

Министерство образования и науки РФ
Государственное образовательное учреждение высшего профессионального образования
АМУРСКИЙ ГОСУДАРСТВЕННЫЙ УНИВЕРСИТЕТ
Факультет дополнительного образования

УТВЕРЖДАЮ
Проректор по учебной работе

«_____» _____ 2010г.

УЧЕБНО-МЕТОДИЧЕСКИЙ КОМПЛЕКС

для специальности 030401.65 «Клиническая психология»

Дисциплина «Нейропсихология»

Составитель: Кора Н.А., .к.пс.н., доцент

Благовещенск 2010

СОДЕРЖАНИЕ

стр.

1	Государственный образовательный стандарт учебной дисциплины	
2	Рабочая учебная программа дисциплины.....	
3	Теоретический материал курса.....	
	Тема 1. Базисные понятия нейропсихологии. Синдром, Синдромный анализ, фактор.	
	Тема 2. Проблема локализация ВПФ в мозге. Учение о трех блоках мозга.	
	Тема 3. Межполушарная ассиметрии. Формирование межполушарных функциональных отношений в онтогенезе.	
	Тема 4. Мозговая организация двигательных функций	
	Тема 5. Мозговая организация гностических функций	
	Тема 6. Мозговая организация мнестических функций	
	Тема 7. Мозговая организация речевых функций	
	Тема 8. Мозговая организация регуляторных систем человека	
	Тема 9. Нейропсихологический подход к типологии дизонтогенеза	
	Тема 10. Прикладные аспекты нейропсихологической работы в детской популяции	
	Тема 11. Нейропсихологическая коррекция отклоняющегося развития	
4	Методические рекомендации (указания) для студентов по изучению дисциплины	
5	Практикум по дисциплине.....	
6	Дидактические материалы для контроля (самоконтроля) усвоенного материала.....	

8	Глоссарий.....
9	Список литературы.....

ГОСУДАРСТВЕННЫЙ ОБРАЗОВАТЕЛЬНЫЙ СТАНДАРТ ВЫСШЕГО ПРОФЕССИОНАЛЬНОГО ОБРАЗОВАНИЯ

Специальность: 030401.65 «Клиническая психология»

ТРЕБОВАНИЯ ГОС К ОБЯЗАТЕЛЬНОМУ МИНИМУМУ СОДЕРЖАНИЯ ОСНОВНОЙ ОБРАЗОВАТЕЛЬНОЙ ПРОГРАММЫ

Индекс	Дисциплина и ее основные разделы	Всего
ДПП.Ф	Федеральный компонент	
ДПП.Ф.12	Нейропсихология Основные принципы строения мозга. Теория динамической локализации высших психических функций. Нейропсихологические симптомы и нейропсихологические синдромы. Зрительные, слуховые и тактильные агнозии. Апраксии. Афазии. Принципы и методы восстановительного обучения. Методики нейропсихологического обследования (принципы построения, процедура обследования, интерпретация результатов). Нейропсихологическое исследование детей с органическим поражением мозга. Возможности использования нейропсихологических знаний в психологической коррекции детей с различными отклонениями в развитии.	76 час.

ПОЯСНИТЕЛЬНАЯ ЗАПИСКА

Настоящая программа разработана в соответствии с требованиями государственного образовательного стандарта по специальности 030401.65 «Клиническая психология» и предназначена для профессиональной подготовки клинических психологов.

Дисциплина направлена на формирование у студентов понятий и представлений об основных формах нарушений высших психических функций (восприятия, памяти, мышления, речи и др.), эмоционально-личностной сферы и сознания при локальных поражениях мозга.

Цели дисциплины: формирование у студентов системного подхода к рассмотрению механизмов психической деятельности человека и анализа протекания психических процессов в норме и патологии с точки зрения его церебрального обеспечения.

Задачи дисциплины:

– формирование у студентов системы знаний и представлений о наиболее фундаментальных принципах мозговой организации психических процессов, системно-динамических принципах взаимодействия психической деятельности человека и его мозга;

– формирование у студентов методологических основ анализа протекания психических процессов в норме и патологии с точки зрения его церебрального обеспечения;

– овладение студентами принципами и методами нейропсихологической диагностики отклоняющегося развития;

– овладение студентами принципами построения коррекционно-развивающих занятий, основанных на нейропсихологическом анализе психической деятельности человека.

Дисциплина ориентирует на следующие виды профессиональной деятельности: диагностико-аналитическую; консультативную,

психопрофилактическую, коррекционно-развивающую, культурно-просветительскую, социально-педагогическую, научно-методическую. Ее изучение способствует решению следующих типовых задач профессиональной деятельности:

1) в области диагностико-аналитической деятельности:

- дифференциальная диагностика для определения типа нарушений;
- формулирование психологического заключения;

2) в области психопрофилактической деятельности:

- проведение психолого-педагогического обследования с целью определения хода психического развития, соответствия возрастным нормам;
- проведение психопрофилактической работы, направленной на создание благоприятного психологического климата в образовательном учреждении, психопрофилактическая работа с персоналом;
- оказание психологической помощи семьям;
- оказание психологической помощи в опасных и чрезвычайных ситуациях природного, техногенного и социального происхождения;

3) в области коррекционно-развивающей деятельности:

- психологическое сопровождение процесса обучения и воспитания детей с нарушениями развития; использование современных научно обоснованных и наиболее адекватных приемов, методов психокоррекционной работы;
- использование технических средств обучения и диагностики, информационных и компьютерных технологий;
- реализация личностно-ориентированного подхода к образованию и развитию детей;
- работа по диагностике и коррекции с учетом отклонений в развитии;
- формирование у обучающихся духовных, нравственных ценностей и патриотических убеждений;
- применение современных психологических и педагогических технологий;

4) в области научно-методической деятельности:

- систематическое повышение квалификации;
- выполнение научно-методической работы, участие в работе научно-методических объединений;
- анализ собственной деятельности с целью ее совершенствования и повышения своей квалификации;
- разработка и реализация коррекционно-образовательных программ;

5) в области культурно-просветительской деятельности:

- формирование общей и психологической культуры учащихся;

6) в области социально-педагогической деятельности:

- планирование и проведение мероприятий по социально-психологической профилактике в процессе обучения и воспитания;
- установление контакта с родителями учащихся, оказание им специальной психологической помощи в семейном воспитании;
- проведение профориентационной работы;
- оказание помощи в социализации учащихся;

7) в области консультативной деятельности:

- консультирование детей и взрослых с отклонениями в развитии, их родителей и педагогов по проблемам обучения, развития, жизненного и профессионального самоопределения;

8) в области организационно-управленческой деятельности:

- укрепление и сохранение здоровья школьников, рациональная организация учебно-воспитательного процесса;
- обеспечение охраны жизни и здоровья учащихся во время образовательного процесса;
- ведение школьной и классной документации;
- организация контроля за результатами воспитания;
- управление педагогическим коллективом в целях обеспечения реализации образовательных программ;

- организация и проведение внеклассных мероприятий;
- выполнение правил и норм охраны труда, техники безопасности и противопожарной защиты.

ТРЕБОВАНИЯ К УРОВНЮ ОСВОЕНИЯ СОДЕРЖАНИЯ ДИСЦИПЛИНЫ

Студент должен знать:

- основные принципы строения мозга как органа психики;
- три основных функциональных блока мозга и их взаимодействие;
- психологическое строение и мозговую организацию отдельных психических процессов;

Студент должен уметь:

- грамотно провести нейропсихологическое обследование с целью выявления состояния психических функций и соответствующих отделов головного мозга;
- разрабатывать и реализовывать коррекционно-развивающие программы применительно к различным нейропсихологическим синдромам;
- оказать консультативную помощь семьям и педагогам по вопросам учета диагностированных нейропсихологических синдромов в воспитании и обучении детей;

Студент должен владеть:

- основными базовыми понятиями нейропсихологии;
- методологической основой синдромного анализа результатов нейропсихологического обследования в норме и при отклонениях в развитии;
- спецификой синдромного анализа применительно к детской популяции;
- овладение базовыми методическими приемами нейропсихологической диагностики и коррекции, формами консультативной работы.

Данный курс обеспечивает тесные межпредметные связи с такими учебными дисциплинами, как «Общая психология», «Философия», «Биология», «Физиология», «Медицина» и др.

ОБЪЕМ ДИСЦИПЛИНЫ И ВИДЫ УЧЕБНОЙ РАБОТЫ

<i>Вид учебной работы</i>	<i>Всего часов</i>
Общая трудоемкость	76
Аудиторные занятия	38
Лекции	20
Практические занятия (семинары)	18
Лабораторные работы	
Самостоятельная работа	38
Курсовые работы/рефераты	
<i>Вид итогового контроля</i>	<i>экзамен</i>

УЧЕБНО-ТЕМАТИЧЕСКИЙ ПЛАН

№ п/п	Разделы дисциплины	студент		
		Лекции	Семинары	
1.	Базисные понятия нейропсихологии. Синдром, Синдромный анализ, фактор.	1	-	8
2.	Проблема локализация ВПФ в мозге. Учение о трех блоках мозга.	1	2	8
3.	Межполушарная асимметрия. Формирование межполушарных функциональных отношений в онтогенезе.	2	2	8
4.	Мозговая организация двигательных функций	2	4	8
5.	Мозговая организация гностических функций	2	6	8

6.	Мозговая организация мнестических функций	2	2	8
7.	Мозговая организация речевых функций	2	2	8
8.	Мозговая организация регуляторных систем человека	2	2	8
9.	Нейропсихологический подход к типологии дизонтогенеза	2	2	8
10.	Прикладные аспекты нейропсихологической работы в детской популяции	2	-	8
11.	Нейропсихологическая коррекция отклоняющегося развития	2	4	10
	Всего:38 час.	20	18	38

СОДЕРЖАНИЕ КУРСА

Тема 1. Базисные понятия нейропсихологии. Синдром, синдромный анализ, фактор

Нейропсихология – наука о мозговых механизмах высших психических функций, возникшая на стыке психологии, медицины (неврологии и нейрохирургии), нейробиологии, физиологии. Вклад нейропсихологии в разработку фундаментального положения психологии о мозге как субстрате психических процессов, в изучение проблемы «мозг и психика».

Нейропсихологический анализ нарушений психических процессов. Определение синдрома, симптома, фактора. Значение нейропсихологического подхода для решения методологических, теоретических и практических проблем. А.Р. Лурия – основоположник отечественной нейропсихологии.

Тема 2. Проблема локализации ВПФ в мозге. Учение о трех блоках мозга

История вопроса о локализации высших психических функций. Теории А.Р. Лурия о системно- динамической локализации в.п.ф. Специфические признаки в.п.ф.

Учение А.Р. Лурия о трех основных структурно-функциональных блоках мозга. I блок мозга – блок тонуса и нейродинамики; Функциональный вклад субкортикальных структур мозга в обеспечение психической деятельности. II блок мозга - блок приема, переработки и хранения информации; функциональный вклад задних (височных, теменных, затылочных) отделов мозга в обеспечение психической деятельности. III блок мозга - блок программирования и контроля; функции лобных долей.

Тема 3. Межполушарная асимметрия. Формирование межполушарных функциональных отношений в онтогенезе

Этапы развития представлений о функциональной асимметрии мозга.

Основные теоретические концепции функционального взаимодействия полушарий мозга. Синдром «расщепленного мозга».

Морфологические, нейробиологические, фило- и онтогенетические предпосылки функциональной асимметрии мозга.

Синдром функциональной несформированности межполушарных взаимодействий; несформированность пространственных представлений, реципрокных взаимодействий, латеральные отличия в манипулировании левой и правой рукой. Левшество как феномен атипичного статуса межполушарных взаимодействий человека.

Тема 4. Мозговая организация двигательных функций

Мозговая организация произвольных движений и действий.

Нейропсихологический анализ нарушения двигательных функций при локальных поражениях мозга. Апраксин.

Кинестетический праксис. Кинетический (динамический) праксис. Пространственный праксис. Методы нейропсихологического исследования двигательной сферы.

Тема 5. Мозговая организация гностических процессов

Зрительное, слуховое, тактильное восприятие. Нейропсихологический анализ нарушения гностических функций при локальных поражениях мозга. Агнозии.

Зрительные агнозии. Нарушения зрительного гнозиса при поражении различных систем и областей головного мозга. Виды зрительных агнозий – предметная, симультанная, буквенная, цветовая и т.д.

Пространственные агнозии. Типология нарушений пространственных представлений. Пространство и время.

Тактильные агнозии. Соматогнозис.

Слуховые агнозии. Аритмия, амузия. Фонематический слух. Методы исследования гностических функций.

Тема 6. Мозговая организация мнестических процессов

Модально-специфическая и модально-неспецифическая организация памяти человека.

Нейропсихологический анализ нарушения памяти при локальных поражениях мозга. Амнезии.

Зрительная, слухоречевая, тактильная, двигательная память. Произвольное и непроизвольное запоминание. Память как целостная мнестическая деятельность. Объем, избирательность и прочность как основные функциональные звенья мнестической деятельности

Методы нейропсихологического исследования различных видов памяти.

Тема 7. Мозговая организация речевых функций

Психологические единицы речевой деятельности; экспрессивная и импрессивная речь.

Нейропсихологический анализ нарушения речи при локальных поражениях мозга. Афазии. Сенсорная, акустико-мнестическая, амнестическая, семантическая, афсоерентная моторная, эфферентная моторная, динамическая афазия.

Методы нейропсихологического исследования речевых процессов.

Тема 8. Мозговая организация регуляторных систем психической деятельности

Нейробиологические аффективные, мотивационно-потребностные механизмы саморегуляции. Произвольная саморегуляция.

Взаимодействие систем I и III функциональных блоков мозга в обеспечении процессов саморегуляции.

Роль речи в произвольной регуляции.

Нейропсихологический анализ нарушений произвольной и произвольной регуляции при поражении различных отделов мозга.

Тема 9. Нейропсихологический подход к типологии дизонтогенеза

Составляющие онтогенеза: факторогенез, функциогенез, меж-функциональный системогенез. Основные принципы нейропсихологии детского возраста. Нейробиологические основы онтогенеза. Системогенез различных структур нейрофизиологических, биохимических, морфологических и областей головного мозга. Иерархия поэтапного включения мозговых систем в обеспечение в.п.ф. Биологическое и социальное в онтогенезе Принцип изменения мозговой организации в.п.ф. Принцип гетерохронности; коэффициент развития. Принцип конкуренции.

Специфика нейропсихологической синдромологии в детском возрасте. Псевдопроцессуальность. Пластичность функциональных мозговых систем.

Варианты дизонтогенеза подкорково-корковых взаимодействий.

Тема 10. Прикладные аспекты нейропсихологической работы в детской популяции

Специфика дифференциально-диагностической и коррекционной работы нейропсихолога с ребенком. Основные принципы и этапы нейропсихологической диагностики. Анализ развития ребенка, анамнестические данные. Клиническая беседа. Установление контакта с ребенком и его родителями. Выяснение жалоб, эмоционального фона, общей

ориентировки, данные о левшестве. Исследование состояния высших психических функций и правила регистрации выявленной феноменологии.

Квалификация выявленной феноменологии с констатацией первичного патогенного фактора. Составление нейропсихологического заключения.

Тема 11. Нейропсихологическая коррекция отклоняющегося развития

Диагностика и коррекция как единая система психолого-педагогического сопровождения детей с отклонениями в развитии. Методологическая основа нейропсихологической коррекции – теория А.Р. Лурия - Л.С. Цветковой. Теория П.Я.Гальперина. Стратегия коррекционного процесса в зависимости от исходного нейропсихологического синдрома отклоняющегося развития и возраста ребенка. Специфика проведения индивидуальных и групповых занятий. Диагностика и развитие навыков произвольной саморегуляции. Методы абилитации и реабилитации когнитивных возможностей ребенка.

ТЕОРЕТИЧЕСКИЙ МАТЕРИАЛ ПО НЕЙРОПСИХОЛОГИИ

Лекция 1. Базисные понятия нейропсихологии. Синдром, синдромный анализ, фактор

Отечественная нейропсихология сформировалась на основе положений общепсихологической теории, разработанной психологами Л.С.Выготским и его последователями - А.Н.Леонтьевым, А.Р.Лурия, П.Я.Гальпериным, А.В.Запорожцем и рядом других.

