

Содержание

Введение.....	3
Характеристики памяти.....	5
Нарушения памяти.....	8
Основные типы нарушений памяти.....	11
Заключение.....	16
Список литературы.....	17

Введение

Психологические исследования имеют теоретическое и практическое значение для психологии, психиатрии, медицины, образования и многих социальных сфер жизнедеятельности человека. Психологическое исследование объединяет в себе многие положения, факты научных исследований множества сложных дисциплин. Психология как наука исходит из закономерностей развития и структуры психики в норме. Она изучает закономерности распада психической деятельности и свойств личности в сопоставлении с формированием и протеканием психических процессов в норме, она изучает закономерности искажений отражательной деятельности мозга.

Проблема расстройств памяти всегда стояла в центре психиатрических и патопсихологических исследований. Диапазон проблемы нарушений памяти при локальных поражениях мозга достаточно широк - это гипомнезии, гипермнезии, амнезии, парамнезии. 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.

Исследования патологии памяти важны в теоретическом отношении, так как они позволяют выяснить, какие структуры, факторы участвуют в протекании мнестической деятельности, и сопоставить данные о нарушенных звеньях мнестической деятельности. Изучение этого вопроса также диктуется потребностью создания реабилитационных и коррекционных программ для людей с такими нарушениями.

Память, как процесс сохранения информации о раздражителе.

Памятью называется сохранение информации о раздражителе после того, как его действие уже прекратилось. Это общее определение памяти подходит к самым различным ее проявлениям.

Также ее называют особым видом психической деятельности, связанным с восприятием (рецепцией), удержанием (ретенцией) и воспроизведением (репродукцией) информации. Память является интегральной частью процессов мышления и обучения. В механизмах памяти главенствующее значение отводится рибонуклеиновой кислоте (РНК), в молекуле которой кодируется, шифруется и хранится информация.

В настоящее время различают память как биологическую функцию и память как функцию психическую (или нервно-психическую).

Биологическая и психическая функции памяти.

Все биологические системы характеризуются наличием механизмов памяти, то есть 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.

Характеристики 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 (от 0,1 до 0,5 секунд). Она связана с удержанием точной и полной картины только что воспринятого органами чувств, без какой бы то ни было переработки полученной информации.

2. Кратковременная память — процессы запечатления, которые длятся несколько минут. Представляет собой способ хранения информации в течение короткого промежутка времени. В ней сохраняется не полный, а лишь обобщенный образ воспринятого, его наиболее существенные элементы. Объем кратковременной памяти равен в среднем от 5 до 9 элементов информации.

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

Информация, попавшая в хранилища долговременной памяти, может

воспроизводиться человеком сколько угодно раз без утраты.

Параметры, характеризующие память как психическую функцию.

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

- ◆ зрительную (связана с сохранением и воспроизведением зрительных образов);
- ◆ слуховую (хорошее запоминание и точное воспроизведение разнообразных звуков музыкальных, речевых; особую разновидность речевой памяти составляет словесно-логическая, которая тесно связана со словом, мыслью и логикой);
- ◆ 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.

Память характеризуется произвольным и непроизвольным уровнями реализации (запоминания и воспроизведения материала), то есть существует произвольная и непроизвольная память. Именно в произвольной форме память выступает как особая мнестическая деятельность.

Память подразделяется на неосмысленную (механическую) и семантически организованную (семантическую).

Произвольная мнестическая деятельность.

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.

Непроизвольное запоминание материала.

Непроизвольное запоминание материала характеризуется своими закономерностями. Существует ряд факторов, от которых зависит лучшее или худшее непроизвольное запоминание материала. Из классических работ по психологии известно, что лучше запоминается то, что является целью деятельности или вызывает какие-то затруднения во время ее осуществления. 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. 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. Воспроизведение следов при непроизвольном запоминании как конечная фаза мнестических процессов происходит либо в виде пассивного узнавания объектов, либо в виде активного припоминания.

Нарушения памяти

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.

1.Гипомнезия.

Гипомнезия – ослабление, снижение памяти или отдельных ее компонентов, недостаточность побуждения к действиям, может иметь различное происхождение. Она может быть связана с возрастными изменениями, или быть врожденной, или появиться как следствие какого-либо мозгового заболевания (склероза мозговых сосудов и др.). Такие больные, как правило, характеризуются ослаблением всех видов памяти. Особенно характерна гипомнезия для сосудистых, травматических и атрофических процессов головного мозга. Если болезнь распространяется только на текущие, недавние события, то применяют термин фиксационная гипомнезия. При затруднениях воспроизведения говорят об анэкофрии.

