

Память и ее нарушения



Виды памяти

1. **По носителю информации:** генетическая, иммунная, нервная
2. **По длительности:** сенсорная кратковременная, долговременная
3. **По модальности:** зрительная; слуховая; тактильная; вкусовая; обонятельная и др.
4. **По характеру психической активности:** эмоциональная, моторная, образная, словесно-логическая.
5. **По степени регуляции:** произвольная и произвольная память.
6. **С точки зрения ее семантической организации:** неосмысленная (механическую) и семантически организованная (семантическую).

Основные характеристики памяти

- длительность формирования и хранения информации;
- объем информации;
- точность воспроизведения;
- особенности воспроизведения информации

Виды нарушений памяти

Гипомнезия - ослабление памяти. Как правило, ослабляются все виды памяти.

Парамнезии (ложные воспоминания) — особые состояния, когда человек испытывает ощущение «знакомости» при встрече с незнакомыми объектами. Связаны с изменениями состояния сознания, хорошо известны как **состояния «дежа вю»**.

Парамнезии могут проявляться в виде **псевдореминисценций** (заполнение пробелов памяти реально происходившими событиями) и **конфабуляций** (заполнение пробелов памяти вымышленными событиями)

Гипермнезия — обострение памяти, резкое увеличение объема и прочности запоминания материала по сравнению со средними нормальными показателями.

Амнезии - значительное снижение или отсутствие памяти

Виды амнезий

Ретроградная амнезия – выпадение памяти на события, предшествующие острому периоду заболевания.

Антероградная амнезия - выпадение памяти на события, происходящие после начала заболевания.

Конградная амнезия - выпадение памяти на события острого периода болезни (при потере сознания).

Фиксационная амнезия – отсутствие (ослабление) способности запомнить текущие события.

Тотальная амнезия - выпадение памяти на события, происходящие до, во время и после острого периода болезни.

Модально-неспецифические нарушения памяти

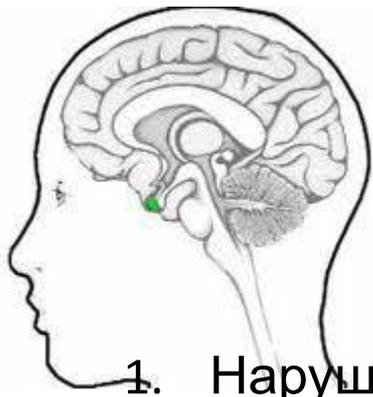
Возникают при поражении

1. Продолговатого мозга
2. Промежуточного мозга
3. Лимбической системы
4. Медио-базальных отделов ЛАК
5. При массивных поражениях лобных долей



НАРУШЕНИЯ ПАМЯТИ ПРИ ПОРАЖЕНИИ ПРОДОЛГОВАТОГО МОЗГА

- 1. Ретроградная амнезия**
- 2. Антероградная амнезия**



НАРУШЕНИЯ ПАМЯТИ ПРИ ПОРАЖЕНИИ ПРОМЕЖУТОЧНОГО МОЗГА (гипофиза)

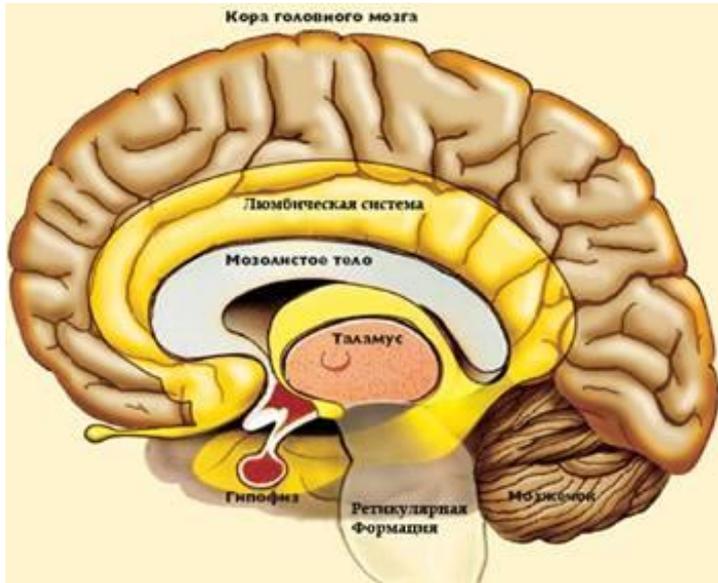
1. Нарушается преимущественно **кратковременная**, а не долговременная память
2. Память характеризуется повышенной **ранимостью**
3. Подвержена **интерферирующему влиянию**, т.е. влиянию «помех», побочных раздражителей на запоминание информации (особенно сильно влияние гомогенной интерференции).
4. Повышенная **реминисценция следов**, то есть лучшее воспроизведение материала при отсроченном (на несколько часов или даже дней) воспроизведении материала по сравнению с непосредственным воспроизведением

При дизэнцефальных поражениях запоминание материала улучшается, если больной особенно заинтересован в результатах исследования