В нейропсихологии используются два класса понятий. Первый класс - понятия, общие для нейропсихологии и общей психологии; второй - это собственно нейропсихологические понятия, сформированные в самой нейропсихологии и обусловленные спецификой ее предмета, объекта и методов исследования.

К первому классу понятий относятся такие, как "психическая деятельность", "психологическая система", "психический процесс", "речевое опосредование", "образ", "знак", "действие" и многие другие.

Второй класс понятий составляют собственно нейропсихологические понятия, в которых нашло отражение применение общепсихологической теории к нейропсихологии - конкретной области знания, предметом которой является изучение особенностей нарушения психических процессов, состояний и личности в целом при локальных поражениях мозга.

Общепсихологическую основу этой теории составляет положение о системном строении высших психических функций и ее системной мозговой организации.

Под высшими психическими функциями понимаются сложные формы сознательной психической деятельности, осуществляемые на основе соответствующих мотивов, регулируемые соответствующими целями и программами и подчиняющиеся всем закономерностям психической деятельности.

А.Р.Лурия указывал, что высшие психические функции обладают тремя основными характеристиками:

- а) они формируются прижизненно, под влиянием социальных факторов;

- б) они опосредованы по своему психологическому строению (преимущественно с помощью речевой системы);

- в) они произвольны по способу осуществления.

Основные характеристики психических функций представляют собой системные качества, характеризующие психические функции как "психологические системы". Высшие психические функции как системы обладают большой пластичностью, взаимозаменяемостью

входящих в них компонентов. Неизменными в них являются исходная задача и конечный результат; средства же, с помощью которых реализуется данная задача, весьма различны на разных этапах и при разных путях и способах формирования функции.

К наиболее важным нейропсихологическим понятиям второго класса можно отнести следующие.

Нейропсихологический симптом - нарушение психической функции (как элементарной, так и высшей), возникающее вследствие локального поражения головного мозга.

Первичные нейропсихологические симптомы - нарушения психических функций, непосредственно связанные с нарушением (выпадением) определенного фактора.

Вторичные нейропсихологические симптомы - нарушения психических функций, возникающие как системное следствие первичных нейропсихологических симптомов по законам системной взаимосвязи с первичными нарушениями.

Нейропсихологический синдром - закономерное сочетание нейропсихологических симптомов, связанное с выпадением (или нарушением) определенного фактора (или нескольких факторов).

Нейропсихологический фактор - физиологическое понятие, обозначающее принцип физиологической деятельности определенной мозговой структуры (участка мозга), нарушение которого ведет к появлению нейропсихологического синдрома.

Факторный анализ - изучение качественной специфики нарушений различных психических функций, связанных с выпадением (нарушением) определенного фактора; качественная квалификация нейропсихологических симптомов.

Синдромный анализ — анализ нейропсихологических синдромов с целью обнаружения общего основания (фактора), объясняющего происхождение различных нейропсихологических симптомов (синоним - "факторный анализ").

Нейропсихологическая диагностика - исследование больных с локальными поражениями головного мозга с помощью нейропсихологических методов с целью установления места поражения мозга (т.е. с целью постановки топического диагноза).

Функциональная система - физиологическое понятие, заимствованное из концепции функциональных систем П.К.Анохина, используемое для объяснения физиологической основы высших психических функций.

Лекция 2. Проблема локализации ВПФ в мозге. Учение о трех блоках мозга

Локализация высших психических функций (ВПФ) - кардинальная проблема соотношения мозга и психических процессов, разрабатываемая рядом научных дисциплин: нейрофизиологией, нейроанатомией, нейропсихологией и др.

Теория системной динамической локализации высших психических функций сформировалась в борьбе с двумя основными направлениями в решении проблемы "мозг-психика" - узким локализационизмом и антилокализационизмом.

История изучения локализации высших психических функций восходит к античности - трудам Гиппократу, Галену и др. Эта проблема связана с такими вопросами, как что такое психическая функция? каково строение мозга? что собой представляет сама локализация?

Представителями **узкого локализационизма** являлись Ф. Галль, К. Кляйст, П. Брока, К. Вернике, Ж. Шарко и др. Они рассматривали психические функции как единые, неразложимые на компоненты "психические способности", осуществляемые узко ограниченными участками коры мозга -

соответствующими мозговыми центрами. Сам мозг и, прежде всего, кора больших полушарий, рассматриваются данным направлением как совокупность различных "центров", каждый из которых целиком отвечает за определенную функцию. Поражение такого центра приводит к выпадению соответствующей функции. Локализация психической функции понимается этим направлением как непосредственное соотнесение психического и морфологического, в связи с чем это направление и получило название психоморфологического. Эти представления не изжиты и в наше время в сознании некоторых врачей - клиницистов, отождествляющих локализацию того или иного симптома нарушения психической функции с локализацией самой функции.

Френологическая карта Ф. Галля (1818), локализационная карта К. Кляйста (1934) представляют собой логическое завершение идей этого течения о работе коры больших полушарий как совокупности различных "центров" психических "способностей".

Наиболее яркими представителями **антилокализационизма** были К. Гольдштейн (1934), Ж.Флуранс (1942), К. Лешли, А. Бергсон. (1948) и др. Они считали, "что мозг – это единое недифференцированное целое, с которым в равной степени связаны все психические функции, которые, в свою очередь, рассматривались как неделимые психические способности».

Поражение любой области мозга ведёт к общему снижению функции (снижению интеллекта, ухудшению символической функции). С т е п е н ь нарушения функции зависит не от локализации поражения, а от массы поражённого мозга.

Клинические наблюдения за такими нарушениями как будто бы подкрепляются фактами: поражение отдельных участков мозга приводит к нарушению различных психических процессов. Однако возможно осуществление той же функции и другими отделами мозга, так как при локальных поражениях мозга нередко наблюдаются факты высокой компенсации возникших нарушений.

Существуют и другие направления в развитии проблемы локализации психических функций. Довольно распространена эклектическая концепция (Монаков, Гольдштейн, Хэд и др.), согласно которой можно и следует локализовать в определенных участках мозга лишь относительно элементарные сенсорные и моторные функции. Высшие психические функции связаны со всем мозгом равномерно.

Теория системной динамической локализации высших психических функций А.Р.Лурия создавалась в борьбе с этими направлениями.

Лекция 3. Межполушарная асимметрия. Формирование межполушарных функциональных отношений в онтогенезе

Проблема межполушарной асимметрии мозга и межполушарного взаимодействия - одна из наиболее актуальных проблем естествознания. Данная проблема разрабатывается разными дисциплинами: нейропсихологией, нейроанатомией, нейробиологией, нейрофизиологией. Локальные поражения мозга как модель для изучения проблемы межполушарной асимметрии и межполушарного взаимодействия представляют собой уникальную возможность исследования данной проблемы на человеке.

Одним из основных принципов функционирования полушарий большого мозга является асимметрия. Первые представления о функциональной роли межполушарной асимметрии возникли лишь тогда, когда удалось установить локализацию нервных центров речи (моторного - центра Брока и сенсорного - центра Вернике в левом полушарии). Как показывают результаты изучения расщепленного мозга, левое полушарие в основном ответственно за язык и речь, а правое) управляет навыками, связанными со зрительным и пространственным опытом.

Процесс формирования межполушарной организации психических процессов, специфического вклада каждого полушария в осуществление психической деятельности имеет название *латерализация функций*.

Процесс латерализации в онтогенезе идет нелинейно, с чередованием доминирования правого и левого полушарий, с постепенным переходом от дублирования функций к их полушарной специализации.

В связи с особым интересом к функциям разных полушарий возникал вопрос, нет ли каких-то анатомических или физиологических различий между полушариями, которые позволяли объяснить их специализацию. До недавнего времени считалось, что два полушария идентичны. Однако исследования, проведенные в последние два десятилетия, показали, что это не совсем так. В настоящее время получено большое количество данных о неравнозначности левого и правого полушарий головного "мозга. Сотрудниками этого же института (Е.П.Кононовой, И.А.Станкевич, С.М.Блинковым) еще в 30-40-е годы были обнаружены структурные различия полей левого и правого полушарий головного мозга человека. При оценке размеров" и площадей полей новой коры левого и правого полушарий было установлено, что общая площадь нижней лобной извилины (45-е поле) у правшей слева больше, чем справа. В нижнетеменных областях коры (поля 39-е и 40-е) слева увеличены размеры коры в глубине борозд. Островковая область слева больше, чем справа. Рядом авторов показано, что у правшей при очень высокой вариабельности борозд и извилин в левом и правом.

Изучение структуры полей у человека на нейронном уровне выявило латеральные различия. Установлено, что размеры нейронов 3-го и 5-го слоев в полях 44-ом и 45-ом в левом полушарии больше, чем в правом, как и гигантские пирамидные клетки Беца в 5-ом слое 4-го моторного поля в левом полушарии превышают те же нейроны в правом полушарии.

Имеются данные в морфологическом различии в организации левого и правого таламуса, левого и правого хвостатого ядра в тех ядрах таламуса, которые связаны с речевыми функциями.

Таким образом, можно убедиться, что морфологические различия между полушариями, являются структурной основой функциональных различий.

Лекция 4. Мозговая организация двигательных функций

Более сложные гностические расстройства связаны с поражением вторичных путей полей теменной коры: 1-го, 2-го, частично 5-го (верхняя теменная область) и третичных 39-го и 40 полей (нижняя теменная область).

Поражение вторичных полей коры теменной области мозга сопровождается нарушением высших тактильных функций или тактильными агнозиями.

Тактильная агнозия - нарушение узнавания формы объектов при относительной сохранности поверхностной и глубокой чувствительности, то есть при сохранении сенсорной основы тактильного восприятия. В клинической литературе описаны два основных синдрома поражения теменной области мозга: нижнетеменной и верхнетеменной.

Нижнетеменной синдром возникает при поражении тех постцентральных областей коры, которые граничат с зонами представительства руки и лица в третьем поле и связаны с нарушением сложных форм тактильного гнозиса - *астереогноза (тактильно-предметная агнозия)*. **Астереогноз** - нарушение способности воспринимать предметы на ощупь, невозможность интегрировать тактильные ощущения, поступающие от объекта. Известны две формы астереогноза:

1-я форма - больной воспринимает отдельные признаки предмета, но не может их синтезировать в единое целое;

2-я форма - нарушено опознание и этих признаков.

Встречаются "тактильные агнозии текстуры объекта", когда возникают трудности опознания самого материала, из которого сделан предмет (трудности опознания таких качеств объекта, как шероховатость, гладкость, мягкость, твердость и т.п.).

Соматоагнозия (нарушение "схемы тела") - нарушение способности узнавания частей тела по их расположения по отношению друг к другу

Обычно больной плохо ориентируется в одной левой половине тела - гемисоматоагнозия (сопровождает поражение правой теменной области мозга). При этом часто возникают ложные соматические образы - соматопарагнозия в виде ощущений "чужой" руки, уменьшения частей тела (руки, головы), удвоения конечностей и т.п.

В целом и предметная тактильная агнозия (астереогноз), пальцевая агнозия и соматоагнозия более глубоко выражены при поражении правого полушария мозга. Тактильная алексия чаще связана с левосторонним поражением теменной коры. Особую группу симптомов составляют симптомы поражения задних отделов теменной коры, примыкающей к затылочным и задне-височным областям мозга. Эти отделы принимают непосредственное участие в анализе и синтезе пространственных признаков среды, их поражение ведет к различным формам оптико-пространственных нарушений - оптико-пространственной агнозии, апрактоагнозии или к нарушениям сложных символических пространственных функций (счета, ориентации в карте, рисунках и т.д.), которые входят в синдром поражения зоны ТРО, о чем речь будет ниже.

И.М.Сеченов считал, что затылочная и теменная кора работают по общему принципу, осуществляя симультанный анализ афферентации или анализ "групп раздражений", лежащий в основе ориентации во внешнем и внутреннем пространстве.

Лекция 5. Мозговая организация гностических функций

Работу анализаторных систем изучает нейрофизиология (физиология ВНД). Нейропсихологический аспект данной проблемы состоит в анализе нейропсихологических симптомов, возникающих при поражении различных уровней анализаторной системы и в построении общих теоретических представлений о работе всей системы в целом. При изучении

адаптации личных анализаторных систем выделяют две группы расстройств:

а) относительно элементарные *расстройства*, которые отражают нарушения различных видов ощущений (света, цвета, высоты, громкости, длительности звука и др.).

б) более сложные *гностические расстройства*, которые отражают нарушения различных видов восприятия (формы предметов, символов, пространственных отношений, звуков речи и т.д.).

Сенсорные расстройства связаны с поражением периферических и различных подкорковых уровней анализаторной системы и первичного и подкоркового поля соответствующего анализатора.

Гностические нарушения связаны, прежде всего, с поражением вторичных корковых полей, хотя в мозговые основы гностической деятельности входят и другие корковые и подкорковые структуры, в том числе префронтальные отделы коры больших полушарий.

Гностические расстройства, возникающие при корковых очагах поражения, в нейропсихологии называют **агнозиям**.

Зрительные агнозии - расстройства зрительного гнозиса, возникающие при поражении корковых структур задних отделов больших полушарий и протекают при относительной сохранности элементарных зрительных функций (остроты зрения, полей зрения, цветоощущения).

Зрительные функции остаются относительно сохранными, то есть больные достаточно хорошо видят, у них нормальное цветоощущение, поля зрения нормальны, у них как будто есть все предпосылки воспринимать объекты правильно. Но именно гностический уровень у них нарушен.

В некоторых случаях у больных, помимо гностических, имеются нарушения и сенсорных функций. Это, как правило, тонкие дефекты, которые не могут объяснить нарушений высших зрительных функций.

Гностические расстройства, возникающие при корковых очагах поражения, в нейропсихологии называют агнозиями.

Оптико-пространственная агнозия – агнозия связана преимущественно с поражением верхней части "широкой зрительной сферы". В особенно грубой форме оптико-пространственная агнозия наблюдается при двустороннем поражении затылочно-теменных отделов мозга. При одностороннем поражении эти нарушения также достаточно четко выражены.

Специальную форму составляет буквенная агнозия. **Буквенная агнозия** - вид агнозии, при которой больной, правильно копируя буквы, не может их читать. При этом распадается навык чтения (первичная алексия).

Данная агнозия встречается изолированно от других нарушений зрительной функций, что и дает основание выделить этот дефект в самостоятельную форму агнозии. Больные правильно воспринимают предметы, правильно оценивают их изображения и даже правильно ориентируются в сложно-пространственных изображениях и реальных объектах, но "не понимают" буквы и не могут читать.

Такая форма агнозии встречается при поражении левого полушария мозга - нижней части "широкой зрительной сферы", на границе затылочной и височной коры у правшей.

Цветовая агнозия - вид агнозии, при которой больной различает цвета, но не знает, какие предметы окрашены в данный цвет.

Различают собственно цветовую агнозию и нарушение распознавания цветов как таковых (дефекты цветоощущений и цветовая слепота).

Цветовая слепота и нарушение цветоощущений могут иметь как периферическое, так и центральное происхождение, то есть могут быть связаны как с поражением сетчатки, так и с поражением подкорковых и корковых звеньев зрительной системы.

Симультанная агнозия - вид агнозии, при которой больной может воспринимать только отдельные фрагменты изображения вследствие

резкого сужения возможности видеть целое, причем этот дефект наблюдается и при сохранности полей зрения. Симультанная агнозия впервые была описана П.Балинтом, поэтому получила название "синдром Балинта".

