

ОСОБЕННОСТИ СВОЙСТВ ПАМЯТИ У ЛЮДЕЙ С РАЗЛИЧНЫМИ ТИПАМИ АДАПТАЦИИ К ПАТОЛОГИИ ПСИХИКИ*

© 2002 г. Д. М. Рамендик

Канд. психол. наук, ст. научный сотрудник биологического ф-та МГУ им. М.В. Ломоносова, Москва

Приводятся результаты междисциплинарного исследования, в котором использованы данные психологии, физиологии и психиатрии. Показано, что при различных формах нервно-психической патологии наиболее уязвимыми являются сложные формы ассоциативной и смысловой памяти. Активная адаптация позволяла людям компенсировать недостатки ассоциативной памяти за счет непосредственной (больные эпилепсией в стадии ремиссии). Отказ от активной адаптации, “уход в болезнь” приводил к тому, что человек не только не компенсировал недостатки одних видов памяти за счет других, но и субъективно снижал имеющиеся у него возможности памяти (больные – ликвидаторы аварии на ЧАЭС и больные кардиалгией).

Ключевые слова: произвольная, непосредственная, ассоциативная, семантическая память; норма, патология, компенсация, адаптация, мнестическая активность, междисциплинарное исследование.

Жалобы на плохую память – одни из самых распространенных; с ними сталкиваются психологи, работающие в самых разных областях практической психологии. Экспериментальные исследования памяти человека показали, что ее возможности весьма велики, а проблемы, связанные с ней, состоят в недостаточно эффективном их использовании [3].

Недостатки памяти очень переживаются людьми, поскольку память – одна из основных систем психической адаптации, понимаемой широко – как “встраивание” человека в окружающий мир [1, 4]. Роль ее состоит не только в сохранении прошлого опыта, но и, главным образом, в обеспечении учета вероятности наступления тех или иных событий и прогнозирования ожидаемого будущего результата, согласно модели которого и строится “поведенческая программа”. Аппарат памяти играет важную роль в прогнозе, контроле и коррекции поведения [1, 3]. Любые ее нарушения ведут не просто к затруднениям в припоминании прошлого, но и к трудностям в анализе текущей ситуации и в планировании поведения, т.е. к психической дезадаптации человека.

Расстройства мнестической функции отмечаются при самых разных формах патологии психики. Обычно, согласно жалобам пациентов, они обращают внимание на общее ослабление памяти, а также на снижение способности воспроизводить ряды слов или цифр [1, 5, 7, 14]. Однако этого совершенно недостаточно для характеристики такой сложной адаптационной системы, как па-

мять. Известно, что отдельные звенья системы психической адаптации постоянно дополняют возможности друг друга. В результате патогенного воздействия адаптационная активность системы в целом может изменяться не так, как активность составляющих ее подсистем [1]. В соответствии с указанной закономерностью различные формы памяти могут нарушаться не одновременно и частично компенсировать друг друга. Благодаря такой компенсации больной способен адаптироваться в быту и профессиональной деятельности [7, 16]. В то же время общая психическая дезадаптация может переживаться человеком как недостаток памяти.

При планировании данного исследования предполагалось, что субъективная оценка памяти как нормальной, удовлетворительной, не сводится к эффективному функционированию известных информационных процессов, с помощью которых обычно описывают память (запоминания, хранения и воспроизведения). Использование человеком ресурсов памяти, разных ее видов зависит от уровня адаптационной активности. Чем выше ее уровень, тем эффективнее человек может использовать свою память, в частности, компенсировать недостатки одних видов памяти за счет других.

Задача данной работы состояла в том, чтобы показать роль активной (или пассивной) жизненной позиции человека в работе его памяти. В качестве экспериментальной модели были использованы нарушения памяти при некоторых видах психической патологии различного генеза. Проводилось изучение состояния различных форм произвольной памяти больных и здоровых лю-

*Работа выполнена при поддержке Российского гуманитарного научного фонда (грант № 00 05-001 50а, 2000 г.).

