

РАССТРОЙСТВА ПАМЯТИ

1. Общие вопросы процесса памяти

Памятью называется сохранение информации о раздражителе после того, как его действие уже прекратилось.

Это общее определение памяти подходит к самым различным ее проявлениям. В настоящее время различают память как биологическую функцию и память как функцию психическую (или нервно-психическую).

Все биологические системы характеризуются наличием механизмов памяти, т. е. обладают определенными нервными аппаратами, которые обеспечивают *фиксацию, сохранение, считывание и воспроизведение следа*. Эти четыре самостоятельные фазы, выделяемые в процессах памяти как в биологических, так и в более сложных — психических — системах, являются всеобщими.

Память как *биологическая функция* — это прежде всего память *филогенетическая, или наследственная*, которая определяет строение каждого организма в соответствии с историей его вида. Биологическая память существует не только в филогенетической, но и в онтогенетической форме. К последней относятся, например, явление *иммунитета*, приобретаемого в процессе онтогенеза, и многие другие явления, протекающие на элементарных — физиологическом и даже клеточном — уровнях. Память как *психическая функция* тоже относится к онтогенетической памяти.

Основными характеристиками памяти как биологической и психической функции являются:

- ◆ длительность формирования следов;
- ◆ их прочность и продолжительность удержания;
- ◆ объем запечатленного материала;
- ◆ точность его считывания;
- ◆ особенности его воспроизведения.

По мнению Е.Н.Соколова, разные биологические системы четко различаются по этим параметрам. Многие биологические системы памяти

характеризуются слабым развитием и даже отсутствием механизмов считывания и воспроизведения. У человека, обладающего сложными формами мнестической деятельности, эти две фазы (считывания и воспроизведения) развиты в максимальной форме. Однако именно механизмы считывания и воспроизведения следов являются наиболее ранимыми при разных патологических состояниях (в том числе и при локальных поражениях мозга).

По *длительности* процессы памяти подразделяются на три категории.

1. *Мгновенная память* — кратковременное запечатление следов, длящееся несколько секунд.

2. *Кратковременная память* — процессы запечатления, которые длятся несколько минут.

3. *Долговременная память* — длительное (возможно, в течение всей жизни) сохранение следов.

Предполагается, что в основе этих видов памяти лежат разные механизмы (физиологические, структурные и др.).

Память как *психическая функция* помимо перечисленных параметров характеризуется еще рядом других.

Во-первых, процессы памяти можно характеризовать с точки зрения их *модальности*. Мнестические процессы могут протекать в разных анализаторных системах; соответственно, выделяют разные модально-специфические формы памяти: зрительную; слуховую; тактильную; двигательную (или моторную); обонятельную и др.

Существует также *аффективная*, или *эмоциональная, память*, или память на эмоционально окрашенные события. Разные формы памяти характеризуют работу различных систем и имеют отношение к разным модальностям или качеству раздражителя.

Во-вторых, это *уровень управления или регуляции* мнестическими процессами. Как и все другие высшие психические функции, память характеризуется произвольным и непроизвольным уровнями реализации (запоминания и воспроизведения материала), т. е. существует *произвольная и непроизвольная память*. Именно в произвольной форме память выступает как

особая мнестическая деятельность.

В-третьих — это характеристика памяти с точки зрения ее *семантической организации*. Согласно этому параметру, память подразделяется на *неосмысленную* (механическую) и *семантически организованную* (семантическую). Эти три основных параметра характеризуют процессы памяти у человека.

В нейропсихологии лучше всего исследована память как *произвольная мнестическая деятельность*, которая, как и всякая другая произвольная психическая деятельность, имеет определенную структуру. Она включает в себя:

- а) стадию мотива (или намерения);
- б) стадию программирования мнестической деятельности;
- в) стадию использования различных способов запоминания материала, различных мнестических операций (приема укрупнения материала, его семантической организации и др.);
- г) стадию контроля за результатами деятельности и коррекции, если эти результаты неудовлетворительны с точки зрения поставленной задачи.

Можно выделить и некоторые *специфические закономерности*, которые характеризуют произвольную мнестическую деятельность как таковую.

1. Известно, что *различные по модальности раздражители запечатлеваются испытуемыми по-разному*. В этом, по-видимому, немаловажную роль играют врожденные способности человека. Одни склонны к лучшему запечатлению зрительной информации, другие — кожно-кинестетической или звуковой (вербальной или невербальной). Этот феномен имеет отношение к так называемым частным способностям, которые проявляются также и в особенностях памяти.

2. *Мнестическая деятельность четко зависит и от характера смысловой организации материала* (как невербального, наглядно-образного, так и вербального).

3. *Различные этапы (или стадии) мнестической деятельности в разной степени подчиняются произвольной регуляции*. Наиболее регулируемы

являются стадия запечатления (с помощью специальных приемов) и стадия воспроизведения материала. В меньшей степени произвольному контролю подчиняется стадия хранения материала. Эти особенности организации произвольной мнестической деятельности находят свое проявление в особенностях их нарушений при локальных поражениях мозга.

Непроизвольное запоминание материала характеризуется своими закономерностями. Существует ряд факторов, от которых зависит лучшее или худшее непроизвольное запоминание материала.

1. Из классических работ по психологии известно, что *лучше запоминается то, что является целью деятельности или вызывает какие-то затруднения во время ее осуществления* (П. И. Зинченко, 1961 и др.).