НАРУШЕНИЯ ПАМЯТИ ПРИ ПОРАЖЕНИИ ЛИМБИЧЕСКОЙ СИСТЕМЫ

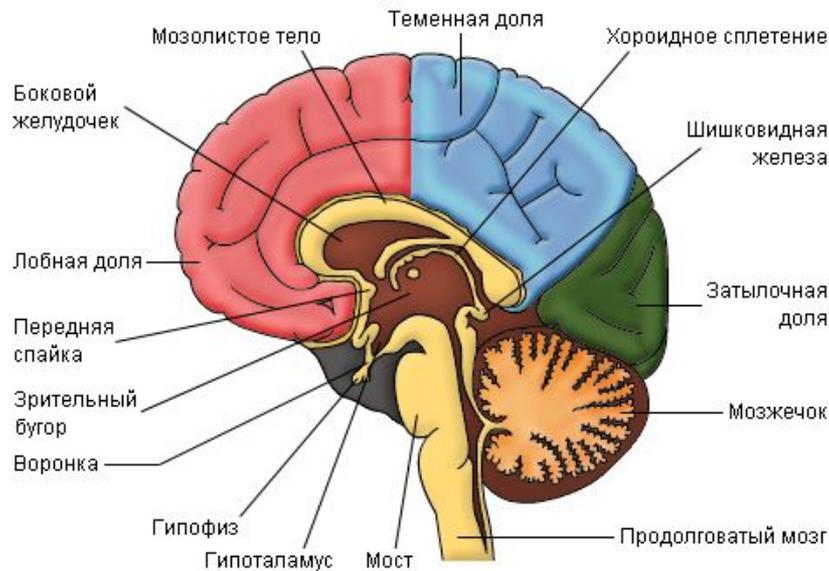
Характеризуется

1. Проявлением **корсаковского синдрома** (сочетание расстройства памяти на текущие события (фиксационная амнезия), нарушением ориентировки во времени, месте, окружении).
2. Особенно отчетливо этот синдром проявляется при поражении **гиппокампа**.
3. Достаточно пустой паузы или **присутствие помех**, чтобы следы «стирались».
4. Нередки **конфабуляции** (вымыслы).
5. Практически отсутствует резерв компенсации дефекта



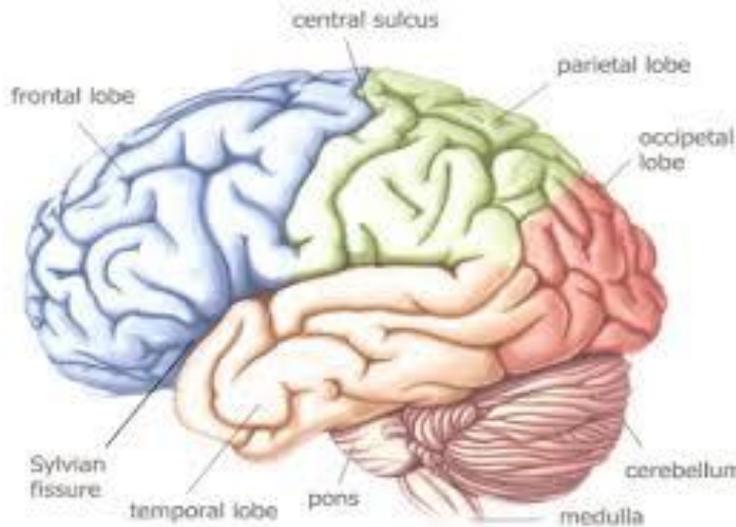
- Иногда больные могли правильно воспроизвести 4-5 элементов ряда (например, 4-5 слов из 10) сразу же после первого их предъявления.
- У больных сохраняются профессиональные знания.
- Сохраняются следы на далекое прошлое

Поражение медиальных и базальных отделов лобных долей мозга.



1. Возникают преимущественно **нарушения кратковременной памяти**.
2. Нередки **расстройства семантической памяти** (трудно последовательно изложить сюжет только что прочитанного рассказа, басни (или какого-либо другого логически связного текста), легко соскальзывают на побочные ассоциации)
3. В заданиях на **повторение серии слов** больные произносят слова, которых не было в списке и т.д.

Нарушения памяти при массивных поражениях лобных долей



1. **Нарушается произвольная память** ,
непроизвольная остается достаточно
сохранной.
2. **Псевдоамнезия** - нарушение памяти
как деятельности (грубо нарушается
процесс формирования намерений, планов и
программ поведения, и в числе следствий -
нарушение произвольного запоминания).
3. **Нарушения памяти носят
генерализованный характер**,
распространяясь на любой материал:
вербальный, невербальный, осмысленный,
неосмысленный.

Модально-специфические нарушения памяти

Модально-специфические нарушения памяти связаны лишь со стимулами *определенной модальности* и адресуются какому-то *одному анализатору*.

