Государственное бюджетное образовательное учреждение высшего профессионального образования «Красноярский государственный медицинский университет имени профессора В.Ф. Войно-Ясенецкого» Министерства здравоохранения и

социального развития Российской Федерации

ГБОУ ВПО КрасГМУ им. проф. В.Ф. Войно-Ясенецкого Минздравсоцразвития России

Кафедра нервных болезней с курсом медицинской реабилитации ПО

**СБОРНИК**

**МЕТОДИЧЕСКИХ РЕКОМЕНДАЦИЙ**

**ДЛЯ ОБУЧАЮЩИХСЯ К СЕМИНАРСКИМ ЗАНЯТИЯМ**

**по дисциплине «**Спецпрактикум по коррекционно-развивающему обучению с супервизией**»**

**для специальности** 030401 Клиническая психология (очная форма обучения)

Красноярск

2014г.

УДК

ББК

С

Сборник методических указаний для обучающихся к семинарских занятиям по дисциплине «Проблемы афазии» для специальности 030401 - Клиническая психология (очно-заочная форма обучения) / сост. Прокопенко С.В., Можейко Е.Ю., и др. – Красноярск: тип. КрасГМУ, 2013г. – с. (указать количество страниц).

**Составители:** доктор медицинских наук, профессор Прокопенко С.В.

кандидат медицинских наук, доцент Харламова Г.В.

кандидат медицинских наук, ассистент Можейко Е.Ю.

доктор медицинских наук, профессор Похабов Д.В.

доктор медицинских наук, профессор Народова В.В.

кандидат медицинских наук, доцент Дроздова Л.Н.

доктор медицинских наук, профессор Колесникова И.В.

ассистент Швецова И.Н.

Сборник методических указаний к семинарских занятиям предназначен для аудиторной работы обучающихся. Составлен в соответствии с ФГОС ВПО 2013г. по специальности/направлению подготовки 030401 – Клиническая психология (очно-заочная форма обучения), рабочей программой дисциплины (2013г.) и СТО СМК 4.2.01-11.Выпуск 3.

Рекомендован к изданию по решению ЦКМС (Протокол №\_\_ от «\_\_\_»\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_20\_\_).

КрасГМУ

2014г.

Государственное бюджетное образовательное учреждение высшего профессионального образования «Красноярский государственный медицинский университет имени профессора В.Ф. Войно-Ясенецкого»

Министерства здравоохранения Российской Федерации

ГБОУ ВПО КрасГМУ им. проф. В.Ф. Войно-Ясенецкого Минздрава России

Кафедра нервных болезней с курсом медицинской реабилитации ПО

**МЕТОДИЧЕСКИЕ УКАЗАНИЯ**

**ДЛЯ ОБУЧАЮЩИХСЯ**

**по дисциплине «Спецпрактикум по коррекционно-развивающему обучению с супервизией»**

**для специальности** 030401 Клиническая психология (очная форма обучения)

**К СЕМИНАРСКОМУ** **ЗАНЯТИЮ № 1**

**ТЕМА:** **«Формирование мозговой организации психических процессов в онтогенезе».**

Утверждены на кафедральном заседании протокол .

Заведующий кафедрой

Доктор медицинских наук, профессор Прокопенко С.В.

Составители: доктор медицинских наук, профессор Прокопенко С.В.

кандидат медицинских наук, доцент Харламова Г.В.

кандидат медицинских наук, ассистент Можейко Е.Ю.

доктор медицинских наук, профессор Похабов Д.В.

доктор медицинских наук, профессор Народова В.В.

кандидат медицинских наук, доцент Дроздова Л.Н.

доктор медицинских наук, профессор Колесникова И.В.

ассистент Швецова И.Н.

Красноярск

2013г.

**1. Занятие №1**

**Тема:** «Формирование мозговой организации психических процессов в онтогенезе».

**2. Форма организации занятия:** семинарское.

**3. Значение изучения темы:**

В клиническойпрактике нейропсихологический метод занимает особое место в ряду научных дисциплин, обращенных к проблеме онтогенеза в норме и патологии. Только он позволяет оценить и описать те системно-динамические перестройки, которые сопровождают психическое развитие ребенка с точки зрения его мозгового обеспечения. Но описать — это значит понять. Понять глубинные механизмы его психического статуса и спланировать адекватную онтогенезу именно этого, конкретного ребенка программу психолого-педагогического сопровождения.

**4. Цели обучения:** освоения учебной дисциплины «Спецпрактикум по коррекционно-развивающему обучению с супервизией» состоит в овладении знаниями психологической диагностики заболеваний, психологической помощи и восстановлению психических функций.

**Студент должен знать**:

* закономерности формирования мозговой организации психических процессов, специфику детского мозга, строение, состав мозговых зон, вовлекаемых в работу нейрофизиологических функциональных систем;
* специфику нейропсихологического исследования детей и возможности использования их как в клинической практике, так и психолого-педагогической деятельности.

**Студент должен уметь:**

* применять полученные знания при решении психолого-педагогических задач;
* квалифицировать затруднения, возникающие у детей в ходе учебной деятельности и прогнозировать успешность ребенка в различных видах деятельности, в том числе и обучении, на основе нейропсихологического анализа;
* организовывать нейропсихологическое обследование, коррекцию детей дошкольного и младшего школьного возраста.

**Студент должен владеть:**

* категориальным аппаратом нейропсихологии детского возраста;
* навыками организации нейропсихологической диагностики, коррекции и реабилитации в детском возрасте.

**5. План изучения темы:**

**5.1. Контроль исходного уровня знаний.**

|  |  |
| --- | --- |
| 1. | Основным предметом реабилитационной нейропсихологии является   1. установление причинно-следственных отношений между поврежденным мозгом и изменениями со стороны психики; 2. разработка методом инструментального исследования больных с локальными поражениями головного мозга; 3. восстановление утраченных из-за травмы или болезни высших психических функций; 4. совершенствование представлений о нейропсихологических симптомах и синдромах. 5. все выше перечисленное |
| 2. | Автором культурно-исторической теории развития ВПФ является:   1. Сеченов; 2. Бехтерев; 3. Выготский; 4. Анохин; 5. все четверо. |
| 3. | Изменчивость мозговой организации функций является отражением:   1. принципа системной локализации функций; 2. принципа динамической локализации функций; 3. принципа иерархической соподчиненности функций; 4. принципом узкого локализационизма; 5. всех функций. |
| 4. | Жесткость организации мозговых функций обусловливается:   1. меньшей подверженностью травмам; 2. их реализацией в макросистемах головного мозга; 3. более ранним периодом формирования; 4. последними двумя обстоятельствами; 5. всеми перечисленными. |
| 5. | Основным тезисом эквипотенционализма является:   1. многоуровневость организации ВПФ; 2. функциональная равноценность левого и правого полушарий; 3. принципиальная схожесть протекания психических функций у всех людей; 4. равноценность всех зон мозга в реализации психической деятельности; 5. все тезисы верны. |

**5.2. Основные понятия и положения темы**

Нейропсихология детского возраста — наука о формировании мозговой организации психических процессов. В последнее время она приобретает все большую популярность как метод синдромного психологического анализа дефицита психической деятельности у детей, связанного с той или иной мозговой недостаточностью (органической или функциональной) или несформированностью.

Широкое внедрение нейропсихологического луриевского анализа в практику установления причин детской дезадаптации «в норме» доказало его валидность и эффективность как дифференциально-диагностического, прогностического, профилактического и коррекционного инструмента. Правомерность такого утверждения подтверждается той популярностью, которой пользуются у психологов, логопедов, детских невропатологов и учителей разработки Э. Г. Симерницкой, Л.С. Цветковой, Т.В. Ахутиной, Н.К. Корсаковой и других.

Нейропсихологический метод действительно занимает особое место в ряду научных дисциплин, обращенных к проблеме онтогенеза в норме и патологии. Только он позволяет оценить и описать те системно-динамические перестройки, которые сопровождают психическое развитие ребенка с точки зрения его мозгового обеспечения. Но описать — это значит понять. Понять глубинные механизмы его психического статуса и спланировать адекватную онтогенезу именно этого, конкретного ребенка программу психолого-педагогического сопровождения.

Ведь психические функции ребенка не даны ему изначально, они преодолевают длительный путь, начиная с внутриутробного периода. И этот путь отнюдь не прямая линия, он гетерохронен и асинхроничен: в какой-то момент начинается бурное и кажущееся «автономным» развитие определенного психологического фактора (фонематического слуха, избирательности памяти, координатных представлений, кинестезии и т. п.). При этом другой фактор находится в состоянии относительной стабильности, а третий — на этапе «консолидации» с совершенно, казалось бы, далекой от него функциональной системой. И самое удивительное состоит в том, что эти разнонаправленные процессы в определенные периоды синхронизируются, чтобы создать в совокупности целостный ансамбль психической деятельности, способный адекватно отреагировать на те требования, которые предъявляет ребенку окружающий мир, и прежде всего, социальное окружение.

Жанр настоящего учебного пособия не предполагает описания всего многообразия процессов, происходящих в мозге ребенка, начиная с внутриутробного развития. Покажем лишь основные векторы кортикализации психических функций.

Очевидно, что речь идет, по сути, о единой трехмерной модели, которая должна быть получена путем наложения приведенных плоскостных изображений друг на друга. Модель отражает тот факт, что формирование мозговой организации психических процессов в онтогенезе происходит от стволовых и подкорковых образований к коре головного мозга (снизу вверх), от правого полушария мозга к левому (справа налево), от задних отделов мозга к передним (сзади наперед). Апофеозом церебрального функционального онтогенеза являются нисходящие контролирующие и регулирующие влияния от передних (лобных) отделов левого полушария к субкортикальным.

Но, к сожалению, все эти процессы станут попросту невозможными или искаженными, если не будет нейробиологической предуготованности мозговых систем и подсистем, которые их обеспечивают. Иными словами, развитие тех или иных аспектов психики ребенка однозначно зависит от того, достаточно ли зрел и полноценен соответствующий мозговой субстрат. При этом следует иметь в виду, что мозг — это не только известные всем кора, подкорковые образования, мозолистое тело и т. д., но и различные нейрофизиологические, нейрохимические и другие системы, каждая из которых вносит свой специфический вклад в актуализацию любой психической функции.

Следовательно, для каждого этапа психического развития ребенка в первую очередь необходима потенциальная готовность комплекса определенных мозговых образований к его обеспечению. Но, с другой стороны, должна быть востребованность извне (от внешнего мира, от социума) к постоянному наращиванию зрелости и силы того или иного психологического фактора. Если таковая отсутствует — наблюдаются искажение и торможение психогенеза в разных вариантах, влекущие за собой вторичные функциональные деформации на уровне мозга. Более того, доказано, что на ранних этапах онтогенеза социальная депривация приводит к дистрофии мозга на нейронном уровне.

Нейропсихологический метод является единственным на сегодняшний день валидным аппаратом для оценки и описания всей этой многоликой реальности, поскольку изначально разработан А.Р. Лурией и его учениками для системного анализа взаимодействия мозга и психики как взаимообусловливающего единства.

Опыт нейропсихологического консультирования детей с отклоняющимся развитием доказал адекватность и информативность именно такого подхода к данному контингенту. Во-первых, практически однозначно решается дифференциально-диагностическая задача: в результате обследования выявляются базисные патогенные факторы, а не актуальный уровень знаний и умений. Ведь внешне и патохарактерологические особенности ребенка, и педагогическая запущенность, и первичная несостоятельность фонематического слуха могут проявляться одинаково — «двойка по русскому». Во-вторых, только нейропсихологический анализ такой недостаточности может вскрыть механизмы, лежащие в ее основе, и подойти к разработке специфических, особым образом ориентированных коррекционных мер. Подчеркнем это непременное условие: важен именно синдромный подход, иначе, как показывает опыт, неизбежны искажения, односторонность результатов, обилие артефактов.

**5.3. Самостоятельная работа по теме:**

- разбор темы;

- отработка коррекционных методик;

- разбор пациентов, решение ситуативных задачь.

**5.4. Итоговый контроль знаний:**

|  |  |
| --- | --- |
| 1. | Медиобазальные отделы головного мозга, по А.Р. Лурия, относятся:   1. к энергетическому неспецифическому блоку; 2. к блоку переработки экстероцептивной информации; 3. к блоку программирования, регуляции и контроля; 4. ни к одному из них; 5. все ответы верны. |
| 2. | Инструментом выделения нейропсихологического фактора является:   1. совокупность физиологических исследований; 2. клиническая беседа с больным или испытуемым; 3. синдромный анализ; 4. математические процедуры; 5. ультразвуковое обследование. |
| 3. | C КАКИМИ отднлами связаны Нарушения контроля за исполнением собственного поведения   1. патология лобных долей; 2. повреждение глубоких структур мозга; 3. нарушение работы теменно-затылочных отделов мозга; 4. патология височных долей; 5. патология затылочных отделов. |
| 4. | задача, которая не решается с помощью методов нейропсихологической диагностики   1. постановка топического диагноза; 2. оценка динамики психических функций; 3. определение причин аномального психического функционирования; 4. выбор форм нейрохирургического вмешательства; 5. выбор форм нейропсихологической диагностики. |
| 5. | Расстройства различных видов ощущений называются   1. агнозиями; 2. галлюцинациями; 3. сенсорными расстройствами; 4. иллюзиями; 5. апраксиями. |

Задачи:

|  |  |
| --- | --- |
| 1. | Больная Ю., 66 лет. В прошлом работала препода-  вателем средней школы. В психиатрической больнице находится  три года без выписки. Сознание ясное. Себя называет правильно,  но при беседе обнаруживается, что больная не помнит текущей  даты, не помнит своего возраста, не помнит, сколько времени на-  ходится в больнице, не помнит, как зовут лечащего врача. Настрое-  ние хорошее. На просьбу вспомнить, чем она занималась вчера, со-  общила следующее: «Вчера с утра были занятия, проходили тему  “Пушкин и декабристы“. А затем сидела на педсовете. Хулигана  Галкина опять обсуждали». |
| 2. | Больной З., 78 лет, колхозник. В течение несколь-  ких недель находился на лечении в психиатрической больнице,  жалуется лишь на отсутствие зрения на правый глаз, где имеет-  ся помутнение роговицы. В отделении спокоен, подсаживается 43  к больнымпожилоговозраста, очем-тоснимибеседует. Вобщении  с врачом, больными вежлив, предупредителен, даже несколько сла-  щав. Приветливо здоровается, но встретив врача через несколько  минут, приветствует его снова. Часто приоткрывает дверь в каби-  нет и вежливо осведомляется, не пришел ли консультант-окулист,  через пять минут спрашивает о том же. Числа, месяца, года назвать  не может. Видя вокруг людей в белых халатах, догадывается, что  его положили в больницу, но какую, не помнит. Рассказывает, что  только вчера приехал из деревни: «Вот лошадь во дворе привязал,  сейчас ходил сена ей давал». Вернувшись после консультации из  кабинета профессора, всем рассказывает с убеждением, что про-  фессор угощал его шампанским, сердился, когда ему говорили,  что этого не было. Любит рассказывать о днях своей молодости,  помнит события прошлых лет, правильно воспроизводит события  войны, в которой принимал участие. Перечисляет имена своих де-  тей, назвать имена внуков не может, говорит каждый раз разные.  Квалифицировать нарушения памяти и синдром. |
| 3. | Больной M., 23 лет, после тяжелой травмы головы  лечился в больнице в течение 6 месяцев с нарушениями памяти.  В то время не мог воспроизвести события пятилетней давности.  Спустя год после выписки: спокоен. Охотно отвечает на вопросы.  Обнаруживает амнезию на период, предшествующий травме. Не  помнит событий после травмы, амнезировал пребывание в трав-  матологическом отделении; месяцы, проведенные в психиатриче-  ской больнице. Помнит, что к нему «иногда» приезжали родители.  Помнит хорошо день выписки. С трудом вспомнил имена врачей  и медицинского персонала. Жалуется, что у него «плохая память»  : «все приходится записывать».  Квалифицировать нарушения памяти. |
| 4. | Больной с возмущением говорил: «Ужасные без-  образия творятся в этой клинике, вчера, например, меня посадили  в клетку, а до этого заставили вылезать на улицу через окно».  Определить нарушения памяти. |
| 5. | Больная 43 лет, поступает в психиатрическую боль-  ницу с одинаковыми состояниями в четвертый раз. Настроение  повышено, многоречива, деятельна, плохо спит. Читает наизусть  стихи Блока и страницы из произведений Чехова почти без оши-  бок, можно сверять с текстом. Когда такие состояния проходят, то  стихи помнит отрывками, а прозу воспроизвести не может.  Как называются такие временные нарушения памяти? |

**6. Домашнее задание для уяснения темы занятия**

1. Основные принципы, определяющие формирование психичес­ких функций в теории системной динамической локализации А.Р. Лурия.

2.Специфика использования основных понятий нейропсихологии «функция», «локализация», «симптом», «синдром», «фактор», «синдромный анализ» в нейропсихологии детского возраста.

3. Функциональные блоки мозга по А.Р. Лурия. Строение, функции.

4. Принцип гетерохронности в морфо- и функциогенезе. Внутри­системная и межсистемная гетерохронность.

5. Основные принципы системогенеза.

6.Показатели морфологического созревания мозга. Основные за­кономерности морфологического созревания мозга.

7.Функциональные критерии развития мозга. Основные законо­мерности функционального созревания мозговых структур.

8.Морфофункциональное созревание функциональных блоков мозга в онтогенезе.

9.Соотношение развития и влияния среды. Теории научения. Тео­рии созревания.

1. **Рекомендованная литература по теме занятия**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| №  п/п | Наименование | Издательство | Год  выпуска |

**Обязательная**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 1. | Лурия А.Р. Высшие корковые функции человека и их нарушения при локальных поражениях мозга / А.Р. Лурия. | СПб.: Питер | 2007 |
| 2. | Семенович А.В. Нейропсихологическая диагностика и коррекция в детском возрасте. | М.: Академия | 2002 |
| 3. | Семенович, А. В. Нейропсихологическая коррекция в детском возрасте. Метод замещающего онтогенеза: учебное пособие/ А. В. Семенович. - 2-е изд. | М.: Генезис | 2008 |
| 4. | Визель Т.Г. Основы нейропсихологии: учеб. для студентов вузов Т.Г. Визель. | М.: АСТАстрель Транзиткнига | 2005 |
| 5. | Клиническая психология / под ред. Карвасарского Б.Д. | СПб.: Питер | 2010 |
| 6. | Микадзе Ю.В. Нейропсихология детского возраста: Учебное пособие. | СПб.:Питер | 2008 |

**Дополнительная**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 1. | Психология. (Лекции для студентов медицинских вузов), Творогова Н. Д. | М.: ГОУ ВУНМЦ РФ | 2002 |
| 2. | Клиническая психология / под ред. М.Перре , У.Бауманна | СПб.: Питер | 2007 |
| 3. | Корсакова Н. К., Московичюте Л. И. Клиническая нейропсихология. | М.: МГУ | 1988 |

**Электронные ресурсы**

|  |  |
| --- | --- |
| 1. | ИБС КрасГМУ |
| 2. | БМ МедАрт |
| 3. | БД Ebsco |

Государственное бюджетное образовательное учреждение высшего профессионального образования «Красноярский государственный медицинский университет имени профессора В.Ф. Войно-Ясенецкого»

Министерства здравоохранения Российской Федерации

ГБОУ ВПО КрасГМУ им. проф. В.Ф. Войно-Ясенецкого Минздрава России

Кафедра нервных болезней с курсом медицинской реабилитации ПО

**МЕТОДИЧЕСКИЕ УКАЗАНИЯ**

**ДЛЯ ОБУЧАЮЩИХСЯ**

**по дисциплине «Спецпрактикум по коррекционно-развивающему обучению с супервизией»**

**для специальности** 030401 Клиническая психология (очная форма обучения)

**К СЕМИНАРСКОМУ** **ЗАНЯТИЮ № 2**

**ТЕМА:** **«Схема нейропсихологического обследования детей».**

Утверждены на кафедральном заседании протокол .

Заведующий кафедрой

Доктор медицинских наук, профессор Прокопенко С.В.

Составители: доктор медицинских наук, профессор Прокопенко С.В.

кандидат медицинских наук, доцент Харламова Г.В.

кандидат медицинских наук, ассистент Можейко Е.Ю.

доктор медицинских наук, профессор Похабов Д.В.

доктор медицинских наук, профессор Народова В.В.

кандидат медицинских наук, доцент Дроздова Л.Н.

доктор медицинских наук, профессор Колесникова И.В.

ассистент Швецова И.Н.

Красноярск

2014г.

**1. Занятие №2**

**Тема:** «Схема нейропсихологического обследования детей**»**

**2. Форма организации занятия:** семинар – в интерактивной форме.

**3. Значение изучения темы:**

В клиническойпрактике нейропсихологический метод занимает особое место в ряду научных дисциплин, обращенных к проблеме онтогенеза в норме и патологии. Только он позволяет оценить и описать те системно-динамические перестройки, которые сопровождают психическое развитие ребенка с точки зрения его мозгового обеспечения. Но описать — это значит понять. Понять глубинные механизмы его психического статуса и спланировать адекватную онтогенезу именно этого, конкретного ребенка программу психолого-педагогического сопровождения.

**4. Цели обучения:** освоения учебной дисциплины «Спецпрактикум по коррекционно-развивающему обучению с супервизией» состоит в овладении знаниями психологической диагностики заболеваний, психологической помощи и восстановлению психических функций.

**Студент должен знать**:

* закономерности формирования мозговой организации психических процессов, специфику детского мозга, строение, состав мозговых зон, вовлекаемых в работу нейрофизиологических функциональных систем;
* специфику нейропсихологического исследования детей и возможности использования их как в клинической практике, так и психолого-педагогической деятельности.

**Студент должен уметь:**

* применять полученные знания при решении психолого-педагогических задач;
* квалифицировать затруднения, возникающие у детей в ходе учебной деятельности и прогнозировать успешность ребенка в различных видах деятельности, в том числе и обучении, на основе нейропсихологического анализа;
* организовывать нейропсихологическое обследование, коррекцию детей дошкольного и младшего школьного возраста.

**Студент должен владеть:**

* категориальным аппаратом нейропсихологии детского возраста;
* навыками организации нейропсихологической диагностики, коррекции и реабилитации в детском возрасте.

**5. План изучения темы:**

**5.1. Контроль исходного уровня знаний.**

|  |  |
| --- | --- |
| 1. | Общим признаком зрительных агнозий являются   1. неспособность увидеть что-либо; 2. изменений полей зрения; 3. нарушение мыслительных процессов; 4. потеря способности узнавания; 5. нарушение абстрагирования. |
| 2. | Нарушение осознать плоский предмет на ощупь с закрытыми глазами называется   1. аутотопагнозией; 2. тактильной агнозией; 3. дермолексией; 4. соматоагнозией; 5. прозопагнозией |
| 3. | Соматоагнозия – признак   1. нижнетеменного поражения; 2. верхнетеменного поражения; 3. среднетеменного поражения; 4. поражения вторичных отделов зрительного анализатора; 5. затылочное поражение. |
| 4. | Замена нужных движений на шаблонные является признаком:   1. кинестетической апраксии; 2. пространственной апраксии; 3. кинетической апраксии; 4. регуляторной апраксии; 5. все выше перечисленные. |
| 5. | Приобретенное речевое расстройство вследствие локального поражения левого полушария называется:   1. апраксией; 2. мутизмом; 3. дизартрией; 4. афазией; 5. амузией. |

**5.2. Основные понятия и положения темы**

Авторы нейропсихологических исследований дошкольников неоднозначно относятся к возможности количественной оценки результатов проб: от полного ее отрицания, считая, что Луриевский подход предполагает ТОЛЬКО качественную оценку (О. А. Гончаров, 1998), до строгой стандартизации методов за счет существенного сокращения арсенала применяемых тестов (Э. Г. Симерницкая, 1991; Ю. В. Микадзе, Н. К. Корсакова, 1994). Большинство нейропсихологов, занимающихся коррекционной работой с детьми, понимают необходимость количественной оценки выявляемых симптомов недоразвития (дефицитарности) психических функций с целью объективизации степени выраженности дефектов и динамики их обратного развития. В работе А. В. Семенович (2002) предложена (но не конкретизирована) 4-балльная шкала оценки дефектов с учетом возможности их коррекции (зоны ближайшего развития ребенка).

Специфика разработанной системы оценок ()К. М. Глозман,1999) заключается в двух взаимосвязанных, но имеющих самостоятельное значение и ВОЗМОЖНОСТЬ применения процедурах.

1. Составление по каждой пробе списка возможных трудностей ее выполнения и квалификация деятельности обследуемого в анализируемой психической сфере в соответствии с этим списком. В результате мы получаем следующее:

§   во-первых, состояние ВПФ каждого конкретного ребенка может быть объективировано как констелляция +/- симптомов (с возможностью их количественного подсчета);

§   во-вторых, можно выявить типичный нейропсихологический паттерн для исследуемой группы детей;

в-третьих, возможно провести группировку качественных параметров (симптомов) на основе их общей отнесенности к работе той или иной структуры или блока головного мозга с тем, чтобы сравнить степень недоразвития разных отделов мозга у данного ребенка или возрастной группы детей и определить устойчивость симптоматики в ходе динамического наблюдения;

§   в-четвертых, позитивная или негативная динамика состояния при повторном обследовании может быть оценена на основании исчезновения/появления отдельных симптомов, Т. е. изменения нейропсихологического паттерна.

2. Балловая оценка выполнения каждой пробы по 6-балльной шкале на основании выявленных трудностей (ошибок), их первичного или вторичного характера, степени их выраженности по сравнению с нормативными данными соответствующей возрастной группы, а также возможности и условий коррекции ошибок (потребовавшийся способ предъявления или организации материала, степень стимуляции ребенка и помощи со стороны обследователя) при диалоговом режиме проведения нейропсихологического обследования. Балловая оценка позволяет также определить суммарный балл дефицитарности по каждой психической сфере и в целом для ребенка с тем, чтобы объективно оценить степень недоразвития (атипии развития, дефицитарности психического функционирования), объективировать динамику состояния ребенка при лонгитюдном прослеживании в ходе коррекционного воздействия.

Так как число тестов в Луриевской батарее по каждой сфере разное, и основу Луриевского подхода составляет гибкое тестирование, Т. С. возможность сокращения или расширения обследования в каждом индивидуальном случае и для каждой возрастной группы, адекватность сравнительного анализа обеспечивается тем, что суммарный балл по каждой психической сфере делится на число проведенных проб. Балловая оценка организована как система штрафов, Т. е. балл тем выше, чем хуже выполняется проба.

Опишем далее методику обследования и оценки его результатов на примере основных Луриевских тестов, которые мы применяем при стандартном нейропсихологическом обследовании дошкольников. Учитывая то, что, во-первых, в основу 6алловой оценки в каждом тесте положены нормативные данные дифференцированного обследования дошкольников и, во-вторых, однократное обследование должно быть компактным в силу нейродинамических особенностей психического функционирования малышей, мы приводим ниже критерии количественной оценки только для тех тестов, для которых нами получены нормативные данные. Наряду с этим полный синдромный анализ состояния психических функций у каждого ребенка, особенно в случаях недоразвития (дефицитарного или атипичного развития), направленный на создание коррекционно-развивающей нейропсихологической программы, требует многократного обследования и добавления ряда нейропсихологических тестов. Так, мы считаем полезным в таких случаях исследование фонематического слуха (повторение звуков и слов и соотнесение с картинками слов с оппозиционными фонемами), соматогностических функций (локализация одного или двух прикосновений на кистях ребенка, сидящего с закрытыми глазами); копирование фигур Тэйлора и Рея-Остеррица (листы 31-32 Альбома), домика (лист 30 Альбома), расширение тестов Бентона (в том числе и более сложный вариант вычленения элемента геометрической фигуры, например острого или тупого угла, из целой фигуры) и Денманна (листы 14 и 29 Альбома), большее количество тестов на понимание смысла рассказов и сюжетных картинок (листы 22-24 Альбома) и другие дополнительные пробы по усмотрению специалистов из имеющихся методик для обследования детей (А. Р. Лурия, 1969, 9736; D. Wechsler, 1974; Э. Г. Симерниикая, 1991; А. В. Семенович, 2002; Т. В. Ахутина, Н. М. Пылаева, 2003).

### Схема и количественная оценка данных нейропсихологического обследования ребенка

Обследование начинается с беседы с ребенком, задача которой установить контакт с ним, а также получить данные по общей характеристике его психического функционирования. Затем у детей от четырех лет определяется с помощыо вопросов и специальных проб (см. приложения 2 и 3) межполушарная организация психических функций.

#### 4.2.1. Общая характеристика ребенка

Во время стандартизированной беседы с ребенком, вопросы которой в ходе апробации дифференцированы по возрасту (см. приложения 1-3), оценивается состояние 3 областей психического функционирования:

§   ориентировка в месте, времени, в некоторых своих личных данных;

§   критичность;

§   адекватность поведения и эмоциональных реакций в ситуации обследования.

Кроме того, с помощью специально разработанного для дошкольников варианта корректурной пробы (лист 1 Альбома) исследуются умственная работоспособность и концентрация внимания ребенка. В этой пробе ребенку от 4 лет предлагается лист со 104 трудно вербализуемыми фигурами 10 видов, чередующимися в случайном порядке. Количество фигурок каждого вида различно. Исследователь зачеркивает фигурку типа четырехконечной звездочки и предлагает ребенку: "Мы с тобой поиграем в разведчиков. Разведчики всегда очень внимательны. Я сейчас засеку время и посмотрю, сколько ты найдешь точно таких же фигурок, пока я не скажу "Стоп"». Регистрируются количество найденных за 1 минуту правильных фигурок, количество и тип ошибок: перцептивно близкие/перцептивно далекие (например, различные звездочки или звездочка/сердечко).

Выявляемые симптомы

1.1. Незнание времени года (у детей старше 5 лет).

1.2. Незнание места нахождения.

1.3. Трудности воспроизведения своих личных данных (имя, возраст, имя мамы, адрес проживания).

1.4. Отвлекаемость, полевое поведение в ситуации обследования. 1.5. Отказ от задания и общения с обследующим.

1.6. Несформированность чувства дистанции (трогает волосы или одежду обследующего, некорректно называет его).

1.7. Расторможенность, общее возбуждение, невозможность усидеть за столом даже 10 минут.

1.8. Неадекватные эмоциональные реакции: плач, смех без видимых поводов.

1.9. Симптомы агрессии или самоагрессии.

1.10. Напряженность, растерянность, тревожность.

1.11. Нечувствительность к оценкам взрослого, незаинтересованность в результатах обследования.

1.12. Низкая умственная работоспособность и концентрация внимания (по сравнению с нормативными данными в корректурной пробе для каждой возрастной группы ).

1.13. Несформированность избирательности в корректурной пробе: 1.13.1. Смешения перцептивно близких фигурок.

1.13.2. Смешения перцептивно далеких фигурок.

1.14. Отвлечения от выполнения задания (паузы более 10 секунд).

КРИТЕРИИ балловых ОЦЕНОК

Ориентировка

0 - Ребенок правильно называет место своего пребывания в данный момент. Отвечает на вопросы: ходит ли он в детский сад, в какую группу (с 4 лет). Правильно называет текущее время года (с 5 лет).

0,5 - Ребенок отвечает на вопросы неуверенно, ошибается, но сам исправляет свои ошибки без наводящих вопросов.

1 - Ребенок правильно отвечает, но только после наводящих вопросов обследующего или не может ответить только на 1 вопрос.

2 - Ребенок может правильно ответить не более чем на половину заданных вопросов.

3 - Ребенок не может правильно ответить ни на один вопрос. (В случае сомнения здесь и далее ставятся баллы 0,5; 1,5 и 2,5).

Адекватность

0 - Ребенок полностью контролирует свое поведение, и оно соответствует ситуации обследования.

0,5 - Выявляется один из вышеуказанных симптомов 1.4-1.10, слабовыраженных и поддающихся самостоятельной коррекции ребенком без участия исследователя.

1 - Выявленный единичный симптом носит устойчивый, самостоятельно не корригируемый характер.

2 - Несколько многократно возникающих симптомов, которые ребенок может скорригировать после того, как исследователь укажет на них.

3 - Стабильные некорригируемые трудности.

Критичность

0 - Ребенок проявляет отчетливую заинтересованность в результатах обследования и в оценках взрослого, адекватно относится к сделанным ошибкам, переживает их, старается исправить самостоятельно.

1 - Ребенок старается исправить все допущенные ошибки только после указания на них обследующим.

2 - Ребенок пытается исправить некоторые допущенные ошибки после указания на них обследующим, но прилагает недостаточно усилий к этому.

3 - Ребенок полностью безразличен к результатам обследования и выявленным ошибкам.

Корректурная проба

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Балл | 4 года | 5 лет | 6 лет |
| 0 | 6 найденных за минуту правильных фигурок и не более 3 ошибок типа 1.13.1 | 9 правильных фигурок и не более 2 ошибок типа 1.13.1 | 11 правильных фигурок при отсутствии ошибок |
| 0,5 | 1-2 импульсивные, самокорригируемые ошибки типа 1.13.2 | | |
| 1 | 5 правильных фигурок и/или 1-2 ошибки типа 1.13.2 без коррекции. Или более 3 ошибок типа 1.13.1 | 7-8 правильных фигурок и/или 1-2 ошибки типа 1.13.2 без коррекции. Или более 2 ошибок типа 1.13.1 | 8-10 правильных фигурок и/или единичные ошибки любого типа без коррекции |
| 2 | 3-4 правильные фигурки и/или более 2 ошибок типа 1.13.2. Или отвлечения от выполнения задания (паузы более 10 секунд) | 5-6 правильных фигурок и/или более 2 ошибок типа 1.13.2. Или отвлечения от выполнения задания (паузы более 10 секунд) | 6-7 правильных фигурок и/или более 2 ошибок любого типа без коррекции. Или отвлечения от выполнения задания (паузы более 10 секунд) |
| 3 | Менее 3 правильных фигурок за минуту | Менее 5 правильных фигуро |  |

**5.3. Самостоятельная работа по теме:**

- разбор темы;

- отработка коррекционных методик;

- разбор пациентов, решение ситуативных задачь.

**5.4. Итоговый контроль знаний:**

|  |  |
| --- | --- |
| 1. | Поражение теменно-затылочной зоны левого полушария часто приводит к:   1. эфферентной моторной афазии; 2. сенсорной афазии; 3. семантической афазии; 4. динамической афазии; 5. амузии. |
| 2. | Основным дефектом при вербальной алексии является:   1. слабое зрение; 2. нарушения симультанного узнавания; 3. перепутывание букв; 4. первая и третья причины; 5. нет правильного варианта. |
| 3. | Аграфия – это:   1. потеря способности к рисованию; 2. потеря способности переноса навыков письма с правой руки на левую у правшей; 3. навязчивые повторения отдельных букв при письме или штрихов при рисовании; 4. нарушение способности правильно по форме и смыслу писать; 5. потеря способности читать. |
| 4. | Акалькулия часто сочетается с:   1. семантической афазией; 2. кинестетической апраксией; 3. соматоагнозией; 4. эмоциональными расстройствами; 5. моторной афазией. |
| 5. | Неспецифические расстройства памяти преимущественно связаны с работой:   1. первого блока мозга; 2. второго блока мозга; 3. третьего блока мозга; 4. всех трех блоков; 5. четвертого блока мозга. |

Задачи:

|  |  |
| --- | --- |
| 1. | Больная Ю., 66 лет. В прошлом работала препода-  вателем средней школы. В психиатрической больнице находится  три года без выписки. Сознание ясное. Себя называет правильно,  но при беседе обнаруживается, что больная не помнит текущей  даты, не помнит своего возраста, не помнит, сколько времени на-  ходится в больнице, не помнит, как зовут лечащего врача. Настрое-  ние хорошее. На просьбу вспомнить, чем она занималась вчера, со-  общила следующее: «Вчера с утра были занятия, проходили тему  “Пушкин и декабристы“. А затем сидела на педсовете. Хулигана  Галкина опять обсуждали». |
| 2. | Больной З., 78 лет, колхозник. В течение несколь-  ких недель находился на лечении в психиатрической больнице,  жалуется лишь на отсутствие зрения на правый глаз, где имеет-  ся помутнение роговицы. В отделении спокоен, подсаживается 43  к больнымпожилоговозраста, очем-тоснимибеседует. Вобщении  с врачом, больными вежлив, предупредителен, даже несколько сла-  щав. Приветливо здоровается, но встретив врача через несколько  минут, приветствует его снова. Часто приоткрывает дверь в каби-  нет и вежливо осведомляется, не пришел ли консультант-окулист,  через пять минут спрашивает о том же. Числа, месяца, года назвать  не может. Видя вокруг людей в белых халатах, догадывается, что  его положили в больницу, но какую, не помнит. Рассказывает, что  только вчера приехал из деревни: «Вот лошадь во дворе привязал,  сейчас ходил сена ей давал». Вернувшись после консультации из  кабинета профессора, всем рассказывает с убеждением, что про-  фессор угощал его шампанским, сердился, когда ему говорили,  что этого не было. Любит рассказывать о днях своей молодости,  помнит события прошлых лет, правильно воспроизводит события  войны, в которой принимал участие. Перечисляет имена своих де-  тей, назвать имена внуков не может, говорит каждый раз разные.  Квалифицировать нарушения памяти и синдром. |
| 3. | Больной M., 23 лет, после тяжелой травмы головы  лечился в больнице в течение 6 месяцев с нарушениями памяти.  В то время не мог воспроизвести события пятилетней давности.  Спустя год после выписки: спокоен. Охотно отвечает на вопросы.  Обнаруживает амнезию на период, предшествующий травме. Не  помнит событий после травмы, амнезировал пребывание в трав-  матологическом отделении; месяцы, проведенные в психиатриче-  ской больнице. Помнит, что к нему «иногда» приезжали родители.  Помнит хорошо день выписки. С трудом вспомнил имена врачей  и медицинского персонала. Жалуется, что у него «плохая память»  : «все приходится записывать».  Квалифицировать нарушения памяти. |
| 4. | Больной с возмущением говорил: «Ужасные без-  образия творятся в этой клинике, вчера, например, меня посадили  в клетку, а до этого заставили вылезать на улицу через окно».  Определить нарушения памяти. |
| 5. | Больная 43 лет, поступает в психиатрическую боль-  ницу с одинаковыми состояниями в четвертый раз. Настроение  повышено, многоречива, деятельна, плохо спит. Читает наизусть  стихи Блока и страницы из произведений Чехова почти без оши-  бок, можно сверять с текстом. Когда такие состояния проходят, то  стихи помнит отрывками, а прозу воспроизвести не может.  Как называются такие временные нарушения памяти? |

1. **Домашнее задание для уяснения темы занятия**
2. составление плана диагностического исследования ребёнка;
3. составление плана коррекционного исследования ребёнка;
4. ведение протокола исследования;
5. супервизия работы студента с ребёнком;
6. обсуждение результатов экспериментально-психологического исследования ребёнка;
7. написание заключения экспериментально-психологического исследования;
8. обсуждение и коррекция заключения экспериментально-психологического исследования.
9. основные принципы, определяющие формирование психичес­ких функций в теории системной динамической локализации А.Р. Лурия.
10. специфика использования основных понятий нейропсихологии «функция», «локализация», «симптом», «синдром», «фактор», «синдромный анализ» в нейропсихологии детского возраста.
11. функциональные блоки мозга по А.Р. Лурия. Строение, функции.
12. принцип гетерохронности в морфо- и функциогенезе. Внутри­системная и межсистемная гетерохронность.
13. основные принципы системогенеза.
14. показатели морфологического созревания мозга. Основные за­кономерности морфологического созревания мозга.
15. функциональные критерии развития мозга. Основные законо­мерности функционального созревания мозговых структур.
16. морфофункциональное созревание функциональных блоков мозга в онтогенезе.
17. соотношение развития и влияния среды. Теории научения. Тео­рии созревания.
18. **Рекомендованная литература по теме занятия**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| №  п/п | Наименование | Издательство | Год  выпуска |

**Обязательная**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 1. | Лурия А.Р. Высшие корковые функции человека и их нарушения при локальных поражениях мозга / А.Р. Лурия. | СПб.: Питер | 2007 |
| 2. | Семенович А.В. Нейропсихологическая диагностика и коррекция в детском возрасте. | М.: Академия | 2002 |
| 3. | Семенович, А. В. Нейропсихологическая коррекция в детском возрасте. Метод замещающего онтогенеза: учебное пособие/ А. В. Семенович. - 2-е изд. | М.: Генезис | 2008 |
| 4. | Визель Т.Г. Основы нейропсихологии: учеб. для студентов вузов Т.Г. Визель. | М.: АСТАстрель Транзиткнига | 2005 |
| 5. | Клиническая психология / под ред. Карвасарского Б.Д. | СПб.: Питер | 2010 |
| 6. | Микадзе Ю.В. Нейропсихология детского возраста: Учебное пособие. | СПб.:Питер | 2008 |

**Дополнительная**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 1. | Психология. (Лекции для студентов медицинских вузов), Творогова Н. Д. | М.: ГОУ ВУНМЦ РФ | 2002 |
| 2. | Клиническая психология / под ред. М.Перре , У.Бауманна | СПб.: Питер | 2007 |
| 3. | Корсакова Н. К., Московичюте Л. И. Клиническая нейропсихология. | М.: МГУ | 1988 |

**Электронные ресурсы**

|  |  |
| --- | --- |
| 1. | ИБС КрасГМУ |
| 2. | БМ МедАрт |
| 3. | БД Ebsco |

Государственное бюджетное образовательное учреждение высшего профессионального образования «Красноярский государственный медицинский университет имени профессора В.Ф. Войно-Ясенецкого»

Министерства здравоохранения Российской Федерации

ГБОУ ВПО КрасГМУ им. проф. В.Ф. Войно-Ясенецкого Минздрава России

Кафедра нервных болезней с курсом медицинской реабилитации ПО

**МЕТОДИЧЕСКИЕ УКАЗАНИЯ**

**ДЛЯ ОБУЧАЮЩИХСЯ**

**по дисциплине «Спецпрактикум по коррекционно-развивающему обучению с супервизией»**

**для специальности** 030401 Клиническая психология (очная форма обучения)

**К СЕМИНАРСКОМУ** **ЗАНЯТИЮ № 3**

**ТЕМА:** **«Методы нейропсихологического обследования. Двигательные функции: кинестетический праксис, кинетический праксис, пространственный праксис».**

Утверждены на кафедральном заседании протокол .

Заведующий кафедрой

Доктор медицинских наук, профессор Прокопенко С.В.

Составители: доктор медицинских наук, профессор Прокопенко С.В.

кандидат медицинских наук, доцент Харламова Г.В.

кандидат медицинских наук, ассистент Можейко Е.Ю.

доктор медицинских наук, профессор Похабов Д.В.

доктор медицинских наук, профессор Народова В.В.

кандидат медицинских наук, доцент Дроздова Л.Н.

доктор медицинских наук, профессор Колесникова И.В.

ассистент Швецова И.Н.

Красноярск

2013г.

**1. Занятие №3**

**Тема:** «Методы нейропсихологического обследования. Двигательные функции: кинестетический праксис, кинетический праксис, пространственный праксис и т.д».

**2. Форма организации занятия:** семинар – в интерактивной форме в виде дебатов.

**3. Значение изучения темы:**

В клиническойпрактике нейропсихологический метод занимает особое место в ряду научных дисциплин, обращенных к проблеме онтогенеза в норме и патологии. Только он позволяет оценить и описать те системно-динамические перестройки, которые сопровождают психическое развитие ребенка с точки зрения его мозгового обеспечения. Но описать — это значит понять. Понять глубинные механизмы его психического статуса и спланировать адекватную онтогенезу именно этого, конкретного ребенка программу психолого-педагогического сопровождения.

**4. Цели обучения:** освоения учебной дисциплины «Спецпрактикум по коррекционно-развивающему обучению с супервизией» состоит в овладении знаниями психологической диагностики заболеваний, психологической помощи и восстановлению психических функций.

**Студент должен знать**:

* закономерности формирования мозговой организации психических процессов, специфику детского мозга, строение, состав мозговых зон, вовлекаемых в работу нейрофизиологических функциональных систем;
* специфику нейропсихологического исследования детей и возможности использования их как в клинической практике, так и психолого-педагогической деятельности.

**Студент должен уметь:**

* применять полученные знания при решении психолого-педагогических задач;
* квалифицировать затруднения, возникающие у детей в ходе учебной деятельности и прогнозировать успешность ребенка в различных видах деятельности, в том числе и обучении, на основе нейропсихологического анализа;
* организовывать нейропсихологическое обследование, коррекцию детей дошкольного и младшего школьного возраста.

**Студент должен владеть:**

* категориальным аппаратом нейропсихологии детского возраста;
* навыками организации нейропсихологической диагностики, коррекции и реабилитации в детском возрасте.

**5. План изучения темы:**

**5.1. Контроль исходного уровня знаний**

|  |  |
| --- | --- |
| 1. | «Полевое» поведение является результатом поражения:   1. лобных долей; 2. височных долей; 3. затылочных долей; 4. теменных долей; 5. глубинных неспецифических структур. |
| 2. | Экспериментальным приемом обнаружения модально-специфических нарушений внимания является   1. корректурная проба; 2. одновременное предъявление двух стимулов парным анализаторам; 3. управление движущимся объектом; 4. узнавание стимульного материала; 5. сравнение понятий. |
| 3. | Дефекты мышления, связанные с опосредованием речевых связей, вызываются   1. поражением конвекситальных отделов лобных долей; 2. левовисочными поражениями; 3. теменно-затылочными поражениями; 4. правовисочными поражениями; 5. правых затылочных отделов. |
| 4. | Поражение конвекситальных отделов лобных долей мозга приводит к такому эмоциональному состоянию, как:   1. безразличное благодушие; 2. грусть; 3. депрессия; 4. тревога; 5. эйфория. |
| 5. | Особенностью очаговых поражений мозга у детей является:   1. слабая выраженность симптоматики; 2. значительная выраженность симптоматики; 3. длительный период обратного развития симптомов; 4. высокая зависимость от латерации очага поражения; 5. высокая зависимость от окружающих факторов. |

5.2 **Основные понятия и положения темы**

**Понятие праксиса и его неречевые виды**  
  
Гностические функции, в свою очередь, служат базисными для овладения связанными с ними действиями, т.е. различными видами праксиса. Термин праксис обозначаетпрактическое (пред­метное) действие. Таких действий человек осваивает великое множество: от самых простых (еда, одевание и пр.) до сложней­ших, представленных, например, профессиональными навыками ипрочим.  
  
Учение о праксисе и его нарушениях — апраксии — было со­здано немецким неврологом К. Липманном, который развил и уточнил положения, выдвинутые еще неврологом К Вернике, впервые описавшим моторную афазию и введшим ее в науку.  
  
К. Липманн подчеркивал, что праксис — это система не толь­ко предметных, но ипроизвольных действий. Нарушение способ­ности воспроизводить эти действия носит название апраксии Принципиально важно, что больные с апраксией теряют способ­ность выполнять движения и действия именно произвольно. Не­произвольно эти же действия могут быть ими легко выполнены Подробнее об этом будет сказано в разделе «Апраксии».  
  
К. Липманн обратил внимание и на то, что для выполнения какого-либо двигательного акта необходимо совершить серию отдельных движений, соответствующих его общему замыслу. Та­кой замысел К. Липманн назвал «идеаторным эскизом (набро­ском)». По существу, он представляет собой план действия, ко­торый разворачивается в отдельные двигательные акты («кине­тические мелодии»). Чтобы действие совершилось, необходима также передача представлений о нем в исполнительный (мотор­ный) центр.  
  
Таким образом, в структуру праксиса как высшей психиче­ской функции входит три звена: идеаторное, передаточное и ис­полнительное.  
  
А.Р. Лурия, основываясь на учении К Липманна о праксисе и апраксии, существенным образом развил его. Он разделил все праксические действия на кинестетические (чувствительные) и кинетические (двигательные), постулируя таким образом нали­чие двух видов праксиса — кинестетического и кинетического. Кинестетический праксис А.Р. Лурия обозначил как афферент­ный, а кинетический — как эфферентныйЭто уточнило понима­ние праксиса — как одной из высших психических функций, и апраксии — как его патологии.  
  
Добавим к этому, что термин афферентный означает «центро­стремительный», подразумевающий направление нервных им­пульсов от периферии к центру», а термин эфферентный означа­ет «центробежный», подразумевающий направление нервных им­пульсов от центра к периферии».  
  
Таким образом, один вид праксиса — кинетический по спо­собу приобретения и использования — кинестетический и аффе­рентный по направленности нервных импульсов. Второй вид праксиса по способу приобретения и использования и эффе­рентный по направленности нервных импульсов.  
  
Для того чтобы пояснить сказанное, обратимся к тому, что посредником между человеком и его произвольными действия­ми является предмет,понимаемый как объект действительности в самом широком смысле слова. Вначале это был предмет, пред­оставляемый природой (камень, ветка дерева, плоды, шкуры убитых животных и т.д.), а затем появился предмет, являющийся продуктом деятельности самого человека, т.е.рукотворный. И те и другие предметы сыграли решающую роль в формировании праксических действий людей. Для тог, чтобы сорвать плод с дерева, нужно принять соответствующую позу, поднять руку вверх и сделать движение отрыва плода от ветки; для того чтобы пой­мать мяч, нужно протянуть обе руки вперед и сделать захватывающее движение; для того, чтобы взять иголку, нужно соеди­нить два пальца — большой и указательный — на одной руке. Все эти действия отличны друг от друга и могут выполняться только в соответствии с конфигурацией предмета и, что особенно важ­но, впоследствии и в отсутствии предмета, т.е. на основе имита­ции действия с реальным предметом. Так, мы можем не срывать плод с дерева, а показать, как это делается, не ловить реальный мяч, а показать, как ловят воображаемый мяч.  
  
Совокупность рукотворных предметов составила значитель­ную часть созданной человеком цивилизации. В современном мире роль предмета не столь доминантна, как ранее, однако ос­тается еще очень важной, особенно в детском возрасте. Совре­менный ребенок с его ранней готовностью к сложным видам отвлеченной деятельности не обходится тем не менее без предмета, без оперирования им. Взрослый человек также пользуется предметом повсеместно и ежеминутно, однако многие секреты предметной деятельности им утеряны. Достаточно вспомнить колоссов острова Майя, пирамиды Хеопса, которые сделаны ру­ками человека, но как именно, теперь нам не понятно. Секрет сотворения этих «чудес» утерян. Но даже если бы человек и ос­тавался таким же искусным в ручной деятельности, вряд ли он стал делать подобные предметы. Они перестали быть столь необ­ходимыми, как ранее (и в эстетическом, и в практическом смыс­ле). В результате нас уже не окружают люди в костюмах, ручная отделка которых изумляет и умиляет, дома и их убранство упрос­тились до геометрических форм. Стили помпадур, барокко, рококо — историческая данность, переставшая быть реально­стью сегодняшнего дня. Правда, сохранились еще православные храмы, готические соборы, «кружевные» мечети Востока, кото­рыми мы можем любоваться, но создавать в том первозданном виде уже не будем, да и не можем.  
  
В «предметный» период онтогенеза ребенку, как и нашим предкам, необходимо разнообразие предметов, которыми он мо­жет оперировать. В первую очередь, это игрушки, затем — быто­вые предметы, а затем и все остальные. «Королевой» игрушек, по праву, можно считать погремушку. Она стимулирует и зритель­ный, и слуховой гнозис, и кистевой праксис, вырабатывает на­правленность внимания и деятельности в целом. Не менее «ве­ликими» являются куклы, кубики и пирамидки. Это незамени­мые стимулы для развивающегося гнозиса и праксиса.  
  
Способность совершать смысловые предметные действия без предметов (по имитации) носит название символического праксиса. К нему относятся все смысловые жесты (как едят, как пьют, рубят дрова, водят машину и пр.). Известно, что именно символические жесты составляют особый язык глухих — амслен. Вербальная способность слышащих людей оттеснила язык жес­тов на второй план, однако всем известны ситуации, когда вме­сто слов приходится использовать жесты (нельзя кого-то разбу­дить, нужно что-либо неслышно подсказать, наконец, что-либо сообщить, когда слов не слышно, например, в момент отправ­ления поезда).  
  
Особое место занимает пальцевый праксис. Он свидетельству­ет о значительной степени дифференцированности кистевых действий. Маленький ребенок очень рано (начиная с 5—6 месяцев) проявляет любовь к игре с пальчиками. В это же время у не­го появляется осмысленный указательный жест, делающий ре­бенка принципиально отличающимся от всех животных, даже от примата, который, если и может что-то обозначить, то рукой, а не пальцем. Своего апогея любовь ребенка к действиям с паль­цами достигает в широко известной игре «Сорока-ворона».  
  
Еще более сложным, чем пальцевый, является оральный прак­сис. Он формируется на основе менее предметных, а следова­тельно, более абстрактных действий. К движениям орального праксиса относится умение по заданию подуть, поцокать, по­щелкать языком, надуть щеки и прочее.  
  
Непроизвольность праксических действий обеспечивается высокой степенью их упроченности (автоматизации). Особенно ярко это прослеживается на примере орального праксиса. Не­произвольно, т.е. в виде рефлекса, названные выше оральные движения, как правило, выполняются. Так, больной, который не может по заданию подуть, тут же задувает горящую спичку, под­несенную к его губам. Овладение оральным праксисом составля­ет весьма важную подготовительную фазу речевого развития. От качества и объема оральных навыков во многом зависит усвое­ние нормативного звукопроизношения.   
  
  
**5.2. Артикуляционный праксис**  
  
Наиболее сложный из всех видов праксиса — артикуляцион­ный, т.е. способность произносить звуки речи и их серии (слова) Если праксис — это предметное действие, а предмет — образец, с которого делается «слепок» этого действия, то возникает воп­рос, что служит таким предметом в артикуляционной деятельности? Иными словами, на базе чего формируется артикуляцион­ный праксис, что служит «предметом» для той или иной артику­ляционной позы?  
  
Наиболее четко ответ на этот вопрос сформулировала Е.Н. Винарская — автор известных работ по клиническим проблемам афазии и дизартрии. Она дала формулировку, согласно которой условным предметом для артикуляционной позы звука речи слу­жит его акустический образ. Ребенок слышит звук речи и «подго­няет» под него артикуляционный уклад. Конечно, это удается ему не сразу, а путем постепенного приближения к желаемому результату и по мере уточнения слухо-речевых представлений. При этом все другие опоры, включая зрительный образ звука ре­чи, наблюдаемый при артикулировании взрослых, полезны, но являются лишь дополнительными. Подтверждением этого явля­ется то, что невидящий (слепой) ребенок, тоже овладевает арти­куляционными движениями без принципиальных затруднений.  
  
Выше было сказано, что А. Р. Лурия выделил афферентный и эфферентный виды артикуляционного праксиса.  
  
Афферентный артикуляционный праксис — это способность воспроизводить изолированные звуки речи, их артикуляцион­ные уклады (позы), которые часто называют также речевыми кинестезиями или артикулемами.  
  