2. Известно также, что *непроизвольная (или непосредственная) память неодинакова в разные периоды жизни человека*: она лучше в детском возрасте и постепенно ухудшается по мере старения. Однако механизмы непроизвольного запечатления информации действуют, конечно, в течение всей жизни человека. И человеческий мозг, так же как и мозг высокоразвитых животных, в той или иной степени запечатлевает, по-видимому, всю информацию, которую он воспринимает. В то же время огромное количество следов в обычных условиях не воспроизводится, и они актуализируются лишь в специальных ситуациях (например, в условиях гипноза или при каких-то особых — в том числе патологических — состояниях).

3. *Хранение следов, запечатленных непроизвольно (а также с помощью произвольных усилий), не пассивный процесс*. В это время происходит их определенное преобразование, которое совершается по особым законам (по закону семантизации или кодирования информации и др.).

4. *Воспроизведение следов при непроизвольном запоминании как конечная фаза мнестических процессов происходит либо в виде пассивного узнавания объектов, либо в виде активного припоминания*.

Эти закономерности мнестической деятельности хорошо изучены в общей психологии.

2. Нарушения памяти, выделяемые в нейропсихологии.

Закономерности нарушений произвольного запоминания, наблюдающиеся в клинике локальных поражений головного мозга, начали особенно подробно изучаться в связи с интересом к проблеме межполушарной асимметрии мозга и межполушарного взаимодействия.

Нарушения памяти бывают чрезвычайно разнообразными. В качестве особых форм аномальной памяти в клинической литературе описаны не только ослабление или полное выпадение памяти, но и ее усиление.

Следует отметить, что нарушения памяти (как и нарушения внимания) при локальных поражениях мозга длительное время расценивались как общемозговые симптомы, не имеющие локального значения. Считалось, что у всех больных, независимо от локализации очага поражения, наблюдаются симптомы ослабления или нарушений памяти. Действительно, нарушения памяти очень широко представлены в клинике локальных поражений мозга и наблюдаются в той или иной степени почти у каждого больного.

Нейропсихологические исследования нарушений памяти, проведенные А.Р.Лурия и его сотрудниками, показали, что мозговая организация мнестических процессов подчиняется тем же законам, что и другие формы познавательной психической деятельности, и разные формы и звенья этой деятельности имеют различные мозговые механизмы (А. Р. Лурия, 1962, 1974д, 1976; Я. К. Киященко и др., 1975; Ю. В. Микадзе, 1979; Я. К. Корсакова, Ю. В. Микадзе, 1982; С. Б. Буклина, 1998 и др.).

Были выделены *два основных типа нарушений памяти, а также особый тип нарушений*, который можно обозначить как *нарушение мнестической деятельности* (или *псевдоамнезия*).

К первому типу относятся модально-неспецифические нарушения памяти. Это целая группа патологических явлений, неоднородных по своему характеру, для которых общим является плохое запечатление информации любой модальности. Модально-неспецифические нарушения памяти возникают при поражении разных уровней срединных неспецифических структур мозга.

В зависимости от уровня поражения неспецифических структур

модально-неспецифические нарушения памяти носят разный характер. При поражении *уровня продолговатого мозга* (ствола) нарушения памяти протекают в синдроме нарушений сознания, внимания, цикла «сон—бодрствование». Эти нарушения памяти характерны для травматических поражений мозга и описаны в клинической литературе как ***ретроградная и антероградная амнезия***, сопровождающая травму. В нейропсихологии эта форма нарушений памяти изучена сравнительно мало. Лучше всего изучены мнестические расстройства, связанные с поражением *диэнцефального уровня* (*уровня гипофиза*). Гипофизарные заболевания, весьма частые в нейрохирургической клинике, долгое время считались с точки зрения нейропсихологии бессимптомными. Однако при тщательном изучении у этой категории больных были обнаружены отчетливые нарушения памяти, имеющие ряд особенностей. Прежде всего, у таких больных существенно больше страдает *кратковременная*, а не долговременная память. Кратковременная память, или память на текущие события, у них очень ранима. В то же время даже при грубых нарушениях памяти мнестический дефект связан не столько с самим процессом запечатления следов, сколько с плохим их сохранением в связи с усиленным действием *механизмов интерференции* (т. е. воздействия на следы побочных раздражителей), что и является причиной повышенной тормозимости следов кратковременной памяти.

При запоминании словесного, зрительного, двигательного или слухового материала введение интерферирующей деятельности на стадии кратковременной памяти приводит к резкому ухудшению последующего воспроизведения материала. Посторонняя деятельность, предложенная таким больным сразу же после предъявления материала, как бы «стирает» предшествующие следы. Изучению механизмов интерференции следов у больных с поражением срединных диэнцефальных неспецифических структур мозга был посвящен цикл исследований А.Р.Лурия и его сотрудников, в которых подробно проанализированы особенности нарушений памяти у данной категории больных.

Другой особенностью этого типа нарушений памяти является

повышенная *реминисценция* следов, т. е. лучшее воспроизведение материала при отсроченном (на несколько часов или даже дней) воспроизведении материала по сравнению с непосредственным воспроизведением.

К модально-неспецифическим нарушениям памяти приводит и поражение *лимбической системы* (лимбической коры, гиппокампа, миндалина и др.). К ним относятся описанные в литературе случаи нарушений памяти, которые обозначаются как ***корсаковский синдром***.

