

УДК 616.89-008.464

АМНЕЗИИ В ПСИХИАТРИЧЕСКОЙ ПРАКТИКЕ*Е.Г. Королева, д.м.н., профессор; Э.Е. Шустер, к.м.н., доцент*

УО «Гродненский государственный медицинский университет»

До настоящего времени нет точных теорий обоснования процессов памяти и единой точки зрения на ее природу. Существует масса теорий о различных видах патологии памяти и ее причинах. В средствах массовой информации приводятся многочисленные публикации случаев возникновения нарушений памяти на длительный период времени: амнезии на всю предыдущую жизнь. В данной работе приведено 4 случая таких амнезий и проанализированы причины их возникновения.

Ключевые слова: амнезии, диссоциативный, органический.

Until the present time there have not been any exact theories to give definite explanation of the memory processes as well as the common point of view on the nature of memory. There is a number of theories on different pathologies of memory and their causes. Mass media represent numerous publications of cases of long-term memory disturbances development cases: amnesias for the whole previous life. The present article describes four similar amnesia cases and the causes of their development are analyzed.

Key words: amnesias, dissociative, organic.

Введение

В последние годы все чаще в средствах массовой информации появляются сообщения с описанием случаев, когда те или иные лица полностью утрачивали память на весь предыдущий отрезок своей жизни. Приводятся конкретные примеры, когда из-за нарушений памяти они не могли сообщить о себе необходимых сведений, «терялись», утрачивали связь с родными, окружающими же воспринимались как неизвестные. Нередко в последующем их находили совершенно случайно. Этим случаям в обывательской среде придается мистический оттенок, или же они трактуются как воздействие неизвестных токсических веществ, что порождает страх, как все непонятное и загадочное. В данной работе представлены несколько подобных клинических примеров и анализируются причины возникновения амнезии.

Материалы и методы исследования

Материалом явились пациенты психиатрического стационара, поступившие за период: сентябрь-ноябрь 2006 года. Пациенты обследовались клинико-психопатологически, экспериментально психологически, а также проводилось соматическое и неврологическое обследование с использованием параклинических методов.

Амнестическое расстройство представляют собой качественно очерченный синдром с многообразными проявлениями, которые свидетельствуют о глубокой степени изменений личности. Память, как общее свойство психики, участвует во всех формах психической деятельности и проявляется как необходимое ее условие. Как запоминание, так и воспроизведение материала не является простой записью, хранением и считыванием следов, а сложнейшим процессом переработки получаемой информации, ее отбором и кодированием. В процесс припоминания входит выбор из ряда возможных альтернатив с торможением побочных, произвольно всплывающих связей. Именно этот сложный процесс осуществляется с помощью принятия решений, приближающих процесс припоми-

нения к интеллектуальной деятельности. В психологической литературе выдвигаются две теории раскрытия механизма нарушений памяти. Согласно первой, забывание является следствием постепенного ослабления следов, вызываемых соответствующими воздействиями. Согласно второй, забывание является следствием торможения следов побочными воздействиями. Обычно нарушения памяти не ограничиваются дефектами памяти, но включаются в более сложные синдромы, в частности, нарушений сознания, Корсаковский амнестический синдром и пр. Некоторые пациенты, преимущественно страдающие неврозами, нередко чаще всего забывают то, что им особенно неприятно, тяжело. Эти амнезии имеют временный характер, больные постепенно «вспоминают» то, о чем им напоминают. Могут быть преходящие амнезии и при органических заболеваниях, когда амнезия возникает на почве ишемии в височной доле мозга (Poster, Zigler). Грубые нарушения памяти на всю предыдущую жизнь встречаются при крайней степени старческого слабоумия или при тяжелых, обычно не совместимых с жизнью травматических поражениях. Однако даже при тяжелых амнезиях сохраняются отдельные воспоминания. В психиатрической практике не так часто встречаются пациенты с амнезиями на весь предыдущий период жизни, тем более представляет интерес наблюдение, когда в течение трех месяцев врачам-психиатрам пришлось столкнуться с четырьмя случаями таких амнезий. В связи с изложенным было решено проанализировать причины их возникновения у наблюдавшихся пациентов, что, возможно, поможет снять завесу таинственности с подобных случаев.