дей, а также анализ возможностей компенсации ухудшения памяти у больных с разным уровнем адаптации.

МЕТОДИКА

Работа проводилась совместно с лабораторией нейрофизиологии НИИ психиатрии МЗ РФ (зав. лаб. – доктор биол. наук Т.С. Мельникова). Испытуемыми были 78 человек, разделенные на 5 групп.

1. Больные эпилепсией в стадии ремиссии – 15 мужчин и женщин в возрасте от 18 до 26 лет, все со средним или высшим образованием, находящиеся на диспансерном лечении.

2. Больные пограничными психическими невротическими расстройствами депрессивного или астенического типа. Группа состояла из 9 человек – 6 мужчин и 3-х женщин в возрасте от 20 до 50 лет. В процессе лечения они получали препарат идебенон, который мог влиять на общее состояние и память человека (клинические данные предоставил доктор мед. наук, проф. А.П. Музыченко). Обследование памяти у этой группы больных проводилось дважды – перед началом лечения и после 45 дней приема идебенона.

3. Ликвидаторы аварии на Чернобыльской АЭС – 10 мужчин в возрасте от 37 до 50 лет со средним и средним специальным образованием, 5 человек из 10 имели 2-ю или 3-ю группы инвалидности, все страдали сосудистой патологией мозга. Больные находились на стационарном лечении (клинические данные получены с помощью доктора мед. наук, проф. В.В. Краснова и доктора мед. наук, проф. М.М. Юркина).

4. Больные кардиалгией – 5 женщин 30–50 лет с высшим образованием, жаловавшихся на боли в сердце и периодические сердечные приступы, которые начались после пережитого психологического потрясения, стресса. Кардио- и электрофизиологические обследования позволяли предположить, что их заболевание имело существенный психосоматический компонент. Больные диспансерно наблюдались в московской городской больнице № 33.

5. 39 здоровых человек, из которых формировались контрольные группы для каждой из групп больных, соответствующие ей по полу, возрасту и образованию.

Со всеми испытуемыми проводились клинические беседы, позволявшие выявить субъективную оценку их общего состояния, уровень работоспособности и памяти. Были произведены также замеры различных видов памяти с помощью стандартных методик, разработанных под руководством А.Р. Лурии [2]:

1. Непосредственное запоминание и немедленное воспроизведение списка из 15 трех-пятибуквенных не связанных между собой слов после однократного предъявления на слух.

2. Запоминание и немедленное воспроизведение матрицы из 16 не связанных между собой рисунков после однократного зрительного предъявления.

3. Ассоциативное запоминание 11 понятий с помощью знаков-пиктограмм; понятия предъявлялись по одному однократно на слух, испытуемый зарисовывал произвольные пиктограммы, используя которые, он должен был воспроизвести понятия через 1 час.

4. Запоминание и немедленное воспроизведение содержания небольшого рассказа после однократного предъявления текста на слух.

Все данные об объемах воспроизведения по каждому виду памяти подвергались статистической обработке. Достоверность различий результатов, усредненных по группам испытуемых, проверялась по t -критерию и χ^2 Пирсона (после статистического подтверждения того, что распределение данных близко к нормальному). Обработка данных проводилась на ПК с помощью статистического пакета STADIA (автор – А.П. Кулаичев).

РЕЗУЛЬТАТЫ

Больные эпилепсией в стадии ремиссии. Все больные этой группы учились или работали, вели активный образ жизни. Свою жизнь и деятельность они оценивали в целом положительно, имели хорошо продуманные жизненные планы на ближайшее и более отдаленное будущее. На память больные этой группы не жаловались, ее состояние их в целом удовлетворяло.