Следующая форма модально-неспецифических нарушений мнестической деятельности связана с поражением *медиальных и базальных отделов лобных долей мозга*, которые нередко поражаются при аневризмах передней соединительной артерии. В этих случаях возникают относительно узко локальные зоны поражения, что и позволяет изучать их симптоматику. Именно такая группа больных изучалась А.Р.Лурия, А.Н.Коноваловым и А.Я.Подгорной (1970) для оценки роли медиальных отделов мозга в мнестических процессах.

Базальные отделы лобных долей мозга сравнительно часто поражаются опухолями разной этиологии, что также дает возможность исследовать нейропсихологические проявления этих поражений. У таких больных возникают нарушения памяти в целом также по модально-неспецифическому типу в виде преимущественного нарушения кратковременной памяти и повышенной интерференции следов. Однако, кроме того, нередко к этим нарушениям добавляются и ***расстройства семантической памяти***, или памяти на логически связанные понятия. Они смыкаются с нарушениями сознания по типу конфабуляции, которые также нередко наблюдаются у таких больных, особенно в острой стадии заболевания.

Расстройства семантической памяти проявляются прежде всего в нарушении избирательности воспроизведения следов, например в трудностях логического последовательного изложения сюжета только что прочитанного больному рассказа, басни (или какого-либо другого логически связного текста), в легком соскальзывании на побочные ассоциации. В заданиях на повторение серии слов такие больные обнаруживают «феномен привнесения новых слов», т. е. тех, которых не было в списке, слов-ассоциаций (смысловых или звуковых).

Неустойчивость семантических связей у подобных больных проявляется не только в заданиях на запоминание логически связного материала (словесного, наглядно-образного), но и при решении разного рода интеллектуальных задач (на аналогии, определение понятий и др.). У этой категории больных страдают и процессы опосредования запоминаемого материала (например, с помощью его семантической организации), что также является особенностью нарушений памяти при медиобазальных поражениях лобных долей мозга.

Ко второму типу мнестических дефектов, встречающихся в клинике локальных поражений головного мозга, относятся модально-специфические нарушения памяти. Эти нарушения связаны с определенной модальностью стимулов и распространяются только на раздражители, адресующиеся какому-то одному анализатору.

К модально-специфическим нарушениям относятся нарушения зрительной, слухоречевой, музыкальной, тактильной, двигательной памяти и др. В отличие от модально-неспецифических расстройств памяти, которые наблюдаются при поражении I функционального блока мозга, модально-специфические нарушения памяти возникают при поражении разных анализаторных систем, т. е. II и III функциональных блоков мозга.

При поражении разных анализаторных систем соответствующие модальные нарушения памяти могут проявиться вместе с гностическими дефектами. Однако нередко нарушения в работе анализаторной системы распространяются только на мнестические процессы, в то время как гностические функции остаются сохранными.

Наиболее изученной формой модально-специфических нарушений памяти являются нарушения *слухоречевой памяти*, которые лежат в основе *акустико-мнестической афазии*. В этих случаях у больных нет общих нарушений памяти, как у описанной выше группы больных (как и нарушений сознания). Дефект слухоречевой памяти выступает в изолированной форме. В то же время у таких больных отсутствуют и четкие расстройства фонематического слуха, что указывает на возможность поражения только одного мнестического уровня слухоречевой системы.

При *оптико-мнестической форме афазии* определенным образом нарушается *зрительно-речевая* память и больные не могут назвать показываемые им предметы, хотя их функциональное назначение им понятно и они пытаются его описать (жестами, междометиями и т. п.). У этих больных нарушены зрительные представления объектов, вследствие чего нарушен и рисунок, однако они не обнаруживают никаких собственно гностических зрительных расстройств, полностью ориентируясь в окружающем зрительном мире (и его изображениях). В этих случаях также страдает лишь мнестический уровень работы зрительной (или зрительно-речевой) системы.

Нарушения слухоречевой и зрительно-речевой памяти характерны лишь для поражений левого полушария мозга (у правшей). Для поражения правого полушария мозга присущи другие формы модально-специфических расстройств памяти. В этих случаях нарушения слуховой памяти распространяются преимущественно на неречевой (музыкальный) слух — возникают явления *амузии*, в которых объединяются и гностические, и мнестические дефекты. Нарушения зрительной памяти наблюдаются по отношению к конкретным невербализуемым объектам (например, лицам) — возникают явления *агнозии на лица*, в которых также объединены и гностические, и мнестические дефекты. Как специальные формы модально-специфических нарушений памяти, связанные преимущественно с поражением теменно-затылочных отделов правого полушария, возможны *нарушения пространственной и цветовой памяти*, протекающие на фоне сохранного пространственного и цветового гнозиса.

Помимо двух основных типов амнезий, описанных выше, в нейропсихологии выделяется *еще один тип мнестических нарушений*, когда *память страдает главным образом как мнестическая деятельность*. Такого типа нарушения памяти, которые можно назвать *псевдоамнезией*, характерны для больных с массивными поражениями лобных долей мозга (левой лобной доли или обеих лобных долей). Сама задача запомнить материал не может быть поставлена перед «лобными» больными, так как у них грубо нарушается процесс формирования намерений, планов и программ поведения, т. е. страдает

структура любой сознательной психической деятельности, в том числе и мнестической.

