

КЛІНІКО-ДИДАКТИЧНІ ПАРАДИГМИ АЛКОГОЛЬНИХ АМНЕЗІЙ ТА ПАЛІМПСЕСТІВ У НАРКОЛОГІЇ

Харківська медична академія післядипломної освіти

Розглянуто клінічні й дидактичні основи алкогольних амнезій, палімпсестів, а також інших мнестичних порушень при інтоксикаціях психоактивними речовинами. У післядипломній підготовці лікарів-наркологів визначено хрестоматійні поняття пам'яті, її специфічних порушень у формі амнезій та палімпсестів при алкогольній адикції та інших наркологічних захворюваннях, наведено реєстр мнестичних порушень згідно з МКХ-10 та методичні підходи до діагностики. Подано словник основних термінів. Сформульовано питання контролю вхідного та кінцевого рівнів знань.

Ключові слова: наркологія, алкогольна адикція, амнезії, палімпсести, клініка, дидактика, післядипломна освіта лікарів-наркологів.

Хронічна інтоксикація психоактивними речовинами (ПАР), незалежно від їх фармакологічних властивостей, супроводжується поступовим розвитком психоорганічного синдрому зі стійкими астеничними, афективними, інтелектуальними, мнестичними та іншими психопатологічними (енцефалопатичними) порушеннями [1].

Алкогольна залежність (АЗ) залишається однією з найактуальніших наркологічних, психіатричних та соціальних проблем, що стоять перед сучасним суспільством [1, 2]. Окрім того, останніми десятиліттями у більшості країн світу спостерігається неухильне зростання виробництва і споживання спиртних напоїв [1]. Відомо, що систематичне вживання етанолу призводить до розвитку порушень діяльності мозку і центральної нервової системи (ЦНС). Це, наприклад, токсична енцефалопатія, у клінічній картині якої, як правило, переважають різні види порушення свідомості і психічних функцій: від симптомів порушення ЦНС (психомоторне збудження з ейфорією, марення, галюцинації, судомний синдром) до пригнічення (загальмованість, оглушення, сон) [1, 2]. Основні прояви та тяжкість токсичної алкогольної енцефалопатії визначаються перш за все впливом етанолу на мембрани клітин ЦНС.

Визначення поняття «пам'ять» у нейронауці. Пам'ять — психічний процес, що полягає у фіксації, збереженні й відтворенні минулих вражень, досвіду та здобутої інформації, вона пов'язана з такою властивістю ЦНС людини, як пластичність, тобто здатність змінюватися під впливом подразників і зберігати їхні сліди у нейронних зв'язках [1, 3–5]. В основі пам'яті людини, її фізіологічних механізмів лежить система умовних рефлексів, утворення тимчасових зв'язків, котрі проходять у нервовій системі (вони детально та всебічно вивчені у роботах І. П. Павлова та його

послідовників) [1, 5, 6]. Основними функціями пам'яті є фіксація (запам'ятовування), ретенція (збереження), репродукція (відтворення), впізнання та забування (втрата непотрібного) інформації [1, 5, 6].

Збереження залежить від утворення системи зв'язків між окремими нейронами, групами нейронів, різними фізіологічними аналізаторами [5, 7]. Відтворення пов'язане з розгальмуванням тих часових зв'язків, які утворилися на стадії збереження [5, 7].

Розрізняють довготривалу і короткочасну пам'ять [11]. Остання базується на циркуляції імпульсів у замкнутих нейронних ланцюгах, а довготривала пам'ять утворюється завдяки синтезу РНК [7]. Одним із варіантів короткочасної пам'яті є оперативна пам'ять [1, 5–7]. Вона ґрунтується на інформації, яка надходить із довготривалої і короткочасної пам'яті при розв'язанні певного завдання [5, 7]. Порушення одного з перерахованих компонентів пам'яті призводить до її розладу [7]. Розрізняють посилення (гіпермнезія), зниження і відсутність (гіпомнезія й амнезія) та спотворення (парамнезія) пам'яті [1, 5, 7].

Гіпермнезія — патологічне посилення пам'яті, що трапляється при афективних психозах, іноді при олігофренії, епілепсії [1, 5–7].

Маніакальні хворі швидко запам'ятовують, утримують та відтворюють дати і події власного життя [5]. При депресії може виникати вибіркова гіпермнезія, наприклад маячення самозвинувачення супроводжується чіткими спогадами усіх минулих помилок [5, 7]. Гіпермнезія спостерігається також при епілептичних дисфоріях: пацієнти пригадують найменші образи, неприємні події [1, 5].

Гіпомнезія — патологічне ослаблення (регрес) пам'яті [7]. Такий стан має певну динаміку,

прогресуючий характер і може призводити до амнезії [5, 7]. Французький психолог Т. Рібо виокремлює чотири стадії розвитку гіпомнезії [5, 7]:

1) порушення вибіркової репродукції, відтворення того, що потрібно у даний момент. Хворі забувають події теперішнього життя (де і що поклав, чим харчувався тощо), тоді як минулі події відтворюються добре;

2) важко пригадуються і минулий досвід, і хронологія подій. Втрачаються знання мов, біографічні, наукові свідчення. Хворі неправильно локалізують спогади у часі. Зберігаються фрагментарні спогади, але добре пригадуються емоційно позитивно забарвлені події;

3) втрачається увесь запас знань, дати і події. Пацієнти часто вважають померлих за живих, втрачають орієнтацію у часі і навіть у найближчому оточенні — амнестичне дезорієнтування;

4) повна редукція пам'яті — тотальна амнезія.