Эфферентный артикуляционный праксис — это способность произносить серии звуков речи. Эфферентный артикуляцион­ный праксис принципиально отличается от афферентного тем, что требует способности совершать переключения с одной арти­куляционной позы на другую. Эти переключения сложны по способу исполнения. Они предполагают овладение вставными фрагментами артикуляционных действий —коартикуляциями, которые представляют собой «связки» между отдельными артикуляционными позами. Без коартикуляций слово произнести невозможно, даже если каждый звук, входящий в него, доступен для воспроизведения. Произнося, например, слово «кошка», в моментартикулирования первого звука (К) мы уже готовим ар­тикуляционный уклад для последующих звуков и слогов. Слово «кошка» не звучит как К, О, Ш, К, А, а представлено целостной цепочкой плавно перетекающих друг в друга артикулем. Таким образом, слово — не набор отдельных артикуляционных поз, а их серия. Овладение серийной организацией артикуляционного акта происходит на основе специальных программ, заложенных в самом слове. Неудивительно, что вначале осваиваются наибо­лее простые из них, т.е. открытые слоги (лепет) и слова типа «ма­ма папа» и пр. — с двумя повторяющимися открытыми слогами, а затем уже — более сложные.  
  
Над предметным несимволическим праксисом (действия с предметом), предметным символическим праксисом (условные действия — без предмета); пальцевым, оральным, артикуляци­онным — надстраиваются различные виды абстрактной символи­ческой деятельности.

**5.3. Самостоятельная работа по теме:**

- разбор темы;

- отработка коррекционных методик;

- разбор пациентов, решение ситуативных задачь

**5.4. Итоговый контроль знаний:**

- ответы на вопросы по теме занятия;

- решение ситуационных задач, тестовых заданий по теме.

|  |  |
| --- | --- |
| 1. | Симптом -   1. Психологическое понятие, определяющее характеристику нарушений нормальной психической деятельности; 2. Клинический критерий патологического состояния организма; 3. Характеристика нарушений ВПД; 4. Признаки заболеваний, родственных по происхождению; 5. Нет правильного ответа. |
| 2. | Синдром — как понятие может быть определено:   1. как совокупность всех проявлений болезни на всем ее протяжении 2. как совокупность внутренне связанных симптомов 3. как основной и единственный показатель отдельной болезни 4. Характеристика нарушений ВПД; 5. Сочетание признаков заболеваний, родственных по происхождению; |
| 3. | К методу исследования мозговой деятельности относятся все кроме   1. Электрофизиологического 2. Цитохимического 3. Клинико-генеологического 4. Ультразвукового 5. Нейропсихологического |
| 4. | Правильно ли, что правое полушарие контролирует все из перечисленных функций, кроме:   1. Зрительно-пространственный гнозис 2. Логическое мышление 3. Восприятие образа 4. Восприятие ритма, музыкальных мелодий 5. Восприятие отношений части и целого |
| 5. | Опухоль лобных долей или их повреждение характеризуется:   1. Апатией 2. Раздражительностью 3. Повышением аффекта и эйфорией 4. Импульсивным поведением 5. Зрительной агнозией |

Задачи:

|  |  |
| --- | --- |
| 1. | Больная Ю., 66 лет. В прошлом работала препода-  вателем средней школы. В психиатрической больнице находится  три года без выписки. Сознание ясное. Себя называет правильно,  но при беседе обнаруживается, что больная не помнит текущей  даты, не помнит своего возраста, не помнит, сколько времени на-  ходится в больнице, не помнит, как зовут лечащего врача. Настрое-  ние хорошее. На просьбу вспомнить, чем она занималась вчера, со-  общила следующее: «Вчера с утра были занятия, проходили тему  “Пушкин и декабристы“. А затем сидела на педсовете. Хулигана  Галкина опять обсуждали». |
| 2. | Больной З., 78 лет, колхозник. В течение несколь-  ких недель находился на лечении в психиатрической больнице,  жалуется лишь на отсутствие зрения на правый глаз, где имеет-  ся помутнение роговицы. В отделении спокоен, подсаживается 43  к больнымпожилоговозраста, очем-тоснимибеседует. Вобщении  с врачом, больными вежлив, предупредителен, даже несколько сла-  щав. Приветливо здоровается, но встретив врача через несколько  минут, приветствует его снова. Часто приоткрывает дверь в каби-  нет и вежливо осведомляется, не пришел ли консультант-окулист,  через пять минут спрашивает о том же. Числа, месяца, года назвать  не может. Видя вокруг людей в белых халатах, догадывается, что  его положили в больницу, но какую, не помнит. Рассказывает, что  только вчера приехал из деревни: «Вот лошадь во дворе привязал,  сейчас ходил сена ей давал». Вернувшись после консультации из  кабинета профессора, всем рассказывает с убеждением, что про-  фессор угощал его шампанским, сердился, когда ему говорили,  что этого не было. Любит рассказывать о днях своей молодости,  помнит события прошлых лет, правильно воспроизводит события  войны, в которой принимал участие. Перечисляет имена своих де-  тей, назвать имена внуков не может, говорит каждый раз разные.  Квалифицировать нарушения памяти и синдром. |
| 3. | Больной M., 23 лет, после тяжелой травмы головы  лечился в больнице в течение 6 месяцев с нарушениями памяти.  В то время не мог воспроизвести события пятилетней давности.  Спустя год после выписки: спокоен. Охотно отвечает на вопросы.  Обнаруживает амнезию на период, предшествующий травме. Не  помнит событий после травмы, амнезировал пребывание в трав-  матологическом отделении; месяцы, проведенные в психиатриче-  ской больнице. Помнит, что к нему «иногда» приезжали родители.  Помнит хорошо день выписки. С трудом вспомнил имена врачей  и медицинского персонала. Жалуется, что у него «плохая память»  : «все приходится записывать».  Квалифицировать нарушения памяти. |
| 4. | Больной с возмущением говорил: «Ужасные без-  образия творятся в этой клинике, вчера, например, меня посадили  в клетку, а до этого заставили вылезать на улицу через окно».  Определить нарушения памяти. |
| 5. | Больная 43 лет, поступает в психиатрическую боль-  ницу с одинаковыми состояниями в четвертый раз. Настроение  повышено, многоречива, деятельна, плохо спит. Читает наизусть  стихи Блока и страницы из произведений Чехова почти без оши-  бок, можно сверять с текстом. Когда такие состояния проходят, то  стихи помнит отрывками, а прозу воспроизвести не может.  Как называются такие временные нарушения памяти? |

**6. Домашнее задание для уяснения темы занятия**

1. Дайте определение ВПФ человека. Раскройте каждый их существенных признаков, выделенных Л.С. Выготским и А.Р. Лурией.  
2. Какие вы знаете виды ВПФ человека?  
3. Что означает понятие гнозиса, и какие виды гнозиса сущест­вуют?  
4. Какие виды гнозиса являются наиболее важными для высшей психической деятельности человека?   
5. Что означает понятие праксиса, и какие виды праксиса су­ществуют?  
6. Какие виды праксиса являются наиболее важными для выс­шей психической деятельности человека?  
7. Каково принципиальное отличие гностических ВПФ от праксических?  
8. Какую роль играет предмет в формировании и осуществле­нии гностических и праксических функций?  
9. Какова историческая тенденция в изменении роли предмета для гностических и праксических функций?  
10. Какова специфика артикуляционного праксиса в сравнении с кистевым и пальцевым?  
11. Какие виды артикуляционного праксиса вы знаете и чем они отличаются друг от друга?  
12. Обозначьте роль орального праксиса для формирования ар­тикуляционного?  
13. Что означают термины «афферентный» и «эфферентный»?  
14.К какому термину — «афферентный» или «эфферентный» относится термин «кинестетический»?  
15. К какому термину — «афферентный» или «эфферентный» относится термин «кинетический»?

**7. Рекомендованная литература по теме занятия**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| №  п/п | Наименование | Издательство | Год  выпуска |

**Обязательная**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 1. | Лурия А.Р. Высшие корковые функции человека и их нарушения при локальных поражениях мозга / А.Р. Лурия. | СПб.: Питер | 2007 |
| 2. | Семенович А.В. Нейропсихологическая диагностика и коррекция в детском возрасте. | М.: Академия | 2002 |
| 3. | Семенович, А. В. Нейропсихологическая коррекция в детском возрасте. Метод замещающего онтогенеза: учебное пособие/ А. В. Семенович. - 2-е изд. | М.: Генезис | 2008 |
| 4. | Визель Т.Г. Основы нейропсихологии: учеб. для студентов вузов Т.Г. Визель. | М.: АСТАстрель Транзиткнига | 2005 |
| 5. | Клиническая психология / под ред. Карвасарского Б.Д. | СПб.: Питер | 2010 |
| 6. | Микадзе Ю.В. Нейропсихология детского возраста: Учебное пособие. | СПб.:Питер | 2008 |

**Дополнительная**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 1. | Психология. (Лекции для студентов медицинских вузов), Творогова Н. Д. | М.: ГОУ ВУНМЦ РФ | 2002 |
| 2. | Клиническая психология / под ред. М.Перре , У.Бауманна | СПб.: Питер | 2007 |
| 3. | Корсакова Н. К., Московичюте Л. И. Клиническая нейропсихология. | М.: МГУ | 1988 |

**Электронные ресурсы**

|  |  |
| --- | --- |
| 1. | ИБС КрасГМУ |
| 2. | БМ МедАрт |
| 3. | БД Ebsco |

Государственное бюджетное образовательное учреждение высшего профессионального образования «Красноярский государственный медицинский университет имени профессора В.Ф. Войно-Ясенецкого»

Министерства здравоохранения Российской Федерации

ГБОУ ВПО КрасГМУ им. проф. В.Ф. Войно-Ясенецкого Минздрава России

Кафедра нервных болезней с курсом медицинской реабилитации ПО

**МЕТОДИЧЕСКИЕ УКАЗАНИЯ**

**ДЛЯ ОБУЧАЮЩИХСЯ**

**по дисциплине «Спецпрактикум по коррекционно-развивающему обучению с супервизией»**

**для специальности** 030401 Клиническая психология (очно-заочная форма обучения)

**К СЕМИНАРСКОМУ** **ЗАНЯТИЮ № 4**

**ТЕМА:** **«Методы нейропсихологического обследования. Тактильные, соматогностические функции».**

Утверждены на кафедральном заседании протокол .

Заведующий кафедрой

Доктор медицинских наук, профессор Прокопенко С.В.

Составители: доктор медицинских наук, профессор Прокопенко С.В.

кандидат медицинских наук, доцент Харламова Г.В.

кандидат медицинских наук, ассистент Можейко Е.Ю.

доктор медицинских наук, профессор Похабов Д.В.

доктор медицинских наук, профессор Народова В.В.

кандидат медицинских наук, доцент Дроздова Л.Н.

доктор медицинских наук, профессор Колесникова И.В.

ассистент Швецова И.Н.

Красноярск

2013г.

**1. Занятие №4**

**Тема:** «Методы нейропсихологического обследования. Тактильные, соматогностические функции».

**2. Форма организации занятия:** семинар – в интерактивной форме в виде дебатов.

**3. Значение изучения темы:**

В клиническойпрактике нейропсихологический метод занимает особое место в ряду научных дисциплин, обращенных к проблеме онтогенеза в норме и патологии. Только он позволяет оценить и описать те системно-динамические перестройки, которые сопровождают психическое развитие ребенка с точки зрения его мозгового обеспечения. Но описать — это значит понять. Понять глубинные механизмы его психического статуса и спланировать адекватную онтогенезу именно этого, конкретного ребенка программу психолого-педагогического сопровождения.

**4. Цели обучения:** освоения учебной дисциплины «Спецпрактикум по коррекционно-развивающему обучению с супервизией» состоит в овладении знаниями психологической диагностики заболеваний, психологической помощи и восстановлению психических функций.

**Студент должен знать**:

* закономерности формирования мозговой организации психических процессов, специфику детского мозга, строение, состав мозговых зон, вовлекаемых в работу нейрофизиологических функциональных систем;
* специфику нейропсихологического исследования детей и возможности использования их как в клинической практике, так и психолого-педагогической деятельности.

**Студент должен уметь:**

* применять полученные знания при решении психолого-педагогических задач;
* квалифицировать затруднения, возникающие у детей в ходе учебной деятельности и прогнозировать успешность ребенка в различных видах деятельности, в том числе и обучении, на основе нейропсихологического анализа;
* организовывать нейропсихологическое обследование, коррекцию детей дошкольного и младшего школьного возраста.

**Студент должен владеть:**

* категориальным аппаратом нейропсихологии детского возраста;
* навыками организации нейропсихологической диагностики, коррекции и реабилитации в детском возрасте.

**5. План изучения темы:**

**5.1. Контроль исходного уровня знаний**

|  |  |
| --- | --- |
| 1. | Какой из перечисленных признаков у детей с диагнозом ММД наиболее вероятен:   1. Импульсивность 2. Социальная дезадаптация 3. Гиперактивность 4. Трудность сосредоточения 5. Тяжелая неврологическая недостаточность |
| 2. | Все следующие явления обычно отмечаются у детей с алкогольным синдромом плода, кроме:   1. Сохранного интеллекта 2. Микроцефалии 3. Раздражительность 4. Гипоплазии средней части лица и прогнатизма 5. Задержки роста |
| 3. | Основные тормозные нейромедиаторы в коре головного мозга, КРОМЕ:   1. Серотонин 2. Дофамин 3. ß- эндорфин 4. γ- аминомаслянная кислота 5. ГАМК |
| 4. | ПРОЯВЛЕНИЕ ПРИ ЛокализациИ поражения В КОРЕ ГОЛОВНОГО МОЗГА:   1. Монопарез 2. Гемипарезы 3. Парапарез 4. Область иннервации периферического нерва 5. Тетрапарез |
| 5. | ПРОЯВЛЕНИЕ ПРИ ЛокализациИ поражения ВО ВНУТРЕННЕЙ КАПСУЛЕ   1. Монопарез 2. Гемипарез 3. Парапарез 4. Область иннервации периферического нерва 5. Тетрапарез |

### 5.2 Основные понятия и положения темы

### Тактильные и соматогностические функции

1. Локализация прикосновения.

A. И.: «Закрой глаза. Покажи место, до которого я дотронулась». Прикасаясь к какому-либо месту на теле ребенка, вы просите показать, куда вы дотронулись. В данном случае важно оценить точность локализации прикосновения и сравнить успешность выполнения задания на разных частях тела и с разных сторон.

Б. И.: «Закрой глаза. Положи руки на стол (ладонями вниз)». Далее, как в пункте А.

B, Проба Тойбера.

В ходе проведения предыдущих проб вы несколько раз прикасаетесь одновременно к двум местам на теле ребенка (например, к обеим рукам) и просите его показать, куда вы прикоснулись. В данном случае важен учет обоих прикосновений, поскольку проба направлена на выявление феномена игнорирования в тактильной сфере.

2. Проба Ферстера. И.: «Что я нарисовала (написала) у тебя на руке?» Эксп. рисует пальцем (палочкой) то на правой, то на левой руке ребенка фигуры (треугольник, крестик, кружок) или цифры и просит назвать нарисованное.

Обязательным условием является упроченность в памяти ребенка рисуемых знаков.

3. Проекция локализации прикосновения. И.: «Закрой глаза. Я дотронусь до тебя, а ты покажешь это место на «человечке»« («Альбом», с. 34).

Так же как и в предыдущем задании, вы дотрагиваетесь до нескольких частей тела ребенка и просите его обозначить точки прикосновения на модели человека, нарисованной в альбоме.

4. Называние частей тела. И.: «Назови часть тела, до которой я дотронусь». Вы прикасаетесь к различным частям тела ребенка и просите его называть их. Данная часть исследования направлена также на оценку номинативного уровня схемы тела, а не только соматогнозиса.

Помимо этого при необходимости можно исследовать различные виды соматосенсорного и тактильного восприятия: дермолексию не только фигур, но букв, цифр, сложных по начертанию (например, 7); тактильное восприятие предметов, формы, величины, фактуры объектов и т.п.

5. Проба Сегена. Широко известный тест «Доска Сегена» используется в модифицированном варианте, который предусматривает 4 этапа: 1) тест выполняется в свободном режиме; 2) ощупывание фигур, поиск гнезда и вкладывание фигуры в гнездо только одной (правой или левой) рукой; 3) левая рука «опознает» фигуру, правая находит на доске соответствующее гнездо, левая — вкладывает фигуру в гнездо; 4) правая рука манипулирует с фигурами, левая — с гнездами на доске. Вся проба проводится с закрытыми глазами, фиксируется время выполнения каждого субтеста, а также стратегия ребенка в ходе выполнения заданий. Такой вариант использования методики Сегена позволяет дифференцированно, полно и достаточно строго оценить характер специализации и взаимодействия полушарий мозга в ходе стереогностической деятельности.

§ 3. Зрительный гнозис

1. Восприятие предметных, реалистических изображений.

Перед ребенком открывается с. 1 «Альбома». И.: «Что здесь нарисовано?» Уже здесь важно отметить, нет ли у ребенка тенденции к инверсии вектора восприятия (следит глазами справа налево и/или снизу вверх). Далее открывается с. 2 — 3 (в развороте) и ребенку предлагается назвать в том же порядке показанные Эксп. два (потом три) изображения, расположенных в разных местах альбома.

2. Перечеркнутые изображения (с. 4 — 5). И.: та же, что и в пункте 1.

3. Фигуры Поппельрейтера (наложенные изображения). С. 6 — 7. И.: та же.

4. Незавершенные изображения (с. 8). И.: та же.

5. Химерные изображения (с. 9—11). И.: та же. В случае, если ребенок не сразу! видит «подвох», следует задать вопрос: «Это все? Все нарисовано правильно?». 3

6. Лицевой гнозис (с. 12). И.: «Кто здесь изображен?» После перечисления Эксп. задает более трудный вопрос: «Чем отличаются (показ) эти люди?»; ребенка просят указать на разницу в возрасте, одежде, прическе и т.д.

Дополнительную информацию дает восприятие сюжетных картинок из «Альбома», на которых следует опознать пол, возраст, эмоциональное состояние.

7. Эмоциональный гнозис (с. 13— 15). И.: «Кто здесь нарисован и каково состояние (что чувствует) каждого из персонажей?»; затем следует ряд уточняющих вопросов типа: «Кто из них более веселый? Кто больше всех удивлен? Кто самый злой?» и т.д.

8. Цветовой гнозис. И.: «Какой это цвет? Напиши красным (желтым, синим) карандашом».

9. Сюжетные картинки «Лето», «Прорубь», «Окно» (с. 16— 18), серийные — по Н.Радлову и Х. Бидструпу (с. 19 — 26). И.: «Что здесь случилось?» Подбор серийных картинок обязательно должен соответствовать возрасту ребенка.

**5.3. Самостоятельная работа по теме:**

- разбор темы;

- отработка коррекционных методик;

- разбор пациентов, решение ситуативных задачь

**5.4. Итоговый контроль знаний:**

- ответы на вопросы по теме занятия;

- решение ситуационных задач, тестовых заданий по теме.

|  |  |
| --- | --- |
| 1. | ПРОЯВЛЕНИЕ ПРИ ЛокализациИ поражения В СПИННОМ МОЗГЕ   1. Монопарез 2. Гемипарез 3. Парапарез 4. Область иннервации периферического нерва 5. Тетрапарез |
| 2. | ПРОЯВЛЕНИЕ ПРИ поражениИ ПЕРИФЕРИЧЕСКОГО НЕРВА   1. Монопарез 2. Гемипарез 3. Парапарез 4. Область иннервации периферического нерва 5. Тетрапарез |
| 3. | Что такое кортикализация функций?   1. Интенсивное развитие подкорковых образований 2. Интенсивное развитие коры головного мозга 3. интенсивное развитие черепно-мозговых нервов 4. интенсивное развитие периферической нервной системы 5. интенсивное развитие сосудов головного мозга |
| 4. | Какие связи между нейронами головного мозга являются наиболее ответственными за концентрацию внимания, организацию слухоречевой функции, обеспечения интеграции сенсорной информации, взаимодействия различных областей коры?   1. Проекционные 2. Комиссуральные 3. Кортико-мосто-мозжечковые 4. Ассоциативные 5. никакие |
| 5. | Какое влияние оказывают высшие нервные центры на низшие в случае их поражения?   1. Возбуждающее, повышение гибкости регулирования, автоматизма реагирования 2. Тормозящее, снижение гибкости регулирования, появление примитивных автоматизмов 3. Появление только компенсаторных процессов 4. Только растормаживание нервных процессов 5. Тормозящее, повышение гибкости регулирования, автоматизма реагирования |

Задачи:

|  |  |
| --- | --- |
| 1. | Больная Ю., 66 лет. В прошлом работала препода-  вателем средней школы. В психиатрической больнице находится  три года без выписки. Сознание ясное. Себя называет правильно,  но при беседе обнаруживается, что больная не помнит текущей  даты, не помнит своего возраста, не помнит, сколько времени на-  ходится в больнице, не помнит, как зовут лечащего врача. Настрое-  ние хорошее. На просьбу вспомнить, чем она занималась вчера, со-  общила следующее: «Вчера с утра были занятия, проходили тему  “Пушкин и декабристы“. А затем сидела на педсовете. Хулигана  Галкина опять обсуждали». |
| 2. | Больной З., 78 лет, колхозник. В течение несколь-  ких недель находился на лечении в психиатрической больнице,  жалуется лишь на отсутствие зрения на правый глаз, где имеет-  ся помутнение роговицы. В отделении спокоен, подсаживается 43  к больнымпожилоговозраста, очем-тоснимибеседует. Вобщении  с врачом, больными вежлив, предупредителен, даже несколько сла-  щав. Приветливо здоровается, но встретив врача через несколько  минут, приветствует его снова. Часто приоткрывает дверь в каби-  нет и вежливо осведомляется, не пришел ли консультант-окулист,  через пять минут спрашивает о том же. Числа, месяца, года назвать  не может. Видя вокруг людей в белых халатах, догадывается, что  его положили в больницу, но какую, не помнит. Рассказывает, что  только вчера приехал из деревни: «Вот лошадь во дворе привязал,  сейчас ходил сена ей давал». Вернувшись после консультации из  кабинета профессора, всем рассказывает с убеждением, что про-  фессор угощал его шампанским, сердился, когда ему говорили,  что этого не было. Любит рассказывать о днях своей молодости,  помнит события прошлых лет, правильно воспроизводит события  войны, в которой принимал участие. Перечисляет имена своих де-  тей, назвать имена внуков не может, говорит каждый раз разные.  Квалифицировать нарушения памяти и синдром. |
| 3. | Больной M., 23 лет, после тяжелой травмы головы  лечился в больнице в течение 6 месяцев с нарушениями памяти.  В то время не мог воспроизвести события пятилетней давности.  Спустя год после выписки: спокоен. Охотно отвечает на вопросы.  Обнаруживает амнезию на период, предшествующий травме. Не  помнит событий после травмы, амнезировал пребывание в трав-  матологическом отделении; месяцы, проведенные в психиатриче-  ской больнице. Помнит, что к нему «иногда» приезжали родители.  Помнит хорошо день выписки. С трудом вспомнил имена врачей  и медицинского персонала. Жалуется, что у него «плохая память»  : «все приходится записывать».  Квалифицировать нарушения памяти. |
| 4. | Больной с возмущением говорил: «Ужасные без-  образия творятся в этой клинике, вчера, например, меня посадили  в клетку, а до этого заставили вылезать на улицу через окно».  Определить нарушения памяти. |
| 5. | Больная 43 лет, поступает в психиатрическую боль-  ницу с одинаковыми состояниями в четвертый раз. Настроение  повышено, многоречива, деятельна, плохо спит. Читает наизусть  стихи Блока и страницы из произведений Чехова почти без оши-  бок, можно сверять с текстом. Когда такие состояния проходят, то  стихи помнит отрывками, а прозу воспроизвести не может.  Как называются такие временные нарушения памяти? |

1. **Домашнее задание для уяснения темы занятия**

* составление плана диагностического исследования ребёнка;
* составление плана коррекционного исследования ребёнка;
* ведение протокола исследования;
* супервизия работы студента с ребёнком;
* обсуждение результатов экспериментально-психологического исследования ребёнка;
* написание заключения экспериментально-психологического исследования;
* обсуждение и коррекция заключения экспериментально-психологического исследования.
* основные принципы, определяющие формирование психичес­ких функций в теории системной динамической локализации А.Р. Лурия.
* специфика использования основных понятий нейропсихологии «функция», «локализация», «симптом», «синдром», «фактор», «синдромный анализ» в нейропсихологии детского возраста.
* функциональные блоки мозга по А.Р. Лурия. Строение, функции.
* принцип гетерохронности в морфо- и функциогенезе. Внутри­системная и межсистемная гетерохронность.
* основные принципы системогенеза.
* показатели морфологического созревания мозга. Основные за­кономерности морфологического созревания мозга.
* функциональные критерии развития мозга. Основные законо­мерности функционального созревания мозговых структур.
* морфофункциональное созревание функциональных блоков мозга в онтогенезе.
* соотношение развития и влияния среды. Теории научения. Тео­рии созревания.

**7. Рекомендованная литература по теме занятия**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| №  п/п | Наименование | Издательство | Год  выпуска |

**Обязательная**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 1. | Лурия А.Р. Высшие корковые функции человека и их нарушения при локальных поражениях мозга / А.Р. Лурия. | СПб.: Питер | 2007 |
| 2. | Семенович А.В. Нейропсихологическая диагностика и коррекция в детском возрасте. | М.: Академия | 2002 |
| 3. | Семенович, А. В. Нейропсихологическая коррекция в детском возрасте. Метод замещающего онтогенеза: учебное пособие/ А. В. Семенович. - 2-е изд. | М.: Генезис | 2008 |
| 4. | Визель Т.Г. Основы нейропсихологии: учеб. для студентов вузов Т.Г. Визель. | М.: АСТАстрель Транзиткнига | 2005 |
| 5. | Клиническая психология / под ред. Карвасарского Б.Д. | СПб.: Питер | 2010 |
| 6. | Микадзе Ю.В. Нейропсихология детского возраста: Учебное пособие. | СПб.:Питер | 2008 |

**Дополнительная**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 1. | Психология. (Лекции для студентов медицинских вузов), Творогова Н. Д. | М.: ГОУ ВУНМЦ РФ | 2002 |
| 2. | Клиническая психология / под ред. М.Перре , У.Бауманна | СПб.: Питер | 2007 |
| 3. | Корсакова Н. К., Московичюте Л. И. Клиническая нейропсихология. | М.: МГУ | 1988 |

**Электронные ресурсы**

|  |  |
| --- | --- |
| 1. | ИБС КрасГМУ |
| 2. | БМ МедАрт |
| 3. | БД Ebsco |

Государственное бюджетное образовательное учреждение высшего профессионального образования «Красноярский государственный медицинский университет имени профессора В.Ф. Войно-Ясенецкого»

Министерства здравоохранения Российской Федерации

ГБОУ ВПО КрасГМУ им. проф. В.Ф. Войно-Ясенецкого Минздрава России

Кафедра нервных болезней с курсом медицинской реабилитации ПО

**МЕТОДИЧЕСКИЕ УКАЗАНИЯ**

**ДЛЯ ОБУЧАЮЩИХСЯ**

**по дисциплине «Спецпрактикум по коррекционно-развивающему обучению с супервизией»**

**для специальности** 030401 Клиническая психология (очно-заочная форма обучения)

**К СЕМИНАРСКОМУ** **ЗАНЯТИЮ № 5**

**ТЕМА:** **«Методы нейропсихологического обследования. Пространственные представления. Методы нейропсихологического обследования: акустический гнозис».**

Утверждены на кафедральном заседании протокол .

Заведующий кафедрой

Доктор медицинских наук, профессор Прокопенко С.В.

Составители: доктор медицинских наук, профессор Прокопенко С.В.

кандидат медицинских наук, доцент Харламова Г.В.

кандидат медицинских наук, ассистент Можейко Е.Ю.

доктор медицинских наук, профессор Похабов Д.В.

доктор медицинских наук, профессор Народова В.В.

кандидат медицинских наук, доцент Дроздова Л.Н.

доктор медицинских наук, профессор Колесникова И.В.

ассистент Швецова И.Н.

Красноярск

2013г.

**1. Занятие №5**

**Тема:** «Методы нейропсихологического обследования. Пространственные представления. Методы нейропсихологического обследования: акустический гнозис».

**2. Форма организации занятия:** семинар – в интерактивной форме в виде дебатов.

**3. Значение изучения темы:**

В клиническойпрактике нейропсихологический метод занимает особое место в ряду научных дисциплин, обращенных к проблеме онтогенеза в норме и патологии. Только он позволяет оценить и описать те системно-динамические перестройки, которые сопровождают психическое развитие ребенка с точки зрения его мозгового обеспечения. Но описать — это значит понять. Понять глубинные механизмы его психического статуса и спланировать адекватную онтогенезу именно этого, конкретного ребенка программу психолого-педагогического сопровождения.

**4. Цели обучения:** освоения учебной дисциплины «Спецпрактикум по коррекционно-развивающему обучению с супервизией» состоит в овладении знаниями психологической диагностики заболеваний, психологической помощи и восстановлению психических функций.

**Студент должен знать**:

* закономерности формирования мозговой организации психических процессов, специфику детского мозга, строение, состав мозговых зон, вовлекаемых в работу нейрофизиологических функциональных систем;
* специфику нейропсихологического исследования детей и возможности использования их как в клинической практике, так и психолого-педагогической деятельности.

**Студент должен уметь:**

* применять полученные знания при решении психолого-педагогических задач;
* квалифицировать затруднения, возникающие у детей в ходе учебной деятельности и прогнозировать успешность ребенка в различных видах деятельности, в том числе и обучении, на основе нейропсихологического анализа;
* организовывать нейропсихологическое обследование, коррекцию детей дошкольного и младшего школьного возраста.

**Студент должен владеть:**

* категориальным аппаратом нейропсихологии детского возраста;
* навыками организации нейропсихологической диагностики, коррекции и реабилитации в детском возрасте.

**5. План изучения темы:**

**5.1. Контроль исходного уровня знаний**

|  |  |
| --- | --- |
| 1. | Цветовая и оптико-пространственная агнозия, нарушения зрительной памяти, зрительного внимания, пространственно-двигательная апраксия наблюдаются при синдроме поражения:   1. префронтальной области коры головного мозга; 2. теменной области коры головного мозга; 3. затылочных и затылочно-теменных отделов коры головного мозга; 4. срединных неспецифических структур головного мозга; 5. премоторных отделов головного мозга. |
| 2. | Центральная теоретическая проблема нейропсихологии – это   1. проблема соотношения генетического и приобретённого в психической деятельности 2. проблема нормы и патологии психической деятельности 3. проблема психосоматических и соматопсихических связей 4. проблема мозговой организации (локализации) высших психических функций человека 5. нормальное развитие коры головного мозга |
| 3. | Отечественные нейропсихологии создали следующую концепцию о мозговой организации высших психических функций человека:   1. психоморфологическое направление 2. теорию системной динамической локализации ВПФ 3. концепцию эквипотенциальности мозга 4. эклектическую концепцию 5. отрицают проблему локализации ВПФ |
| 4. | А.Р. Лурия разработал общую структурно-функциональную модель работы мозга как субстрата психической деятельности, согласно которой весь мозг может быть подразделён на:   1. два полушария – доминантное (левое), субдоминантное (правое) 2. четыре уровня – 1) кора головного мозга, 2) базальные ядра полушарий большого мозга, 3) гиппокамп, гипофиз, гипоталамус, поясная извилина, миндалевидное ядро, 4) ретикулярная формация и другие структуры ствола мозга 3. три основных блока – 1) энергетический, 2) блок приёма, переработки и хранения экстероцептивной информации, 3) блок программирования, регуляции и контроля за протеканием психической деятельности 4. головной мозг человека не может подразделяться на отдельные части, так как представляет собой неделимое целое 5. все ответы верны |
| 5. | Апраксия, возникающая при поражении теменно височно-затылочных отделов, называется   1. регуляторная 2. кинетическая 3. пространственная 4. кинестетическая 5. все выше перечисленные варианты |

**5.2 Основные понятия и положения темы**

**ПОЗНАВАТЕЛЬНЫЕ ПРОЦЕССЫ. ВОСПРИЯТИЕ**  
  
Исследования Л.С. Выготского показали, что на первых этапах развития сложные психические процессы, формируясь, опираются и зависят от более элементарных функций, лежа­щих в основе и составляющих как бы «базу» для развития более сложных психических функций. Он придавал решающее значение процессу восприятия для развития речи, считая, что у ребенка не может развиваться речь без развития воспри­ятия, ребенок может говорить и мыслить только воспринимая. Развитие восприятия различной модальности: зрительное предметное восприятие, восприятие пространства и про­странственных отношений предметов, дифференцирован­ный процесс звукоразличения, тактильное восприятие предметов (ощупывание) и т.д. — создает основу для обоб­щенного и дифференцированного восприятия и для «формиро­вания образов реального предметного мира, создает ту пер­вичную базу, на которой начинает формироваться речь. А позже речь в свою очередь начинает оказывать существенное влияние на развитие процессов восприятия, уточняя и обоб­щая их.  
  
В этом разделе обследуются процессы восприятия разной модальности слухового, оптического, тактильного гнозиса. Ис­следуются процессы:  
  
1) ^ Зрительно-предметного восприятия:  
  
а) узнавание предметов и изображений предметов на картинке;  
  
б) узнавание «зашумленных» (перечеркнутых, пунктирных, стилизованных) предметных картинок;  
  
в) узнавание символических изображений: геометрических фигур, букв;  
  
г) узнавание цвета;  
  
д) узнавание пальцев руки (по инструкции «покажи такой же палец»).  
  
2) Акустического восприятия:  
  
а) оценка ритмов;  
  
б) воспроизведение ритмов;  
  
в) узнавание предметов по соответствующему звучанию (шум дождя, шум поезда и т.д.).  
  
3) ^ Кожно-кинетического восприятия:  
  
а) узнавание предмета на ощупь по тактильному ощуще­нию (стереогноз), в этом случае восприятие и опознание про­изводится только по показу (без слова!).  
  
**^ 1. АКУСТИЧЕСКИЙ ГНОЗИС**  
  
**а) Неречевой слух: исследование процесса** **восприятия неречевых звуков (акустических образов-восприятия-представлений)**  
  
Таблица 3

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Тесты | Материал | Инструкция | Анализ симптомов (ошибок) |
| 1 | 2 | 3 | 4 |
| 1. Шелест бумаги.   2. Звон ложечки о стакан и др.   3. С магнитофона:  - шум дождя;  - шум поезда;  - пение птиц.  4. Мелодия знакомой песни без слов. | Неречевые звуки, шумы. | Внимательно послушай звучание и скажи, что это такое, или покажи предмет, звук которого ты слышишь. Ты слышал?  Узнай, что это такое, и назови, или покажи картинку.   Послушай и скажи, какая это песня. | Исследуется:  Слуховое внимание.  Дифференцированное восприятие бытовых звуков, звучаний, шумов.  Исследуется наличие слуховых предметных образов.   Исследуется музыкальный слух. Неузнавание неречевых звуков, музыкальных и песенных мотивов может говорить о дисфункции теменно-височных отделов правого полушария. |

**б) слухо-моторные координации**  
  
Таблица 4

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Тесты | Инструкция | Анализ симптомов (ошибок) |
| 1 | 2 | 3 |
| Ритмы:  1. Оценка ритмов.   Воспроизведение:   2.Выполнение по образцу (постукивание пальцем или карандашом).  3. По речевой инструкции. | Со слуха:  Скажи, по сколько раз я стучала?  Послушай внимательно и стучи так, как я.  II, II, II, III, III, II, III, II … III, II … II и др.   Стучи по 2 раза, теперь по 3 раза; 2 раза слабо и 3 раза сильно, еще раз повтори. Два сильных удара и 3 слабых, а теперь 2 слабых и 3 сильных и т.д. | Ошибки восприятия ритмов и их оценки говорят о дисфункции верхнее-височных отделов левого полушария   Ошибки воспроизведения – это ошибки моторики: лишние удары – возможно заинтересованы теменно-височные отделы, недостаточность ударов, замедленность, персеверации и др. – возможно заднее-лобные отделы.  Оценка ошибок позволит уточнить – это дисфункция премоторных, заднелобных отделов коры левого полушария, или дисфункция афферентных систем нижнетеменных отделов мозга.  В первом случае ошибки по типу персевераций, во втором- замедленность, моторные трудности выполнения. |

**5.3. Самостоятельная работа по теме:**

- разбор темы;

- отработка коррекционных методик;

- разбор пациентов, решение ситуативных задачь

**5.4. Итоговый контроль знаний:**

- ответы на вопросы по теме занятия;

- решение ситуационных задач, тестовых заданий по теме.

|  |  |
| --- | --- |
| 1. | Способность узнавать предъявляемые предметы на ощупь называется   1. тактильное восприятие 2. стереогноз 3. эмпатия 4. рефлексия 5. агнозия |
| 2. | Системные персеверации являются диагностическим признаком:   1. афазии 2. апраксии 3. агнозии 4. нарушения внимания 5. акалькулии |
| 3. | Предметная агнозия возникает при патологии:   1. передних лобных отделов мозга 2. височных отделов мозга 3. субкортикальных отделов мозга 4. затылочно-теменных отделов мозга 5. теменно-височно-затылочных отделов мозга |
| 4. | Нарушение понимания логико-грамматических конструкций возникает при афазии:   1. динамической 2. семантической 3. амнестической 4. сенсорной 5. афферентной моторной |
| 5. | «КРУГ ПЕЙПЕСА» В ОСНОВНОМ ОПИСЫВАЕТ ЦИРКУЛЯЦИЮ ЭМОЦИОНАЛЬНЫХ ПРОЦЕССОВ:   1. между теменной и височной корой 2. от зрительного анализатора к третичным полями 3. внутри лимбической системы 4. между ретикулярной формацией и лобной корой 5. все ответы не верны |

Задачи:

|  |  |
| --- | --- |
| 1. | Больная Ю., 66 лет. В прошлом работала препода-  вателем средней школы. В психиатрической больнице находится  три года без выписки. Сознание ясное. Себя называет правильно,  но при беседе обнаруживается, что больная не помнит текущей  даты, не помнит своего возраста, не помнит, сколько времени на-  ходится в больнице, не помнит, как зовут лечащего врача. Настрое-  ние хорошее. На просьбу вспомнить, чем она занималась вчера, со-  общила следующее: «Вчера с утра были занятия, проходили тему  “Пушкин и декабристы“. А затем сидела на педсовете. Хулигана  Галкина опять обсуждали». |
| 2. | Больной З., 78 лет, колхозник. В течение несколь-  ких недель находился на лечении в психиатрической больнице,  жалуется лишь на отсутствие зрения на правый глаз, где имеет-  ся помутнение роговицы. В отделении спокоен, подсаживается 43  к больнымпожилоговозраста, очем-тоснимибеседует. Вобщении  с врачом, больными вежлив, предупредителен, даже несколько сла-  щав. Приветливо здоровается, но встретив врача через несколько  минут, приветствует его снова. Часто приоткрывает дверь в каби-  нет и вежливо осведомляется, не пришел ли консультант-окулист,  через пять минут спрашивает о том же. Числа, месяца, года назвать  не может. Видя вокруг людей в белых халатах, догадывается, что  его положили в больницу, но какую, не помнит. Рассказывает, что  только вчера приехал из деревни: «Вот лошадь во дворе привязал,  сейчас ходил сена ей давал». Вернувшись после консультации из  кабинета профессора, всем рассказывает с убеждением, что про-  фессор угощал его шампанским, сердился, когда ему говорили,  что этого не было. Любит рассказывать о днях своей молодости,  помнит события прошлых лет, правильно воспроизводит события  войны, в которой принимал участие. Перечисляет имена своих де-  тей, назвать имена внуков не может, говорит каждый раз разные.  Квалифицировать нарушения памяти и синдром. |
| 3. | Больной M., 23 лет, после тяжелой травмы головы  лечился в больнице в течение 6 месяцев с нарушениями памяти.  В то время не мог воспроизвести события пятилетней давности.  Спустя год после выписки: спокоен. Охотно отвечает на вопросы.  Обнаруживает амнезию на период, предшествующий травме. Не  помнит событий после травмы, амнезировал пребывание в трав-  матологическом отделении; месяцы, проведенные в психиатриче-  ской больнице. Помнит, что к нему «иногда» приезжали родители.  Помнит хорошо день выписки. С трудом вспомнил имена врачей  и медицинского персонала. Жалуется, что у него «плохая память»  : «все приходится записывать».  Квалифицировать нарушения памяти. |
| 4. | Больной с возмущением говорил: «Ужасные без-  образия творятся в этой клинике, вчера, например, меня посадили  в клетку, а до этого заставили вылезать на улицу через окно».  Определить нарушения памяти. |
| 5. | Больная 43 лет, поступает в психиатрическую боль-  ницу с одинаковыми состояниями в четвертый раз. Настроение  повышено, многоречива, деятельна, плохо спит. Читает наизусть  стихи Блока и страницы из произведений Чехова почти без оши-  бок, можно сверять с текстом. Когда такие состояния проходят, то  стихи помнит отрывками, а прозу воспроизвести не может.  Как называются такие временные нарушения памяти? |

1. **Домашнее задание для уяснения темы занятия**

* составление плана диагностического исследования ребёнка;
* составление плана коррекционного исследования ребёнка;
* ведение протокола исследования;
* супервизия работы студента с ребёнком;
* обсуждение результатов экспериментально-психологического исследования ребёнка;
* написание заключения экспериментально-психологического исследования;
* обсуждение и коррекция заключения экспериментально-психологического исследования.
* основные принципы, определяющие формирование психичес­ких функций в теории системной динамической локализации А.Р. Лурия.
* специфика использования основных понятий нейропсихологии «функция», «локализация», «симптом», «синдром», «фактор», «синдромный анализ» в нейропсихологии детского возраста.
* функциональные блоки мозга по А.Р. Лурия. Строение, функции.
* принцип гетерохронности в морфо- и функциогенезе. Внутри­системная и межсистемная гетерохронность.
* основные принципы системогенеза.
* показатели морфологического созревания мозга. Основные за­кономерности морфологического созревания мозга.
* функциональные критерии развития мозга. Основные законо­мерности функционального созревания мозговых структур.
* морфофункциональное созревание функциональных блоков мозга в онтогенезе.
* соотношение развития и влияния среды. Теории научения. Тео­рии созревания.

1. **Рекомендованная литература по теме занятия**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| №  п/п | Наименование | Издательство | Год  выпуска |

**Обязательная**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 1. | Лурия А.Р. Высшие корковые функции человека и их нарушения при локальных поражениях мозга / А.Р. Лурия. | СПб.: Питер | 2007 |
| 2. | Семенович А.В. Нейропсихологическая диагностика и коррекция в детском возрасте. | М.: Академия | 2002 |
| 3. | Семенович, А. В. Нейропсихологическая коррекция в детском возрасте. Метод замещающего онтогенеза: учебное пособие/ А. В. Семенович. - 2-е изд. | М.: Генезис | 2008 |
| 4. | Визель Т.Г. Основы нейропсихологии: учеб. для студентов вузов Т.Г. Визель. | М.: АСТАстрель Транзиткнига | 2005 |
| 5. | Клиническая психология / под ред. Карвасарского Б.Д. | СПб.: Питер | 2010 |
| 6. | Микадзе Ю.В. Нейропсихология детского возраста: Учебное пособие. | СПб.:Питер | 2008 |

**Дополнительная**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 1. | Психология. (Лекции для студентов медицинских вузов), Творогова Н. Д. | М.: ГОУ ВУНМЦ РФ | 2002 |
| 2. | Клиническая психология / под ред. М.Перре , У.Бауманна | СПб.: Питер | 2007 |
| 3. | Корсакова Н. К., Московичюте Л. И. Клиническая нейропсихология. | М.: МГУ | 1988 |

**Электронные ресурсы**

|  |  |
| --- | --- |
| 1. | ИБС КрасГМУ |
| 2. | БМ МедАрт |
| 3. | БД Ebsco |

Государственное бюджетное образовательное учреждение высшего профессионального образования «Красноярский государственный медицинский университет имени профессора В.Ф. Войно-Ясенецкого»

Министерства здравоохранения Российской Федерации

ГБОУ ВПО КрасГМУ им. проф. В.Ф. Войно-Ясенецкого Минздрава России

Кафедра нервных болезней с курсом медицинской реабилитации ПО

**МЕТОДИЧЕСКИЕ УКАЗАНИЯ**

**ДЛЯ ОБУЧАЮЩИХСЯ**

**по дисциплине «Спецпрактикум по коррекционно-развивающему обучению с супервизией»**

**для специальности** 030401 Клиническая психология (очно-заочная форма обучения)

**К СЕМИНАРСКОМУ** **ЗАНЯТИЮ № 6**

**ТЕМА:** **«Методы нейропсихологического обследования: зрительный гнозис».**

Утверждены на кафедральном заседании протокол .

Заведующий кафедрой

Доктор медицинских наук, профессор Прокопенко С.В.

Составители: доктор медицинских наук, профессор Прокопенко С.В.

кандидат медицинских наук, доцент Харламова Г.В.

кандидат медицинских наук, ассистент Можейко Е.Ю.

доктор медицинских наук, профессор Похабов Д.В.

доктор медицинских наук, профессор Народова В.В.

кандидат медицинских наук, доцент Дроздова Л.Н.

доктор медицинских наук, профессор Колесникова И.В.

ассистент Швецова И.Н.

Красноярск

2013г.

**1. Занятие №6**

**Тема:** «Методы нейропсихологического обследования: зрительный гнозис».

**2. Форма организации занятия:** семинар – в интерактивной форме в виде дебатов.

**3. Значение изучения темы:**

В клиническойпрактике нейропсихологический метод занимает особое место в ряду научных дисциплин, обращенных к проблеме онтогенеза в норме и патологии. Только он позволяет оценить и описать те системно-динамические перестройки, которые сопровождают психическое развитие ребенка с точки зрения его мозгового обеспечения. Но описать — это значит понять. Понять глубинные механизмы его психического статуса и спланировать адекватную онтогенезу именно этого, конкретного ребенка программу психолого-педагогического сопровождения.

**4. Цели обучения:** освоения учебной дисциплины «Спецпрактикум по коррекционно-развивающему обучению с супервизией» состоит в овладении знаниями психологической диагностики заболеваний, психологической помощи и восстановлению психических функций.

**Студент должен знать**:

* закономерности формирования мозговой организации психических процессов, специфику детского мозга, строение, состав мозговых зон, вовлекаемых в работу нейрофизиологических функциональных систем;
* специфику нейропсихологического исследования детей и возможности использования их как в клинической практике, так и психолого-педагогической деятельности.

**Студент должен уметь:**

* применять полученные знания при решении психолого-педагогических задач;
* квалифицировать затруднения, возникающие у детей в ходе учебной деятельности и прогнозировать успешность ребенка в различных видах деятельности, в том числе и обучении, на основе нейропсихологического анализа;
* организовывать нейропсихологическое обследование, коррекцию детей дошкольного и младшего школьного возраста.

**Студент должен владеть:**

* категориальным аппаратом нейропсихологии детского возраста;
* навыками организации нейропсихологической диагностики, коррекции и реабилитации в детском возрасте.

**5. План изучения темы:**

**5.1. Контроль исходного уровня знаний**

|  |  |
| --- | --- |
| 1. | УКАЖИТЕ ОСНОВНЫЕ ВЕКТОРЫ КОРТИКАЛИЗАЦИИ ПСИХИЧЕСКИХ ФУНКЦИЙ В НОРМАЛЬНОМ ОНТОГЕНЕЗЕ РЕБЁНКА:   1. сверху вниз (от коры к подкорке), слева направо (от левого к правому полушарию) 2. спереди назад (от передних к задним отделам мозга) 3. снизу вверх, справа налево, сзади наперёд 4. снизу вверх, слева направо, спереди назад 5. сверху вниз, справа налево, спереди назад |
| 2. | ПО НЕЙРОБИОЛОГИЧЕСКИМ ЗАКОНАМ ГОЛОВНОЙ МОЗГ ЧЕЛОВЕКА ЗАВЕРШАЕТ СВОЁ ИНТЕНСИВНОЕ РАЗВИТИЕ:   1. к 21 году жизни 2. к 15 месяцам жизни 3. к 2 годам жизни 4. к 9 годам жизни 5. к 5 годам жизни |
| 3. | ИНТЕНСИВНЫЙ РОСТ ЛОБНЫХ ДОЛЕЙ МОЗГА В НОРМЕ НАЧИНАЕТСЯ:   1. не ранее 2 лет 2. не ранее 8 месяцев 3. не ранее 8 лет 4. не ранее 12 лет 5. все ответы не верны |
| 4. | ЗОНА БЛИЖАЙШЕГО РАЗВИТИЯ – ЭТО   1. ближайший к текущей дате возрастной период 2. то, что может ребёнок с помощью взрослого 3. уровень достигнутого интеллектуального развития; 4. критерий учебной успеваемости; 5. все ответы не верны. |
| 5. | ТЕРМИН «ГЕТЕРОХРОННОСТЬ» В НЕЙРОПСИХОЛОГИИ ОБОЗНАЧАЕТ:   1. трудности формирования гностических функций 2. не одновременность развития функций 3. патологию со стороны двигательного аппарата 4. различия в результатах нейропсихологического тестирования 5. замедление психического развития |

**5.2 Основные понятия и положения темы**

**ЗРИТЕЛЬНЫЙ ГНОЗИС (восприятие-образы-представления)**  
  
Таблица 5.

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Тесты | Материал | Инструкция | Анализ симптомов (ошибок) |
| 1 | 2 | 3 | 4 |
| 1. Выбор картинки по слову, наименованию. | 1. Реальные предметы.  2. Предметные картинки. | «Найди, где тетрадь, где медведь и т.д.» | Исследуется восприятие и узнавание предметов, организация восприятия словом (речью).  Ошибки могут говорить о возможной дисфункции средне-височных отделов левого полушария. |
| 2. Называние. | 3. Контурные изображения.  4. Перечеркнутые изображения.  5. Конфликтные фигуры («кентавры»). | «Что здесь нарисовано - назови».  «Назови». | Если предыдущая проба на простое узнавание выполнена, то следует перейти к сенсибилизированной пробе (контурные, перечеркнуты предметы и т.д.); исследуется вычленение существенных признаков предметов. |
| 3. Выбор из 3-х предметных картинок. | Корова, лошадь, тигр; медведь, свинья, баран. | «Найди такой же предмет» (дается картинка, задача – узнать и найти такую же). | Исследуется точность и дифференцированность восприятия предметов, их знание.   Ошибки в выполнении возможны при дисфункции затылочных и лобных отделов мозга. |
| 4. Выбор частей целого. |  | «Найди элементы, из которых состоит это животное». | Исследуется дифференцированное восприятие, вычленение существенных признаков, процесс сравнения, целостный образ-представление предмета – средне-височные отделы левого полушария, затылочные и лобные зоны мозга. |
| Опознание и выбор букв, цифр, геометрических фигур. | Буквы, цифры, геометрические фигуры. | Дается 1 буква (цифра, геометрическая фигура), задача – выбрать такую же из имеющихся трех. «Найди такую же среди этих трех букв». | Исследуется сохранность (несохранность) перцепторного образа и образа-представления.  Ошибки опознания предметов идут за счет дисфункции затылочных отделов, которая ведет к предметной агнозии. Однако эти же ошибки могут допускать дети с дисфункцией лобных систем мозга, так как у них отсутствует аналитическое поведение, которое есть у детей с первичной агнозией. Они не вычленяют существенных признаков объекта и делают заключение о предмете по одному случайному признаку. |
| Копирование фигур. | Буквы, цифры, геометрические фигуры.  Предметы – яблоко, огурец. | «Срисуй то, что видишь. Старайся срисовать точно». | Исследуется восприятие и воспроизведение символических и бытовых фигур, часто встречающихся предметов.  Исследуется сформированность (нарушения) зрительного восприятия и образов-представлений. Важно отметить, имеется ли разница в ошибках при выполнении 1-го и 2-го заданий (предметный и символический уровни). |
| Рисование по слову. | Предметы: яблоко, стол, девочка, мама, папа. | «Нарисуй яблоко. Постарайся нарисовать хорошо и точно». | Исследуется связь предметных образов со словом, зрительно-моторная и семантическая связи. |
| Дорисовывание до целого | Недорисованные предметы, предметные картинки с недостающими элементами. | «Посмотри, узнаешь этот предмет? Дорисуй его». (Если ребенок не узнал, то надо назвать). «Это пальто, дорисуй его» и т.д. | Исследуются сохранности конкретных предметных образов-представлений и образов-восприятий.  Ошибки возможны при дисфункции или поражении затылочных отделов мозга или зоны ТРО. |
| Дорисовывание предметных изображений. | Рисунки предметов (стол без ножки, чайник без ручки и др.). | «Это что такое? Дорисуй, чего здесь не хватает. Дорисуй этот предмет до целого». | Исследуется сохранность (нарушение) пространственного восприятия предмета и образа предмета.  Ошибки могут говорить о поражении (или дисфункции) теменных или теменно-затылочных зон. |
| Определение недостающих элементов. | Картинки с недостающими элементами. | «Скажи, чего здесь не хватает. Найди среди этих картинок». | То же. |
| Дорисовывание до любого предмета. | Различные геометрические и другие фигуры. | «Дорисуй до любого предмета. Представь себе его и рисуй все, что хочешь. Постарайся нарисовать побольше предметов». | Исследуются сохранность объема образов, их динамики, богатства, в целом – воображения.  Нарушение этого вида деятельности возможно при дисфункции затылочных отделов мозга, зоны ТРО и лобных отделов мозга.  Следует провести точный дифференцированный качественный анализ ошибок и поведения ребенка при выполнении этой пробы и только на этой основе ставить топический диагноз. |

Все эти тесты направлены на исследование акустического и зрительного восприятия, на исследование предметных об­разов-представлений слуховых и зрительных, т.е. на исследо­вание тех психологических основ, которые являются базой для формирования и развития речи и интеллекта. На более поздних этапах развития ВПФ речь начинает влиять на разви­тие других ВПФ, формируется ее организующая роль, она на­чинает влиять на развитие познавательных и интеллектуаль­ных процессов. Ошибки при выполнении этих тестов могут быть связаны с поражением, дисфункцией или недоразвитием височной зоны и зоны ТРО левого полушария, т.е. височно-теменно-затылочной зоны. Количество тестов можно сокра­тить, если после двух-трех тестов становится ясной картина сохранности (или нарушения) зрительного восприятия и образов-представлений.