То, что больной «не принимает» задание, отнюдь не означает, что у него грубо нарушена память. опыты показали, что на произвольном уровне память у этих больных может быть достаточно сохранной. Так, если больному показать несколько картинок, он легко узнает их среди многих других при произвольном пассивном узнавании. Однако если ему дается инструкция произвольно запомнить какой-либо материал (например, 10 слов), то активная мнестическая деятельность оказывается нарушенной. Больной в лучшем случае воспроизводит 3-4 слова из 10, несмотря на многократное повторение материала. Возникает «плато» в кривой воспроизведения материала, очень характерное для данной категории больных. Оно свидетельствует об отсутствии у них какой-либо стратегии, обдуманного плана запоминания материала.

В то же время при чтении списка слов, в котором имеются и эти 10 слов, больной легко узнает почти все слова, так как в этом случае от него не требуется активного произвольного воспроизведения. Таким образом, в целом у больных с поражением лобных долей мозга произвольная память (произвольное запечатление и произвольное узнавание) лучше, чем произвольная; последняя, как и всякая другая произвольная психическая деятельность, у данной категории больных нарушена первично. Нарушения памяти как мнестической деятельности имеют генеральный характер, распространяясь на любой материал: вербальный, невербальный, осмысленный, неосмысленный.

Как уже говорилось выше, эти нарушения можно обозначить как псевдоамнезию, поскольку у «лобных» больных нет первичных нарушений следовых процессов, а страдает общая организация любой произвольной психической деятельности в целом. Нужно сказать, что у «лобных» больных (особенно при двухстороннем поражении лобных долей) наблюдается не только псевдоамнезия, но и другие псевдодефекты (зрительная, слуховая, тактильная псевдоагнозия и др.), связанные с распадом любой произвольной познавательной деятельности (А. Р. Лурия, 1962, 1963, 1973; «А. Р. Лурия и

современная психология», 1982; «Функции лобных долей...», 1982 и др.).

3. Нарушения памяти, выделенные в патопсихологии

В исследовании патологии памяти наиболее важными представляются следующие вопросы:

- a. проблема строения мнестической деятельности опосредованного и не опосредованного, произвольного и непроизвольного запоминания;
- b. вопрос о динамике мнестического процесса;
- c. вопрос о мотивационном компоненте памяти.

Следует отметить, что не всегда удается вычлнить в каком-нибудь определенном, частном амнестическом синдроме отдельно эти характеристики, большей частью они переплетаются; однако экспериментально удается нередко выделить ведущую роль того или иного компонента.

1. НАРУШЕНИЕ НЕПОСРЕДСТВЕННОЙ ПАМЯТИ

Корсаковский синдром. Одним из наиболее исследованных расстройств непосредственной памяти является нарушение памяти на текущие события, при котором относительно интактным остается память на события прошлого, так называемый корсаковский синдром, который был описан известным отечественным психиатром С.С.Корсаковым при тяжелых алкогольных интоксикациях. Этот вид нарушения памяти часто сочетается с конфабуляциями в отношении текущих событий и дезориентировкой в месте и времени. Два последних признака могли быть слабо выражены, но первый всегда чрезвычайно выражен и составляет основной радикал этого страдания (забывание текущих событий).

Впоследствии оказалось, что корсаковский синдром может обнаружиться при других диффузных поражениях мозга неалкогольного генеза (К. Гампф. И. Делей). и также при поражении определенных ограниченных мозговых систем (В.М. Бехтерев, Ю. Грюнталь, Б. Милнер). Больные, у которых имеют место подобные амнестические явления, не помнят событий недавнего прошлого, но воспроизводят те события, которые были много лет назад. Так, подобный больной может правильно назвать события из своего детства, школьной жизни,

помнит даты общественной жизни, но не может вспомнить, обедал ли он сегодня, посетили ли его вчера родственники, беседовал ли с ним сегодня врач и т.п. Если подобного больного спросить, навещали ли его сегодня родственники, нередко можно получить ответ: "Я не помню, но у меня в кармане папиросы — значит, жена приходила". Такие больные здороваются по несколько раз, задают один и тот же вопрос, обращаются по много раз с одной и той же просьбой, производят впечатление назойливых людей.

При анализе структуры корсаковского синдрома вставал вопрос о том, является ли забывание недавнего прошлого следствием дефекта воспроизведения или удержания материала.

Ряд экспериментальных данных свидетельствует о том, что речь идет о плохом воспроизведении. Еще в 1911 г. Э. Клапаред описал интересные факты, выступившие у подобных больных. Э. Клапаред несколько дней подряд здоровался с больным, при этом незаметно для больного колол его при рукопожатии спрятанной иглой. Больной перестал подавать Э. Клапареду руку, но при этом не узнавал его, не помнил ни самого факта укола, ни того, что с ним здоровались.

Экспериментально-психологическое исследование непосредственной памяти обнаруживает низкое плато без наращивания. Одним из примечательных особенностей при корсаковском синдроме являются конфабуляции, т.е. заполнение провалов памяти несуществующими событиями. Так, один из больных заявил, что он сегодня "ходил в лесок по грибы", другой заявил, что "он вчера был дома, на заводе, ему там устроили пышную встречу".