Прогресуюча гіпомнезія трапляється при психозах у пацієнтів старечого віку, церебральному атеросклерозі, первинно-атрофічних хворобах (Піка і Альцгеймера), при прогресуючих органічних захворюваннях (енцефаліти, травматична хвороба, алкогольні енцефалопатії, корсаківський амнестичний синдром) [1, 5]. Легка гіпомнезія фіксується при неврозах, депресивній формі афективних психозів, виснаженні, втомі [7].

Амнезія — патологічний стан, клінічний симптом, що полягає в ослабленні або втраті пам'яті на ґрунті різних уражень головного мозку [1, 5]. Амнезію можуть спричиняти різноманітні соматичні, неврологічні та психічні захворювання, травми мозку, вона може виникнути внаслідок шоку, при багатьох патологічних станах, що супроводжуються розладами свідомості [1, 2, 5, 7].

Амнезії за механізмом діляться на дві групи [5, 7]:

— фіксаційну, тобто неможливість запам'ятовування, відсутність пам'яті про поточні події;

— репродуктивні, що за часом виникнення поділяються на ретроградну, антероградну, антероретроградну, ретардовану та анекфорію.

Порушення пам'яті у загальній структурі МКХ-10 відображено у таких рубриках [8].

F00 Деменція при хворобі Альцгеймера

F01 Судинна деменція

F02.0 Деменція при хворобі Піка

F02.1 Деменція при хворобі Крейцфельда — Якоба

F02.2 Деменція при хворобі Гентінгтона

F02.3 Деменція при хворобі Паркінсона

У цих рубриках МКХ-10 залежно від тяжкості й глибини порушення когнітивних та мнестичних сфер, психічного й неврологічного статусу порушення пам'яті варіюють від легких до тяжких розладів [8].

Легкий розлад пам'яті. Порушено головним чином засвоєння нового матеріалу. Наприклад, можуть відзначатися труднощі у повсякденному житті у фіксації, зберіганні й відтворенні спогадів, що стосуються місцезнаходження побутових предметів, соціальних домовленостей або інформації, отриманої від родичів.

Помірний розлад пам'яті. Порушення пам'яті є серйозною перешкодою для повсякденного життя. Утримується тільки дуже добре засвоєний або знайомий матеріал, нова інформація — лише випадково або на короткий час. Хворий не в змозі пригадати основні відомості про те, де він живе, що недавно робив або як звуть його знайомих.

Тяжкий розлад пам'яті. Цей ступінь порушення пам'яті характеризується повною нездатністю до засвоєння інформації. Пацієнт не в змозі впізнати навіть близьких родичів.

F04 Органічний амнестичний синдром, не обумовлений алкоголем та іншими психоактивними речовинами

Порушення пам'яті виявляється такими ознаками:

1) дефіцит пам'яті про недавні події (порушення засвоєння нового матеріалу), що відбивається на повсякденному житті;

2) знижена здатність до відтворення минулого досвіду;

3) відсутня можливість безпосереднього відтворення вже існуючих знань.

F1x.6 Амнестичний синдром (обумовлений алкоголем і/або іншими психоактивними речовинами)

Порушення пам'яті, що виявляється такими ознаками:

1) дефект пам'яті про недавні події (порушення засвоєння нового матеріалу) у ступені, достатньому для того, щоб спричинити труднощі у повсякденному житті;

2) знижена здатність до відтворення минулого досвіду. Відсутні (або відносно відсутні) порушення безпосереднього відтворення (визначається, наприклад, запам'ятовуванням чисел).

F18.0 Гостра інтоксикація, обумовлена вживанням легких розчинників

Спостерігаються порушення пам'яті у вигляді тотальних амнезій періоду інтоксикації.

F43.1 Посттравматичний стресовий розлад

Психогенна амнезія (часткова або повна) щодо важливих аспектів періоду впливу стресора [5, 7, 8].

F44.0 Диссоціативна амнезія

1. Амнезія як часткова, так і повна на недавні події або проблеми, які були або у теперішній час залишаються травмуючими чи стресовими.

2. Амнезія занадто велика і постійна, щоб її можна було пояснити звичайною забудькуватістю (хоча її глибина і поширеність можуть варіювати

від одного обстеження до іншого) або навмисною симуляцією.

F44.81 Розлад множинної особистості

Кожна особистість має власну пам'ять. Спостерігається нездатність згадати важливу для неї інформацію, що за масштабами перевершує звичайну забудькуватість.

F51.3 Сноходіння (сомнамбулізм)

При пробудженні (після епізоду або наступного ранку) епізод прогулянок у сні повністю амнезується.

F51.4 Жахи під час сну. Спогади про епізод обмежені

G31.2 Дегенерація нервової системи, спричинена алкоголем

G45.4 Транзиторна глобальна амнезія

Унікальний синдром, при якому хворий, частіше середнього віку, раптово втрачає короткочасну пам'ять при відносному збереженні пам'яті про віддалені події [5, 7, 8].

R41.1 Антероградна амнезія

R41.2 Ретроградна амнезія

R41.3 Інші амнезії

S06.0 Струс головного мозку

Супроводжуються ретроградною амнезією.

S06.1 Травматичний набряк головного мозку

S06.2 Дифузна травма головного мозку

S06.3 Локальна травма головного мозку

S06.4 Епідуральний крововилив

S06.5 Травматичний субдуральний крововилив

S06.6 Травматичний субарахноїдальний крововилив

S06.7 Внутрішньочерепна травма з тривалим коматозним станом

Супроводжуються ретроградною амнезією.

S70.0 Злоякісне новоутворення оболонок головного мозку

S71 Злоякісне новоутворення головного мозку:

S71.1 лобової частки

S71.2 скроневої частки

S71.3 тім'яної частки

Указані часті мнестичні порушення різного ступеня вираженості залежно від об'єму та ступеня пенетрації процесу.