**5.3. Самостоятельная работа по теме:**

- разбор темы;

- отработка коррекционных методик;

- разбор пациентов, решение ситуативных задачь

**5.4. Итоговый контроль знаний:**

- ответы на вопросы по теме занятия;

- решение ситуационных задач, тестовых заданий по теме.

|  |  |
| --- | --- |
| 1. | ИЗМЕНЧИВОСТЬ МОЗГОВОЙ ОРГАНИЗАЦИИ ФУНКЦИЙ ЯВЛЯЕТСЯ ОТРАЖЕНИЕМ   1. принципа системной локализации функций 2. принципа динамической локализации функций 3. принципа иерархической соподчинённости функций 4. принципа узкого локализационизма 5. всех трёх принципов |
| 2. | ЖЁСТКОСТЬ ОРГАНИЗАЦИИ МОЗГОВЫХ ФУНКЦИЙ  ОБУСЛАВЛИВАЕТСЯ:   1. меньшей подверженностью травмам 2. их реализацией в макросистемах головного мозга 3. более ранним периодом формирования 4. последними двумя обстоятельствами 5. принципом узкого локализационизма |
| 3. | ОТЛИЧИЕ АСИНХРОНИИ ОТ ГЕТЕРОХРОНИИ В РАЗВИТИИ ПСИХИКИ РЕБЁНКА ЗАКЛЮЧАЕТСЯ:   1. в том, что гетерохрония является естественным фактором развития 2. в масштабности охвата психических функций; 3. в том, что асинхрония касается лишь одного аспекта работы мозга 4. в том, что гетерохрония является патологическим фактором развития 5. все ответы не верны. |
| 4. | ОСНОВНЫМ ДЕФЕКТОМ ПРИ ВЕРБАЛЬНОЙ АЛЕКСИИ ЯВЛЯЮТСЯ:   1. слабое зрение 2. нарушения симультанного узнавания 3. перепутывание букв 4. первая и третья причины 5. нарушения письма |
| 5. | АГРАФИЯ – ЭТО:   1. потеря способности к рисованию; 2. потеря способности переноса навыков письма с правой руки на левую у правшей 3. навязчивые повторения отдельных букв при письме или штрихов при рисовании; 4. нарушение способности правильно по форме и смыслу писать 5. нарушение способности читать |

Задачи:

|  |  |
| --- | --- |
| 1. | Больная Ю., 66 лет. В прошлом работала препода-  вателем средней школы. В психиатрической больнице находится  три года без выписки. Сознание ясное. Себя называет правильно,  но при беседе обнаруживается, что больная не помнит текущей  даты, не помнит своего возраста, не помнит, сколько времени на-  ходится в больнице, не помнит, как зовут лечащего врача. Настрое-  ние хорошее. На просьбу вспомнить, чем она занималась вчера, со-  общила следующее: «Вчера с утра были занятия, проходили тему  “Пушкин и декабристы“. А затем сидела на педсовете. Хулигана  Галкина опять обсуждали». |
| 2. | Больной З., 78 лет, колхозник. В течение несколь-  ких недель находился на лечении в психиатрической больнице,  жалуется лишь на отсутствие зрения на правый глаз, где имеет-  ся помутнение роговицы. В отделении спокоен, подсаживается 43  к больнымпожилоговозраста, очем-тоснимибеседует. Вобщении  с врачом, больными вежлив, предупредителен, даже несколько сла-  щав. Приветливо здоровается, но встретив врача через несколько  минут, приветствует его снова. Часто приоткрывает дверь в каби-  нет и вежливо осведомляется, не пришел ли консультант-окулист,  через пять минут спрашивает о том же. Числа, месяца, года назвать  не может. Видя вокруг людей в белых халатах, догадывается, что  его положили в больницу, но какую, не помнит. Рассказывает, что  только вчера приехал из деревни: «Вот лошадь во дворе привязал,  сейчас ходил сена ей давал». Вернувшись после консультации из  кабинета профессора, всем рассказывает с убеждением, что про-  фессор угощал его шампанским, сердился, когда ему говорили,  что этого не было. Любит рассказывать о днях своей молодости,  помнит события прошлых лет, правильно воспроизводит события  войны, в которой принимал участие. Перечисляет имена своих де-  тей, назвать имена внуков не может, говорит каждый раз разные.  Квалифицировать нарушения памяти и синдром. |
| 3. | Больной M., 23 лет, после тяжелой травмы головы  лечился в больнице в течение 6 месяцев с нарушениями памяти.  В то время не мог воспроизвести события пятилетней давности.  Спустя год после выписки: спокоен. Охотно отвечает на вопросы.  Обнаруживает амнезию на период, предшествующий травме. Не  помнит событий после травмы, амнезировал пребывание в трав-  матологическом отделении; месяцы, проведенные в психиатриче-  ской больнице. Помнит, что к нему «иногда» приезжали родители.  Помнит хорошо день выписки. С трудом вспомнил имена врачей  и медицинского персонала. Жалуется, что у него «плохая память»  : «все приходится записывать».  Квалифицировать нарушения памяти. |
| 4. | Больной с возмущением говорил: «Ужасные без-  образия творятся в этой клинике, вчера, например, меня посадили  в клетку, а до этого заставили вылезать на улицу через окно».  Определить нарушения памяти. |
| 5. | Больная 43 лет, поступает в психиатрическую боль-  ницу с одинаковыми состояниями в четвертый раз. Настроение  повышено, многоречива, деятельна, плохо спит. Читает наизусть  стихи Блока и страницы из произведений Чехова почти без оши-  бок, можно сверять с текстом. Когда такие состояния проходят, то  стихи помнит отрывками, а прозу воспроизвести не может.  Как называются такие временные нарушения памяти? |

1. **Домашнее задание для уяснения темы занятия**

* составление плана диагностического исследования ребёнка;
* составление плана коррекционного исследования ребёнка;
* ведение протокола исследования;
* супервизия работы студента с ребёнком;
* обсуждение результатов экспериментально-психологического исследования ребёнка;
* написание заключения экспериментально-психологического исследования;
* обсуждение и коррекция заключения экспериментально-психологического исследования.
* основные принципы, определяющие формирование психичес­ких функций в теории системной динамической локализации А.Р. Лурия.
* специфика использования основных понятий нейропсихологии «функция», «локализация», «симптом», «синдром», «фактор», «синдромный анализ» в нейропсихологии детского возраста.
* функциональные блоки мозга по А.Р. Лурия. Строение, функции.
* принцип гетерохронности в морфо- и функциогенезе. Внутри­системная и межсистемная гетерохронность.
* основные принципы системогенеза.
* показатели морфологического созревания мозга. Основные за­кономерности морфологического созревания мозга.
* функциональные критерии развития мозга. Основные законо­мерности функционального созревания мозговых структур.
* морфофункциональное созревание функциональных блоков мозга в онтогенезе.
* соотношение развития и влияния среды. Теории научения. Тео­рии созревания.

1. **Рекомендованная литература по теме занятия**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| №  п/п | Наименование | Издательство | Год  выпуска |

**Обязательная**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 1. | Лурия А.Р. Высшие корковые функции человека и их нарушения при локальных поражениях мозга / А.Р. Лурия. | СПб.: Питер | 2007 |
| 2. | Семенович А.В. Нейропсихологическая диагностика и коррекция в детском возрасте. | М.: Академия | 2002 |
| 3. | Семенович, А. В. Нейропсихологическая коррекция в детском возрасте. Метод замещающего онтогенеза: учебное пособие/ А. В. Семенович. - 2-е изд. | М.: Генезис | 2008 |
| 4. | Визель Т.Г. Основы нейропсихологии: учеб. для студентов вузов Т.Г. Визель. | М.: АСТАстрель Транзиткнига | 2005 |
| 5. | Клиническая психология / под ред. Карвасарского Б.Д. | СПб.: Питер | 2010 |
| 6. | Микадзе Ю.В. Нейропсихология детского возраста: Учебное пособие. | СПб.:Питер | 2008 |

**Дополнительная**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 1. | Психология. (Лекции для студентов медицинских вузов), Творогова Н. Д. | М.: ГОУ ВУНМЦ РФ | 2002 |
| 2. | Клиническая психология / под ред. М.Перре , У.Бауманна | СПб.: Питер | 2007 |
| 3. | Корсакова Н. К., Московичюте Л. И. Клиническая нейропсихология. | М.: МГУ | 1988 |

**Электронные ресурсы**

|  |  |
| --- | --- |
| 1. | ИБС КрасГМУ |
| 2. | БМ МедАрт |
| 3. | БД Ebsco |

Государственное бюджетное образовательное учреждение высшего профессионального образования «Красноярский государственный медицинский университет имени профессора В.Ф. Войно-Ясенецкого»

Министерства здравоохранения Российской Федерации

ГБОУ ВПО КрасГМУ им. проф. В.Ф. Войно-Ясенецкого Минздрава России

Кафедра нервных болезней с курсом медицинской реабилитации ПО

**МЕТОДИЧЕСКИЕ УКАЗАНИЯ**

**ДЛЯ ОБУЧАЮЩИХСЯ**

**по дисциплине «Спецпрактикум по коррекционно-развивающему обучению с супервизией»**

**для специальности** 030401 Клиническая психология (очно-заочная форма обучения)

**К СЕМИНАРСКОМУ** **ЗАНЯТИЮ № 7**

**ТЕМА:** **«Методы нейропсихологического обследования. Речевые функции. Методы нейропсихологического обследования: память».**

Утверждены на кафедральном заседании протокол .

Заведующий кафедрой

Доктор медицинских наук, профессор Прокопенко С.В.

Составители: доктор медицинских наук, профессор Прокопенко С.В.

кандидат медицинских наук, доцент Харламова Г.В.

кандидат медицинских наук, ассистент Можейко Е.Ю.

доктор медицинских наук, профессор Похабов Д.В.

доктор медицинских наук, профессор Народова В.В.

кандидат медицинских наук, доцент Дроздова Л.Н.

доктор медицинских наук, профессор Колесникова И.В.

ассистент Швецова И.Н.

Красноярск

2013г.

**1. Занятие №7**

**Тема:** «Методы нейропсихологического обследования. Речевые функции. Методы нейропсихологического обследования: память».

**2. Форма организации занятия:** семинар – в интерактивной форме в виде дебатов.

**3. Значение изучения темы:**

В клиническойпрактике нейропсихологический метод занимает особое место в ряду научных дисциплин, обращенных к проблеме онтогенеза в норме и патологии. Только он позволяет оценить и описать те системно-динамические перестройки, которые сопровождают психическое развитие ребенка с точки зрения его мозгового обеспечения. Но описать — это значит понять. Понять глубинные механизмы его психического статуса и спланировать адекватную онтогенезу именно этого, конкретного ребенка программу психолого-педагогического сопровождения.

**4. Цели обучения:** освоения учебной дисциплины «Спецпрактикум по коррекционно-развивающему обучению с супервизией» состоит в овладении знаниями психологической диагностики заболеваний, психологической помощи и восстановлению психических функций.

**Студент должен знать**:

* закономерности формирования мозговой организации психических процессов, специфику детского мозга, строение, состав мозговых зон, вовлекаемых в работу нейрофизиологических функциональных систем;
* специфику нейропсихологического исследования детей и возможности использования их как в клинической практике, так и психолого-педагогической деятельности.

**Студент должен уметь:**

* применять полученные знания при решении психолого-педагогических задач;
* квалифицировать затруднения, возникающие у детей в ходе учебной деятельности и прогнозировать успешность ребенка в различных видах деятельности, в том числе и обучении, на основе нейропсихологического анализа;
* организовывать нейропсихологическое обследование, коррекцию детей дошкольного и младшего школьного возраста.

**Студент должен владеть:**

* категориальным аппаратом нейропсихологии детского возраста;
* навыками организации нейропсихологической диагностики, коррекции и реабилитации в детском возрасте.

**5. План изучения темы:**

**5.1. Контроль исходного уровня знаний**

|  |  |
| --- | --- |
| 1. | АКАЛЬКУЛИЯ ЧАСТО СОЧЕТАЕТСЯ С:   1. семантической афазией; 2. кинестетической апраксией; 3. соматоагнозией; 4. эмоциональными расстройствами; 5. амузией |
| 2. | ЛЕВШЕСТВО – ЭТО:   1. преобладание размера левой руки над правой; 2. совместное преобладание леворасположенных парных органов над правыми 3. преобладание левой руки и левой ноги над правыми; 4. различия в чувствительности привой и левой половины тела; 5. все ответы верны. |
| 3. | ОСОБЕННОСТИ ОЧАГОВЫХ ПОРАЖЕНИЙ МОЗГА У ДЕТЕЙ ЯВЛЯЮТСЯ   1. слабая выраженность симптоматики; 2. значительная выраженность симптоматики; 3. длительный период обратного развития симптомов; 4. высокая зависимость от латерализации очага поражения; 5. низкий уровень пластичности. |
| 4. | НЕЙРОПСИХОЛОГИЧЕСКИЕ СИНДРОМЫ ДЕФИЦИТАРНОСТИ ПСИХИЧЕСКРГО РАЗВИТИЯ РЕБЁНКА СВЯЗАНЫ С ЛОКАЛИЗАЦИЕЙ НАРУШЕНИЙ   1. в передних отделах КБП; 2. в задних отделах КБП; 3. в субкортикальных образованиях; 4. во всех структурах головного мозга; 5. в височных отделах правого полушария. |
| 5. | АТИПИЯ ПСИХИЧЕСКОГО РАЗВИТИЯ СВЯЗАНА С ТАКИМИ  НЕЙРОПСИХОЛОГИЧЕСКИМИ ЯВЛЕНИЯМ (СИМПТОМАМИ), КАК   1. кинестетическая апраксия; 2. неустойчивость внимания и гиперактивность; 3. дефекты соматического и лицевого гнозиса; 4. нарушение формирования психических операций и автоматизмов на фоне   повышения самоконтроля и аутокоррекции;  Е.сенсорная алалия. |

**5.2 Основные понятия и положения темы**

**ОБЩАЯ ПАМЯТЬ**  
  
В третьем и четвертом разделах обследуются память и внимание. Исследование памяти является важным для пред­ставления о состоянии не только познавательных процессов у ребенка, но и речи, формирование и развитие которой тес­но связано также и с состоянием мнестических процессов. Здесь исследуются общая и специальные виды памяти (зрительная, слухоречевая, двигательная), произвольные и непроизвольные процессы запоминания и воспроизведения.  
  
Исследование памяти является важным для понимания состояния психической деятельности ребенка, т.к. она играет существенную роль в развитии мышления, "общего поведе­ния", регуляции деятельности. Исследования показывают, что мышление ребенка раннего возраста во многом определяется памятью. Кроме того, память участвует в формировании по­ведения ребенка, собственной его организации, мотивов по­ведения. Спиноза писал, что намерение — есть память.  
  
Однако роль памяти в психической деятельности, в ча­стности, в мышлении, меняется с возрастом. В раннем возрасте память как бы замещает мышление, для этого возраста мыслить — значит вспоминать. А у подростков — память играет лишь вспомогательную роль в мышлении, для них, наоборот, писал Л.С. Выготский, — "...вспоминать — это значит мыслить". Важным при исследовании памяти явля­ется ее связь с речью и речевая организация памяти. Раз­витие памяти у детей (и у взрослых) идет по линии ее опо­средствования другими ВПФ или предметами ("узелок на память", логические построения запоминания, образы-представления и др.). Собственно память отличается прин­ципиально от опосредствованной памяти, которая является собственно организацией и включением других ВПФ в про­цесс запоминания — это более высокий этап развития па­мяти. При исследовании памяти у детей следует изучить способность детей к опосредствованному запоминанию (как зону ближайшего развития).  
  
  
Таблица 10.

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Тесты | Материал | Инструкция | Анализ симптомов (ошибок) |
| 1 | 2 | 3 | 4 |
| Воспроизведение событий. | События дня.   Прошлые события. | «Расскажи, что ты сегодня делал?»   «А что ты летом (зимой) делал, где был?» | Исследуется процесс воспроизведения (актуализация прошлого) и процесс запоминания и воспроизведения.  Этот вид памяти нарушается при дисфункции глубинных структур мозга или при снижении корковой активности. |

1. **^ СЛУХОРЕЧЕВАЯ ПАМЯТЬ**

Таблица 11.

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Тесты | Материал | Инструкция | Анализ симптомов (ошибок) |
| 1 | 2 | 3 | 4 |
| 1. Повторение отдельных слов.  Повторение серий слов. | Слова: дом, стол, игла.   Серии слов: стол, звон, лес, шкаф. | По словесной инструкции:  «Повторяй за мной слова: дом, стол, игла.  Повтори еще раз те же слова».  «Повтори: стол, звон. Еще раз». [проба на непосредственное воспроизведение]  «Повтори: лес, шкаф. Еще раз». [проба на отсроченное воспроизведение]. |  |
| 2. Запоминание групп слов. | 1-я группа слов: круг, земля, стол.  2-я группа слов: день, собака, дерево. | Запомни и повтори эти слова. Еще раз повтори.   Теперь запомни и повтори эти слова. Еще раз повтори. А теперь скажи, какие слова были первыми, а какие вторыми. | Исследуются:  1. Объем запоминания.  2. Прочность запоминания.  3. Ретро- и проактивное торможение, которое возникает при поражении средних отделов височной зоны мозга. |
| 3. Запоминание двух смысловых рядов. | 1. Собака лает.  2. Дом горит. | Запомни и повтори. Скажи первое предложение, а какое 2-е? | Исследуются ошибки воспроизведения: если не воспроизводятся (или воспроизводятся с трудом) 1-е предложение (или предыдущие слова), а последующие воспроизводятся хорошо, то стоит думать о возникновении ретроактивного торможения, которое возникает при поражении средних отделов коры левой височной зоны мозга. |
| 4. Запоминание и повторение фраз:  а. непосредственное;  б. отсроченное, после пустой паузы;  в. после паузы, заполненной беседой (гомогенная интерференция). | А. «Дети взяли корзинки, и пошли в лес».  Б. «Сегодня в школу пришел новый учитель по истории».  В. «Я сначала сделала уроки, помогла маме вымыть посуду, а потом пошла в кино». | А. «Повтори предложение и запомни его».  Б. «Повтори предложение и запомни его».   После паузы: «скажи, какие ты запомнил предложения?».  В. «Повтори предложение и запомни его».  Затем – пауза, заполненная беседой (наложение на стимульное предложение других предложений – это гомогенная интерференция).  После беседы (30 сек.): «Повтори предложение, которое ты должен был запомнить». | Нарушение непосредственного запоминания может говорить о дефектах следовой деятельности и о дисфункции глубинных структур мозга.  При отсроченном воспроизведении после интерференции – ошибки запоминания связаны с тормозимостью следов последующей информацией, а не с самой следовой деятельностью.  Такое нарушение возможно при дисфункции височных отделов коры левого полушария (2-й височной извилины). |
| 5. Запоминание пар фраз:  - непосредственное;  - отсроченное. | 1. На ветке елки сидит красивый дятел.  2. Высоко в небе сокол летит красивой стрелой. | Повтори и запомни 1-е предложение.  Еще раз повтори.  Повтори и запомни 2-е предложение.  Еще раз повтори.  Скажи 1-е предложение.  Скажи 2-е предложение. | При запоминании предложений возможны:  а. контаминации;  б. замена одного предложения другим;  в. воспроизведение предложений, которые были не в этой пробе, а в предыдущей;  г. отказ от работы.  Все эти ошибки говорят о слабости следовой деятельности, о влиянии на них последующей информации, приводящей к невозможности актуализации предыдущих предложений или к контаминациям и т.д.  Все это происходит из-за дисфункции височных отделов мозга. |
| 6. Кривая памяти.  Запоминание 10 слов. | 10 слов: дом, стол, кот, ночь, окно, игла, пирог, звон, крест, колодец. В зависимости от возраста можно брать для заучивания 5-7 слов. Серия слов повторяется 5 раз. Записываются все слова, порядок их воспроизведения и побочные слова (ассоциации). | Послушай внимательно все слова. Повтори все слова, которые ты запомнил. | Исследуется процесс, динамика запоминания и воспроизведения, тенденции к росту или снижению количества ошибок. Разные ошибки говорят о разной топике поражения мозга. |

1. **^ ЗРИТЕЛЬНО-ПРЕДМЕТНАЯ ПАМЯТЬ**

Таблица 12.

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Пробы | Материал | инструкция | Анализ симптомов (ошибок) |
| 1 | 2 | 3 | 4 |
| 1. Запоминание предметных картинок | Предметные картинки. Для запоминания предъявляются 2 картинки (с последующим увеличением до 5). Затем их смешивают с другими (7-10) и нужно найти заданные картинки. | Непосредственное запоминание. «Запомни эти картинки. А теперь найди их среди этой группы картинок».  Отсроченное воспроизведение (после 5-10 мин.). «Найди снова картинки, которые ты запомнил» |  |
| 2. Запоминание символических фигур | Геометрические фигуры | Повторить опыт с геометрическими фигурами так же, как с предметными картинками. | Исследуется запоминание малочастотных и трудно вербализуемых объектов и влияние речи на запоминание |
| 3. Опосредствованное запоминание | От 2-х до 4-х предметных картинок и разного цвета кружочки (или треугольники). На каждую картинку накладывается кружок определённого цвета. | «Запомни эти картинки и посмотри, какого цвета кружки лежат на них ». Картинки убираются. Ребёнку показывают кружки. «Какая картинка была под каким кружком». У старших детей такой опыт можно провести со словами | Исследуется высокий уровень развития памяти, её связи с другими ВПФ, организация запоминания |

Дополнительные пробы.

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Тесты | Материал | Инструкция | Анализ симптомов (ошибок) |
| 1 | 2 | 3 | 4 |
| 1. Запоминание и выбор заданных картинок из других, которые составляют фон, а заданные – предмет действия | 1. Для запоминания даются 2-3 картинки, которые являются предметом действия. Они смешиваются с 8 другими картинками Нужно найти 2(3) заданные картинки. Затем даются 2-3 другие картинки, их надо запомнить и найти среди новых 7-8 картинок, и так 5 раз. Картинки-стимулы откладываются в сторону после работы с ними и не смешиваются с картинками, из которых каждый раз выбираются заданные картинки | «Запомни эти картинки и найди их в другой группе картинок» | В этом опыте, проведённом автором на большом количестве детей, обнаружилось:  1) дети младшего дошкольного возраста путают фоновые и основные картинки;  2) дети младшего школьного возраста также делают эти ошибки, но нередко исправляют их;  3) третий тип ошибок – инертность: дети выбирают предыдущие картинки (персеверации);  4) четвёртый тип ошибок – контаминации из всех групп, предлагаемых для запоминания.  Все ошибки говорят о несформированности процессов памяти, о нарушении прочности следов, процессов выбора подвижности, что может негативно влиять на формирование речи, мышления и в целом интеллектуальной деятельности.  Ошибки могут быть связаны с нарушением (дисфункцией):  1) лобных отделов мозга, а также и 2) затылочных.  Ошибки в том и другом случае будут разными. В 1-ом случае – персеверации, контаминации и др., во 2-ом случае – смешение фоновых и стимульных картинок |
| 2. Конфликтная проба: замещение одних картинок другими | Во 2-ой части опыта наоборот – стимульные картинки становятся фоном, а фоновые – стимульными; из них даются 2-3 картинки для запоминания. | «Запомни эти картинки и найди их среди других» | Исследуется дифференцированное восприятие и образ-представление, дифференцированность и точность запоминания и воспроизведения и роль сформированности зрительно-предметного восприятия для формирования памяти.   Ошибки могут говорить о заинтересованности в патологии височно-затылочных отделов левого полушария |

**^ IV. ВНИМАНИЕ**  
  
Очень важно исследовать произвольный и непроизволь­ный процесс внимания ребенка, способность к концентрации и переключению, к распределению внимания. Внимание — важ­нейший психический процесс, тесно связанный с общей и на­правленной активностью, с намерениями, с мотивацией. Ника­кой психический процесс не может получить полноценного формирования без сформированного процесса внимания.  
  
^ Многие практические работники недооценивают роли несформированности процесса внимания в формировании дебильности. Л.С. Выготский писал, что направленное внима­ние играет огромную роль для процессов абстракции. Невоз­можность формирования понятий "... заключена у дебилов ... из-за несформированности внимания, потому что у них недо­развиты высшие формы произвольного внимания". [Л.С. Выготский. Избранные психологические исследования. 1956, стр.425.] Поэтому к исследованию произвольного внимания надо подойти со всей серьезностью и квалифицированно проанализировать все ошибки, т.к. это важно для постановки диагноза и последую­щей восстановительной работы.  
  
Внимание у детей становится относительно устойчивым только к 4—5 годам. Шестилетние дети могут играть в течение одного часа. Для детей дошкольного возраста характерно лишь непроизвольное внимание. Слабо развито у них и рас­пределение внимания. У школьников первых 2—3 классов объем внимания в 2—3 раза меньше, чем у взрослых. Полное внимание на уроке они могут сохранять не более 12—15 ми­нут. Все это необходимо учитывать при обследовании ребен­ка и делать частые перерывы в обследовании, в которых дать ребенку подвигаться, побегать, поиграть и др.  
  
Таблица 13.

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Тесты | Материал | Инструкция | Анализ симптомов (ошибок) |
| 1 | 2 | 3 | 4 |
| Тест на произвольное внимание. Произвольное последовательное прослеживание ряда чисел (букв, предметов) и поиск нужного ряда (или отдельных элементов ряда) | Таблица Шульта   Предметы с недостающими или лишними элементами | 1) Найти цифры от 1 до 15  2) Найти красные цифры от 15 до 1   1) Чего здесь не хватает?  2) Чего здесь лишнее? | Исследуется объём внимания, скорость, подвижность и утомляемость   Исследуется концентрация внимания. Нарушение этого отдела связано с дисфункцией лобных отделов мозга |
| Поиск заданной картинки (фигуры) среди ряда других | Предметные картинки, геометрические фигуры | «Найди эту картинку» (показывается картинка).  «Найди эту фигуру» (показывается геометрическая фигура).  ^ Картинки, фигуры и др. материал – всегда перед глазами ребёнка, т.к. это опыт не на запоминание, а на внимание. | Исследуется избирательность внимания.  Нарушение может быть связано с дефектами лобных систем мозга, если не обнаружатся специфические трудности восприятия картинок |
| Тест на непроизвольное внимание. Припоминание предметов, находящихся в комнате, с которыми работали |  | «Закрой глаза и скажи, что лежит на столе; что стоит в комнате» | Исследуется распределение внимания. |
| Тест на устойчивость внимания. Поиск указанных предметов, фигур, картинок, букв и др. среди ряда других. | Таблицы Анфилова Крепилина | Вычёркивай во всех строчках:  1) только букву А;  2) букву Е и И. Будь внимателен. | Исследуется прочность, точность внимания, сосредоточенность, распределение внимания, работоспособность. |
| Тест на связь слова с вниманием. Слово – указатель внимания. Выполнение дифференцированных действий по речевой инструкции | Предметы | 1) возьми карандаш, положи его в карман;  2) встань и посмотри в окно;  3) возьми карандаш и нарисуй дерево и др. | Нарушение вниманиявлечёт за собой несформированность непознавательных процессов, интеллекта и поведения.  Нарушение регулирующей роли речи (слова) указывает на дисфункцию лобных или глубинных структур мозга |

Количество проб можно уменьшить до трех (1-3). Иногда дос­таточно одной первой пробы.  
  
  
**^ V. РЕЧЬ И РЕЧЕВЫЕ ПРОЦЕССЫ**  
  
Речь — одна из основных высших психических функций, которая должна быть обследована весьма тщательно. Из­вестно, что речь у детей формируется на основе восприятия окружающего предметного мира. Исследовать нарушенную, несформированную речь необходимо начиная с изучения процессов предметного восприятия и образов. Л.С. Выготский писал, что всякое слово имеет первоначальный образ-представление и рост словаря прямо связан с образованием многочисленных и многообразных связей между предметным образом и словом. Понимание речи также связано с развити­ем чувственной основы речи — предметных образов. Следует также вспомнить, что первыми словами у детей являются не названия предметов, а действий, т.е. глаголов. Важной является та роль речи, которую она выполняет в психической деятельности человека — она организовывает все ВПФ, вхо­дит в их структуру, регулирует деятельность и поведение, т.е. речь, формируясь и развиваясь как самостоятельный психи­ческий процесс, затем начинает выполнять и функции опо­средствования ВПФ, их связывания и организации.  
  
Обследование начинается с изучения общей коммуника­тивной функции речи: понимания обращенной речи и невер­бальных средств — жестов, мимики, интонации и пр. педагога, спонтанной устной и диалогической речи. Затем исследуются автоматизированные формы речи (непроизвольные) и рядо­вая речь. После этого исследуются произвольные формы уст­ной речи — повторение, называние предметов и действий, со­ставление фраз по картинкам и в ответах на вопросы, пере­сказы сюжетных картинок. Исследование импрессивной речи начинается с обследования фонематического речевого слуха. Исследование понимания речи начинается с обязательной последовательностью от целого к части (понимание тек­ста, фразы, слов). Материал исследования — вербальный и картиночный — должен быть высокочастотным, знакомым, объем не должен превышать 7 ± 2. Вербальный и картиноч­ный материал должен отвечать следующим характеристи­кам: а) частотность (частота встречаемости слова, кар­тинки у детей соответствующего возраста); б) субъек­тивная частотность (собственный словарь ребенка); в) знакомость; г) нейтральная эмоциональная насыщенность; д) длина слова не короче двух и не длиннее 3-4 слогов, фо­нетический состав слова - средняя и легкая сложность.  
  
**^ 1. ЭКСПРЕССИВНАЯ РЕЧЬ**  
  
Таблица 14.

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Тесты | Материал | Инструкция | Анализ симптомов (ошибок) |
| 1 | 2 | 3 | 4 |
| 1. Спонтанная речь. Метод беседы | Беседа с ребёнком на близкую ему тему | Я хотела бы узнать, как у тебя идут дела в школе. С кем ты дружишь, кто там самый драчун? | Могут быть:  1) ответы 1-2-сложные, с использованием слов, содержащихся в вопросе;  2) ошибки – отсутствие ответа, эхолалии и персеверации и др. |
| 2. Диалогическая речь. Метод коротких вопросов и ответов. | Короткие последовательные вопросы и ответы | Темы: «О школе», «Что ты делал во время каникул» и др. | 3) неадекватные ответы – эти и другие подобные речевые реакции могут говорить о дисфункции заднелобных и лобных отделов;  4) соскальзывание на побочные ассоциации –дисфункция лобных отделов;  5) трудности подбора слов, построения фразы, слов – возможна дисфункция теменно-височных отделов |
| Автоматизированная речь | Произнесение цифрового ряда от 1 до 10. название дней недели, месяцев | Просчитай от 1 до 10, а теперь от 10 до 1, т.е. обратно. Это трудно, но ты сможешь.  Назови подряд дни недели: понедельник… | Могут быть литеральные (моторные и сенсорные) парафазии, аграмматизмы (разного происхождения). Следует точно анализировать ошибки, которые могут указать на механизмы поражения и топику дисфункции мозговых зон |
| Повторная речь | а) повторение:  1) звуков: а, о , у, б, к, п, д, л, т, н, х, р, ч;  2) дизъюнктных пар звуков: б-н, к-с, м-р;  3) оппозиционных пар звуков: б-п, д-т, к-г, х-к, з-с и др.;  4) серии звуков: би-ба-бо, бо-би-ба и др. | Материал для повторения подаётся по одному элементу (звук, слог, слово и т.д.). Рот педагога прикрыт.  «Повторяй за мной звуки: закрой глаза, слушай внимательно и повторяй. А теперь повторяй пары звуков» и т.д. | Ошибки повторения оппозиционных пар звуков могут быть результатом не только нарушения фонематического слуха, но и дефектов моторики. Проверять с помощью другого индикатора. Дефекты переключения при повторении этих пар звуков (би-ба-бо) могут говорить о дисфункции задне-лобных отделов мозга или общем снижении корковой активности |
|  | б) повторение слов: окно, потолок, дом, дым, балка, палка | Повторяй за мной, слушай внимательно | Ошибки повторения слов могут быть связаны с разными причинами, поэтому важно классифицировать эти ошибки:  1) с нарушением фонематического слуха (височные отделы – 22 поле);  2) с инертностью речевого процесса (персеверации, контаминации) – задне-лобные отделы;  3) с нарушением слухоречевой памяти (2-я височная извилина) и с нарушением моторной стороны речи ( литеральные моторные парафазии и др.) |
|  | в) повторение фраз (постепенно увеличивать объём предложений): Луна светит. Мальчик спит. Девочка пошла в лес. Мальчик играет в мяч. |  | Исследуется слухо-речевая память, объём слухового восприятия. Возможные ошибки – неудержание объёма фразы или последнего слова, литеральные и вербальные парафазии могут говорить о дисфункции височных отделов; контаминации, персеверации элементов предыдущих фраз возможны соответственно при дисфункции лобных и задне-лобных отделов |
| Активная речь | а) рассказ по сюжетной картинке (частотной, т.е. известной ребёнку и неизвестной);  б) собственное сочинение (устный рассказ на заданную тему) | Расскажи пожалуйста что здесь нарисовано. Только складно и подробно.  Расскажи о чём хочешь, ну, например, о зиме. | Исследуется активность, развёрнутость, связность рассказа, лексика, наличие парафазий, аграмматизмов, соскальзывания на побочные ассоциации, соответствие сюжету картинки и др. Эта проблема многозначна, с её помощью исследуется слухоречевая память, речь, вербальное мышление.  Ошибки: в лексике – литеральные и вербальные парафазии, бедность лексического состава, грамматика речи (поражение речевых зон), связность выскальзывания, адекватность, понимание сюжета и его смысла ( поражение лобных зон мозга) |
| Номинативная речь | Называние предметов по номинативным картинкам (5-7 в поле зрения) | Назови мне эту картинку (указывается), а теперь – эту и т.д. Затем по 2 – назови эту и эту. Затем по 3 | Могут быть ошибки: сенсорного и моторного происхождения ( литеральные парафазии). Возможна дисфункция нижних теменных и височных отделов височного полушария |
|  | Понимание и называние частей тела – нос, глаза, шея, ухо, рука, нога, брови, волосы | Покажи на себе- где у тебя нос, глаз и т.д. А теперь нос-глаз, глаз-рот. А у меня покажи. Назови, что это такое ( указывается на нос, глаз и т.д.) | Дефекты называния частей тела могут говорить о нарушении сомато-пространственных ощущений, о дисфункции теменных отделов мозга |

**^ 2. ИМПРЕССИВНАЯ РЕЧЬ**  
  
Таблица 15.

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Тесты | Материал | Инструкция | Анализ симптомов (ошибок) |
| 1 | 2 | 3 | 4 |
| 1. Метод понимания и выполнения вербальных инструкций | Фразы:  1. Закрой глаза  2. Открой рот.  3. Положи руки.  4. Встань, подойди к двери, вернись сюда | Я тебе буду давать задания, а ты внимательно слушай и выполняй | Понимание наиболее упрочённых речевых инструкций нарушается при дисфункции височных отделов. Однако, чаще всего понимание этих инструкций сохраняется. |
| 2. Понимание обращённой речи. Метод беседы. | Обычная бытовая беседа. «Ты сегодня завтракал? А что ты ел? Какая сегодня погода? Ты любишь занятия со мной?» | Я задаю вопросы, а ты отвечай. Если хочешь, можешь и ты задавать мне вопрос, а я тебе отвечу | Лучше всего вопросы задавать разные по содержанию, внеконтекстные, не связанные с общей темой, тогда сразу обнаруживаются нарушения понимания. И этот дефект скорее всего будет связан с дисфункцией височных отделов. |
| 3. Понимание предметных слов. Метод показа названных предметов (объектов) | 1. Предметные картинки  2. Окружающие предметы | Сначала по одному предмету, затем - по два, по три. Покажи «стол», «яблоко». Покажи ложку и яблоко и т.д. | Увеличение объёма может привести к ошибкам:   1. Забывание последующих слов; 2. Замена одной картинки другой; 3. Отказ; 4. Показ неадекватных картинок.   Возможна связь этих дефектов с патологией левой височной зоны, её 2-ой височной извилины |
| 4. Понимание фраз. Метод понимания фраз. | Короткие простые по грамматической структуре фразы. Показатель понимания (индикатор) – показ соответствующих фразе картинок | Покажи картинку, на которой нарисовано: «мальчик сидит на стуле». «На столе стоят цветы» |  |
| 5. Фонетический слух | Отдельные звуки:  Дизъюнктные – а-к, б-л, т-ш;   Оппозиционные – б, п, д, т (даётся только по одному звуку) | Индикатор – повторение.  Повторяй за мной с закрытыми глазами.   Индикатор – буква. Я назову звук, а ты найди соответствующую букву (из 3-4-х – Б, П, Г, Д или А, К, О, Р)  Индикатор – условно-рефлекторная реакция. Если я назову Б, ты подними руку, а если я назову П, не поднимай | Ошибки – замены оппозиционных звуков говорит о наличии сенсорной афазии ( о дисфункции верхней височной извилины – поле 22) |

**5.3. Самостоятельная работа по теме:**

- разбор темы;

- отработка коррекционных методик;

- разбор пациентов, решение ситуативных задачь

**5.4. Итоговый контроль знаний:**

- ответы на вопросы по теме занятия;

- решение ситуационных задач, тестовых заданий по теме.

|  |  |
| --- | --- |
| 1. | ПОРАЖЕНИЕ ОТДЕЛОВ КПЕРЕДИ ОТ ЗОНЫ БРОКА ПРИВОДИТ К   1. эфферентной моторной афазии 2. афферентной моторной афазии 3. сенсорной афазии 4. динамической афазии 5. семантической афазии |
| 2. | ПОРАЖЕНИЕ НИЖНИХ ОТДЕЛОВ ЗАДНЕЛОБНОЙ ОБЛАСТИ (ЗОНА БРОКА) ПРИВОДИТ К   1. эфферентной моторной афазии 2. афферентной моторной афазии 3. сенсорной афазии 4. динамической афазии 5. семантической афазии |
| 3. | ПОРАЖЕНИЕ НИЖНЕТЕМЕННОЙ ОБЛАСТИ КОРЫ ПРИВОДИТ К   1. эфферентной моторной афазии 2. афферентной моторной афазии 3. сенсорной афазии 4. динамической афазии 5. семантической афазии |
| 4. | ПОРАЖЕНИЕ ОБЛАСТИ ВЕРНИКЕ ПРИВОДИТ К   1. эфферентной моторной афазии 2. афферентной моторной афазии 3. сенсорной афазии 4. динамической афазии 5. семантической афазии |
| 5. | ПОРАЖЕНИЕ ВТОРОЙ ВИСОЧНОЙ ИЗВИЛИНЫ ПРИВОДИТ К   1. динамической афазии 2. сенсорной афазии 3. акустико-мнестической афазии 4. семантической афазии 5. амнестической афазии |

Задачи:

|  |  |
| --- | --- |
| 1. | Больная Ю., 66 лет. В прошлом работала препода-  вателем средней школы. В психиатрической больнице находится  три года без выписки. Сознание ясное. Себя называет правильно,  но при беседе обнаруживается, что больная не помнит текущей  даты, не помнит своего возраста, не помнит, сколько времени на-  ходится в больнице, не помнит, как зовут лечащего врача. Настрое-  ние хорошее. На просьбу вспомнить, чем она занималась вчера, со-  общила следующее: «Вчера с утра были занятия, проходили тему  “Пушкин и декабристы“. А затем сидела на педсовете. Хулигана  Галкина опять обсуждали». |
| 2. | Больной З., 78 лет, колхозник. В течение несколь-  ких недель находился на лечении в психиатрической больнице,  жалуется лишь на отсутствие зрения на правый глаз, где имеет-  ся помутнение роговицы. В отделении спокоен, подсаживается 43  к больнымпожилоговозраста, очем-тоснимибеседует. Вобщении  с врачом, больными вежлив, предупредителен, даже несколько сла-  щав. Приветливо здоровается, но встретив врача через несколько  минут, приветствует его снова. Часто приоткрывает дверь в каби-  нет и вежливо осведомляется, не пришел ли консультант-окулист,  через пять минут спрашивает о том же. Числа, месяца, года назвать  не может. Видя вокруг людей в белых халатах, догадывается, что  его положили в больницу, но какую, не помнит. Рассказывает, что  только вчера приехал из деревни: «Вот лошадь во дворе привязал,  сейчас ходил сена ей давал». Вернувшись после консультации из  кабинета профессора, всем рассказывает с убеждением, что про-  фессор угощал его шампанским, сердился, когда ему говорили,  что этого не было. Любит рассказывать о днях своей молодости,  помнит события прошлых лет, правильно воспроизводит события  войны, в которой принимал участие. Перечисляет имена своих де-  тей, назвать имена внуков не может, говорит каждый раз разные.  Квалифицировать нарушения памяти и синдром. |
| 3. | Больной M., 23 лет, после тяжелой травмы головы  лечился в больнице в течение 6 месяцев с нарушениями памяти.  В то время не мог воспроизвести события пятилетней давности.  Спустя год после выписки: спокоен. Охотно отвечает на вопросы.  Обнаруживает амнезию на период, предшествующий травме. Не  помнит событий после травмы, амнезировал пребывание в трав-  матологическом отделении; месяцы, проведенные в психиатриче-  ской больнице. Помнит, что к нему «иногда» приезжали родители.  Помнит хорошо день выписки. С трудом вспомнил имена врачей  и медицинского персонала. Жалуется, что у него «плохая память»  : «все приходится записывать».  Квалифицировать нарушения памяти. |
| 4. | Больной с возмущением говорил: «Ужасные без-  образия творятся в этой клинике, вчера, например, меня посадили  в клетку, а до этого заставили вылезать на улицу через окно».  Определить нарушения памяти. |
| 5. | Больная 43 лет, поступает в психиатрическую боль-  ницу с одинаковыми состояниями в четвертый раз. Настроение  повышено, многоречива, деятельна, плохо спит. Читает наизусть  стихи Блока и страницы из произведений Чехова почти без оши-  бок, можно сверять с текстом. Когда такие состояния проходят, то  стихи помнит отрывками, а прозу воспроизвести не может.  Как называются такие временные нарушения памяти? |

1. **Домашнее задание для уяснения темы занятия**

* составление плана диагностического исследования ребёнка;
* составление плана коррекционного исследования ребёнка;
* ведение протокола исследования;
* супервизия работы студента с ребёнком;
* обсуждение результатов экспериментально-психологического исследования ребёнка;
* написание заключения экспериментально-психологического исследования;
* обсуждение и коррекция заключения экспериментально-психологического исследования.
* основные принципы, определяющие формирование психичес­ких функций в теории системной динамической локализации А.Р. Лурия.
* специфика использования основных понятий нейропсихологии «функция», «локализация», «симптом», «синдром», «фактор», «синдромный анализ» в нейропсихологии детского возраста.
* функциональные блоки мозга по А.Р. Лурия. Строение, функции.
* принцип гетерохронности в морфо- и функциогенезе. Внутри­системная и межсистемная гетерохронность.
* основные принципы системогенеза.
* показатели морфологического созревания мозга. Основные за­кономерности морфологического созревания мозга.
* функциональные критерии развития мозга. Основные законо­мерности функционального созревания мозговых структур.
* морфофункциональное созревание функциональных блоков мозга в онтогенезе.
* соотношение развития и влияния среды. Теории научения. Тео­рии созревания.

1. **Рекомендованная литература по теме занятия**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| №  п/п | Наименование | Издательство | Год  выпуска |

**Обязательная**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 1. | Лурия А.Р. Высшие корковые функции человека и их нарушения при локальных поражениях мозга / А.Р. Лурия. | СПб.: Питер | 2007 |
| 2. | Семенович А.В. Нейропсихологическая диагностика и коррекция в детском возрасте. | М.: Академия | 2002 |
| 3. | Семенович, А. В. Нейропсихологическая коррекция в детском возрасте. Метод замещающего онтогенеза: учебное пособие/ А. В. Семенович. - 2-е изд. | М.: Генезис | 2008 |
| 4. | Визель Т.Г. Основы нейропсихологии: учеб. для студентов вузов Т.Г. Визель. | М.: АСТАстрель Транзиткнига | 2005 |
| 5. | Клиническая психология / под ред. Карвасарского Б.Д. | СПб.: Питер | 2010 |
| 6. | Микадзе Ю.В. Нейропсихология детского возраста: Учебное пособие. | СПб.:Питер | 2008 |

**Дополнительная**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 1. | Психология. (Лекции для студентов медицинских вузов), Творогова Н. Д. | М.: ГОУ ВУНМЦ РФ | 2002 |
| 2. | Клиническая психология / под ред. М.Перре , У.Бауманна | СПб.: Питер | 2007 |
| 3. | Корсакова Н. К., Московичюте Л. И. Клиническая нейропсихология. | М.: МГУ | 1988 |

**Электронные ресурсы**

|  |  |
| --- | --- |
| 1. | ИБС КрасГМУ |
| 2. | БМ МедАрт |
| 3. | БД Ebsco |

Государственное бюджетное образовательное учреждение высшего профессионального образования «Красноярский государственный медицинский университет имени профессора В.Ф. Войно-Ясенецкого»

Министерства здравоохранения Российской Федерации

ГБОУ ВПО КрасГМУ им. проф. В.Ф. Войно-Ясенецкого Минздрава России

Кафедра нервных болезней с курсом медицинской реабилитации ПО

**МЕТОДИЧЕСКИЕ УКАЗАНИЯ**

**ДЛЯ ОБУЧАЮЩИХСЯ**

**по дисциплине «Спецпрактикум по коррекционно-развивающему обучению с супервизией»**

**для специальности** 030401 Клиническая психология (очно-заочная форма обучения)

**К СЕМИНАРСКОМУ** **ЗАНЯТИЮ № 8**

**ТЕМА:** **«Методы нейропсихологического обследования. Интеллектуальные функции».**

Утверждены на кафедральном заседании протокол .

Заведующий кафедрой

Доктор медицинских наук, профессор Прокопенко С.В.

Составители: доктор медицинских наук, профессор Прокопенко С.В.

кандидат медицинских наук, доцент Харламова Г.В.

кандидат медицинских наук, ассистент Можейко Е.Ю.

доктор медицинских наук, профессор Похабов Д.В.

доктор медицинских наук, профессор Народова В.В.

кандидат медицинских наук, доцент Дроздова Л.Н.

доктор медицинских наук, профессор Колесникова И.В.

ассистент Швецова И.Н.

Красноярск

2013г.

**1. Занятие №8**

**Тема:** «Методы нейропсихологического обследования. Интеллектуальные функции».

**2. Форма организации занятия:** семинар – в интерактивной форме в виде дебатов.

**3. Значение изучения темы:**

В клиническойпрактике нейропсихологический метод занимает особое место в ряду научных дисциплин, обращенных к проблеме онтогенеза в норме и патологии. Только он позволяет оценить и описать те системно-динамические перестройки, которые сопровождают психическое развитие ребенка с точки зрения его мозгового обеспечения. Но описать — это значит понять. Понять глубинные механизмы его психического статуса и спланировать адекватную онтогенезу именно этого, конкретного ребенка программу психолого-педагогического сопровождения.

**4. Цели обучения:** освоения учебной дисциплины «Спецпрактикум по коррекционно-развивающему обучению с супервизией» состоит в овладении знаниями психологической диагностики заболеваний, психологической помощи и восстановлению психических функций.

**Студент должен знать**:

* закономерности формирования мозговой организации психических процессов, специфику детского мозга, строение, состав мозговых зон, вовлекаемых в работу нейрофизиологических функциональных систем;
* специфику нейропсихологического исследования детей и возможности использования их как в клинической практике, так и психолого-педагогической деятельности.

**Студент должен уметь:**

* применять полученные знания при решении психолого-педагогических задач;
* квалифицировать затруднения, возникающие у детей в ходе учебной деятельности и прогнозировать успешность ребенка в различных видах деятельности, в том числе и обучении, на основе нейропсихологического анализа;
* организовывать нейропсихологическое обследование, коррекцию детей дошкольного и младшего школьного возраста.

**Студент должен владеть:**

* категориальным аппаратом нейропсихологии детского возраста;
* навыками организации нейропсихологической диагностики, коррекции и реабилитации в детском возрасте.

**5. План изучения темы:**

**5.1. Контроль исходного уровня знаний**

|  |  |
| --- | --- |
| 1. | ПОРАЖЕНИЕ ЗОНЫ ТРО ПРИВОДИТ К   1. динамической афазии 2. сенсорной афазии 3. акустико-мнестической афазии 4. семантической афазии 5. эфферентной моторной афазии |
| 2. | ОСНОВНАЯ ФУНКЦИЯ РЕЧИ:   1. Регулятивная 2. Опознающая 3. Выразительная 4. Семантическая 5. Сигнальная |
| 3. | КВАЗИПРОСТРАНСТВЕННЫЙ СИНТЕЗ ЛЕЖИТ В ОСНОВЕ ПОНИМАНИЯ   1. Значений слов 2. Звукоразличения 3. Артикуляции 4. Счета 5. Памяти |
| 4. | ЭФФЕРЕНТНАЯ МОТОРНАЯ АФАЗИЯ ЭТО НАРУШЕНИЕ:    1. Кинестетического фактора 2. Нарушение кинетического фактора 3. Акустического фактора 4. Пространственного фактора 5. Квазипространственного фактора |
| 5. | АФФЕРЕНТНАЯ МОТОРНАЯ АФАЗИЯ ГЛАВНЫМ ОБРАЗОМ СВЯЗАНА С НАРУШЕНИЕМ   1. Кинестетического фактора 2. Нарушение кинетического фактора 3. Акустического фактора 4. Пространственного фактора 5. Квазипространственного фактора |

**5.2 Основные понятия и положения темы**

**НАГЛЯДНО-ОБРАЗНОЕ МЫШЛЕНИЕ.**  
  
Таблица 19.

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Тесты | Материал | Инструкция | Анализ симптомов (ошибок) |
| 1 | 2 | 3 | 4 |
| 1. Конструирование предметов (частотных без опоры на слово) | Разрезанные на части картинки, изображающие предметы или животных | Инструкция «глухая». «Сложи, пожалуйста, из этих частей предмет. Смотри внимательно, не торопись» | Исследуется сохранность (нарушение) предметно-образного мышления. Если образ-представление отсутствует (или нарушен), то сложить предмет ребёнок не сможет. Если случайно получится, то надо повторить, т.е. дать новое задание. Поражение (или дисфункция) затылочных отделов мозга. Если организация деятельности (помощь педагога) приводит ребёнка к выполнению задания, то это говорит о патологии лобных долей мозга. |
| 2. Тоже с опорой на слово-наименование предмета | Тот же материал, но могут быть другие предметы. | По слову-наименованию (открытая инструкция). Сложи из этих частей стол ( шкаф, диван, арбуз и т.д.) | Исследуется влияние слова (речи) на актуализация предметного образа и на облегчение конструктивной деятельности. Если эта помощь не даёт результатов, то можно думать о дисфункции височно-затылочных зон. |
| 3. Метод дифференцирования предметов (объектов) | Перед ребёнком лежат разные части 2-3 предметов. | Без слова-наименования. «Сложи один какой-нибудь предмет или животное. Выбери нужные части и сложи» (по слову-наименованию: «Сложи слова») | Исследуется дифференцирование восприятие образа. Ошибки во всех этих тестах говорят о дисфункции теменно-затылочных областей мозга или зоны ТРО. Возможны вторичные ошибки из-за дисфункции лобных зон мозга. |
| 4. Понимание сюжетных картин | Картинки: «Разбитое окно», «Последняя весна» и др. | Кто виноват? В чём смысл картинки? | Исследуется понимание содержания и смысла сюжетных картинок путём выделения существенных признаков, эмоционального отношения к событиям, изображённых на них.  Ошибки понимания:  Непонимание смысла и содержания;  Непонимание морали могут быть связаны с дисфункцией лобных долей левого полушария мозга |
| 5. Понимание содержания серии сюжетных картин и нахождение последовательности картин в серии | Серии сюжетных картинок | Если картинки разложить в нужном порядке, получится интересный рассказ.  Разложи картинки в нужном порядке, одну за другой. (Если не получается, педагог кладёт на стол 1-ю картинку, а ребёнок должен продолжить серию) | Исследование процесса решения задачи. Следить за ходами, их изменением; анализировать:   1. Манипулирование картинками без смысла; 2. Осмысление – попытки найти место картинке; 3. Поведение – активное, инертное, отвлекаемость, сосредоточенность, вопросы к педагогу. 4. Если серия выполнена с ошибками, но процесс решения был активным, творческим, поиск был направленным, то это говорит в пользу сохранности мыслительных процессов. |

**^ 2. ВЕРБАЛЬНО-ЛОГИЧЕСКОЕ МЫШЛЕНИЕ**  
  
Таблица 20.

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Тесты | Материал | Инструкция | Анализ симптомов (ошибок) |
| 1 | 2 | 3 | 4 |
| 1. Понимание рассказов: содержания, смыслов, морали | Рассказы: «Галки и голуби», «Лев и мышь», «Муравьи и голубка» | Внимательно послушай рассказ и скажи, в чём здесь дело, в чём смысл, чему учит этот рассказ. Повторить задание, обращая внимание ребенка на каждую фразу, смысловую часть рассказа. | Непонимание смысла и морали могут говорить о дисфункции лобных долей мозга, о нарушении обобщенного мышления.  Ошибки могут из-за нарушения внимания. Трудности могут возникать и из-за нарушения памяти. Привести текст, исключая запоминание: дать прочитать ребёнку рассказ по частям. И если в этих случаях будут правильные ответы, то это будет говорить о сохранности лобных долей мозга и о дисфункции средних височных отделов мозга, т.е. о нарушении запоминания. |
| 2. Решение математических задач. | 1. Хозяйка тратит за 5 дней 15 литров молока. Сколько молока она тратит за неделю? 2. На заборе сидели птички. К ним прилетело ещё 5 птичек и их стало 12. сколько птичек сидело на заборе сначала? 3. На столе лежали яблоки, 5 из них съели и осталось 9 яблок. | Повтори задачу. В чём вопрос задачи? Повтори вопрос задачи. Решай задачу вслух, рассказывай, что ты будешь делать и почему.   «Я тебе дам задачу, а ты придумай к ней вопрос». Если ребёнок не придумал нужный вопрос, то ему предлагается на выбор несколько вопросов, какой из них подходит к этой задаче:  а) сколько яблок осталось?  Б) сколько яблок привезли из магазина? | Нарушения решения задачи могут идти из-за дефектов понимания словесной части задачи, из-за нарушений арифметических счислительных операций. Это вторичное нарушение мышления и она возникает при поражении теменных и теменно-затылочных зон мозга. Но если ребёнок понимает отдельные предложения, повторяет условия, но не понимает задачи, не понимает в чём вопрос задачи и не может наметить схему-план решения, то этот дефект первичный и связана с дисфункцией лобных долей мозга. Особое внимание надо обратить на понимание вопроса задачи, умение подобрать нужный конечный вопрос. Нарушение понимания вопроса задачи говорит о дисфункции лобных систем мозга |
| 3. Подбор противоположных понятий:  а) пассивный вариант  б) активный вариант | Тёплый - …  Зимний - …  Большой - …  Дорогой - …  Низкий - …  Слабый - … | 1) придумай слово, противоположное по содержанию. Например, глупый - умный.   2) придумай самостоятельно, 2 пары противоположных по значению слов (например, толстый – тонкий) | Исследуются аналитические вербальные мыслительные процессы, процессы выбора по заданному признаку.   Исследуется самостоятельное выделение признака. |
| 4. Выбор из альтернатив. Аналогии | Написаны слова: лошадь, жеребёнок, корова.  ?   (пастбище, молоко, телёнок) | Найди среди слов, относящихся к корове, которое подходило бы к ней так же, как «жеребёнок» к «лошади» | Исследуются понимание отношений, выделение признака и перенос признака. |
| 5. Классификация по:   а) самостоятельно выделенным признакам;  б) по заданным признакам | Предметные картинки | а) разложи картинки на группы, назови эти группы;   б) раздели картинки:   1. на живые и неживые; 2. что едят и что не едят и т.д. | Исследуются процессы анализа и синтеза   Исследуется уровень обобщения |

**^ 3. ИССЛЕДОВАНИЕ СЧЕТА**  
  
Число является объективной характеристикой всех пред­метов окружающего мира. Число и счет являются продуктом человеческой культуры и связаны с появлением торговли, землемерения. Исследования многих психологов дают возможность понять всю сложность строения числа и счетных операций и тот путь, который они проходят в онтогенезе.  
  