История болезни больной А. Рабочая «Мостодрева», 22 лет, 8.09.06г. около 14 часов исчезла из дома в г. Мосты (в 30 км от Гродно), а 10.09.06 г. была обнаружена в г. Гродно и доставлена в милицию. Там не могла объяснить, как оказалась у реки в г. Гродно, хотя проживает в райцентре. Не могла сообщить и о себе никаких сведений, утверждала,

что ничего не помнит. В связи с неадекватным поведением была доставлена в ГОКЦ «Психиатрия-наркология». Со слов матери и мужа известно, что по характеру всегда была спокойной, послушной, внушаемой; в принятии решений, даже незначительных, полагалась на других. Склонна к некоторой демонстративности в поведении, фантазированию. Серьезным заболеваниям не подвергалась. Но в 11-летнем возрасте перенесла черепно-мозговую травму (сотрясение головного мозга) и некоторое время состояла на учете у невролога. Получила среднее специальное образование в кулинарном училище, работала по специальности. Замуж вышла год назад, детей нет. В день исчезновения сказала мужу, что идет к матери, и пропала. Исчезновение обнаружили через день, когда мать заявила, что дочь у нее не появлялась.

Психическое состояние при поступлении: правильно оценивает окружающую обстановку, в беседе адекватна, сразу запоминает сообщаемые имена врачей, даты, другие сведения. Но не помнит ничего о себе и о своем прошлом. Помнит только, что проснулась в фургоне без окон с двумя девушками и мужчиной, они хотели пить и им дали «какую-то горькую воду, после которой снова заснула». Очнулась, когда им связали руки и вывели на улицу. Они вдвоем с другой девушкой вырвались и разбежались в разные стороны: «было темно, лес, спряталась в овраге и слышала шаги преследователей». Очнулась окончательно только утром. Вышла из леса к реке, узнала от проходившего мимо мужчины с ребенком, где находится. Он же помог ей найти отделение милиции. На имевшихся при ней свадебных фотографиях узнала мать, назвала ее имя после того, как стали перечислять женские имена; больше никого не вспомнила. В отделении жаловалась на головную боль, сухость во рту, жажду, резь и боль в глазах: «предметы крутятся перед глазами», сонливость. С каждым вопросом вспоминала все больше подробностей из своей прошлой жизни. Через неделю пребывания в стационаре память на события своей жизни полностью восстановилась. Рассказала, что помнит, как стояла у вокзала, к ней подошел мужчина и спросил, как проехать на такую-то улицу, она стала ему объяснять, затем - провал в памяти и очнулась только в фургоне... В дальнейшем состояние нормализовалось полностью. Пациентка вела себя упорядоченно, спокойно, хотя у нее было несколько снижено настроение, отмечалась слезливость.

Была осмотрена нейрохирургом, гинекологом - патологии не выявлено, травм не обнаружено, алкоголя в крови не найдено, никаких повреждений на теле не было. На ЭЭГ: биелектрическая активность существенно не отклонена от варианта нормы.

Через 2 недели пребывания в стационаре выписана домой и в дальнейшем в поле зрения психиатров не попадала.

Заключение: диссоциативная амнезия у личности с невысоким интеллектуальным уровнем. Ос-

новную патогенетическую роль в формировании данной амнезии сыграл стрессовый раздражитель, испытанный пациенткой выраженный страх, непонятность обстановки и предстоящих событий. Медленное восстановление памяти, возможно, определяется органической предрасположенностью - имевшей место в прошлом черепно-мозговой травмой.

История болезни больной Б. Комплектовщица завода «Автопровод», 40 лет, с диагнозом диссоциативного расстройства (синдром фиксационной амнезии) переведена в отделение пограничных состояний психиатрического стационара из неврологического отделения областной больницы.

Сведения со слов мужа. Закончила школу бухгалтеров. Год работала по специальности, затем вышла замуж. До настоящего времени много лет работает на заводе. Имеет двух дочерей, отношения в семье хорошие. В течение последнего года периодически, несколько раз, появлялось ощущение мелькания блестящих точек перед глазами, легкое снижение памяти, «составляла список покупок перед походом на рынок». Окружающие якобы отмечали у нее повышенную рассеянность и забывчивость. Несколько раз «почти теряла сознание от слабости», но через несколько секунд все проходило, и она не придавала этому серьезного значения. Периодически отмечалось повышение артериального давления, но и по этому поводу к терапевту не обращалась и лечения не принимала. Муж пациентки утверждал, что, как на работе, так и в семье серьезных конфликтов у нее не было, что она «уживчивая в коллективе», пользуется уважением, по характеру всегда была спокойной и выдержанной.