Часто нарушения памяти на события недавнего прошлого не достигают столь выраженной степени. Корсаковский синдром может проявиться в неточности воспроизведения слышанного, виденного, в неточности ориентировки. При этом возникает иногда ложное воспроизведение, без грубых кофабуляций: нередко больные сами замечают дефекты своей памяти, пытаются восполнить ее пробелы, придумав не существовавший вариант событий. Таким образом, нарушение памяти на недавние события сочетается у больных с недостаточной ориентировкой в окружающем; реальные события могут то

отчетливо выступать в сознании больного, то переплетаются причудливо с не имевшими место событиями; невозможность воспроизведения информации настоящего момента приводит к невозможности организации будущего, по существу у больных нарушается возможность увязывания отдельных отрезков жизни.

Не случайно ряд ученых (А.Р.Лурия, В.А.Гиляровский) увязывают наличие корсаковского синдрома с нарушениями сознания. А.С.Шмарьян (1948) тоже указывал на то, что расстройства гнозиса пространства и времени являются одним из механизмов развития корсаковоподобного амнестического синдрома, наблюдаемых при тяжелых травмах мозга.

Прогрессирующая амнезия. Расстройства памяти распространяются часто не только на текущие события, но и на прошедшие: больные не помнят прошлого, путают его с настоящим, они смещают хронологию событий; выявляется дезориентировка во времени и пространстве. Временами такие нарушения памяти носят гротескный характер: так, одной больной казалось, что она живет в начале нашего века, что только что кончилась первая мировая война, только что началась Великая Октябрьская социалистическая революция.

В.А.Гиляровский описывал в 30-х гг. больную, которой казалось, что она живет у помещика, она боялась "барыни-помещицы" потому, что "не успела выстирать белье".

В этой амнестической дезориентировке звучат часто прошлые профессиональные навыки. Так, один из наших больных (в прошлом официант в ресторане) считал, что он во время обеда обслуживает посетителей, требовал, чтобы они (больные) ему заплатили за еду, иначе он позовет "хозяина". Подобные нарушения памяти отмечаются часто при психических заболеваниях позднего возраста, в основе которого лежит прогрессирующая, качественно своеобразная деструкция коры головного мозга. Клинически болезнь характеризуется неуклонно прогрессирующими расстройствами памяти: сначала снижается способность к запоминанию текущих событий, стираются в памяти события последних лет и отчасти давно прошедшего времени. Наряду с этим сохранившееся в памяти отдаленное прошлое приобретает особую

актуальность в сознании больного. Он живет не в настоящей реальной ситуации, которую не воспринимает, а в обрывках ситуаций, действий, положений, имевших место в далеком прошлом. Такая глубокая дезориентировка с отнесением в отдаленное прошлое представлений не только об окружающей обстановке и близких людях, но и о собственной личности при старческом слабоумии развивается постепенно.

Такие расстройства памяти, характеризующиеся "жизнью в прошлом", ложным узнаванием окружающих, с адекватным этой ложной ориентировке поведением возникают в основном при старческом слабоумии. В основе его лежит диффузный, равномерно протекающий атрофический процесс коры головного мозга.

2. НАРУШЕНИЕ ДИНАМИКИ МНЕСТИЧЕСКОЙ ДЕЯТЕЛЬНОСТИ

Описанные выше нарушения памяти носят в основном стабильный характер. Хотя степень их выраженности может меняться, но все же основной радикал этих нарушений (нарушение временной характеристики, амнестическая дезориентировка) остается стойким.

В других случаях память психически больных может оказаться нарушенной со стороны ее динамики. Больные в течение какого-то отрезка времени хорошо запоминают и воспроизводят материал, однако, спустя короткое время, не могут этого сделать. На первый план выступают колебания их мнестической деятельности. Если такому больному предложить запомнить 10 слов (при десяти предъявлениях) и изобразить количество воспроизведенных слов в виде кривой, то последняя будет носить ломаный характер. Больной может после второго или третьего предъявления запомнить 6-7 слов, после пятого — лишь 3 слова, а после шестого — опять 6-8.

Оценка памяти подобных больных в терминах "память больного снижена", "память больного не нарушена" не является адекватной. Точно такой же лабильный характер носит воспроизведение какого-нибудь текста. Больные то подробно, с детализацией воспроизводят содержание басни, рассказа, то вдруг не в состоянии передать совсем легкий сюжет. Нередко также нарушения памяти сочетаются с амнестическими западаниями в речи: больные вдруг

забывают названия каких-либо предметов, явлений, через короткое время спонтанно их вспоминают. Иными словами мнестическая деятельность больных носит прерывистый характер. Нарушается ее динамическая сторона. Подобные нарушения памяти встречаются у больных сосудистыми заболеваниями головного мозга, у больных, перенесших травмы головного мозга (в отдаленном периоде болезни), при некоторых интоксикациях.

Заслуживает внимания тот факт, что подобные нарушения динамики мнестической деятельности редко выступают у больных в виде изолированного моносимптома. Экспериментально-психологическое исследование выявляет лабильность всех форм их деятельности, их познавательной и эффективно-эмоциональной сфер.

Таким образом, нарушение динамики мнестической деятельности проявляется в сочетании с прерывистостью всех психических процессов больных и по существу является не нарушением памяти в узком смысле слова, а индикатором неустойчивости умственной работоспособности больных в целом, ее истощаемости.

