или так называемый прогрессивный паралич, обычно проявляется:

1. Лакунарным слабоумием
2. Тотальным слабоумием
3. Концентрическим слабоумием
4. шизофреническим слабоумием

24. Опухоли лобных отделов мозга обычно проявляются:

1. Лакунарным
2. Тотальным
3. Концентрическим
4. Шизофреническим
5. слабоумием

25. Причиной лакунарного слабоумия может быть:

1. генуинная эпилепсия
2. опухоль лобных отделов мозга
3. ангиопатия при сахарном диабете
4. болезнь Пика

26. В основе интеллектуальных расстройств при шизофрении лежит:

1. Парафренный синдром
2. онейроидно-кататонический синдром
3. апатико-абулический синдром
4. галлюцинаторно-параноидный синдром

**Ситуационные задачи**

**1.**Больная. 74 года, не может запомнить где ее палата, койка, не узнает врачей, не ориентируется в отделении. Без помощи посторонних не находит туалет, столовую. Дочь, приходящую на свидания, узнает, но после ее ухода не помнит, приходила она или нет. определите вид нарушения памяти у больной?

1)репродукционная амнезия;

2)фиксационная амнезия;+

3)антероградная амнезия;

4)ретроградная амнезия;

5)криптомнезия.

2. больная в прошлом швея, находится в клинике 3 месяца. На впорос, где она была сегодня. Ответила: «ходила на работу, наше ателье получило заказ на пошив школьной формы, пришлось поработать сверхурочно». Какое нарушение памяти у больной?

1)псевдореминисценция;+

2)конфабуляция;

3)симптом уже виденного;

4)репродуктивная гипермнезия;

5)криптомнезия.

Литература:

1. Уч. психиатрии MB. Коркина, Н.Д. Лакосина 2002 г.
2. Уч. психиатрии Н.М. Жариков, Ю.Г. Тюльпин 2000 г.