30.08.06. приехала с мужем в Гродно за покупками. Вновь почувствовала мелькание «мушек» перед глазами, возникло полуобморочное состояние, забыла, для чего она там находится. В связи с подобным состоянием и была доставлена в неврологическое отделение областной больницы. В отделении оставалась крайне растерянной, переживала из-за того, что «все забыла о себе»: мужа узнавала, но не могла вспомнить, что у нее есть дочери, их имена, где она работает, события из своей жизни. Такое состояние ее пугало, непрерывно спрашивала, что с ней такое, пройдет ли это, плакала, была тревожна. При обследовании лабораторно и неврологически (ЭЭГ, томография мозга) патологии не выявлено. Заключение терапевта: ангиопатия сетчатки умеренно выраженная. ЭКГ - изменения в миокарде заднебоковой стенки левого желудочка. Диагноз АГ I, риск ЗН0 (АД 150/90).

В отделении пограничных состояний пациентка многие детали анамнеза вспоминала с трудом, или вообще не могла вспомнить, что ее очень тревожило. В первые дни часто обращалась к врачам с вопросами, пройдет ли у нее такое состояние, при этом становилась тревожной, плакала. Постепенно память восстанавливалась, женщина стала го-

раздо спокойнее, настроение улучшилось, хотя некоторые затруднения в воспоминаниях оставались. По ее настоянию была выписана домой.

Дома еще около двух месяцев «восстанавливала в памяти» простые житейские вещи, о многом спрашивала мать, мужа. В дальнейшем память восстановилась, смогла выйти на работу. И к психиатрам больше не обращалась.

Заключение: учитывая, что память восстановилась, а также принимая во внимание отдельные сведения (со слов родственников), что работа ее все же не полностью устраивала и последний год пыталась найти другую, что довольно сложно в небольшом райцентре, и это также было поводом для переживаний; и поскольку четкой органической симптоматики выявлено не было, остановились на диагнозе диссоциативной амнезии на сосудистом фоне. Легким органическим фоном могли быть некоторые нарушения кровообращения, признаками которых являлись головокружения, мелькание ярких точек перед глазами, полуобморочные состояния ранее и некоторое снижение памяти в течение последнего года. Однако представляются недостаточными такие причины для объяснения столь значительных выпадений памяти на всю предыдущую жизнь, державшуюся на протяжении более 3-х месяцев. Поэтому можно предположить, что амнезия все же носила функциональный характер по механизму психологической желательности симптома, защищавший ее от сложной жизненной ситуации, которую пациентка не могла преодолеть.

История болезни В. Индивидуальный предприниматель, 41 год. Впервые поступила в психиатрический стационар 15.02.05 г., замужем, имеет одного сына. Муж злоупотребляет алкоголем, дома частые скандалы. В анамнезе черепно-мозговая травма в 10-летнем возрасте (автоавария). Занимается торговлей на рынке, сама доставляет товар из Москвы. Известно, что в апреле 2004 года была избита в Москве и 2 месяца лечилась в психиатрической больнице - утратила память на всю предыдущую жизнь. Разыскивалась родственниками через милицию. Память затем восстановилась и с родственниками из Москвы вернулась домой. Продолжала работать на рынке. Затем в декабре в Москве снова попала в ту же больницу, не двигалась, не разговаривала. По выходе из этого состояния вновь ничего о себе не помнила. После выписки продолжала работать, но 9.02.05г сын обнаружил ее дома без движений и речи и доставил в Гродненский психиатрический стационар (отделение пограничных состояний). Была обследована неврологически, осмотрена нейрохирургом и терапевтом – патологии выявлено не было. ЭЭГ – «умеренно выраженные изменения гипоталамических структур с признаками дисфункции и преобладанием процессов торможения. Изменения носят функциональный характер». В отделении лежала неподвижно в постели, в контакт вступала охотно, легко; на все вопросы о ее жизни отвечала: «не