Результаты измерения объемов воспроизведения списков слов, таблиц с рисунками, рассказов и пиктограмм приведены в табл. 1. Из нее видно, что запоминание списков слов, а также ассоциативное запоминание с помощью пиктограмм у больных и здоровых различались незначительно. Больные в среднем воспроизводили на 20–40% слов и значений пиктограмм меньше, чем здоровые из соответствующей контрольной группы; однако эти различия были статистически незначимы по обоим указанным выше критериям.

Запоминание рисунков и осмысленная словесная память пострадали у этих больных в большей степени, чем запоминание списков слов. Особенно плохо больные запоминали рисунки: четверо из них не смогли воспроизвести ни одного. (Различия между средними значениями объемов воспроизведения статистически достоверны $t = 5.596$, $p > 0.001$; различия эмпирических распределений значений также достоверны: $\chi^2 = 73.32$, $p < 0.001$.)

Объем воспроизведения текста больными (в среднем 9.2 смысловых единиц) был близок к объему воспроизведения ими списка слов (в среднем 6.8 слов). Здоровые люди из контрольной группы лучше всего воспроизводили именно рассказ (в среднем – 13 смысловых единиц), объем запоминания осмысленного вербального материала был у них больше объема запоминания несвязанных между собой слов (в среднем – 9). Различия между средними были статистически достоверны ($t = 5.596$, $p < 0.001$); различий же между эмпирическими распределениями значений не было ($\chi^2 = 20.21$).

В процессе беседы больные эпилепсией в стадии ремиссии сообщали, что они практически не могли запоминать рисунки и воспроизводить их, только если удавалось вспомнить названия. Больные также испытывали большие трудности при создании пиктограмм и почти не пользовались ими при воспроизведении понятий, а рассказ они старались запоминать наизусть. Такова вообще была стратегия их запоминания – максимальная опора на непосредственную вербальную память.

К исследованию памяти и его результатам эти больные отнеслись с большим интересом. Сообщение о нормальных показателях запоминания слов вызывало у них удовлетворение, а о пониженном уровне запоминания рассказа оказыва-

Таблица 1. Результаты исследования памяти больных эпилепсией в стадии ремиссии и контрольной группы

№ п/п испытуемых	БОЛЬНЫЕ				ЗДОРОВЫЕ (КОНТРОЛЬНАЯ ГРУППА)			
	Вид памяти – материал для воспроизведения:							
	список слов	рисунки	рассказ	пикто- граммы	список слов	рисунки	рассказ	пикто- граммы
1	6	1	9	7	9	8	14	9
2	6	2	10	7	9	10	14	10
3	8	4	12	10	8	14	13	9
4	6	12	7	8	10	7	10	8
5	4	6	11	9	11	10	15	11
6	10	4	13	9	13	8	12	11
7	5	0	4	8	7	6	13	9
8	8	0	13	8	8	9	10	10
9	6	3	6	6	8	11	11	11
10	8	0	10	8	7	5	13	10
11	6	5	13	6	11	10	16	10
12	9	4	9	10	7	6	11	10
13	6	2	12	9	9	8	13	9
14	9	3	3	11	8	9	12	10
15	7	0	7	4	9	9	13	9
Среднее	6.8	2.2*	9.2	8	8.9	8.7	12.7*	9.7
Ст. отклонение	1.727	1.935	3.189	1.813	1.171	2.257	1.718	0.884

Примечание: значения, выделенные жирным шрифтом, показывают, что объемы воспроизведения рисунков и рассказа у больных были меньше, чем у здоровых, различия статистически значимы; * – значения показывают, воспроизведение какого материала статистически достоверно отличалось от воспроизведения списка слов той же группой испытуемых. Больные воспроизводили рисунков меньше, чем слов, а здоровые вспоминали рассказ лучше, чем отдельные слова. Остальные показатели статистически между собой не различались.

лось обычно неожиданным и побуждало улучшать этот вид памяти. Они просили у психолога совета, как это лучше сделать.