Лекция 6. Мозговая организация мнестических функций

В нейропсихологии память рассматривают как сложную функциональную систему, в организации которой принимает участие целая система совместно работающих аппаратов мозговой коры и нижележащих образований. Каждый из этих аппаратов вносит свой специфический вклад в организацию мнестических процессов, поэтому разрушение или патологическое состояние любого из них неизбежно скажется на мнестической деятельности в целом. Нарушения памяти бывают самые разнообразные. Выделяют гипомнезию, гипермнезию, парамнезию и амнезию. Но характер этих нарушений будет зависеть от того, какое именно звено страдает. Гипомнезия проявляется в ослаблении всех видов памяти. Она может быть связана с возрастными изменениями либо является следствием каких-либо заболеваний. Для гипермнезии характерно резкое увеличение объема и прочности запечатления материала. Это явление подробно описано А. Р. Лурия на примере репортера Н. Шершевского в «Маленькой книжке о большой памяти». Парамнезия — это особое состояние, когда человек испытывает ощущение «знакомости» при встрече с незнакомыми объектами. Эти обманы памяти связаны с измененными состояниями сознания. И, наконец, амнезии, особый тип аномалий памяти, проявляющийся в значительном отсутствии или ослаблении памяти. Среди амнезий особую группу составляют амнезии, возникающие при локальных поражениях мозга.

А. Р. Лурия выделил два типа нарушения памяти при локальных поражениях мозга — модально-специфические и модально-неспецифические. Под модально-неспецифическими нарушениями памяти в нейропсихологии понимают такие патологические явления, которые проявляются во всех видах,

формах и процессах памяти. Основным условием запечатления всех следов информации является сохранение оптимального тонуса коры больших полушарий, который связан с активностью ретикулярной формации. Снижение коркового тонуса является основным фактором, который приводит к модально-неспецифическим нарушениям памяти (снижение продуктивности процессов запечатления, сохранения и воспроизведения информации). Но в зависимости от уровня поражения неспецифических структур, модально-неспецифические нарушения памяти носят разный характер:

- на уровне продолговатого мозга нарушения памяти проявляются в виде синдрома нарушения сознания, внимания, нарушения сна и бодрствования;

- на уровне гиппокампа наблюдаются нарушения кратковременной памяти, ее повышенная ранимость, подверженность следов влиянию интерференции. П. Милнер утверждает, что структуры гиппокампа обеспечивают общую способность запечатлевать следы текущего опыта. У больных с массивными поражениями этих структур наблюдается полная невозможность сохранить следы текущего опыта, что проявляется в синдроме грубой дезориентировки больного в месте, времени и происходящих с ним событиях. Он не может вспомнить, что было 15-20 минут назад.

Для всех модально-неспецифических нарушений памяти характерно то, что, во-первых, их можно выделить в любой сфере деятельности больного (забывание намерений, забывание выполненных действий и т. п.). Во-вторых, они одинаково проявляются как в элементарном, непреднамеренном запечатлении, так и в произвольной мнестической деятельности. И, наконец, при массивных поражениях данных структур возникают грубые нарушения сознания (симптомы растерянности и спутанности).

Модально-специфические нарушения памяти составляют второй тип мнестических дефектов, встречающихся в клинике локальных поражений головного мозга. Они возникают при поражении аппаратов второго и третьего функциональных блоков, связаны со стимулами определенной модальности и

распространяются только на раздражители, которые адресуются лишь к одному анализатору. К этим патологиям относят нарушения зрительной памяти, слухоречевой, музыкальной, тактильной, двигательной. Они отличаются тем, что эти дефекты не бывают глобальными, никогда не вызывают нарушения расстройств сознания, носят характер распада мнестической основы отдельных, модально-специфических операций.

В зависимости от локализации очага поражения можно выделить следующие модально-специфические нарушения памяти:

— при поражении средних отделов вторичных зон височной области левого полушария возникают нарушения слухоречевой памяти (акустико-мнестическая афазия), заключающиеся в невозможности удержать в памяти даже несколько слов. Следует отметить, что этот дефект слухоречевой памяти выступает в изолированной форме, у больных нет расстройства фонематического слуха;

— при поражении теменно-затылочной области левого полушария возникает амнестическая афазия, проявляющаяся в невозможности удержать в памяти зрительные структуры, включающие пространственные отношения. У этих больных нарушаются зрительные представления объектов, но нет никаких гностических зрительных расстройств.

В литературе описаны нарушения пространственной памяти, цветовой, музыкальной и памяти на лица. Рассмотренные случаи нарушения памяти вызывают дефекты операций запоминания и припоминания, но никогда не превращаются в нарушение самой структуры мнестической деятельности, сохраняя возможность компенсации дефекта.

Активная мнестическая деятельность, как любая психическая деятельность, всегда опирается на цель, мотив, задачи запоминания, определенную программу, выбор соответствующих мнемотехнических средств, длительность удержания. Иными словами, она носит активный, целенаправленный, осознанный характер, а любая целенаправленная деятельность связана с

активностью лобных отделов мозга. При их массивных поражениях нельзя вызвать ни прочного и активного намерения запомнить информацию, ни активного поиска средств и способов запоминания. Активная мнестическая деятельность превращается в пассивное запечатление предлагаемого материала. Заучивание имеет характер стереотипного повторения (кривая запоминания в виде «плато», когда повторение не приводит к увеличению объема запомненного материала). Такое нарушение называется «псевдоамнезия», так как у «лобных» больных нет первичных нарушений мнестических процессов, а страдает общая организация любой произвольной деятельности в

Лекция 7. Мозговая организация речевых функций

В зависимости от нарушения одного из факторов, на которых основана речевая система при локальных поражениях мозга, А. Р. Лурия разработал классификацию афазий. При выпадении афферентных звеньев речевой функциональной системы (слуховых, зрительных, кинестетических, комплексных афферентаций) выделяют пять видов афазий — сенсорную, акустико-мнестическую, оптико-мнестическую, афферентную моторную и семантическую. При нарушении эфферентных звеньев речевой системы — динамическую и эфферентную моторную афазии.

Сенсорная афазия возникает при поражении верхних отделов вторичных зон височной области левого полушария (зона Вернике). В ее основе лежит нарушение фонематического слуха, т. е. способности различать звуковой состав слова. Больной путает близкие по звучанию фонемы (б — п, г — к). В тяжелых случаях он воспринимает родную речь как иностранную или вместо речи слышит неречевой шум. Но продолжает активно использовать в речи интонации. Нарушение фонематического слуха приводит к дезорганизации всей речевой системы, дефектам понимания устной речи, непониманию речи в усложненных условиях. Наблюдается замена одних звуков другими

(литеральные парафазии), замена одного слова другим (вербальные парафазии), нарушение письма (под диктовку), частичное нарушение чтения.

Акустико-мнестическая афазия наблюдается при поражении средних отделов вторичных зон височной области левого полушария. Больной правильно понимает обращенную к нему речь, но не способен запомнить даже самую короткую фразу. Объем слухоречевой памяти снижается до 3 или 2 единиц, что приводит к вторичному непониманию устной речи, а также к трудностям в активной устной речи (скудная речь, частый пропуск слов, обычно существительных). Но интонации при данном дефекте остаются сохранными. При акустико-мнестической афазии сохраняется фонематический слух, но наблюдаются трудности в поиске нужного слова, возникают вербальные парафазии, налицо снижение скорости переработки словесной информации.

Опτικο-мнестическая афазия имеет место при поражении задненижних отделов височной области левого полушария (у правшей). В основе лежит слабость зрительных представлений, зрительных образов слов, в силу чего больной не может правильно назвать предмет. А. Р. Лурия и его сотрудники доказали, что в этом случае распадается преимущественно зрительно-мнестическое звено речевой системы, связи между зрительным образом и его наименованием. У больных нарушается способность изображения объекта, в их описаниях отсутствуют зрительные образы.

Афферентная моторная афазия появляется вследствие поражения нижних отделов вторичных зон теменной области левого полушария и связана с выпадением кинестетического афферентного звена речевой системы. Нарушается возможность появления четких ощущений, поступающих от артикуляционного аппарата в кору больших полушарий во время речевого акта, больной путает близкие по артикуляции звуки («д» — «л» — «н»), например: «халат» — «хадат» и т. д. Часто наблюдается нарушение орального (неречевого) праксиса. Больной не может надуть щеки, высунуть язык и т. п.

Семантическая афазия связана с областью стыка височных, теменных и затылочных зон левого полушария (третичные зоны коры). А. Р. Лурия установил, что у таких больных нарушается понимание определенных логико-грамматических конструкций: тех, которые отражают одновременный симультанный анализ и синтез явлений, когда для понимания выражения требуется одновременное представление нескольких явлений. Больные не понимают пространственные отношения, выраженные с помощью предлогов («круг под крестом» или «круг над крестом»), слова с суффиксами, сравнительные отношения (длиннее, светлее и т. п.), конструкции родительного падежа (отец брата, брат отца), временные конструкции («прежде чем позавтракать, я прочитал газету»), пространственные конструкции (не понимает, что правильно — «Земля освещает солнце» или «Солнце освещает землю»). Как правило, эта форма афазии сопровождается дефектами счетных операций (акалькулия).

Эфферентная моторная афазия связана с поражением нижних отделов премоторной области (зона Брока). Распадается двигательная сторона речевого акта, нарушается четкая временная последовательность речевых движений, больной не может переключиться с одной артикулемы на другую, с одного слова на другое, возникают речевые персеверации, которые проявляются и в письме. Слияние отдельных слов в плавную речь у таких больных невозможно.

Динамическая афазия связана с поражением средне- и заднелобных отделов коры левого полушария. В основе этой формы афазии лежат нарушения сукцессивной (или развернутой) организации речевого высказывания. У больных страдает внутренняя схема речевого высказывания, его замысел, поэтому их речь бедная, преимущественно диалогическая, снижено использование глаголов, наблюдается эхолалия, персеверация слов и использование речевых стереотипов. Наблюдаются дефекты и внешней, и внутренней речи. Распадается ее предикативность, т. е. имеются трудности в

построении высказывания, встречаются аграмматизмы в виде пропуска глаголов, предлогов, встречается употребление шаблонных фраз.

Афазии возникают при поражении разных уровней организации речи, связаны с состоянием других психических процессов (восприятия, памяти, представлений), а также с эмоционально-волевой сферой личности. Поэтому возникновение афазий приводит к дезинтеграции всей психической сферы. Специальные исследования изменения личности при афазиях выявили их специфику при разных ее формах. Таким образом, афазии следует рассматривать как многофакторное явление, связанное со всей психической сферой личности.

Лекция 9. Нейропсихологический подход к типологии дизонтогенеза

Понятие «дизонтогенеза», вернее «дизонтогении», было впервые введено в обиход клиницистами (Швальбе, 1927) в связи с запросами новой самостоятельной отрасли психиатрии — детской психиатрии. Детские психиатры, говоря о неправомерности отождествления психических заболеваний детского и взрослого возраста, стали все больше значения придавать роли возраста, а также симптомам, обусловленным аномальным развитием в условиях болезни. Под дизонтогенезом (дизонтогениями) принято понимать различные формы нарушений онтогенеза, включая и постнатальный, преимущественно ранний, ограниченный теми сроками развития, когда морфологические системы организма еще не достигли зрелости.

Одним из основных компонентов постнатального дизонтогенеза является **психический дизонтогенез**, который В. В. Ковалев определяет как **нарушение психического развития в детском и подростковом возрасте в результате расстройства созревания структур и функций головного мозга**.

Психический дизонтогенез может быть обусловлен как патогенными биологическими факторами (генетическими, экзогенно-органическими и др.), так и более или менее длительно действующими неблагоприятными

микросоциально-психологическими средовыми воздействиями. В наиболее неблагоприятных случаях дизонтогенез может быть вызван сочетанием биологических и социально-средовых факторов.

Традиционно клиницисты выделяют два основных типа психического дизонтогенеза: ретардацию и асинхронию. В. В. Ковалев в дополнение выделяет третий тип дизонтогенеза, который может быть весьма условно обозначен как регрессивный.

Под *ретардацией* понимают запаздывание или приостановку психического развития. Ретардация может быть *общей (тотальной)* и *частной (парциальной)*. В первом случае говорят о запаздывании или приостановке всего психического и личностного развития в целом. В последнем — о запаздывании или приостановке развития отдельных психических функций, компонентов психики, отдельных свойств личности (или психомоторики, или речи, или произвольных форм регуляции и т. п.).

Асинхрония определяется как искаженное, диспропорциональное, дисгармоническое психическое развитие. Она характеризуется выраженным опережением развития одних психических функций и свойств личности и значительным отставанием темпа и сроков созревания других функций и свойств, что становится основой дисгармонической структуры личности и психики в целом.

Третий тип психического дизонтогенеза, выделенный В. В. Ковалевым, связан с механизмами высвобождения и фиксации более ранних онтогенетических форм нервно-психического реагирования. Сущность данного типа составляет временный возврат к незрелым формам нервно-психического реагирования.

Дизонтогенетический подход предъявляет особые требования к методам исследования нарушений психики. Количественное шкалирование уровня психического развития с помощью тестов в большинстве случаев дает преимущественно негативную оценку отклонений развития, не отражая

внутренней структуры соотношения дефекта с сохранным фондом развития, и поэтому недостаточно информативно в плане прогноза и психолого-педагогических воздействий. В связи с этим специфической задачей детской патопсихологии является определение качественного характера нарушения психического развития ребенка.

В решении этой задачи патопсихология тесно взаимодействует с двумя другими отраслями знаний: с детской психиатрией и специальной психологией. Как уже отмечалось, именно в детской психиатрии, начиная с 20-х гг. прошлого века, сложился онтогенетический подход к анализу психических заболеваний в детском возрасте. Именно психиатры ввели в обиход понятие дизонтогении, определили этиологические факторы и патогенетические механизмы, основные клинические формы проявления дизонтогенеза (Швальбе, Г. Е. Сухарева, В. В. Ковалев и др.).

В специальной психологии (являющейся составной частью и теоретической основой дефектологии, специальной педагогики) большое внимание уделяется изучению закономерностей психического развития аномальных детей. Большой вклад в изучение аномалий развития, выявление закономерностей психического развития детей со стойким психофизическим дефектом внес Л. С. Выготский, который обосновал положение о том, что развитие аномального ребенка подчиняется тем же основным закономерностям, которые характерны для психического развития всех детей. Он также выделил специфические закономерности психического развития, характерные для аномальных детей. Л. С. Выготским была выдвинута идея о сложной структуре аномального развития ребенка. Согласно этой идее нарушение психического развития аномальных детей носит системный характер, т. е. наличие психического или физического дефекта приводит к целому ряду отклонений, в результате чего возникает сложная целостная картина атипичного развития. В сложной структуре дефекта Л. С. Выготский выделял первичный (биологически

обусловленный) дефект и вторичный дефект, возникающий опосредованно в процессе аномального социального развития.

Л. С. Выготский первым обосновал необходимость структурно-динамического изучения аномального развития психики, необходимость анализа патопсихологических механизмов психического дизонтогенеза. Он считал, что психологическое изучение аномального ребенка обязательно должно проходить путь от изучения отдельных симптомов дизонтогенеза к изучению его синдромов и далее — к типу дизонтогенеза. Только такой подход позволит осуществлять дифференцированную диагностику и дифференцированную коррекцию нарушений развития.

Патопсихологические параметры психического дизонтогенеза.

В. В. Лебединский, основываясь на этих взглядах Л. С. Выготского (которые не потеряли своей актуальности и по сей день), выделил четыре патопсихологических параметра, определяющих характер психического дизонтогенеза. По его мнению, то, как именно будет нарушаться психическое развитие в каждом конкретном случае, зависит от:

- 1) функциональной локализации нарушения;
- 2) времени поражения;
- 3) соотношения первичного и вторичного дефектов;
- 4) характера нарушения межфункциональных взаимодействий в процессе аномального системогенеза.

Лекция 10. Прикладные аспекты нейропсихологической работы в детской популяции

Дыхательные упражнения

В начале коррекционных занятий *необходимо* уделить большое внимание выработке правильного дыхания, что оптимизирует газообмен и кровообращение, вентиляцию всех участков легких, массаж органов брюшной

полости; способствует общему оздоровлению и улучшению самочувствия. Оно успокаивает и способствует концентрации внимания.