помню, не знаю». Говорила, что знает, как ее зовут, свой адрес, как зовут близких, потому что ей об этом рассказал брат. Сразу запоминает, когда ей близкие сообщают сведения о ней из прошлого. При первой встрече не узнала ни мать, ни брата, но затем стала их узнавать. Ничем объяснить своего состояния не могла, но и особой тревоги по этому поводу не выражала. Двигательные функции в течение 2-х дней восстановились. Память на прошлое не восстановилась, хотя на текущие события была сохранена. С большими, персоналом пациентка держалась высокомерно, была заносчива. Выписана по настоянию родственников в сопровождении мужа. Дома оставалась бестолковой, беспомощной, постоянно звонила матери с вопросами, как, например, приготовить простые блюда. 6.04.05г. вновь стала обездвиженной, не разговаривала, и на носилках по «скорой помощи» была доставлена в ГОКЦ «Психиатрия-наркология» и госпитализирована в отделение пограничных состояний. В отделении неподвижно лежала, плакала без слез, навыки самообслуживания были сохранены, ела мало, затем полностью отказалась от пищи. Была переведена в психотическое женское отделение, где несколько раз кормили с рук, затем начала сама принимать пищу, двигаться и разговаривать. Общалась с больными, была в хорошем настроении, просила ее выписать. Память на события прошлой жизни не восстановилась. Справлялась с работой по дому и торговала на рынке. 10.09.05.вновь была госпитализирована, когда после ссоры с мужем стала растерянной, неадекватной, бегала по дому, по проезжей части дороги с иконой в руках, кричала, что ее хотят отравить ядом. Доставлена в ГОКЦ «Психиатрия-наркология» в состоянии психомоторного возбуждения. В отделении адекватно общалась с персоналом, отвечала на расспросы. Объясняла свое состояние тем, что расстроилась после ссоры с мужем, чувствовала себя плохо, не могла разговаривать, «болели голова и сердце». Искала сочувствия, была эмоционально неустойчива, несколько растеряна, демонстративна, не помнила обстоятельств госпитализации. Но в скором времени нормализовалось настроение, пациентка вела себя адекватно и была выписана. Новая госпитализация в психиатрический стационар (4-я по счету) с 21.10-27.10.05. Дома случился очередной скандал, муж часто избивал пациентку. При поступлении многоречива, экзальтирована, демонстративна. Заявила, что муж ее зверски избивает. Говорила, что «вокруг творится что-то странное... ее демонстративно возили по городу, персонал также ведет себя непонятно». Отказывалась от еды, обвиняла мужа в насилии, была эмоционально неустойчива. Затем достаточно быстро компенсировалась, строила планы урегулирования семейных отношений. Выписана домой в сопровождении матери.

Заключение: у пациентки истерическое личностное расстройство с повторяющимися истерическими сумеречными расстройствами сознания, дви-

гательными расстройствами, демонстративными отказами от еды, эмоциональной неустойчивостью и диссоциативной амнезией.

История болезни Г. В недавнем прошлом – студент аграрной академии, 21 год, в физическом и интеллектуальном развитии от сверстников не отставал. В детском возрасте перенес малую хорею, лечился амбулаторно. Воспитывался в полной семье, в хороших материально-бытовых условиях. В школе учился на «хорошо» и «отлично». По характеру был активным, общительным, имел устойчивый круг положительных друзей. Закончил 11 классов, поступил в Гродненский аграрный университет; на 4 курсе, весной 2006 года, был исключен за академическую неуспеваемость с правом восстановления. Особых переживаний по поводу исключения из ВУЗа не испытывал. Устроился работать бригадиром на стройку, планировал перевестись на заочную форму обучения. Проживает с отцом, матерью и братом. Со слов матери, на протяжении жизни всегда вел себя сдержанно, спокойно, ни в какие значительные конфликты ни с семьей, ни с друзьями не вступал. Увлекался музыкой, разными видами спорта, «всем понемногу, для себя», свободное время проводил в компании сверстников. Алкоголем не злоупотреблял. 24.08.06 ушел из дома на работу к 8.00 утра. Домой вечером не вернулся, не предупредив об этом родителей. На следующий день родственники обратились в милицию с заявлением о его исчезновении. Через два дня, 26.08.06, был найден нарядом милиции ранним утром, на окраине леса, связанным. На вопросы отвечать затруднялся, т.к. говорил, что абсолютно ничего не помнит о событиях ближайших дней, а также всей предыдущей жизни. Следов побоев на теле или насилия, а также пропажи личных вещей, бывших при нем, обнаружено не было, доставлен в УЗ ГОКЦ «П-Н». В крови ни алкоголя, ни психоактивных веществ не обнаружено. В отделении при поступлении и в течение первой недели оставался угрюмым, подавленным, держался обособленно, не стремился к контакту ни с больными, ни с персоналом. Утверждал, что события всей предыдущей жизни из памяти «выпали», никаких сведений о себе сообщить не может. Помнит только то, что было с того момента, когда «пришел в себя» на окраине города. Поведение в отделении носило упорядоченный характер. Отличался аккуратностью, опрятностью, тактичностью при общении с окружающими. Фон настроения был снижен. В беседе с персоналом и родственниками постоянно подчеркивал, что встревожен и подавлен потерей памяти, не знает, как будет жить дальше. Не может испытывать родственных чувств к самым близким людям, воспринимает их как незнакомых людей. Часами беседовал с родителями и друзьями: «знакомился со своим прошлым», рассматривал фотографии из семейных альбомов, читал художественную литературу. Был обследован неврологически – патологии не выявлено. Проведено МРТ – «данных за объемный процесс, демиелинизирующее заболевание, нет». На второй