Следует отметить, что одним из показателей нарушений динамики мнестической деятельности является возможность ее улучшения при применении средств опосредования. В повседневной своей жизни больные сами прибегают к такому способу, отмечая: "Я уже стал делать себе отметочки на память", "Я себе примечаю что-нибудь, чтобы мне напомнило". Особенно четко это выступает в психологическом эксперименте.

Нарушение динамики мнестической деятельности может выступить и как следствие аффективно-эмоциональной неустойчивости. Аффективная дезорганизация больного, часто сопутствующая многим органическим заболеваниям (посттравматического, инфекционного и другого генеза), может проявиться в забывчивости, неточности усвоения, переработки и воспроизведения материала. Точно так же может действовать и аффективная захваченность больного, приводящая к забыванию намерений, недифференцированному восприятию и удержанию материала. Во всех случаях может оказаться измененным именно динамический компонент памяти.

3. НАРУШЕНИЕ ОПОСРЕДОВАННОЙ ПАМЯТИ

Работами советских психологов показано, что память является сложной организованной деятельностью, зависящей от многих факторов, уровня познавательных процессов, мотивации, динамических компонентов (Л.С.Выготский, А.Н.Леонтьев, П.И.Зинченко и др.). Поэтому следовало ожидать, что психическая болезнь, изменяя эти компоненты, по-разному разрушает и мнестические процессы. В то время как введение операции опосредования улучшает запоминание здоровых людей, то у ряда больных фактор опосредования становится помехой. Этот факт был еще в 1934 г. впервые описан Г.В.Биренбаум. Исследуя больных разных нозологических групп с помощью метода пиктограммы, она показала, что больные утрачивают возможность опосредовать процесс запоминания:

Как известно, этот метод, предложенный А.Р.Лурия, состоит в следующем. Испытуемый должен запомнить 14 слов. Для лучшего запоминания он должен придумать и зарисовать на бумаге что-либо такое, что могло бы в дальнейшем воспроизвести предложенные слова. Никаких записей или пометок буквами делать не разрешается. Испытуемые предупреждены, что качество их рисунка не имеет значения. Точно так же не учитывается время выполнения этого задания. Оно требует умения увязать понятие, обозначаемое словом, с любым более конкретным понятием, а это возможно только тогда, когда испытуемый может отвлечься от многообразия конкретных значений, которые содержит понятие, обозначаемое заданным словом, когда он может отторгнуть все частные значения, связанные с ним. Иными словами, выполнение этого задания возможно при определенном уровне обобщения и отвлечения и позволяет судить о степени обобщенности и содержательности образуемых испытуемых связей.

Как правило, здоровые испытуемые даже с неполным средним образованием легко выполняют задание. Даже в тех случаях, когда оно вызывает известную трудность, достаточно привести пример того, как его можно выполнить, чтобы испытуемые правильно решили предложенную задачу.

Г.В.Биренбаум, исследовавшая при помощи этого метода нарушение

понятий у душевнобольных, указывала, на основную трудность интеллектуальной операции при выполнении задания по методике пиктограмм: круг значений слова шире, чем то одно, которым можно обозначить рисунок. Вместе с тем и значение рисунка шире, чем смысл слова, значение рисунка и слова должны совпадать лишь в какой-то своей части. Именно в этом умении уловить общее в рисунке и слове заключается основной механизм активного образования условного значения; И хотя эта операция опосредования производится довольно легко даже здоровыми подростками, при патологических изменениях мышления создание таких условных связей бывает затруднено.

Само задание создать условную связь при запоминании слова вызывает известные трудности уже по тому, что в создании рисунка заключен момент условности, требующий известной свободы мыслительных операций. С другой стороны, условность рисунка может стать столь беспредметной и широкой, что она перестает отражать реальное содержание слова (Г.В.Биренбаум, Б.В.Зейгарник); условность рисунка способствует актуализации латентных свойств предметов (Ю.Ф.Поляков, Т.К.Мелешко, С.В.Лонгинова).

4. НАРУШЕНИЕ МОТИВАЦИОННОГО КОМПОНЕНТА ПАМЯТИ

Современная психология не является больше наукой об отдельных психических функциях. Психические процессы следует рассматривать как разные формы психической деятельности, которые формируются в онтогенезе. В зависимости от той задачи, на решение которой направлена деятельность человека, она принимает форму того или иного процесса (восприятия, памяти). Поэтому в отношении всех человеческих процессов должна быть применена та же характеристика, что к деятельности в целом, иными словами, при анализе этих процессов следует учесть их личностно-мотивационный компонент. Еще в 1927 г. мы показали это в экспериментальном исследовании памяти (так называемый "феномен воспроизведения незавершенных действий").

Данные экспериментов показали, что испытуемые запоминали лучше незавершенные действия. Преимущество незавершенных действий перед завершенными проявлялось не только в количественном отношении, но и в том,

что незавершенные задания назывались первыми.

Выявленная закономерность лучшего воспроизведения незавершенных действий может быть объяснена следующим. У любого здорового испытуемого ситуация опыта вызывает какое-то личностное отношение к ней. У одних испытуемых ситуация эксперимента вызывает желание проверить себя, свои возможности — экспериментальная ситуация приобретает в таких случаях характер некой "экспертизы", контроля. У других испытуемых ситуация эксперимента вызывала некий задор ("хотелось и себе и Вам показать, что я хорошо справляюсь с задачами"). Наконец, третьи испытуемые выполняли экспериментальные задачи из чувства "долга", "вежливости". Как бы то ни было у любого испытуемого возникал какой-то мотив, ради которого он выполнял задание. Выполнение задания выступало в качестве мотивированного намерения. При незавершенности действия намерение остается неосуществленным, создается некая аффективная активность (в терминологии К. Левина, "динамическая система"), которая проявляет себя в другом виде деятельности — в данном случае в воспроизведении. Ф.В.Бассин сближает это явление с понятием "установка" школы Д.Н. Узнадзе и подчеркивает, что эта "активность, регулируемая определенной установкой и встречавшая какие-то препятствия на пути своего развертывания, оставляет след в состоянии реализующих ее нервных образований, который как таковой не осознается".