В этих исследованиях показана значительная роль про­странственного восприятия в понятии числа, в его структуре и в протекании счетных операций. Счетные операции и понятие числа у детей долгое время носят наглядно-действенный ха­рактер, а при пересчете элементов долго еще предполагают их размещение в зрительно-пространственном поле. Лишь по­степенно эти развернутые внешние операции с предметами и числами и их размещение в пространстве свертываются и за­мещаются отвлеченным арифметическим мышлением. Одна­ко и на этих стадиях формирования числа и счетных операций они продолжают сохранять пространственные компоненты.  
  
Наши собственные исследования нарушения счета и счет­ных операций, возникающих при поражении мозга, показали важную роль пространственного фактора - восприятия и представлений - в формировании понятия числа и счета у детей. Все исследователи указывают на связь числа с пространственным восприятием, а также и с высшими формами анализа и синтеза.  
  
Что же такое понятие числа? Понятие числа может быть обусловлено по крайней мере четырьмя составляющими: не­посредственным представлением количества, стоящего за числом, положением его в системе других числовых знаков, т.е. его положением в разрядной сетке (место в ряду цифр, составляющих число, и место в классе), осознанием внутрен­ней связи числа с другими числами, пониманием сложной свя­зи числа с речью. Без формирования понятия числа нельзя обучить ребенка настоящему счету как психическому процессу и счетным операциям, и здесь возможна подмена формиро­вания понятия числа и процесса счета простыми ассоциатив­ными связями, что часто наблюдается в школе при непра­вильном обучении арифметике. Если же будет сформирован психический процесс счета, который впоследствии сокращается, интериоризуется и автоматизируется, то в нужный мо­мент этот процесс может развернуться по своему составу операций, что приведет в критический момент к правильному решению арифметических действий.  
  
Число и счетные операции могут нарушаться или неполноценно формироваться по разным причинам: из-за дефектов пространственного восприятия, из-за несформированности взаимодействия числа и речи, из-за дефектов в наглядно-образных операциях, из-за дефектов целенаправленности по­ведения и организации деятельности счета и т.д. Всякий раз возникают разные формы акалькулии, которые необходимо точно квалифицировать, найти фактор, лежащий в основе дефекта или трудностей формирования счета, и только на этой основе может быть разработана адекватная природе дефекта методика восстановления или формирования понятия числа и счетных операций. Все обозначенные дефекты возникают при патологии разных зон мозга и отличаются разными и специфическими ошибками.   
  
Таблица 21.

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Тесты | Материал | Инструкция | Анализ симптомов (ошибок) |
| 1 | 2 | 3 | 4 |
| 1. Простой счёт:   * Единичный; * группами | Даются нарисованные точки | Сосчитай сколько здесь точек. Сосчитай группы точек | Исследуется простой поединичный счёт и счёт по группам |
| 2. Чтение:   а) простых чисел и цифр;   б) сложных;   в) сравнение чисел | 6, 5, 1, 4, 7;   78, 87, 99, 66, 105, 150, 91, 19, 120, 102, 1200, 120000;   99-66, 19-91, 150-105 и др., | Назови это число, теперь это и т.д.   Какое число больше (меньше)? | Исследуется называние чисел, соотношение наименования с числом, понимание разрядного строения числа,.   Исследуется понимания разрядного строения числа |
| 3. Письмо под диктовку простых и сложных чисел | Любые числа: «пять», «двадцать один», «сто пять» | Напиши число, которое я тебе скажу. | Исследуется связь речи с представлением числа, речевая организация числа. |
| 4. Разрядное строение числа | а) 15, 25, 30   б) 105, 315, 117 | Покажи где единицы, а где десятки;  Покажи сотни, единицы, десятки | Исследуется разрядное строение числа |
| 5. Разрядное строение числа, нахождение цифры в разрядной сетке | Разрядная сетка | Напиши число 15 и поставь десяток – 1 и единицы – 5 в нужные клеточки.  Теперь также в клеточках напиши числа 38, 150, 1541, 1051 | Исследуется понимание разрядного строения числа, понимание места сотен, десятков, единиц в числе.  Нарушение понимания разрядного строения числа возникает из-за дисфункции теменно-затылочных отделов коры левого полушария мозга. Первичная акалькулия |
| 6. Тест на пространственное восприятие | Римские числа: IX, XI, VI, XIX, XXI | Какое число больше, какое число меньше? | Исследуется пространственное восприятие числа. Ошибки говорят о нарушении (дисфункции) теменных отделов мозга. Первичная акалькулия |
| 7. Счётные операции | Пример без знака арифметического действия:  2 ? 5 = 10  10 ? 2 = 5  10 ? 2 = 12  10 ? 2 = 8 | Поставь нужный арифметический знак. Образец: 2 х 5 = 10 | Исследуется понимание арифметических действий, счёта в уме. Нарушения возникают при дисфункции лобных и теменных отделов мозга. Анализ ошибок укажет на локализацию процесса |
| 8. Операции в пределах одного десятка, с переходом через десяток | Сложение и вычитание: 11+3, 8-5, 11-2, 15+7 ( постепенно усложнять задание) | Сложи, вычти. Вычти, сложи | Исследуется пространственная ориентировка в счётных операциях. Нарушение возникает при патологии теменно-затылочных отделов. Все эти дефекты входят в синдром пространственной и оптико-пространственной агнозии. Первичная акалькулия |
| 9. Оптическое восприятие чисел и цифр | Цифры, сходные по своей конфигурации: 8-2, 3-8, 5-3, 2-7, 1-7, 4-7 | Назови эти цифры | Трудности в опознании этих цифр и чисел связаны с дисфункцией затылочных отделов мозга и входят в синдром оптической агнозии. Вторичная акалькулия |

**5.3. Самостоятельная работа по теме:**

- разбор темы;

- отработка коррекционных методик;

- разбор пациентов, решение ситуативных задачь

**5.4. Итоговый контроль знаний:**

- ответы на вопросы по теме занятия;

- решение ситуационных задач, тестовых заданий по теме.

|  |  |
| --- | --- |
| 1. | СЕНСОРНАЯ АФАЗИЯ ГЛАВНЫМ ОБРАЗОМ СВЯЗАНА С НАРУШЕНИЕМ   1. Кинестетического фактора 2. Нарушение кинетического фактора 3. Акустического фактора 4. Пространственного фактора 5. Квазипространственного фактора |
| 2. | ВОССТАНОВЛЕНИЕ ФУНКЦИЙ ПУТЕМ РАСТОРМАЖИВАНИЯ НАЗЫВАЕТСЯ   1. Викариатом 2. Перестройкой функциональных систем 3. Спонтанным восстановлением 4. Снятием диашиза 5. Всеми перечисленными вариантами |
| 3. | ВОССТАНОВЛЕНИЕ ФУНКЦИЙ ПУТЕМ ИХ ПЕРЕМЕЩЕНИЯ В СОХРАННЫЕ ОТДЕЛЫ НАЗЫВАЕТСЯ   1. Викариатом 2. Перестройкой функциональных систем 3. Спонтанным восстановлением 4. Снятием диашиза 5. Всеми перечисленными вариантами |
| 4. | ПОРАЖЕНИЕ ЗОНЫ ТРО ПРИВОДИТ К   1. динамической афазии 2. сенсорной афазии 3. эфферентной моторной афазии 4. афферентной моторной афазии 5. амнестической афазии |
| 5. | Расстройства различных видов ощущений называются   1. агнозиями; 2. галлюцинациями; 3. сенсорными расстройствами; 4. иллюзиями; 5. апраксиями. |

Задачи:

|  |  |
| --- | --- |
| 1. | Больная Ю., 66 лет. В прошлом работала препода-  вателем средней школы. В психиатрической больнице находится  три года без выписки. Сознание ясное. Себя называет правильно,  но при беседе обнаруживается, что больная не помнит текущей  даты, не помнит своего возраста, не помнит, сколько времени на-  ходится в больнице, не помнит, как зовут лечащего врача. Настрое-  ние хорошее. На просьбу вспомнить, чем она занималась вчера, со-  общила следующее: «Вчера с утра были занятия, проходили тему  “Пушкин и декабристы“. А затем сидела на педсовете. Хулигана  Галкина опять обсуждали». |
| 2. | Больной З., 78 лет, колхозник. В течение несколь-  ких недель находился на лечении в психиатрической больнице,  жалуется лишь на отсутствие зрения на правый глаз, где имеет-  ся помутнение роговицы. В отделении спокоен, подсаживается 43  к больнымпожилоговозраста, очем-тоснимибеседует. Вобщении  с врачом, больными вежлив, предупредителен, даже несколько сла-  щав. Приветливо здоровается, но встретив врача через несколько  минут, приветствует его снова. Часто приоткрывает дверь в каби-  нет и вежливо осведомляется, не пришел ли консультант-окулист,  через пять минут спрашивает о том же. Числа, месяца, года назвать  не может. Видя вокруг людей в белых халатах, догадывается, что  его положили в больницу, но какую, не помнит. Рассказывает, что  только вчера приехал из деревни: «Вот лошадь во дворе привязал,  сейчас ходил сена ей давал». Вернувшись после консультации из  кабинета профессора, всем рассказывает с убеждением, что про-  фессор угощал его шампанским, сердился, когда ему говорили,  что этого не было. Любит рассказывать о днях своей молодости,  помнит события прошлых лет, правильно воспроизводит события  войны, в которой принимал участие. Перечисляет имена своих де-  тей, назвать имена внуков не может, говорит каждый раз разные.  Квалифицировать нарушения памяти и синдром. |
| 3. | Больной M., 23 лет, после тяжелой травмы головы  лечился в больнице в течение 6 месяцев с нарушениями памяти.  В то время не мог воспроизвести события пятилетней давности.  Спустя год после выписки: спокоен. Охотно отвечает на вопросы.  Обнаруживает амнезию на период, предшествующий травме. Не  помнит событий после травмы, амнезировал пребывание в трав-  матологическом отделении; месяцы, проведенные в психиатриче-  ской больнице. Помнит, что к нему «иногда» приезжали родители.  Помнит хорошо день выписки. С трудом вспомнил имена врачей  и медицинского персонала. Жалуется, что у него «плохая память»  : «все приходится записывать».  Квалифицировать нарушения памяти. |
| 4. | Больной с возмущением говорил: «Ужасные без-  образия творятся в этой клинике, вчера, например, меня посадили  в клетку, а до этого заставили вылезать на улицу через окно».  Определить нарушения памяти. |
| 5. | Больная 43 лет, поступает в психиатрическую боль-  ницу с одинаковыми состояниями в четвертый раз. Настроение  повышено, многоречива, деятельна, плохо спит. Читает наизусть  стихи Блока и страницы из произведений Чехова почти без оши-  бок, можно сверять с текстом. Когда такие состояния проходят, то  стихи помнит отрывками, а прозу воспроизвести не может.  Как называются такие временные нарушения памяти? |

1. **Домашнее задание для уяснения темы занятия**

* составление плана диагностического исследования ребёнка;
* составление плана коррекционного исследования ребёнка;
* ведение протокола исследования;
* супервизия работы студента с ребёнком;
* обсуждение результатов экспериментально-психологического исследования ребёнка;
* написание заключения экспериментально-психологического исследования;
* обсуждение и коррекция заключения экспериментально-психологического исследования.
* основные принципы, определяющие формирование психичес­ких функций в теории системной динамической локализации А.Р. Лурия.
* специфика использования основных понятий нейропсихологии «функция», «локализация», «симптом», «синдром», «фактор», «синдромный анализ» в нейропсихологии детского возраста.
* функциональные блоки мозга по А.Р. Лурия. Строение, функции.
* принцип гетерохронности в морфо- и функциогенезе. Внутри­системная и межсистемная гетерохронность.
* основные принципы системогенеза.
* показатели морфологического созревания мозга. Основные за­кономерности морфологического созревания мозга.
* функциональные критерии развития мозга. Основные законо­мерности функционального созревания мозговых структур.
* морфофункциональное созревание функциональных блоков мозга в онтогенезе.
* соотношение развития и влияния среды. Теории научения. Тео­рии созревания.

1. **Рекомендованная литература по теме занятия**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| №  п/п | Наименование | Издательство | Год  выпуска |

**Обязательная**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 1. | Лурия А.Р. Высшие корковые функции человека и их нарушения при локальных поражениях мозга / А.Р. Лурия. | СПб.: Питер | 2007 |
| 2. | Семенович А.В. Нейропсихологическая диагностика и коррекция в детском возрасте. | М.: Академия | 2002 |
| 3. | Семенович, А. В. Нейропсихологическая коррекция в детском возрасте. Метод замещающего онтогенеза: учебное пособие/ А. В. Семенович. - 2-е изд. | М.: Генезис | 2008 |
| 4. | Визель Т.Г. Основы нейропсихологии: учеб. для студентов вузов Т.Г. Визель. | М.: АСТАстрель Транзиткнига | 2005 |
| 5. | Клиническая психология / под ред. Карвасарского Б.Д. | СПб.: Питер | 2010 |
| 6. | Микадзе Ю.В. Нейропсихология детского возраста: Учебное пособие. | СПб.:Питер | 2008 |

**Дополнительная**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 1. | Психология. (Лекции для студентов медицинских вузов), Творогова Н. Д. | М.: ГОУ ВУНМЦ РФ | 2002 |
| 2. | Клиническая психология / под ред. М.Перре , У.Бауманна | СПб.: Питер | 2007 |
| 3. | Корсакова Н. К., Московичюте Л. И. Клиническая нейропсихология. | М.: МГУ | 1988 |

**Электронные ресурсы**

|  |  |
| --- | --- |
| 1. | ИБС КрасГМУ |
| 2. | БМ МедАрт |
| 3. | БД Ebsco |

Государственное бюджетное образовательное учреждение высшего профессионального образования «Красноярский государственный медицинский университет имени профессора В.Ф. Войно-Ясенецкого»

Министерства здравоохранения Российской Федерации

ГБОУ ВПО КрасГМУ им. проф. В.Ф. Войно-Ясенецкого Минздрава России

Кафедра нервных болезней с курсом медицинской реабилитации ПО

**МЕТОДИЧЕСКИЕ УКАЗАНИЯ**

**ДЛЯ ОБУЧАЮЩИХСЯ**

**по дисциплине «Спецпрактикум по коррекционно-развивающему обучению с супервизией»**

**для специальности** 030401 Клиническая психология (очно-заочная форма обучения)

**К СЕМИНАРСКОМУ** **ЗАНЯТИЮ № 9**

**ТЕМА:** **«Методы исследования латеральных предпочтений».**

Утверждены на кафедральном заседании протокол .

Заведующий кафедрой

Доктор медицинских наук, профессор Прокопенко С.В.

Составители: доктор медицинских наук, профессор Прокопенко С.В.

кандидат медицинских наук, доцент Харламова Г.В.

кандидат медицинских наук, ассистент Можейко Е.Ю.

доктор медицинских наук, профессор Похабов Д.В.

доктор медицинских наук, профессор Народова В.В.

кандидат медицинских наук, доцент Дроздова Л.Н.

доктор медицинских наук, профессор Колесникова И.В.

ассистент Швецова И.Н.

Красноярск

2013г.

**1. Занятие №9**

**Тема:** «Методыисследования латеральных предпочтений».

**2. Форма организации занятия:** семинар – в интерактивной форме в виде дебатов.

**3. Значение изучения темы:**

В клиническойпрактике нейропсихологический метод занимает особое место в ряду научных дисциплин, обращенных к проблеме онтогенеза в норме и патологии. Только он позволяет оценить и описать те системно-динамические перестройки, которые сопровождают психическое развитие ребенка с точки зрения его мозгового обеспечения. Но описать — это значит понять. Понять глубинные механизмы его психического статуса и спланировать адекватную онтогенезу именно этого, конкретного ребенка программу психолого-педагогического сопровождения.

**4. Цели обучения:** освоения учебной дисциплины «Спецпрактикум по коррекционно-развивающему обучению с супервизией» состоит в овладении знаниями психологической диагностики заболеваний, психологической помощи и восстановлению психических функций.

**Студент должен знать**:

* закономерности формирования мозговой организации психических процессов, специфику детского мозга, строение, состав мозговых зон, вовлекаемых в работу нейрофизиологических функциональных систем;
* специфику нейропсихологического исследования детей и возможности использования их как в клинической практике, так и психолого-педагогической деятельности.

**Студент должен уметь:**

* применять полученные знания при решении психолого-педагогических задач;
* квалифицировать затруднения, возникающие у детей в ходе учебной деятельности и прогнозировать успешность ребенка в различных видах деятельности, в том числе и обучении, на основе нейропсихологического анализа;
* организовывать нейропсихологическое обследование, коррекцию детей дошкольного и младшего школьного возраста.

**Студент должен владеть:**

* категориальным аппаратом нейропсихологии детского возраста;
* навыками организации нейропсихологической диагностики, коррекции и реабилитации в детском возрасте.

**5. План изучения темы:**

**5.1. Контроль исходного уровня знаний**

|  |  |
| --- | --- |
| 1. | КТО ВПЕРВЫЕ РАЗРАБОТАЛ МЕТОД КОЛИЧЕСТВЕННОЙ ОЦЕНКИ РАЗВИТИЯ ПСИХИКИ И ИНТЕЛЛЕКТА РЕБЁНКА   1. Альфред Бине 2. Жан Демор 3. Поль Гонкур 4. Филипп Пинель 5. Юрий Микадзе |
| 2. | КТО ВПЕРВЫЕ РАЗРАБОТАЛ МЕТОД КОЛИЧЕСТВЕННОЙ ОЦЕНКИ РАЗВИТИЯ ПСИХИКИ И ИНТЕЛЛЕКТА РЕБЁНКА   1. Жан Демор 2. Томас Симон 3. Поль Гонкур 4. Филипп Пинель 5. Юрий Микадзе |
| 3. | ПРОЦЕСС ДЛИТЕЛЬНОГО ОГРАНИЧЕНИЯ ВОЗМОЖНОСТЕЙ УДОВЛЕТВОРЕНИЯ ПОТРЕБНОСТЕЙ РЕБЁНКА НАЗЫВАЕТСЯ   1. деменция; 2. девиация; 3. депривация; 4. деперсонализация; 5. деградация. |
| 4. | ВЫСШИЕ ПСИХИЧЕСКИЕ ФУНКЦИИ ЧЕЛОВЕКА ИМЕЮТ СЛЕДУЮЩИЕ ХАРАКТЕРИСТИКИ:   1. реактивности 2. социальности 3. непроизвольности 4. непосредованности 5. целесообразности |
| 5. | ВЫСШИЕ ПСИХИЧЕСКИЕ ФУНКЦИИ ЧЕЛОВЕКА ИМЕЮТ СЛЕДУЮЩИЕ ХАРАКТЕРИСТИКИ:   1. реактивности 2. асоциальности 3. произвольности 4. непосредованности 5. целесообразности |

### 5.2 Основные понятия и положения темы

### Методы исследования латеральных предпочтений

#### § 1. Опросник

1.      Какой рукой ты складываешь башню из кубиков, собираешь пирамидку?

2.      В какой руке держишь ложку во время еды?

3.      Какой рукой размешиваешь сахар в чае?

4.      Какой рукой держишь зубную щетку?

5.      Какой рукой причесываешься?

6.      Какой рукой рисуешь?

7.      Какой рукой режешь ножницами?

8.      Какой рукой пишешь?

9.      Какой рукой пользуешься ластиком?

10.  Какой рукой бросаешь камень, мяч?

11.  Какой рукой раздаешь карты?

12.  Какой рукой бьешь молотком?

13.  Какой рукой держишь ракетку при игре в теннис, бадминтон?

Экспериментатор просит ребенка продемонстрировать каждый раз манеру исполнения. Общий результат подсчитывается по приведенной далее формуле.

Каждая из нижеприведенных проб выполняется с промежутками в течении нейропсихологического обследования 5 **—** 6 раз; в результате подсчитывается коэффициент латерального предпочтения по формуле:

(П - Л) х 100

(П + Л)

где П **—** правая (рука, глаз и т.д.), Л **—** левая. От (-10) до (+10) **—**результаты оцениваются как амбилатеральность; меньше (**—**10) как левостороннее почтение (соответственно доминантность в данной сфере правого полушария); больше (+10) **—** как правостороннее (доминантность левого полушария). Неоднократное тестирование необходимо, во-первых, для того, чтобы получить более достоверные результаты. Но главное, наши исследования показали различные нагрузки могут приводить к флуктуациям моторного и сенсорного предпочтений ребенка, что свидетельствует о недостаточной сформированности у него доминантности по руке, глазу и т.д

#### Моторные асимметрии

Функциональная асимметрия рук

1.      Переплетение пальцев рук, поза Наполеона, аплодирование. Инструкция (И.): «Сделай, пожалуйста, так». Экспериментатор (Эксп.) в течение одной секунды демонстрирует нужную позу. Ведущая рука оказывается сверху; в пробе «переплетение пальцев» сверху — большой палец ведущей руки.

2.      Измерение силы кисти каждой руки с помощью динамометра. Ведущая рука — сильнее.

3.      Измерение скорости выполнения любых мануальных заданий (теппинг, рисунок, письмо и т.д.) каждой рукой, затем обеими вместе. Ведущая рука действует быстрее.

4.      Проба Чернашека. Может проводиться с ребенком не младше 7 лет. Перед ребенком кладется чистый лист бумаги; в правую и левую руку дается по карандашу

И.: «Закрой глаза. Нарисуй, пожалуйста, одновременно: правой рукой (прикосновение к правой руке) — квадрат, а левой (прикосновение) — круг. Еще раз: квадрат (прикосновение), круг (прикосновение). Запомнил?»

Затем под первой парой рисунков предлагается нарисовать по аналогичной инструкции следующую, например; «треугольник —квадрат», «крут —квадрат» и т.д. до восьми раз. При этом психолог достаточно громко приговаривает: «Быстрей, быстрей» (постукивает по столу) — и внимательно следит за тем, чтобы ребенок не открывал глаза, рисовал одновременно обеими руками и, желательно, с зафиксированным языком. Субдоминантная рука в этой пробе или повторяет движение ведущей, или демонстрирует запаздывающее выполнение задания.

Функциональная асимметрия ног и тела

1.      И.: «Попрыгай на одной ноге». Используется ведущая нога.

2.      И.: «Какой ногой ты забиваешь гол в футболе?» Активная (в том числе толчковая) нога — ведущая.

3.      И.: «Закинь ногу на ногу». Ведущая нога сверху.

  И.: «Повертись, покрутись несколько раз». При вращении вокруг собственной оси предпочитается направление в сторону доминантной половины тела.

#### § 3. Сенсорные асимметрии

Функциональная слухоречевая асимметрия

1.      И.: «Послушай, идут ли мои часы?» Ребенку прямо, по средней линии, даются часы или аналогичные тихо звучащие приборы. Предлагается поговорить по телефону. Для прислушивания ребенок пользуется ведущим ухом.

2.      И.: «Повтори, что я скажу». Эксп. шепотом произносит слово или фразу. Ребенок нагибается ближе ведущим ухом.

3.      Дихотическое прослушивание.

Процедура состоит в том, что ребенок слушает через стереонаушники (с правого и левого уха одновременно) две разные серии слов; после каждой серии он воспроизводит слова, которые услышал.

Этот разработанный D. Kimura и адаптированный на русский язык Е. П. Кок, широко распространенный и многократно описанный (Э. Г. Симерницкая, Б. С. Котик, 1978; Н. Н. Брагина, Т. А. Доброхотова, 1988; Б. С. Котик, 1992) метод, к сожалению, доступен не всем. Поэтому ограничимся представлением разработанной нами системы записи (протокола) и оценки получаемых результатов. Цифрами в протоколе отмечается порядок слов, в котором ребенок воспроизводит прослушанную серию слов; в центре — слова, которые отсутствуют среди эталонных.

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Эталонные слова (левое ухо) | Привнесенные слова | Эталонные слова (правое ухо) |
| 1 зев сыр мяч сон | 2 3 зер дом | том пень лев пять |
| 3 1 ком лак дед печь | 2 гром мяч | дуб роль путь мир |
| суп день мед тип | 1 3 дом сир | 4 2 кит шеф тон пыль |

И так далее 10 серий слов. Затем наушники меняются местами; повторяется та же процедура.

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Эталонные слова  (левое ухо) | Привнесенные слова | Эталонные слова (правое ухо) |
| Жук лев сук гол | 2 3 4 сок зуб мяч | 1 дочь сон медь лоб |
| 3 боль чад суп мель | 2 4 5 час мей зуб | 1 рог вес кот цепь |
| 1 2 3 бред грязь флаг снег |  | трюк скот март крест |

Помимо общепринятых критериев предлагается:

1.      наряду с традиционными Кпу (коэффициент правого уха), отражающим доминантность левого (правого) полушария или амбилатеральность полушарий по речи, и Кэфф (коэффициент эффективности) ввести коэффициент продуктивности — Кпр:

image003.jpg

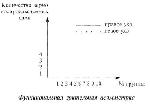
где image005.gif — сумма верно воспроизведенных слов, а ОКС — общее количество тестовых слов;

2.      подсчет ошибок (с каждого уха), количество:

·         литеральных и вербальных парафазии, контаминации, персевераций, реминисценций, привнесений (конфабуляций) новых слов,

·         нарушений порядка воспроизведения слов-эталонов (в протоколе помечается цифрами);

3.      анализ динамических (процессуальных) характеристик дихотического прослушивания:

[](http://pedlib.ru/books1/3/0287/image007.jpg)

1.      И.: «Прищурься одним глазом». Первым прищуривается неведущий глаз.

2.      И.: «Посмотри в калейдоскоп (в подзорную трубу)». Ребенку прямо, по средней линии, дается один из этих предметов. Для рассматривания используется ведущий глаз.

3.      И.: «Загороди линейкой лампу». Ребенку дается линейка (или что-то аналогичное), которой он должен загородить источник света. Тень при этом падает на ведущий глаз.

**5.3. Самостоятельная работа по теме:**

- разбор темы;

- отработка коррекционных методик;

- разбор пациентов, решение ситуативных задачь

**5.4. Итоговый контроль знаний:**

- ответы на вопросы по теме занятия;

- решение ситуационных задач, тестовых заданий по теме.

|  |  |
| --- | --- |
| 1. | ВЫСШИЕ ПСИХИЧЕСКИЕ ФУНКЦИИ ЧЕЛОВЕКА ИМЕЮТ СЛЕДУЮЩИЕ ХАРАКТЕРИСТИКИ:   1. реактивности 2. асоциальности 3. непроизвольности 4. опосредованности 5. целесообразности |
| 2. | ПОНЯТИЕ «ВЫСШИЕ ПСИХИЧЕСКИЕ ФУНКЦИИ» БЫЛО ВВЕДЕНО В ПСИХОЛОГИЮ И СМЕЖНЫЕ ОБЛАСТИ ЗНАНИЯ   1. П.Я.Гальпериным; 2. Л.С.Выготским 3. В.П.Кащенко; 4. М.С.Певзнер; 5. П.П.Блонским. |
| 3. | ХРОНОЛОГИЧЕСКИЙ ПОКАЗАТЕЛЬ ЗАКОНОМЕРНОСТЕЙ  ПСИХИЧЕСКОГО ДИЗОНТОГЕНЕЗА ПОЗВОЛЯЕТ   1. определить специфику первичного дефекта по качеству нарушения; 2. определить специфику связи первичного и вторичного дефектов; 3. определить функциональную локализацию нарушения развития; 4. определить специфику вторичного дефекта; 5. определить количественное нарушение развития. |
| 4. | У ДЕТЕЙ С МЕДИЦИНСКИМ ДИАГНОЗОМ «УМСТВЕННАЯ ОТСТАЛОСТЬ (ОЛИГОФРЕНИЯ)» БУДУТ ПРОЯВЛЯТЬСЯ, В ПЕРВУЮ ОЧЕРЕДЬ, СЛЕДУЮЩИЕ КЛИНИКО-ПСИХОЛОГИЧЕСКИЕ ПРИЗНАКИ   1. снижение остроты зрения до 0,04; 2. акцентуация характера по шизоидному типу; 3. выраженное речевое и моторное недоразвитие 4. распад мнестических функций; 5. нарушения слуха |
| 5. | ПРОЦЕСС ФУНКЦИОНАЛЬНОЙ ПЕРЕСТРОЙКИ СОХРАННЫХ  ФУНКЦИЙ И ЗАМЕЩЕНИЕ НАРУШЕННЫХ НАЗЫВАЕТСЯ   1. дизонтогенез; 2. коррекция; 3. депривация; 4. компенсация; 5. акселерация. |

Задачи:

|  |  |
| --- | --- |
| 1. | Больная Ю., 66 лет. В прошлом работала препода-  вателем средней школы. В психиатрической больнице находится  три года без выписки. Сознание ясное. Себя называет правильно,  но при беседе обнаруживается, что больная не помнит текущей  даты, не помнит своего возраста, не помнит, сколько времени на-  ходится в больнице, не помнит, как зовут лечащего врача. Настрое-  ние хорошее. На просьбу вспомнить, чем она занималась вчера, со-  общила следующее: «Вчера с утра были занятия, проходили тему  “Пушкин и декабристы“. А затем сидела на педсовете. Хулигана  Галкина опять обсуждали». |
| 2. | Больной З., 78 лет, колхозник. В течение несколь-  ких недель находился на лечении в психиатрической больнице,  жалуется лишь на отсутствие зрения на правый глаз, где имеет-  ся помутнение роговицы. В отделении спокоен, подсаживается 43  к больнымпожилоговозраста, очем-тоснимибеседует. Вобщении  с врачом, больными вежлив, предупредителен, даже несколько сла-  щав. Приветливо здоровается, но встретив врача через несколько  минут, приветствует его снова. Часто приоткрывает дверь в каби-  нет и вежливо осведомляется, не пришел ли консультант-окулист,  через пять минут спрашивает о том же. Числа, месяца, года назвать  не может. Видя вокруг людей в белых халатах, догадывается, что  его положили в больницу, но какую, не помнит. Рассказывает, что  только вчера приехал из деревни: «Вот лошадь во дворе привязал,  сейчас ходил сена ей давал». Вернувшись после консультации из  кабинета профессора, всем рассказывает с убеждением, что про-  фессор угощал его шампанским, сердился, когда ему говорили,  что этого не было. Любит рассказывать о днях своей молодости,  помнит события прошлых лет, правильно воспроизводит события  войны, в которой принимал участие. Перечисляет имена своих де-  тей, назвать имена внуков не может, говорит каждый раз разные.  Квалифицировать нарушения памяти и синдром. |
| 3. | Больной M., 23 лет, после тяжелой травмы головы  лечился в больнице в течение 6 месяцев с нарушениями памяти.  В то время не мог воспроизвести события пятилетней давности.  Спустя год после выписки: спокоен. Охотно отвечает на вопросы.  Обнаруживает амнезию на период, предшествующий травме. Не  помнит событий после травмы, амнезировал пребывание в трав-  матологическом отделении; месяцы, проведенные в психиатриче-  ской больнице. Помнит, что к нему «иногда» приезжали родители.  Помнит хорошо день выписки. С трудом вспомнил имена врачей  и медицинского персонала. Жалуется, что у него «плохая память»  : «все приходится записывать».  Квалифицировать нарушения памяти. |
| 4. | Больной с возмущением говорил: «Ужасные без-  образия творятся в этой клинике, вчера, например, меня посадили  в клетку, а до этого заставили вылезать на улицу через окно».  Определить нарушения памяти. |
| 5. | Больная 43 лет, поступает в психиатрическую боль-  ницу с одинаковыми состояниями в четвертый раз. Настроение  повышено, многоречива, деятельна, плохо спит. Читает наизусть  стихи Блока и страницы из произведений Чехова почти без оши-  бок, можно сверять с текстом. Когда такие состояния проходят, то  стихи помнит отрывками, а прозу воспроизвести не может.  Как называются такие временные нарушения памяти? |

1. **Домашнее задание для уяснения темы занятия**

* составление плана диагностического исследования ребёнка;
* составление плана коррекционного исследования ребёнка;
* ведение протокола исследования;
* супервизия работы студента с ребёнком;
* обсуждение результатов экспериментально-психологического исследования ребёнка;
* написание заключения экспериментально-психологического исследования;
* обсуждение и коррекция заключения экспериментально-психологического исследования.
* основные принципы, определяющие формирование психичес­ких функций в теории системной динамической локализации А.Р. Лурия.
* специфика использования основных понятий нейропсихологии «функция», «локализация», «симптом», «синдром», «фактор», «синдромный анализ» в нейропсихологии детского возраста.
* функциональные блоки мозга по А.Р. Лурия. Строение, функции.
* принцип гетерохронности в морфо- и функциогенезе. Внутри­системная и межсистемная гетерохронность.
* основные принципы системогенеза.
* показатели морфологического созревания мозга. Основные за­кономерности морфологического созревания мозга.
* функциональные критерии развития мозга. Основные законо­мерности функционального созревания мозговых структур.
* морфофункциональное созревание функциональных блоков мозга в онтогенезе.
* соотношение развития и влияния среды. Теории научения. Тео­рии созревания.

1. **Рекомендованная литература по теме занятия**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| №  п/п | Наименование | Издательство | Год  выпуска |

**Обязательная**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 1. | Лурия А.Р. Высшие корковые функции человека и их нарушения при локальных поражениях мозга / А.Р. Лурия. | СПб.: Питер | 2007 |
| 2. | Семенович А.В. Нейропсихологическая диагностика и коррекция в детском возрасте. | М.: Академия | 2002 |
| 3. | Семенович, А. В. Нейропсихологическая коррекция в детском возрасте. Метод замещающего онтогенеза: учебное пособие/ А. В. Семенович. - 2-е изд. | М.: Генезис | 2008 |
| 4. | Визель Т.Г. Основы нейропсихологии: учеб. для студентов вузов Т.Г. Визель. | М.: АСТАстрель Транзиткнига | 2005 |
| 5. | Клиническая психология / под ред. Карвасарского Б.Д. | СПб.: Питер | 2010 |
| 6. | Микадзе Ю.В. Нейропсихология детского возраста: Учебное пособие. | СПб.:Питер | 2008 |

**Дополнительная**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 1. | Психология. (Лекции для студентов медицинских вузов), Творогова Н. Д. | М.: ГОУ ВУНМЦ РФ | 2002 |
| 2. | Клиническая психология / под ред. М.Перре , У.Бауманна | СПб.: Питер | 2007 |
| 3. | Корсакова Н. К., Московичюте Л. И. Клиническая нейропсихология. | М.: МГУ | 1988 |

**Электронные ресурсы**

|  |  |
| --- | --- |
| 1. | ИБС КрасГМУ |
| 2. | БМ МедАрт |
| 3. | БД Ebsco |

Государственное бюджетное образовательное учреждение высшего профессионального образования «Красноярский государственный медицинский университет имени профессора В.Ф. Войно-Ясенецкого»

Министерства здравоохранения Российской Федерации

ГБОУ ВПО КрасГМУ им. проф. В.Ф. Войно-Ясенецкого Минздрава России

Кафедра нервных болезней с курсом медицинской реабилитации ПО

**МЕТОДИЧЕСКИЕ УКАЗАНИЯ**

**ДЛЯ ОБУЧАЮЩИХСЯ**

**по дисциплине «Спецпрактикум по коррекционно-развивающему обучению с супервизией»**

**для специальности** 030401 Клиническая психология (очно-заочная форма обучения)

**К СЕМИНАРСКОМУ** **ЗАНЯТИЮ № 10**

**ТЕМА:** **«Нейропсихологические синдромы отклоняющегося развития».**

Утверждены на кафедральном заседании протокол .

Заведующий кафедрой

Доктор медицинских наук, профессор Прокопенко С.В.

Составители: доктор медицинских наук, профессор Прокопенко С.В.

кандидат медицинских наук, доцент Харламова Г.В.

кандидат медицинских наук, ассистент Можейко Е.Ю.

доктор медицинских наук, профессор Похабов Д.В.

доктор медицинских наук, профессор Народова В.В.

кандидат медицинских наук, доцент Дроздова Л.Н.

доктор медицинских наук, профессор Колесникова И.В.

ассистент Швецова И.Н.

Красноярск

2013г.

**1. Занятие №10**

**Тема:** «Нейропсихологические синдромы отклоняющегося развития**»**

**2. Форма организации занятия:** семинар – в интерактивной форме в виде дебатов.

**3. Значение изучения темы:**

В клиническойпрактике нейропсихологический метод занимает особое место в ряду научных дисциплин, обращенных к проблеме онтогенеза в норме и патологии. Только он позволяет оценить и описать те системно-динамические перестройки, которые сопровождают психическое развитие ребенка с точки зрения его мозгового обеспечения. Но описать — это значит понять. Понять глубинные механизмы его психического статуса и спланировать адекватную онтогенезу именно этого, конкретного ребенка программу психолого-педагогического сопровождения.

**4. Цели обучения:** освоения учебной дисциплины «Спецпрактикум по коррекционно-развивающему обучению с супервизией» состоит в овладении знаниями психологической диагностики заболеваний, психологической помощи и восстановлению психических функций.

**Студент должен знать**:

* закономерности формирования мозговой организации психических процессов, специфику детского мозга, строение, состав мозговых зон, вовлекаемых в работу нейрофизиологических функциональных систем;
* специфику нейропсихологического исследования детей и возможности использования их как в клинической практике, так и психолого-педагогической деятельности.

**Студент должен уметь:**

* применять полученные знания при решении психолого-педагогических задач;
* квалифицировать затруднения, возникающие у детей в ходе учебной деятельности и прогнозировать успешность ребенка в различных видах деятельности, в том числе и обучении, на основе нейропсихологического анализа;
* организовывать нейропсихологическое обследование, коррекцию детей дошкольного и младшего школьного возраста.

**Студент должен владеть:**

* категориальным аппаратом нейропсихологии детского возраста;
* навыками организации нейропсихологической диагностики, коррекции и реабилитации в детском возрасте.

**5. План изучения темы:**

**5.1. Контроль исходного уровня знаний**

|  |  |
| --- | --- |
| 1. | ИСКАЖЕННОЕ ПСИХИЧЕСКОЕ РАЗВИТИЕ РЕБЁНКА ПРОЯВЛЯЕТСЯ В СЛЕДУЮЩЕМ КЛИНИЧЕСКОМ ПРИЗНАКЕ   1. аутизм; 2. афазия; 3. апраксия; 4. алекия; 5. агнозия |
| 2. | ИСКАЖЕННОЕ ПСИХИЧЕСКОЕ РАЗВИТИЕ РЕБЁНКА ПРОЯВЛЯЕТСЯ В СЛЕДУЮЩЕМ КЛИНИЧЕСКОМ ПРИЗНАКЕ   1. алекия; 2. афазия; 3. апраксия; 4. асинхрония; 5. агнозия |
| 3. | ЧТО ПОЗВОЛЯЕТ ПОКАЗАТЕЛЬ НАРУШЕНИЯ МЕЖФУНКЦИОНАЛЬНОГО ВЗАИМОДЕЙСТВИЯ   1. определить функциональную локализацию нарушения развития; 2. определить специфику связи первичного и вторичного дефектов; 3. определить разные уровни проявлений асинхронии развития; 4. определить специфику первичного дефекта; 5. определить специфику вторичного дефекта. |
| 4. | В ОСНОВУ СОВРЕМЕННОЙ КЛАССИФИКАЦИИ ПСИХИЧЕСКОГО ДИЗОНТОГЕНЕЗА, ПРЕДЛОЖЕННОЙ В.В.ЛЕБЕДИНСКИМ, ПОЛОЖЕН ПРИНЦИП   1. структурно-функциональный; 2. клинический; 3. эмпирический; 4. эклектический; 5. биохимический. |
| 5. | В КАКОЙ КАТЕГОРИИ АНОМАЛЬНЫХ ДЕТЕЙ ПРОЯВЛЯЕТСЯ ДЕФИЦИТАРНОЕ ПСИХИЧЕСКОЕ РАЗВИТИЕ   1. неслышащие дети; 2. слабовидящие дети; 3. дети-аутисты (дети с проявлениями РДА) ; 4. дети с проявлениями ДЦП; 5. дети с эпилепсией. |

**5.2 Основные положения и понятия темы**

Закон представляет собой не что иное, как описание определенного кондиционально-генетического типа процесса или состояния.  
  
К. Левин  
  
Трудности учебной (и шире — социальной) адаптации весьма многообразны и детерминированы рядом важнейших факторов. Цель данной главы — описание вариантов (синдромов) онтогенеза психики в той части детской популяции, которую можно определить как неблагополучную, дизадаптивную относительно учебной (социальной) деятельности.  
  
Вместе с тем нельзя не уточнить, что здесь приведены «срединные» варианты проявления того или иного функционального дизонтогенеза,возникающие в плоскости проблем индивидуальных различий в детском возрасте. Они могут иметь существенно более грубый вид, а могут проявляться как нейропсихологическая акцентуация оптимального в целом развития.  
  
В главе намеренно отсутствует их нозологическая дифференциация («олигофрения», «минимальная мозговая дисфункция», «аутизм», «опухоль мозга», «сенсорная алалия» и т.д.), поскольку эмпирические данные убеждают, что с точки зрения формирования мозговой организации психических процессов различные клинические случаи и варианты, например, школьной дезадаптации (то есть нижненормативного, строго говоря, типа развития) могут иметь аналогичные нейропсихологические механизмы. За этим стоят единые закономерности церебрального обеспечения психической деятельности в онтогенезе, которые актуализируются универсально. Хотя очевидно, что в каждом конкретном случае будет иметь место специфическая именно для данной нозологической единицы совокупность сопутствующих синдромообразующих черт.  
  
Главной задачей при изложении было стремление установить определенные ориентиры для тех, кто применяет нейропсихологичес-кое обследование в своей повседневной деятельности. Опора на изложенную типологию позволяет (особенно на первых этапах такого рода опыта) более точно провести дифференциально-диагностическую  
  
Глава 6. Нейропсихологическая синдромология отклоняющегося развития 223  
  
работу, установить базовый, первичный дефект, препятствующий полноценной адаптации ребенка, и, что самое важное, смоделировать иерархию и этапы психолого-педагогического воздействия. Понятие «синдром» в данном контексте представляется адекватным, поскольку в нейропсихологической парадигме существует понятие «синдромология индивидуальных различий».  
  
Синдромный нейропсихологический анализ состояния психических функций у детей, посещающих массовые детские учебные учреждения и обнаруживающих трудности обучения, выявил в каждом случае специфическую картину, обусловленную влиянием конкретных патогенных механизмов. И эти механизмы суть отражение несостоятельности определенных звеньев психической деятельности вследствие их несформированности или дефицита. Базисом для последней является тот или иной вариант незрелости, недостаточности и/или искажения онтогенеза их мозговой организации.  
  
Описаны 6 основных синдромов отклоняющегося развития у детей-правшей и опыт внедрения нейропсихологического анализа в обсуждение проблемы психического развития детей с выраженными психосоматическими расстройствами. Ясно, что возможны комплексные варианты указанных синдромов; однако, по понятным причинам, настоящее описание ограничено анализом «чистых» случаев. Кроме того, было сочтено возможным не включать в текст данной работы анализ атипии (типа онтогенеза, специфичного для детей-левшей) психического развития и ограничиться типологией отклоняющегося развития у детей-правшей. Влияние фактора левшества на церебральный и психический онтогенез является необъятной научно-практической проблемой, требующей скрупулезного отдельного обсуждения (Семенович, 1991, 1998, 2004).  
  
И еще одно крайне важное замечание: любой из приведенных ниже, **акцентированных**феноменов в изолированном виде не может считаться квалификационным, то есть стать поводом для постановки диагноза. Достоверность вашему заключению придает только один критерий — синдромальная, системная актуализация всех заявленных в описании конкретного типа дизонтогенеза феноменов. Одни из них могут проявляться более грубо, чем в настоящем изложении, другие — в замаскированной или незначительной форме. Главное — они, как инвариантно связанные, производные от определенного дизон-тогенетического фактора, обречены на системно-динамическую реализацию. И, если вы таковую не выявляете в процессе нейропсихологического исследования, значит, необходимо его повторить спустя некоторое время и, разумеется, на другом стимульном материале.  
  
224 Введение в нейропсихологию детского возраста  
  
Нейропсихологический **синдром = закон,**описывающий паттерн мозговой организации психической деятельности.  
  
Синдромы отклоняющегося развития

1. Функциональная несформированность префронтальных (лоб  
   ных) отделов мозга
2. Функциональная несформированность левой височной области.
3. Функциональная несформированность межполушарных взаи  
   модействий транскортикального уровня (мозолистого тела).
4. Функциональная несформированность правого полушария  
   мозга.
5. Функциональная дефицитарность подкорковых образований  
   (базальных ядер) мозга.
6. Функциональная дефицитарность стволовых образований моз  
   га — дисгенетический синдром.

Предлагаемая дифференциация на «синдромы несформированности» и «синдромы дефицитарности» связана (методологически) с тем, что субкортикальные образования к концу первого года жизни ребенка практически завершают свое структурно-морфологическое развитие. Следовательно, строго говоря, начиная с этого возраста их состояние может обозначаться как «препатологическое», «субпатологическое», но никак не «несформированное». С точки зрения нейропсихо-логического языка описания «функциональная несформированность» может иметь место только там, где продолжается морфофункциональ-ный онтогенез той или иной мозговой структуры (например, для височных отделов мозга этот период продолжается до 9, а для лобных — до 12—15 лет).

**5.3. Самостоятельная работа по теме:**

- разбор темы;

- отработка коррекционных методик;

- разбор пациентов, решение ситуативных задачь

**5.4. Итоговый контроль знаний:**

- ответы на вопросы по теме занятия;

- решение ситуационных задач, тестовых заданий по теме.

|  |  |
| --- | --- |
| 1. | В КАКОЙ КАТЕГОРИИ АНОМАЛЬНЫХ ДЕТЕЙ ПРОЯВЛЯЕТСЯ ДЕФИЦИТАРНОЕ ПСИХИЧЕСКОЕ РАЗВИТИЕ   1. неслышащие дети; 2. слабовидящие дети; 3. дети с эпилепсией; 4. дети с проявлениями ДЦП; 5. дети с проявлениями ЗПР |
| 2. | СЛЕДУЮЩИЙ МЕХАНИЗМ ЛИЧНОСТНОГО РЕАГИРОВАНИЯ НА ПЕРВИЧНЫЙ ДЕФЕКТ У АНОМАЛЬНОГО РЕБЁНКА   1. атрибуция; 2. гиперкомпенсация; 3. компенсация; 4. деградация; 5. игнорирование. |
| 3. | СЛЕДУЮЩИЙ МЕХАНИЗМ ЛИЧНОСТНОГО РЕАГИРОВАНИЯ НА ПЕРВИЧНЫЙ ДЕФЕКТ У АНОМАЛЬНОГО РЕБЁНКА   1. абстрагирование; 2. гиперкомпенсация; 3. компенсация; 4. идентификация; 5. игнорирование. |
| 4. | ЧЕМ ХАРАКТЕРИЗИУЕТСЯ ОТКЛОНЯЮЩЕЕСЯ (АНОМАЛЬНОЕ) РАЗВИТИЕ   1. развитие, имеющее стихийный, непредсказуемый характер; 2. развитие, протекающее вне воспитательного воздействия; 3. развитие, протекающее в рамках иной языковой культуры; 4. развитие, при котором влияние неблагоприятных факторов; 5. превышает компенсаторные возможности индивида. |
| 5. | КАКИМ ТЕРМИНОМ ОБОЗНАЧАЕТСЯ ВЕСЬ КОМПЛЕКС ПРОЯВЛЕНИЙ НАРУШЕНИЯ ПСИХИЧЕСКОГО РАЗВИТИЯ РЕБЁНКА   1. психическое расстройство; 2. психический патогенез; 3. психическая депривация; 4. психический дизонтогенез+ 5. социально-психологическая абилитация. |

Задачи:

|  |  |
| --- | --- |
| 1. | Больная Ю., 66 лет. В прошлом работала препода-  вателем средней школы. В психиатрической больнице находится  три года без выписки. Сознание ясное. Себя называет правильно,  но при беседе обнаруживается, что больная не помнит текущей  даты, не помнит своего возраста, не помнит, сколько времени на-  ходится в больнице, не помнит, как зовут лечащего врача. Настрое-  ние хорошее. На просьбу вспомнить, чем она занималась вчера, со-  общила следующее: «Вчера с утра были занятия, проходили тему  “Пушкин и декабристы“. А затем сидела на педсовете. Хулигана  Галкина опять обсуждали». |
| 2. | Больной З., 78 лет, колхозник. В течение несколь-  ких недель находился на лечении в психиатрической больнице,  жалуется лишь на отсутствие зрения на правый глаз, где имеет-  ся помутнение роговицы. В отделении спокоен, подсаживается 43  к больнымпожилоговозраста, очем-тоснимибеседует. Вобщении  с врачом, больными вежлив, предупредителен, даже несколько сла-  щав. Приветливо здоровается, но встретив врача через несколько  минут, приветствует его снова. Часто приоткрывает дверь в каби-  нет и вежливо осведомляется, не пришел ли консультант-окулист,  через пять минут спрашивает о том же. Числа, месяца, года назвать  не может. Видя вокруг людей в белых халатах, догадывается, что  его положили в больницу, но какую, не помнит. Рассказывает, что  только вчера приехал из деревни: «Вот лошадь во дворе привязал,  сейчас ходил сена ей давал». Вернувшись после консультации из  кабинета профессора, всем рассказывает с убеждением, что про-  фессор угощал его шампанским, сердился, когда ему говорили,  что этого не было. Любит рассказывать о днях своей молодости,  помнит события прошлых лет, правильно воспроизводит события  войны, в которой принимал участие. Перечисляет имена своих де-  тей, назвать имена внуков не может, говорит каждый раз разные.  Квалифицировать нарушения памяти и синдром. |
| 3. | Больной M., 23 лет, после тяжелой травмы головы  лечился в больнице в течение 6 месяцев с нарушениями памяти.  В то время не мог воспроизвести события пятилетней давности.  Спустя год после выписки: спокоен. Охотно отвечает на вопросы.  Обнаруживает амнезию на период, предшествующий травме. Не  помнит событий после травмы, амнезировал пребывание в трав-  матологическом отделении; месяцы, проведенные в психиатриче-  ской больнице. Помнит, что к нему «иногда» приезжали родители.  Помнит хорошо день выписки. С трудом вспомнил имена врачей  и медицинского персонала. Жалуется, что у него «плохая память»  : «все приходится записывать».  Квалифицировать нарушения памяти. |
| 4. | Больной с возмущением говорил: «Ужасные без-  образия творятся в этой клинике, вчера, например, меня посадили  в клетку, а до этого заставили вылезать на улицу через окно».  Определить нарушения памяти. |
| 5. | Больная 43 лет, поступает в психиатрическую боль-  ницу с одинаковыми состояниями в четвертый раз. Настроение  повышено, многоречива, деятельна, плохо спит. Читает наизусть  стихи Блока и страницы из произведений Чехова почти без оши-  бок, можно сверять с текстом. Когда такие состояния проходят, то  стихи помнит отрывками, а прозу воспроизвести не может.  Как называются такие временные нарушения памяти? |

1. **Домашнее задание для уяснения темы занятия**

* составление плана диагностического исследования ребёнка;
* составление плана коррекционного исследования ребёнка;
* ведение протокола исследования;
* супервизия работы студента с ребёнком;
* обсуждение результатов экспериментально-психологического исследования ребёнка;
* написание заключения экспериментально-психологического исследования;
* обсуждение и коррекция заключения экспериментально-психологического исследования.
* основные принципы, определяющие формирование психичес­ких функций в теории системной динамической локализации А.Р. Лурия.
* специфика использования основных понятий нейропсихологии «функция», «локализация», «симптом», «синдром», «фактор», «синдромный анализ» в нейропсихологии детского возраста.
* функциональные блоки мозга по А.Р. Лурия. Строение, функции.
* принцип гетерохронности в морфо- и функциогенезе. Внутри­системная и межсистемная гетерохронность.
* основные принципы системогенеза.
* показатели морфологического созревания мозга. Основные за­кономерности морфологического созревания мозга.
* функциональные критерии развития мозга. Основные законо­мерности функционального созревания мозговых структур.
* морфофункциональное созревание функциональных блоков мозга в онтогенезе.
* соотношение развития и влияния среды. Теории научения. Тео­рии созревания.

1. **Рекомендованная литература по теме занятия**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| №  п/п | Наименование | Издательство | Год  выпуска |

**Обязательная**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 1. | Лурия А.Р. Высшие корковые функции человека и их нарушения при локальных поражениях мозга / А.Р. Лурия. | СПб.: Питер | 2007 |
| 2. | Семенович А.В. Нейропсихологическая диагностика и коррекция в детском возрасте. | М.: Академия | 2002 |
| 3. | Семенович, А. В. Нейропсихологическая коррекция в детском возрасте. Метод замещающего онтогенеза: учебное пособие/ А. В. Семенович. - 2-е изд. | М.: Генезис | 2008 |
| 4. | Визель Т.Г. Основы нейропсихологии: учеб. для студентов вузов Т.Г. Визель. | М.: АСТАстрель Транзиткнига | 2005 |
| 5. | Клиническая психология / под ред. Карвасарского Б.Д. | СПб.: Питер | 2010 |
| 6. | Микадзе Ю.В. Нейропсихология детского возраста: Учебное пособие. | СПб.:Питер | 2008 |

**Дополнительная**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 1. | Психология. (Лекции для студентов медицинских вузов), Творогова Н. Д. | М.: ГОУ ВУНМЦ РФ | 2002 |
| 2. | Клиническая психология / под ред. М.Перре , У.Бауманна | СПб.: Питер | 2007 |
| 3. | Корсакова Н. К., Московичюте Л. И. Клиническая нейропсихология. | М.: МГУ | 1988 |

**Электронные ресурсы**

|  |  |
| --- | --- |
| 1. | ИБС КрасГМУ |
| 2. | БМ МедАрт |
| 3. | БД Ebsco |

Государственное бюджетное образовательное учреждение высшего профессионального образования «Красноярский государственный медицинский университет имени профессора В.Ф. Войно-Ясенецкого»

Министерства здравоохранения Российской Федерации

ГБОУ ВПО КрасГМУ им. проф. В.Ф. Войно-Ясенецкого Минздрава России

Кафедра нервных болезней с курсом медицинской реабилитации ПО

**МЕТОДИЧЕСКИЕ УКАЗАНИЯ**

**ДЛЯ ОБУЧАЮЩИХСЯ**

**по дисциплине «Спецпрактикум по коррекционно-развивающему обучению с супервизией»**

**для специальности** 030401 Клиническая психология (очно-заочная форма обучения)

**К СЕМИНАРСКОМУ** **ЗАНЯТИЮ № 11**

**ТЕМА:** **«Синдромы несформированности».**

Утверждены на кафедральном заседании протокол .

Заведующий кафедрой

Доктор медицинских наук, профессор Прокопенко С.В.

Составители: доктор медицинских наук, профессор Прокопенко С.В.

кандидат медицинских наук, доцент Харламова Г.В.

кандидат медицинских наук, ассистент Можейко Е.Ю.