Больные пограничными психическими неврозоподобными расстройствами депрессивного или астенического типа. Все они жаловались на общее недомогание, слабость, снижение работоспособности, ухудшение памяти. Результаты измерения памяти до начала лечения и через 45 дней после приема идебенона приведены в табл. 2; в ее правой части показаны результаты контрольной группы. В среднем в группе больных до лечения объемы воспроизведения всех видов материала не отличались от объемов у здоровых из соответствующей контрольной группы. Более того, двое больных воспроизводили 10 слов из списка, а здоровые – не больше 9.

После 45 дней приема идебенона все больные отмечали уменьшение депрессивных и астенических расстройств: у них улучшилось настроение, уменьшились подавленность и уныние, увеличилась общая активность и работоспособность, субъективно стала лучше память. Результаты повторного ее исследования свидетельствовали, что

объемы воспроизведения списка слов и понятий по пиктограммам остались без изменений. Объем воспроизведения рассказа увеличился у всех больных на 30–50% и превосходил соответствующий показатель здоровых (различия между средними статистически достоверны: $t = 4.259$, $p < 0.001$; различия эмпирических распределений значений также достоверны $\chi^2 = 27.91$, $p < 0.001$).

До начала приема идебенона больные соглашались на исследование памяти только по необходимости и к его результатам относились скептически, так как считали, что память у них плохая и не верили, что их показатели практически в норме. После 45 дней приема у них появился выраженный интерес к результатам, сообщение об улучшении воспроизведения рассказа вызывало положительную реакцию, больные говорили, что это соответствует их ожиданиям.

Ликвидаторы аварии на ЧАЭС. Все больные этой группы оценивали свое состояние как плохое. Их внимание было поглощено лечением, активные жизненные планы отсутствовали. Они жаловались на снижение памяти.

Таблица 2. Результаты исследования памяти больных невротиками до лечения, после 45 дней приема идебенона и контрольной группы

№ п/п испытуемых	БОЛЬНЫЕ								ЗДОРОВЫЕ (КОНТРОЛЬНАЯ ГРУППА)			
	Вид памяти – материал для воспроизведения:											
	список слов		рисунки		рассказ		пиктограммы		список слов	рисунки	рассказ	пикто- граммы
	до	45	до	45	до	45	до	45				
1	4	5	8	11	12	13	3	7	9	8	6	6
2	7	7	8	14	10	13	10	11	7	9	7	7
3	6	9	6	12	9	14	11	11	8	7	8	5
4	9	7	8	12	11	14	9	10	7	9	10	8
5	5	5	5	12	6	16	6	6	6	7	10	9
6	10	5	8	11	8	16	7	9	6	10	11	6
7	5	8	7	11	11	16	9	10	6	10	11	6
8	5	7	6	13	12	16	10	10	9	8	14	11
9	10	8	7	13	12	16	7	9	9	8	15	11
Среднее	6.8	6.8	7	12*	10*	15*	8	9.1*	7.4	8.4	10.2*	8.2
Ст. отклонение	2.33	1.48	1.12	1.05	2.09	1.27	2.5	1.62	1.333	1.13	2.811	2.386

Примечание: значения, выделенные жирным шрифтом, показывают, что объемы воспроизведения рисунков и рассказа после 45 дней лечения были больше, чем у тех же больных до лечения и у здоровых, различия статистически достоверны; * – значения показывают, воспроизведение какого материала статистически значимо отличалось от воспроизведения списка слов той же группой испытуемых. Больные после 45 дней лечения воспроизводили рисунки и рассказ лучше, чем список слов, а здоровые лучше вспоминали рассказ, чем слова. Остальные показатели статистически между собой не различались.