Одной из важнейших целей организации правильного дыхания у детей является формирование у них базовых составляющих произвольной саморегуляции. Ведь ритм дыхания — единственный из всех телесных ритмов, подвластный спонтанной, сознательной и активной регуляции со стороны человека. Тренировка делает глубокое медленное дыхание простым и естественным, регулируемым произвольно.

Дыхательные упражнения всегда должны предшествовать самомассажу и другим заданиям. Основным является полное дыхание, т.е. сочетание грудного и брюшного дыхания; выполнять его нужно *сначала лежа, потом сидя и, наконец, стоя*. Пока ребенок не научится дышать правильно, рекомендуется положить одну его руку на грудь, другую на живот (сверху зафиксировать их руками взрослого — психолога, педагога, родителей) для контроля за полнотой дыхательных движений. После выполнения дыхательных упражнений можно приступать к самомассажу и другим упражнениям, способствующим повышению статокинетического уровня психической активности ребенка, увеличению его энергетического и адаптационного потенциала.

Универсальным является обучение четырехфазным дыхательным упражнениям, содержащим равные по времени этапы: «вдох — задержка — выдох — задержка». Вначале каждый из них может составлять 2 — 3 с с постепенным увеличением до 7 с. Как уже отмечалось, вначале необходима фиксация психологом рук ребенка, что значительно облегчает обучение. Психолог должен также вслух отсчитывать указанные временные интервалы с постепенным переходом к самостоятельному выполнению упражнений ребенком. Правильное дыхание — это медленное, глубокое, диафрагмальное дыхание (при котором легкие заполняются от самых нижних отделов до верхних), состоящее из следующих четырех этапов:

1-й — вдох: распустить мышцы живота, начать вдох, опустить диафрагму вниз, выдвигая живот вперед; наполнить среднюю часть легких, расширяя грудную клетку с помощью межреберных мышц; приподнять грудину и ключицы, наполнить воздухом верхушки легких.

2-й — пауза. 3-й — выдох: приподнять диафрагму вверх и втянуть живот; опустить ребра, используя группу межреберных мышц; опустить грудину и ключицы, выпуская воздух из верхушек легких.

4-й — пауза. Отработку дыхательных упражнений лучше всего начинать со стадии выдоха, после чего, выждав естественную паузу и дождавшись момента, когда появится желание вдохнуть, сделать приятный, глубокий, без напряжения вдох ртом или носом. Нужно внимательно следить за тем, чтобы двигалась диафрагма и оставались спокойными плечи. При выполнении упражнения в положении сидя или стоя не нагибаться вперед. *Все упражнения выполняются по 3—5 раз.*

1. Сделать полный выдох, набрать воздух медленно через нос, следя за тем, чтобы передняя брюшная стенка все больше выдавалась вперед (набирать воздух свободно, не напрягаясь). При этом диафрагма уплощается, увеличивая объем легких, грудная клетка расширяется. На 2 — 5 с задержать воздух, затем начать выдох ртом с подтягиванием брюшной стенки; в конце выдоха опускается грудь. Вдыхать и выдыхать плавно, избегая толчков.

2. Правую руку положить на область движения диафрагмы. Сделать выдох и, когда появится желание вдохнуть, с закрытым ртом сделать глубокий, без напряжения вдох носом. Затем пауза (задержать грудную клетку в расширенном состоянии). Сделать полный выдох, медленно и плавно выпуская воздух через нос. Пауза.

3. После выдоха начать дыхание через нос, следя, правильно ли работают диафрагма, нижние ребра и мышцы живота, спокойны ли плечи. Выдержав паузу, начать постепенный, плавный выдох через узкое отверстие, образованное губами. При этом должно возникнуть ощущение, будто струя воздуха явля-

ется продолжением воздушного потока, идущего от диафрагмы. Необходимо следить за тем, чтобы не было напряжения в верхней части грудной клетки и шее. При ощущении напряжения следует, расслабившись, медленно покачать головой вправо-влево, вперед-назад, по кругу.

Массаж и самомассаж

Обучение ребенка самомассажу рекомендуется проводить в несколько этапов. Сначала взрослый массирует тело ребенка сам, затем — руками самого ребенка, наложив сверху свои руки, только после этого ребенок выполняет самомассаж самостоятельно.

Попросите его описать свои ощущения до и после массажа: «Возможно, что-то изменилось? Что? Где? На что это похоже?». Например, массируемые (или иные) части тела стали более теплыми, горячими, легкими или покрылись мурашками, тяжелыми и т.п.

Подчеркнем, что аналогично происходит освоение и всех иных упражнений, входящих в данный раздел: психолог демонстрирует, комментируя, то движение, которое предстоит освоить ребенку. Когда он повторяет показанное, психолог помогает ему своими руками (всем телом) и пояснениями. Выполняя упражнения самостоятельно, ребенок дает отчет о своих ощущениях до, в процессе и после выполнения упражнения.

«*Волшебные точки*». Массаж «волшебных точек» повышает сопротивляемость организма, способствует улучшению обменных процессов, лимфо- и кровообращения. Безусловно, методы акупунктуры гораздо обширнее, и овладение ими во всяком случае принесет большую пользу как специалистам, так и ребенку. Однако такая работа однозначно должна вестись только специально обученными профессионалами. Здесь же приведены примеры тех «волшебных точек» (по проф. А. А. Уманской), которые апробированы, доказали свою эффективность и доступность при широком внедрении в повседневную педагогическую и домашнюю практику.

Приемы этого массажа легко освоить взрослым, а затем научить детей. Массаж «волшебных точек», производимый вращательными движениями, надо делать ежедневно три раза в день по 3 с (9 раз в одну сторону, 9 — в противоположную). Если вы обнаружили у себя или ребенка болезненную зону, то ее надо массировать указанным способом через каждые 40 мин до восстановления нормальной чувствительности.

Помимо других эффектов постоянный массаж благоприятен для ребенка, поскольку:

точка 1 связана со слизистой трахеи, бронхов, а также с костным мозгом. При массаже этой зоны уменьшается кашель, улучшается кроветворение;

точка 2 регулирует иммунные функции организма. Повышает сопротивляемость инфекционным заболеваниям;

точка 3 контролирует химический состав крови и слизистую оболочку гортани;

точка 4 — зона шеи связана с регулятором деятельности сосудов головы, шеи и туловища. Массаж этой точки нормализует работу всей точки следует массировать не вращательными, а только поступательными, надавливающими или вибрирующими движениями сверху вниз, так же, как и точку 5;

точка 5 расположена в области 7-го шейного и 1-го грудного позвонка. Работа с ней дает разнообразные положительные эффекты, в том числе улучшение общего кровообращения, снижение раздражительности и чувствительности к аллергическим агентам;

точка 6 — массаж этой точки улучшает кровоснабжение слизистых оболочек носа и гайморовой полости. Нос очищается, насморк проходит;

точка 7 улучшает кровоснабжение в области глазного яблока и лобных отделов мозга;

точка 8 — массаж воздействует на органы слуха и вестибулярный аппарат;

точка 9 — массаж дает многосторонний эффект; снимаются отеки, нормализуются многие функции организма.

Лекция 11. Нейропсихологическая коррекция отклоняющегося развития

В настоящее время наблюдается увеличение числа детей с отклонениями в психическом развитии. Причем характерно, что эта тенденция наблюдается среди учащихся массовых школ. Объективные клинические обследования, как правило, не выявляют у этих детей грубой патологии и фиксируют вариант развития в пределах ниже нормативных границ. Между тем проблемы обучаемости их подчас практически неразрешимы.

Заметно увеличивается количество коррекционных классов, всевозможных реабилитационных центров и консультаций. При этом специалисты утверждают, что традиционные общепринятые психолого-педагогические методы во многих случаях перестали приносить результаты и в процессе обучения, и в процессе направленной коррекции. То есть в нынешней детской популяции актуализируются какие-то дизонтогенетические механизмы, не позволяющие эффективно воздействовать на тот или иной дефицит психической деятельности ребенка непосредственно, по типу «симптом — мишень».

Современные методы коррекции детей с отклонениями в психическом развитии разделяются на два основных направления. Первое — собственно когнитивные методы, чаще всего направленные на преодоление трудностей усвоения школьных знаний и формирование ВПФ. Например: целенаправленная работа в сфере слухоречевой памяти, формирование счетных операций и т.д. Второе направление — методы двигательной (моторной) коррекции, или телесно-ориентированные методы, которые зарекомендовали себя при работе со взрослой популяцией.

Они направлены в основном на восстановление контакта с собственным телом, снятие телесных напряжений, осознание своих проблем в виде телесных аналогов, развитие невербальных компонентов общения с целью улучшения психического самочувствия при взаимодействии с другими людьми.

Наличие этих двух противоположных по своей направленности подходов — «сверху» и «снизу» — открывает нам еще раз, в ракурсе психологической коррекции, вечную проблему соотношения души (психики) и тела: первый ориентирован «на голову», а второй — «на тело».

Немногочисленные попытки «связать» воедино эти два направления с целью преодоления имеющегося дуализма чаще всего сводятся к обычной суммации (например, в коррекционную программу вводятся и когнитивные, и двигательные методы). Опыт показывает, что желаемые результаты не достигаются, так как в современной популяции детей преобладают системные нарушения психических функций с обилием мозаичных, внешне разнонаправленных дефектов.

Таким образом, в сложившейся актуальной ситуации оптимальным является системный подход к коррекции и абилитации психического развития ребенка, в котором когнитивные и двигательные методы должны применяться в некотором иерархизированном комплексе с учетом их взаимодополняющего влияния.

Направление, в рамках которого разработана «Комплексная нейropsychологическая коррекция и абилитация», исходит из того, что воздействие на сенсомоторный уровень с учетом общих закономерностей онтогенеза вызывает активизацию в развитии всех ВПФ. Так как он является базальным для дальнейшего развития ВПФ, логично в начале коррекционного процесса отдать предпочтение именно двигательным методам, не только создающим некоторый потенциал для будущей работы, но и активизирующим, восстанавливающим и пристраивающим взаимодействия между различными уровнями и аспектами психической деятельности. Ведь очевидно, что

актуализация и закрепление любых телесных навыков предполагают восстребованность извне таких психических функций, как, например, эмоции, восприятие, память, процессы саморегуляции и т.д. Следовательно, создается базовая предпосылка для полноценного участия этих процессов в овладении чтением, письмом, математическими знаниями.

Последующее включение когнитивной коррекции, также содержащей большое число телесно-ориентированных методов, должно происходить с учетом динамики индивидуальной или групповой работы.

Методологически «комплексная нейропсихологическая коррекция и абилитация» опираются на современные (по А. Р.Лурия) представления о закономерностях развития и иерархическом строении мозговой организации ВПФ в онтогенезе (прежде всего — в ракурсе теории о трех функциональных блоках мозга); на учение Л.С. Цветковой о нейропсихологической реабилитации; на принцип «замещающего онтогенеза» (А.В.Семенович, Б.А.Архипов). *Методически* — на адаптированный вариант базовых нейропсихологических, телесно-ориентированных, этологических, театральных и иных психотехник применительно к детскому возрасту.

Коррекция и абилитация (развитие способностей) практически неразделимы в детском возрасте ввиду универсальных закономерностей единого онтогенетического процесса. Здесь нет специальных пунктов, посвященных нейропсихологической коррекции чтения (дислексий), письма (дисграфий), счета (дискалькулий). Это связано с наличием двух соображений. Во-первых, указанные процессы являются чрезвычайно сложной, как бы «надфункциональной» системой, в состав которой входят и операциональные (речевые, гностические, двигательные и т.д.) и регуляторные факторы. Нейропсихологическая коррекция и абилитация именно этих, ядерных, факторов является залогом адекватного формирования у ребенка и счета, и чтения. Практический опыт доказывает, что такой подход зачастую приводит к

якобы «спонтанному» преодолению имеющейся недостаточности по математике или русскому языку и литературе.

С другой стороны, нельзя не подчеркнуть, что именно дефициту названных процессов (равно, как и речи) и его преодолению у детей посвящено огромное множество дефектологической и логопедической литературы. В нейропсихологии эта проблематика всесторонне и глубоко (как методологически, так и методически) освещена в классических трудах школы Л. С. Цветковой.

В нейропсихологическом контексте каждый из описываемых уровней коррекции имеет свою специфическую «мишень» воздействия:

- методы I уровня направлены, прежде всего, на элиминацию дефекта и функциональную активацию подкорковых образований головного мозга;
- методы II уровня — на стабилизацию межполушарных взаимодействий и функциональной специализации левого и правого полушарий;
- методы III уровня — на формирование оптимального функционального статуса передних (префронтальных) отделов мозга.

Соответственно понимание и усвоение логики применения методов разного уровня требует продуманной стратегии и тактики, основанной на дифференциально-диагностической нейропсихологической квалификации недостаточности, имеющейся у ребенка и базирующейся на результатах полного нейропсихологического обследования.

Требования к применению предлагаемой коррекционной и абилитационной системы подразумевают единовременное включение в коррекционный процесс упражнений из разделов 1, 2 и 3. Однако удельный вес и время применения тех или иных методов будут варьироваться в зависимости от исходного статуса ребенка. Чем глубже дефицит, тем больше внимания и времени должно быть уделено отработке I уровня, с постепенным переходом к следующему. Вместе с тем трудно себе представить ситуацию, при которой коррекционные занятия могут проходить без привлечения групповых и игровых факторов (III уровень). А в идеале даже в относительно простых

случаях должны присутствовать методы воздействия на все иерархические уровни. Кроме того, очевидно, что автоматизмы, например, I уровня с успехом могут ассимилироваться в программы II и III уровней в качестве составляющей любого из упражнений.

Методические рекомендации (указания) для студентов по изучению дисциплины

Семинарское занятие 1. Учение о трех блоках мозга (4 час.)

Вопросы для обсуждения:

1. Принципы эволюции и строения мозга как органа психики.
2. Концепция структурно-функциональных блоков мозга А. Р. Лурия.
3. Особенности работы первого блока.
4. Особенности работы второго блока.
5. Особенности работы третьего блока.

Контрольные вопросы

- Объясните суть принципа иерархического строения коры.
- Назовите возрастные границы созревания первичных, вторичных и третичных зон коры больших полушарий.
- Как связаны между собой принцип эволюционного развития и принцип сохранности древних структур мозга?
- Какие из трех блоков мозга обладают модальной специфичностью, а какие — нет?
- В чем различие проведения возбуждения во втором и третьем блоках мозга?
- В чем различия иерархической организации у детей и иерархического взаимодействия у взрослых?

Рекомендуемая литература

Основная

Хомская, Е.Д. Нейропсихология: учеб пособие для вузов / Е.Д.Хомская. - М., 2006. – С. 71-80 .

Дополнительная

Блинков, С.М. Мозг в цифрах и таблицах / С.М.Блинков. - М., 1973.

Лурия, А.Р. Высшие корковые функции человека и их нарушения при локальных поражениях мозга / А.Р.Лурия. - М., 1969.

Семинарское занятие 2. Межполушарная асимметрия 2 (2 час.)

Вопросы для обсуждения:

1. Основные направления в изучении проблемы межполушарной асимметрии мозга
2. Анатомические особенности межполушарного взаимодействия.
3. Характеристика синдрома «расщепленного мозга».
4. Результаты нейропсихологических исследований поражения мозолистого тела.
5. Особенности протекания процессов межполушарного взаимодействия у детей.

Задание: составить подробный конспект статьи Москвина В.А. «Межполушарная асимметрия и индивидуальные стили эмоционального реагирования».

Контрольные вопросы

- От чего зависит уровень межполушарной асимметрии вызванных потенциалов (при прочих равных условиях)?
- Где располагается «моторный центр» слов П.Брока?
- На чем была основана концепция левополушарной доминантности?
- В чем заключается первое положение теории функциональной асимметрии больших полушарий?
- Какие асимметрии относятся к сенсорным?
- Какие асимметрии относятся к «психическим» формам?
- Какая асимметрия считается ведущей среди моторных асимметрий?
- В чем заключается второе положение теории функциональной асимметрии больших полушарий?

- В чем заключается третье положение теории функциональной асимметрии больших полушарий?

Рекомендуемая литература

Основная

Хомская, Е.Д. Нейропсихология: учеб пособие для вузов / Е.Д.Хомская. - М., 2006. – С. 71-80 .