доктор медицинских наук, профессор Похабов Д.В.

доктор медицинских наук, профессор Народова В.В.

кандидат медицинских наук, доцент Дроздова Л.Н.

доктор медицинских наук, профессор Колесникова И.В.

ассистент Швецова И.Н.

Красноярск

2013г.

**1. Занятие №11**

**Тема:** «Синдромы несформированности».

**2. Форма организации занятия:** семинар – в интерактивной форме в виде дебатов.

**3. Значение изучения темы:**

В клиническойпрактике нейропсихологический метод занимает особое место в ряду научных дисциплин, обращенных к проблеме онтогенеза в норме и патологии. Только он позволяет оценить и описать те системно-динамические перестройки, которые сопровождают психическое развитие ребенка с точки зрения его мозгового обеспечения. Но описать — это значит понять. Понять глубинные механизмы его психического статуса и спланировать адекватную онтогенезу именно этого, конкретного ребенка программу психолого-педагогического сопровождения.

**4. Цели обучения:** освоения учебной дисциплины «Спецпрактикум по коррекционно-развивающему обучению с супервизией» состоит в овладении знаниями психологической диагностики заболеваний, психологической помощи и восстановлению психических функций.

**Студент должен знать**:

* закономерности формирования мозговой организации психических процессов, специфику детского мозга, строение, состав мозговых зон, вовлекаемых в работу нейрофизиологических функциональных систем;
* специфику нейропсихологического исследования детей и возможности использования их как в клинической практике, так и психолого-педагогической деятельности.

**Студент должен уметь:**

* применять полученные знания при решении психолого-педагогических задач;
* квалифицировать затруднения, возникающие у детей в ходе учебной деятельности и прогнозировать успешность ребенка в различных видах деятельности, в том числе и обучении, на основе нейропсихологического анализа;
* организовывать нейропсихологическое обследование, коррекцию детей дошкольного и младшего школьного возраста.

**Студент должен владеть:**

* категориальным аппаратом нейропсихологии детского возраста;
* навыками организации нейропсихологической диагностики, коррекции и реабилитации в детском возрасте.

**5. План изучения темы:**

**5.1. Контроль исходного уровня знаний**

|  |  |
| --- | --- |
| 1. | НАСЛЕДСТВЕННЫЕ ФАКТОРЫ ВОЗНИКНОВЕНИЯ ПЕРВИЧНЫХ ДЕФЕКТОВ ПРЕДПОЛАГАЮТ ВОЗНИКНОВЕНИЕ СЛЕДУЮЩЕГО МЕХАНИЗМА   1. ранняя постнатальная нейроинфекция; 2. пренатальный токсикоз; 3. хромосомные аберрации; 4. недостаток витамина К; 5. генные мутации. |
| 2. | НАСЛЕДСТВЕННЫЕ ФАКТОРЫ ВОЗНИКНОВЕНИЯ ПЕРВИЧНЫХ ДЕФЕКТОВ ПРЕДПОЛАГАЮТ ВОЗНИКНОВЕНИЕ СЛЕДУЮЩЕГО МЕХАНИЗМА   1. ранняя постнатальная нейроинфекция; 2. гестоз; 3. хромосомные аберрации; 4. сенсорная депривация; 5. генные мутации. |
| 3. | ОТСУТСТВИЕ ВОЗМОЖНОСТИ ПОЛНОЙ КОРРЕКЦИИ ПСИХИЧЕСКОГО РАЗВИТИЯ РЕБЁНКА С ТОТАЛЬНЫМ НЕДОРАЗВИТИЕМ ОБУСЛОВЛЕНА   1. ранним повреждением основных анализаторных систем; 2. выраженной социально- педагогической запущенностью; 3. хроническим соматическим расстройством; 4. нарушением развития высших интегративных структур мозга; 5. всё перечисленное не верно. |
| 4. | КАК НАЗЫВАЕТСЯ СИМПТОМ ПСИХИЧЕСКОГО ДИЗОНТОГЕНЕЗА, ПРИ КОТОРОМ НАБЛЮДАЕТСЯ ВОЗВРАТ ФУНКЦИИ НА БОЛЕЕ РАННИЙ ВОЗРАСТНОЙ УРОВЕНЬ   1. ретардация; 2. регрессия; 3. распад; 4. асинхрония; 5. гетерохрония. |
| 5. | КАК НАЗЫВАЕТСЯ СИМПТОМ ПСИХИЧЕСКОГО ДИЗОНТОГЕНЕЗА, ПРИ КОТОРОМ НАБЛЮДАЕТСЯ ГРУБАЯ ДЕЗОРГАНИЗАЦИЯ, ЛИБО ВЫПАДЕНИЕ ФУНКЦИИ   1. распад; 2. регрессия; 3. асинхрония; 4. ретардация; 5. прогрессия. |

**5.2 Основные положения и понятия темы**

**Синдромы мозговой несформированности:**

* 1. Функциональная несформированность префронтальных (лобных) отделов мозга.
  2. Функциональная несформированность левой височной доли
  3. Функциональная несформированность межполушарных взаимодействий.
  4. Функциональная несформированность правого полушария.

**Краткая характеристика:**

**1. Лобные отделы мозга**: Легко отвлекается, быстро устает от занятий. Вял и равнодушен практически ко всему, особенно к выполнению школьных заданий. Учебная программа усваивается с трудом. В обследовании ребенок медлителен и монотонен, не всегда удерживает программу эксперимента. Основной феномен: склонность к упрощению программы. Внешний контроль повышает эффективность работы. Речевая продукция крайне бедная, снижена обобщающая функция речи, речь примитивна по синтаксису. Включение ребенка в активную речь затруднено. Основной при данной несформированнности - является недостаток саморегуляции, программирования, целенаправленности и контроля за протеканием собственной деятельности. И связана она со слабым регулированием функции речи, речь еще не достигла такого уровня развития, когда она станет организатором и конструирующим фактором его деятельности.

**2. Левая височная область:** Отличительной чертой является трудность в звукоразличении, и , как следствие, понимание речи, воспринимаемой на слух. В остальных психических функциях не обнаружены какие-либо значительные дефицитарные отклонения. В жалобах ребенка ссылки на то, что учитель говорит быстро, непонятно. При чтении проблема в расстановке ударения, чтение плохо интонировано. Письменная речь нарушена в большей степени и зависит от состояния фонематического слуха. В связи со звуковой лабильностью расстраивается самоконтроль за собственной речью. В результате чего появляется компенсаторное многословие, но чаще замкнутость, молчаливость. При отсутствии коррекции нарушается способность разворачивания программы собственных речевых высказываний, появляется деформация обобщающей и номинативной функции речи.

**3. Межполушарные взаимодействия**: Данный синдром отличается набором типичных признаков "функциональной автономности" мозговых полушарий:

* несформированность реципрокной координации рук
* обилие реверсий (зеркал.)
* тенденция к игнорированию левой половины перцептивного поля
* несформированность фонематического слуха
* нестабильность номинативной функции речи
* "краевые" эффекты при исследовании памяти (первый и последний эталон запоминает лучше)
* использование различных стратегий решения интеллектуальных задач, что производит впечатление одновременного существования двух систем мышления, поскольку в одном и том же эксперименте ребенок может использовать то одну, то другую стратегию.
* Все перечисленное приводит ко множеству вторичных дефектов, подчас приводящих не только к учебной дезадаптации, но и к неоправданным диагнозам.

**4. Правое полушарие:** В первую очередь обнаружение недостаточного пространственного представления и нарушения порядка воспроизведения слухоречевых и зрительных эталонов на следах памяти. Нередки предметные парагнозии, дефекты сомато- и лицевого гнозиса, цветоразличения и дифференциации эмоций. В зрительной памяти нарушения порядка сочетается с обилием параграфий и реверсий. Эталонные образцы видоизменяются и трансформируются до неузнаваемости. Обнаруживаются также и реверсии и контаминации (слепки) из двух фигур, и искажения, связанные с метрическими и структурно-топологическими метаморфозами. Речь и мышление в пределах нормы. Однако эти процессы носят "взрослый" штамповый оттенок с обилием интонационно-мелодических и жестомимических компонентов. Первичная пространственная недостаточность вредоносно сказывается на эффективности письма, счета и чтения в той их части, которая базируется на оптико-пространственном представлении.

**5.3. Самостоятельная работа по теме:**

- разбор темы;

- отработка коррекционных методик;

- разбор пациентов, решение ситуативных задачь

**5.4. Итоговый контроль знаний:**

- ответы на вопросы по теме занятия;

- решение ситуационных задач, тестовых заданий по теме.

|  |  |
| --- | --- |
| 1. | КЛИНИЧЕСКОЙ КАРТИНОЙ КАКОГО СИНДРОМА БУДЕТ ИСКАЖЁННОЕ ПСИХИЧЕСКОЕ РАЗВИТИЕ   1. синдрома Ретта; 2. синдрома Канера; 3. синдрома аутизма; 4. синдрома Геллера; 5. синдрома шизофрении. |
| 2. | КЛИНИЧЕСКОЙ КАРТИНОЙ КАКОГО СИНДРОМА БУДЕТ ИСКАЖЁННОЕ ПСИХИЧЕСКОЕ РАЗВИТИЕ   1. синдрома Ретта; 2. синдрома шизофрении; 3. синдрома Аспергера; 4. синдрома Геллера; 5. синдром аутизма. |
| 3. | КАКИМ ТЕРМИНОМ ОБОЗНАЧАЮТ СИНДРОМЫ ВРЕМЕННОГО ОТСТАВАНИЯ РАЗВИТИЯ ПСИХИКИ В ЦЕЛОМ ИЛИ ОТДЕЛЬНЫХ ЕЁ ФУНКЦИЙ   1. педагогическая запущенность; 2. задержка психического развития; 3. олигофрения; 4. психопатия; 5. шизофрения. |
| 4. | ЧТО ТАКОЕ АНОМАЛИЯ ХАРАКТЕРА, НЕПРАВИЛЬНОЕ, ПАТОЛОГИЧЕСКОЕ РАЗВИТИЕ, ХАРАКТЕРИЗУЮЩЕЕСЯ ДИСГАРМОНИЕЙ В ЭМОЦИОНАЛЬНОЙ И ВОЛЕВОЙ СФЕРАХ   1. задержка психического развития; 2. олигофрения; 3. психопатия; 4. акцентуация характера; 5. эпилепсия. |
| 5. | КАКИМ ТЕРМИНОМ ОБОЗНАЧАЮТ СОЦИАЛЬНО ОБУСЛОВЛЕННЫЙ ВИД НЕПАТОЛОГИЧЕСКИХ НАРУШЕНИЙ В ПСИХИЧЕСКОМ РАЗВИТИИ   1. социальная депривация; 2. патохарактерологическое развитие личности; 3. педагогическая запущенность; 4. краевая психопатия; 5. акцентуация. |

Задачи:

|  |  |
| --- | --- |
| 1. | Больная Ю., 66 лет. В прошлом работала препода-  вателем средней школы. В психиатрической больнице находится  три года без выписки. Сознание ясное. Себя называет правильно,  но при беседе обнаруживается, что больная не помнит текущей  даты, не помнит своего возраста, не помнит, сколько времени на-  ходится в больнице, не помнит, как зовут лечащего врача. Настрое-  ние хорошее. На просьбу вспомнить, чем она занималась вчера, со-  общила следующее: «Вчера с утра были занятия, проходили тему  “Пушкин и декабристы“. А затем сидела на педсовете. Хулигана  Галкина опять обсуждали». |
| 2. | Больной З., 78 лет, колхозник. В течение несколь-  ких недель находился на лечении в психиатрической больнице,  жалуется лишь на отсутствие зрения на правый глаз, где имеет-  ся помутнение роговицы. В отделении спокоен, подсаживается 43  к больнымпожилоговозраста, очем-тоснимибеседует. Вобщении  с врачом, больными вежлив, предупредителен, даже несколько сла-  щав. Приветливо здоровается, но встретив врача через несколько  минут, приветствует его снова. Часто приоткрывает дверь в каби-  нет и вежливо осведомляется, не пришел ли консультант-окулист,  через пять минут спрашивает о том же. Числа, месяца, года назвать  не может. Видя вокруг людей в белых халатах, догадывается, что  его положили в больницу, но какую, не помнит. Рассказывает, что  только вчера приехал из деревни: «Вот лошадь во дворе привязал,  сейчас ходил сена ей давал». Вернувшись после консультации из  кабинета профессора, всем рассказывает с убеждением, что про-  фессор угощал его шампанским, сердился, когда ему говорили,  что этого не было. Любит рассказывать о днях своей молодости,  помнит события прошлых лет, правильно воспроизводит события  войны, в которой принимал участие. Перечисляет имена своих де-  тей, назвать имена внуков не может, говорит каждый раз разные.  Квалифицировать нарушения памяти и синдром. |
| 3. | Больной M., 23 лет, после тяжелой травмы головы  лечился в больнице в течение 6 месяцев с нарушениями памяти.  В то время не мог воспроизвести события пятилетней давности.  Спустя год после выписки: спокоен. Охотно отвечает на вопросы.  Обнаруживает амнезию на период, предшествующий травме. Не  помнит событий после травмы, амнезировал пребывание в трав-  матологическом отделении; месяцы, проведенные в психиатриче-  ской больнице. Помнит, что к нему «иногда» приезжали родители.  Помнит хорошо день выписки. С трудом вспомнил имена врачей  и медицинского персонала. Жалуется, что у него «плохая память»  : «все приходится записывать».  Квалифицировать нарушения памяти. |
| 4. | Больной с возмущением говорил: «Ужасные без-  образия творятся в этой клинике, вчера, например, меня посадили  в клетку, а до этого заставили вылезать на улицу через окно».  Определить нарушения памяти. |
| 5. | Больная 43 лет, поступает в психиатрическую боль-  ницу с одинаковыми состояниями в четвертый раз. Настроение  повышено, многоречива, деятельна, плохо спит. Читает наизусть  стихи Блока и страницы из произведений Чехова почти без оши-  бок, можно сверять с текстом. Когда такие состояния проходят, то  стихи помнит отрывками, а прозу воспроизвести не может.  Как называются такие временные нарушения памяти? |

1. **Домашнее задание для уяснения темы занятия**

* составление плана диагностического исследования ребёнка;
* составление плана коррекционного исследования ребёнка;
* ведение протокола исследования;
* супервизия работы студента с ребёнком;
* обсуждение результатов экспериментально-психологического исследования ребёнка;
* написание заключения экспериментально-психологического исследования;
* обсуждение и коррекция заключения экспериментально-психологического исследования.
* основные принципы, определяющие формирование психичес­ких функций в теории системной динамической локализации А.Р. Лурия.
* специфика использования основных понятий нейропсихологии «функция», «локализация», «симптом», «синдром», «фактор», «синдромный анализ» в нейропсихологии детского возраста.
* функциональные блоки мозга по А.Р. Лурия. Строение, функции.
* принцип гетерохронности в морфо- и функциогенезе. Внутри­системная и межсистемная гетерохронность.
* основные принципы системогенеза.
* показатели морфологического созревания мозга. Основные за­кономерности морфологического созревания мозга.
* функциональные критерии развития мозга. Основные законо­мерности функционального созревания мозговых структур.
* морфофункциональное созревание функциональных блоков мозга в онтогенезе.
* соотношение развития и влияния среды. Теории научения. Тео­рии созревания.

1. **Рекомендованная литература по теме занятия**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| №  п/п | Наименование | Издательство | Год  выпуска |

**Обязательная**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 1. | Лурия А.Р. Высшие корковые функции человека и их нарушения при локальных поражениях мозга / А.Р. Лурия. | СПб.: Питер | 2007 |
| 2. | Семенович А.В. Нейропсихологическая диагностика и коррекция в детском возрасте. | М.: Академия | 2002 |
| 3. | Семенович, А. В. Нейропсихологическая коррекция в детском возрасте. Метод замещающего онтогенеза: учебное пособие/ А. В. Семенович. - 2-е изд. | М.: Генезис | 2008 |
| 4. | Визель Т.Г. Основы нейропсихологии: учеб. для студентов вузов Т.Г. Визель. | М.: АСТАстрель Транзиткнига | 2005 |
| 5. | Клиническая психология / под ред. Карвасарского Б.Д. | СПб.: Питер | 2010 |
| 6. | Микадзе Ю.В. Нейропсихология детского возраста: Учебное пособие. | СПб.:Питер | 2008 |

**Дополнительная**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 1. | Психология. (Лекции для студентов медицинских вузов), Творогова Н. Д. | М.: ГОУ ВУНМЦ РФ | 2002 |
| 2. | Клиническая психология / под ред. М.Перре , У.Бауманна | СПб.: Питер | 2007 |
| 3. | Корсакова Н. К., Московичюте Л. И. Клиническая нейропсихология. | М.: МГУ | 1988 |

**Электронные ресурсы**

|  |  |
| --- | --- |
| 1. | ИБС КрасГМУ |
| 2. | БМ МедАрт |
| 3. | БД Ebsco |

Государственное бюджетное образовательное учреждение высшего профессионального образования «Красноярский государственный медицинский университет имени профессора В.Ф. Войно-Ясенецкого»

Министерства здравоохранения Российской Федерации

ГБОУ ВПО КрасГМУ им. проф. В.Ф. Войно-Ясенецкого Минздрава России

Кафедра нервных болезней с курсом медицинской реабилитации ПО

**МЕТОДИЧЕСКИЕ УКАЗАНИЯ**

**ДЛЯ ОБУЧАЮЩИХСЯ**

**по дисциплине «Спецпрактикум по коррекционно-развивающему обучению с супервизией»**

**для специальности** 030401 Клиническая психология (очно-заочная форма обучения)

**К СЕМИНАРСКОМУ** **ЗАНЯТИЮ № 12**

**ТЕМА:** **«Функциональная несформированность префронтальных (лобных) отделов мозга. Функциональная несформированность левой височной доли».**

Утверждены на кафедральном заседании протокол .

Заведующий кафедрой

Доктор медицинских наук, профессор Прокопенко С.В.

Составители: доктор медицинских наук, профессор Прокопенко С.В.

кандидат медицинских наук, доцент Харламова Г.В.

кандидат медицинских наук, ассистент Можейко Е.Ю.

доктор медицинских наук, профессор Похабов Д.В.

доктор медицинских наук, профессор Народова В.В.

кандидат медицинских наук, доцент Дроздова Л.Н.

доктор медицинских наук, профессор Колесникова И.В.

ассистент Швецова И.Н.

Красноярск

2013г.

**1. Занятие №12**

**Тема:** «Функциональная несформированность префронтальных (лобных) отделов мозга. Функциональная несформированность левой височной доли».

**2. Форма организации занятия:** семинар – в интерактивной форме в виде дебатов.

**3.Значение изучения темы:**

В клиническойпрактике нейропсихологический метод занимает особое место в ряду научных дисциплин, обращенных к проблеме онтогенеза в норме и патологии. Только он позволяет оценить и описать те системно-динамические перестройки, которые сопровождают психическое развитие ребенка с точки зрения его мозгового обеспечения. Но описать — это значит понять. Понять глубинные механизмы его психического статуса и спланировать адекватную онтогенезу именно этого, конкретного ребенка программу психолого-педагогического сопровождения.

**4. Цели обучения:** освоения учебной дисциплины «Спецпрактикум по коррекционно-развивающему обучению с супервизией» состоит в овладении знаниями психологической диагностики заболеваний, психологической помощи и восстановлению психических функций.

**Студент должен знать**:

* закономерности формирования мозговой организации психических процессов, специфику детского мозга, строение, состав мозговых зон, вовлекаемых в работу нейрофизиологических функциональных систем;
* специфику нейропсихологического исследования детей и возможности использования их как в клинической практике, так и психолого-педагогической деятельности.

**Студент должен уметь:**

* применять полученные знания при решении психолого-педагогических задач;
* квалифицировать затруднения, возникающие у детей в ходе учебной деятельности и прогнозировать успешность ребенка в различных видах деятельности, в том числе и обучении, на основе нейропсихологического анализа;
* организовывать нейропсихологическое обследование, коррекцию детей дошкольного и младшего школьного возраста.

**Студент должен владеть:**

* категориальным аппаратом нейропсихологии детского возраста;
* навыками организации нейропсихологической диагностики, коррекции и реабилитации в детском возрасте.

**5. План изучения темы:**

**5.1. Контроль исходного уровня знаний**

|  |  |
| --- | --- |
| 1. | СИМПТОМ ПСИХИЧЕСКОГО ДИЗОНТОГЕНЕЗА, ПРИ КОТОРОМ ОТМЕЧАЕТСЯ ЗАПАЗДЫВАНИЕ ИЛИ ПРИОСТАНОВКА ПСИХИЧЕСКОГО РАЗВИТИЯ, НАЗЫВАЕТСЯ:   1. асинхрония; 2. ретардация; 3. распад; 4. регрессия; 5. прогрессия. |
| 2. | КАКОЙ СИНДРОМ ХАРАКТЕРИЗИУЕТСЯ ДЕЗИНТЕГРАТИВНЫМ РАССТРОЙСТВОМ ДЕТСКОГО ВОЗРАСТА, ГДЕ ПОСЛЕ ПЕРИОДА НОРМАЛЬНОГО РАЗВИТИЯ ПРОГРЕССИРУЕТ СЛАБОУМИЕ   1. синдром Ретта; 2. синдром Геллера; 3. синдром Каннера; 4. синдром Аспергера; 5. синдром аутизма. |
| 3. | ЧТО ОТНОСИТСЯ К СОЦИАЛЬНО ОБУСЛОВЛЕННЫМ ВИДАМ ПАТОЛОГИЧЕСКИХ НАРУШЕНИЙ ОНТОГЕНЕЗА   1. педагогическая запущенность; 2. патохарактерологическое формирование личности; 3. акцентуация характера; 4. краевая психопатия; 5. шизофрения. |
| 4. | КАКАЯ ОТЛИЧИТЕЛЬНАЯ ЧЕРТА МЫШЛЕНИЯ УМСТВЕННО ОТСТАЛЫХ ДЕТЕЙ   1. искажение процесса обобщения; 2. некритичность; 3. амбивалентность; 4. амбитендентность; 5. диссоциация. |
| 5. | Кто выделил в качестве основных составляющих факторную структуру темперамента эргичность, пластичность, скорость и эмоциональность   * 1. Л. Тэрстон;   2. В.М. Русалов;   3. М. Мерлин;   4. К. Лоуэлл;   5. М.Певзнер. |

**5.2 Основные понятия и положения темы**

**ФУНКЦИОНАЛЬНАЯ НЕСФОРМИРОВАННОСТЬ ЛОБНЫХ ОТДЕЛОВ МОЗГА**  
  
Уже в ходе беседы с родителями выясняется, что ребенок легко отвлекается, не может сосредоточиться, быстро устает от занятий. Его трудно надолго заинтересовать, он вял и равнодушен практически ко всему, особенно если это связано с выполнением школьных заданий. Он и в повседневной жизни не проявляет выраженного к чему-либо интереса. Самая характерная жалоба мамы: «Он может часами плевать в потолок, играть в одну и ту же компьютерную игру без осо-  
  
Глава 6. Нейропсихологическая синдромология отклоняющегося развития 225  
  
бого азарта и желания попробовать другую». Его не волнуют ни поощрения, ни наказания, особенно в старшем возрасте. Да и в более младшем — заставить его что-либо сделать можно лишь «из-под палки» или посулив награду. Впрочем, любыми подарками он пресыщается через несколько минут, особенно если это игры, требующие от него хоть минимальных усилий.  
  
Социально приемлемые ценности и нормы поведения отнюдь не являются для этих детей аксиомами. Абстрактно сформулированное: «Надо хорошо учиться. Это интересно... и т.п.» — не вызывает у них энтузиазма. В качестве императивов их деятельности почти всегда выступает зримая перспектива абсолютно материализованного поощрения или наказания. Впрочем, с возрастом притягательность награды или страх перед предстоящей расплатой перестают быть для них побуждающим стимулом; вернее, порог последнего все более и более возрастает.  
  
Уроки могут выполняться им часами, если рядом не «нависает» взрослый. В тетрадях — домашние и классные задания выполнены как будто разными детьми. Дневник заполняется только под жестким контролем со стороны учителя или родителей.  
  
Упражнения по русскому языку выполняются наполовину, часты пропуски букв, а иногда и слов; впрочем, такой ребенок может одно и то же слово написать дважды, а при написании букв многократно повторить какой-то ее элемент; для него практически недоступно понятие «красная строка». Арифметическая задача из трех действий выполняется в одно; проверка решенной задачи и правильное написание ответа являются исключением. Если в предыдущем примере надо было вычитать, такой ребенок и дальше станет вычитать, а не выполнять ту задачу, которая перед ним поставлена (например, складывать). Чтение может быть достаточным, но плохо интонированным, монотонным, без смысловых ударений, вследствие чего страдает понимание прочитанного и, естественно, пересказ, зачастую доходя до полной невозможности хоть отчасти воспроизвести сюжет; вместе с тем пересказ по вопросам — достаточен.  
  
Любая учебная программа усваивается ребенком с трудом, а подчас и с отвращением — ведь она всегда сопряжена с соблюдением ряда правил, а это практически недоступно таким детям. В обследовании он медлителен, монотонен, вял, не всегда удерживает программу эксперимента.Его взгляд бездонен и равнодушен и однозначно свидетельствует о полном отсутствии какой бы то ни было эмоциональной включенности в происходящее. Часто он бросается импульсивно что-то делать, не дослушав задание до конца; не обнаруживает заинтересованности в получении лучших результатов.  
  
8 - 1857  
  
226 Введение в нейропсихологию детского возраста  
  
Однако в течение эксперимента обнаруживается, что в конце ребенок способен выполнить достаточно сложные задания, то есть истинного истощения не происходит. Если намеренно ускорить темп и не давать ребенку расслабиться, он выдержит его без особого труда. Всегда очевидна явная диссоциация между эффективностью игровой и учебной деятельности, склонность к регрессивным формам поведения,предпочтение к типу реагирования по принципу «всем телом и с диким воплем». Патогномоничным именно для данного синдрома является отчетливая недифференцированностъ рефлексивных структур психики в сочетании с ригидным симбиозом со значимым взрослым.  
  
Основным радикалом, объединяющим внешне разнородные феномены, выступает стремление ребенка к упрощению программы вне зависимости от конкретной задачи; инертному стереотипному воспроизведению ранее заданной программы или неконтролируемой актуализации слов, изображений или сюжетов из предыдущих тестов; в целом — тенденция к персевераторному стилю деятельности.  
  
Внедрение внешних опор и контроль со стороны взрослого (психолога, педагога, мамы): «Ты все нарисовал?», «Внимательно!» — или просто недоумевающие жесты, мимика или междометия существенно повышают продуктивность, равно как и дробление заданной программы на последовательные подпрограммы.  
  
Особое внимание привлекает крайне бедная речевая продукция ребенка. Она носит преимущественно реактивную, репродуктивную форму, примитивна по синтаксису и разнообразию выразительных средств, часты эхолалии. Снижена обобщающая функция речи, что наиболее ярко проявляется в интеллектуальных тестах, в процессе сюжетно-смысло-вой и причинно-следственной интерпретации воспринимаемой информации. Практически невозможна активная развернутая самостоятельная речевая продукция. При этом все базисные характеристики речи (фонематический слух, артикуляция, номинация и т.д.) интакт-ны. Первично достаточными являются праксис, гнозис, память.  
  
В совокупности перечисленное приводит к выводу о том, что основным патологическим фактором в данном случае является **недостаточность произвольного внимания, речевой саморегуляции, программирования, целеполагания и контроля за протеканием собственной деятельности.**Иными словами, имеет место функциональная не-сформированность лобных отделов мозга, прежде всего левого полушария.  
  
Поразительной оказалась возрастная динамика данного синдрома, свидетельствующая о глобальной перестройке функционального вклада лобных структур мозга в организацию поведения человека.  
  
{"лава 6. Нейропсихологическая синдромология отклоняющегося развития 227  
  
Было зафиксировано, что в возрасте 3—4 лет на первый план у таких детей выступает псевдоаутичный фасад, с соответствующим отвержением коммуникаций и инертно-персевераторным стилем деятельности. В 6—7 лет, когда начинается активный этап формирования электрофизиологических механизмов системной организации процесса произвольного внимания, наиболее ярко обнаруживали себя элементы полевого поведения, повышенная откликаемость и отвлекаемость, обилие системных персевераций. К 12 годам на первый план выступала интеллектуальная сниженность, невозможность самоконтроля и прогнозирования ситуации; тенденция к глобальному копированию, «отзеркаливанию» значимого взрослого без какой бы то ни было критики к нему и самому себе.  
  
Речь таких детей не достигает того уровня развития, когда она становится организатором и конструирующим фактором их деятельности. Из-за этого нормальное развитие других познавательных процессов (при отсутствии саморегуляции и самоконтроля) не приводит к адекватной адаптации к новым социальным условиям. Именно поэтому привлечение внешних опор, в первую очередь организующая (и достаточно жестко регламентированная) деятельность со стороны взрослого, должно стать основой для психологической работы, ориентированной на формирование у ребенка внутреннего алгоритма функционирования в новой социальной (учебной ) реальности.  
  
**§ 2. ФУНКЦИОНАЛЬНАЯ НЕСФОРМИРОВАННОСТЬ ЛЕВОЙ ВИСОЧНОЙ ОБЛАСТИ**  
  
Отличительной чертой синдрома функциональной несформиро-ванности височных структур левого полушария являются изолированные трудности **речевого звукоразличения (фактор фонематического анализа и синтеза).**Хотя из дальнейшего описания станет ясно, насколько базисную роль в детстве играет данный фактор для формирования практически всех психических процессов. Это обстоятельство еще раз подчеркивает (на модели недостаточной функциональной активности левой височной доли) значимость своевременного созревания в онтогенезе межсистемных мозговых связей.  
  
В жалобах такого ребенка часты ссылки на то, что учитель говорит очень быстро, много непонятных слов, а в классе всегда очень шумно. Родители же, помимо вопиющей безграмотности ребенка, отмечают, что им приходится по нескольку раз окликать его, прежде чем он отзовется и поймет, что от него требуется. В более грубых случаях такого ребенка легко узнать по тому, что на первую же вашу  
  
228 Введение в нейропсихологию детского возраста  
  
просьбу повторить несколько слов или задание, которое вы ему дали, он, напряженно вглядываясь, спросит: «Как? Повторите еще раз».  
  
Характерно, что эти дети, воспринимая чужую речь как в чем-то незнакомую, иностранную, не «слышат» и свою собственную.  
  
Для такого ребенка близкие по звучанию слова (например, хвост-гость или бочка—почка) могут звучать одинаково. Такая дефицитар-ность звуковой дифференцировки обращенной речи может приводить к снижению понимания ее смысла. Например, учитель просит написать: «Работа над ошибками». Ребенок пишет буквально: слово «работа» на верхней строчке, а слово «ошибками» строчкой ниже; с его точки зрения, он все правильно выполнил — написал слово «работа» над словом «ошибками».  
  
В связи со слухо-речевой лабильностью расстраивается самоконтроль за собственной речью. В ней наблюдается обилие литеральных парафазии и новообразований, например, при пересказе сказки «Галка и голуби»: «...тогда она галкнула и голуби ее прогнали». Порой появляется компенсаторное многословие с выраженной жестикуляцией и мимическим сопровождением, но чаще — замкнутость, молчаливость. При чтении также выявляются литеральные парафазии, «проглатывание» окончаний, затруднения в расстановке ударений; оно плохо интонировано, не дифференцировано в соответствии со знаками препинания. В связи с этим затруднено понимание и запоминание прочитанного.  
  
Наиболее грубо страдает письмо, находящееся в прямой зависимости от состояния фонематического слуха и его взаимодействия с рядом других функциональных звеньев психической деятельности (в первую очередь — артикуляции). Тетради такого ребенка изобилуют разнообразными ошибками: замены по мягкости-твердости, глухости-звонкости; в словах с безударными гласными: «огурец—гурез», «столица—салоиц». Имеет место тенденция к размытости границы слова, слитному написанию двух слов: так, словосочетание «Мишина машина» пишется как «Миша на машинах», «мыши на машине» или «лишняя машина». Достаточно часты пропуски букв, особенно в конце слова.  
  
^ Слухо-речевая память страдает в звене избирательности в связи с обилием литеральных парафазии и новообразований. Иногда ребенок компенсаторно пытается повысить смысловой уровень запоминаемого, в результате чего при запоминании слова «дом-лес-кот» воспроизводятся как «в дом влез кот». Дефицит фонематического слуха вредоносно сказывается на эффективности любого учебного предмета; ведь, например, успешность на уроке математики не в последнюю очередь зависит от того, что ребенок на уровне звукоразличения дифференцирует близкие по звучанию «шестнадцать» и «шестьдесят». Ус-  
  
Глава 6. Нейропсихологическая синдромология отклоняющегося развития 229  
  
лышав на уроке, как печь пирог с тмином, такой ребенок долго не может понять, зачем в пирог класть мину.  
  
Вышеперечисленные трудности при отсутствии специальных коррекционных мер приводят к деформации и снижению развития практически всех функциональных звеньев речевой деятельности. Особенно процессов номинации, обобщения и способности разворачивать программу собственного речевого высказывания, что вторично приводит к интеллектуальной недостаточности, дефициту произвольной саморегуляции и искажению процессов коммуникации.  
  
Иллюстрацией к сказанному является сюжет, произошедший в процессе проведения групповых занятий, направленных на повышение уровня самоактуализации и самоосознания учеников 9-х классов. Психолог никак не мог объяснить себе, почему многократно апробированная психокоррекционая программа непонятным образом тормозится и не только не дает положительного результата, но выявляет совершенно алогичные и непрогнозируемые групповые феномены, весьма далекие от начальной цели. Обращение к нейропсихологичес-кому обследованию выявило, что у половины участников группы имеют место в той или иной степени выраженности дефекты фонематического анализа и синтеза. Иными словами, обсуждая столь высокие материи, участники данного группового процесса понимали друг друга едва ли наполовину. Одни — потому что не всегда правильно произносили слова и не все адекватно понимали в обращенной к ним речи, другие — буквально понимая первых, думали, что те говорят именно то, что хотят сказать. Несмотря на анекдотичность этого случая, еще раз показано базовое значение фактора фонематического слуха для всех уровней психической деятельности человека, ведь им-прессивная речь — понимание — это самый ранний процесс, формирующийся в онтогенезе речевой функции.  
  
Другой пример из недавних наблюдений. На консультацию привели очаровательного мальчика, который по непонятным (и родителям, и учителю, и, что особенно пикантно, школьному психологу) причинам в течение полугода от твердой четверки по математике «скатился» к беспроглядной двойке. Разбор полетов был более чем детективный: у ребенка имела место некоторая фонетико-фонемати-ческая недостаточность, но в той степени, которая никак не могла привести к имеющей место «трагедии». В финале (абсолютно случайно, в ходе светской беседы) выяснилось, что ребенок с самого начала темы воспринял учительское «по оси икс» как «пася икс», с чем, собственно, и продолжал в течение двух четвертей безуспешно бороться. Он просто не мог понять, что означает фраза: «Пася икс откладываем», и полностью «выпадал» из контекста урока, что усугуб-  
  
230 Введение в нейропсихологию детского возраста  
  
лялось его достаточно эмоциональным откликом на собственную «тупость». А когда в процессе обучения возник еще и «пася икс прим», ребенок просто тяжело заболел гриппом, потом ангиной и был приведен ко мне на консультацию, как, в сущности, требующий кардинального спасения.  
  
И в заключение — самый роскошный случай массовой эпидемии фонематической несформированности. Пришла посоветоваться по поводу собственного психического здоровья опытная учительница, которая положила передо мной три стопки тетрадей. Это было сочинение, написанное в один день, учениками одного и того же класса, на одну, как сказала учительница, тему: «Лев Толстой — писатель-баталист». Но вариантов раскрытия этой темы оказалось на удивление много: 1) часть детей писала о дубе (сначала голом, а потом — с листвой), мимо которого ездил князь Андрей; 2) другие — о Платоне Каратаеве, а 3) третьи — о битве при Бородино. Когда я посмотрела на заголовки сочинений в каждой из пачек, то постаралась объяснить бедному педагогу, что произошло: «Как вы объявляли им тему: на слух или написанной на доске?» Она вначале не поняла и стала объяснять, что они уже «протерли до дыр "Войну и мир"» и ей казалось вполне достаточным озвучить... Короче говоря, в 1-й стопке тетрадей оказались сочинения на тему «Л. Толстой — писатель-ботанист», во 2-й — он же — фаталист, и только в 3-й — баталист. Рядовые литеральные парафазии, которые вот таким заурядным образом были выявлены по крайней мере у трети (если не считать тех, кто просто списывал у соседа) обычного класса весьма приличной московской школы.  
  
Конечно, с возрастом у детей с данным синдромом несформированности происходит некоторая элиминация указанных дефектов, поскольку нахождение в речевой среде является для них естественным корригирующим фактором. Однако при условии эмоционально насыщенной ситуации они по-прежнему продемонстрируют обилие грамматических ошибок, литеральных парафазии и контаминации на следах памяти и в спонтанной речи.

**5.3. Самостоятельная работа по теме:**

- разбор темы;

- отработка коррекционных методик;

- разбор пациентов, решение ситуативных задачь

**5.4. Итоговый контроль знаний:**

- ответы на вопросы по теме занятия;

- решение ситуационных задач, тестовых заданий по теме.

Тесты:

|  |  |
| --- | --- |
| 1. | ЧТО ТАКОЕ Характер   1. совокупность свойств, характеризующий динамические особенности протекания психологических процессов и поведения человека, их сила, скорость, возникновение, прекращение и изменение 2. совокупность впечатлительности, эмоций, тревожности 3. совокупность устойчивых черт личности, определяющих отношения человека к людям, выполняемой работе 4. совокупность симптомов 5. верно все |
| 2. | ЧТО ТАКОЕ Индивидуальность   1. сочетание психологических особенностей человека, составляющих его разнообразие 2. совокупность личностного и социального 3. совокупность всех представлений человека о самом себе 4. совокупность впечатлительности, эмоций, тревожности 5. совокупность устойчивых черт личности, определяющих отношения человека к людям, выполняемой работе |
| 3. | ЧТО ТАКОЕ АлекситимиЯ   1. неспособность сопереживать 2. неспособность сконцентрировать внимание на своих чувствах 3. неспособность даже короткое время быть в одиночестве 4. неспособность точно описать свое эмоциональное состояние 5. неспособность запоминать |
| 4. | ЧТО ОЗНАЧАЕТ Принцип единства сознания и деятельности при проведении экспериментально-психологического исследования   1. все, что мы можем наблюдать в особенностях поведения исследуемого, не случайно, а отражает некоторые глубинные психологические структуры, подлежащие исследованию; 2. существует некоторая вероятностная связь между тем, что испытуемый делает, и теми глубинными психическими структурами, которые детерминируют характеристики внешних проявлений; 3. интерпретация результатов исследования является построением модели психики испытуемого с выявлением психологических механизмов возникновения того или иного свойства, основных этапах и формах его проявления; 4. существует наиболее общий и наиболее фундаментальный системообразующий фактор, который придает неповторимое своеобразие всем характеристикам психической деятельности человека, всем его качествам и свойствам. 5. Все правильные варианты |
| 5. | Нарушения при олигофрении в первую очередь проявляются:   1. в интеллектуальной недостаточности 2. в нарушениях высших психических функций 3. в расстройствах познавательной деятельности 4. в личностных расстройствах 5. в эмоциональной сфере |

Задачи:

|  |  |
| --- | --- |
| 1. | Больная Ю., 66 лет. В прошлом работала препода-  вателем средней школы. В психиатрической больнице находится  три года без выписки. Сознание ясное. Себя называет правильно,  но при беседе обнаруживается, что больная не помнит текущей  даты, не помнит своего возраста, не помнит, сколько времени на-  ходится в больнице, не помнит, как зовут лечащего врача. Настрое-  ние хорошее. На просьбу вспомнить, чем она занималась вчера, со-  общила следующее: «Вчера с утра были занятия, проходили тему  “Пушкин и декабристы“. А затем сидела на педсовете. Хулигана  Галкина опять обсуждали». |
| 2. | Больной З., 78 лет, колхозник. В течение несколь-  ких недель находился на лечении в психиатрической больнице,  жалуется лишь на отсутствие зрения на правый глаз, где имеет-  ся помутнение роговицы. В отделении спокоен, подсаживается 43  к больнымпожилоговозраста, очем-тоснимибеседует. Вобщении  с врачом, больными вежлив, предупредителен, даже несколько сла-  щав. Приветливо здоровается, но встретив врача через несколько  минут, приветствует его снова. Часто приоткрывает дверь в каби-  нет и вежливо осведомляется, не пришел ли консультант-окулист,  через пять минут спрашивает о том же. Числа, месяца, года назвать  не может. Видя вокруг людей в белых халатах, догадывается, что  его положили в больницу, но какую, не помнит. Рассказывает, что  только вчера приехал из деревни: «Вот лошадь во дворе привязал,  сейчас ходил сена ей давал». Вернувшись после консультации из  кабинета профессора, всем рассказывает с убеждением, что про-  фессор угощал его шампанским, сердился, когда ему говорили,  что этого не было. Любит рассказывать о днях своей молодости,  помнит события прошлых лет, правильно воспроизводит события  войны, в которой принимал участие. Перечисляет имена своих де-  тей, назвать имена внуков не может, говорит каждый раз разные.  Квалифицировать нарушения памяти и синдром. |
| 3. | Больной M., 23 лет, после тяжелой травмы головы  лечился в больнице в течение 6 месяцев с нарушениями памяти.  В то время не мог воспроизвести события пятилетней давности.  Спустя год после выписки: спокоен. Охотно отвечает на вопросы.  Обнаруживает амнезию на период, предшествующий травме. Не  помнит событий после травмы, амнезировал пребывание в трав-  матологическом отделении; месяцы, проведенные в психиатриче-  ской больнице. Помнит, что к нему «иногда» приезжали родители.  Помнит хорошо день выписки. С трудом вспомнил имена врачей  и медицинского персонала. Жалуется, что у него «плохая память»  : «все приходится записывать».  Квалифицировать нарушения памяти. |
| 4. | Больной с возмущением говорил: «Ужасные без-  образия творятся в этой клинике, вчера, например, меня посадили  в клетку, а до этого заставили вылезать на улицу через окно».  Определить нарушения памяти. |
| 5. | Больная 43 лет, поступает в психиатрическую боль-  ницу с одинаковыми состояниями в четвертый раз. Настроение  повышено, многоречива, деятельна, плохо спит. Читает наизусть  стихи Блока и страницы из произведений Чехова почти без оши-  бок, можно сверять с текстом. Когда такие состояния проходят, то  стихи помнит отрывками, а прозу воспроизвести не может.  Как называются такие временные нарушения памяти? |

1. **Домашнее задание для уяснения темы занятия**

* составление плана диагностического исследования ребёнка;
* составление плана коррекционного исследования ребёнка;
* ведение протокола исследования;
* супервизия работы студента с ребёнком;
* обсуждение результатов экспериментально-психологического исследования ребёнка;
* написание заключения экспериментально-психологического исследования;
* обсуждение и коррекция заключения экспериментально-психологического исследования.
* основные принципы, определяющие формирование психичес­ких функций в теории системной динамической локализации А.Р. Лурия.
* специфика использования основных понятий нейропсихологии «функция», «локализация», «симптом», «синдром», «фактор», «синдромный анализ» в нейропсихологии детского возраста.
* функциональные блоки мозга по А.Р. Лурия. Строение, функции.
* принцип гетерохронности в морфо- и функциогенезе. Внутри­системная и межсистемная гетерохронность.
* основные принципы системогенеза.
* показатели морфологического созревания мозга. Основные за­кономерности морфологического созревания мозга.
* функциональные критерии развития мозга. Основные законо­мерности функционального созревания мозговых структур.
* морфофункциональное созревание функциональных блоков мозга в онтогенезе.
* соотношение развития и влияния среды. Теории научения. Тео­рии созревания.

1. **Рекомендованная литература по теме занятия**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| №  п/п | Наименование | Издательство | Год  выпуска |

**Обязательная**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 1. | Лурия А.Р. Высшие корковые функции человека и их нарушения при локальных поражениях мозга / А.Р. Лурия. | СПб.: Питер | 2007 |
| 2. | Семенович А.В. Нейропсихологическая диагностика и коррекция в детском возрасте. | М.: Академия | 2002 |
| 3. | Семенович, А. В. Нейропсихологическая коррекция в детском возрасте. Метод замещающего онтогенеза: учебное пособие/ А. В. Семенович. - 2-е изд. | М.: Генезис | 2008 |
| 4. | Визель Т.Г. Основы нейропсихологии: учеб. для студентов вузов Т.Г. Визель. | М.: АСТАстрель Транзиткнига | 2005 |
| 5. | Клиническая психология / под ред. Карвасарского Б.Д. | СПб.: Питер | 2010 |
| 6. | Микадзе Ю.В. Нейропсихология детского возраста: Учебное пособие. | СПб.:Питер | 2008 |

**Дополнительная**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 1. | Психология. (Лекции для студентов медицинских вузов), Творогова Н. Д. | М.: ГОУ ВУНМЦ РФ | 2002 |
| 2. | Клиническая психология / под ред. М.Перре , У.Бауманна | СПб.: Питер | 2007 |
| 3. | Корсакова Н. К., Московичюте Л. И. Клиническая нейропсихология. | М.: МГУ | 1988 |

**Электронные ресурсы**

|  |  |
| --- | --- |
| 1. | ИБС КрасГМУ |
| 2. | БМ МедАрт |
| 3. | БД Ebsco |

Государственное бюджетное образовательное учреждение высшего профессионального образования «Красноярский государственный медицинский университет имени профессора В.Ф. Войно-Ясенецкого»

Министерства здравоохранения Российской Федерации

ГБОУ ВПО КрасГМУ им. проф. В.Ф. Войно-Ясенецкого Минздрава России

Кафедра нервных болезней с курсом медицинской реабилитации ПО

**МЕТОДИЧЕСКИЕ УКАЗАНИЯ**

**ДЛЯ ОБУЧАЮЩИХСЯ**

**по дисциплине «Спецпрактикум по коррекционно-развивающему обучению с супервизией»**

**для специальности** 030401 Клиническая психология (очно-заочная форма обучения)

**К СЕМИНАРСКОМУ** **ЗАНЯТИЮ № 13**

**ТЕМА:** **«Функциональная несформированность премоторных отделов».**

Утверждены на кафедральном заседании протокол .

Заведующий кафедрой

Доктор медицинских наук, профессор Прокопенко С.В.

Составители: доктор медицинских наук, профессор Прокопенко С.В.

кандидат медицинских наук, доцент Харламова Г.В.

кандидат медицинских наук, ассистент Можейко Е.Ю.

доктор медицинских наук, профессор Похабов Д.В.

доктор медицинских наук, профессор Народова В.В.

кандидат медицинских наук, доцент Дроздова Л.Н.

доктор медицинских наук, профессор Колесникова И.В.

ассистент Швецова И.Н.

Красноярск

2013г.

**1. Занятие №13**

**Тема:** «Функциональная несформированность премоторных отделов».

**2. Форма организации занятия:** семинар – в интерактивной форме в виде дебатов.

**3. Значение изучения темы:**

В клиническойпрактике нейропсихологический метод занимает особое место в ряду научных дисциплин, обращенных к проблеме онтогенеза в норме и патологии. Только он позволяет оценить и описать те системно-динамические перестройки, которые сопровождают психическое развитие ребенка с точки зрения его мозгового обеспечения. Но описать — это значит понять. Понять глубинные механизмы его психического статуса и спланировать адекватную онтогенезу именно этого, конкретного ребенка программу психолого-педагогического сопровождения.

**4. Цели обучения:** освоения учебной дисциплины «Спецпрактикум по коррекционно-развивающему обучению с супервизией» состоит в овладении знаниями психологической диагностики заболеваний, психологической помощи и восстановлению психических функций.

**Студент должен знать**:

* закономерности формирования мозговой организации психических процессов, специфику детского мозга, строение, состав мозговых зон, вовлекаемых в работу нейрофизиологических функциональных систем;
* специфику нейропсихологического исследования детей и возможности использования их как в клинической практике, так и психолого-педагогической деятельности.

**Студент должен уметь:**

* применять полученные знания при решении психолого-педагогических задач;
* квалифицировать затруднения, возникающие у детей в ходе учебной деятельности и прогнозировать успешность ребенка в различных видах деятельности, в том числе и обучении, на основе нейропсихологического анализа;
* организовывать нейропсихологическое обследование, коррекцию детей дошкольного и младшего школьного возраста.

**Студент должен владеть:**

* категориальным аппаратом нейропсихологии детского возраста;
* навыками организации нейропсихологической диагностики, коррекции и реабилитации в детском возрасте.

**5. План изучения темы:**

**5.1. Контроль исходного уровня знаний**

|  |  |
| --- | --- |
| 1. | Нарушения при глубокой дебильности в пробе на установление последовательности в серии сюжетных картин   1. не в состоянии установить развитие сюжета даже по весьма несложной серии рисунков 2. раскладывают рисунки в случайном порядке и описывают каждый отдельно 3. описание нередко сводится к простому перечислению деталей 4. буквально интерпретирует сюжет 5. все перечисленное |
| 2. | Выявляются следующие нарушения мышления у больных эпилепсией   1. снижение уровня обобщения 2. искажение уровня обобщения 3. соскальзывание на латентные признаки 4. паралогичность 5. нарушения памяти |
| 3. | Наблюдающиеся у больных эпилепсией расстройства речи характеризуются   1. замедлением ее темпа 2. употреблением уменьшительных слов и речевых штампов 3. олигофазией 4. снижение номинативной функции речи 5. всем перечисленным |
| 4. | КАК НАЗЫВАЕТСЯ Вид психологической помощи, при котором происходит формирование адекватного и искомого психического состояния   * 1. психологическим консультированием;   2. психологической коррекцией;   3. психологической защитой;   4. психотерапией;   5. психологический блок. |
| 5. | Вид нарушения памяти, при котором отмечается нарушение памяти на текущие события и относительно сохранной памятью на события прошлого   * 1. корсаковский синдром;   2. прогрессирующая амнезия;   3. ретроградная амнезия;   4. антероградная амнезии;   5. ретроантероградная амнезия. |

**5.2 Основные понятия и положения темы**

**ФУНКЦИОНАЛЬНАЯ НЕСФОРМИРОВАННОСТЬ ЛОБНЫХ ОТДЕЛОВ МОЗГА**  
  
Уже в ходе беседы с родителями выясняется, что ребенок легко отвлекается, не может сосредоточиться, быстро устает от занятий. Его трудно надолго заинтересовать, он вял и равнодушен практически ко всему, особенно если это связано с выполнением школьных заданий. Он и в повседневной жизни не проявляет выраженного к чему-либо интереса. Самая характерная жалоба мамы: «Он может часами плевать в потолок, играть в одну и ту же компьютерную игру без осо-  
  
Глава 6. Нейропсихологическая синдромология отклоняющегося развития 225  
  
бого азарта и желания попробовать другую». Его не волнуют ни поощрения, ни наказания, особенно в старшем возрасте. Да и в более младшем — заставить его что-либо сделать можно лишь «из-под палки» или посулив награду. Впрочем, любыми подарками он пресыщается через несколько минут, особенно если это игры, требующие от него хоть минимальных усилий.  
  
Социально приемлемые ценности и нормы поведения отнюдь не являются для этих детей аксиомами. Абстрактно сформулированное: «Надо хорошо учиться. Это интересно... и т.п.» — не вызывает у них энтузиазма. В качестве императивов их деятельности почти всегда выступает зримая перспектива абсолютно материализованного поощрения или наказания. Впрочем, с возрастом притягательность награды или страх перед предстоящей расплатой перестают быть для них побуждающим стимулом; вернее, порог последнего все более и более возрастает.  
  
Уроки могут выполняться им часами, если рядом не «нависает» взрослый. В тетрадях — домашние и классные задания выполнены как будто разными детьми. Дневник заполняется только под жестким контролем со стороны учителя или родителей.  
  
Упражнения по русскому языку выполняются наполовину, часты пропуски букв, а иногда и слов; впрочем, такой ребенок может одно и то же слово написать дважды, а при написании букв многократно повторить какой-то ее элемент; для него практически недоступно понятие «красная строка». Арифметическая задача из трех действий выполняется в одно; проверка решенной задачи и правильное написание ответа являются исключением. Если в предыдущем примере надо было вычитать, такой ребенок и дальше станет вычитать, а не выполнять ту задачу, которая перед ним поставлена (например, складывать). Чтение может быть достаточным, но плохо интонированным, монотонным, без смысловых ударений, вследствие чего страдает понимание прочитанного и, естественно, пересказ, зачастую доходя до полной невозможности хоть отчасти воспроизвести сюжет; вместе с тем пересказ по вопросам — достаточен.  
  
Любая учебная программа усваивается ребенком с трудом, а подчас и с отвращением — ведь она всегда сопряжена с соблюдением ряда правил, а это практически недоступно таким детям. В обследовании он медлителен, монотонен, вял, не всегда удерживает программу эксперимента.Его взгляд бездонен и равнодушен и однозначно свидетельствует о полном отсутствии какой бы то ни было эмоциональной включенности в происходящее. Часто он бросается импульсивно что-то делать, не дослушав задание до конца; не обнаруживает заинтересованности в получении лучших результатов.  
  
8 - 1857  
  
226 Введение в нейропсихологию детского возраста  
  
Однако в течение эксперимента обнаруживается, что в конце ребенок способен выполнить достаточно сложные задания, то есть истинного истощения не происходит. Если намеренно ускорить темп и не давать ребенку расслабиться, он выдержит его без особого труда. Всегда очевидна явная диссоциация между эффективностью игровой и учебной деятельности, склонность к регрессивным формам поведения,предпочтение к типу реагирования по принципу «всем телом и с диким воплем». Патогномоничным именно для данного синдрома является отчетливая недифференцированностъ рефлексивных структур психики в сочетании с ригидным симбиозом со значимым взрослым.  
  
Основным радикалом, объединяющим внешне разнородные феномены, выступает стремление ребенка к упрощению программы вне зависимости от конкретной задачи; инертному стереотипному воспроизведению ранее заданной программы или неконтролируемой актуализации слов, изображений или сюжетов из предыдущих тестов; в целом — тенденция к персевераторному стилю деятельности.  
  
Внедрение внешних опор и контроль со стороны взрослого (психолога, педагога, мамы): «Ты все нарисовал?», «Внимательно!» — или просто недоумевающие жесты, мимика или междометия существенно повышают продуктивность, равно как и дробление заданной программы на последовательные подпрограммы.  
  
Особое внимание привлекает крайне бедная речевая продукция ребенка. Она носит преимущественно реактивную, репродуктивную форму, примитивна по синтаксису и разнообразию выразительных средств, часты эхолалии. Снижена обобщающая функция речи, что наиболее ярко проявляется в интеллектуальных тестах, в процессе сюжетно-смысло-вой и причинно-следственной интерпретации воспринимаемой информации. Практически невозможна активная развернутая самостоятельная речевая продукция. При этом все базисные характеристики речи (фонематический слух, артикуляция, номинация и т.д.) интакт-ны. Первично достаточными являются праксис, гнозис, память.  
  
