

## НЕЙРОПСИХОЛОГИЧЕСКИЙ АНАЛИЗ ПАМЯТИ

А. Р. ЛУРИЯ

/В сотрудничестве с Н. А. Акбаровой, Н. К. Киященко и Фам Мин Хаком/

### Сообщение III

#### Модальная специфичность памяти

В психологии многократно обсуждался вопрос о модальной специфичности памяти. Психологические исследования пытались показать, что память может носить модально-специфический характер и что у разных людей элементы зрительной, слуховой, речедвигательной памяти представлены в неодинаковой степени.

Однако, несмотря на то, что психологический анализ случаев выдающейся памяти давал основания для таких предположений, как наличие диссоциирующих друг с другом модально-специфических особенностей памяти, так и в еще большей степени ее физиологические основы оставались далеко недостаточно отчетливо проанализированными.

Именно для ответа на этот вопрос и дает важный материал нейропсихологическое исследование.

В прошлом сообщении мы уже указывали, что существенным механизмом нарушения памяти при локальных поражениях мозга является не столько слабость следов и как таковая, сколько их повышенная тормозимость побочными /интерферирующими/ воздействиями. Мы указали также на тот факт, что при поражениях верхних отделов ствола или глубоких поражениях мозга, расположенных по средней линии, эта патологически-повышенная тормозимость следов равномерно проявляется во всех изучавшихся нами сферах /зрительной, двигательной, слухо-речевой/, не проявляя никаких признаков модальной специфичности.

Возникает естественный вопрос: сохраняется ли эта особенность

при любых поражениях мозга, или же отсутствие модальной специфичности нарушений памяти имеет место только при глубоких расположениях патологического очага, иначе говоря - в тех случаях, когда страдают системы мозга либо обеспечивающие посредством ретикулярной формации оптимальный тонус коры, либо же /как это имеет место при поражении гиппокампа/ приводящее к выключению из работы тех нейронных аппаратов, которые имеют ближайшее отношение к процессу сличения актуальных действий с следами прошлого опыта и которые получили название "нейронов новизны" или "нейронов внимания" /Джаспер, Кинг, Соколов, Виноградова/.

Для ответа на этот вопрос была проведена специальная серия опытов, при которой уже описанная выше методика исследования памяти была применена к больным с очаговыми поражениями наружных /конвексительных/ отделов больших полушарий - в частности к больным с очаговыми поражениями височных и теменно-затылочных отделов ведущего /левого/ полушария.

Материалы, полученные при этом исследовании, привели к отчетливым результатам: если поражения верхних отделов ствола мозжечка или глубоко расположенных поражений мозга, влияющих на стенки желудочков и лимбическую область, приводили к общим, модально-неспецифическим поражениям памяти, то очаговые поражения задних отделов коры больших полушарий вызывали частые модально-специфические нарушения памяти, ограниченные каждый раз сферой того анализатора, корковые отделы которого страдали под воздействием данного очага.

Так, поражения левой височной области /особенно ее средних отделов/ приводило к ослабленным акустико-гностическим дефектам, выразившимся в нарушении слухо-речевой памяти и приводящими к картине

"акустико-инестической афазии" /А.Р.Лурия, 1947, 1966/, в то время как следы зрительной и зрительно-пространственной памяти оставались сохранными /А.Р.Лурия и М.Ю.Рапопорт, 196, М.Климковский, 196 /. Наоборот, если очаг затрагивал теменно-затылочные отделы левого полушария, - он, наряду с дефектами ориентировки в пространстве, вызывал заметные дефекты в памяти на зрительно-пространственные отношения, в то время как процессы слухо-речевой памяти оставались относительно сохранными /Фам Мин Хак, 1970/.

Сравнительные данные, показывающие эти факты, приводятся на таб. I.

Таб. I

Модальная специфичность нарушений памяти при различных по локализации поражениях мозга.

- А. Больные с поражениями глубоких отделов мозга и стертыми и выраженными нарушениями памяти
- Б. Больные с поражениями левой височной области мозга
- В. Больные с поражением теменно-затылочных отделов мозга

Эти факты дают основание считать, что нарушения памяти при указанных различных по локализации поражениях обнаруживают не только различную по клиническим проявлениям картину, но что в основе их лежат разные факторы, <sup>так</sup> механизмов <sup>и</sup> первичных модально-неспецифических нарушений памяти, возникающих при поражениях верхних отделов мозгового ствола или глубоко расположенных опухолей мозга, влияющих на стенки желудочков и лимбическую систему, по-видимому, является нарушение оптимального тонуса коры или те первичные дефекты, которые вызывают повышенную тормозимость любых следов, независимых от модальности.

Нарушения памяти при очаговых поражениях задних отделов коры больших полушарий имеет, по всем данным, иную природу: они связаны с нарушением функции корковых отделов соответствующих анализаторов и поэтому имеют модально-специфический характер, проявляясь в патологически-измененной работе этих участков.

В случаях поражения коры левой височной области таким фактором является патологическое состояние слухо-речевой коры, которое приводит к недифференцированности и к слабости слухо-речевых следов, в результате которых следы предъявленных на слух слов могут не удерживаться даже в отсутствии внешних помех - лишь при удлинении соответствующих интервалов между предъявлением и воспроизведением, приводя к ряду симптомов, описанных нами в другом месте /А.Р.Дурья, Е.Н.Соколов, М.Климковский, 1967/, в то время как следы зрительных сигналов легко удерживаются и не подвергаются деформации.

В случаях поражения левой теменно-затылочной области таким фактором является аналогичное патологическое состояние коры зрительно-пространственного анализатора, которое может привести не только к трудностям сохранения соответствующих видов пространственно-организованных следов. Этот последний фактор, в частности может привести к своеобразным нарушениям речевой памяти, при которых объем удерживаемых следов сузается и выбор нужного слова из многих альтернатив затрудняется. Этот последний механизм, лежащий, по-видимому, в основе "амнестической афазии", был уже отмечен нами в другом месте /А.Р.Дурья, 1970/ и требует особого анализа.

## ЛИТЕРАТУРА

- А.Р.Лурия /1947/ Травматическая афазия. Москва,  
Изд-во Академии мед.наук.
- А.Р.Лурия /1966/ Высшие корковые функции человека  
Москва, Изд-во Московского университета
- А.Р.Лурия /1970/
- А.Р.Лурия, Е.Н.Соколов, /1967/  
М.Климковский
- А.Р.Лурия, М.Ю.Рапопорт /196 /
- М.Климковский
- Фам Мин Хак