Дополнительная

Москвин, В.А. Межполушарная асимметрия и индивидуальные стили эмоционального реагирования / В.А.Москвин // Вопросы психологии. - 1988. - № 6.

Семенович, А.В. Межполушарная организация психических процессов у левшей / А.В.Семенович. - М., 1991.

Хомская, Е.Д. Методы оценки межполушарной асимметрии и межполушарного взаимодействия / Е.Д.Хомская, Н.Н.Привалова, Е.В. Ениколопова и др. - М., 1995.

Семинарское занятие 3. Мозговая организация двигательных функций (4 час.)

Вопросы для обсуждения:

1. Мозговые механизмы элементарных двигательных персевераций.
2. Перечислите уровни организации движений и действий.
3. Механизмы афферентного пареза.
4. Парезы, причины их возникновения.

Контрольные вопросы

- В чем суть афферентной организации движений?
- В чем суть эфферентной организации движений?
- Какие отделы мозга обеспечивают синтез отдельных двигательных импульсов в кинетические мелодии?
- Опишите явление афферентного пареза; каковы его механизмы?

- Что нового внес Н. А. Бернштейн в представления об организации движений?
- Какую роль в организации движений играют лобные отделы мозга?
- За что отвечают задние третичные зоны коры больших полушарий в организации движений?
- Является ли моторная кора единственным источником произвольного движения и активного действия?

Рекомендуемая литература

Основная

Хомская, Е.Д. Нейропсихология: учеб пособие для вузов / Е.Д.Хомская. - М., 2006.

Дополнительная

Корнеев, А.Н. Нейропсихологические методы исследования // Психодиагностические методы в педиатрии и детской психоневрологии. - СПб., 1991.

Лебединский, В.В. Нарушения психического развития у детей / В.В.Лебединский. - М., 1985.

Лурия, А.Р. Высшие корковые функции человека и их нарушения при локальных поражениях мозга / А.Р.Лурия. - М., 1969.

Семинарское занятие 4. Мозговая организация гностических функций (6 час.)

Вопросы для обсуждения:

1. Особенности строения и функций вторичных зон затылочной коры.
2. Классификация гностических расстройств.
3. Причины возникновения гностических расстройств.
4. Виды агнозий, их признаки проявления.

Контрольные вопросы

- Перечислите элементарные функции зрения.

- Как проявляется роль вторичных зон затылочной коры в анатомической организации мозга?
- Что является общим для всех видов зрительных агнозий?
- Особенности симультанной агнозии.
- Симптомы зрительной предметной агнозии.
- Как проявляется латерализация функций на уровне вторичных зон затылочной коры?
- Какой вклад вносят лобные отделы в организацию зрительного восприятия?
- Какой квалификационный признак лежит в основе выделения агнозий?

Рекомендуемая литература

Основная

Хомская, Е.Д. Нейропсихология: учеб пособие для вузов / Е.Д.Хомская. - М., 2006.

Дополнительная

Кок, Е.П. Зрительные агнозии / Е.П.Кок. - Л., 1967.

Корнеев, А.Н. Нейропсихологические методы исследования // Психодиагностические методы в педиатрии и детской психоневрологии. - СПб., 1991.

Лебединский, В.В. Нарушения психического развития у детей / В.В.Лебединский. - М., 1985.

Лурия, А.Р. Высшие корковые функции человека и их нарушения при локальных поражениях мозга / А.Р.Лурия. - М., 1969.

Семинарское занятие 5. Мозговая организация мнестических функций (2 час.)

Вопросы для обсуждения:

1. Память как биологическая и психическая функции.
2. Типы нарушений памяти.

3. Направления в нейропсихологических исследованиях памяти.

Задания:

- подготовиться к «понятийному» диктанту;
- составить кроссворд (сканворд), используя основные понятия темы занятия.

Контрольные вопросы

- Что такое память?
- Что такое память как биологическая функция?
- Что такое гипермнезия?
- Что такое парамнезия?
- Что такое амнезии?
- Что такое модально-специфические нарушения памяти?

Рекомендуемая литература

Основная

Хомская, Е.Д. Нейропсихология: учеб. пособие для вузов / Е.Д.Хомская. - М., 2006. – С. 178- 224.

Дополнительная

Лурия, А.Р. Маленькая книжка о большой памяти / А.Р.Лурия. - М., 1968.

Лурия, А.Р. Потерянный и возвращенный мир / А.Р.Лурия. - М., 1971.

Семинарское занятие 6. Мозговая организация речевых функций (2 час.)

Вопросы для обсуждения:

1. Сенсорная афазия: понятие, признаки, причины возникновения.
2. Акустико-мнестическая афазия, причины ее возникновения.
3. Оптико-мнестическая афазия: понятие, признаки, причины возникновения.
4. Причины возникновения афферентно-моторной и эфферентно-моторной афазии, сравнительный анализ их проявления.

5. Причины возникновения динамической афазии.

Рекомендуемая литература

Основная

Хомская, Е.Д. Нейропсихология: учеб пособие для вузов / Е.Д.Хомская. - М., 2006.

Дополнительная

Галияхметов, Р.Р. Выявление – прогноз – сопровождение / Р.Р.Галияхметов, А.Л.Лихтарников. - СПб., 1998.

Лурия, А.Р. Высшие корковые функции человека и их нарушения при локальных поражениях мозга / А.Р.Лурия. - М., 1969.

Семинарское занятие 7. Мозговая организация регуляторных систем человека (2 час.)

Вопросы для обсуждения:

1. Понятие произвольной регуляции высших психических функций.
2. Значение лобных долей мозга в регуляции целенаправленного поведения.
3. Исследования произвольных движений у больных с поражением лобных долей мозга.

Задание: подготовиться к понятийному диктанту.

Контрольные вопросы

- Каковы последствия поражения конвекситальных отделов коры лобных долей мозга?
- Что такое псевдоагнозия?
- В чем заключается нарушение произвольной регуляции слухового восприятия?
- Что такое псевдоамнезии?
- В чем заключаются нарушения произвольной регуляции интеллектуальной деятельности?

- Что такое интеллектуальные персеверации?

Рекомендуемая литература

Основная

Хомская, Е.Д. Нейропсихология: учеб. пособие для вузов / Е.Д.Хомская. - М., 2006. – С. 176-187.

Дополнительная

Функции лобных долей мозга / под ред. Е.Д.Хомской, А.Р.Лурия. - М., 1982.

Семинарское занятие 8. Нейропсихологический подход к типологии дизонтогенеза (2 час.)

Вопросы для обсуждения:

1. Понятие психического дизонтогенеза. Причины возникновения.
2. Патопсихологические параметры психического дизонтогенеза.
3. Классификация психического дизонтогенеза.

Контрольные вопросы

- Какое значение играют патопсихологические исследования в решении проблемы соотношения биологического и психологического в развитии человека?
- Что такое психический дизонтогенез, каковы его основные клинические типы?
- Какие патопсихологические параметры психического дизонтогенеза выделил В. В. Лебединский?
- Назовите основные варианты психического дизонтогенеза по В. В. Лебединскому.
- Моделью какого варианта психического дизонтогенеза является синдром раннего детского аутизма?
- Что такое асинхрония психического развития?
- Что такое первичный и вторичный дефект? Каково соотношение между первичным и вторичными дефектами?

Рекомендуемая литература

Основная

Хомская, Е.Д. Нейропсихология: учеб. пособие для вузов / Е.Д.Хомская. - М., 2006.

Дополнительная

Выготский, Л.С. Сочинения: в 6 т. / Лев Выготский. – М., 1982.

Галияхметов, Р.Р. Выявление – прогноз – сопровождение / Р.Р.Галияхметов, А.Л.Лихтарников. - СПб., 1998.

Функции лобных долей мозга / под ред. Е.Д.Хомской, А.Р.Лурия. - М., 1982.

Лабораторные занятия 1-3. Методики нейропсихологического обследования (6 час.)

Контрольные вопросы и задания

1. Освоить методы психологического изучения детей с нарушениями развития.
2. Овладеть экспериментально-психологическими методиками для обследования детей с нарушениями развития («Складывание разрезных картинок», «Доски Сегена», «Сюжетные вкладки», «Почтовый ящик», «Методика Кооса», «Установление последовательности событий», «Классификация предметов», «Исключение неподходящего предмета», «Отыскивание чисел», «Проба на совмещение признаков», «Заучивание десяти слов», «Опосредствованное запоминание», «Пиктограмма»).

Рекомендуемая литература

Психолого-педагогическая диагностика / под ред. И.Ю.Левченко, С.Д.Забрамной. - М., 2006. – С.54-83.

Лабораторные занятия 4-6. Особенности нейропсихологического изучения детей дошкольного и младшего школьного возраста жизни с органическим поражением мозга (6 час.)

Контрольные вопросы и задания

1. Познакомиться с особенностями развития детей дошкольного (младшего школьного возраста).
2. Овладеть приемами обследования детей дошкольного (младшего школьного возраста).
3. Изучить нормативы нервно-психического развития детей дошкольного (младшего школьного возраста).
4. Изучить рекомендации к нейропсихологическому обследованию детей дошкольного (младшего школьного возраста).
5. Выписать основные параметры оценки познавательной деятельности в дошкольном (младшем школьном возрасте).

Рекомендуемая литература

Психолого-педагогическая диагностика / под ред. И.Ю.Левченко, С.Д.Забрамной. - М., 2008.

Левченко, И.Ю. Патопсихология: Теория и практика / И.Ю.Левченко. - М., 2000.

ПРАКТИКУМ ПО ДИСЦИПЛИНЕ

Перечень примерных контрольных вопросов и заданий

для самостоятельной работы

Тема 1. Теоретические основы и практическое значение нейропсихологии

1. Установите соответствие между понятиями:

Понятие	Определение
<i>Клиническая психология</i>	направление в нейропсихологии, главная задача которого состоит в изучении нейропсихологических синдромов, возникающих при поражении того или иного участка мозга, и сопоставлении их с общей клинической картиной заболевания
<i>Нейропсихология</i>	направление, занимающееся восстановлением высших психических функций, нарушенных

	вследствие локальных поражений головного мозга
<i>Патопсихология</i>	отрасль психологической науки, сложившаяся на стыке психологии, медицины (неврологии, нейрохирургии) и физиологии, изучающая мозговые механизмы высших психических функций на материале локальных поражений головного мозга
<i>Нейропсихология детского возраста</i>	направление в нейропсихологии, главная задача которого состоит в изучении нейропсихологических синдромов, возникающих при поражении того или иного участка мозга, и сопоставлении их с общей клинической картиной заболевания
<i>Экспериментальная нейропсихология</i>	область медицинской психологии, изучающая психические факторы происхождения и течения болезней, влияние болезней на личность, психологические аспекты целебных воздействий
<i>Клиническая нейропсихология</i>	направление в нейропсихологии, изучающее специфику нарушений психических функций при локальных мозговых поражениях у детей
<i>Психофизиология локальных поражений мозга</i>	направление в нейропсихологии, в задачи которого входит экспериментальное (в том числе аппаратное) изучение различных форм нарушений психических процессов при локальных поражениях мозга

2. *Исключите из текста понятия, не входящие в структурно-системную организацию мозга:*

Структурно-системная организация мозга включает проекционные, вегетативные, ассоциативные, нервные, интегративно-пусковые, лимбические и лимбико-ретикулярные системы, каждая из которых выполняет свои функции.

3. Найдите и исправьте ошибки в тексте:

Первый энергетический блок, или блок регуляции уровня активности мозга включает неспецифические структуры разных уровней: ретикулярную формацию ствола мозга, неспецифические структуры среднего мозга, диэнцефальных отделов, лимбическую систему, медиобазальные отделы коры лобных и височных долей мозга, моторные, премоторные и префронтальные отделы коры лобных долей мозга. Данный блок мозга регулирует следующие типы процессов активации: общие генерализованные изменения активации мозга, являющиеся основой различных функциональных состояний, локальные избирательные активационные изменения, необходимые для осуществления высших психических функций, осуществляет сложные надмодальные виды психической деятельности – символический, речевой, интеллектуальный.

4. Из приведенных понятий выберите понятия, относящиеся к нейропсихологии, сформировавшиеся в самой нейропсихологии:

Психическая деятельность, факторный анализ, психологическая система, нейропсихологический синдром, нейропсихологическая диагностика, психический процесс, функциональная система, мозговые механизмы высших психических функций, речевое опосредование, синдромный анализ, значение, межполушарная асимметрия мозга, полифункциональность мозговых структур, локализация высших психических функций, личностный смысл.

Практикум по дисциплине (тренинг умений)

1. Установите соответствие между понятиями:

Понятие	Определение
Нейропсихологический симптом	изучение качественной специфики нарушений различных психических функций, связанных с выпадением (нарушением) определенного фактора; качественная квалификация нейропсихологических симптомов

<i>Нейропсихологический синдром</i>	физиологическое понятие, заимствованное из концепции функциональных систем П.К.Анохина, используемое для объяснения физиологической основы высших психических функций
<i>Факторный анализ</i>	анализ нейропсихологических синдромов с целью обнаружения общего основания (фактора), объясняющего происхождения различных нейропсихологических симптомов (синоним – «факторный анализ»)
<i>Синдромный анализ</i>	исследование больных с локальными поражениями головного мозга с помощью нейропсихологических методов с целью установления места поражения мозга (т.е. с целью постановки топического диагноза)
<i>Нейропсихологическая диагностика</i>	нарушение психической функции (как элементарной, так и высшей), возникающее вследствие локального поражения головного мозга
<i>Функциональная система</i>	закономерное сочетание нейропсихологических симптомов, связанное с выпадением (или нарушением) определенного фактора (или нескольких факторов)

Тема 2. Основные нейропсихологические симптомы и синдромы

1. Установите соответствие между понятиями

Понятие	Определение
<i>Агнозии</i>	особое нарушение зрительного гнозиса, при котором у больного теряется способность распознавать реальные лица или их изображения (фото, рисунки и т.п.)
<i>Предметная агнозия</i>	вид агнозии, при которой больной плохо ориентируется в пространственных признаках

	изображения
<i>Лицевая агнозия</i>	гностические расстройства, возникающие при корковых очагах поражения мозга
<i>Оптико-пространственная агнозия</i>	вид агнозии, при котором больной, правильно оценивая отдельные предметы изображения, не может понять смысла изображения в целом
<i>Буквенная агнозия</i>	вид агнозии, при котором больной различает цвета, но не знает, какие предметы окрашены в данный цвет
<i>Цветовая агнозия</i>	вид агнозии, при котором больной, правильно копируя буквы, не может их читать
<i>Апраксия</i>	форма апраксии, проявляющаяся в виде нарушений программирования движений, отключении сознательного контроля за их выполнением, замены нужных движений моторными шаблонами и стереотипами
<i>Кинестетическая апраксия</i>	форма апраксии, в основе которой лежит расстройство зрительно-пространственных синтезов, нарушение пространственных представлений, апраксии позы, трудности выполнения пространственноориентированных движений
<i>Пространственная апраксия</i>	форма апраксии, при которой движения больных становятся плохо управляемыми, неидентифицированными (симптом: «рука-лопата»)
<i>Кинетическая апраксия</i>	нарушение произвольной регуляции зрительного восприятия, которое имитирует дефекты, возникающие при предметной зрительной агнозии
<i>Регуляторная апраксия</i>	нарушения произвольных движений и действий, совершаемых с предметами
<i>Псевдоагнозия</i>	форма апраксии, проявляющаяся в нарушении последовательности, временной организации

2. Из приведенных ниже понятий выпишите те, которые относятся к основным уровням зрительной системы одного полушария

Для справок: сетчатка глаза (периферический уровень); колбочки Краузе; зрительный нерв (2-я пара); цилиндрические рецепторы Руффини; область пересечения зрительных нервов (хиазма); локlearные ядра; латеральная петля; зрительный канатик; наружное или латеральное коленчатое тело; подушка зрительного бугра; первичное 17-е поле коры мозга.

3. Найдите и исправьте ошибки в тексте.