В совокупности перечисленное приводит к выводу о том, что основным патологическим фактором в данном случае является **недостаточность произвольного внимания, речевой саморегуляции, программирования, целеполагания и контроля за протеканием собственной деятельности.**Иными словами, имеет место функциональная не-сформированность лобных отделов мозга, прежде всего левого полушария.  
  
Поразительной оказалась возрастная динамика данного синдрома, свидетельствующая о глобальной перестройке функционального вклада лобных структур мозга в организацию поведения человека.  
  
{"лава 6. Нейропсихологическая синдромология отклоняющегося развития 227  
  
Было зафиксировано, что в возрасте 3—4 лет на первый план у таких детей выступает псевдоаутичный фасад, с соответствующим отвержением коммуникаций и инертно-персевераторным стилем деятельности. В 6—7 лет, когда начинается активный этап формирования электрофизиологических механизмов системной организации процесса произвольного внимания, наиболее ярко обнаруживали себя элементы полевого поведения, повышенная откликаемость и отвлекаемость, обилие системных персевераций. К 12 годам на первый план выступала интеллектуальная сниженность, невозможность самоконтроля и прогнозирования ситуации; тенденция к глобальному копированию, «отзеркаливанию» значимого взрослого без какой бы то ни было критики к нему и самому себе.  
  
Речь таких детей не достигает того уровня развития, когда она становится организатором и конструирующим фактором их деятельности. Из-за этого нормальное развитие других познавательных процессов (при отсутствии саморегуляции и самоконтроля) не приводит к адекватной адаптации к новым социальным условиям. Именно поэтому привлечение внешних опор, в первую очередь организующая (и достаточно жестко регламентированная) деятельность со стороны взрослого, должно стать основой для психологической работы, ориентированной на формирование у ребенка внутреннего алгоритма функционирования в новой социальной (учебной ) реальности.

**5.3. Самостоятельная работа по теме:**

- разбор темы;

- отработка коррекционных методик;

- разбор пациентов, решение ситуативных задачь

**5.4. Итоговый контроль знаний:**

- ответы на вопросы по теме занятия;

- решение ситуационных задач, тестовых заданий по теме.

|  |  |
| --- | --- |
| 1. | Нарушение динамики мнестической деятельности может быть следствием всего перечисленного, кроме   * 1. сосудистые заболевания головного мозга;   2. истощаемости психической деятельности;   3. тяжелые алкогольные интоксикации;   4. аффективно-эмоциональная неустойчивость;   5. шизофрения. |
| 2. | Нарушения опосредования у больных эпилептической болезнью связаны   * 1. с колебаниями их работоспособности;   2. с повышенной инертностью и желанием отобразить все детали;   3. с нарушением мотивации;   4. с актуализацей латентных свойств предметов;   5. с истощаемостью психических процессов. |
| 3. | Мысленное объединение предметов и явлений по их общим и существенным признакам известно как   * 1. анализ;   2. синтез;   3. обобщение;   4. классификация;   5. номинация. |
| 4. | Актуализация в суждениях случайных, латентных связей между предметами относится к   * 1. нарушениям динамики мыслительных процессов;   2. снижению уровня обобщения;   3. искажению процесса обобщения;   4. нарушениям личностного компонента мышления;   5. нарушениям памяти. |
| 5. | Расстройства различных видов ощущений называются   1. агнозиями; 2. галлюцинациями; 3. сенсорными расстройствами; 4. иллюзиями; 5. апраксиями. |

Задачи:

|  |  |
| --- | --- |
| 1. | Больная Ю., 66 лет. В прошлом работала препода-  вателем средней школы. В психиатрической больнице находится  три года без выписки. Сознание ясное. Себя называет правильно,  но при беседе обнаруживается, что больная не помнит текущей  даты, не помнит своего возраста, не помнит, сколько времени на-  ходится в больнице, не помнит, как зовут лечащего врача. Настрое-  ние хорошее. На просьбу вспомнить, чем она занималась вчера, со-  общила следующее: «Вчера с утра были занятия, проходили тему  “Пушкин и декабристы“. А затем сидела на педсовете. Хулигана  Галкина опять обсуждали». |
| 2. | Больной З., 78 лет, колхозник. В течение несколь-  ких недель находился на лечении в психиатрической больнице,  жалуется лишь на отсутствие зрения на правый глаз, где имеет-  ся помутнение роговицы. В отделении спокоен, подсаживается 43  к больнымпожилоговозраста, очем-тоснимибеседует. Вобщении  с врачом, больными вежлив, предупредителен, даже несколько сла-  щав. Приветливо здоровается, но встретив врача через несколько  минут, приветствует его снова. Часто приоткрывает дверь в каби-  нет и вежливо осведомляется, не пришел ли консультант-окулист,  через пять минут спрашивает о том же. Числа, месяца, года назвать  не может. Видя вокруг людей в белых халатах, догадывается, что  его положили в больницу, но какую, не помнит. Рассказывает, что  только вчера приехал из деревни: «Вот лошадь во дворе привязал,  сейчас ходил сена ей давал». Вернувшись после консультации из  кабинета профессора, всем рассказывает с убеждением, что про-  фессор угощал его шампанским, сердился, когда ему говорили,  что этого не было. Любит рассказывать о днях своей молодости,  помнит события прошлых лет, правильно воспроизводит события  войны, в которой принимал участие. Перечисляет имена своих де-  тей, назвать имена внуков не может, говорит каждый раз разные.  Квалифицировать нарушения памяти и синдром. |
| 3. | Больной M., 23 лет, после тяжелой травмы головы  лечился в больнице в течение 6 месяцев с нарушениями памяти.  В то время не мог воспроизвести события пятилетней давности.  Спустя год после выписки: спокоен. Охотно отвечает на вопросы.  Обнаруживает амнезию на период, предшествующий травме. Не  помнит событий после травмы, амнезировал пребывание в трав-  матологическом отделении; месяцы, проведенные в психиатриче-  ской больнице. Помнит, что к нему «иногда» приезжали родители.  Помнит хорошо день выписки. С трудом вспомнил имена врачей  и медицинского персонала. Жалуется, что у него «плохая память»  : «все приходится записывать».  Квалифицировать нарушения памяти. |
| 4. | Больной с возмущением говорил: «Ужасные без-  образия творятся в этой клинике, вчера, например, меня посадили  в клетку, а до этого заставили вылезать на улицу через окно».  Определить нарушения памяти. |
| 5. | Больная 43 лет, поступает в психиатрическую боль-  ницу с одинаковыми состояниями в четвертый раз. Настроение  повышено, многоречива, деятельна, плохо спит. Читает наизусть  стихи Блока и страницы из произведений Чехова почти без оши-  бок, можно сверять с текстом. Когда такие состояния проходят, то  стихи помнит отрывками, а прозу воспроизвести не может.  Как называются такие временные нарушения памяти? |

1. **Домашнее задание для уяснения темы занятия**

* составление плана диагностического исследования ребёнка;
* составление плана коррекционного исследования ребёнка;
* ведение протокола исследования;
* супервизия работы студента с ребёнком;
* обсуждение результатов экспериментально-психологического исследования ребёнка;
* написание заключения экспериментально-психологического исследования;
* обсуждение и коррекция заключения экспериментально-психологического исследования.
* основные принципы, определяющие формирование психичес­ких функций в теории системной динамической локализации А.Р. Лурия.
* специфика использования основных понятий нейропсихологии «функция», «локализация», «симптом», «синдром», «фактор», «синдромный анализ» в нейропсихологии детского возраста.
* функциональные блоки мозга по А.Р. Лурия. Строение, функции.
* принцип гетерохронности в морфо- и функциогенезе. Внутри­системная и межсистемная гетерохронность.
* основные принципы системогенеза.
* показатели морфологического созревания мозга. Основные за­кономерности морфологического созревания мозга.
* функциональные критерии развития мозга. Основные законо­мерности функционального созревания мозговых структур.
* морфофункциональное созревание функциональных блоков мозга в онтогенезе.
* соотношение развития и влияния среды. Теории научения. Тео­рии созревания.

1. **Рекомендованная литература по теме занятия**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| №  п/п | Наименование | Издательство | Год  выпуска |

**Обязательная**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 1. | Лурия А.Р. Высшие корковые функции человека и их нарушения при локальных поражениях мозга / А.Р. Лурия. | СПб.: Питер | 2007 |
| 2. | Семенович А.В. Нейропсихологическая диагностика и коррекция в детском возрасте. | М.: Академия | 2002 |
| 3. | Семенович, А. В. Нейропсихологическая коррекция в детском возрасте. Метод замещающего онтогенеза: учебное пособие/ А. В. Семенович. - 2-е изд. | М.: Генезис | 2008 |
| 4. | Визель Т.Г. Основы нейропсихологии: учеб. для студентов вузов Т.Г. Визель. | М.: АСТАстрель Транзиткнига | 2005 |
| 5. | Клиническая психология / под ред. Карвасарского Б.Д. | СПб.: Питер | 2010 |
| 6. | Микадзе Ю.В. Нейропсихология детского возраста: Учебное пособие. | СПб.:Питер | 2008 |

**Дополнительная**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 1. | Психология. (Лекции для студентов медицинских вузов), Творогова Н. Д. | М.: ГОУ ВУНМЦ РФ | 2002 |
| 2. | Клиническая психология / под ред. М.Перре , У.Бауманна | СПб.: Питер | 2007 |
| 3. | Корсакова Н. К., Московичюте Л. И. Клиническая нейропсихология. | М.: МГУ | 1988 |

**Электронные ресурсы**

|  |  |
| --- | --- |
| 1. | ИБС КрасГМУ |
| 2. | БМ МедАрт |
| 3. | БД Ebsco |

Государственное бюджетное образовательное учреждение высшего профессионального образования «Красноярский государственный медицинский университет имени профессора В.Ф. Войно-Ясенецкого»

Министерства здравоохранения Российской Федерации

ГБОУ ВПО КрасГМУ им. проф. В.Ф. Войно-Ясенецкого Минздрава России

Кафедра нервных болезней с курсом медицинской реабилитации ПО

**МЕТОДИЧЕСКИЕ УКАЗАНИЯ**

**ДЛЯ ОБУЧАЮЩИХСЯ**

**по дисциплине «Спецпрактикум по коррекционно-развивающему обучению с супервизией»**

**для специальности** 030401 Клиническая психология (очно-заочная форма обучения)

**К СЕМИНАРСКОМУ** **ЗАНЯТИЮ № 14**

**ТЕМА:** **«Функциональная несформированность теменных долей. Функциональная несформированность затылочно-теменных отделов».**

Утверждены на кафедральном заседании протокол .

Заведующий кафедрой

Доктор медицинских наук, профессор Прокопенко С.В.

Составители: доктор медицинских наук, профессор Прокопенко С.В.

кандидат медицинских наук, доцент Харламова Г.В.

кандидат медицинских наук, ассистент Можейко Е.Ю.

доктор медицинских наук, профессор Похабов Д.В.

доктор медицинских наук, профессор Народова В.В.

кандидат медицинских наук, доцент Дроздова Л.Н.

доктор медицинских наук, профессор Колесникова И.В.

ассистент Швецова И.Н.

Красноярск

2013г.

**1. Занятие №14**

**Тема:** «Функциональная несформированность теменных долей. Функциональная несформированность затылочно-теменных отделов».

**2. Форма организации занятия:** семинар – в интерактивной форме в виде дебатов.

**3.Значение изучения темы:**

В клиническойпрактике нейропсихологический метод занимает особое место в ряду научных дисциплин, обращенных к проблеме онтогенеза в норме и патологии. Только он позволяет оценить и описать те системно-динамические перестройки, которые сопровождают психическое развитие ребенка с точки зрения его мозгового обеспечения. Но описать — это значит понять. Понять глубинные механизмы его психического статуса и спланировать адекватную онтогенезу именно этого, конкретного ребенка программу психолого-педагогического сопровождения.

**4. Цели обучения:** освоения учебной дисциплины «Спецпрактикум по коррекционно-развивающему обучению с супервизией» состоит в овладении знаниями психологической диагностики заболеваний, психологической помощи и восстановлению психических функций.

**Студент должен знать**:

* закономерности формирования мозговой организации психических процессов, специфику детского мозга, строение, состав мозговых зон, вовлекаемых в работу нейрофизиологических функциональных систем;
* специфику нейропсихологического исследования детей и возможности использования их как в клинической практике, так и психолого-педагогической деятельности.

**Студент должен уметь:**

* применять полученные знания при решении психолого-педагогических задач;
* квалифицировать затруднения, возникающие у детей в ходе учебной деятельности и прогнозировать успешность ребенка в различных видах деятельности, в том числе и обучении, на основе нейропсихологического анализа;
* организовывать нейропсихологическое обследование, коррекцию детей дошкольного и младшего школьного возраста.

**Студент должен владеть:**

* категориальным аппаратом нейропсихологии детского возраста;
* навыками организации нейропсихологической диагностики, коррекции и реабилитации в детском возрасте.

**5. План изучения темы:**

**5.1. Контроль исходного уровня знаний**

|  |  |
| --- | --- |
| 1. | Нарушение мышления, заключающееся в неустойчивости способа выполнения задания, но не приводящее к грубым нарушениям его строения   * 1. непоследовательность суждений;   2. лабильность суждений;   3. разноплановость;   4. инертность мышления;   5. резонерство. |
| 2. | Лабильность суждений наблюдается у больных   * 1. шизофренией;   2. эпилепсией;   3. в маниакальном состоянии;   4. при атеросклерозе головного мозга;   5. аутизмом. |
| 3. | Усложнение мотивов, их опосредование и иерархическое построение начинаются у человека   * 1. с рождения;   2. в дошкольном возрасте;   3. в подростковом возрасте;   4. в зрелом возрасте;   5. в старческом возрасте. |
| 4. | Затылочная кора состоит из следующих проекционных зон   * 1. первичных;   2. вторичных;   3. третичных;   4. всех перечисленных;   5. никаких. |
| 5. | При поражении вторичных проекционных зон затылочной коры наблюдается   * 1. тактильная агнозия;   2. пространственная агнозия;   3. зрительная агнозия;   4. афазия;   5. амузия. |

**5.2 Основные положения и понятия темы**

В первую очередь при синдроме функциональной несформиро-ванности правого полушария мозга обнаруживает себя **недостаточность пространственных представлений во всех формах**(метрические, структурно-топологические, координатные, проекционные). Известно, что все базисные пространственные представления либо полностью актуализируются правым полушарием (соматогнозис, метрические и структурно-топологические представления), либо формируются (как координатные, проекционные) в процессе парного взаимодействия полушарий, инициация которого также зависит от активности правого полушария.  
  
У детей с описываемым синдромом постоянными являются дефекты метрических синтезов: ошибки при оценке и воспроизведении расстояний, углов, пропорций, явления «расфокусировки» фрагментов эталонного образа при условии сохранения адекватной его струк-  
  
234 Введение в нейропсихологию детского возраста  
  
туры. Наблюдается структурно-топологический дефицит, связанный с изменением общей принципиальной схемы пространственного строения объекта, когда разрушается его целостный образ, а части и целое смещены относительно друг друга. Это наиболее часто встречающиеся патофеномены, которые актуализируются и в процессе восприятия, и на следах памяти, и в рисунке, копировании и письме.  
  
Здесь нередки предметные парагнозии типа «дом—шкаф», «кость — ручка от деревенского крана», «гвоздь — шприц... карандаш». Достаточно часты дефекты сомато- и лицевого гнозиса, цветоразличения и дифференциации эмоций, что особенно ярко актуализируется при рассматривании сюжетных картин, в ходе интерпретации которых неверно опознается пол, возраст, настроение действующих лиц.  
  
Ярко выражен дефицит удержания порядка мнестических эталонов. При этом характерно, что в слухо-речевой модальности нарушение порядка, как правило, имеет место наряду с правильным воспроизведением запоминаемых слов. Сравнительно редко можно встретить замену эталона; тогда в большинстве случаев актуализируются слова-ассоциации: например, вместо слова «дрова» — «топор». В другом варианте могут наблюдаться псевдоконфабуляции, например, при воспроизведении слов «кит-меч-круг» ребенок говорит: «кит... море... сено... сеновал...», впрочем, при повторной экфории абсолютно верно называя весь эталонный ряд.  
  
Аналогичные феномены могут встречаться и при пересказе, и при интерпретации сюжетной картинки, но они всегда при соответствующем указании со стороны психолога легко корригируются самим ребенком. Данное обстоятельство — привнесение побочных ассоциаций в продуктивную деятельность этих детей — вообще весьма для них характерно и связано с решающим участием правого полушария в опосредовании процессов переструктурирования воспринимаемой информации в любой модальности. Парадокс заключается в том, что такая неадекватность редко рефлексируется самим человеком как отклонение (в отличие, скажем, от речи или памяти): «Я так вижу!» Безусловно, это имеет и положительные стороны, например, в творчестве: обилие побочных ассоциаций, тенденция к постоянному переструктурированию и новообразованиям — залог продуктивного мышления и нетривиальных творческих находок. Но для описываемой категории детей такое фантазирование подчас заканчивается исключением из школы с формулировкой «слишком умный».  
  
В то же время в зрительной памяти нарушение порядка сочетается с обилием параграфий и реверсий. Эталонные образы видоизменяются и трансформируются до неузнаваемости. При этом обнаруживаются и реверсии, и контаминации, и искажения, связанные с метрически-  
  
Глава 6. Нейропсихологическая синдромология отклоняющегося развития 235  
  
ми и структурно-топологическими метаморфозами. Понятно, что такая ситуация не может не сказаться самым вредоносным образом на процессах усвоения букв, цифр и иного учебного материала в той его части, которая базируется на оптико-гностическом факторе.  
  
Речь и мышление при данном синдроме могут оставаться в пределах нормативных показателей, хотя для них характерно употребление суперабстрактных наименований там, где требуется самое обыденное. В ряде случаев эти процессы имеют подчеркнуто «взрослый», штамповый оттенок с обилием интонационно-мелодических и жес-то-мимических компонентов, метафорических акцентов и стремлением к использованию формы (фактуры и т.п.) как основы для интеллектуальной операции.  
  
Особо следует отметить, что описанные выше чисто гностические трудности могут ошибочно приниматься за недостаточность интеллектуальных операций. Например, ребенок отказывается решать задачу на исключение четвертого лишнего в наборе «зонт, фуражка, барабан, пистолет», при том, что остальные задания выполнялись верно; после некоторой неловкости выясняется, что фуражку он опознал как утюг...  
  
Отмеченная выше склонность к обильному фантазированию проявляется, в частности, в том, что тривиальная просьба назвать общее и различное между парой «соловей—воробей» оборачивается длительным перечислением отличий по типу: «у них глаза разные — у одного голубые, а у другого карие» и т.п. Вопрос экспериментатора, когда это он успел так интимно пообщаться с этими птахами, что рассмотрел цвет их глаз, приводит к очередной «байке». Почти никогда такие дети не скажут: «Не знаю». Но если попросить их вести себя «по-взрослому», можно очень быстро получить абсолютно адекватный ответ, хотя и с выводом в конце, что так решать данную задачу скучно.  
  
Нельзя не отметить, что в норме правое полушарие функционально включено в **обеспечение психическим процессам «защиты от шума»**в широком смысле этого слова. Другой его прерогативой является **инициация процессов межполушарного взаимодействия.**Понятно, что оба эти фактора при данном синдроме несформированности могут приводить к целому ряду вторичных погрешностей.  
  
Например, в процессе чтения такой ребенок может перескакивать через абзац или включать в решение математического примера числа из соседнего ряда («шум!»). У него нередко наблюдаются вторичные погрешности развития тех психологических факторов, онтогенез которых с необходимостью требует отлаженных взаимодействий между правым и левым полушариями; иными словами, могут иметь место какие-либо симптомы, описанные выше, в § 3. Разведе-  
  
236 Введение в нейропсихологию детского возраста  
  
ние этих внешне схожих феноменов имеет принципиальное значение, поскольку коррекция правополушарной функциональной не-сформированности требует применения специфически ориентированных методов.  
  
И последнее, что следует подчеркнуть, это высокую корреляцию между возникновением данного синдрома и наследственной эндокринной, сердечно-сосудистой и ревматической отягощенностью (особенно по линии матери).

**5.3. Самостоятельная работа по теме:**

- разбор темы;

- отработка коррекционных методик;

- разбор пациентов, решение ситуативных задачь

**5.4. Итоговый контроль знаний:**

- ответы на вопросы по теме занятия;

- решение ситуационных задач, тестовых заданий по теме.

|  |  |
| --- | --- |
| 1. | В ЧЕМ ЗАКЛЮЧАЕТСЯ Функция первичной проекционной височной коры   * 1. передавать слуховые возбуждения в кору мозга;   2. удлинять и стабилизировать воздействия слуховых возбуждений;   3. придавать слуховым возбуждениям более константный характер и делать их доступными для управления;   4. все перечисленное;   5. ничего из перечисленного. |
| 2. | Кора левой височной области включает в свой состав все, кроме   * 1. верхние отделы;   2. нижние отделы;   3. средние отделы;   4. задние отделы;   5. медиобазальные отделы. |
| 3. | При очаговом поражении правой височной области лучше воспроизводятся   * 1. простые ритмы;   2. сложные акцентуированные ритмы;   3. тихие ритмы;   4. громкие ритмы;   5. все ритмы |
| 4. | Неречевое слуховое восприятие включает в себя   * 1. восприятие звуковых мелодий;   2. восприятие бытовых шумов;   3. интонационный компонент речи;   4. все перечисленное;   5. ничего из перечисленного. |
| 5. | Верхнетеменная зона регулирует   * 1. тактильное восприятие;   2. пространственное восприятие;   3. зрительное восприятие;   4. слуховое восприятие;   5. музыкальное восприятие. |

1. **Самоконтроль по ситуационным задачам**

Задачи:

|  |  |
| --- | --- |
| 1. | Больная Ю., 66 лет. В прошлом работала препода-  вателем средней школы. В психиатрической больнице находится  три года без выписки. Сознание ясное. Себя называет правильно,  но при беседе обнаруживается, что больная не помнит текущей  даты, не помнит своего возраста, не помнит, сколько времени на-  ходится в больнице, не помнит, как зовут лечащего врача. Настрое-  ние хорошее. На просьбу вспомнить, чем она занималась вчера, со-  общила следующее: «Вчера с утра были занятия, проходили тему  “Пушкин и декабристы“. А затем сидела на педсовете. Хулигана  Галкина опять обсуждали». |
| 2. | Больной З., 78 лет, колхозник. В течение несколь-  ких недель находился на лечении в психиатрической больнице,  жалуется лишь на отсутствие зрения на правый глаз, где имеет-  ся помутнение роговицы. В отделении спокоен, подсаживается 43  к больнымпожилоговозраста, очем-тоснимибеседует. Вобщении  с врачом, больными вежлив, предупредителен, даже несколько сла-  щав. Приветливо здоровается, но встретив врача через несколько  минут, приветствует его снова. Часто приоткрывает дверь в каби-  нет и вежливо осведомляется, не пришел ли консультант-окулист,  через пять минут спрашивает о том же. Числа, месяца, года назвать  не может. Видя вокруг людей в белых халатах, догадывается, что  его положили в больницу, но какую, не помнит. Рассказывает, что  только вчера приехал из деревни: «Вот лошадь во дворе привязал,  сейчас ходил сена ей давал». Вернувшись после консультации из  кабинета профессора, всем рассказывает с убеждением, что про-  фессор угощал его шампанским, сердился, когда ему говорили,  что этого не было. Любит рассказывать о днях своей молодости,  помнит события прошлых лет, правильно воспроизводит события  войны, в которой принимал участие. Перечисляет имена своих де-  тей, назвать имена внуков не может, говорит каждый раз разные.  Квалифицировать нарушения памяти и синдром. |
| 3. | Больной M., 23 лет, после тяжелой травмы головы  лечился в больнице в течение 6 месяцев с нарушениями памяти.  В то время не мог воспроизвести события пятилетней давности.  Спустя год после выписки: спокоен. Охотно отвечает на вопросы.  Обнаруживает амнезию на период, предшествующий травме. Не  помнит событий после травмы, амнезировал пребывание в трав-  матологическом отделении; месяцы, проведенные в психиатриче-  ской больнице. Помнит, что к нему «иногда» приезжали родители.  Помнит хорошо день выписки. С трудом вспомнил имена врачей  и медицинского персонала. Жалуется, что у него «плохая память»  : «все приходится записывать».  Квалифицировать нарушения памяти. |
| 4. | Больной с возмущением говорил: «Ужасные без-  образия творятся в этой клинике, вчера, например, меня посадили  в клетку, а до этого заставили вылезать на улицу через окно».  Определить нарушения памяти. |
| 5. | Больная 43 лет, поступает в психиатрическую боль-  ницу с одинаковыми состояниями в четвертый раз. Настроение  повышено, многоречива, деятельна, плохо спит. Читает наизусть  стихи Блока и страницы из произведений Чехова почти без оши-  бок, можно сверять с текстом. Когда такие состояния проходят, то  стихи помнит отрывками, а прозу воспроизвести не может.  Как называются такие временные нарушения памяти? |

1. **Домашнее задание для уяснения темы занятия**

* составление плана диагностического исследования ребёнка;
* составление плана коррекционного исследования ребёнка;
* ведение протокола исследования;
* супервизия работы студента с ребёнком;
* обсуждение результатов экспериментально-психологического исследования ребёнка;
* написание заключения экспериментально-психологического исследования;
* обсуждение и коррекция заключения экспериментально-психологического исследования.
* основные принципы, определяющие формирование психичес­ких функций в теории системной динамической локализации А.Р. Лурия.
* специфика использования основных понятий нейропсихологии «функция», «локализация», «симптом», «синдром», «фактор», «синдромный анализ» в нейропсихологии детского возраста.
* функциональные блоки мозга по А.Р. Лурия. Строение, функции.
* принцип гетерохронности в морфо- и функциогенезе. Внутри­системная и межсистемная гетерохронность.
* основные принципы системогенеза.
* показатели морфологического созревания мозга. Основные за­кономерности морфологического созревания мозга.
* функциональные критерии развития мозга. Основные законо­мерности функционального созревания мозговых структур.
* морфофункциональное созревание функциональных блоков мозга в онтогенезе.
* соотношение развития и влияния среды. Теории научения. Тео­рии созревания.

1. **Рекомендованная литература по теме занятия**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| №  п/п | Наименование | Издательство | Год  выпуска |

**Обязательная**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 1. | Лурия А.Р. Высшие корковые функции человека и их нарушения при локальных поражениях мозга / А.Р. Лурия. | СПб.: Питер | 2007 |
| 2. | Семенович А.В. Нейропсихологическая диагностика и коррекция в детском возрасте. | М.: Академия | 2002 |
| 3. | Семенович, А. В. Нейропсихологическая коррекция в детском возрасте. Метод замещающего онтогенеза: учебное пособие/ А. В. Семенович. - 2-е изд. | М.: Генезис | 2008 |
| 4. | Визель Т.Г. Основы нейропсихологии: учеб. для студентов вузов Т.Г. Визель. | М.: АСТАстрель Транзиткнига | 2005 |
| 5. | Клиническая психология / под ред. Карвасарского Б.Д. | СПб.: Питер | 2010 |
| 6. | Микадзе Ю.В. Нейропсихология детского возраста: Учебное пособие. | СПб.:Питер | 2008 |

**Дополнительная**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 1. | Психология. (Лекции для студентов медицинских вузов), Творогова Н. Д. | М.: ГОУ ВУНМЦ РФ | 2002 |
| 2. | Клиническая психология / под ред. М.Перре , У.Бауманна | СПб.: Питер | 2007 |
| 3. | Корсакова Н. К., Московичюте Л. И. Клиническая нейропсихология. | М.: МГУ | 1988 |

**Электронные ресурсы**

|  |  |
| --- | --- |
| 1. | ИБС КрасГМУ |
| 2. | БМ МедАрт |
| 3. | БД Ebsco |

Государственное бюджетное образовательное учреждение высшего профессионального образования «Красноярский государственный медицинский университет имени профессора В.Ф. Войно-Ясенецкого»

Министерства здравоохранения Российской Федерации

ГБОУ ВПО КрасГМУ им. проф. В.Ф. Войно-Ясенецкого Минздрава России

Кафедра нервных болезней с курсом медицинской реабилитации ПО

**МЕТОДИЧЕСКИЕ УКАЗАНИЯ**

**ДЛЯ ОБУЧАЮЩИХСЯ**

**по дисциплине «Спецпрактикум по коррекционно-развивающему обучению с супервизией»**

**для специальности** 030401 Клиническая психология (очно-заочная форма обучения)

**К СЕМИНАРСКОМУ** **ЗАНЯТИЮ № 15**

**ТЕМА:** **«Методы нейропсихологического обследования. Произвольное и непроизвольное внимание. Исследование символического гнозиса. Исследование счет».**

Утверждены на кафедральном заседании протокол .

Заведующий кафедрой

Доктор медицинских наук, профессор Прокопенко С.В.

Составители: доктор медицинских наук, профессор Прокопенко С.В.

кандидат медицинских наук, доцент Харламова Г.В.

кандидат медицинских наук, ассистент Можейко Е.Ю.

доктор медицинских наук, профессор Похабов Д.В.

доктор медицинских наук, профессор Народова В.В.

кандидат медицинских наук, доцент Дроздова Л.Н.

доктор медицинских наук, профессор Колесникова И.В.

ассистент Швецова И.Н.

Красноярск

2013г.

**1. Занятие №15**

**Тема:** «Методы нейропсихологического обследования. Произвольное и непроизвольное внимание. Исследование символического гнозиса. Исследование счет».

**2. Форма организации занятия:** семинар.

**3.Значение изучения темы:**

В клиническойпрактике нейропсихологический метод занимает особое место в ряду научных дисциплин, обращенных к проблеме онтогенеза в норме и патологии. Только он позволяет оценить и описать те системно-динамические перестройки, которые сопровождают психическое развитие ребенка с точки зрения его мозгового обеспечения. Но описать — это значит понять. Понять глубинные механизмы его психического статуса и спланировать адекватную онтогенезу именно этого, конкретного ребенка программу психолого-педагогического сопровождения.

**4. Цели обучения:** освоения учебной дисциплины «Спецпрактикум по коррекционно-развивающему обучению с супервизией» состоит в овладении знаниями психологической диагностики заболеваний, психологической помощи и восстановлению психических функций.

**Студент должен знать**:

* закономерности формирования мозговой организации психических процессов, специфику детского мозга, строение, состав мозговых зон, вовлекаемых в работу нейрофизиологических функциональных систем;
* специфику нейропсихологического исследования детей и возможности использования их как в клинической практике, так и психолого-педагогической деятельности.

**Студент должен уметь:**

* применять полученные знания при решении психолого-педагогических задач;
* квалифицировать затруднения, возникающие у детей в ходе учебной деятельности и прогнозировать успешность ребенка в различных видах деятельности, в том числе и обучении, на основе нейропсихологического анализа;
* организовывать нейропсихологическое обследование, коррекцию детей дошкольного и младшего школьного возраста.

**Студент должен владеть:**

* категориальным аппаратом нейропсихологии детского возраста;
* навыками организации нейропсихологической диагностики, коррекции и реабилитации в детском возрасте.

**5. План изучения темы:**

**5.1. Контроль исходного уровня знаний**

|  |  |
| --- | --- |
| 1. | ГДЕ нарушается тактильная чувствительность При очаговом поражении правой верхнетеменной зоны   * 1. правой руке;   2. на левой руке;   3. на левой руке больше, чем на правой;   4. на обеих руках в одинаковой степени;   5. во всем теле. |
| 2. | Нижнетеменная зона выполняет следующие функции   * 1. осуществляет сложные синтезы афферентной информации всех модальностей;   2. регулирует зрительное восприятие;   3. осуществляет анализ и синтез гностической информации;   4. выполняет роль речевого центра;   5. регулирует слуховое восприятие. |
| 3. | Нарушения ориентировки в формализованном пространстве проявляются:   * 1. в явлениях зеркальности;   2. в неправильном отражении пространственных признаков объекта на листе бумаги;   3. в невозможности совершить копирование с перешифровкой;   4. все перечисленное;   5. ничего из выше перечисленного. |
| 4. | ЧТО ОСТАЕТСЯ СОХРАННЫМ При поражении в первичных проекционных зонах постцентральных отделов мозга   * 1. чувствительность в соответствующих «чувствительному человечку» сегментах тела;   2. динамический праксис;   3. глубокая чувствительность;   4. тонкие произвольные движения;   5. нет правильного ответа |
| 5. | Афферентный парез характеризуется всем, кроме:   * 1. нарушением комплексных движений;   2. расстройством тонких произвольных движений;   3. двигательные импульсы теряют свой четкий дифференцированный адрес;   4. двигательные импульсы не доходят до нужных мышечных групп;   5. всего выше перечисленного. |

**5.2 Основные положения и понятия темы**

Внимание Исследование процесса формирования внимания показало, что уже в первые месяцы постнатальной жизни появляется возможность вы­деления качества новизны стимула. Начиная с 2-3-месячиого воз­раста восприятие новых стимулов вызывает характерный комплекс оживления. Этот возраст можно считать критическим для формиро­вания процесса внимания, поскольку в это время, с одной стороны, происходит становление механизмов анализа и первичной перера­ботки информации и, с другой стороны, развитие познавательной потребности приводит к привлечению и поддержанию внимания к но­вому стимулу. В дошкольном возрасте большую роль для привлечения внимания играют эмоционально значимые стимулы. В старшем дошкольном воз­расте (6-7 лет), несмотря на преобладание роли эмоциональных сти­мулов, существенно начинает возрастать способность связать процесс восприятия и ответные действия с речевой инструкцией. Качественные сдвиги в организации процесса внимания возникают в возрасте 9-10 лет. В этом возрасте эмоционально нейтральные раз­дражители впервые становятся более эффективными возбудителями внимания, чем стимулы, обладающие непосредственной эмоциональ­ной значимостью. В онтогенезе четко прослеживается переход от диффузных связей раз­личных отделов коры с преимущественной локализацией в каудальных отделах (5 лет) к формированию локальных очагов, устойчиво удержи­вающихся при введении команды «внимание» сначала в переднецентральных отделах коры правого (7-8 лет), а затем левого (9-11 лет) полу­шария. Формирование локальных очагов рассматривается как условие проявления основного свойства внимания — избирательности. В периоде 11-12 до 14-15 лет возникают существенные перестрой­ки, связанные с половым созреванием и сопровождаемые отклонени­ями во внимании (повышенная эмоциональность и снижение корко­вого контроля, формирование вызванных потенциалов, характерных для более младшего возраста). Оптимальная система внимания уста­навливается к концу подросткового возраста (Дубровинская Н. В., 1985; Фарбер Д. А. и др., 1988,1990, 1997).  
Счет

Исследование счета по существу уже описано выше в разных разделах. Это зрительный и пространственный цифровой гнозис, написание и чтение отдельных цифр и чисел, тест Шульте, воспроизведение числового ряда в прямом и обратном порядке; серийный счет «100 — 7» и «30— 1 и 2».

**5.3. Самостоятельная работа по теме:**

- разбор темы;

- отработка коррекционных методик;

- разбор пациентов, решение ситуативных задачь

**5.4. Итоговый контроль знаний:**

- ответы на вопросы по теме занятия;

- решение ситуационных задач, тестовых заданий по теме.

|  |  |
| --- | --- |
| 1. | В ЧЕМ ЗАКЛЮЧАЕТСЯ Регуляция состояний активности лобными долями   * 1. регуляции процессов активации;   2. регуляции произвольного внимания;   3. создании необходимого тонуса коры;   4. все перечисленное;   5. нет правильного ответа. |
| 2. | Инструментом выделения нейропсихологического фактора является:   1. совокупность физиологических исследований; 2. клиническая беседа с больным или испытуемым; 3. синдромный анализ; 4. математические процедуры; 5. ультразвуковое обследование. |
| 3. | При поражении лобных долей экспериментально выявляются следующее нарушение движений и действий, кроме   * 1. эхопраксическое выполнение;   2. патологическая инертность исполнительного звена совершения действия;   3. замена программы действий инертными стереотипами;   4. патологической инертностью характеризуются способы и системы действий;   5. никаких из выше перечисленных. |
| 4. | ИЗ КАКИХ проекционных зон состоят Премоторные зоны коры   * 1. первичных;   2. вторичных;   3. третичных;   4. все перечисленное;   5. нет правильного ответа. |
| 5. | В КАКИХ ОТДЕЛАХ При поражении в премоторных зонах левого полушария нарушаются движения   * 1. правой руке;   2. левой руке;   3. преимущественно правой руке и немного – левой;   4. обеих рук в одинаковой степени;   5. во всем теле. |

Задачи:

|  |  |
| --- | --- |
| 1. | Больная Ю., 66 лет. В прошлом работала препода-  вателем средней школы. В психиатрической больнице находится  три года без выписки. Сознание ясное. Себя называет правильно,  но при беседе обнаруживается, что больная не помнит текущей  даты, не помнит своего возраста, не помнит, сколько времени на-  ходится в больнице, не помнит, как зовут лечащего врача. Настрое-  ние хорошее. На просьбу вспомнить, чем она занималась вчера, со-  общила следующее: «Вчера с утра были занятия, проходили тему  “Пушкин и декабристы“. А затем сидела на педсовете. Хулигана  Галкина опять обсуждали». |
| 2. | Больной З., 78 лет, колхозник. В течение несколь-  ких недель находился на лечении в психиатрической больнице,  жалуется лишь на отсутствие зрения на правый глаз, где имеет-  ся помутнение роговицы. В отделении спокоен, подсаживается 43  к больнымпожилоговозраста, очем-тоснимибеседует. Вобщении  с врачом, больными вежлив, предупредителен, даже несколько сла-  щав. Приветливо здоровается, но встретив врача через несколько  минут, приветствует его снова. Часто приоткрывает дверь в каби-  нет и вежливо осведомляется, не пришел ли консультант-окулист,  через пять минут спрашивает о том же. Числа, месяца, года назвать  не может. Видя вокруг людей в белых халатах, догадывается, что  его положили в больницу, но какую, не помнит. Рассказывает, что  только вчера приехал из деревни: «Вот лошадь во дворе привязал,  сейчас ходил сена ей давал». Вернувшись после консультации из  кабинета профессора, всем рассказывает с убеждением, что про-  фессор угощал его шампанским, сердился, когда ему говорили,  что этого не было. Любит рассказывать о днях своей молодости,  помнит события прошлых лет, правильно воспроизводит события  войны, в которой принимал участие. Перечисляет имена своих де-  тей, назвать имена внуков не может, говорит каждый раз разные.  Квалифицировать нарушения памяти и синдром. |
| 3. | Больной M., 23 лет, после тяжелой травмы головы  лечился в больнице в течение 6 месяцев с нарушениями памяти.  В то время не мог воспроизвести события пятилетней давности.  Спустя год после выписки: спокоен. Охотно отвечает на вопросы.  Обнаруживает амнезию на период, предшествующий травме. Не  помнит событий после травмы, амнезировал пребывание в трав-  матологическом отделении; месяцы, проведенные в психиатриче-  ской больнице. Помнит, что к нему «иногда» приезжали родители.  Помнит хорошо день выписки. С трудом вспомнил имена врачей  и медицинского персонала. Жалуется, что у него «плохая память»  : «все приходится записывать».  Квалифицировать нарушения памяти. |
| 4. | Больной с возмущением говорил: «Ужасные без-  образия творятся в этой клинике, вчера, например, меня посадили  в клетку, а до этого заставили вылезать на улицу через окно».  Определить нарушения памяти. |
| 5. | Больная 43 лет, поступает в психиатрическую боль-  ницу с одинаковыми состояниями в четвертый раз. Настроение  повышено, многоречива, деятельна, плохо спит. Читает наизусть  стихи Блока и страницы из произведений Чехова почти без оши-  бок, можно сверять с текстом. Когда такие состояния проходят, то  стихи помнит отрывками, а прозу воспроизвести не может.  Как называются такие временные нарушения памяти? |

1. **Домашнее задание для уяснения темы занятия**

* составление плана диагностического исследования ребёнка;
* составление плана коррекционного исследования ребёнка;
* ведение протокола исследования;
* супервизия работы студента с ребёнком;
* обсуждение результатов экспериментально-психологического исследования ребёнка;
* написание заключения экспериментально-психологического исследования;
* обсуждение и коррекция заключения экспериментально-психологического исследования.
* основные принципы, определяющие формирование психичес­ких функций в теории системной динамической локализации А.Р. Лурия.
* специфика использования основных понятий нейропсихологии «функция», «локализация», «симптом», «синдром», «фактор», «синдромный анализ» в нейропсихологии детского возраста.
* функциональные блоки мозга по А.Р. Лурия. Строение, функции.
* принцип гетерохронности в морфо- и функциогенезе. Внутри­системная и межсистемная гетерохронность.
* основные принципы системогенеза.
* показатели морфологического созревания мозга. Основные за­кономерности морфологического созревания мозга.
* функциональные критерии развития мозга. Основные законо­мерности функционального созревания мозговых структур.
* морфофункциональное созревание функциональных блоков мозга в онтогенезе.
* соотношение развития и влияния среды. Теории научения. Тео­рии созревания.

1. **Рекомендованная литература по теме занятия**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| №  п/п | Наименование | Издательство | Год  выпуска |

**Обязательная**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 1. | Лурия А.Р. Высшие корковые функции человека и их нарушения при локальных поражениях мозга / А.Р. Лурия. | СПб.: Питер | 2007 |
| 2. | Семенович А.В. Нейропсихологическая диагностика и коррекция в детском возрасте. | М.: Академия | 2002 |
| 3. | Семенович, А. В. Нейропсихологическая коррекция в детском возрасте. Метод замещающего онтогенеза: учебное пособие/ А. В. Семенович. - 2-е изд. | М.: Генезис | 2008 |
| 4. | Визель Т.Г. Основы нейропсихологии: учеб. для студентов вузов Т.Г. Визель. | М.: АСТАстрель Транзиткнига | 2005 |
| 5. | Клиническая психология / под ред. Карвасарского Б.Д. | СПб.: Питер | 2010 |
| 6. | Микадзе Ю.В. Нейропсихология детского возраста: Учебное пособие. | СПб.:Питер | 2008 |

**Дополнительная**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 1. | Психология. (Лекции для студентов медицинских вузов), Творогова Н. Д. | М.: ГОУ ВУНМЦ РФ | 2002 |
| 2. | Клиническая психология / под ред. М.Перре , У.Бауманна | СПб.: Питер | 2007 |
| 3. | Корсакова Н. К., Московичюте Л. И. Клиническая нейропсихология. | М.: МГУ | 1988 |

**Электронные ресурсы**

|  |  |
| --- | --- |
| 1. | ИБС КрасГМУ |
| 2. | БМ МедАрт |
| 3. | БД Ebsco |

Государственное бюджетное образовательное учреждение высшего профессионального образования «Красноярский государственный медицинский университет имени профессора В.Ф. Войно-Ясенецкого»

Министерства здравоохранения Российской Федерации

ГБОУ ВПО КрасГМУ им. проф. В.Ф. Войно-Ясенецкого Минздрава России

Кафедра нервных болезней с курсом медицинской реабилитации ПО

**МЕТОДИЧЕСКИЕ УКАЗАНИЯ**

**ДЛЯ ОБУЧАЮЩИХСЯ**

**по дисциплине «Спецпрактикум по коррекционно-развивающему обучению с супервизией»**

**для специальности** 030401 Клиническая психология (очно-заочная форма обучения)

**К СЕМИНАРСКОМУ** **ЗАНЯТИЮ № 16**

**ТЕМА:** **«Функциональная несформированность межполушарных взаимодействий транскортикального уровня (мозолистого тела)»**

Утверждены на кафедральном заседании протокол .

Заведующий кафедрой

Доктор медицинских наук, профессор Прокопенко С.В.

Составители: доктор медицинских наук, профессор Прокопенко С.В.

кандидат медицинских наук, доцент Харламова Г.В.

кандидат медицинских наук, ассистент Можейко Е.Ю.

доктор медицинских наук, профессор Похабов Д.В.

доктор медицинских наук, профессор Народова В.В.

кандидат медицинских наук, доцент Дроздова Л.Н.

доктор медицинских наук, профессор Колесникова И.В.

ассистент Швецова И.Н.

Красноярск

2013г.

**1. Занятие №16**

**Тема:** «Функциональная несформированность межполушарных взаимодействий транскортикального уровня (мозолистого тела)».

**2. Форма организации занятия:** семинар – в интерактивной форме в виде дебатов.

**3. Значение изучения темы:**

В клиническойпрактике нейропсихологический метод занимает особое место в ряду научных дисциплин, обращенных к проблеме онтогенеза в норме и патологии. Только он позволяет оценить и описать те системно-динамические перестройки, которые сопровождают психическое развитие ребенка с точки зрения его мозгового обеспечения. Но описать — это значит понять. Понять глубинные механизмы его психического статуса и спланировать адекватную онтогенезу именно этого, конкретного ребенка программу психолого-педагогического сопровождения.

**4. Цели обучения:** освоения учебной дисциплины «Спецпрактикум по коррекционно-развивающему обучению с супервизией» состоит в овладении знаниями психологической диагностики заболеваний, психологической помощи и восстановлению психических функций.

**Студент должен знать**:

* закономерности формирования мозговой организации психических процессов, специфику детского мозга, строение, состав мозговых зон, вовлекаемых в работу нейрофизиологических функциональных систем;
* специфику нейропсихологического исследования детей и возможности использования их как в клинической практике, так и психолого-педагогической деятельности.

**Студент должен уметь:**

* применять полученные знания при решении психолого-педагогических задач;
* квалифицировать затруднения, возникающие у детей в ходе учебной деятельности и прогнозировать успешность ребенка в различных видах деятельности, в том числе и обучении, на основе нейропсихологического анализа;
* организовывать нейропсихологическое обследование, коррекцию детей дошкольного и младшего школьного возраста.

**Студент должен владеть:**

* категориальным аппаратом нейропсихологии детского возраста;
* навыками организации нейропсихологической диагностики, коррекции и реабилитации в детском возрасте.

**5. План изучения темы:**

**5.1. Контроль исходного уровня знаний**

|  |  |
| --- | --- |
| 1. | Нейропсихологические синдромы подразделяются на:   * 1. синдромы поражения коры головного мозга и глубоких подкорковых структур;   2. синдромы поражения передних и задних отделов мозга;   3. синдромы поражения правого и левого полушарий мозга;   4. синдромы поражения первичных, вторичных и третичных проекционных зон мозга;   5. синдромы поражения левого полушария мозга у правшей. |
| 2. | ЧТО ВКЛЮЧАЕТ В СЕБЯ Синдромы поражения коры медиобазальных отделов височной области   * 1. дефекты «общей памяти»;   2. аффективные пароксизмы;   3. нарушения сознания;   4. все перечисленное;   5. ничего из выше перечисленного. |
| 3. | Анализ речевой продукции больных олигофренией в степени дебильности показывает   1. за многословием скрывается довольно бедный словарный запас 2. речь их изобилует штампами 3. часто неверно употребляются слова 4. все перечисленное; 5. ничего из выше перечисленного |
| 4. | Очаговые поражения конвекситальных отделов лобных долей проявляются преимущественно   * 1. нарушением организации движений и действий;   2. инертностью и инактивностью речевых процессов;   3. нарушением регуляции мнестических и интеллектуальных процессов;   4. всем перечисленным;   5. нет правильного ответа. |
| 5. | Исследование гностических процессов заключается во всем, кроме   * 1. изучении процессов зрительной и слухо – речевой памяти;   2. изучении зрительного восприятия;   3. изучении слухо – речевого восприятия;   4. изучении тактильного и пространственного восприятия;   5. все выше перечисленное. |

**5.2 Основные положения и понятия темы**

Данный синдром актуализируется характерным набором специфических признаков **«функциональной дезинтеграции» мозговых полушарий**в детстве.  
  
г  
  
Глава 6. Нейропсихологическая синдромология отклоняющегося развития 231  
  
На первый план у этих детей выступает накопление амбилате-ральных черт в пробах на исследование латеральных (сенсорных и моторных) предпочтений. То есть среди них много лиц с несформированной доминантной рукой, глазом, ухом. Это не значит, что они левши или амбидекстры, что доказывает динамика коррекционных занятий. Однако указанная доминантность, которая в норме уже достаточно отчетлива к 6 годам, у этих детей окончательно формируется лишь к 9—10-летнему возрасту  
  
Все они демонстрируют первичную несформированность рецип-рокной координации рук и конвергенции глаз.  
  
У них выявляется обилие реверсий (зеркальности) при восприятии, запоминании, написании букв и цифр. Однако наиболее специфично именно для данного синдрома возникновение полных или системных реверсий. В последнем случае имеет место восприятие и анализ значительного по объему перцептивного поля справа налево. Это может обнаружить себя при рассматривании и назывании значительного по объему числа любых изображений, в ходе интерпретации сюжетных картин (особенно серийных), в чтении, при воспроизведении эталонов зрительной памяти, в счете. Характерным в последнем случае является, например, вычитание из нижнего числа верхнего или слева направо.  
  
Так, при написании собственного имени «Инна» ребенок сначала (справа) пишет букву «А», затем с левого края — «И», затем в образовавшемся проеме «НН». При воспроизведении 6 фигур здесь возможны два варианта. В одном случае ребенок начинает воспроизводить ряд от последней фигуры к первой (справа налево); в результате достигается правильный результат, но «отзеркалена» стратегия воспроизведения. В другом варианте демонстрируется полная реверсия — фигурки рисуются от первой к последней, но справа налево, то есть «отзеркален» сам мнестический материал.  
  
Патогномоничным для этих детей является маркировка, опосредствование зрительного материала: знаковая, если они запоминают невербализуемые эталоны, и, наоборот, образная, если необходимо запомнить буквы. Например, запоминая 6 фигур, ребенок проговаривает: «...это похоже на 4, а это на М...» и т.д. А при необходимости запомнить «д», наоборот, оно маркируется как «кружочек и петелька», что легко превращает впоследствии «д» в «б» или в «а».  
  
Имеет место отчетливая тенденция к игнорированию левой половины перцептивного поля и латеральные отличия при выполнении одного и того же задания правой и левой руками (рисунок, копирование, конструирование, письмо и т.д.). Так, выполняя динамический праксис правой рукой, ребенок раздвигает эти три движения (кулак-ребро-  
  
232 Введение в нейропсихологию детского возраста  
  
ладонь) в пространстве, в остальном верно выполняя задание; левой же рукой он, разворачивая ладонь на 90° относительно кисти, выполняет тест вдоль края стола. Копируя фигуры Рея и Тейлора соответственно левой и правой руками, ребенок использует не только разные стратегии, но допускает абсолютно различные по характеру ошибки, так что возникает впечатление, будто тест выполнен двумя разными людьми. Аналогично, при выполнении мнестических тестов, такой ребенок может оказаться не в состоянии перенести полностью эталонный материал, уже верно воспроизведенный одной рукой, на другую.  
  
Обнаруживается несформированность фонематического слуха, что особенно ярко проявляется на следах памяти и в письме. Дети этой группы, верно повторяя диктуемое слово, испытывают отчетливые трудности при переводе его звукового образа в графический: при анализе ошибок виден результат соединения ребенком отдельных элементов, которыми для него являются и звуки, составляющие слово, и компоненты этих звуков, и буквы: «в кустах — вукстх», «полезный — лпознй», «добывать — бонвар», «болото — досоно».  
  
Буквы, как видно из примеров, явно не сформированы как вербальные знаки, что подтверждается одинаковыми по качеству и количеству параграфиями и реверсиями при запоминании этими детьми геометрических фигур, букв и цифр. Очевидно, что в этих случаях не выстраивается гештальт, структура слова-образа, налицо невозможность полноценного взаимодействия между звуковым и графическимвербальными эквивалентами; отсюда — обилие перестановок, во многом чисто пространственного происхождения, утраты гласных, угадывающее чтение и т.п.  
  
Явно недостаточно автоматизированной остается у этих детей функция номинации по анемическому типу, что связано с дефицитом межполушарного обеспечения зрительно-номинативного комплекса. Это может, например, проявляться в том, что называние затруднено только в отношении тех изображений, которые расположены в левой половине страницы.  
  
Изначально сам термин «аномия» возник при описании больных с «расщепленным мозгом», для отражения невозможности называния (левое полушарие) ими предметов, экспонируемых тактильно или зрительно в левую половину перцептивного поля (правое полушарие) из-за прерывания межполушарных связей. У детей с функциональной несформированностью парной работы полушарий актуализация данного патофеномена доказывает еще раз, что онтогенез номинативной функции речи не в последнюю очередь зависит от того, насколько с самого раннего возраста активна у ребенка связь между вектором и  
  
Глава 6. Нейропсихологическая синдромология отклоняющегося развития 233  
  
содержанием симультанного, полимодального восприятия образа (правое полушарие) и словом (левое полушарие).  
  
При исследовании памяти здесь часты «краевые» эффекты: прежде всего воспроизводятся первый и последний эталоны. Для этой категории детей характерно использование различных стратегий решения интеллектуальных задач, что производит впечатление одновременного сосуществования двух систем мышления, поскольку в одном и том же эксперименте ребенок может использовать то одну из них, то другую. Например, в задании «Четвертый лишний» на равных могут присутствовать способ решения с опорой на обобщающий классификационный признак (значение) и тенденция к опоре на латентные, конкретно-ситуативные признаки; причем никакой корреляции со сложностью задания не отмечается.  
  
Понятно, что перечисленное приводит к множеству вторичных дефектов, необычность и мозаичность которых иногда внешне проявляется весьма ярким фасадом, подчас приводящим не просто к учебной дизадаптации, но к неоправданным «диагнозам». В то же время корригирующие занятия, ориентированные на формирование межпо-лушарных взаимодействий, доказывают, что все эти трудности элиминируются достаточно быстро, если в ходе коррекции соблюдаются иерархические закономерности становления парной работы полушарий мозга.