неделе пребывания в стационаре пациент стал отмечать, что чувствует себя уверенней и спокойней, т.к. «родственники ему подробно все о нем рассказали и он знает о себе все, что нужно». Стал тяготиться обстановкой стационара, интересоваться сроком выписки. Утверждал, что по-прежнему не помнит событий прошлого, но владеет достаточной информацией о себе и окружающем, чтобы вести привычный образ жизни. Был выписан в сопровождении родителей. Через неделю после выписки пришел к лечащему врачу, интересовался, сможет ли получить водительские права. Рассказал, что устраивается на прежнее место работы, планирует продолжить учебу, память полностью не восстановилась. В дальнейшем за психиатрической помощью не обращался. Вернулся к прежней деятельности.

Заключение: данное наблюдение рассматривается нами, как случай диссоциативной амнезии, в основе которого лежит конфликт между уровнем притязаний и реальными достижениями, амнезия на события и проблемы, являющиеся психотравмирующими или стрессорными. Именно для такой амнезии характерны чрезмерные обширность и постоянство, которые невозможно объяснить намеренной симуляцией. Отсутствие органической симптоматики, подтвержденное параклиническими методами обследования, также свидетельствует в пользу данного диагноза.

Обсуждение и выводы

Таким образом, в результате проведенного анализа указанных случаев можно сделать предварительное заключение, что развитие амнестического расстройства большой длительности (на весь предыдущий период жизни) наиболее закономерно является диссоциативным расстройством, возникающим по механизму вытеснения неприятных, болезненных психических переживаний, или по механизму защиты (вытеснения) от психологически непереносимых событий. По типу механизма «ничего не вижу, ничего не знаю, ничего никому не скажу». Для натур слабых, малоприспособленных к стрессовым ситуациям, с истерическими особенностями личности легче «все забыть», чем бороться с трудностями и возникающими проблемами. В более редких случаях причиной амнезии могут быть органические поражения мозга, но степень поражения для таких длительных амнезий должна быть достаточно массивной, что чаще не совместимо с жизнью.

Литература

1. Евсегнеев Р.А. Психиатрия для врача общей практики. - Мн: Беларусь, 2001. - 426 с.
2. Картер Р. Помогая людям, страдающим психическим заболеванием. / пер. с англ. - Киев: Сфера, 2000. - 399 с.
3. Лебединский М.С., Мясников В.Н. Введение в медицинскую психологию. - Л: Медицина, 1966. - 417 с.
4. Лурия А. Р. Нейропсихология памяти. - М: Педагогика, 1976. - 188 с.
5. Меграбян А. А. Общая психопатология. - М.: Медицина, 1972. - 288 с.
6. Никольская И. М., Грановская Р. М. Психологическая защита у детей. - СПб.: Речь, 2001.
7. Рубинштейн С. Я. Экспериментальные методики патопсихологии. - СПб.: Ленато, 1998. - 168 с.

Поступила 25.01.07