Речь – это специальная человеческая психическая функция, определяемая как процесс общения посредством сигналов. Как и все высшие психические функции, речь – это продукт длительного культурно-исторического развития.

Современная психология выдвигает два самостоятельных вида речи: эксперессивную и кинетическую.

С точки зрения лингвистики в речи выделяют следующие единицы:

- а) фонемы – слова или фразеологические сочетания, обозначающие отдельные предметы или явления;
- б) лексемы – смысло-различительные звуки речи;
- в) семантические единицы – законченное сообщение;
- г) предложение – сочетания слов, обозначающие определенную мысль;
- д) высказывание – обобщения в виде системы слов, обозначающие понятия.

4. Заполните пропущенные слова в данных предложениях.

А.Р.Лурия была разработана классификация афазий, каждая из которых связана с нарушением одного из _____, на котором основана _____.

Сенсорная афазия – форма афазии, в основе которой лежит нарушение _____, то есть способности различать звуковой состав слова.

Акустико-мнестическая афазия – форма афазии, при которой больной не способен запомнить даже сравнительно небольшой речевой материал вследствие грубого нарушения _____ .

Оптико-мнестическая афазия – форма афазии, при которой больные не способны правильно называть _____ .

Афферентная моторная афазия – форма афазии, при которой нарушается _____ .

Семантическая афазия – форма афазии, выражающаяся в непонимании больным _____ .

Эфферентная моторная афазия – форма афазии, при которой больные, пытаясь что-либо сказать, произносят _____ .

Динамическая афазия – форма афазии, при которой больные затрудняются дать _____ .

Слова для справок: *предметы, кинестетическая речевая афферентация, фактор, слухоречевая память, фонематический слух, логико-грамматические конструкции, речевая система, нечленораздельные звуки, развернутое речевое высказывание.*

Нарушения памяти бывают чрезвычайно разнообразны:

а) гипомнезия (_____) – может иметь различные происхождения – быть врожденной, связанной с возрастными изменениями, появиться вследствие травмы; больные характеризуются ослаблением всех видов памяти;

б) гипермнезия (_____) – резкое увеличение объема и прочности запоминания;

в) парамнезия – особое состояние, когда человек испытывает _____ при встрече с незнакомыми объектами;

г) амнезии – особый тип аномалий памяти (_____).

Слова для справок: *ослабление памяти, значительное снижение или отсутствие памяти, обострение памяти, ощущение «знакомости».*

Тема 3. Патопсихологический анализ нарушений познавательной и эмоционально-личностной сферы

1. Восстановите соответствие между понятиями и определениями

Понятие	Определение
<i>Эксперимент</i>	процессы организации и сохранения прошлого опыта, делающие возможным его последующее использование в деятельности или возвращение в сферу сознания
<i>Память</i>	сознательное целенаправленное управление человеком своей деятельностью
<i>Дезориентировка</i>	один из основных методов научного познания вообще, психологического исследования в частности
<i>Анозогнозия</i>	циклическое повторение или настойчивое воспроизведение, часто вопреки сознательному намерению, какого-либо действия, мысли или переживания
<i>Персеверации</i>	неузнавание или отрицание собственной болезни, невозможность правильно оценить собственный дефект
<i>Воля</i>	утрата способности оценивать время, место происходящего, окружающее, характеристики собственной личности (возраст, имя, профессия)

2. Нарушение какой сферы познавательной деятельности наблюдалось у больных? Воспользуйтесь приведенными данными патопсихологического исследования

При беседе врача с больным были получены следующие данные:

Вопрос: «Как Ваше имя и отчество?»

Ответ: «Александр Петрович».

Вопрос: «Сколько Вам лет?»

Ответ: «Петрович».

Вопрос: «Где Вы живете?»

Ответ: «Петрович».

Больная, увидев на столе врача журнал с фотографией тигра в клетке, убежденно заявляет: «Все ясно. Специально положили эту картинку, чтоб подсказать, что скоро меня переправят в тюрьму».

Больной при предъявлении ему шляпы, нарисованной на картинке, с сомнением говорит: «Я сам не знаю, не знаю, что это. Не может быть такой широкий камень. Не гриб ли это? Может быть похожа на шляпу, но причем тут эта полоса?»

3. Дайте подробный анализ ситуации и ответьте на предложенные вопросы

На обследовании в больнице пациент Владимир К. 45 лет жалуется на снижение памяти. Он правильно вспоминает события из своего детства, точно называет даты, относящиеся к школьной и общественной жизни, помнит многие факты из своей семейной жизни. Однако ему трудно вспомнить., что он делал полчаса назад и т.п.

О каком нарушении памяти идет речь? Какой нейрофизиологический механизм лежит в его основе?

Пациентка Екатерина С. Была направлена на патопсихологическое обследование. В тесте на узнавание предметных изображений она описала изображение гриба как зонтик: «Вот, видите, это – ручка, а это – купол зонтика».

О нарушении какого психического процесса идет речь? Дайте ему название и объясните, какими психологическими механизмами оно обусловлено.

Больного П. на обследовании просят рассказать о содержании сюжетной картинки утопающего. Рассмотрев изображение, пациент говорит: «Вот здесь стоит группа людей. Наверное, справляют свадьбу. А этот мальчик катается на

коньках. Он лежит на льду потому, что упал рядом с прорубью. Здесь я вижу на берегу мужчину с канатом ... нет, с проводом, видимо, - это электрик, видите, здесь провода, точно – это электрик. А этот мальчик, скорее всего, купается. Это он закаляется таким образом».

О нарушении какого психического процесса свидетельствует рассказ больного? Объясните, какой психологический механизм нарушен в данном случае?

При патопсихологическом исследовании больного М. просят запомнить 10 слов. Опыт продолжается 5 раз. Пациент с первого раза он запоминает 5 слов, после третьей попытки – 7 слов, с четвертой попытки называет 3 слова, с пятой – 8 слов.

Какое нарушение памяти выявлено по результатам этого теста? У больных с какими заболеваниями встречается данный феномен?

В опыте по методу «классификация» пациент К. Объединяет вместе такие предметы как стол и стакан, этажерка и книги, секундомер и лыжник и отказывается объединять кошку с собакой, объясняя это тем, что «они враждуют».

О каком нарушении свидетельствует данный способ выполнения задания?

ДИДАКТИЧЕСКИЕ МАТЕРИАЛЫ ДЛЯ КОНТРОЛЯ (САМОКОНТРОЛЯ) УСВОЕННОГО МАТЕРИАЛА

Вариант 1

Тема 1. Теоретические основы и практическое значение нейропсихологии

1. Лобные доли мозга у человека претерпевают огромное развитие в онтогенезе и окончательно формируются лишь к

- а) 5-6 годам;
- в) 30-40 годам;
- с) 12-14 годам;

д) 60 годам.

2. Можно выделить два основных направления нейропсихологического анализа проблемы межполушарной асимметрии мозга и межполушарного взаимодействия

- а) нейропсихологическое и нейрохирургическое;
- в) нейропсихологическое и психофизическое;
- с) психофизическое и зоопсихологическое;
- д) нейропсихологическое и нейролингвистическое.

3. Основные анализаторные системы (зрительная, слуховая, кожно-кинестетическая), корковые зоны которых расположены в задних отделах больших полушарий, составляет

- а) третий функциональный блок – блок программирования;
- в) все структурно-функциональные блоки;
- с) первый функциональный блок – энергетический блок;
- д) второй функциональный блок – блок приема, переработки и хранения информации.

4. Каждая психическая деятельность начинается с фазы мотивов, намерений, которые затем превращаются в определенную программу деятельности, после чего продолжается фаза

- а) обобщения;
- в) реализации программы;
- с) реализации программы, сличения результатов;
- д) сличения результатов.

5. Принцип организации мозга, благодаря которому уменьшается число степеней свободы каждой системы и осуществляется управление одного уровня иерархии другими, а также контроль за этим управлением – это принцип

- а) многоуровневого взаимодействия вертикально организованных путей проведения возбуждения;

- в) иерархической соподчиненности различных систем мозга;
- с) системной локализации функции;
- д) динамической локализации функций.

6. Блок приема, переработки и хранения экстероцептивной (т.е. исходящей из внешней среды) информации – это

- а) отдел нервной системы;
- в) эргатическая система;
- с) часть головного мозга;
- д) второй структурно-функциональный блок мозга.

7. Методологические основы нейропсихологии – это

- а) теория системной динамической локализации высших психических функций (ВПФ);
- в) ориентировочный рефлекс;
- с) системно-структурный анализ;
- д) психофизическая проблема.

8. Нарушения психических функций, возникающие как системное следствие первичных нейропсихологических симптомов по законам системной взаимосвязи с первичными нарушениями, называются

- а) функциональной системой;
- в) первичными нейропсихологическими симптомами;
- с) вторичными нейропсихологическими симптомами;
- д) синдромным анализом.

9. Системы, которые связаны с анализом и синтезом разномодальных возбуждений, называются

- а) лимбико-ретикулярными системами;
- в) интегративно-пусковыми системами мозга;
- с) ассоциативными системами мозга;
- д) проекционными системами мозга.

10. Метод, соединяющий достижения рентгеновской техники и дающий точные данные изображения малейших изменений плотности мозгового вещества, - это

- а) компьютерная томография;
- в) рентгеновское исследование;
- с) ангиография;
- д) электроэнцефалограмма.

11. Функциональная специализация полушарий медленно формируется в онтогенезе до

- а) 30-40 лет;
- в) 14-16 лет;
- с) 20-30 лет;
- д) 5-6 лет.

12. Каждая психическая функция имеет динамическую, изменчивую мозговую организацию, различную у разных людей и в разные возрасты их жизни, - гласит принцип

- а) системной локализации функций;
- в) динамической локализации функций;
- с) иерархической соподчиненности различных систем мозга;
- д) многоуровневого взаимодействия вертикально организованных путей проведения возбуждения.

13. Различия в мозговой организации высших психических функций в левом и правом полушариях мозга называются

- а) нормой функций;
- в) функциональной специфичностью больших полушарий;
- с) межполушарной асимметрией;
- д) мозговой организацией.

14. Клиническая психология – область медицинской психологии, изучающая

а) теоретические и практические задачи, связанные с психопрофилактикой заболеваний, диагностикой болезней и патологий состояний;

в) мозговые механизмы высших психических функций на материале локальных поражений головного мозга;

с) закономерности распада психической деятельности и свойств личности при болезни;

д) психические факторы происхождения и течения болезней, влияние болезней на личность, психологические аспекты целебных воздействий.

15. Точка зрения на психические функции как единые, неразложимые на компоненты «психические способности», осуществляемые узко ограниченными участками коры мозга – соответствующими мозговыми центрами, принадлежит

а) представителям электической концепции;

в) антилокализационистам;

с) узким локлизационистам и антилокализационистам;

д) узким локлизационистам.

16. Область медицинской психологии, изучающая психические факторы происхождения и течения болезней, влияние болезней на личность, психологические аспекты целебных воздействий, - это

а) клиническая психология;

в) нейропсихология;

с) патопсихология;

д) соматопсихология.

17. Два типа процессов активации (общие генерализованные изменения активации мозга, являющиеся основой различных функциональных состояний, и локальные избирательные активационные изменения, необходимые для осуществления высших психических функций) регулируют

а) блок регуляции и контроля за протеканием психической деятельности;

в) первый функциональный блок – энергетический блок;

с) второй функциональный блок - блок приема, переработки и хранения информации;

д) третий функциональный блок – блок программирования.

18. С участием третичных полей коры осуществляются сложные надмодальные виды психической деятельности, которыми являются

а) гностическая, речевая, интеллектуальная;

в) поведенческая жизнедеятельность;

с) символическая, речевая, интеллектуальная;

д) зрительная, речевая, интеллектуальная.

19. Соматопсихология изучает

а) теоретические и практические задачи, связанные с психопрофилактикой заболевания, диагностикой болезней и патологией состояний;

в) личность, психологические вопросы диагностики, лечения, экспертизы больных различными заболеваниями, не относящимися к неврологическим и психическим;

с) мозговые механизмы высших психических функций на материале локальных поражений головного мозга;

д) закономерности распада психической деятельности и свойств личности при болезни.

20. Нарушения речи, возникающие при локальных поражениях коры левого полушария мозга, называются

а) апраксиями;

в) аритмиями;

с) агнозиями;

д) афазиями.

21. *Закономерное сочетание нейропсихологических симптомов, связанное с выпадением (или нарушением) определенного фактора (или нескольких факторов), называется*

- а) синдромным анализом;
- в) факторным анализом;
- с) нейропсихологическим синдромом;
- д) нейропсихологическим фактором.

22. *Моторные, премоторные и префронтальные отделы коры лобных долей мозга включает*

- а) первый функциональный блок – энергетический блок;
- в) блок программирования, регуляции и контроля за протеканием психической деятельности - третий блок;
- с) второй функциональный блок - блок приема, переработки и хранения информации;
- д) все структурно-функциональные блоки.

23. *Нейропсихология детского возраста – направление в нейропсихологии, изучающее*

- а) физиологические механизмы нарушений высших психических функций методами психофизиологии;
- в) восстановление высших психических функций, нарушенных вследствие локальных поражений головного мозга;
- с) различные формы нарушений психических процессов при локальных поражениях у детей;
- д) специфику нарушений психических функций при локальных поражениях у детей.

24. *Функциональная специализация полушарий достигает выраженности*

- а) к подростковому возрасту – 14-17 годам;
- в) к старости – после 60 лет;

- с) к зрелому возрасту – 40 лет;
- д) до 14 лет.

25. Совокупность морфологических структур (зон, участков) в коре больших полушарий и в подкорковых образованиях и протекающих в них физиологических процессов называется

- а) проекционными системами мозга;
- в) функциональными системами;
- с) психическими функциями;
- д) мозговыми механизмами высших психических функций.

26. Направление в нейропсихологии, главная задача которого состоит в изучении нейропсихологических синдромов, возникающих при поражении того или иного участка мозга, и сопоставлении их с общей клинической картиной заболевания, - это

- а) экспериментальная нейропсихология;
- в) клиническая нейропсихология;
- с) реабилитационная нейропсихология;
- д) нейропсихология детского возраста.

27. Нарушение психической функции (как элементарной, так и высшей), возникающее вследствие локального поражения головного мозга, - это

- а) нейропсихологический симптом;
- в) функциональная система;
- с) нейропсихологический синдром;
- д) синдромный анализ.

28. Анализ нейропсихологических синдромов с целью обнаружения общего основания (фактора), объясняющего происхождения различных нейропсихологических симптомов (симптом – «факторный анализ»), называется

- а) нормой функции;
- в) Синдромный анализ;

- с) нейропсихологическим синдромом;
- д) факторным анализом.

29. *Направление практического применения различных нейропсихологических методов исследования, цель которого состоит в определении зоны поражения мозга и оценке динамики состояния высших психических функций в до- и послеоперационном периоде заболевания, - это*

- а) диагностическое;
- в) нейропсихологический подход к изучению здорового человека;
- с) реабилитационное;
- д) нейропсихология детского возраста

30. *Блок программирования, регуляции и контроля за протеканием психической деятельности – это*

- а) динамичность нервной системы;
- в) свойства нервной системы;
- с) третий структурно-функциональный блок мозга;
- д) информационная модель.

31. *Направление, изучающее физиологические механизмы нарушений высших психических функций методами психофизиологии, - это*

- а) психофизиологическое направление;
- в) нейропсихология детского возраста;
- с) клиническая нейропсихология;
- д) экспериментальная нейропсихология.

32. *Модально-специфические процессы, а также сложные интегративные формы переработки экстероцептивной (т.е. исходящей извне) информации, необходимые для осуществления высших психических функций, обеспечивает*

- а) третий функциональный блок – блок программирования;
- в) все структурно-функциональные блоки;

с) второй функциональный блок – блок приема, переработки и хранения информации;

д) первый функциональный блок – энергетический блок.

33. Положение, согласно которому мозговые структуры под влиянием новых афферентных воздействий могут перестраивать свои функции; принципы внутрисистемной и межсистемной перестройки высших психических функций, нарушенных вследствие локальных поражений головного мозга, основанные на этом положении, - это

а) синдромный анализ;

в) полифункциональность мозговых структур;

с) локализация высших психических функций;

д) норма функцию.