E51 Недостатність тіаміну

E51.1 Бері-бері

E51.2 Енцефалопатія Верніке

E53 Недостатність інших вітамінів групи В

E53.0 Недостатність рибофлавіну

E53.1 Недостатність піридоксину

E53.8 Недостатність інших вітамінів групи В

Указані часті мнестичні порушення різного ступеня вираженості.

Амнезії та палімпсести у структурі АЗ та інших наркологічних захворювань. Незалежно від виду споживаної ПАР досить часто у стані гострої

інтоксикації виникають порушення свідомості від звуження до відключення або потьмарення різного ступеня вираженості з подальшими порушеннями пам'яті [1, 9, 10]. Про стан потьмарення свідомості у стані гострої інтоксикації свідчать: 1) відчуженість від навколишнього світу з невираженим, утрудненим, уривчастим його сприйняттям; 2) різні види дезорієнтування у місці, часі, оточуючих особах, ситуації, власній особистості, що існують ізольовано, в окремих комбінаціях або ж усіх одночасно; 3) певний ступінь незв'язливості мислення, що супроводжується слабкістю або неможливістю суджень і мовленнєвими порушеннями; 4) повна або часткова амнезія періоду потьмарення свідомості, зберігаються лише уривчасті спогади психопатологічних розладів, що спостерігалися в період можливих галюцинацій, марення, значно рідше фрагменти подій.

Алкоголь, як і будь-яка нейротоксична речовина, значною мірою негативно впливає на мозок, нервову тканину і функціонування нервової системи у цілому. Порушуючи нормальне функціонування нервової тканини, він спричиняє необоротне ушкодження і/або загибель нервових клітин.

Крім цього, у процесі перетворення продуктів метаболізму алкоголю утворюються вільні радикали, які є цито- і геномотоксичними й призводять до пошкодження різних біологічних структур. Активні форми кисню при АЗ відіграють негативну роль в ініціації нейроапоптоза, активація якого, на думку багатьох дослідників, є першопричиною розвитку стійких порушень когнітивно-мнестичних функцій ЦНС [10, 11]. Алкоголь, ініціюючи окислювальний і нітролізний стрес, спричиняє окисне пошкодження функціональних молекул клітини з подальшим розвитком мітохондріальної дисфункції у тканинах головного мозку. При зловживанні алкоголем, седативними і психоделічними речовинами змінені форми сп'яніння можуть виявлятися амнезіями, що не властиво інтоксикації опіатами і деякими іншими наркотичними речовинами. Із розвитком залежності мнестичні порушення розвиваються при менших дозах ПАР. На початкових стадіях формування АЗ, при тяжких ступенях сп'яніння, як правило, частково або повністю амнезуються заключні періоди алкоголізації. Протверезівши, людина не може згадати, що вона робила у стані сп'яніння, що з нею відбувалося, причому амнезія цього періоду частіше буває тотальною, рідше — парціальною (пацієнт пам'ятає, як приїхав додому, але не пам'ятає, як добирався, тощо). У наркології поява подібних спонтанних, мнестичних епізодів у клініці гострої інтоксикації служить діагностичним маркером межі толерантності даної людини, показником втрати кількісного контролю за споживаним ПАР.

Стадії адиктивних розладів відображають не тільки динаміку великих наркоманічних синдромів, а й вираженість психопатологічних мнестичних порушень, пов'язаних із уживанням ПАР.

Перша стадія виявляється неухабною, поганим запам'ятовуванням подій, що відбувалися у період інтоксикації.

Друга стадія визначається збільшенням частоти постінтоксикаційних мнестичних порушень, їх тривалості.

Третя стадія характеризується різко вираженими мнестичними розладами.

Алкогольна амнезія — повне випадання з пам'яті подій, фактів, явищ, що відбуваються у період алкоголізації, прийнятті значних токсичних доз алкоголю від певного моменту сп'яніння до засипання [1, 10].

Алкогольний палімпсест — вид амнезії при АЗ, який виражається у неможливості відтворення окремих фактів і подій після алкогольного ексцесу [1, 10].

Палімпсест (від грец. «знову зіскоблена») означав у давнину напис на пергаменті із витертими від його багаторазового згинання та розгинання фрагментами тексту [1]. Цей термін у психіатрії і кримінології був застосований Ч. Ломброзо у 1899 р. у переносному сенсі для позначення давно стертих написів у місцях позбавлення волі, прочитання яких нібито надає можливість проникнути в психологію ув'язнених. Вперше як психічне порушення описав німецький психіатр К. Бонхьоффер у 1901 р.

Палімпсест — це специфічне порушення пам'яті, яке виявляється нездатністю відтворювати окремі деталі, епізоди, подробиці, які стосуються періоду алкогольної або наркотичної інтоксикації, при можливості відтворити загальний хід подій (тобто хворий не пам'ятає окремі події, свідком яких він був у стані алкогольного сп'яніння, у той час як загальна фабула зберігається у пам'яті чітко) [1]. Із палімпсестів розпочинаються мнестичні розлади залежних від алкоголю і барбітуратів осіб, поступово заміщаючись амнезіями (коли з пам'яті повністю пропадають спогади з якогось моменту і до засинання).

При зловживанні алкоголем палімпсести є критерієм діагностування початку I стадії адикції [1].

I стадія (початкова, неврастенічна): психічна залежність від алкоголю виявляється у формі потягу до спиртних напоїв obsесивного (нав'язливого) характеру, що призводить до втрати кількісного контролю випитого алкоголю [1, 12]. Відзначаються зростаюча алкогольна толерантність до спиртних напоїв, алкогольні палімпсести і перехід від періодичного пияцтва до систематичного [1].