При этом заболевании наряду с неудовлетворительным запоминанием человек не может вспомнить некоторые события прошлого. Развитие гипомнезии подчиняется закону Рибо-Джексона (обратный ход памяти), когда накопленная за всю жизнь информация постепенно теряется в порядке, обратном пропорциональному приобретению ее, т.е. от настоящего к прошлому. В первую очередь при этом страдает механическая память на имена, номера телефонов, точные даты, важные жизненные события. В таких случаях люди, не полагаясь на свою память, обычно пользуются записными книжками.

2.Парамнезии.

Как самостоятельные нарушения памяти описаны парамнезии (ложные узнавания) — особые состояния, когда человек испытывает ощущение «знакомости» при встрече с незнакомыми объектами. Это обманы памяти, провалы памяти, связанные с изменениями состояния сознания, хорошо

известны в психиатрии и описаны как состояния «дежа вю» (deja vu). Выделяют четыре вида этой патологии: конфабуляции, псевдореминисценции, криптомнезии и эхомнезии.

Самым распространенным вариантом парамнезии являются конфабуляции – это замещение провалов памяти вымыслами фантастического характера, в которые больной верит абсолютно.

Псевдореминисценции – это замещение провалов памяти информацией и реальными фактами из жизни больного, но значительно смещенными во времени. Иногда в литературе вместо этого термина используют понятие «замещающие конфабуляции».

Криптомнезии (присвоенные воспоминания) – провалы памяти, заполняемые информацией, источник которой больной забывает: он не помнит, наяву или во сне произошло то или иное событие, а вычитанные в книгах или услышанные от кого-то мысли считает своими собственными.

К криптомнезиям относятся и так называемое отчужденное воспоминание, состоящее в том, что события, произошедшие в жизни больного, он в последующем воспринимает не как реальные, а как прочитанные в книге, увиденные в кино или театре, услышанные по радио, от собеседников или пережитые в сновидениях.

Некоторые исследователи относят к парамнезиям и эхомнезии (редублицирующие воспоминания). Это особый вид обмана памяти, при котором события, происходящие в настоящее время, кажутся уже происходившими раньше.

С известной долей условности в эту группу расстройств относят и экмнезии, при которых далекое прошлое переживается как настоящее. При экмнезии весьма пожилые люди считают себя юнцами и начинают готовиться к свадьбе.

3. Гипермнезия.

Одной из аномалий памяти является гипермнезия — кратковременное усиление, обострение памяти, резкое увеличение объема и прочности запоминания материала по сравнению со средними нормальными показателями. Больной к своему удивлению, вспоминает давно забытые достаточно крупные эпизоды своего детства или юности в мельчайших подробностях, воспроизводит наизусть целые страницы когда-то прочитанных, но давно забытых произведений. Состояние гипермнезии отмечается при маниакальном синдроме, при некоторых бредовых состояниях, наркоманиях и при исключительных состояниях, например перед смертью, когда вся жизнь человека мгновенно проносится перед глазами. Известны случаи врожденных гипермнезий. Один из них описан А. Р. Лурия в «Маленькой книжке о большой памяти» (1968), где рассказывается о человеке с исключительной механической памятью, основанной на тесном взаимодействии разных видов ощущений (синестезиях). Возможны гипермнезии и при локальных поражениях мозга, например при гипофизарных очагах, воздействующих на срединные структуры мозга. Особый тип аномалий памяти составляют амнезии (значительное снижение или отсутствие памяти). Среди разного рода амнезий самостоятельную группу составляют амнезии (или нарушения памяти), возникающие при локальных поражениях мозга.

Два основных типа нарушений памяти.

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

А. Модально-неспецифические нарушения памяти.

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.

Поражение уровня продолговатого мозга.

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. Эта форма нарушений памяти изучена сравнительно мало.

Поражения уровня гипофиза.

Лучше всего изучены мнестические расстройства, связанные с поражением диэнцефального уровня (уровня гипофиза). Гипофизарные заболевания 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 (то есть 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.