34. Раздел медицинской психологии, изучающий закономерности распада психической деятельности и свойств личности при болезни, - это

а) психофизиология;

в) нейропсихология;

с) патопсихология;

д) соматопсихология.

35. Направление в нейропсихологии, в задачи которого входит экспериментальное (в том числе аппаратное) изучение различных форм нарушений психических процессов при локальных поражениях мозга, - это

а) реабилитационная нейропсихология;

в) экспериментальная нейропсихология;

с) клиническая нейропсихология;

д) нейропсихология детского возраста.

36. Физиологическое понятие, заимствованное из концепции функциональных систем П.К.Анохина, используемое для объяснения физиологической основы высших психических функций, есть

а) нейропсихологический синдром;

- в) системный анализ;
- с) факторный анализ;
- д) функциональная система.

Тема 2. Основные нейропсихологические симптомы и синдромы

1. Расстройства произвольной регуляции, при которых больные не могут самостоятельно анализировать условия задачи, формулировать вопрос и составить программу действия, называются

- а) нарушением произвольной регуляции слухового восприятия;
- в) псевдоамнезией;
- с) нарушением произвольной регуляции интеллектуальной деятельности;
- д) псевдоагнозией.

2. При раздражении свободных нервных окончаний возникают

- а) болевые ощущения;
- в) ощущения холода;
- с) тепловые ощущения;
- д) ощущения прикосновения и давления.

3. Кинетическая апраксия возникает при поражении

- а) теменно-затылочных отделов коры на границе 19-го и 39-го полей;
- в) нижних отделов постцентральной области коры больших полушарий;
- с) нижних отделов премоторной области коры больших полушарий;
- д) конвекситальной префронтальной коры.

4. Нарушения произвольной регуляции, которые выражаются в виде трудностей оценки и воспроизведения звуков (ритмов), называются

- а) псевдоамнезией;
- в) персеверацией;
- с) аритмией;
- д) нарушением произвольной регуляции слухового восприятия.

5. Форма апраксии, при которой движения больных становятся плохо управляемыми, неидентифицированными (симптом: «рука-лопата»), - это

- а) кинестетическая апраксия;
- в) пространственная апраксия;
- с) регуляторная апраксия;
- в) кинетическая апраксия.

6. Форма апраксии, проявляющаяся в нарушении последовательности, временной организации двигательных актов – это

- а) регуляторная апраксия;
- б) пространственная апраксия;
- с) кинестетическая апраксия;
- д) кинетическая апраксия.

7. Агнозия, при которой больной плохо ориентируется в пространственных признаках изображения, - это

- а) предметная агнозия;
- в) лицевая агнозия;
- с) оптико-пространственная агнозия;
- д) симультанная агнозия.

8. Форма афазии, в основе которой лежит нарушение фонематического слуха, то есть способности различать звуковой состав слова, называется

- а) семантической афазией;
- в) сенсорной афазией;
- с) акустико-мнестической афазией;
- д) динамической афазией.

9. Совокупность нервных структур, воспринимающих и дифференцирующих звуковые раздражения, также определяющих направление и степень удаленности источника звука, - это система

- а) зрительная;
- в) слуховая;
- с) тактильная;
- д) обонятельная.

10. Слова или фразеологические сочетания, обозначающие отдельные предметы или явления, называются

- а) предложениями;*
- в) семантическими единицами;*
- с) фонемами;*
- д) лексемами.*

11. Особый тип аномалий памяти (значительное снижение или отсутствие памяти) – это

- а) амнезия;*
- в) гипермнезия;*
- с) парамнезия;*
- д) гипомнезия.*

12. Агнозия, при которой больной различает цвета, но не может сказать, какие предметы окрашены в данный цвет, - это

- а) цветовая агнозия;*
- в) симультанная агнозия;*
- с) предметная агнозия;*
- д) лицевая агнозия.*

13. Гностическое слуховое расстройство, при котором больные не могут правильно оценить и воспроизвести ритмические структуры, предъявляемые им на слух, - это

- а) слуховая агнозия;*
- в) апраксия;*
- с) амузия;*
- д) аритмия.*

14. Неожиданное появление интенсивности звукового ощущения (вплоть до болевых ощущений) при плавном нарастании интенсивности звука называют явлением

- а) делирия;
- в) «рекрутиента»;
- с) гипертензия;
- д) гиперпатия.

15. Нарушения различных видов восприятия характерны для

- а) сенсорных расстройств;
- в) вербальных расстройств;
- с) модальных расстройств;
- д) гностических расстройств.

16. Нарушение узнавания формы объектов при относительной сохранности поверхностной и глубокой чувствительности, то есть при сохранении сенсорной основы тактильного восприятия – это

- а) аритмия;
- в) тактильная агнозия;
- с) астереогноз;
- д) соматоагнозия.

17. Состояние, отражающее общее глобальное отношение человека к окружающей ситуации, к себе самому и связанное с его личностными характеристиками, - это

- а) врожденные эмоции;
- в) эмоциональное реагирование;
- с) эмоциональный фон;
- д) приобретенные эмоции.

18. Спонтанно возникающие аффекты, не имеющие реального повода (в вид сильных приступов чувства ужаса, тоски, страха), аффекты, возникающие в ответ на реальную причину, но неадекватные ей относят к

- а) эмоциональным постоянным расстройствам;
- в) аффективным пароксизмальным нарушениям;
- с) кинетическим апраксиям;

д) пространственным апраксиям.

19. Способность различать фонемы, или смыслоразличительные звуки данного языка, на которых основан звуковой анализ отдельных звуков речи, слогов и слов – это

- а) аритмия;
- в) интонационный слух;
- с) фонематический слух;
- д) амузия.

20. Гностические расстройства, возникающие при корковых очагах поражения, в нейропсихологии называют

- а) синдромами;
- в) симптомами;
- с) апраксиями;
- д) агнозиями.

21. Расстройства зрительного гнозиса, которые возникают при поражении корковых структур задних отделов больших полушарий и протекают при относительной сохранности элементарных зрительных функций (остроты зрения, полей зрения, цветоощущения) – это

- а) апраксия;
- в) агнозия;
- с) астереогноз;
- д) зрительные агнозии.

22. Формы афазии, при которой больные не способны правильно называть предметы, называются

- а) сенсорной афазией;
- в) семантической афазией;
- с) афферентной моторной афазией;
- д) оптико-мнестической афазией.

23. Устойчивые депрессии и яркие пароксизмальные аффекты на фоне сохранных личностных свойств характерны для больных с поражениями

- а) височной области мозга;
- в) лобной области мозга;
- с) затылочной области мозга;
- д) гипофизарно-гипоталамической области мозга.

24. Предметная агнозия – это агнозия, при которой

- а) правильно оценивая отдельные элементы изображения, не может понять смысла изображения объекта;
- в) плохо ориентируется в пространственных признаках изображения;
- с) не различает человеческие лица;
- д) правильно копируя буквы, не может их читать.

25. Специальная человеческая психическая функция, определяемая как процесс общения посредством языка, называется

- а) мышлением;
- в) речью;
- с) стилем речи;
- д) общением.

26. Обострение памяти – это

- а) амнезия;
- в) парамнезия;
- с) гипермнезия;
- д) гипомнезия.

27. Закономерное сочетание нейропсихологических симптомов, связанное с выпадением (или нарушением) определенного фактора (или нескольких факторов), - это

- а) полифункциональность мозговых структур;
- в) норма функции;
- с) нейропсихологический синдром;

д) нейропсихологический фактор.

28. Симметричные нарушения полей зрения обоих глаз – это

а) астереогноз;

в) апраксия;

с) амузия;

д) гемианопсия.

29. Нарушения, проявляющиеся в трудностях произвольного запоминания и произвольного воспроизведения любых по модальности стимулов и сочетающиеся с трудностями опосредования или семантической организации запоминаемого материала, называются

а) нарушением произвольной регуляции слухового восприятия;

в) псевдоамнезией;

с) персеверацией;

д) псевдоагнозией.

30. Работу анализаторных систем изучает

а) патопсихология;

в) анатомия ЦНС;

с) нейрофизиология;

д) нейропсихология.

31. Анализаторные системы – это

а) соотношение различных звеньев психологической функции;

в) понятие, на котором основано нейропсихологическое изучение нарушений высших психических функций;

с) особый механизм объединения левого и правого полушарий;

д) сложные многоуровневые образования, направленные на анализ сигналов определенной модальности.

32. Обеднение эмоций, появление «эмоциональных параличей» или эйфории в сочетании с грубыми изменениями всех психических процессов и личности больного характерно для поражения

- а) гипофизарно-гипоталамических областей мозга;
- в) лобных областей мозга;
- с) теменных областей мозга;
- д) височных областей мозга.

33. Эмоциональный кратковременный ответ на то или иное воздействие, имеющий ситуационный характер, - это

- а) эмоциональное реагирование;
- в) приобретенные эмоции;
- с) эмоциональный фон;
- д) врожденные эмоции.

34. Цветовая агнозия – вид агнозии при котором больной

- а) плохо ориентируется в пространственных признаках изображения
- в) правильно копируя буквы, не может их читать;
- с) не различает человеческие лица;
- д) различает цвета, но не может сказать, какие предметы окрашены в

данный цвет.

35. Нарушение интонационной стороны речи – это

- а) алексии;
- в) просодии;
- с) асирозии;
- д) гиполексии.

36. В основе активного целесообразного поведения, нарушение которого ведет к дезорганизации поведения, лежит

- а) фактор инертности;
- в) фактор дезактивации;
- с) фактор спонтанности-аспонтанности;
- д) фактор активации-дезактивации.

Тема 3. Патопсихологический анализ нарушений познавательной и эмоционально-личностной сферы

1. Невозможность осуществления волевого действия называется

- а) агнозией;
- в) абулией;
- с) амнезией;
- д) апраксией.

2. Исчезновение аппетита и связанный с этим отказ больного от пищи

– это

- а) анорексия;
- в) гипербулия;
- с) дисморфофобия;
- д) булимия.

3. Галлюцинациями в психиатрии называют

- а) бредовые идеи;
- в) истинные восприятия;
- с) ложные восприятия;
- д) сверхценные идеи.

4. Эмоциональное состояние, характеризующееся постоянными колебаниями настроения, возникающими по ничтожному поводу, отмечается повышенная слезливость, а при подъеме настроения – сентиментальность, носит название

- а) депрессии;
- в) апатии;
- с) дисфории;
- д) слабодушия.

5. Анорексия является частным случаем

- а) парабулии;
- в) абулии;

- с) гипертензии;
- д) гипербулии.

6. Компонент памяти, состоящий в способности удерживать новую информацию, называется

- а) регнозией;
- в) рецепцией;
- с) ретенцией;
- д) репродукций.

7. Патопсихология – раздел медицинской психологии, изучающий

- а) закономерности распада психической деятельности и свойств личности при болезни;
- в) мозговые механизмы высших психических функций на материале локальных поражений головного мозга;
- с) влияние психологических факторов на возникновение ряда соматических заболеваний;
- д) психологические закономерности управленческой деятельности.

8. Симптом, при котором новые, незнакомые явления и новые ситуации воспринимаются как уже знакомые, виденные ранее, называется

- а) анозогнозией;
- в) симптомом никогда не виденного;
- с) растерянность;
- д) симптомом уже виденного.

9. Потеря памяти на события, происшедшие непосредственно после окончания состояния расстроенного сознания или болезненного психического состояния, называется

- а) ретроградной амнезией;
- в) фиксационной амнезией;
- с) ретроантероградной амнезией;
- д) антероградной амнезией.

10. Эксперимент, при котором изменение независимой переменной происходит вне какой-либо связи с деятельностью экспериментатора, называется

- а) экспериментом, на который ссылаются;
- в) спровоцированным экспериментом;
- с) патологическими сомнениями;
- д) независимым экспериментом.

11. Состояние острого бессмыслия, невозможность или затруднение понимания происходящих событий, мучительная неспособность разобраться в обстановке, последовательно воспринимать происходящее, называется

- а) симптомом уже виденного;
- в) анозогнозией;
- с) растерянностью;
- д) симптомом никогда не виденного.

12. Бред в отличие от обычных человеческих заблуждений

- а) всегда возникает на болезненной основе, это всегда симптом болезни;
- в) подвергается человеком сомнению;
- с) поддается коррекции;
- д) не значим для больного.

13. Нейропсихология – раздел клинической психологии, изучающий

- а) закономерности распада психической деятельности и свойств личности при болезни;
- в) мозговые механизмы высших психических функций на материале локальных поражений головного мозга;
- с) влияние психологических факторов на возникновение ряда соматических заболеваний;
- д) инстинкты, влечения как доминирующую часть личности.

14. Помрачение сознания с наплывом непроизвольно возникающих фантастических сновидно-бредовых представлений в виде законченных по

содержанию картин, следующих в определенной последовательности, называется

- а) сопором;
- в) комой;
- с) обнубиляциями;
- д) онейроидом.

15. Проективная методика исследования личности, основанная на интерпретации симметричных изображений («пятен») – это

- а) ВПТ
- в) ТАТ
- с) тест Роршаха;
- д) тест Люшера.

16. Результат оживления образов или явлений, воспринимаемых ранее в прошлом, - это

- а) мышление;
- в) ощущения;
- с) представление;
- д) восприятие.

17. Процессы организации и сохранения прошлого опыта, делающие возможным его последующее использование в деятельности или возвращение в сферу сознания, называются

- а) памятью;
- в) мышлением;
- с) восприятием;
- д) вниманием.

18. Помрачение сознания, которое характеризуется растерянностью с аффектом недоумения и инкогеренцией, проявляется в невозможности в целом воспринять события, - это

- а) онейроид;

- в) деперсонализация;
- с) сумеречное состояние сознания;
- д) аменция.

19. Потеря памяти на события, предшествующие расстройству сознания или болезненному психическому состоянию, называется

- а) фиксационной амнезией;
- в) ретроградной амнезией;
- с) ретроантероградной амнезией;
- д) антероградной амнезией.

20. Остро возникающие непреодолимые стремления к чему-либо, реализуемые без предварительного осознания и борьбы мотивов, - это

- а) парабулические влечения;
- в) импульсивные явления;
- с) амбивалентные влечения;
- д) посткондиональные явления.

21. Псевдогаллюцинации от галлюцинаций отличаются

- а) тем, что они проецируются не во внешнем пространстве, а во внутреннем;
- в) аффективной окрашенностью;
- с) отсутствием осознаваемого внешнего раздражителя;
- д) степенью искажения восприятия вызвавшего обман чувств раздражителя.

22. Декомпенсация – это

- а) нарушения социальной адаптации, не связанные с наличием психической патологии;
- в) временное смягчение психопатических особенностей за счет изменения «микросреды»;
- с) заострения психопатических черт, сопровождаемое обычно нарушениями поведения и социальной дезадаптацией;

д) нарушения социальной адаптации, связанные с наличием психологической патологии.

23. Аффект – это

а) острый эмоциональный фон;

в) состояние недоумения, сопровождающее развитие острого расстройства психической деятельности;

с) кратковременное сильное душевное волнение, которое сопровождается сильной эмоциональной реакцией и возбуждением всей психической деятельности;

д) состояние повышенной эмоциональной лабильности.

24. Состояние, которое характеризуется полным угнетением психической деятельности, отсутствием зрачковых и других рефлексов, наличием бульбарных и тазовых расстройств называется

а) комой;

в) оглушенностью;

с) бредом;

д) сопором.

25. Понятие, показывающее, насколько психологический метод (методика) измеряет действительно то, что он должен изучать и измерять и насколько хорошо он выполняет эту задачу – это метода исследования

а) надежность;

в) эффективность;

с) распространенность;

д) валидность.

26. Нарушение ориентировки в окружающем, во времени и по отношению к собственной личности называется

а) амнезией;

в) отрешенностью от окружающего мира;

с) дезориентировкой;

д) валидностью.