II стадія (середня, наркоманічна): з'являється фізична залежність від алкоголю з компульсивним

потягом до спиртних напоїв і комплексом соматовегетативних абстинентних розладів [1, 2, 11]. Змінена реактивність до алкоголю виявляється максимальною толерантністю до спиртних напоїв, зміною форми сп'яніння, амнезією сп'яніння, систематичним уживанням алкоголю за типом псевдозапоїв [1]. Виявляються патохарактерологічні девіації (відхилення), риси деградації особистості [1–3, 13, 14]. Виникають патологічні зміни з боку внутрішніх органів [11]. Можуть розвинути алкогільні психози [1–3, 5, 7, 13, 14].

III стадія (кінцева, енцефалопатична): потяг до алкоголю набуває компульсивного характеру [1, 2, 12, 14]. Абстинентний синдром посилюється [1, 2, 5, 7, 12, 14]. Втрачається ситуаційний контроль. Важливою ознакою є зниження толерантності до алкоголю. Розвивається алкогольна деменція. Соматичні ускладнення стають тяжкими. Нерідко виникають алкогільні психози. У хворих із професійним і муситуючим делірієм спостерігається повна амнезія.

На думку більшості експертів, за алкогільними палімпсестами (іноді до них) настає звичне пияцтво, а це ознака того, що спиртні напої практично стали «медикаментами, в яких відчувається потреба» [1]. Зловживаючи алкогелем, пацієнт починає вже погано усвідомлювати, що п'є інакше, ніж інші, тоді настає стадія «прихованого пияцтва» і «постійних думок про алкогіль», а потім «жодного перекидання перших чарок». Він усвідомлює, що вживання алкоголю має особливий характер, у зв'язку з чим з'являється почуття своєї «винності». Тому хворий у бесіді уникає натяків на алкогіль, одночасно у нього частішають палімпсести. Така людина перебуває на порозі АЗ.

Отже, поява палімпсестів є ознакою систематичного зловживання алкогільними напоями (передують появі амнестичних форм алкогільного сп'яніння), тобто вони виявляються на початковій стадії АЗ, тоді як амнезії — на тлі вже сформованого синдрому фізичної залежності. Слід зазначити, що алкогільні палімпсести (і амнезії алкогільного сп'яніння) спостерігаються значно раніше на тлі алкогільно-опійної наркоманії, ніж при АЗ, цього не буває при алкогільних полінаркоманіях зі споживанням снодійних препаратів, транквілізаторів і гашишу [1].

Амнестичний синдром є затяжним, хронічним станом, що пов'язаний з вираженим хронічним порушенням пам'яті, переважно щодо недавніх та більш віддалених подій. Але у клініці наркологічних захворювань процес безпосереднього відтворення подій зберігається. Визначаються порушення відчуття часу, здатності до засвоєння нового матеріалу, виникають труднощі при відтворенні порядку подій, можливі конфабуляторні прояви.

Інші когнітивні функції здебільшого збережені, а домінуючими за ступенем вираженості у клінічній картині є грубі порушення пам'яті.

Слід ураховувати такі диференційнодіагностичні критерії згідно з МКХ-10 [8].

А. Порушення пам'яті, яке виявляється двома ознаками: 1) дефект пам'яті про недавні події (порушення засвоєння нового матеріалу) у ступені, достатньому для спричинення труднощів у щоденному житті; 2) зниження здатності до відтворення минулого досвіду.

Б. Відсутність (або відносна відсутність) усіх таких ознак: 1) порушення безпосереднього сприйняття (яке визначається, наприклад, запам'ятовуванням чисел); 2) потьмарення свідомості та розлади уваги, які визначаються в критерії А в індексі F50; 3) загальне інтелектуальне зниження (деменції).

В. Відсутність об'єктивних даних (фізичного і неврологічного обстеження, лабораторних тестів) і/або анамнестичних відомостей про захворювання мозку (особливо з білатеральним ураженням діенцефальних і середніх скроневих структур), крім алкогольної енцефалопатії, які могли б обґрунтовано вважатися причиною клінічних проявів, описаних у критерії А.

При синдромі залежності від ПАР розлади пам'яті торкаються усіх трьох її складових частин: 1) запам'ятовування, фіксації нового досвіду; 2) збереження інформації; 3) відтворення минулого досвіду, репродукції, спогадів.

Порушення пам'яті при корсаківському психозі. До появи корсаківського психозу у хворих спостерігаються складні й тяжкі делірії або енцефалопатія Гайє — Верніке. Рідше психоз розпочинається повільно без попередніх порушень свідомості. Психічні розлади у розгорнутій стадії психозу визначаються тріадою симптомів: амнезією, дезорієнтацією та конфабуляціями [1, 2, 5].

Фіксаційна амнезія може мати різний ступінь і поєднуватися з ретроградною амнезією, спостерігаючись протягом періоду від кількох місяців до кількох років, які передували виникненню захворювання. Пацієнт плутає послідовність подій, у нього страждає оцінка перебігу часу.

Конфабуляції виявляються не спонтанно, а при опитуванні хворих. За своїм змістом це розповіді обстеженої особи про події, пов'язані з її минулою професійною діяльністю, які нібито тільки що відбувалися. Деколи спостерігаються конфабуляції фантастичного або пригодницького змісту [5].

Із фіксаційною амнезією і конфабуляціями тісно пов'язане амнестичне дезорієнтування або неправдиве орієнтування хворих у часі, місці перебування та оточуючому середовищі. Спостерігаються також кволість, пасивність, підвищена

втомлюваність, зниження інтересів та втрата бажань. Кволість і апатія інколи змінюються на періоди роздратування або тривоги. Міміка і моторика збіднені та уповільнені. Психічні порушення більш виражені у літніх хворих.