Таблица 3. Результаты исследования памяти ликвидаторов аварии на ЧАЭС и контрольной группы

№ п/п испытуемых	БОЛЬНЫЕ				ЗДОРОВЫЕ (КОНТРОЛЬНАЯ ГРУППА)			
	Вид памяти – материал для воспроизведения:							
	список слов	рисунки	рассказ	пикто- граммы	список слов	рисунки	рассказ	пикто- граммы
1	0	8	6	0	7	8	7	8
2	7	9	3	9	5	6	7	9
3	4	5	7	1	5	5	8	7
4	6	7	5	4	9	9	12	9
5	5	6	11	2	6	12	10	8
6	6	6	11	11	9	8	13	9
7	5	3	6	7	7	9	9	7
8	4	6	4	2	8	8	8	6
9	7	9	13	7	5	8	9	4
10	3	4	9	5	6	6	10	5
Среднее	4.7	6.32	7.5	4.6	6	7.8	9.1*	7.2
Ст. отклонение	2.111	2.003	3.342	3.705	1.826	1.969	2.331	0.789

Примечание. * – Значение показывает, что здоровые люди воспроизводили рассказ лучше списка слов, различие статистически достоверно. Остальные показатели статистически между собой не различались.

Измерения памяти, результаты которых приведены в табл. 3, показали, что не было выявлено статистически значимых различий между средними объемами всех видов памяти в группах боль-

ных и здоровых. Однако это могло являться следствием широкого разброса индивидуальных данных больных, особенно при воспроизведении рассказа и пиктограмм, что приводило к большой

Таблица 4. Результаты исследования памяти больных кардиолгией с психосоматическим компонентом и контрольных групп

Испы- туемые	БОЛЬНЫЕ				ЗДОРОВЫЕ ЖЕНЩИНЫ С ВЫСШИМ ОБРАЗОВАНИЕМ				ЗДОРОВЫЕ ЖЕНЩИНЫ БЕЗ ВЫСШЕГО ОБРАЗОВАНИЯ			
	Вид памяти – материал для воспроизведения:											
	список слов	рисунки	рассказ	пикто- граммы	список слов	рисунки	рассказ	пикто- граммы	список слов	рисунки	рассказ	пикто- граммы
1	3	8	9	11	8	9	11	9	7	6	11	8
2	3	5	8	4	8	9	13	11	7	8	10	3
3	5	6	9	3	9	9	15	10	8	7	10	2
4	5	7	10	5	7	8	16	10	7	6	10	11
5	6	6	5	4	5	9	14	9	5	6	9	5
Среднее	4.4	6.4	8.2*	5.4	7.4	8.8	13.8*	9.8	6.8	6.6	10*	5.8
Ст. откло- нение	1.342	1.14	1.924	3.209	1.517	0.447	1.924	0.837	1.517	0.894	0.707	3.701

Примечания: значения, выделенные жирным шрифтом, показывают, что объем воспроизведения рисунков и рассказа больными меньше, чем здоровыми женщинами с высшим образованием, различия статистически достоверны; * – значения показывают, что больные и здоровые воспроизводили рассказ лучше, чем список слов, различия статистически достоверны. Остальные показатели статистически между собой не различались.

дисперсии значений. Среди больных пятеро воспроизвели менее 7 пиктограмм, а среди здоровых – только двое. Статистическая проверка по критерию χ^2 показала, что различия эмпирических распределений значимы ($\chi^2 = 25.78$, $p = 0.002$).

У одного больного все виды памяти были сохранены на уровне здоровых людей из соответствующей контрольной группы. У остальных девяти больных недоставало тех или иных видов памяти, но 1–2 показателя оставались у каждого в пределах нормы. Наиболее сохранным оказалось запоминание списка слов и рисунков, эти виды памяти были грубо нарушены только у одного больного.