27. Проективная методика исследования личности, в которой стимульный материал носит вербальный характер – это

- а) тест Роршаха;
- в) ВПТ;
- с) ТАТ;
- д) тест Люшера.

28. Неузнавание или отрицание собственной болезни, невозможность правильно оценить собственный дефект называется

- а) анозогнозией;
- в) деменцией;
- с) амнезией;
- д) психопатией.

29. Нарушение памяти, возникающее при различных локальных поражениях мозга, утрата способности сохранять и воспроизводить имеющиеся знания называется

- а) амнезией;
- в) отрешенностью от окружающего мира;
- с) валидностью;
- д) дезориентировкой.

30. Патопсихология – раздел

- а) возрастной психологии;
- в) нейропсихологии;
- с) соматопсихологии;
- д) медицинской психологии.

31. Ослабление процесса саморегуляции мышления у психически больных людей связано, в первую очередь, с нарушением _____ функции саморегуляции

- а) динамической;

- в) мобилизирующей;
- с) контрольной;
- д) защитной.

32. В психологическом эксперименте фактор, изменяемый экспериментатором, называется

- а) независимой переменной;
- в) результатом эксперимента;
- с) зависимой переменной;
- д) симуляцией.

33. Утрата способности воспринимать происходящие события, анализировать, использовать прошлый опыт и делать соответствующие выводы, т.е. нарушение анализа и синтеза происходящих событий называется

- а) амнезией;
- в) дезориентировкой;
- с) валидностью;
- д) отрешенностью от окружающего мира.

34. Психопатология является разделом

- а) клинической психологии;
- в) сексологии;
- с) психиатрии;
- д) инженерной психологии.

35. Психический процесс запечатления, сохранения и воспроизведения прошлого опыта – это

- а) эмоции;
- в) память;
- с) восприятие;
- д) мышление.

36. *Кратковременное сильное душевное волнение, которое сопровождается не только сильной эмоциональной реакцией, но и возбуждением всей психической деятельности, называется*

- а) кризисом;
- в) аффектом;
- с) приступом;
- д) дисфорией.

ВОПРОСЫ К ЭКЗАМЕНУ «НЕЙРОПСИХОЛОГИЯ»

1. Предмет и задачи нейропсихологии.
2. Основные направления нейропсихологии.
3. Становление нейропсихологии как самостоятельной научной дисциплины.
4. Отечественная нейропсихология – нейропсихология нового типа.
5. Понятие «высшие психологические функции».
6. Анатомия и физиология мозга.
7. Локальные системы мозга.
8. Основные принципы структурной организации мозга.
9. Общая структурно-функциональная модель мозга. Энергетический блок мозга.
10. Общая структурно-функциональная модель мозга. Блок программирования.
11. Общая структурно-функциональная модель мозга. Блок приема, переработки и хранения информации.
12. Проблема межполушарной асимметрии мозга и межполушарного взаимодействия.
13. Основные направления в изучении проблемы межполушарной асимметрии мозга.
14. Основные положения теории функциональной асимметрии больших полушарий мозга.

15. Зрительный анализатор. Сенсорные зрительные расстройства.
16. Гностические зрительные расстройства.
17. Кожно-кинестетический анализатор. Сенсорные кожно-кинестетические расстройства.
18. Гностические кожно-кинестетические расстройства.
19. Слуховой анализатор. Сенсорные слуховые расстройства.
20. Гностические слуховые расстройства.
21. Двигательный анализатор: афферентные и эфферентные механизмы.
22. Нарушения произвольных движений и действий.
23. Нарушения произвольной регуляции высших психических функций и поведения в целом.
24. Нарушения речи при локальных поражениях мозга.
25. Понятие афазии. Классификация афазий.
26. Нарушения памяти при локальных поражениях мозга.
27. Нарушения внимания при локальных поражениях мозга.
28. Нарушения мышления при локальных поражениях мозга.
29. Нарушения эмоционально-личностной сферы при локальных поражениях мозга.
30. Нейропсихологический подход к изучению нарушений сознания при локальных поражениях мозга.
31. Синдромный анализ нарушений высших психических функций.
32. Нейропсихологические синдромы поражения корковых отделов больших полушарий.
33. Нейропсихологические синдромы поражения глубоких подкорковых структур мозга.
34. Методологические принципы психолого-педагогической диагностики нарушений развития у детей.
35. Педагогическое изучение детей с нарушениями развития.
36. Психологическое изучение детей с нарушениями развития.

37. Методы психологического изучения детей с нарушениями развития.
38. Психолого-педагогическое изучение детей первого года жизни.
39. Психолого-педагогическое изучение детей раннего возраста.
40. Психолого-педагогическое изучение детей дошкольного возраста.

ГЛОССАРИЙ

Синдром	патогенически обусловленная общность симптомов, признаков психических расстройств, внутренне взаимообусловленных, взаимосвязанных
Шизофрения	группа сходных психических расстройств неясной этиологии, предполагающих изменение мышления, перцептивной деятельности, аффективно-личностных свойств
Параноидная шизофрения	наиболее часто встречающаяся форма, для которой характерен бред воздействия, преследования, отношения; реже встречается бред отравления, заражения, метаморфозы, ревности, величия
Гебефреническая шизофрения	форма шизофрении, при которой больные ведут себя как плохие актеры, играющие расшумевшегося ребенка. Нелепая дурашливость, грубое кривлянье, утрированные гримасы, нелепое веселье не заражает, а пугает и тяготит других
Кататоническое возбуждение	стереотипно повторяющиеся бесцельные действия и немотивированная импульсная агрессия, бессмысленное упорное сопротивление, негативизм
Кататонический ступор	обездвиженность с полным молчанием, может сочетаться либо с крайним напряжением всех мышц или с повышенным пластическим тонусом - восковой гибкостью
Маниакально-депрессивный психоз	эндогенное заболевание, которое протекает в виде приступов или фаз с аффективными расстройствами, светлыми промежутками между приступами, т.е. полным восстановлением психического здоровья и отсутствием изменения личности, независимо от количества перенесенных приступов.
Фаза	ограниченное во времени психопатологическое состояние различной степени тяжести
Депрессивное состояние	аффективное состояние, характеризующееся отрицательным эмоциональным фоном, замедлением мыслительных процессов, двигательной

	заторможенностью
Маниакальное состояние	аффективное состояние, характеризующееся противоположными депрессии симптомами: повышенным настроением, ускорением мыслительных процессов и возникновением различных ассоциаций, психомоторным возбуждением
Эпилепсия	хронически протекающее психическое заболевание, вызванное поражением центральной нервной системы, проявляющееся различными пароксизмальными (припадок) состояниями и довольно частыми изменениями личности
Эпилептический статус	патологическое состояние, при котором судорожные припадки происходят подряд, один за другим, без прояснения сознания в период между ними
Сумеречное состояние сознания	концентрическое сужение сознания больного, из всего многообразного внешнего мира он воспринимает только какую-то часть явлений и предметов
Галлюцинации	патологическое нарушение перцептивной деятельности, состоящее в восприятии объектов, которые в данный момент не воздействуют на соответствующие органы чувств
Бред	не соответствующие реальности представления и умозаключения, в ошибочности которых патологически убежденного в их правильности субъекта невозможно разуверить
Старческое слабоумие	психическая болезнь, обусловленная атрофией головного мозга; проявляется постепенно нарастающим распадом психической деятельности до степени тотального слабоумия с утратой особенностей личности больного и развитием старческого маразма
Амнезия	нарушение памяти, возникающее при различных локальных поражениях мозга или по другим причинам. Различают две основные формы амнезии: ретроградная (нарушение памяти на события, предшествующие заболеванию) и антероградная (нарушение памяти на события, происходящие после начала заболевания)
Конфабуляции	ложные воспоминания, наблюдающиеся при нарушениях памяти. Обычно сочетаются с расстройствами мышления, амнезиями
Афазия	нарушение речи, возникающее при локальных

	поражениях коры левого полушария мозга и представляющее собой системное расстройство различных видов речевой деятельности
Пресенильные деменции	заболевания, проявляющиеся преимущественно в предстарческом возрасте и характеризующиеся неуклонно прогрессирующим, постепенно возникающим и протекающим без остановок и ремиссий (но и без обострений) слабоумливающим процессом
Интеллектуальная недостаточность	ослабление способностей к обобщению и абстрагированию, построению адекватных суждений и умозаключений, установлению причинно-следственных зависимостей
Олигофрения	группа болезненных состояний, характеризующихся врожденным или приобретенным в раннем детстве (до 3 лет) недоразвитием психики с преобладанием интеллектуального дефекта, который в течение последующей жизни не нарастает; недоразвитие эмоциональности, моторики, восприятия, внимания
Идиотия	наиболее тяжелая форма олигофрении. Речь у больных отсутствует, они издают лишь нечленораздельные звуки; эмоциональные реакции выражаются в чувстве удовольствия или неудовольствия; часто наблюдается недержание мочи и кала; отсутствуют и не вырабатываются простейшие навыки самообслуживания
Имбецильность	средняя степень олигофрении. Больные овладевают речью, но она бедна словами и косноязычна. Эмоциональные реакции значительно расширены. Способны к самообслуживанию, осваивают простейшие виды ручного труда
Дебильность	самая легкая степень психического недоразвития. Больные способны к школьному и профессиональному обучению в специальных заведениях. Запас слов значительный. События окружающей жизни воспринимают крайне односторонне. Характерной чертой дебилов является их выраженная внушаемость. Могут жить самостоятельно, часто нуждаются в руководстве и поддержке
Абстиненция	состояние, возникающее в результате прекращения действия алкоголя или наркотиков при внезапном перерыве в их приеме
Делирий	нарушение сознания, искаженное отражение

	действительности, сопровождающееся галлюцинациями, бредом, двигательным возбуждением
Алкоголизм	экзогенное психическое заболевание, которое при постоянном или рецидивирующем течении приводит к формированию прогрессивного органического психического синдрома и алкогольной деградации личности
Неврозы	обратимые пограничные психические расстройства, обусловленные воздействием психотравмирующих факторов, протекающие с осознанием больным факта своей болезни, без нарушений отражения реального мира и проявляющиеся в основном психогенно обусловленными эмоциональными и соматовегетативными расстройствами
Неврастения	невроз, проявляющийся повышенной возбудимостью в сочетании с быстрой утомляемостью и истощаемостью
Истерический невроз	невроз, проявляющийся полиморфными функциональными психическими, соматическими и неврологическими расстройствами и характеризующийся большой внушаемостью и самовнушаемостью больных
Невроз навязчивых состояний	невроз, проявляющийся навязчивыми страхами, представлениями, сомнениями
Невротическая депрессия	психогенно обусловленная легкая форма депрессии с преобладанием грустного настроения, адинамией, нередко с навязчивыми идеями
Психопатии	патология характера, при которой у субъекта наблюдается практически необратимая выраженность свойств, препятствующая его адекватной адаптации в социальной среде
Компенсация	временное смягчение психопатических особенностей за счет изменения «микросреды» (семейной, трудовой) на такую, где эти особенности не мешают наилучшим образом приспособиться

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ

Основная учебная литература

Психология детей с задержкой психического развития. Хрестоматия: учебное пособие для студентов факультетов психологии. – СПб., 2008.

Психолого-педагогическая диагностика / под ред. И.Ю.Левченко, С.Д.Забрамной. - М., 2006.

Савельев, В.В. Стереоскопический атлас мозга человека / В.В.Савельев. - М., 2006.

Хомская, Е.Д. Нейропсихология / Е.Д.Хомская. - СПб., 2006.

Хрестоматия по нейропсихологии / отв. ред. Е.Д.Хомская. - М., 2007.

Дополнительная литература

Актуальные проблемы диагностики задержки психического развития / под ред. К.С.Лебединской. - М., 1982.

Ананьев, Б.Г. Человек как предмет познания / Б.Г.Ананьев. - Л., 1968.

Анохин, П.К. Очерки по физиологии функциональных систем / П.К.Анохин. - М., 1975.

Афазия: Тексты / под ред. Л.С.Цветковой. - М., 1984.

Ахутина, Т.В. Методы нейропсихологического обследования детей / Т.В.Ахутина, С.Ю.Игнатьева, М.Ю.максименко // Вестн. Моск. ун-та. Сер. 14. Психология. - 1996. - № 2.

Белопольская, Н.Л. Психологическая диагностика личности детей с задержкой психического развития / Н.Л.Белопольская. - М., 1999.

Бехтерева, Н.П. Нейрофизиологические аспекты психической деятельности человека / Н.П.Бехтерева. - Л., 1971.

Блинков, С.М. Мозг в цифрах и таблицах / С.М.Блинков. - М., 1973.

Блум, Ф. Мозг, разум, поведение / Ф.Блум, А.Лейзерсон, Л.Хофстедтер. - М., 1988.

Вассерман, Л.И. Методы нейропсихологической диагностики / Л.И.Вассерман, С.А.Дорофеева, Я.А.Меерсон. - СПб., 1997.

Власова, Т.А.. О детях с отклонениями в развитии / Т.А.Власова, М.С.Певзнер. - М., 1973.

Выготский, Л.С. Развитие высших психических функций / Л.С.Выготский. - М., 1960.

Выготский, Л.С. Сочинения: в 6 т. / Лев Выготский. – М., 1982.

Галияхметов, Р.Р. Выявление – прогноз – сопровождение / Р.Р.Галияхметов, А.Л.Лихтарников. - СПб., 1998.

Глезерман, Т.Б. Мозговые дисфункции у детей / Т.Б.Глезерман. - М., 1983.

Данилова, Н.Н. Психофизиология / Н.Н.Данилова. - М., 1998.

Дети с временными задержками развития / под ред Т.А. Власовой, М.С. Певзнер. - М., 1971.

Карпова Г.А. Педагогическая диагностика учащихся с задержкой психического развития / Г.А.Карпова, Т.П.Артемьева. - Екатеринбург, 1995.

Ковалев, В.В. Психиатрия детского возраста / В.В.Ковалев. - М., 1979.

Кок, Е.П. Зрительные агнозии / Е.П.Кок. - Л., 1967.

Корнеев, А.Н. Нейропсихологические методы исследования // Психодиагностические методы в педиатрии и детской психоневрологии. - СПб., 1991.

Лебединский, В.В. Нарушения психического развития у детей / В.В.Лебединский. - М., 1985.

Лурия, А.Р. Высшие корковые функции человека и их нарушения при локальных поражениях мозга / А.Р.Лурия. - М., 1969.

Лурия, А.Р. Нейропсихология памяти / А.Р.Лурия. - М., 1976.

Лурия, А.Р. Основы нейропсихологии / А.Р.Лурия. - М., 1973.

Мамайчук, И.И. Нейропсихологическое исследование гностических процессов у детей с различными формами ДЦП / И.И.Мамайчук // Невропатология и психиатрия. - 1992. - № 4.

Мастюкова, Е.М. Ребенок с отклонениями в развитии. Ранняя диагностика и коррекция / Е.М.Мастюкова. - М., 1992.

Меерсон, Я.А. Зрительные агнозии / Я.А.Меерсон. - Л., 1986.

Микадзе, Ю.В. Нейропсихологическая диагностика и коррекция младших школьников / Ю.В.Микадзе, Н.К.Корсакова. - М., 1994.

Нейропсихологическая диагностика / Под ред. Е.Д.Хомской. М., 1994. Ч. 1,2.

Нейропсихология сегодня / под ред. Е.Д.Хомской. – М., 1995.

Новые методы нейропсихологического исследования / под ред. Е.Д.Хомской. М., 1989.

Синельников, Р.Д. Атлас по анатомии человека / Р.Д.Синельников, Я.Р.Синельников. - М., 1996. - Т.4.

Т. 1: Психология и учение о локализации психических функций.

Ульenkova, У.В. Шестилетние дети с задержкой психического развития / У.В.Ульenkova. - М., 1990.

Цветкова, Л.С. Нейропсихологическая реабилитация / Л.С.Цветкова. - М., 1985.

Цветкова, Л.С. Нейропсихология письма, чтения и счета / Л.С.Цветкова. - М., 1997.

Эмоциональные нарушения в детском возрасте и их коррекция / под ред. В.В.Лебединского. - М., 1990.