Неврологічні розлади частіше виявляються невритами нижніх кінцівок з атрофією м'язів, порушенням чутливості, зниженням або відсутністю рефлексів. Взаємозв'язку між тяжкістю психічних і неврологічних розладів немає, виражені психічні розлади трапляються навіть при легких поліневритах.

Перебіг захворювання регредієнтний, відносно покращення здоров'я спостерігається у жінок молодого або середнього віку. Рідко настає повне одужання. У тяжких випадках формується виражений органічний делірій із недоумством. Може настати смерть у результаті геморагічних змін у великих півкулях головного мозку.

МЕТОД ЗАУЧУВАННЯ 10 СЛІВ А. Р. ЛУРІЯ

Мета — оцінити стан слухової пам'яті на слова, стомлюваність, активність, увагу, запам'ятовування, збереження, відтворення, довільну увагу [3, 4, 6, 15].

Методика заучування 10 слів, запропонована А. Р. Лурія, дає змогу досліджувати процеси пам'яті: запам'ятовування, збереження і відтворення. Може бути використана для оцінки стану пам'яті, довільної уваги, виснаження хворих із нервово-психічними розладами, а також для вивчення динаміки перебігу хвороби та обліку ефективності лікарської терапії.

Проведення обстеження потребує відповідної обстановки: у приміщенні не повинно бути сторонніх розмов. Пацієнтові пропонують запам'ятати 10 слів, які мають відповідати кільком умовам:

1) одноманітність: усі слова — іменники в однині, називному відмінку, що мають однакову кількість складів (одно- або двоскладові);

2) слова не мають бути пов'язані між собою (наприклад, не можна пропонувати для запам'ятовування слова: стіл — стілець; вогонь — вода і т. д.).

Методика може бути використана як для дітей (від п'яти років), так і для дорослих [6–8].

Стимулюючим матеріалом є протокол із десятима короткими одно- і двоскладовими словами, які не мають між собою ніякого зв'язку. Найчастіше використовують такий набір слів: ліс, хліб, вікно, стілець, вода, кінь, гриб, голка, мед, вогонь.

Методика проведення дослідження така. Обстежену особу ознайомлюють з інструкцією, після чого зачитують ряд слів. Після закінчення зачитування після успішної реєстрації фіксують

Методи діагностики порушень пам'яті (Опитувальник самооцінки пам'яті McNairi — Kahn)

№	Твердження	Ніколи	Рідко	Іноді	Часто	Дуже часто
1	Я забуваю номери телефонів, за якими регулярно телефоную.					
2	Я не пам'ятаю, що і де поклав.					
3	Відірвавшись від читання, я не можу знайти місце, яке читав.					
4	Коли я роблю покупки, я записую на папері, що потрібно купити, щоб нічого не забути.					
5	Через забудькуватість я пропускаю важливі зустрічі, побачення та заняття.					
6	Я забуваю справи, які планую по дорозі з роботи додому.					
7	Я забуваю імена та прізвища знайомих людей.					
8	Мені важко зосередитися на роботі, яку виконую.					
9	Мені важко пригадати зміст тільки що переглянутої телепередачі.					
10	Я не впізнаю знайомих людей.					
11	Я втрачаю зміст розмови при спілкуванні з людьми.					
12	Я забуваю імена та прізвища людей, з якими знайомлюсь.					
13	Коли мені щось кажуть, мені важко зосередитися.					
14	Я забуваю, який сьогодні день тижня.					
15	Мені треба кілька разів перевіряти, чи закриті двері і вимкнув плиту.					
16	Я роблю помилки під час писання, друкування або підрахунків на калькуляторі.					
17	Я часто відволікаюсь.					
18	Мені необхідно кілька разів прослухати інструкції, щоб їх запам'ятати.					
19	Мені важко зосередитися на тому, що я читаю.					
20	Я забуваю, що мені сказали.					
21	Мені важко порахувати решту в магазині.					
22	Я все роблю дуже повільно.					
23	Я відчуваю порожнечу в голові.					
24	Я забуваю, яке сьогодні число.					

Примітка. Оцінювання, у балах: ніколи — 0, рідко — 1, іноді — 2, часто — 3, дуже часто — 4. Сума понад 42 бали припускає наявність когнітивних порушень.

слова у протоколі. Знову зачитують інструкцію. Після фіксації даних у протоколі процедуру повторюють без інструкцій. Матеріал пред'являється кілька (5–6) разів до повного запам'ятовування. Перед наступними прочитаннями матеріалу експериментатор говорить: «Ще раз».

Таким чином, на усіх етапах дослідження заповнюється протокол. Під кожним відтвореним словом у рядку, який відповідає номеру спроби, ставиться хрестик. Якщо обстежена особа називає «зайве» слово, воно фіксується у відповідній графі. Після закінчення повторення слів експериментатор

говорить обстеженому: «Через годину ви ці ж слова назвете мені ще раз». Годину по тому пацієнт на прохання дослідника відтворює без попереднього зачитування слова, які запам'яталися, їх фіксують у протоколі кружечками.

СЛОВНИК

Амнезія — патологічний стан, клінічний симптом, що полягає в ослабленні або втраті пам'яті на ґрунті різних уражень головного мозку [1, 5, 7, 14]. Амнезію можуть спричинити різноманітні

соматичні, неврологічні та психічні захворювання, травми мозку, або вони можуть виникнути внаслідок шоку, при багатьох патологічних станах, що супроводжуються розладами свідомості [1, 5, 7, 14].

Амнезія алкогольна — повне випадіння з пам'яті подій, фактів, явищ, що відбувались у період алкоголізації, при вживанні значних, токсичних доз алкоголю від певного моменту сп'яніння до засипання [1].

Амнезія альтернуюча — при якій хворий не пам'ятає своєї поведінки у стані, який протилежний тому, в якому він перебуває на момент дослідження. Хворий веселий, рухливий, активно розмовляє, потім після сну — спокійний і не пам'ятає себе веселого [5, 7].