Другой особенностью этого типа нарушений памяти является повышенная реминисценция следов, то есть лучшее воспроизведение материала при отсроченном (на несколько часов или даже дней) воспроизведении материала по сравнению с непосредственным воспроизведением.

Поражение лимбической системы.

К модально-неспецифическим нарушениям памяти приводит и поражение лимбической системы (лимбической коры, гиппокампа, миндалины и др.). К ним относятся описанные в литературе случаи нарушений памяти, которые обозначаются как корсаковский синдром. У больных с корсаковским синдромом практически отсутствует память на текущие события. Они по несколько раз здороваются с врачом, хотя он только что был в палате, не могут вспомнить, что они делали несколько минут тому назад и т. п. Это грубый распад памяти на текущие события. В то же время у этих больных сравнительно хорошо сохраняются следы долговременной памяти, то есть памяти на далекое прошлое. Такие больные сохраняют и профессиональные знания. Они помнят, например, что с ними было во время войны, когда и где они учились и тому

подобное. В развернутой форме этот синдром возникает при поражении гиппокампальных структур обоих полушарий. Однако даже одностороннего поражения области гиппокампа достаточно, чтобы возникла картина выраженных нарушений кратковременной памяти.

Клинические наблюдения показали, что при диэнцефальных поражениях запоминание материала улучшается, если больной особенно заинтересован в результатах исследования или если материал организуется в семантически осмысленные структуры. Таким образом, у этих больных существует определенный резерв компенсации дефекта. У больных с корсаковским синдромом этот резерв практически отсутствует. Повышенная мотивация или обращение к семантическому структурированию материала не приводят у них к заметному улучшению запоминания.

Поражения медиальных и базальных отделов лобных долей мозга.

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.

Базальные отделы лобных долей мозга сравнительно часто поражаются опухолями разной этиологии, что также дает возможность исследовать нейропсихологические проявления этих поражений. Нередко наблюдаются смешанные медиобазальные очаги поражения. 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», то есть 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.

Б. Модально-специфические нарушения памяти.

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, то есть 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.

В. Псевдоамнезии.

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, то есть 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. 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.

Заключение

Анализ нарушений памяти в последние годы продолжает разрабатываться в нескольких направлениях:

- ◆ изучается структура нарушений памяти, возникающих при разных по локализации очагах поражения;
- ◆ исследуется роль определенных мозговых структур в осуществлении разных по характеру мнестических процессов;
- ◆ анализируются особенности нарушений разных звеньев и этапов в структуре мнестической деятельности;
- ◆ исследуются особенности модально-неспецифических и модально-специфических нарушений памяти в детском возрасте и др.

). Авторам удалось установить, что левое полушарие играет ведущую роль в произвольной мнестической деятельности (или в ее произвольных компонентах, звеньях), в то время как правое полушарие доминирует в ее непроизвольных формах (компонентах, звеньях).

В контексте проблемы межполушарной асимметрии мозга изучаются и временные параметры осуществления произвольной мнестической деятельности. При непосредственном запоминании и воспроизведении в осуществлении мнестической деятельности прежде всего участвует правое полушарие, а при отсроченном запоминании и воспроизведении — левое (у правшей). При левосторонних поражениях непосредственное воспроизведение материала более сохранно, чем при правосторонних.

Исследование памяти при локальных поражениях мозга является важным для понимания о состоянии психической деятельности. Колебания продуктивности мнестической деятельности зависят от возраста и давности полученного поражения. Поэтому требуется более глубокое изучение особенностей памяти у больных с разным сроком отдаленности поражения и дальнейшей экспериментальной работой.

Литература.

1. Зейгарник Б.В. Патопсихология: Учебное пособие для студентов высших учебных заведений. – М.: «Академия», 2005. – 208 с.
2. Лурия А.Р. Лекции по общей психологии / СПб.: Питер, 2004. – 320 с.
3. Марилов В.В. Общая психопатология: Учеб. пособие для студ. высш. учеб. заведений. – М.: «Академия», 2002. – 224 с.
4. Мягков И.Ф., Боков С.Н., Чаев С.И. Медицинская психология. Учебник для вузов. – М.: Логос, 2003. – 320 с.
5. Немов Р.С. Психология: Учеб. для студ. высш. пед. учеб. заведений – М.: ВЛАДОС, 2003.
6. Хомская Е.Д. Нейропсихология. - М., 2002.