Виды нарушений

- нарушения слухоречевой памяти при акустико-мнестической афазии
- нарушения слуховой памяти при поражениях правого полушария
- нарушения зрительно-речевой памяти при оптико-мнестической афазии
- нарушения зрительной памяти при поражениях правого полушария

- ***Нарушения слухоречевой памяти***

- *При поражении левого полушария* (верхние отделы 21-го и частично 37-го полей): проявляется ***акустико-мнестическая афазия*** (неспособность запомнить большой по объему речевой материал).
- *При поражении правого полушария* нарушается преимущественно неречевой (музыкальный) слух — возникают явления ***амузии***, в которых объединяются и гностические, и мнестические дефекты. Может возникнуть аритмия и неспособность выработать и дифференцировать звуковые эталоны.

- ***Нарушения зрительной памяти***

- *При поражении левого полушария* (нижний висок) наблюдается ***оптико-мнестическая афазия*** (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 объекта***, поэтому они не могут его нарисовать.
- *При поражении правого полушария* (поражение нижней затылочной области) нарушается память по отношению к объектам, не связанным с речью — ***лицевая агнозия***, где также объединены и гностические, и мнестические дефекты.

- ***Нарушения пространственной и цветовой памяти***

- *Обнаруживается при поражении теменно-затылочных отделов правого полушария.* При этом пространственный и цветовой гнозис остается сохранным.

Асимметрия мозга и мнестические процессы

Левое полушарие

1. Произвольная память
2. Отсроченное запоминание и воспроизведение
3. Узнавание и воспроизведение вербального (смыслового, семантического) материала

Правое полушарие

1. Непроизвольная память
2. Непосредственное запоминание и воспроизведение
3. Узнавание и воспроизведение невербального материала (перцептивных признаков)

Внимание и его нарушения



Виды внимания

1. **сенсорное** (зрительное, слуховое, тактильное и др.);
2. **двигательное**, проявляющееся в моторных процессах, в их осознании и регуляции;
3. **эмоциональное**, привлекаемое эмоционально-значимыми стимулами;
4. **интеллектуальное внимание** - внимание к предмету обдумывания, к интеллектуальным операциям, с помощью которых реализуется сам процесс мышления;
5. **непроизвольное** - первичное то, с которым ребенок рождается; в его основе лежит ориентировочный рефлекс;
6. **произвольное** – вторичное, является социально опосредованным типом внимания. Требуется волевых усилий.
7. **постпроизвольное** внимание – целью становится сама деятельность. Выполнение деятельности уже не требует специальных умственных усилий.

ВИДЫ НАРУШЕНИЙ ВНИМАНИЯ

Модально-неспецифические нарушения - проявляются при поражении неспецифических срединных структур мозга (стволовые структуры и медио-базальные отделы коры)

Модально-специфические нарушения - проявляются только в одной сфере и связаны с определенной сенсорной системой (зрительной, слуховой и т.д.)

Модально-неспецифические нарушения

больной не может сосредоточиться на стимулах любой модальности

- 1. При поражении продолговатого и среднего мозга:** *быстрая истощаемость* (астения), резкое *сужение объема внимания, нарушение его концентрации*. Эти симптомы проявляются в любом виде деятельности (сенсомоторной, гностической, интеллектуальной).
Нарушаются серийные счетные операции, т.к. они требуют постоянного произвольного внимания.
- 1. При поражении нижних отделов ствола и мозжечка:** *страдают произвольные формы внимания*. Произвольный уровень регуляции внимания относительно сохранен, особенно при выраженной мотивации, заинтересованности.
- 2. При поражении диэнцефальных структур и лимбической системы.** *Нарушается устойчивость внимания*, больные часто вообще не могут сосредоточиться ни на какой деятельности. Эти трудности проявляются при выполнении любых заданий. Компенсация или отсутствует, или длится очень недолго.
- 3. Поражения медиобазальных отделов лобных и височных долей -** преимущественно *страдают произвольные формы внимания и патологически усилены произвольные формы внимания*. Больные реагируют на все стимулы, как будто бы замечают все, что происходит вокруг них. Отсутствует произвольный речевой контроль.

Модально-специфические нарушения

проявляются только в одной сфере (зрительной, слуховой и т.д.)

| Зрительное невнимание | Слуховое невнимание | Тактильное невнимание | Двигательное невнимание |
|--|---|---|--|
| <p>При легкой форме отдается предпочтение одной и игнорируется другая половина поля зрения. При тяжелых формах развивается гемианопсия (чаще слева). Дефект теменно-затылочных отделов справа</p> | <p>При дихотическом предъявлении сигналов игнорируются сигналы с одной стороны (чаще слева). Дефект правой височной доли При раздельном предъявлении звуков восприятие справа и слева одинаково.</p> | <p>При одновременном прикосновении к одним и тем же участкам кистей рук игнорируется прикосновение к одной из них (чаще левой). Дефект правой теменной доли. При раздельном прикосновении к правой и левой кисти игнорирование стимулов не обнаруживается.</p> | <p>При одновременном выполнении движения двумя руками одна из них (чаще левая) сначала замедляет движение, а потом как бы «отключается». Больной продолжает совершать движения только одной рукой. Дефект не осознается. Дефект правой премоторной, префронтальной коры и базальных ганглиев.</p> |