Амнезія антероградна — випадіння з пам'яті подій, які сталися після виникнення хвороби [5, 7].

Амнезія антероретроградна — амнезія, яка поєднує антероградну і ретроградну, тобто випадіння з пам'яті подій, що передували захворюванню, а також тих, що відбувались після його початку [5, 7].

Амнезія перфораційна — випадіння деяких подій унаслідок уживання психоактивних речовин (алкоголю) [5, 7].

Амнезія психогенна (амнезія витіснення, афектогенна) — після психотравми людина забуває події, які мають психотравмуючий зміст [5, 7].

Амнезія ретардована — запізнена амнезія, яка характеризується тим, що відразу після захворювання з порушенням свідомості хворий може розповісти про минулі переживання (галюцинації, страх тощо), але надалі їх забуває [5, 7].

Амнезія ретроградна — випадіння з пам'яті подій, що сталися до початку захворювання [5, 7].

Амнезія системна — втрата пам'яті, пов'язана з психічною травмою, не на певні відрізки часу, а на певний зміст деталей при збереженні у пам'яті загальної ситуації [5, 7].

Анекфорія — порушення пам'яті, головним чином відтворення, при якому окремі події, образи згадуються тільки при спогаді про них [5, 7].

Гіпермнезія — патологічне посилення пам'яті. Трапляється при афективних психозах, іноді при олігофренії, епілепсії [5, 7].

Гіпомнезія — патологічне ослаблення пам'яті, регрес пам'яті [5, 7]. Такий стан має певну динаміку, прогресуючий характер і може призводити до амнезії [5, 7].

Дисмнезія — розлад пам'яті, що характеризується зниженням можливості запам'ятовування, зменшенням запасів пам'яті та погіршенням відтворення [5, 7].

Конфабуляція — порушення пам'яті, що характеризується заповненням прогалин пам'яті вигаданими спогадами та переживаннями фантастичного змісту [5, 7]. Іноді може розвиватися

конфабуляційна сплутаність — вплив вигадок, який супроводжується хибним впізнанням оточення; трапляється при старечих психозах і входить до структури парафренного синдрому (конфабуляторна парафренія [5, 7]).

Криптомнезія — порушення пам'яті, при якому прочитане, почуте, побачене уві сні здається пережитим насправді, а факти, думки, запозичені в інших або вчитані з книжок, вважаються власними. Криптомнезія зумовлена помилками пам'яті, її не слід ототожнювати з навмисним свідомим вигадуванням, плагіатом [5, 7].

Палімпсест — це специфічне порушення пам'яті, яке виявляється нездатністю відтворювати окремі деталі, епізоди, подробиці, що стосуються періоду алкогольної або наркотичної інтоксикації при можливості відтворити загальний хід подій (тобто хворий не пам'ятає окремі події, свідком яких він був у стані алкогольного сп'яніння, тоді як загальна фабула чітко зберігається у пам'яті) [1].

Палімпсест алкогольний — вид амнезії при алкогольній залежності, який виражається у неможливості відтворення окремих фактів і подій після алкогольного ексцесу [1].

Парамнезія — хворобливий психічний стан, який виявляється в розладі пам'яті, що виникає внаслідок амнезії, коли прогалини у пам'яті заповнюються несправжніми спогадами [5, 7]. Поділяються на конфабуляції, псевдоремінісценції, криптомнезії і фанти [5, 7].

Псевдоремінісценція — несправжні спогади реального змісту про події, яких не було у відрізок часу, згадуваний пацієнтом, але вони відбувались чи могли відбуватись у минулому [5, 7]. Псевдоремінісценції нерідко заповнюють у хворого прогалини пам'яті, їх не завжди легко відрізнити від конфабуляцій [5, 7].

Фантазії паралітичні — вигадки безглузлого змісту, що виникають у випадках виявленого слабоумства, наприклад при прогресивному паралічі [5, 7].

Фантазми істеричні — різні вигадки надзвичайних подій, яких насправді не було, прагнення поставити себе у центр уваги оточуючих. Спостерігається при істерії, істеричній психопатії. Хворий із яскравою чуттєвістю переживає своє несправжнє сприйняття як щось достовірне [5, 7].

ТЕСТОВІ ЗАВДАННЯ

Для контролю вхідного рівня знань

1. Дайте визначення поняттю «пам'ять». [1, 5, 7, 11]
2. Назвіть функції пам'яті. [1, 5]
3. Які види пам'яті ви знаєте? [1, 6]
4. Які порушення пам'яті ви знаєте? [5, 11]

5. При інтоксикації якими психоактивними речовинами зустрічаються мнестичні порушення? [1–4, 6, 13]
6. Що таке амнезія? [1, 11, 14, 16]
7. Дайте визначення поняттю «палімпсест». [1, 4, 11, 15]
8. В яких рубриках МКХ-10 позначаються порушення пам'яті? [1, 11]
9. Які порушення пам'яті спостерігаються при алкогольній залежності? [1, 5, 6, 11, 13, 14]
10. Який вид порушення пам'яті домінує при корсаківському психозі? [1, 4, 5, 12]
11. Назвіть відомі вам методи діагностики порушень пам'яті. [4, 5, 7]

Для контролю кінцевого рівня знань

1. Хворобливе явище, що полягає в ослабленні або втраті пам'яті на ґрунті різних уражень головного мозку, може бути спричинене захворюванням, травмою мозку або виникнути після шоку; у деяких випадках є симптомом психічної хвороби [5, 7] — це:

- a) амнезія
- b) афазія
- c) апраксія
- d) астенія

2. Розлад пам'яті, при якому виникають хибні або перекручені спогади, може відбуватися змішування минулого і сьогодення, а також реальних і вигаданих подій — це [5]:

- a) гіпомнезія
- b) парамнезія
- c) полімнезія
- d) гіпермнезія

3. Психічний стан, коли людина відчуває, що вона колись уже була в такій ситуації, проте це відчуття не пов'язується з певним моментом минулого, а належить до «минулого взагалі», зазвичай супроводжується відчуттям чудасії і нереальності того, що відбувається, — це [5, 7]:

- a) jamais vu
- b) deba vu
- c) deja vu
- d) levo vu

4. Відсутність у пам'яті спогадів про події, що передували розвитку порушень психічної діяльності чи початку психічного захворювання, при цьому неможливе відтворення подій та обставин, які відбувались перед втратою свідомості (наприклад, унаслідок черепно-мозкової травми) чи її потьмарення (при епілепсії) або розвитку інших психічних розладів, — це [5, 7]:

- a) антероградна амнезія
- b) ретроградна амнезія
- c) фіксаційна амнезія
- d) прогресуюча амнезія

5. Втрата спогадів про події, що безпосередньо відбувалися після закінчення непритомного стану, потьмарення свідомості чи інших психічних розладів, охоплює проміжки часу від кількох хвилин до годин, днів, рідко — тижнів, — це [5, 7]:

- a) антероградна амнезія
- b) ретроградна амнезія
- c) фіксаційна амнезія
- d) прогресуюча амнезія

6. Втрата здатності запам'ятовувати поточні події (основна ознака корсаківського синдрому) — це [1, 5, 7]:

- a) антероградна амнезія
- b) ретроградна амнезія
- c) фіксаційна амнезія
- d) прогресуюча амнезія

7. Втрата здатності запам'ятовувати, відтворювати події, починаючи з останнього часу до подій давнього минулого, у тому числі юності, дитинства. Втрата матеріалу пам'яті в послідовності, зворотній до порядку його накопичення, відбувається від новітнього до старого, від індивідуального, вибраного до загального (за законом Рібо) — це [5, 7]:

- a) антероградна амнезія
- b) ретроградна амнезія
- c) фіксаційна амнезія
- d) прогресуюча амнезія

8. Здатність сприймати (запам'ятовувати), утримувати (фіксувати) і відтворювати враження, відомості, окремі чи сукупні факти з минулого досвіду — це [5, 7]:

- a) мислення
- b) фантазування
- c) увага
- d) пам'ять

9. Неможливість повного відтворення у пам'яті та свідомості окремих деталей, епізодів або подробиць подій, які відбувались під час алкогольного сп'яніння — це [1, 3, 5, 7]:

- a) палімпсест
- b) гіпомнезія
- c) нормомнезія
- d) конфабуляція

10. Події, що в дійсності відбуваються, але перенесені в інший час, мають назву [5, 7]:

- a) парамнезії
- b) псевдоремінісценції
- c) конфабуляції
- d) фантазування

11. Порушення пам'яті, головним чином відтворення, при якому окремі події, образи згадуються тільки при спогаді про них — це [5, 7]:

- a) палімпсест
- b) гіпомнезія
- c) анекрофія

- d) конфабуляція
12. Вгадки безглузлого змісту, що виникають у випадках виявленого слабоумства (наприклад, при прогресивному паралічі), мають назву [5, 7]:
- безглузді фантазії
 - паралітичні фантазії
 - істеричні фантази
 - тривожні фантазії
13. Різні вгадки надзвичайних подій, яких насправді не було, прагнення поставити себе у центр уваги оточуючих; спостерігаються при істерії, істеричній психопатії; хворий із яскравою чуттєвістю переживає своє несправжнє сприйняття як щось достовірне,— це [5, 7]:
- безглузді фантазії
 - паралітичні фантазії
 - істеричні фантазми
 - тривожні фантазії
14. Вид пам'яті, при якому відбувається запам'ятовування, зберігання та відтворення різних рухів, має назву [5, 7]:
- рухова
 - емоційна
 - короткочасна
 - довготривала
15. Пам'ять на почуття, які виступають стимулом до діяльності, характеризується як [5, 7]:
- рухова
 - емоційна
 - образна
 - словесно-логічна
16. Пам'ять на уявлення: зорова, слухова, нюхова, смакова, дотикова, характеризується як [5, 7]:
- рухова
 - емоційна
 - образна
 - словесно-логічна
17. Пам'ять, яка забезпечує запам'ятовування одноразової інформації на короткий проміжок часу — від кількох секунд до хвилини, має назву [5, 7]:
- короткочасна
 - довготривала
 - сенсорна
 - оперативна
18. Пам'ять, яка відповідає за збереження інформації протягом тривалого часу, має назву [5, 7]:
- короткочасна
 - довготривала
 - сенсорна
 - оперативна
19. Пам'ять, яка виявляється під час виконання певної діяльності і необхідна для її виконання у кожній заданий проміжок часу, має назву [5, 7]:
- короткочасна
 - довготривала

- сенсорна
- оперативна

20. Порушення пам'яті, коли люди постійно забувають щойно сприйняту інформацію (антероградна амнезія), хоча їх загальні знання та інтелектуальні здібності залишаються незмінними; характерні симптоми: потьмарення свідомості, дезорієнтація, схильність до конфабуляцій; спричинене хронічним алкоголізмом у поєднанні з поганим харчуванням і, як наслідок, нестачею вітаміну В1 (тіаміну) [1, 5, 7],— це:

- корсаківський амнестичний синдром
- сенільна деменція
- судинна деменція
- тотальна амнезія

21. Ситуація, коли накопичена за все життя інформація втрачається в порядку, зворотно-пропорційному її набуттю (страждає механічна пам'ять на імена, номери телефонів, точні дати), виявляється при [5, 7]:

- законі Рибо — Джексона
- конфабуляції
- фіксаційній гіпомнезії
- криптомнезії

**Відповіді на питання
для контролю кінцевого рівня знань**

1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11
a	b	c	b	a	c	c	d	a	b	c
12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	
b	c	a	b	c	a	b	d	a	a	

Список літератури

- Наркологія: національний підручник; за ред. І. К. Сосіна, Ю. Ф. Чуєва.— Харків: Колегіум, 2014.— 1500 с.
- Адиктологія; за ред. Л. М. Юр'євої.— Дніпро, 2018.— 185 с.
- Сосін І. К. Порушення свідомості при наркологічних захворюваннях: навчально-методичний посібник для самостійної роботи слухачів / І. К. Сосін, О. Ю. Гончарова, Є. В. Лісова.— Харків: ХМАПО, 2017.— 33 с.
- Диагностика когнитивных нарушений в общемедицинской практике: руководство для врачей / И. Х. Хайруллин, Р. Г. Есин, Н. В. Токарева, Л. Н. Мурадинова; под. общ. ред. Р. Г. Есина.— Казань: Изд-во Казан. ун-та, 2014.— 44 с.
- Психіатрія і наркологія: підруч. / В. Л. Гавенко, В. С. Бітенський, В. А. Абрамов [та ін.]; за ред. В. Л. Гавенка, В. С. Бітенського.— 2-ге вид., перероб. і доп.— К.: Медицина, 2015.— 511 с.
- Буклина С. Б. Нарушения высших психических функций при поражении глубинных и стволовых

- структур мозга / С. Б. Буклина.— М.: МЕДпресс-информ, 2016.— 312 с.
7. Психиатрия; под ред. Н. Г. Незнанова [и др.].— М.: ГЭОТАР-Медиа, 2009.— 512 с.
 8. Міжнародна статистична класифікація хвороб та проблем, пов'язаних зі здоров'ям. Десятий перегляд.— URL: <https://virgo.org.ua/index.php/mkxh-10-mkb-10>
 9. *Sosin I. K.* Симптоми, синдроми та психологічний стан при наркологічній патології: навч.-метод. посіб. для самостійної роботи слухачів / І. К. Сосін, О. Ю. Гончарова.— Харків: ХМАПО, 2017.— 24 с.
 10. *Sosin I. K.* Амнезії та палімпсести в наркології: навч.-метод. посіб. для самостійної роботи слухачів / І. К. Сосін, О. Ю. Гончарова, Є. Ю. Бабенко.— Харків: ХМАПО. 2018.— 32 с.
 11. Алкогольная болезнь. Поражение внутренних органов; под ред. В. С. Моисеева.— М.: ГЭОТАР Медиа, 2014.— 480 с.
 12. *Портнов А. А.* Алкоголизм: руководство для врачей / А. А. Портнов, И. Н. Пятницкая.— М.: Мегалогис, 2012.— 576 с.
 13. *Sosin I. K.* Тривожні розлади при алкогольній залежності: навчально-методичний посібник для самостійної роботи слухачів / І. К. Сосін, О. Ю. Гончарова, Ю. Ф. Чуев.— Харків: ХМАПО, 2016.— 35 с.
 14. *Анохина И. П.* Биологические механизмы зависимости от психоактивных веществ: лекции по наркологии; под ред. Н. Н. Иванца.— М: Медпрактика, 2001.— С. 13–33.
 15. *Зинченко Т. П.* Память в экспериментальной и когнитивной психологии / Т. П. Зинченко.— СПб.: Питер, 2002.— 320 с.
 16. Rivermead Behavioral Memory Test / В. А. Wilson, E. Greenfield, L. Clare [et al.].— 3rd ed.— L.: Pearson, 2008.

КЛИНИКО-ДИДАКТИЧЕСКИЕ ПАРАДИГМЫ АЛКОГОЛЬНЫХ АМНЕЗИЙ И ПАЛИМПСЕСТОВ В НАРКОЛОГИИ

И. К. СОСИН, Е. Ю. БАБЕНКО, О. Ю. ГОНЧАРОВА

Рассмотрены клинические и дидактические основы алкогольных амнезий, палимпсестов, а также других мнестических нарушений при интоксикациях психоактивными веществами. В последипломной подготовке врачей-наркологов определены хрестоматийные понятия памяти, ее специфических нарушений в форме амнезий и палимпсестов при алкогольной аддикции и других наркологических заболеваниях, приведен реестр мнестических нарушений согласно МКБ-10 и методических подходов к диагностике. Дается словарь основных терминов. Сформулированы вопросы контроля входящего и конечного уровней знаний.

Ключевые слова: наркология, алкогольная аддикция, амнезии, палимпсесты, клиника, дидактика, последипломное образование врачей-наркологов.

CLINICAL AND DIDACTIC PARADIGMS OF ALCOHOL AMNESIA AND PALIMPSESTS IN NARCOLOGY

I. K. SOSIN, Ye. Yu. BABENKO, O. Yu. GONCHAROVA

We have considered here the clinical and didactic fundamentals of alcohol amnesia, palimpsests, as well as other mnestic disorders during intoxication with psychoactive substances. The textbook concepts of memory, its specific disorders as amnesia and palimpsests in alcoholic addiction and other narcological diseases have been determined in postgraduate training of narcologists. There were reported the register of mnestic disorders according to the ICD-10 and methodological approaches to diagnosis. The vocabulary of basic terms was composed. The tasks of controlling the initial and final knowledge levels were formulated.

Key words: narcology, alcoholic addiction, amnesia, palimpsests, clinic, didactics, postgraduate education of narcologists.

Надійшла 23.01.2019