Воспроизведение рассказа у половины больных-ликвидаторов было на уровне нормы (7–13 смысловых единиц), а остальные воспроизводили меньше смысловых единиц, чем здоровые. Но при этом у 7 (из 10) больных-ликвидаторов (как и у здоровых людей) память на осмысленный текст (рассказ) была лучше, чем на отдельные слова. Различия между средними объемами непосредственной и осмысленной вербальной памяти у больных были статистически незначимы, но различия эмпирических распределений – значимы ($\chi^2 = 25.3$, $p = 0.003$). У здоровых из соответствующей контрольной группы наоборот: различия между средними объемами воспроизведения слов и смысловых единиц рассказа статистически значимы ($t = 3.233$, $p = 0.005$), а значимых различий эмпирических распределений нет ($\chi^2 = 0.4281$).

Больные-ликвидаторы с недоверием относились к результатам исследования памяти. Сообщение о том, что показатели того или иного вида

памяти близки к норме, вызывало у них отрицательную эмоциональную реакцию, поскольку они считали, что любое улучшение грозит им лишением льгот, понижением группы инвалидности и т.п.

Больные кардиалгией в момент обследования не предъявляли конкретных жалоб на состояние здоровья, но считали себя нетрудоспособными из-за постоянной боязни обморока или сердечного приступа. Свою память они находили очень плохой.

В табл. 4 приведены результаты исследования памяти этих больных, а также двух контрольных групп женщин того же возраста: 5 женщин в одной контрольной группе имели высшее образование (так же, как и больные); 5 женщин в другой контрольной группе – только среднее образование.

Больные кардиалгией, как и здоровые, запоминали рассказ лучше, чем список несвязанных слов (различия средних были статистически значимы во всех трех группах: у больных $t = 3.362$, $p = 0.007$; у здоровых $t = 5.488$ – 5.842 , $p < 0.001$). Однако, у больных различия эмпирических распределений объемов запоминания слов и рассказа статистически значимы ($\chi^2 = 11.6$, $p = 0.02$), а у здоровых различий в распределениях не было.

Объемы воспроизведения рисунков и рассказа были у больных меньше, чем у здоровых с высшим образованием (различия средних статистически достоверны, для рисунков $t = 4.382$, для рассказа $t = 4.603$, в обоих случаях $p < 0.001$); но для результатов воспроизведения рассказа различия эмпирических распределений были значимы

($\chi^2 = 12.72, p = 0.01$), а для воспроизведения рисунков различий в распределении значений не было).

Объем воспроизведения всех видов материала больными статистически не отличался ни по одному из критериев от результатов здоровых со средним образованием. Однако больные, имевшие высшее образование, считали такую оценку их результатов завышенной, так как, по их мнению, память у них очень плохая.

ОБСУЖДЕНИЕ РЕЗУЛЬТАТОВ

У всех больных независимо от формы нервно-психической патологии наиболее уязвимы были семантическая и ассоциативная память; воспроизведение ряда слов страдало в меньшей степени. Эти результаты хорошо согласуются с данными О.Г. Чарояна с соавторами [13], которые выявили, что у здоровых людей ассоциативная и семантическая память в большей степени зависели от IQ, чем воспроизведение ряда слов.

Результаты экспериментов показывают, что структура нарушений памяти была общей, недостатки сложных форм памяти служили индикаторами патологии психики независимо от ее генеза. Возможно, это связано с глубокими общебиологическими механизмами памяти, исследования которых, проведенные Н.А. Тушмаловой на животных [10, 11], свидетельствуют, что именно сложная ассоциативная память особым образом связана с уровнем белково-нуклеинового синтеза, нарушения которого отмечены при самых разных формах клинической патологии.