**5.3. Самостоятельная работа по теме:**

- разбор темы;

- отработка коррекционных методик;

- разбор пациентов, решение ситуативных задачь

**5.4. Итоговый контроль знаний:**

- ответы на вопросы по теме занятия;

- решение ситуационных задач, тестовых заданий по теме.

|  |  |
| --- | --- |
| 1. | КАКИЕ СТРУКТУРЫ ВХОДЯТ В медиальные отделы коры   * 1. образования древней, старой и межуточной коры;   2. неспецифические ядра зрительного бугра и другие неспецифические образования;   3. образования верхнего ствола;   4. гипоталамические структуры;   5. ничего из выше перечисленного. |
| 2. | в какой реализации Правое полушарие обладает относительной доминантностью   * 1. невербальных гностических функций у правшей;   2. вербальных функций у левшей;   3. функции пространственного восприятия у левшей и амбидекстров;   4. двигательной функции у правшей;   5. счетных операциях. |
| 3. | Особенно четко асимметрия строения наблюдается В   * 1. ядрах таламуса, которые связаны с речевыми функциями;   2. стволе мозга;   3. лобных отделах коры;   4. комиссурах мозга;   5. затылочных отделах. |
| 4. | КАКИЕ НАРУШЕНИЯ При поражении медиальных и медиобазальных отделов коры в эксперименте   * 1. замедление всех функций;   2. голос вялый и афоничный;   3. выраженные изменения аффективных процессов;   4. все перечисленное;   5. ничего из выше перечисленного. |
| 5. | КАКИЕ ВЫЯВЛЯЮТСЯ НАРУШЕНИЯ При ОБследовании больных эпилепсией   1. познавательных процессов 2. эмоциональных процессов 3. личности 4. все перечисленное; 5. ничего из выше перечисленного. |

Задачи:

|  |  |
| --- | --- |
| 1. | Больная Ю., 66 лет. В прошлом работала препода-  вателем средней школы. В психиатрической больнице находится  три года без выписки. Сознание ясное. Себя называет правильно,  но при беседе обнаруживается, что больная не помнит текущей  даты, не помнит своего возраста, не помнит, сколько времени на-  ходится в больнице, не помнит, как зовут лечащего врача. Настрое-  ние хорошее. На просьбу вспомнить, чем она занималась вчера, со-  общила следующее: «Вчера с утра были занятия, проходили тему  “Пушкин и декабристы“. А затем сидела на педсовете. Хулигана  Галкина опять обсуждали». |
| 2. | Больной З., 78 лет, колхозник. В течение несколь-  ких недель находился на лечении в психиатрической больнице,  жалуется лишь на отсутствие зрения на правый глаз, где имеет-  ся помутнение роговицы. В отделении спокоен, подсаживается 43  к больнымпожилоговозраста, очем-тоснимибеседует. Вобщении  с врачом, больными вежлив, предупредителен, даже несколько сла-  щав. Приветливо здоровается, но встретив врача через несколько  минут, приветствует его снова. Часто приоткрывает дверь в каби-  нет и вежливо осведомляется, не пришел ли консультант-окулист,  через пять минут спрашивает о том же. Числа, месяца, года назвать  не может. Видя вокруг людей в белых халатах, догадывается, что  его положили в больницу, но какую, не помнит. Рассказывает, что  только вчера приехал из деревни: «Вот лошадь во дворе привязал,  сейчас ходил сена ей давал». Вернувшись после консультации из  кабинета профессора, всем рассказывает с убеждением, что про-  фессор угощал его шампанским, сердился, когда ему говорили,  что этого не было. Любит рассказывать о днях своей молодости,  помнит события прошлых лет, правильно воспроизводит события  войны, в которой принимал участие. Перечисляет имена своих де-  тей, назвать имена внуков не может, говорит каждый раз разные.  Квалифицировать нарушения памяти и синдром. |
| 3. | Больной M., 23 лет, после тяжелой травмы головы  лечился в больнице в течение 6 месяцев с нарушениями памяти.  В то время не мог воспроизвести события пятилетней давности.  Спустя год после выписки: спокоен. Охотно отвечает на вопросы.  Обнаруживает амнезию на период, предшествующий травме. Не  помнит событий после травмы, амнезировал пребывание в трав-  матологическом отделении; месяцы, проведенные в психиатриче-  ской больнице. Помнит, что к нему «иногда» приезжали родители.  Помнит хорошо день выписки. С трудом вспомнил имена врачей  и медицинского персонала. Жалуется, что у него «плохая память»  : «все приходится записывать».  Квалифицировать нарушения памяти. |
| 4. | Больной с возмущением говорил: «Ужасные без-  образия творятся в этой клинике, вчера, например, меня посадили  в клетку, а до этого заставили вылезать на улицу через окно».  Определить нарушения памяти. |
| 5. | Больная 43 лет, поступает в психиатрическую боль-  ницу с одинаковыми состояниями в четвертый раз. Настроение  повышено, многоречива, деятельна, плохо спит. Читает наизусть  стихи Блока и страницы из произведений Чехова почти без оши-  бок, можно сверять с текстом. Когда такие состояния проходят, то  стихи помнит отрывками, а прозу воспроизвести не может.  Как называются такие временные нарушения памяти? |

1. **Домашнее задание для уяснения темы занятия**

* составление плана диагностического исследования ребёнка;
* составление плана коррекционного исследования ребёнка;
* ведение протокола исследования;
* супервизия работы студента с ребёнком;
* обсуждение результатов экспериментально-психологического исследования ребёнка;
* написание заключения экспериментально-психологического исследования;
* обсуждение и коррекция заключения экспериментально-психологического исследования.
* основные принципы, определяющие формирование психичес­ких функций в теории системной динамической локализации А.Р. Лурия.
* специфика использования основных понятий нейропсихологии «функция», «локализация», «симптом», «синдром», «фактор», «синдромный анализ» в нейропсихологии детского возраста.
* функциональные блоки мозга по А.Р. Лурия. Строение, функции.
* принцип гетерохронности в морфо- и функциогенезе. Внутри­системная и межсистемная гетерохронность.
* основные принципы системогенеза.
* показатели морфологического созревания мозга. Основные за­кономерности морфологического созревания мозга.
* функциональные критерии развития мозга. Основные законо­мерности функционального созревания мозговых структур.
* морфофункциональное созревание функциональных блоков мозга в онтогенезе.
* соотношение развития и влияния среды. Теории научения. Тео­рии созревания.

1. **Рекомендованная литература по теме занятия**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| №  п/п | Наименование | Издательство | Год  выпуска |

**Обязательная**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 1. | Лурия А.Р. Высшие корковые функции человека и их нарушения при локальных поражениях мозга / А.Р. Лурия. | СПб.: Питер | 2007 |
| 2. | Семенович А.В. Нейропсихологическая диагностика и коррекция в детском возрасте. | М.: Академия | 2002 |
| 3. | Семенович, А. В. Нейропсихологическая коррекция в детском возрасте. Метод замещающего онтогенеза: учебное пособие/ А. В. Семенович. - 2-е изд. | М.: Генезис | 2008 |
| 4. | Визель Т.Г. Основы нейропсихологии: учеб. для студентов вузов Т.Г. Визель. | М.: АСТАстрель Транзиткнига | 2005 |
| 5. | Клиническая психология / под ред. Карвасарского Б.Д. | СПб.: Питер | 2010 |
| 6. | Микадзе Ю.В. Нейропсихология детского возраста: Учебное пособие. | СПб.:Питер | 2008 |

**Дополнительная**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 1. | Психология. (Лекции для студентов медицинских вузов), Творогова Н. Д. | М.: ГОУ ВУНМЦ РФ | 2002 |
| 2. | Клиническая психология / под ред. М.Перре , У.Бауманна | СПб.: Питер | 2007 |
| 3. | Корсакова Н. К., Московичюте Л. И. Клиническая нейропсихология. | М.: МГУ | 1988 |

**Электронные ресурсы**

|  |  |
| --- | --- |
| 1. | ИБС КрасГМУ |
| 2. | БМ МедАрт |
| 3. | БД Ebsco |

Государственное бюджетное образовательное учреждение высшего профессионального образования «Красноярский государственный медицинский университет имени профессора В.Ф. Войно-Ясенецкого»

Министерства здравоохранения Российской Федерации

ГБОУ ВПО КрасГМУ им. проф. В.Ф. Войно-Ясенецкого Минздрава России

Кафедра нервных болезней с курсом медицинской реабилитации ПО

**МЕТОДИЧЕСКИЕ УКАЗАНИЯ**

**ДЛЯ ОБУЧАЮЩИХСЯ**

**по дисциплине «Спецпрактикум по коррекционно-развивающему обучению с супервизией»**

**для специальности** 030401 Клиническая психология (очно-заочная форма обучения)

**К СЕМИНАРСКОМУ** **ЗАНЯТИЮ № 17**

**ТЕМА:** **«Функциональная несформированность правого полушария».**

Утверждены на кафедральном заседании протокол .

Заведующий кафедрой

Доктор медицинских наук, профессор Прокопенко С.В.

Составители: доктор медицинских наук, профессор Прокопенко С.В.

кандидат медицинских наук, доцент Харламова Г.В.

кандидат медицинских наук, ассистент Можейко Е.Ю.

доктор медицинских наук, профессор Похабов Д.В.

доктор медицинских наук, профессор Народова В.В.

кандидат медицинских наук, доцент Дроздова Л.Н.

доктор медицинских наук, профессор Колесникова И.В.

ассистент Швецова И.Н.

Красноярск

2013г.

**1. Занятие №17**

**Тема:** «Функциональная несформированность правого полушария».

**2. Форма организации занятия:** семинар – в интерактивной форме в виде дебатов.

**3. Значение изучения темы:**

В клиническойпрактике нейропсихологический метод занимает особое место в ряду научных дисциплин, обращенных к проблеме онтогенеза в норме и патологии. Только он позволяет оценить и описать те системно-динамические перестройки, которые сопровождают психическое развитие ребенка с точки зрения его мозгового обеспечения. Но описать — это значит понять. Понять глубинные механизмы его психического статуса и спланировать адекватную онтогенезу именно этого, конкретного ребенка программу психолого-педагогического сопровождения.

**4. Цели обучения:** освоения учебной дисциплины «Спецпрактикум по коррекционно-развивающему обучению с супервизией» состоит в овладении знаниями психологической диагностики заболеваний, психологической помощи и восстановлению психических функций.

**Студент должен знать**:

* закономерности формирования мозговой организации психических процессов, специфику детского мозга, строение, состав мозговых зон, вовлекаемых в работу нейрофизиологических функциональных систем;
* специфику нейропсихологического исследования детей и возможности использования их как в клинической практике, так и психолого-педагогической деятельности.

**Студент должен уметь:**

* применять полученные знания при решении психолого-педагогических задач;
* квалифицировать затруднения, возникающие у детей в ходе учебной деятельности и прогнозировать успешность ребенка в различных видах деятельности, в том числе и обучении, на основе нейропсихологического анализа;
* организовывать нейропсихологическое обследование, коррекцию детей дошкольного и младшего школьного возраста.

**Студент должен владеть:**

* категориальным аппаратом нейропсихологии детского возраста;
* навыками организации нейропсихологической диагностики, коррекции и реабилитации в детском возрасте.

**5. План изучения темы:**

**5.1. Контроль исходного уровня знаний.**

|  |  |
| --- | --- |
| 1. | При поражении вторичных проекционных зон затылочной коры справа наблюдается все перечисленное, кроме   * 1. предметная агнозия;   2. лицевая агнозия;   3. оптическая алексия;   4. ложные узнавания;   5. все выше перечисленное. |
| 2. | * 1. нарушением восприятия веса, формы, материала при ощупывании;   2. астереогнозом;   3. трудностями восприятия пространственных отношений;   4. невозможностью идентификации предмета на ощупь;   5. нарушениями пальцевого восприятия. |
| 3. | 1. ЧТО РЕГУЛИРУЕТ Правая височная область регулирует    1. слухо – речевое восприятие;    2. неречевой слух;    3. слухо – речевую память;    4. восприятие музыкальных мелодий;    5. зрительный анализатор. |
| 4. | Верхнетеменная область анатомически примыкает к   * 1. интерорецепторам;   2. к поверхностным кожным рецепторам;   3. к внутренним мышечным рецепторам;   4. правильно В. и С;   5. нет правильного ответа. |
| 5. | КАКИЕ НАБЛЮДАЮТСЯ НАРУШЕНИЯ При поражении во вторичных проекционных зонах постцентральных отделов мозга   * 1. «дефект аморфосинтеза»;   2. афферентная апраксия;   3. афферентная моторная афазия;   4. все перечисленное;   5. нет правильного ответа. |

**5.2 Основные положения и понятия темы**

В первую очередь при синдроме функциональной несформиро-ванности правого полушария мозга обнаруживает себя **недостаточность пространственных представлений во всех формах**(метрические, структурно-топологические, координатные, проекционные). Известно, что все базисные пространственные представления либо полностью актуализируются правым полушарием (соматогнозис, метрические и структурно-топологические представления), либо формируются (как координатные, проекционные) в процессе парного взаимодействия полушарий, инициация которого также зависит от активности правого полушария.  
  
У детей с описываемым синдромом постоянными являются дефекты метрических синтезов: ошибки при оценке и воспроизведении расстояний, углов, пропорций, явления «расфокусировки» фрагментов эталонного образа при условии сохранения адекватной его струк-  
  
234 Введение в нейропсихологию детского возраста  
  
туры. Наблюдается структурно-топологический дефицит, связанный с изменением общей принципиальной схемы пространственного строения объекта, когда разрушается его целостный образ, а части и целое смещены относительно друг друга. Это наиболее часто встречающиеся патофеномены, которые актуализируются и в процессе восприятия, и на следах памяти, и в рисунке, копировании и письме.  
  
Здесь нередки предметные парагнозии типа «дом—шкаф», «кость — ручка от деревенского крана», «гвоздь — шприц... карандаш». Достаточно часты дефекты сомато- и лицевого гнозиса, цветоразличения и дифференциации эмоций, что особенно ярко актуализируется при рассматривании сюжетных картин, в ходе интерпретации которых неверно опознается пол, возраст, настроение действующих лиц.  
  
Ярко выражен дефицит удержания порядка мнестических эталонов. При этом характерно, что в слухо-речевой модальности нарушение порядка, как правило, имеет место наряду с правильным воспроизведением запоминаемых слов. Сравнительно редко можно встретить замену эталона; тогда в большинстве случаев актуализируются слова-ассоциации: например, вместо слова «дрова» — «топор». В другом варианте могут наблюдаться псевдоконфабуляции, например, при воспроизведении слов «кит-меч-круг» ребенок говорит: «кит... море... сено... сеновал...», впрочем, при повторной экфории абсолютно верно называя весь эталонный ряд.  
  
Аналогичные феномены могут встречаться и при пересказе, и при интерпретации сюжетной картинки, но они всегда при соответствующем указании со стороны психолога легко корригируются самим ребенком. Данное обстоятельство — привнесение побочных ассоциаций в продуктивную деятельность этих детей — вообще весьма для них характерно и связано с решающим участием правого полушария в опосредовании процессов переструктурирования воспринимаемой информации в любой модальности. Парадокс заключается в том, что такая неадекватность редко рефлексируется самим человеком как отклонение (в отличие, скажем, от речи или памяти): «Я так вижу!» Безусловно, это имеет и положительные стороны, например, в творчестве: обилие побочных ассоциаций, тенденция к постоянному переструктурированию и новообразованиям — залог продуктивного мышления и нетривиальных творческих находок. Но для описываемой категории детей такое фантазирование подчас заканчивается исключением из школы с формулировкой «слишком умный».  
  
В то же время в зрительной памяти нарушение порядка сочетается с обилием параграфий и реверсий. Эталонные образы видоизменяются и трансформируются до неузнаваемости. При этом обнаруживаются и реверсии, и контаминации, и искажения, связанные с метрически-  
  
Глава 6. Нейропсихологическая синдромология отклоняющегося развития 235  
  
ми и структурно-топологическими метаморфозами. Понятно, что такая ситуация не может не сказаться самым вредоносным образом на процессах усвоения букв, цифр и иного учебного материала в той его части, которая базируется на оптико-гностическом факторе.  
  
Речь и мышление при данном синдроме могут оставаться в пределах нормативных показателей, хотя для них характерно употребление суперабстрактных наименований там, где требуется самое обыденное. В ряде случаев эти процессы имеют подчеркнуто «взрослый», штамповый оттенок с обилием интонационно-мелодических и жес-то-мимических компонентов, метафорических акцентов и стремлением к использованию формы (фактуры и т.п.) как основы для интеллектуальной операции.  
  
Особо следует отметить, что описанные выше чисто гностические трудности могут ошибочно приниматься за недостаточность интеллектуальных операций. Например, ребенок отказывается решать задачу на исключение четвертого лишнего в наборе «зонт, фуражка, барабан, пистолет», при том, что остальные задания выполнялись верно; после некоторой неловкости выясняется, что фуражку он опознал как утюг...  
  
Отмеченная выше склонность к обильному фантазированию проявляется, в частности, в том, что тривиальная просьба назвать общее и различное между парой «соловей—воробей» оборачивается длительным перечислением отличий по типу: «у них глаза разные — у одного голубые, а у другого карие» и т.п. Вопрос экспериментатора, когда это он успел так интимно пообщаться с этими птахами, что рассмотрел цвет их глаз, приводит к очередной «байке». Почти никогда такие дети не скажут: «Не знаю». Но если попросить их вести себя «по-взрослому», можно очень быстро получить абсолютно адекватный ответ, хотя и с выводом в конце, что так решать данную задачу скучно.  
  
Нельзя не отметить, что в норме правое полушарие функционально включено в **обеспечение психическим процессам «защиты от шума»**в широком смысле этого слова. Другой его прерогативой является **инициация процессов межполушарного взаимодействия.**Понятно, что оба эти фактора при данном синдроме несформированности могут приводить к целому ряду вторичных погрешностей.  
  
Например, в процессе чтения такой ребенок может перескакивать через абзац или включать в решение математического примера числа из соседнего ряда («шум!»). У него нередко наблюдаются вторичные погрешности развития тех психологических факторов, онтогенез которых с необходимостью требует отлаженных взаимодействий между правым и левым полушариями; иными словами, могут иметь место какие-либо симптомы, описанные выше, в § 3. Разведе-  
  
236 Введение в нейропсихологию детского возраста  
  
ние этих внешне схожих феноменов имеет принципиальное значение, поскольку коррекция правополушарной функциональной не-сформированности требует применения специфически ориентированных методов.  
  
И последнее, что следует подчеркнуть, это высокую корреляцию между возникновением данного синдрома и наследственной эндокринной, сердечно-сосудистой и ревматической отягощенностью (особенно по линии матери).

**5.3. Самостоятельная работа по теме:**

- разбор темы;

- отработка коррекционных методик;

- разбор пациентов, решение ситуативных задачь

**5.4. Итоговый контроль знаний:**

- ответы на вопросы по теме занятия;

- решение ситуационных задач, тестовых заданий по теме.

|  |  |
| --- | --- |
| 1. | Обобщенность, отвлеченность, абстрактность являются существенными характеристиками мышления:   * 1. понятийного;   2. наглядно-действенного;   3. практического;   4. наглядно-образного;   5. все выше перечисленное. |
| 2. | КАКУЮ ФОРМУ ИМЕЕТ Кривая запоминания 10-ти слов у больных с синдромом аспонтанности   * 1. зигзагообразную;   2. плато;   3. равномерно возрастающую;   4. равномерно убывающую;   5. не равномерно убывающую. |
| 3. | C КАКИМИ отднлами связаны Нарушения контроля за исполнением собственного поведения   1. патология лобных долей; 2. повреждение глубоких структур мозга; 3. нарушение работы теменно-затылочных отделов мозга; 4. патология височных долей; 5. патология затылочных отделов. |
| 4. | 1. К ЧЕМУ ОТНОСТСЯ Снижение уровня обобщений и искажение процесса обобщения 2. нарушениям динамики мыслительных процессов; 3. нарушениям операционной стороны мышления; 4. нарушениям личностного компонента мышления; 5. нарушениям процесса саморегуляции познавательной деятельности; 6. нет верного ответа. |
| 5. | К самым известным экспериментально-психологическим методикам исследования внимания относятся   * 1. тест Бентона;   2. методика Шульте-Горбова;   3. метод «пиктограмм»;   4. методика «Классификация»;   5. проба Тойбера. |

Задачи:

|  |  |
| --- | --- |
| 1. | Больная Ю., 66 лет. В прошлом работала препода-  вателем средней школы. В психиатрической больнице находится  три года без выписки. Сознание ясное. Себя называет правильно,  но при беседе обнаруживается, что больная не помнит текущей  даты, не помнит своего возраста, не помнит, сколько времени на-  ходится в больнице, не помнит, как зовут лечащего врача. Настрое-  ние хорошее. На просьбу вспомнить, чем она занималась вчера, со-  общила следующее: «Вчера с утра были занятия, проходили тему  “Пушкин и декабристы“. А затем сидела на педсовете. Хулигана  Галкина опять обсуждали». |
| 2. | Больной З., 78 лет, колхозник. В течение несколь-  ких недель находился на лечении в психиатрической больнице,  жалуется лишь на отсутствие зрения на правый глаз, где имеет-  ся помутнение роговицы. В отделении спокоен, подсаживается 43  к больнымпожилоговозраста, очем-тоснимибеседует. Вобщении  с врачом, больными вежлив, предупредителен, даже несколько сла-  щав. Приветливо здоровается, но встретив врача через несколько  минут, приветствует его снова. Часто приоткрывает дверь в каби-  нет и вежливо осведомляется, не пришел ли консультант-окулист,  через пять минут спрашивает о том же. Числа, месяца, года назвать  не может. Видя вокруг людей в белых халатах, догадывается, что  его положили в больницу, но какую, не помнит. Рассказывает, что  только вчера приехал из деревни: «Вот лошадь во дворе привязал,  сейчас ходил сена ей давал». Вернувшись после консультации из  кабинета профессора, всем рассказывает с убеждением, что про-  фессор угощал его шампанским, сердился, когда ему говорили,  что этого не было. Любит рассказывать о днях своей молодости,  помнит события прошлых лет, правильно воспроизводит события  войны, в которой принимал участие. Перечисляет имена своих де-  тей, назвать имена внуков не может, говорит каждый раз разные.  Квалифицировать нарушения памяти и синдром. |
| 3. | Больной M., 23 лет, после тяжелой травмы головы  лечился в больнице в течение 6 месяцев с нарушениями памяти.  В то время не мог воспроизвести события пятилетней давности.  Спустя год после выписки: спокоен. Охотно отвечает на вопросы.  Обнаруживает амнезию на период, предшествующий травме. Не  помнит событий после травмы, амнезировал пребывание в трав-  матологическом отделении; месяцы, проведенные в психиатриче-  ской больнице. Помнит, что к нему «иногда» приезжали родители.  Помнит хорошо день выписки. С трудом вспомнил имена врачей  и медицинского персонала. Жалуется, что у него «плохая память»  : «все приходится записывать».  Квалифицировать нарушения памяти. |
| 4. | Больной с возмущением говорил: «Ужасные без-  образия творятся в этой клинике, вчера, например, меня посадили  в клетку, а до этого заставили вылезать на улицу через окно».  Определить нарушения памяти. |
| 5. | Больная 43 лет, поступает в психиатрическую боль-  ницу с одинаковыми состояниями в четвертый раз. Настроение  повышено, многоречива, деятельна, плохо спит. Читает наизусть  стихи Блока и страницы из произведений Чехова почти без оши-  бок, можно сверять с текстом. Когда такие состояния проходят, то  стихи помнит отрывками, а прозу воспроизвести не может.  Как называются такие временные нарушения памяти? |

1. **Домашнее задание для уяснения темы занятия**

* составление плана диагностического исследования ребёнка;
* составление плана коррекционного исследования ребёнка;
* ведение протокола исследования;
* супервизия работы студента с ребёнком;
* обсуждение результатов экспериментально-психологического исследования ребёнка;
* написание заключения экспериментально-психологического исследования;
* обсуждение и коррекция заключения экспериментально-психологического исследования.
* основные принципы, определяющие формирование психичес­ких функций в теории системной динамической локализации А.Р. Лурия.
* специфика использования основных понятий нейропсихологии «функция», «локализация», «симптом», «синдром», «фактор», «синдромный анализ» в нейропсихологии детского возраста.
* функциональные блоки мозга по А.Р. Лурия. Строение, функции.
* принцип гетерохронности в морфо- и функциогенезе. Внутри­системная и межсистемная гетерохронность.
* основные принципы системогенеза.
* показатели морфологического созревания мозга. Основные за­кономерности морфологического созревания мозга.
* функциональные критерии развития мозга. Основные законо­мерности функционального созревания мозговых структур.
* морфофункциональное созревание функциональных блоков мозга в онтогенезе.
* соотношение развития и влияния среды. Теории научения. Тео­рии созревания.

1. **Рекомендованная литература по теме занятия**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| №  п/п | Наименование | Издательство | Год  выпуска |

**Обязательная**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 1. | Лурия А.Р. Высшие корковые функции человека и их нарушения при локальных поражениях мозга / А.Р. Лурия. | СПб.: Питер | 2007 |
| 2. | Семенович А.В. Нейропсихологическая диагностика и коррекция в детском возрасте. | М.: Академия | 2002 |
| 3. | Семенович, А. В. Нейропсихологическая коррекция в детском возрасте. Метод замещающего онтогенеза: учебное пособие/ А. В. Семенович. - 2-е изд. | М.: Генезис | 2008 |
| 4. | Визель Т.Г. Основы нейропсихологии: учеб. для студентов вузов Т.Г. Визель. | М.: АСТАстрель Транзиткнига | 2005 |
| 5. | Клиническая психология / под ред. Карвасарского Б.Д. | СПб.: Питер | 2010 |
| 6. | Микадзе Ю.В. Нейропсихология детского возраста: Учебное пособие. | СПб.:Питер | 2008 |

**Дополнительная**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 1. | Психология. (Лекции для студентов медицинских вузов), Творогова Н. Д. | М.: ГОУ ВУНМЦ РФ | 2002 |
| 2. | Клиническая психология / под ред. М.Перре , У.Бауманна | СПб.: Питер | 2007 |
| 3. | Корсакова Н. К., Московичюте Л. И. Клиническая нейропсихология. | М.: МГУ | 1988 |

**Электронные ресурсы**

|  |  |
| --- | --- |
| 1. | ИБС КрасГМУ |
| 2. | БМ МедАрт |
| 3. | БД Ebsco |

Государственное бюджетное образовательное учреждение высшего профессионального образования «Красноярский государственный медицинский университет имени профессора В.Ф. Войно-Ясенецкого»

Министерства здравоохранения Российской Федерации

ГБОУ ВПО КрасГМУ им. проф. В.Ф. Войно-Ясенецкого Минздрава России

Кафедра нервных болезней с курсом медицинской реабилитации ПО

**МЕТОДИЧЕСКИЕ УКАЗАНИЯ**

**ДЛЯ ОБУЧАЮЩИХСЯ**

**по дисциплине «Спецпрактикум по коррекционно-развивающему обучению с супервизией»**

**для специальности** 030401 Клиническая психология (очно-заочная форма обучения)

**К СЕМИНАРСКОМУ** **ЗАНЯТИЮ № 18**

**ТЕМА:** **«Функциональная дефицитарность подкорковых образований (базальных ядер) мозга».**

Утверждены на кафедральном заседании протокол .

Заведующий кафедрой

Доктор медицинских наук, профессор Прокопенко С.В.

Составители: доктор медицинских наук, профессор Прокопенко С.В.

кандидат медицинских наук, доцент Харламова Г.В.

кандидат медицинских наук, ассистент Можейко Е.Ю.

доктор медицинских наук, профессор Похабов Д.В.

доктор медицинских наук, профессор Народова В.В.

кандидат медицинских наук, доцент Дроздова Л.Н.

доктор медицинских наук, профессор Колесникова И.В.

ассистент Швецова И.Н.

Красноярск

2013г.

**1. Занятие №18**

**Тема:** «Функциональная дефицитарность подкорковых образований (базальных ядер) мозга».

**2. Форма организации занятия:** семинар – в интерактивной форме в виде дебатов.

**3. Значение изучения темы:**

В клиническойпрактике нейропсихологический метод занимает особое место в ряду научных дисциплин, обращенных к проблеме онтогенеза в норме и патологии. Только он позволяет оценить и описать те системно-динамические перестройки, которые сопровождают психическое развитие ребенка с точки зрения его мозгового обеспечения. Но описать — это значит понять. Понять глубинные механизмы его психического статуса и спланировать адекватную онтогенезу именно этого, конкретного ребенка программу психолого-педагогического сопровождения.

**4. Цели обучения:** освоения учебной дисциплины «Спецпрактикум по коррекционно-развивающему обучению с супервизией» состоит в овладении знаниями психологической диагностики заболеваний, психологической помощи и восстановлению психических функций.

**Студент должен знать**:

* закономерности формирования мозговой организации психических процессов, специфику детского мозга, строение, состав мозговых зон, вовлекаемых в работу нейрофизиологических функциональных систем;
* специфику нейропсихологического исследования детей и возможности использования их как в клинической практике, так и психолого-педагогической деятельности.

**Студент должен уметь:**

* применять полученные знания при решении психолого-педагогических задач;
* квалифицировать затруднения, возникающие у детей в ходе учебной деятельности и прогнозировать успешность ребенка в различных видах деятельности, в том числе и обучении, на основе нейропсихологического анализа;
* организовывать нейропсихологическое обследование, коррекцию детей дошкольного и младшего школьного возраста.

**Студент должен владеть:**

* категориальным аппаратом нейропсихологии детского возраста;
* навыками организации нейропсихологической диагностики, коррекции и реабилитации в детском возрасте.

**5. План изучения темы:**

**5.1. Контроль исходного уровня знаний.**

Тесты:

|  |  |
| --- | --- |
| 1. | При поражении вторичных проекционных зон затылочной коры справа наблюдается все перечисленное, кроме   1. предметная агнозия; 2. лицевая агнозия; 3. оптическая алексия; 4. ложные узнавания; 5. все выше перечисленное.   ОТВЕТ: С |
| 2. | Тактильные агнозии проявляются всем, кроме   1. нарушением восприятия веса, формы, материала при ощупывании; 2. астереогнозом; 3. трудностями восприятия пространственных отношений; 4. невозможностью идентификации предмета на ощупь; 5. нарушениями пальцевого восприятия.   ОТВЕТ: С |
| 3. | 1. ЧТО РЕГУЛИРУЕТ Правая височная область регулирует 2. слухо – речевое восприятие; 3. неречевой слух; 4. слухо – речевую память; 5. восприятие музыкальных мелодий; 6. зрительный анализатор.   ОТВЕТ: В |
| 4. | Верхнетеменная область анатомически примыкает к   1. интерорецепторам; 2. к поверхностным кожным рецепторам; 3. к внутренним мышечным рецепторам; 4. правильно В. и С; 5. нет правильного ответа.   ОТВЕТ: D |
| 5. | КАКИЕ НАБЛЮДАЮТСЯ НАРУШЕНИЯ При поражении во вторичных проекционных зонах постцентральных отделов мозга   1. «дефект аморфосинтеза»; 2. афферентная апраксия; 3. афферентная моторная афазия; 4. все перечисленное; 5. нет правильного ответа.   ОТВЕТ: D |

**5.2 Основные положения и понятия темы**

Среди жалоб родителей детей с недостаточностью подкорковых образований прежде всего выступают эпитеты «ленивый», «невнимательный», «неуправляемый», «иногда становится будто бешеным» и т.п. Дети этой группы отличаются выраженной **эмоциональной лабильностью, быстрой пресыщаемостью, тенденцией к ригидности психических процессов,**подчас просто неадекватными поведенческими реакциями на происходящее.  
  
Из биографических данных становится известно, что ребенок еще в младенчестве перенес многократные воспалительные процессы типа отитов, ларингитов и т.п. Он практически всегда отличался от своих сверстников: излишне чувствителен, капризен, часто неуправляем в поведении, нередко патологически упрям. У таких детей может отмечаться излишняя полнота или, напротив, они слишком худы по сравнению со сверстниками; явления энуреза имеют место вплоть до 10—12 лет; изменяется аппетит и формула сна.  
  
У них имеют место заметное излишество, богатство, **нерасчетливость двигательных и жесто-мимических актов.**Бросаются в глаза вычурные позы, гримасничанье, иногда возникают тики, неожиданные вокализационные реакции в виде вскриков, похрюкивания, неконтролируемого смеха. Они **быстро истощаются, легко отвлекаемы.**Следует отметить, что последнее выступает на первый план и в ходе нейропсихологического обследования.  
  
Они неловки, долго не могут овладеть операциями, требующими тонкой моторной дифференциации. У них, как правило, наблюдаются **обилие синкинезий, мышечных дистопий, вычурных поз и ригидных телесных установок.**Их могут отличать маловыразительность, скованность, малоподвижность, чередующиеся неожиданными взрывами гиперактивности. Иными словами, **их поведение в целом диспластично,**  
  
Глава 6. Нейропсихологическая синдромология отклоняющегося развития 237  
  
что патогномонично и для протекания их психической деятельности вообще.  
  
Подчеркнем особо, что именно для данного синдрома специфично **первичное нарушение кинестетического праксиса**(как мануального, так и орального), что не встречается в детском возрасте ни при каком другом варианте церебрального дизонтогенеза. Исполнительная сторона графической деятельности (письма, рисунка) крайне затруднена и наводит на метафору «как курица лапой»; разобрать почерк такого ребенка иногда не может даже он сам. В тетрадях — грязь, поля и строчки «игнорируются»; буквы и цифры «пляшут» в разные стороны, наблюдаетсямикро- и микрография, а чаще — и то, и другое вместе.  
  
Нельзя сказать, что у этих детей особенно страдает какая-либо психическая функция. Но постоянные флуктуации внимания, «застывания» со ссылкой на то, что он как раз подумал о другом и просит повторить, чего от него хотят, могут привести к неуспеху в любом виде деятельности. Вместе с тем такие дети в течение получаса могут не принимать полноценного участия в эксперименте (уроке), кривляясь и ерничая, и лишь после специальных «приемов» со стороны педагога или психолога сознаться, что «вообще-то он хороший и все сделает, но любит пошутить». Понятно, что на таком фоне успехи в школе становятся неразрешимой проблемой.  
  
Особо следует отметить речь этих детей. Она, как правило, не просто хорошо развита, но иногда даже представляется несколько вычурной, резонерской. Светская беседа с ними — развернутое действо, в котором они пытаются блеснуть всеми своими достаточно обширными познаниями. При этом речь дизартрична, иногда с элементами скандирования; нередки элементы заикания, шумного предды-хания, а порой и логоневроза. С другой стороны, они ведут разговор довольно монотонно, голос их не выровнен по громкости, темпу и тембру.  
  
Нельзя назвать ни одного стойкого дефекта при выполнении этими детьми экспериментальных тестов. На фоне явно **сниженной общей нейродинамики и несбалансированной энергетики**они демонстрируют показатели мнестической и интеллектуальной деятельности в рамках возрастных нормативов или даже превосходя их; неплохо читают (особенно про себя), считают и пишут (с точки зрения грамотности). Но характерная **недостаточность фоновых компонентов психической деятельности, плавности, переключаемости, удержания оптимального уровня тонуса**часто сводит на нет все их достижения.  
  
Ведь низшие и высшие этажи любой психической функции должны быть сбалансированы, иначе разрыв между ними будет усугуб-  
  
**238**Введение в нейропсихологию детского возраста  
  
ляться хотя бы в силу того, что предельно развитые высшие психические структуры из-за своей энергоемкости станут обкрадывать низшие,еще усугубляя их несостоятельность. Чем старше ребенок, тем больше будет диссоциация между иерархически более высокими и низкими этажами психики, включая эмоционально-волевую сферу, гомеоста-тические функции и т.п.  
  
Основным радикалом в повседневной жизни этих детей является **несбалансированность тонизирования поведения за счет внешних социальных условий и внутренней аутостимуляции.**Представляется, что оптимальный вариант психологической помощи в данном случае — сознательно «отпустить» ребенка на уровень, адекватный его более низким возможностям, и начинать выстраивать линии его поведения, минимально опираясь на речь и максимально привлекая широкий спектр двигательных, изобразительных, паралингвистических средств. Однако нельзя забывать о том, что произвольная саморегуляция таких детей не просто плохо сформирована; она попросту уступает их собственному «Ятак хочу!». Следовательно, необходимо внедрение в кор-рекционный процесс комплекса приемов, ориентированных на присвоение ребенком правил, ритуалов, ролей; то есть социально ориентированных алгоритмов поведения, которые с неизбежностью привели бы его к осознанию, что существует и глагол «должен».

.

**5.3. Самостоятельная работа по теме:**

- разбор темы;

- отработка коррекционных методик;

- разбор пациентов, решение ситуативных задачь

**5.4. Итоговый контроль знаний:**

- ответы на вопросы по теме занятия;

- решение ситуационных задач, тестовых заданий по теме.

|  |  |
| --- | --- |
| 1. | 1. ЧТО ТАКОЕ Амузия    1. нарушение музыкального слуха;    2. нарушение восприятия речи;    3. трудности при игре на музыкальных инструментах;    4. отсутствие слуха;    5. нарушения зрения. |
| 2. | ГДЕ РАСПОЛАГАЮТСЯ Постцентральные зоны мозга   * 1. кпереди от центральной борозды;   2. кзади от центральной борозды;   3. в глубоких отделах лобных долей;   4. вдоль по центральной борозде;   5. в затылочных долях мозга. |
| 3. | ЧТО ЛЕЖИТ В основе синдрома пространственных расстройств   * 1. нарушение синтеза разномодальных импульсов;   2. нарушение анализа гностической информации;   3. расстройство процессов ассоциирования;   4. нарушение синтеза гностической информации;   5. нарушения памяти. |
| 4. | КАК НАРУШАЮТСЯ ДВИЖЕНИЯ При поражении премоторных зон левого полушария   * 1. правой руки;   2. обеих рук в одинаковой степени;   3. левой руки;   4. преимущественно левой руки и немного – правой;   5. правой ноги. |
| 5. | ПО КАКОМУ ПРИНЦИПУ ПРОЯВЛЯЮТСЯ Нарушения в первичных проекционных зонах премоторных отделов коры   * 1. «двигательного человечка»;   2. «чувствительного человечка»;   3. расстройства движений в верхней половине тела;   4. расстройства движений в нижней половине тела;   5. расстройства чувствительности в нижней половине тела. |

Задачи:

|  |  |
| --- | --- |
| 1. | Больная Ю., 66 лет. В прошлом работала препода-  вателем средней школы. В психиатрической больнице находится  три года без выписки. Сознание ясное. Себя называет правильно,  но при беседе обнаруживается, что больная не помнит текущей  даты, не помнит своего возраста, не помнит, сколько времени на-  ходится в больнице, не помнит, как зовут лечащего врача. Настрое-  ние хорошее. На просьбу вспомнить, чем она занималась вчера, со-  общила следующее: «Вчера с утра были занятия, проходили тему  “Пушкин и декабристы“. А затем сидела на педсовете. Хулигана  Галкина опять обсуждали». |
| 2. | Больной З., 78 лет, колхозник. В течение несколь-  ких недель находился на лечении в психиатрической больнице,  жалуется лишь на отсутствие зрения на правый глаз, где имеет-  ся помутнение роговицы. В отделении спокоен, подсаживается 43  к больнымпожилоговозраста, очем-тоснимибеседует. Вобщении  с врачом, больными вежлив, предупредителен, даже несколько сла-  щав. Приветливо здоровается, но встретив врача через несколько  минут, приветствует его снова. Часто приоткрывает дверь в каби-  нет и вежливо осведомляется, не пришел ли консультант-окулист,  через пять минут спрашивает о том же. Числа, месяца, года назвать  не может. Видя вокруг людей в белых халатах, догадывается, что  его положили в больницу, но какую, не помнит. Рассказывает, что  только вчера приехал из деревни: «Вот лошадь во дворе привязал,  сейчас ходил сена ей давал». Вернувшись после консультации из  кабинета профессора, всем рассказывает с убеждением, что про-  фессор угощал его шампанским, сердился, когда ему говорили,  что этого не было. Любит рассказывать о днях своей молодости,  помнит события прошлых лет, правильно воспроизводит события  войны, в которой принимал участие. Перечисляет имена своих де-  тей, назвать имена внуков не может, говорит каждый раз разные.  Квалифицировать нарушения памяти и синдром. |
| 3. | Больной M., 23 лет, после тяжелой травмы головы  лечился в больнице в течение 6 месяцев с нарушениями памяти.  В то время не мог воспроизвести события пятилетней давности.  Спустя год после выписки: спокоен. Охотно отвечает на вопросы.  Обнаруживает амнезию на период, предшествующий травме. Не  помнит событий после травмы, амнезировал пребывание в трав-  матологическом отделении; месяцы, проведенные в психиатриче-  ской больнице. Помнит, что к нему «иногда» приезжали родители.  Помнит хорошо день выписки. С трудом вспомнил имена врачей  и медицинского персонала. Жалуется, что у него «плохая память»  : «все приходится записывать».  Квалифицировать нарушения памяти. |
| 4. | Больной с возмущением говорил: «Ужасные без-  образия творятся в этой клинике, вчера, например, меня посадили  в клетку, а до этого заставили вылезать на улицу через окно».  Определить нарушения памяти. |
| 5. | Больная 43 лет, поступает в психиатрическую боль-  ницу с одинаковыми состояниями в четвертый раз. Настроение  повышено, многоречива, деятельна, плохо спит. Читает наизусть  стихи Блока и страницы из произведений Чехова почти без оши-  бок, можно сверять с текстом. Когда такие состояния проходят, то  стихи помнит отрывками, а прозу воспроизвести не может.  Как называются такие временные нарушения памяти? |

1. **Домашнее задание для уяснения темы занятия**

* составление плана диагностического исследования ребёнка;
* составление плана коррекционного исследования ребёнка;
* ведение протокола исследования;
* супервизия работы студента с ребёнком;
* обсуждение результатов экспериментально-психологического исследования ребёнка;
* написание заключения экспериментально-психологического исследования;
* обсуждение и коррекция заключения экспериментально-психологического исследования.
* основные принципы, определяющие формирование психичес­ких функций в теории системной динамической локализации А.Р. Лурия.
* специфика использования основных понятий нейропсихологии «функция», «локализация», «симптом», «синдром», «фактор», «синдромный анализ» в нейропсихологии детского возраста.
* функциональные блоки мозга по А.Р. Лурия. Строение, функции.
* принцип гетерохронности в морфо- и функциогенезе. Внутри­системная и межсистемная гетерохронность.
* основные принципы системогенеза.
* показатели морфологического созревания мозга. Основные за­кономерности морфологического созревания мозга.
* функциональные критерии развития мозга. Основные законо­мерности функционального созревания мозговых структур.
* морфофункциональное созревание функциональных блоков мозга в онтогенезе.
* соотношение развития и влияния среды. Теории научения. Тео­рии созревания.

1. **Рекомендованная литература по теме занятия**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| №  п/п | Наименование | Издательство | Год  выпуска |

**Обязательная**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 1. | Лурия А.Р. Высшие корковые функции человека и их нарушения при локальных поражениях мозга / А.Р. Лурия. | СПб.: Питер | 2007 |
| 2. | Семенович А.В. Нейропсихологическая диагностика и коррекция в детском возрасте. | М.: Академия | 2002 |
| 3. | Семенович, А. В. Нейропсихологическая коррекция в детском возрасте. Метод замещающего онтогенеза: учебное пособие/ А. В. Семенович. - 2-е изд. | М.: Генезис | 2008 |
| 4. | Визель Т.Г. Основы нейропсихологии: учеб. для студентов вузов Т.Г. Визель. | М.: АСТАстрель Транзиткнига | 2005 |
| 5. | Клиническая психология / под ред. Карвасарского Б.Д. | СПб.: Питер | 2010 |
| 6. | Микадзе Ю.В. Нейропсихология детского возраста: Учебное пособие. | СПб.:Питер | 2008 |

**Дополнительная**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 1. | Психология. (Лекции для студентов медицинских вузов), Творогова Н. Д. | М.: ГОУ ВУНМЦ РФ | 2002 |
| 2. | Клиническая психология / под ред. М.Перре , У.Бауманна | СПб.: Питер | 2007 |
| 3. | Корсакова Н. К., Московичюте Л. И. Клиническая нейропсихология. | М.: МГУ | 1988 |

**Электронные ресурсы**

|  |  |
| --- | --- |
| 1. | ИБС КрасГМУ |
| 2. | БМ МедАрт |
| 3. | БД Ebsco |

Государственное бюджетное образовательное учреждение высшего профессионального образования «Красноярский государственный медицинский университет имени профессора В.Ф. Войно-Ясенецкого»

Министерства здравоохранения Российской Федерации

ГБОУ ВПО КрасГМУ им. проф. В.Ф. Войно-Ясенецкого Минздрава России

Кафедра нервных болезней с курсом медицинской реабилитации ПО

**МЕТОДИЧЕСКИЕ УКАЗАНИЯ**

**ДЛЯ ОБУЧАЮЩИХСЯ**

**по дисциплине «Спецпрактикум по коррекционно-развивающему обучению с супервизией»**

**для специальности** 030401 Клиническая психология (очно-заочная форма обучения)

**К СЕМИНАРСКОМУ** **ЗАНЯТИЮ № 19**

**ТЕМА:** **«Функциональная дефицитарность стволовых образований мозга. Дисгенетический синдром».**

Утверждены на кафедральном заседании протокол .

Заведующий кафедрой

Доктор медицинских наук, профессор Прокопенко С.В.

Составители: доктор медицинских наук, профессор Прокопенко С.В.

кандидат медицинских наук, доцент Харламова Г.В.

кандидат медицинских наук, ассистент Можейко Е.Ю.

доктор медицинских наук, профессор Похабов Д.В.

доктор медицинских наук, профессор Народова В.В.

кандидат медицинских наук, доцент Дроздова Л.Н.

доктор медицинских наук, профессор Колесникова И.В.

ассистент Швецова И.Н.

Красноярск

2013г.

**1. Занятие №19**

**Тема:** «Функциональная дефицитарность стволовых образований мозга. Дисгенетический синдром».

**2. Форма организации занятия:** семинар – в интерактивной форме в виде дебатов.

**3.Значение изучения темы:**

В клиническойпрактике нейропсихологический метод занимает особое место в ряду научных дисциплин, обращенных к проблеме онтогенеза в норме и патологии. Только он позволяет оценить и описать те системно-динамические перестройки, которые сопровождают психическое развитие ребенка с точки зрения его мозгового обеспечения. Но описать — это значит понять. Понять глубинные механизмы его психического статуса и спланировать адекватную онтогенезу именно этого, конкретного ребенка программу психолого-педагогического сопровождения.

**Цели обучения:** освоения учебной дисциплины «Спецпрактикум по коррекционно-развивающему обучению с супервизией» состоит в овладении знаниями психологической диагностики заболеваний, психологической помощи и восстановлению психических функций.

**Студент должен знать**:

* закономерности формирования мозговой организации психических процессов, специфику детского мозга, строение, состав мозговых зон, вовлекаемых в работу нейрофизиологических функциональных систем;
* специфику нейропсихологического исследования детей и возможности использования их как в клинической практике, так и психолого-педагогической деятельности.

**Студент должен уметь:**

* применять полученные знания при решении психолого-педагогических задач;
* квалифицировать затруднения, возникающие у детей в ходе учебной деятельности и прогнозировать успешность ребенка в различных видах деятельности, в том числе и обучении, на основе нейропсихологического анализа;
* организовывать нейропсихологическое обследование, коррекцию детей дошкольного и младшего школьного возраста.

**Студент должен владеть:**

* категориальным аппаратом нейропсихологии детского возраста;
* навыками организации нейропсихологической диагностики, коррекции и реабилитации в детском возрасте.

**5. План изучения темы:**

**5.1. Контроль исходного уровня знаний.**

|  |  |
| --- | --- |
| 1. | из каких проекционных зон состоят Лобные доли   * 1. первичных;   2. вторичных;   3. третичных;   4. четвертичных;   5. все перечисленное. |
| 2. | В каких сферах проявляется Апатико – акинетико – абулический синдром   * 1. эмоциональной;   2. волевой;   3. двигательной;   4. интеллектуальной;   5. все перечисленное. |
| 3. | КАК проявляется Лобная динамическая афазия   * 1. трудности инициации речевой активности;   2. нарушением составления программы речевого высказывания;   3. бедностью спонтанной речи;   4. эхолалиями и словами – штампами;   5. все выше перечисленное. |
| 4. | Каковы основные функции медиальных отделов коры?   * 1. регуляция состояний мозга;   2. модификация тонуса коры;   3. регуляция влечений и аффективных состояний;   4. все перечисленное;   5. нет верного ответа. |
| 5. | Что включает в себя Нейропсихологическое заключение   * 1. характеристику личности больного;   2. дополнения к анамнезу;   3. данные экспериментально – психологического исследования и оценку полученных данных;   4. данные наследственного анамнеза;   5. все перечисленное. |

**5.2 Основные положения и понятия темы**

Первое, что необходимо подчеркнуть при описании данного синдрома, — факт прогрессирующего нарастания числа таких детей в современной детской популяции; именно они составляют сегодня по-давляющеее количество случаев учебной и социальной дизадаптации. Поскольку дисгенетический синдром не раз упоминался в предыдущих главах, рассмотрим его более пристально\*.  
  
Для этих детей характерно накопление **дизэмбриогенетических и неврологических стигм:**лицевые асимметрии, асимметрии глазных щелей, неправильный рост зубов, различного рода дистонии, включающие в себя как гипер-, так и гипотонус в проксимальных и дис-  
  
\* Верификация дисгенетического синдрома стала возможной благодаря блестящим курсовым и дипломным работам Т.Г. Фроловой и А.В. Исаевой (ф-т психологии МГУ 1994—1996).  
  
  
Глава 6. Нейропсихологическая синдромология отклоняющегося развития 239  
  
тальных отделах конечностей, имеющий тенденцию к постоянным флуктуациям. Фиксируется обилие пигментных пятен и ангиом, диспла-зии, соматические (органные) дизритмии. Наиболее постоянными являются глазодвигательные дисфункции: неравномерность парного движения глаз, отсутствие конвергенции и т.п. Наблюдается обилие истинных и псевдопатологических синкинезий (орально-мануальных, опто-ораль-ных и т.д.), сочетающиеся с постоянными девиациями языка.  
  
Данные стигматы сочетаются с явлениями **дизонтогенеза ритмики мозга**(вплоть до псевдоэпилептического статуса с правополушар-ным акцентом), специфическими особенностями **гормонального и иммунного статуса,**вегетативными дисфункциями. Имеет место очевидноеискажение опосредования **наиболее жестких, архетипически, генетически заданных нейропсихосоматических паттернов:**гомеоста-тических, рефлекторных, этологических, аффективных и др., составляющих основу для внутренней саморегуляции.  
  
Следует особо подчеркнуть, что именно эта категория детей является группой риска по отношению к различного рода токсикоманиям, включая психологические (секты, Интернет и т.п.), психосексуальным девиациям, аутотравматизму (соматическому, психосоматическому, психологическому) в целом.  
  
Дисгенетический синдром наряду с комплексом **нейродинами-ческих, нейрогуморальных и эмоциональных отклонений,**включает **как латеральные (лево- и правополутарные), так и межполушарные патологические стигматы,**которые актуализируются на всех уровняхфункционирования вербальных и невербальных психических процессов.  
  
Данное обстоятельство не является неожиданным, если учесть центральную роль стволовых образований мозга в организации становления латерализации мозговых полушарий и их парного взаимодействия. Ведь формирование мозговой организации психических процессов, как было описано выше, идет снизу вверх (от ствола к правому полушарию), справа налево, слева вниз (от передних отделов левого полушария к стволовым образованиям); от задних отделов мозга к передним.  
  
Очевидно, что данный синдром, корни которого — в раннем пре- и/или перинатальном периоде развития ребенка, самым патологическим образом сказывается на процессах обучения и социальной адаптации вне зависимости от их конкретного содержания. Именно эти дети демонстрируют наиболее грубые и труднокорригируемые феномены в поведении, при овладении чтением, письмом, математическими знаниями и т.д. Причины этого станут понятными из последующего описания.  
  
240 Введение в нейропсихологию детского возраста  
  
^ В двигательной сфере у этой категории детей прослеживается накопление амбилатеральных (сенсорных и моторных) черт и псевдо-леворукости. Наблюдаются грубые дефекты как реципрокных, так и синергических сенсомоторных координации с обилием синкинезий, вычурных поз и патологических ригидных телесных установок. Дефи-цитарен динамический (кинетический) праксис.  
  
^ В оптико-гностической сфере — инверсия вектора (горизонтального и вертикального) и фрагментарность восприятия при сканировании большого перцептивного поля с тенденцией к левостороннему игнорированию. Выявляется грубая патология всех уровней и аспектов пространственных представлений (метрических, структурно-топологических, координатных, проекционных) с обилием реверсий и отчетливыми латеральными отличиями в правой и левой руках актуально и на следах памяти. Патогномоничными для нижнестволовых дисфункций являются не 180-, а 90-градусные реверсии при рисовании и копировании.  
  
^ В мнестической сфере обнаруживаются выступающие на первый план дефекты избирательности памяти вне зависимости от ее модальности при относительно сохранном объеме и прочности. Наблюдается отчетливая тенденция к актуализации феномена реминисценции. Напомним еще раз, что амнестический синдром у детей возникает лишь при данной локализации патологического очага. С возрастом, как доказал клинический материал, участие нижнестволовых образований постепенно нивелируется, в то время как верхнестволовые приобретают все более важное и многообразное значение.  
  
В речевой функции — налицо тенденция к амбилатерализации полушарий мозга, то есть задержка дебюта формирования доминантного по речи полушария вплоть до 10—12 лет. Очевидно, что данное обстоятельство имманентно связано с огромным числом случаев задержек речевого развития, а следовательно, дисграфий и диз-лексий.  
  
При самом мягком варианте на первый план выступают дефекты фонетико-фонематического анализа и синтеза на фоне стертой дизартрии и тенденция к анемическим проявлениям. Отчетливо обнаруживает себя несформированность и обеднение самостоятельной речевой продукции с обилием вербальных «штампов» и аграмматизмов. Имеет место задержка становления обобщающей и регулирующей функции слова.  
  
Описанные выше (в §3) феномены использования различных стратегий при выполнении одного и того же задания фиксируются у этих детей практически во всех сферах деятельности, что приобретает иногда вид «качелей»: цифра «3» на левой руке воспринимается как  
  
Глава 6. Нейропсихологическая синдромология отклоняющегося развития 241  
  
буква «з», а на правой — как «3»; при проведении дихотического прослушивания поочередно воспроизводится вся группа слов с правого уха, затем с левого, затем опять только с правого и т.д.; одно и то же графическое задание правой рукой выполняется как реалистический рисунок, а левой — как абстрактная живопись и т.п.  
  
В совокупности это и производит впечатление **мерцающего, каче-леобразного включения в опосредование любой психической функции то правого, то левого полушария мозга.**Ярчайшим примером функционального разобщения полушарий мозга от стволового уровня являются случаи, когда активность руки определяется тем, в какую часть зрительного поля подается образец, например, для копирования. Если стимул в левой половине перцептивного, ребенок начинает выполнять задание левой рукой, в правой — используется правая рука.  
  
Анализ механизмов формирования данного нейропсихологичес-кого синдрома показывает, что основным **патогенетическим радикалом являются системная задержка и/или искажение цереброгенеза как комиссуральных, так и полуторных систем,**приводящие к девиации и модификациям психического функциогенеза. При этом функциональный статус правого полушария можно обозначить как вторично дефицитарный (где гипофункция задних отделов зачастую сочетается с гиперфункцией передних). Левое же полушарие, функционально развивающееся как бы в условиях постоянного «обкрадывания» (ведь вектор активации направлен справа налево), демонстрирует не просто свою недостаточность, но дефицит третьего порядка по отношению к статусу стволовых образований и правого полушария. Вместе с тем иногда внешним фасадом данного синдрома (особенно у девочек) выступает типичная грубая «лобная» симптоматика, не характерная для детей, а скорее напоминающая таковую у взрослых.  
  
Исследования показали, что особенно отчетливо и вредоносно у этих детей актуализируется феномен «мерцающей» функциональной включенности левого полушария в опосредование психической деятельности. В течение определенного периода у такого ребенка могут актуализироваться многократные колебания эффективности «ле-вополушарных» факторов (и операциональных, и регуляторных) от уровня высокой нормы до значений, близких к патологическим. Такая **латентная функциональная инактивность левой гемисферы мозга**является легко прогнозируемой и подтвержденной лонгитюдными исследованиями предтечей широкого круга дезадаптивных эксцессов.  
  