Другая группа фактов, доказывавших роль мотивационного компонента в структуре памяти, заключалась в следующем: если этот эксперимент проводился с испытуемыми в состоянии усталости или в ситуации насыщения, то тенденция к превалированию при воспроизведении незавершенных действий тоже не обнаруживалась, так как в этой ситуации не формировалась тенденция к завершению.

Правильность положения о том, что деятельность памяти является мотивированной, можно было проследить и на материале патологии. Мы проводили эксперимент по воспроизведению завершенных и незавершенных действий у больных с различными формами патологии мотивационной сферы. В зависимости от формы этих нарушений менялась и закономерность

воспроизведения. Так, например, у больных шизофренией, в психическом состоянии которых отмечалась эмоциональная вялость, искажение мотивов, мы не получали эффекта лучшего воспроизведения незавершенных действий. У больных с ригидностью эмоциональных установок, с их гипертрофией (например, при некоторых формах эпилептической болезни) превалирование воспроизведения незавершенных действий было выражено.

Таким образом, нарушение подконтрольности, избирательности психических процессов, замена целенаправленности акта стереотипами или случайными фрагментарными действиями являлись факторами, препятствующими процессу опосредования, делающими его принципиально невозможным.

Данные исследования Л.В.Петренко также показали, что в нарушениях мнестической деятельности находит свое отражение по-разному измененная структура мотивационной сферы больных. Мотивационный компонент является неотъемлемым в строении и протекании процессов памяти.

4. Нарушения памяти в клинической психологии

В клинической психологии выделяют следующие виды нарушений памяти:

Гипермнезия – термин, определяющий непроизвольную беспорядочную актуализацию прошлого опыта. Наплыв прошлых воспоминаний, нередко с мельчайшими подробностями, отвлекает пациента, мешает в усвоении новой информации, ухудшает продуктивность мышления. Гипермнезия может сопровождать течение маниакального синдрома, возникать при приёме психотропных веществ (опий, ЛСД, фенамин). Непроизвольный наплыв воспоминаний может произойти при эпилептиформном пароксизме.

Гипомнезия – ослабление памяти. Как правило, при гипомнезии страдают все составные части памяти. Больному трудно запомнить новые имена, даты. Пациенты с гипомнезией забывают детали прошлых событий, не могут воспроизвести информацию, хранящуюся глубоко в памяти, они стараются всё чаще записывать информацию, которую раньше могли запомнить без труда. При прочтении книги люди с гипомнезией часто теряют общую линию сюжета, для

восстановления которой им постоянно приходится возвращаться на несколько страниц назад. При гипомнезии часто встречается такой симптом как анэктофия – ситуация, при которой больной без посторонней помощи не может извлечь из памяти слова, названия, имена. Причиной гипомнезии зачастую является сосудистая патология мозга, в частности атеросклероз. Однако нужно упомянуть и о существовании функциональной гипомнезии, например, при переутомлении.

Амнезии:

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

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

Человек, перенесший травму головы с потерей сознания в течение 5 ч, придя в себя, никак не мог вспомнить не только как, при каких обстоятельствах это случилось, но и что было в течение трех дней перед этим. Совершенно не помнил, что он в этот период делал, где был, кого видел.

Такое явление можно наблюдать при острых мозговых сосудистых катастрофах. Большинство пациентов отмечают выпадение промежутка времени, непосредственно предшествующего развитию заболевания. Объяснение этого кроется в том, что за небольшой промежуток времени перед потерей сознания новая информация ещё не успела перейти в долговременную память и поэтому в последующем теряется навсегда.

Следует отметить, что органическое поражение мозга чаще всего не затрагивает информацию, тесно связанную с личностью больного: он помнит своё имя, дату рождения, помнит сведения о детских годах, сохранены и школьные навыки.

Антероградная амнезия — потеря памяти на события, происшедшие непосредственно после окончания состояния расстроенного сознания или болезненного психического состояния.

При этом пациент вполне контактен, может отвечать на поставленные

вопросы, однако спустя некоторое время он уже не в состоянии воспроизвести события, происходившие накануне. Если антероградная амнезия явилась причиной сумеречного нарушения сознания, то фиксационная способность памяти может быть восстановлена. Антероградная амнезия при корсаковском синдроме необратима, так как развивается вследствие стойкой утраты способности фиксировать информацию.

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.

Пациенты с фиксационной амнезией плохо запоминают события, слова, которые произошли только что или совсем недавно, однако память на произошедшее до заболевания, а нередко и профессиональные навыки у них сохранены. Часто сохранена и способность к интеллектуальной деятельности. Однако расстройство памяти приводит к такой глубокой дезориентации пациента, что о самостоятельной трудовой деятельности говорить не приходится. Фиксационная амнезия входит в состав корсаковского синдрома, а также встречается при атеросклеротическом слабоумии.