Биологическая база определяет потенциал психической адаптации [1]. Однако возможности компенсации пострадавших видов памяти за счет сохранных, как и возможности адаптации человека к жизненным условиям в целом, зависят от психологических причин в большей степени, чем от биологических. У описанных испытуемых субъективная оценка собственной памяти зависела не только от ее возможностей (базирующихся на состоянии мозга, нервной системы и организма в целом), но и от отношения к своей болезни, типа адаптации к нервно-психической патологии. Проявились два типа адаптации:

1. **Активный (стенический)** – это стремление к компенсации возможностей памяти за счет сохранившихся ее видов. Так, больные эпилепсией в стадии ремиссии демонстрировали понижение уровня образной и смысловой памяти, соответствующее их клиническому состоянию [7, 14, 15], но активно компенсировали это с помощью усиленного использования более простой, непосредственной вербальной памяти. Такая адаптация к патологии позволяла им вести активный образ жизни и добиваться определенных жизненных успехов. Усиление общей активности людей с не-

врозоподобными расстройствами после лечения приводило к улучшению их ассоциативной и семантической памяти, которое они субъективно оценивали как улучшение памяти в целом.

2. **Пассивно-охранительный (астенический)** – это стремление избегать проблем, субъективное занижение своих возможностей. Данный тип адаптации проявлялся, в частности, в том, что больные использовали возможности своей памяти в минимальной степени, а субъективно оценивали ее еще ниже. У ликвидаторов аварии на ЧАЭС, больных кардиалгией и неврозоподобными расстройствами до начала лечения субъективная оценка памяти была низкой, хотя собственно патология памяти была не очень значительной или даже практически отсутствовала. В этом проявлялся практический отказ от активной адаптации, “уход в болезнь” [5, 6, 12]. Впрочем, в случае больных-ликвидаторов аварии на ЧАЭС – можно предположить, что результаты (особенно заявления относительно состояния памяти) были частично ухудшены сознательно по социальным причинам.

Хорошо известно, что “произвольное запоминание – это специальное мнестическое действие как по своей цели, так и по способу осуществления” [3, с. 78]. Его эффективность в значительной степени зависит от выбора адекватных способов переработки запоминаемого материала. В норме любой запоминаемый элемент фиксируется не механически, а включается в систему связей прошлого опыта. Даже при запоминании списка слов они как-то осмысливаются, а несвязанные рисунки в таблице запоминаются с помощью названий. И все-таки эффективность запоминания зависит от количества и прочности связей, которые актуализирует человек, поэтому в норме, согласно нашим и литературным данным, осмысленный материал запоминается лучше, чем бессмысленный (см. таблицы и [1, 3, 16]).

Различия типов адаптации описанных выше больных были связаны в значительной степени с различиями в стратегии использования возможностей своей памяти, ведь стратегия определяет направление, интенсивность и “глубину” поиска ассоциативных и семантических связей для запоминания и воспроизведения информации [8, 13].

Как было отмечено, при всех формах патологии по медико-биологическим причинам у людей возникали затруднения в создании и использовании ассоциативных и семантических связей. Больные эпилепсией в стадии ремиссии достигали хороших результатов воспроизведения всех видов материала и эффективной адаптации, отказываясь от поисков сложных и отдаленных ассоциаций, но интенсивно использовали ближайшие стандартные связи. (Подобные особенности таких больных были отмечены не только в области

памяти, но и в других сферах психической жизни [7, 12, 14].) У других больных затруднение ассоциативного поиска приводило к общему снижению активности мнестических действий, которое и было причиной дезадаптации. (Это особенно хорошо видно на примере больных с неврозоподобными состояниями, память которых оставалась в пределах нормы; см. табл. 2.)

ВЫВОДЫ

1. На примере больных с патологией психики разного генеза показано, что состояние памяти зависит не только от уровня функционирования психофизиологических механизмов информационных процессов, но и от активного или пассивного типа адаптации человека.

2. При различных видах психической патологии разные виды памяти нарушаются в разной степени, причем наиболее уязвимыми являются ассоциативная и смысловая формы памяти, запоминание списка не связанных слов страдает в меньшей степени. Активная адаптация больных к патологии памяти проявлялась в том, что они компенсировали недостатки семантической памяти за счет непосредственной (больные эпилепсией в стадии ремиссии).