Больная никак не могла запомнить, где стояла ее кровать, хотя находилась в этой палате уже в течение нескольких лет, не помнила имени своего лечащего врача, несмотря на то, что ей сообщали его каждый день, никак не могла вспомнить, что она только что ела, чем занималась. Встречая по несколько раз в день дежурную сестру, каждый раз радостно заявляла: «Рада вас приветствовать, давненько мы с вами не встречались».

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 помнить долго и довольно хорошо.

В 1882 психиатром Т. Рибо была сформулирована последовательность, с которой разрушается память. Закон Рибо гласит, что сначала появляется

гипомнезия, затем развивается амнезия на недавние события, после чего начинают забываться и давно произошедшие. Далее развивается утрата организованных знаний. Самыми последними из памяти стираются эмоциональные впечатления и простейшие автоматические навыки. Разрушение поверхностных слоёв памяти обостряет воспоминания детских и юношеских лет.

Прогрессирующая амнезия может встречаться при безинсультном течении атеросклероза сосудов головного мозга, сопровождать болезнь Альцгеймера, Пика, сенильную деменцию.

Больная, ничего не помнящая из событий последних лет, забывшая даже, как зовут ее дочь, в то же время хорошо помнила, какую чудесную куклу ей подарили в шестилетнем возрасте, хотя было это 60 лет тому назад. Помнила, какое на этой кукле было платье, какие волосы, как она не расставалась с ней даже ночью.

Характерная последовательность снижения памяти по принципу «обратного хода памяти» называется законом Рибо. По этому закону происходит и так называемое физиологическое старение памяти.

Парамнезии:

Парамнезия — ошибочные, ложные, превратные воспоминания. Человек может вспоминать действительно имевшие место события, но относить их к совсем иному времени. Это называется *псевдореминисценциями* — процесс замещения утраченных воспоминаний другими событиями, которые происходили в действительности, но в другом временном промежутке.

Конфабуляции — 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.

Конфабуляции зачастую являются свидетельством потери критики и осмысления ситуации, так как пациенты не только не помнят, что данных событий никогда не было, но и не понимают, что они не могли происходить. Такие замещающее конфабуляции следует дифференцировать с

конфабуляторным бредом, который не сопровождается утратой прежних воспоминаний, а проявляется тем, что пациент считает, что происходившие с ним фантастические события имели место быть. Кроме того, замещающие конфабуляции – составная часть синдрома Корсакова, фантастические конфабуляции – парафренного синдрома.

Больной с возмущением говорил: «Ужасные безобразия творятся в той клинике вчера, например, меня посадили в клетку, а до этого заставили вылезать на улицу через форточку».

Криптомнезия — 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.

Криптомнезия – это не столько утрата самой информации, сколько утрата способности установить её источник. Криптомнезии часто приводят к тому, что пациенты присваивают себе создание каких-либо произведений искусства, стихов, научных открытий.

Больная утром, только что проснувшись, рассказала соседкам по палате содержание своего сна: ей приснилось, что мать в ее отсутствие сдала в ломбард все ее платья. Увидев мать, пришедшую к ней на свидание к вечеру этого дня, больная стала плакать и упрекать ее за «сданные в ломбард платья». Была убеждена, что это было на самом деле, заявляла матери: «Тебе просто стыдно, вот ты и говоришь, что ничего не сдавала».

Эхомнезия (редуплицирующая парамнезия Пика) – ощущение, что нечто, происходящее в настоящий момент, уже было в прошлом. В отличие от феномена *déjà vu*, при эхомнезии нет пароксизмально возникающего страха и феномена «озарения». Эхомнезии могут сопровождать различные органические заболевания мозга, особенно поражения теменно-височной области.

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 эйдети́змом, в целом относимый не только к памяти, но и к области представлений.

Эйдети́зм (от греч. *eidōs* — 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. Эйдети́зм 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.

Амнезия у детей выражается в виде полного или частичного выпадения воспоминаний на период помраченного сознания при делирии, онейроиде, сумеречном состоянии сознания, оглушенности, при этом амнезия, как правило, частичная

Палимпсесты (от греч. *palimpsest* - соскоб) как особая форма амнезии наблюдается при алкоголизме у подростков.

Ретроградная амнезия у детей и подростков наблюдается на короткий период и выражена неотчетливо.

Чаще в детском и подростковом возрасте наблюдаются *дисмнезии*, состоящие из ослабления запоминания с нарушением ретенции и воспроизведения (репродукции) материала памяти. Дисмнестические нарушения чаще наблюдаются у детей школьного возраста. У детей младшего возраста выявить эти расстройства труднее, но о недостаточности мнестических функций у этих детей можно судить по тому, что ребенок забывает, какой в детском саду его шкафчик, игрушку, в этих случаях часто речь идет о нарушении узнавания. Стойкие дисмнезии наблюдаются в структуре психоорганического синдрома.

Амнестический корсаковский синдром редко встречается в детском возрасте, он наблюдается у детей старше 10 лет и у подростков.

Амнестический синдром в детском возрасте непродолжителен - от нескольких недель до 2,5 мес., - расстройства памяти в значительной мере обратимы.

Атипичные формы амнестического синдрома с ретроградной амнезией, преходящими выпадениями приобретенных навыков наблюдаются у детей как последствия клинической смерти .