3. Снижение мнестической и общей активности, "уход в болезнь" приводили к тому, что больные не только не компенсировали недостатки одних видов памяти за счет других, но и субъективно занижали имеющиеся возможности памяти (больные-ликвидаторы аварии на ЧАЭС, кардиалгией с психосоматическим компонентом, неврозоподобными расстройствами до лечения).

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ

1. Александровский Ю.А. Пограничные психические расстройства. М.: Медицина, 1993.
2. Альманах психологических тестов / Составители: Р.Р. Римский и С.А. Римский, М.: Изд-во КСП, 1995.

3. Зинченко Т.П. Когнитивная и прикладная психология. Москва-Воронеж: НПО МОДЭК, 2000.
4. Ильюченко Р.И. Память и адаптация. Новосибирск: Наука, 1979.
5. Краснов В.Н., Юркин М.М. Психические расстройства у участников ликвидации последствий аварии на ЧАЭС // Социальная и клиническая психиатрия. 1993. Т. 3. № 1. С. 5–10.
6. Литвинцев С.В., Нечипоренко В.В., Резник А.М., Витол Г.Ф., Алиева Н.А. Нарушение когнитивных функций у ликвидаторов последствий аварии на ЧАЭС // Военно-медицинский журнал. 1998. С. 43–47.
7. Максимова Э.Л. Психопатология при эпилепсии // Современная психиатрия. 1998. № 5. С. 12–36.
8. Рамендик Д.М., Зонабенд Ф.М., Клименко А.Н. О значении когнитивных и коммуникативных свойств вербальных и не вербальных сообщений для понимания их содержания // Психол. журн. 1994. № 6. С. 80–90.
9. Солсо Р., Джонсон Х., Бил К. Экспериментальная психология. СПб.: Прайм-Еврознак; М.: Олма-Пресс, 2001.
10. Тушмалова Н.А. Современные представления о макромолекулярных механизмах памяти // Исследование памяти. М.: Наука, 1990. С. 137–145.
11. Тушмалова Н.А. Общебиологическая гипотеза механизмов влияния различных психотропных средств, оптимизирующих память // Журн. ВНД. 1994. № 1. С. 3–7.
12. Хомская Е.Д. Некоторые итоги нейропсихологического изучения лиц, участвовавших в ликвидации последствий аварии на ЧАЭС // Социальная и клиническая психиатрия. 1995. № 4. С. 6–11.
13. Чароян О.Г., Чароян И.О., Тарасенко Н.В. Эффективность мнестических процессов у людей с различными интеллектуальным уровнем // Психол. журн. 2000. № 4. С. 65–72.
14. Advances in Epileptology. Raven Press, 1989. V. 17.
15. Corcoran T. Epilepsy and poor memory: Who complains and what do they mean? // British J. of Clinical Psychology. 1993. V. 32.
16. Squire L.R. Memory systems – Symposium "Memory". Paris 17–18 avr. 1997. C.t. Academie science. Ser. 3. V. 998. № 2–3. P. 153–156.

PECULIARITIES OF MEMORY CHARACTERISTICS IN PATIENTS WITH DIFFERENT TYPES OF ADAPTATION TO MENTAL PATHOLOGIES

D. M. Ramendik

Cand. sci. (psychology), sen. res. ass., Department of biology, MSU, Moscow

The results of multidisciplinary research including data of psychology, physiology and psychiatry are presented. It was shown that in different forms of mental pathology the most vulnerable spots are complex forms of associative and semantic memory. Active adaptation allows patients to compensate lack of associative memory with spontaneous memory (epileptic patients on the remission stage). People who refuse active adaptation not only couldn't compensate lack of some kinds of memory with another but also decrease subjectively remained memory abilities (patients – liquidators of Chernobyl accident and patients suffered from cardialgia).

Key words: voluntary, involuntary, associative and semantic memory, norm, pathology, compensation, adaptation, memory activity, multidisciplinary research.