Отличительной чертой дисгенетического синдрома является его возрастная динамика, актуализирующаяся (внешне) в резкой элиминации дефектов к 9—10 годам. Однако сенсибилизированное нейро-  
  
242 Введение в нейропсихологию детского возраста  
  
психологическое обследование всякий раз выявляет ту же картину, что и в младшем возрасте, но в модифицированном варианте.  
  
Так, например, поначалу достаточная у таких детей реципрок-ная координация рук при увеличении времени выполнения пробы и исключении речевого контроля (зафиксированный язык) приобретает следующий вид: прежде всего, нарастает тонус мышц, и появляются вычурные позы в левой руке, затем наблюдается постепенное соскальзывание на одноименные движения. Одновременно актуализируются как оральные синкинезии (с гипертонусом языка, его подергиваниями и поворотами в такт движению рук), так и содружественные движения во всем теле; постепенно нарастает и тонический, и кинетический дефицит в правой руке. При выполнении графических проб — оптико-пространственная недостаточность (уже практически отсутствующая к 8—9 годам в правой руке) остается неизменной в левой.  
  
Проведенный анализ позволяет утверждать, что внешняя элиминация дисгенетического синдрома в онтогенезе происходит вследствиекомпенсирующего влияния речевого опосредствования. Созревание той или иной психической функции протекает у этих детей преимущественно не за счет литерализации и межполушарной организации самих психологических факторов и межфакторных связей. То есть имеет место инициация факторогенеза не изнутри, но извне за счет опосредствования его путем сращивания с речевой маркировкой.  
  
С одной стороны, это классический (по Л.С. Выготскому) процесс — ведь логика психического развития ребенка имманентно включает речевое опосредствование широкого круга невербальных явлений. Но в нашем случае механизм оречевления опирается на несформированный первично сенсомоторный базис, что приводит к повышению энергозатрат психики и дезавтоматизации операционального ее уровня. Образуется порочный круг, внутри которого недостаточными оказываются и сами речевые функции (конечно, наиболее вредоносно это для высших форм организации речевой деятельности как регулятора произвольного самоконтроля человека), и деформированные невербальные аспекты психики.  
  
Такой тип формирования мозговой организации психических процессов фасадно (по мере взросления) может выглядеть относительно удовлетворительным. Но, не затрагивая ядерного патологического радикала (который, пребывая в латентном состоянии, начинает постепенно включаться во все более обширные зоны саморегуляции и самоосознания ребенком себя в окружающем мире), он является предпосылкой для возникновения широкого круга уже не диз-, а де-задаптивных эксцессов.

**5.3. Самостоятельная работа по теме:**

- разбор темы;

- отработка коррекционных методик;

- разбор пациентов, решение ситуативных задачь

**5.4. Итоговый контроль знаний:**

- ответы на вопросы по теме занятия;

- решение ситуационных задач, тестовых заданий по теме.

|  |  |
| --- | --- |
| 1. | Поражение приводящее к Нарушению регуляции мнестических и интеллектуальных процессов   * 1. конвекситальных отделов лобных долей;   2. медиальных отделов лобных долей;   3. базальных отделов лобных долей;   4. затылочных долей;   5. теменных долей. |
| 2. | Исследование эмоциональных реакций заключается во всем, кроме   * 1. выслушивания жалоб больного на нарушение эмоций;   2. исследования восприятия эмоционального выражения лиц на фотографиях, эмоционального тона сюжетных картин и рассказов;   3. выслушивания жалоб родственников больного на его эмоциональные реакции;   4. анализа данных тестов ММРI, Люшера, шкалы Дембо – Рубинштейн;   5. анализ данных HADS. |
| 3. | ЧТО проводится На 1 – м этапе нейропсихологического обследования   * 1. тщательное ознакомление с историей заболевания и данными неврологического и нейрофизиологического исследований;   2. беседа с больным;   3. изучение всех видов ощущений;   4. составление плана исследования;   5. беседа с родственниками. |
| 4. | на каких уровнях обнаруживаются Различия полей правого и левого полушарий мозга   * 1. нейронном;   2. физиологическом;   3. клиническом;   4. все перечисленное;   5. нет верного ответа. |
| 5. | От «лобного синдрома» нарушения медиальных и медиобазальных отделов отличают все признаки, кроме   * 1. депрессия, тоска и страхи в сочетании с выраженными вегетативными реакциями;   2. синдром «катастрофических реакций»;   3. безразличие;   4. синдром «переживаний гибели мира»;   5. все выше перечисленное. |

Задачи:

|  |  |
| --- | --- |
| 1. | Больная Ю., 66 лет. В прошлом работала препода-  вателем средней школы. В психиатрической больнице находится  три года без выписки. Сознание ясное. Себя называет правильно,  но при беседе обнаруживается, что больная не помнит текущей  даты, не помнит своего возраста, не помнит, сколько времени на-  ходится в больнице, не помнит, как зовут лечащего врача. Настрое-  ние хорошее. На просьбу вспомнить, чем она занималась вчера, со-  общила следующее: «Вчера с утра были занятия, проходили тему  “Пушкин и декабристы“. А затем сидела на педсовете. Хулигана  Галкина опять обсуждали». |
| 2. | Больной З., 78 лет, колхозник. В течение несколь-  ких недель находился на лечении в психиатрической больнице,  жалуется лишь на отсутствие зрения на правый глаз, где имеет-  ся помутнение роговицы. В отделении спокоен, подсаживается 43  к больнымпожилоговозраста, очем-тоснимибеседует. Вобщении  с врачом, больными вежлив, предупредителен, даже несколько сла-  щав. Приветливо здоровается, но встретив врача через несколько  минут, приветствует его снова. Часто приоткрывает дверь в каби-  нет и вежливо осведомляется, не пришел ли консультант-окулист,  через пять минут спрашивает о том же. Числа, месяца, года назвать  не может. Видя вокруг людей в белых халатах, догадывается, что  его положили в больницу, но какую, не помнит. Рассказывает, что  только вчера приехал из деревни: «Вот лошадь во дворе привязал,  сейчас ходил сена ей давал». Вернувшись после консультации из  кабинета профессора, всем рассказывает с убеждением, что про-  фессор угощал его шампанским, сердился, когда ему говорили,  что этого не было. Любит рассказывать о днях своей молодости,  помнит события прошлых лет, правильно воспроизводит события  войны, в которой принимал участие. Перечисляет имена своих де-  тей, назвать имена внуков не может, говорит каждый раз разные.  Квалифицировать нарушения памяти и синдром. |
| 3. | Больной M., 23 лет, после тяжелой травмы головы  лечился в больнице в течение 6 месяцев с нарушениями памяти.  В то время не мог воспроизвести события пятилетней давности.  Спустя год после выписки: спокоен. Охотно отвечает на вопросы.  Обнаруживает амнезию на период, предшествующий травме. Не  помнит событий после травмы, амнезировал пребывание в трав-  матологическом отделении; месяцы, проведенные в психиатриче-  ской больнице. Помнит, что к нему «иногда» приезжали родители.  Помнит хорошо день выписки. С трудом вспомнил имена врачей  и медицинского персонала. Жалуется, что у него «плохая память»  : «все приходится записывать».  Квалифицировать нарушения памяти. |
| 4. | Больной с возмущением говорил: «Ужасные без-  образия творятся в этой клинике, вчера, например, меня посадили  в клетку, а до этого заставили вылезать на улицу через окно».  Определить нарушения памяти. |
| 5. | Больная 43 лет, поступает в психиатрическую боль-  ницу с одинаковыми состояниями в четвертый раз. Настроение  повышено, многоречива, деятельна, плохо спит. Читает наизусть  стихи Блока и страницы из произведений Чехова почти без оши-  бок, можно сверять с текстом. Когда такие состояния проходят, то  стихи помнит отрывками, а прозу воспроизвести не может.  Как называются такие временные нарушения памяти? |

1. **Домашнее задание для уяснения темы занятия**

* составление плана диагностического исследования ребёнка;
* составление плана коррекционного исследования ребёнка;
* ведение протокола исследования;
* супервизия работы студента с ребёнком;
* обсуждение результатов экспериментально-психологического исследования ребёнка;
* написание заключения экспериментально-психологического исследования;
* обсуждение и коррекция заключения экспериментально-психологического исследования.
* основные принципы, определяющие формирование психичес­ких функций в теории системной динамической локализации А.Р. Лурия.
* специфика использования основных понятий нейропсихологии «функция», «локализация», «симптом», «синдром», «фактор», «синдромный анализ» в нейропсихологии детского возраста.
* функциональные блоки мозга по А.Р. Лурия. Строение, функции.
* принцип гетерохронности в морфо- и функциогенезе. Внутри­системная и межсистемная гетерохронность.
* основные принципы системогенеза.
* показатели морфологического созревания мозга. Основные за­кономерности морфологического созревания мозга.
* функциональные критерии развития мозга. Основные законо­мерности функционального созревания мозговых структур.
* морфофункциональное созревание функциональных блоков мозга в онтогенезе.
* соотношение развития и влияния среды. Теории научения. Тео­рии созревания.

1. **Рекомендованная литература по теме занятия**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| №  п/п | Наименование | Издательство | Год  выпуска |

**Обязательная**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 1. | Лурия А.Р. Высшие корковые функции человека и их нарушения при локальных поражениях мозга / А.Р. Лурия. | СПб.: Питер | 2007 |
| 2. | Семенович А.В. Нейропсихологическая диагностика и коррекция в детском возрасте. | М.: Академия | 2002 |
| 3. | Семенович, А. В. Нейропсихологическая коррекция в детском возрасте. Метод замещающего онтогенеза: учебное пособие/ А. В. Семенович. - 2-е изд. | М.: Генезис | 2008 |
| 4. | Визель Т.Г. Основы нейропсихологии: учеб. для студентов вузов Т.Г. Визель. | М.: АСТАстрель Транзиткнига | 2005 |
| 5. | Клиническая психология / под ред. Карвасарского Б.Д. | СПб.: Питер | 2010 |
| 6. | Микадзе Ю.В. Нейропсихология детского возраста: Учебное пособие. | СПб.:Питер | 2008 |

**Дополнительная**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 1. | Психология. (Лекции для студентов медицинских вузов), Творогова Н. Д. | М.: ГОУ ВУНМЦ РФ | 2002 |
| 2. | Клиническая психология / под ред. М.Перре , У.Бауманна | СПб.: Питер | 2007 |
| 3. | Корсакова Н. К., Московичюте Л. И. Клиническая нейропсихология. | М.: МГУ | 1988 |

**Электронные ресурсы**

|  |  |
| --- | --- |
| 1. | ИБС КрасГМУ |
| 2. | БМ МедАрт |
| 3. | БД Ebsco |

Государственное бюджетное образовательное учреждение высшего профессионального образования «Красноярский государственный медицинский университет имени профессора В.Ф. Войно-Ясенецкого»

Министерства здравоохранения Российской Федерации

ГБОУ ВПО КрасГМУ им. проф. В.Ф. Войно-Ясенецкого Минздрава России

Кафедра нервных болезней с курсом медицинской реабилитации ПО

**МЕТОДИЧЕСКИЕ УКАЗАНИЯ**

**ДЛЯ ОБУЧАЮЩИХСЯ**

**по дисциплине «Спецпрактикум по коррекционно-развивающему обучению с супервизией»**

**для специальности** 030401 Клиническая психология (очно-заочная форма обучения)

**К СЕМИНАРСКОМУ** **ЗАНЯТИЮ № 20**

**ТЕМА:** **«Атипия психического развития».**

Утверждены на кафедральном заседании протокол .

Заведующий кафедрой

Доктор медицинских наук, профессор Прокопенко С.В.

Составители: доктор медицинских наук, профессор Прокопенко С.В.

кандидат медицинских наук, доцент Харламова Г.В.

кандидат медицинских наук, ассистент Можейко Е.Ю.

доктор медицинских наук, профессор Похабов Д.В.

доктор медицинских наук, профессор Народова В.В.

кандидат медицинских наук, доцент Дроздова Л.Н.

доктор медицинских наук, профессор Колесникова И.В.

ассистент Швецова И.Н.

Красноярск

2013г.

**1. Занятие №20**

**Тема:** «Атипия психического развития».

**2. Форма организации занятия:** семинар – в интерактивной форме в виде дебатов.

**3. Значение изучения темы:**

В клиническойпрактике нейропсихологический метод занимает особое место в ряду научных дисциплин, обращенных к проблеме онтогенеза в норме и патологии. Только он позволяет оценить и описать те системно-динамические перестройки, которые сопровождают психическое развитие ребенка с точки зрения его мозгового обеспечения. Но описать — это значит понять. Понять глубинные механизмы его психического статуса и спланировать адекватную онтогенезу именно этого, конкретного ребенка программу психолого-педагогического сопровождения.

**4. Цели обучения:** освоения учебной дисциплины «Спецпрактикум по коррекционно-развивающему обучению с супервизией» состоит в овладении знаниями психологической диагностики заболеваний, психологической помощи и восстановлению психических функций.

**Студент должен знать**:

* закономерности формирования мозговой организации психических процессов, специфику детского мозга, строение, состав мозговых зон, вовлекаемых в работу нейрофизиологических функциональных систем;
* специфику нейропсихологического исследования детей и возможности использования их как в клинической практике, так и психолого-педагогической деятельности.

**Студент должен уметь:**

* применять полученные знания при решении психолого-педагогических задач;
* квалифицировать затруднения, возникающие у детей в ходе учебной деятельности и прогнозировать успешность ребенка в различных видах деятельности, в том числе и обучении, на основе нейропсихологического анализа;
* организовывать нейропсихологическое обследование, коррекцию детей дошкольного и младшего школьного возраста.

**Студент должен владеть:**

* категориальным аппаратом нейропсихологии детского возраста;
* навыками организации нейропсихологической диагностики, коррекции и реабилитации в детском возрасте.

**5. План изучения темы:**

**5.1. Контроль исходного уровня знаний.**

|  |  |
| --- | --- |
| 1. | с чем связан процесс развития при переходе "знаемых" мотивов в "побуждение"   * 1. развитием мышления ребенка;   2. формированием мировоззрения подростка;   3. началом трудовой деятельности;   4. борьбой мотивов;   5. с переходом в зрелось. |
| 2. | в какой последовательности располагают В процессе обследования методики   * 1. по убывающей сложности;   2. по возрастающей сложности;   3. попеременно чередуя методики различной сложности;   4. по направленности на тот или иной психический процесс;   5. не имеет значения. |
| 3. | какой характер носит Кривая истощаемости гиперстенического типа   1. высокого плато 2. зигзагообразный 3. низкого плато 4. постепенного снижения; 5. не отличается от здоровых лиц. |
| 4. | в основе чего лежит Склонность к большому обобщению по отношению к мелкому объекту суждений   * 1. непоследовательность;   2. «откликаемость»;   3. разноплановость;   4. резонерство;   5. непосредственность. |
| 5. | ЧЕМ характеризуется Олигофазия больных эпилепсией   1. замедлением ее темпа 2. употреблением уменьшительных слов 3. использованием речевых штампов 4. всем перечисленным; 5. больные эпилепсией не страдают олигофазией. |

#### 5.2 Основные положения и понятия темы

#### Причины и классификация отклонений в развитии

Многообразие неблагоприятных условий можно разделить на внешние и внутренние условия. При этом их существование может быть независимым; может быть и таким, при котором одно трансформируется в другое. Также их можно разделить на статичные и динамичные. Г.М. Дульневым и А.Р. Лурия были выделены 5 основных условий нормального психического развития: сохранность структур функций ЦНС; сохранность анализаторных систем; сохранность речевых систем; физическое здоровье и адекватное возрасту обучение и воспитание.

Многообразие любого из приведенных факторов способно приводить к появлению множества вариантов отклоняющегося развития [2, с. 10].

Классификация нарушений психического развития у детей, созданная в русле патопсихологической науки В.В. Лебединским (1985), является одной из наиболее распространенных. Она построена на базе идей Л.С. Выготского, исследованиях Г.Е. Сухаревой (1959), Л. Канера (1955), В.В. Ковалева (1995). В ее основу были положены представления отечественных и зарубежных ученых о направлениях нарушений психического развития человека: ретардации - как запаздывания или приостановки всех сторон психического развития; дисфункции созревания - что связано с морфофункциональной возрастной незрелостью ЦНС; повреждении развития - изолированное повреждение начавшей развиваться структуры или системы; асинхронии - диспропорциональности развития.

**Классификация психического дизонтогенеза** (по В.В. Лебединскому, 1985):

1. Недоразвитие.
2. Задержанное развитие.
3. Поврежденное развитие.
4. Дефицитарное развитие.
5. Искаженное развитие.
6. Дисгармоническое развитие.

Таблица 3

**Группы отклонений психического развития**

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Отклонения, вызванные отставанием развития | | Отклонения, вызванные диспропорциональностью развития | | Отклонения, вызванные поломкой, выпадением отдельных функций | |
| Недоразвитие | Задержанное развитие | Искаженное развитие | Дисгармоническое развитие | Поврежденное развитие | Дефицитарное развитие |

В классификации В.В. Лебединского учтены различные параметры дизонтогенеза [2, с. 42].

**Первый параметр** связан с **функциональной локализацией нарушения**. В зависимости от этого В.В. Лебединский выделил два вида дефекта: частный и общий. Первый обусловлен нарушением или недостаточностью отдельных функций гнозиса, праксиса, речи; второй - общий, связан с нарушением регуляторных подкорковых и корковых систем.

**Второй параметр** связан со **временем поражения**. Как указывал Л.С. Выготский, чем раньше возникает то или иное нарушение, тем тяжелее последствия для психического развития. Причем для раннего возраста наиболее характерны явления **недоразвития**, в то время как на более поздних этапах онтогенеза вероятнее всего преобладание **повреждения**и **распада** психических функций. Чаще повреждаются те функции, формирование которых в онтогенезе завершается рано. Тенденцию к повреждению имеют функциональные системы с коротким временным циклом развития, в основном они бывают уже сформированы к рождению. Это подкорковые системы. Корковые функции либо недоразвиваются, либо временно задерживаются в своем развитии.

Временной фактор имеет еще один аспект. В период наиболее интенсивного развития (сензитивные периоды) психические функции, как правило, характеризуются снижением уровня резистентности по отношению к воздействию патогенного фактора. Это относится и к психике в целом в периоды ее перехода с одной возрастной ступени на другую.

**Третий параметр** дизонтогенеза связан с нарушением **межфункциональных взаимодействий** в процессе аномального системогенеза. Формирование любого качества ВПФ происходит в результате перестройки их внутрисистемных отношений. Перестройка и усложнение функций протекают в определенной последовательности, обусловленной законом гетерохронии - разновременностью формирования функций с опережающим развитием одних по отношению к другим.

В патологии развития отмечается нарушение межфункциональных связей, наблюдаются диспропорции, нарушения своевременности развития различных психических функций. В результате возникают **асинхронии развития**. В их основе лежат два явления: ретардация и акселерация. **Ретардация** - незавершенность, отставание в отдельных периодах развития, отсутствие эволюции ранних форм. **Акселерация** - развитие, при котором одна их функций опережает сроки развития, значительно обгоняя типичную хронологию. Возможно также сочетание акселерации и ретардации: например, активное развитие механической памяти и речи при отставании в умственном развитии (при гидроцефалии).

Изменчивость межфункциональных связей обуславливает хроногенную локализацию функций. При формировании сложных, иерархически организованных психических функций высшие звенья, внося новый принцип работы, не повторяют низших то же время низшие функции перестраиваются под влиянием высших, становятся зависимыми от них. Отсюда вытекает утверждение о разной ранимости высших и низших звеньев на разных стадиях онтогенеза.

**Четвертый параметр** определяется взаимосвязями между первичными и вторичными нарушениями (**структура дефекта**). Эти взаимосвязи принято обозначать структурой нарушенного развития. **Первичные**, или ядерные, нарушения представляют собой малообратимые изменения в параметрах работы той или иной функции под непосредственным влиянием патогенного фактора. К **вторичным** относят нарушения в работе и развитии функций, так или иначе связанных с первично нарушенной. В силу этого вторичные нарушения, в отличие от первичных, носят обратимый характер, т.е. поддаются коррекции [2, с. 41-44, 3, с. 165-169].

На базе классификации В.В. Лебединского (1985) свою авторскую трактовку типологии отклоняющегося развития предлагают Н.Я. Семаго и М.М. Семаго (2001). В ней отражается попытка создать систему собственно психологических показателей развития ребенка, которые определяют и в то же время отграничивают содержательное поле деятельности психолога от направлений работ других специалистов (логопедов, дефектологов, психиатров).

Они выделяют три основные группы собственно психологических синдромов: недостаточное, асинхронное и поврежденное развитие, определяемых в первую очередь спецификой, последовательностью и темпом формирования всей иерархической структуры психического развития ребенка [3, с. 169].

С развитием **детской нейропсихологии** наметился еще один подход к классификации нарушений развития (Л.С. Цветкова, Н.К. Корсакова, Ю.В. Микадзе, Т.В. Ахутина, Н.М. Пылаева, А.В. Семенович, О.Н. Усанова и др.). В нем анализируются варианты онтогенеза психики той части детской популяции, которую можно определить как неблагополучную, дезадаптивную относительно учебной (социальной) деятельности.

Наиболее полно нейропсихологический подход к классификации представлен в работах А.В. Семенович (1998, 2000). Ею выделены и подробно описаны синдромы отклоняющегося развития, которые могут служить основой для классификации нарушений. Они дифференцируются на "синдромы несформированности'' (I) и "синдромы дефицитарности'' (II). Методологически подобное разделение связано с учетом степени зрелости мозговых систем и соответствия этой зрелости возрастному уровню ребенка.

1. Синдромы несформированности:
2. функциональная несформированность префронтальных (лобных) отделов мозга;
3. функциональная несформированность левой височной области;
4. Функциональная несформированность межполушарных взаимодействий транскортикального уровня (мозолистого тела);
5. функциональная несформированность правого полушария мозга.
6. Синдромы дефицитарности:
7. функциональная дефицитарность подкорковых образований (базальных ядер) мозга;

#### Общие и специфические закономерности атипичного развития

Характеризуя общие, или главные, закономерности психического развития, следует подчеркнуть, что развитие связано, прежде всего, с позитивными качественными изменениями, появление которых знаменует очередную фазу и стадию этого процесса. Процесс развития необратим и непрерывен. Кроме того, общим законом развития является механизм **иерархизации** - соподчинения. Более молодые и более совершенные функции включают в свой состав, подчиняют себе более "старые'', тем самым создавая условия для взаимного развития.

Еще одной важной стороной развития является его неравномерность, или гетерохронность. В этом отношении законом нормального развития следует считать сочетание неравномерности со своевременностью формирования тех или иных структур. В психологии разновременность формирования разных сторон психики называется сензитивными периодами.

Кроме всего сказанного, необходимо упомянуть, что психика не только представляет собой внутренний регулятор внешней предметной деятельности, но и сама может развиваться только в условии этой деятельности. При этом всегда указывается, что развитие психики осуществляется в ведущем для данного возраста виде деятельности.

Процесс психического развития можно рассматривать как направленный и спонтанный. Первый представляет собой процесс изменений в психике ребенка под влиянием обучения и называется функциональным генезом. Спонтанное развитие - это изменение в процессе самонаучения путем подражания.

Таким образом, можно дать самое общее определение психического развития как процесса поступательных, непрерывных, необратимых качественных изменений в отражении внешнего и внутреннего мира (в параметрах его полноты, точности, глубины, взаимосвязанности, целостности и т.п.), обеспечивающих все более эффективную саморегуляцию внешней предметной и внутренней психической деятельности, а также повышающих их результативность в плане усвоения социально-исторического опыта.

Результаты исследований убедительно свидетельствуют о том, что основные закономерности психического развития (такие как поступательность, переход количественных изменений в качественные, закрепление изменений в процессе развития через опыт) являются едиными как для нормы, так и для патологии.

Но при общности закономерностей развития в норме и патологии при нарушениях в развития проявляются и особенности, что выражается в разного рода отклонениях. Анализ отклонений развития показывает, что нарушенное развитие имеет свою специфику, характерную в той или иной мере для всех детей этой группы, одновременно отличая их от детей с нормальным развитием.

1. Снижение уровня развития.
2. Трудности социальной адаптации.
3. Нарушения общения.
4. Несоответствие речи возрастным нормам развития.
5. Закономерности познания действительности: изменение способности к приему и переработке информации, нарушение хранения и использования информации, замедление формирования понятий, затруднение упорядочивания информации, недостаточность и специфические особенности словесного опосредования.
6. Наличие потенциальных возможностей развития за счет целенаправленного воздействия на формирование высших психических функций.
7. Способность совершенствования функций лишь до определенного уровня, часто не достигающего возрастных нормативов, а также длительность коррекции функций.
8. Нарушение произвольности психических процессов.

Наряду с закономерностями развития детей, подчеркивающими их трудности, существуют и закономерности положительного характера. Одна из них была выделена В.И. Лубовским при изучении словесной регуляции действий у детей. Это возможность выработки новых условных связей без участия словесной системы или чаще при неполном, частичном словесном опосредовании.

Наличие этой особенности показывает, что нарушенное развитие имеет закономерности, характеризующие уровень отставания в развитии и уровень компенсации.

Правильное понимание общих и специфических закономерностей развития при конкретной форме нарушения зависит от знания характера первичного дефекта и закономерного влияния на образование вторичных отклонений в формировании психики ребенка, которые в совокупности влияют на весь ход психического развития. Исследования разных групп детей с нарушениями психического развития показывают, что каждый вид развития имеет свои, обусловленные конкретным дефектом, сложные специфические особенности, отличающие одну категорию таких детей от другой. **Механизмы формирования системных отклонений**

Весьма часто появление вторичных или системных нарушений рассматривается как почти автоматический процесс. В действительности вторичные отклонения не появляются и не исчезают сами по себе. Их появление и формирование связано с работой многочисленных сложных механизмов.

Первично поврежденная функция сама по себе еще не может вызвать появление вторичных нарушений в развитии. Психическое развитие ребенка, формирование его сознания возможны лишь в процессе общения. Общаясь с ребенком, взрослый передает ему культурно-исторический опыт человечества, усвоение которого и составляет сущность процесса формирования человеческого сознания.

На ранних этапах развития передача культурно-исторического опыта состоит в том, что взрослый раскрывает ребенку способы действия с теми или иными предметами (ложка, вилка, карандаш и пр.), поскольку открыть эти способы самостоятельно ребенок не может. Овладевая способами действия с предметами и, тем самым, входя в мир человеческой культуры, ребенок обретает и человеческое сознание.

Отсюда не сложно понять, что любое первичное нарушение в разной степени и с разных сторон затрудняет процесс передачи и усвоения культурного опыта и тем самым замедляет процесс психического развития, формируя различные системные отклонения.

В процессе своего становления высшие психические функции проходят последовательно две фазы - **интерпсихическую** и **интрапсихическую**. Для первой фазы характерно то, что сама функция всецело не принадлежит ребенку и существует не самостоятельно, а в разделенном виде. Какая-то часть функции реализуется взрослым, а какая-то - ребенком. Только пройдя это период, психическая функция становится внутренней принадлежностью ребенка - т.е. переходит в интрапсихическую фазу. Когда мы говорим об этом, становится понятна исключительная роль взрослого и общения с ним ребенка в процессе формирования высших психических функций. Любое первичное нарушение способно серьезно осложнить процесс общения ребенка со взрослым, тем самым замедляя темпы формирования высших психических функций. Не случайно неоднократно в научной литературе указывалось на то, что в детском возрасте элементарные психические функции чаще подвергаются повреждению, а высшие - недоразвитию. Описанные механизмы формирования системных отклонений можно обозначить как **коммуникативные**.

Еще один механизм формирования системных отклонений обозначается как **депривационный**.

Негативное влияние разных форм депривации на характер психического развития ребенка известен давно. Своеобразие жизненной ситуации детей с отклонениями в развитии таково, что большинство их них неизбежно вынуждено находиться в депривационной ситуации длительное время. Нарушение слуха, зрения, речи, опорно-двигательного аппарата и пр. можно рассматривать как первичные клинические формы депривации, сами по себе замедляющие процесс возрастного развития. Но кроме этого, для многих детей с отклонениями в развитии характерными являются ситуации социальной и эмоциональной депривации, типичные для образа их жизни, особенно в дошкольном детстве. Это дополнительно осложняет условия их психического развития.

Наконец, следует указать на **деятельностный**механизм формирования вторичных отклонений. Психика выступает в роли внутреннего регулятора внешней предметной деятельности. Именно поэтому нарушение процесса ее развития как первичное явление обязательно практически при всех формах дизонтогенеза сказывается на развитии моторной сферы, предметных действий и разных форм деятельности. Но тут же срабатывает и обратная связь. Сама психика, регулируя внешнюю предметную деятельность изнутри, выступая в качестве ее внутреннего плана, в то же время только в этой предметной деятельности и формируется. Все новообразования в процессе психического развития формируются лишь в рамках ведущего вида деятельности. Поэтому замедление в темпах формирования разных видов предметной деятельности является одной из причин отставания в развитии и возникновения вторичных отклонений.

Выделяют еще одно направление в процессе формирования вторичных отклонений - **речевое.**Характеризуя основные свойства высших психических функций, Л.С. Выготский указывал на **прижизненность** их развития, **осознанность и произвольность**, а также на опосредованный характер строения. В качестве опосредующего элемента в структуре ВПФ выступает речь - внешняя и внутренняя, в зависимости от этапа возрастного развития. Поэтому отставание в речевом развитии, характерное для разных форм дизонтогенеза, является еще одной из причин замедления формирования ВПФ

**5.3. Самостоятельная работа по теме:**

- разбор темы;

- отработка коррекционных методик;

- разбор пациентов, решение ситуативных задачь

**5.4. Итоговый контроль знаний:**

- ответы на вопросы по теме занятия;

- решение ситуационных задач, тестовых заданий по теме.

|  |  |
| --- | --- |
| 1. | какими признаками больные оперируют при Снижении уровня обобщения   * 1. конкретно-ситуационными признаками;   2. функциональными признаками;   3. существенными признаками;   4. отвлеченными понятиями;   5. абстрактными понятиями. |
| 2. | Какие нарушения При поражениях задних отделов левой височной области   * 1. нарушения номинативной функции в сочетании с невозможностью называть по названному слову зрительные представления;   2. оптическая афазия;   3. распад возможности изобразить названный объект;   4. все перечисленное;   5. нет правильного ответа. |
| 3. | что всключает в себя Симультанная агнозия   * 1. невозможности объединять части в целостные образы;   2. невозможности выделять фигуры из фона;   3. невозможности узнать зашумленные изображения;   4. трудностях восприятия части зрительного поля, противоположной очагу поражения;   5. невозможность символического мышления. |
| 4. | какой тип Нарушения мышления, при котором больные не могут менять избранного способа своей работы, изменять ход своих суждений, переключаться с одного вида деятельности на другой   * 1. непоследовательность суждений;   2. лабильность суждений;   3. разноплановость;   4. инертность мышления;   5. резонерство. |
| 5. | При очаговых поражениях в правой височной зоне наблюдаются все перечисленные нарушения, кроме:   * 1. литеральные парафазии;   2. трудности определения индивидуальной принадлежности голоса;   3. невозможность дифференцировки бытовых шумов;   4. трудности при воспроизведении простых ритмов;   5. амузия. |

Задачи:

|  |  |
| --- | --- |
| 1. | Больная Ю., 66 лет. В прошлом работала препода-  вателем средней школы. В психиатрической больнице находится  три года без выписки. Сознание ясное. Себя называет правильно,  но при беседе обнаруживается, что больная не помнит текущей  даты, не помнит своего возраста, не помнит, сколько времени на-  ходится в больнице, не помнит, как зовут лечащего врача. Настрое-  ние хорошее. На просьбу вспомнить, чем она занималась вчера, со-  общила следующее: «Вчера с утра были занятия, проходили тему  “Пушкин и декабристы“. А затем сидела на педсовете. Хулигана  Галкина опять обсуждали». |
| 2. | Больной З., 78 лет, колхозник. В течение несколь-  ких недель находился на лечении в психиатрической больнице,  жалуется лишь на отсутствие зрения на правый глаз, где имеет-  ся помутнение роговицы. В отделении спокоен, подсаживается 43  к больнымпожилоговозраста, очем-тоснимибеседует. Вобщении  с врачом, больными вежлив, предупредителен, даже несколько сла-  щав. Приветливо здоровается, но встретив врача через несколько  минут, приветствует его снова. Часто приоткрывает дверь в каби-  нет и вежливо осведомляется, не пришел ли консультант-окулист,  через пять минут спрашивает о том же. Числа, месяца, года назвать  не может. Видя вокруг людей в белых халатах, догадывается, что  его положили в больницу, но какую, не помнит. Рассказывает, что  только вчера приехал из деревни: «Вот лошадь во дворе привязал,  сейчас ходил сена ей давал». Вернувшись после консультации из  кабинета профессора, всем рассказывает с убеждением, что про-  фессор угощал его шампанским, сердился, когда ему говорили,  что этого не было. Любит рассказывать о днях своей молодости,  помнит события прошлых лет, правильно воспроизводит события  войны, в которой принимал участие. Перечисляет имена своих де-  тей, назвать имена внуков не может, говорит каждый раз разные.  Квалифицировать нарушения памяти и синдром. |
| 3. | Больной M., 23 лет, после тяжелой травмы головы  лечился в больнице в течение 6 месяцев с нарушениями памяти.  В то время не мог воспроизвести события пятилетней давности.  Спустя год после выписки: спокоен. Охотно отвечает на вопросы.  Обнаруживает амнезию на период, предшествующий травме. Не  помнит событий после травмы, амнезировал пребывание в трав-  матологическом отделении; месяцы, проведенные в психиатриче-  ской больнице. Помнит, что к нему «иногда» приезжали родители.  Помнит хорошо день выписки. С трудом вспомнил имена врачей  и медицинского персонала. Жалуется, что у него «плохая память»  : «все приходится записывать».  Квалифицировать нарушения памяти. |
| 4. | Больной с возмущением говорил: «Ужасные без-  образия творятся в этой клинике, вчера, например, меня посадили  в клетку, а до этого заставили вылезать на улицу через окно».  Определить нарушения памяти. |
| 5. | Больная 43 лет, поступает в психиатрическую боль-  ницу с одинаковыми состояниями в четвертый раз. Настроение  повышено, многоречива, деятельна, плохо спит. Читает наизусть  стихи Блока и страницы из произведений Чехова почти без оши-  бок, можно сверять с текстом. Когда такие состояния проходят, то  стихи помнит отрывками, а прозу воспроизвести не может.  Как называются такие временные нарушения памяти? |

1. **Домашнее задание для уяснения темы занятия**

* составление плана диагностического исследования ребёнка;
* составление плана коррекционного исследования ребёнка;
* ведение протокола исследования;
* супервизия работы студента с ребёнком;
* обсуждение результатов экспериментально-психологического исследования ребёнка;
* написание заключения экспериментально-психологического исследования;
* обсуждение и коррекция заключения экспериментально-психологического исследования.
* основные принципы, определяющие формирование психичес­ких функций в теории системной динамической локализации А.Р. Лурия.
* специфика использования основных понятий нейропсихологии «функция», «локализация», «симптом», «синдром», «фактор», «синдромный анализ» в нейропсихологии детского возраста.
* функциональные блоки мозга по А.Р. Лурия. Строение, функции.
* принцип гетерохронности в морфо- и функциогенезе. Внутри­системная и межсистемная гетерохронность.
* основные принципы системогенеза.
* показатели морфологического созревания мозга. Основные за­кономерности морфологического созревания мозга.
* функциональные критерии развития мозга. Основные законо­мерности функционального созревания мозговых структур.
* морфофункциональное созревание функциональных блоков мозга в онтогенезе.
* соотношение развития и влияния среды. Теории научения. Тео­рии созревания.

1. **Рекомендованная литература по теме занятия**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| №  п/п | Наименование | Издательство | Год  выпуска |

**Обязательная**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 1. | Лурия А.Р. Высшие корковые функции человека и их нарушения при локальных поражениях мозга / А.Р. Лурия. | СПб.: Питер | 2007 |
| 2. | Семенович А.В. Нейропсихологическая диагностика и коррекция в детском возрасте. | М.: Академия | 2002 |
| 3. | Семенович, А. В. Нейропсихологическая коррекция в детском возрасте. Метод замещающего онтогенеза: учебное пособие/ А. В. Семенович. - 2-е изд. | М.: Генезис | 2008 |
| 4. | Визель Т.Г. Основы нейропсихологии: учеб. для студентов вузов Т.Г. Визель. | М.: АСТАстрель Транзиткнига | 2005 |
| 5. | Клиническая психология / под ред. Карвасарского Б.Д. | СПб.: Питер | 2010 |
| 6. | Микадзе Ю.В. Нейропсихология детского возраста: Учебное пособие. | СПб.:Питер | 2008 |

**Дополнительная**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 1. | Психология. (Лекции для студентов медицинских вузов), Творогова Н. Д. | М.: ГОУ ВУНМЦ РФ | 2002 |
| 2. | Клиническая психология / под ред. М.Перре , У.Бауманна | СПб.: Питер | 2007 |
| 3. | Корсакова Н. К., Московичюте Л. И. Клиническая нейропсихология. | М.: МГУ | 1988 |

**Электронные ресурсы**

|  |  |
| --- | --- |
| 1. | ИБС КрасГМУ |
| 2. | БМ МедАрт |
| 3. | БД Ebsco |

Государственное бюджетное образовательное учреждение высшего профессионального образования «Красноярский государственный медицинский университет имени профессора В.Ф. Войно-Ясенецкого»

Министерства здравоохранения Российской Федерации

ГБОУ ВПО КрасГМУ им. проф. В.Ф. Войно-Ясенецкого Минздрава России

Кафедра нервных болезней с курсом медицинской реабилитации ПО

**МЕТОДИЧЕСКИЕ УКАЗАНИЯ**

**ДЛЯ ОБУЧАЮЩИХСЯ**

**по дисциплине «Спецпрактикум по коррекционно-развивающему обучению с супервизией»**

**для специальности** 030401 Клиническая психология (очно-заочная форма обучения)

**К СЕМИНАРСКОМУ** **ЗАНЯТИЮ № 21**

**ТЕМА:** **«Типология пространственных представлений и их нарушения у взрослых и детей».**

Утверждены на кафедральном заседании протокол .

Заведующий кафедрой

Доктор медицинских наук, профессор Прокопенко С.В.

Составители: доктор медицинских наук, профессор Прокопенко С.В.

кандидат медицинских наук, доцент Харламова Г.В.

кандидат медицинских наук, ассистент Можейко Е.Ю.

доктор медицинских наук, профессор Похабов Д.В.

доктор медицинских наук, профессор Народова В.В.

кандидат медицинских наук, доцент Дроздова Л.Н.

доктор медицинских наук, профессор Колесникова И.В.

ассистент Швецова И.Н.

Красноярск

2013г.

**1. Занятие №21**

**Тема:** «Типология пространственных представлений и их нарушения у взрослых и детей».

**2. Форма организации занятия:** семинар – в интерактивной форме в виде дебатов.

**3. Значение изучения темы:**

В клиническойпрактике нейропсихологический метод занимает особое место в ряду научных дисциплин, обращенных к проблеме онтогенеза в норме и патологии. Только он позволяет оценить и описать те системно-динамические перестройки, которые сопровождают психическое развитие ребенка с точки зрения его мозгового обеспечения. Но описать — это значит понять. Понять глубинные механизмы его психического статуса и спланировать адекватную онтогенезу именно этого, конкретного ребенка программу психолого-педагогического сопровождения.

**4. Цели обучения:** освоения учебной дисциплины «Спецпрактикум по коррекционно-развивающему обучению с супервизией» состоит в овладении знаниями психологической диагностики заболеваний, психологической помощи и восстановлению психических функций.

**Студент должен знать**:

* закономерности формирования мозговой организации психических процессов, специфику детского мозга, строение, состав мозговых зон, вовлекаемых в работу нейрофизиологических функциональных систем;
* специфику нейропсихологического исследования детей и возможности использования их как в клинической практике, так и психолого-педагогической деятельности.

**Студент должен уметь:**

* применять полученные знания при решении психолого-педагогических задач;
* квалифицировать затруднения, возникающие у детей в ходе учебной деятельности и прогнозировать успешность ребенка в различных видах деятельности, в том числе и обучении, на основе нейропсихологического анализа;
* организовывать нейропсихологическое обследование, коррекцию детей дошкольного и младшего школьного возраста.

**Студент должен владеть:**

* категориальным аппаратом нейропсихологии детского возраста;
* навыками организации нейропсихологической диагностики, коррекции и реабилитации в детском возрасте.

**5. План изучения темы:**

**5.1. Контроль исходного уровня знаний.**

|  |  |
| --- | --- |
| 1. | Основным предметом реабилитационной нейропсихологии является   1. установление причинно-следственных отношений между поврежденным мозгом и изменениями со стороны психики; 2. разработка методом инструментального исследования больных с локальными поражениями головного мозга; 3. восстановление утраченных из-за травмы или болезни высших психических функций; 4. совершенствование представлений о нейропсихологических симптомах и синдромах. 5. все выше перечисленное |
| 2. | Нарушения квазипространственных отношений проявляются всеми ошибками, кроме   * 1. в понимании сложных логико – грамматических конструкций;   2. различения правой и левой стороны на листе бумаги;   3. в конструкции родительного падежа;   4. пространственными ошибками в счете;   5. трудности понимания разрядности строения числа. |
| 3. | Нарушения ориентировки в реальном пространстве проявляются во всем, кроме   1. трудности ориентировки на местности; 2. невозможности отразить пространственные признаки объекта на листе бумаги; 3. невозможности различать правую и левую стороны; 4. невозможность найти дорогу в лесу, незнакомом городе; 5. невозможность назвать место нахождения. |
| 4. | Жесткость организации мозговых функций обусловливается:   1. меньшей подверженностью травмам; 2. их реализацией в макросистемах головного мозга; 3. более ранним периодом формирования; 4. последними двумя обстоятельствами; 5. всеми перечисленными. |
| 5. | Основным тезисом эквипотенционализма является:   1. многоуровневость организации ВПФ; 2. функциональная равноценность левого и правого полушарий; 3. принципиальная схожесть протекания психических функций у всех людей; 4. равноценность всех зон мозга в реализации психической деятельности; 5. все тезисы верны. |

**5.2 Основные положения и понятия темы**

Поскольку пространственные представления обладают сложным многофакторным строением, оценка их нарушений представляет известные трудности. Необходимо выделить несколько аспектов, каждый из которых может быть оценен независимо от других и свидетельствовать о состоянии отдельного звена сложной функциональной системы. Анализ совокупности полученных при этом данных позволит не только оценить специфику вклада левого и правого полушарий в осуществление оптико-пространственной деятельности, но усовершенствовать дифференциально-диагностическую работу. Определить удельный вес сохранных и страдающих звеньев, выбрать адекватную мишень для коррекционной работы. Предлагается следующая типология блоков пространственных представлений, по-разному выпадающих из нормального функционирования при поражениях мозга у взрослых и имеющих свои индивидуальные пути развития в онтогенезе:

1.      Стратегия оптико-пространственной деятельности.

2.      Осознанное восприятие целостного перцептивного поля.

  Координатные представления.

4.      Метрические представления.

5.      Структурно-топологические представления.

6.      Проекционные представления.

Реально проследить и, что важно, зафиксировать стратегию оптико-пространственной деятельности можно, используя описанный вариант проведения теста Рея**-**Тейлора. Хотя информацию дают и характер выполнения различных экспериментальных программ зрительно-пространственного гнозиса, и способ изображения любого предлагаемого объекта, и проба пересчета (точек, геометрических фигур и предметов), и результат интерпретации целостных сюжетных картин, здесь будет рассмотрен частный случай **—** стратегия копирования. Как показывает опыт, предлагаемая классификация достаточно универсальна.

Условно можно выделить 3 основных вида стратегии:

1.      дедуктивную (нормативную) **—** с последовательным переходом от целого к частям, фрагментам фигуры;

2.      пофрагментарную **—** с поэлементным воспроизведением одного фрагмента за другим с относительно выраженным вектором продвижения от одного края перцептивного поля к другому;

3.      хаотичную **—** практически без ясной последовательности действий.

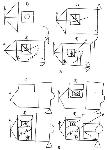
[](http://pedlib.ru/books1/3/0287/image107.jpg)

Рис. 29. Дефицит стратегии копирования (преимущественно пофрагментарная стратегия)

Поэлементная и хаотичная стратегии могут быть связаны с профессиональными или индивидуально-типологическими чертами индивида, но тогда они: не влекут никаких ошибок и утрат деталей, а также мало сказываются при необходимости отсроченного воспроизведения по памяти.

Варианты перечисленных стратегий (кроме нормативной, которая, очевидно, не нуждается в дополнительных разъяснениях) представлены на рис. 29 **—** 30. Арабскими цифрами на иллюстрациях помечены этапы копирования.

Различные виды распада нормативной стратегии патогномоничны у взрослых для дисфункции правого полушария. Именно здесь они носят первичный характеротносительно оптико-пространственного восприятия в отличие от случаев поражения лобных отделов левого полушария, где они, очевидно, вторичны.

Необходимо заметить, что наличие дублирующих (правои левополушарного) способов выполнения той или иной деятельности в зрелом возрасте наблюдается и здесь.

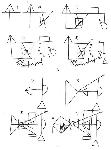
[](http://pedlib.ru/books1/3/0287/image109.jpg)

Рис. 30. Дефицит стратегии копирования (преимущественно хаотичная стратегия)

У взрослых нарушения стратегии всегда выступают в достаточно мягкой форме; во всяком случае лишь у незначительного числа пациентов они полностью дезорганизуют процесс.

У детей само формирование стратегии протекает до 10**—**12 лет. Это обстоятельство приводит к тому, что малейшая несостоятельность пространственных стратегических параметров полностью деформирует всю деятельность в целом **—** ведь речевые процессы еще не набрали своего регулирующего потенциала, соответственно элиминированы возможности компенсации. При интактном мозге этот дефицит приводит к массе ошибок, при органической или функциональной его недостаточности **—** обнажает все остальные дефекты до предела, как это видно на рисунках.

Помимо сказанного при оценке стратегии необходимо отметить ее направление. В норме у правшей оно зафиксировано в положении слева направо, что является базисным адаптивным механизмом восприятия окружающего мира в западной культуре. При искажении межполушарных взаимоотношений (у левшей или при соответствующей недостаточности комиссуральных структур мозга) или их несформированности в онтогенезе оно может измениться на противоположное **—** справа налево. В особо сложных случаях (при дисфункции среднего мозга) можно наблюдать изменение направления восприятия и соответственно копирования с горизонтальной на вертикальную ось (снизу вверх).

Нарушение осознанного восприятия целостного перцептивного поляпри сохранности первичных механизмов зрительного гнозиса **—**левостороннее игнорирование **—** возникает у взрослых больных только при поражении правого полушария или при нарушении межполушарных связей (например, при дисфункции мозолистого тела). Появление правостороннего игнорирования в зрелом возрасте всегда свидетельствует о принципиальном изменении межгемисферных взаимодействий (например, при наличии фактора левшества) в сторону функциональной амбилатеральности мозга на корковом и/или подкорковом уровне.

Левостороннее игнорирование приводит к пренебрежению (полному или в виде тенденции) к половине страницы при чтении, анализе сюжетной картинки, рисовании, письме. Рисунок и копирование осуществляются только в той части, которая содержится в правой половине перцептивного поля (рис. 31).

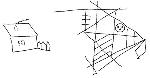
[](http://pedlib.ru/books1/3/0287/image111.jpg)

Рис. 31. Левостороннее игнорирование

Особый интерес вызывают случаи полимодального левостороннего игнорирования: отрицание левостороннего гемипареза, игнорирование в кинестетическом и динамическом праксисе и тактильном гнозисе в левой руке; чтение правой половины любого слова, изображение лишь правой части рисунка и т. п. Все они имеют место при локализации патологического очага в медио-базальных отделах правой лобно-височной области, как правило, с воздействием на подкорковые образования и комиссуральные системы мозга.

У детей игнорирование как левой, так в ряде случаев и правой половины перцептивного поля может возникнуть при органической или функциональной комиссуральной недостаточности (коркового или подкоркового уровня), в единичных случаях **—** при изолированных поражениях правого полушария. Явления эти в отличие от тех синдромов, которые встречаются у взрослых, как правило, нестойки: по сути своей это не дефект, а лишь тенденция, достаточно легко корригируемая посредством внедрения в процесс восприятия опосредующих маркеров. Но наблюдается эта тенденция у детей в той или иной сфере пространственного восприятия повсеместно.

Сравнительная редкость появления истинного синдрома игнорирования у детей (по крайней мере, в 3 **—** 4 реже, чем у взрослых при гомотопических мозговых поражениях) объяснима особенностями онтогенеза межполушарных взаимодействий. Как и ряд иных, патогенетически близких явлений, данный феномен в полную силу начинает актуализироваться у ребенка лишь в определенном возрасте (примерно с 10 лет) **—**с окончанием формирования устойчивых межполушарных взаимоотношений, связанных с функциональным созреванием всей совокупности иерархизированных комиссуральных систем, в первую очередь мозолистого тела.

Наиболее частыми являются ошибки, связанные с недостаточностьюкоординатных представлений об объекте. Эти дефекты актуализируются в неправильном верхне-нижнем и право-левом расположении объекта и его деталей в пространстве (рис. 32).

[image113.gif](http://pedlib.ru/books1/3/0287/image113.gif)

Рис. 32. Дефицит координатных представлений

Одной из наиболее характерных ошибок при этом является реверсия **—**зеркальное переворачивание стимула при рисовании, копировании, написании букв и цифр.

Координатные представления нарушаются у взрослых при поражении и правого, и левого полушарий. Однако у них при непосредственном манипулировании реверсии не встречаются; они возникают при обращении к образам памяти (в «слепых» часах, пробе Бентона, обращении с географической картой и т.п.) или при мысленном вращении (в пробах Хэда, копировании с поворотом на 180°).

У детей дефицит координатных представлений является закономерным этапом онтогенеза, связанным с хранением и длительным сосуществованием в незрелом мозге двойных перцептивных, двигательных и мнестических энграмм. Обилие реверсий специфично для детей в норме вплоть до 6 **—**7 лет. Всем известно, какой трудный путь они преодолевают, прежде чем научатся определять время по часам, незеркально писать буквы и цифры. По мере созревания межполушарного взаимодействия и специализации, установления стабильного вектора системы координат реверсии исчезают. Однако при различных формах дизонтогенеза выявление множественных реверсий, особенно при непосредственном манипулировании, может являться одним из наиболее явных знаков не: благополучия парной работы полушарий мозга.

Отметим, что изменения координатных представлений могут протекать в виде не только 180-, но и 90-градусной развертки. Выше уже описывалась тенденция детей-левшей к 90-градусиому развороту фигур Рея**-**Тейлора.

При церебральных поражениях у взрослых этот феномен возникает только при локализации патологического очага в пределах мосто-мозжечковой системы. Вне органического поражения во взрослом возрасте его актуализация, очевидно, свидетельствует (в ретроспективе) о суборганическом или функциональном дизонтогенезе межполушарных взаимоотношений на уровне стволовых образований мозга. Что подтверждается и «детским» материалом: именно дисфункция этих образований мозга высоко коррелирует с появлением 90-градусных разверток.

Собственно поэтому 90-градусный поворот возникает у левшей. Ведь становление у них межгемисферных взаимодействий на всех этапах церебрального онтогенеза (включая зрелый возраст) характеризуется относительной автономией, функциональной разобщенностью полушарий мозга. Подчеркнем, что при обычном нейропсихологическом обследовании этот патофеномен обнаруживается только при копировании сложных симультанных фигур Рея**-**Тейлора.

Дополняя уже сказанное о стратегии оптико-пространственной деятельности, необходимо выделить случаи не частных, а полных реверсий, т.е. ситуации, при которой меняется система координат не единичной операции, а целого действия, иногда и деятельности.

Самым ярким примером тому является зеркальное письмо леворуких. Такие феномены указывают не на тяжесть поражения мозга, но на очевидное стойкое изменение межполушарных взаимоотношений как у взрослых, так и у детей. Как правило, эти явления выявляются у левшей и при различных вариантах дисгенезии или агенезии мозолистого тела.

К недостаточности метрических синтезов следует отнести ошибки при оценке расстояний, углов и пропорций, ошибки на 5 **—**10 мин при оценке и расстановке времени на «слепых» часах, аналогичные трудности при выполнении теста Бентона. Они проявляются в несоблюдении соответствия величин отдельных элементов рисунка или копируемого объекта, как, например, при изображении фигуры Тейлора на рис. 33.

Там же видно, что центральные вертикаль и горизонталь делят фигуру не ; пополам, а 1/3 к 2/3; изменен наклон штрихов, пересекающих волнистую линию в нижнем левом фрагменте, и т.д. Показательной метрической ошибкой является также существенная нестыковка линий и точек пересечения.

Метрические ошибки во взрослой клинике являются патогномоничным знаком страдания правого полушария. У детей до 8 **—** 9 лет дизметриимогут сопровождать нормальный онтогенез. В дальнейшем они свидетельствуют о недостаточности правого полушария. Но важно, что в зависимости от синдрома в целом они могут говорить как о гипо-, так и о гиперфункции правого полушария. Так, обилие метрических патофеноменов в пубертатном периоде всегда выступает наряду с общей гиперактивностью правого полушария мозга. Необходимо четко различать метрический и структурно-топо логический дефицит.

**5.3. Самостоятельная работа по теме:**

- разбор темы;

- отработка коррекционных методик;

- разбор пациентов, решение ситуативных задачь

**5.4. Итоговый контроль знаний:**

- ответы на вопросы по теме занятия;

- решение ситуационных задач, тестовых заданий по теме.

|  |  |
| --- | --- |
| 1. | Медиобазальные отделы головного мозга, по А.Р. Лурия, относятся:   1. к энергетическому неспецифическому блоку; 2. к блоку переработки экстероцептивной информации; 3. к блоку программирования, регуляции и контроля; 4. ни к одному из них; 5. все ответы верны. |
| 2. | Инструментом выделения нейропсихологического фактора является:   1. совокупность физиологических исследований; 2. клиническая беседа с больным или испытуемым; 3. синдромный анализ; 4. математические процедуры; 5. ультразвуковое обследование.   ОТВЕТ: C |
| 3. | C КАКИМИ отднлами связаны Нарушения контроля за исполнением собственного поведения   1. патология лобных долей; 2. повреждение глубоких структур мозга; 3. нарушение работы теменно-затылочных отделов мозга; 4. патология височных долей; 5. патология затылочных отделов. |
| 4. | задача, которая не решается с помощью методов нейропсихологической диагностики   1. постановка топического диагноза; 2. оценка динамики психических функций; 3. определение причин аномального психического функционирования; 4. выбор форм нейрохирургического вмешательства; 5. выбор форм нейропсихологической диагностики. |
| 5. | Расстройства различных видов ощущений называются   1. агнозиями; 2. галлюцинациями; 3. сенсорными расстройствами; 4. иллюзиями; 5. апраксиями. |

Задачи:

|  |  |
| --- | --- |
| 1. | Больная Ю., 66 лет. В прошлом работала препода-  вателем средней школы. В психиатрической больнице находится  три года без выписки. Сознание ясное. Себя называет правильно,  но при беседе обнаруживается, что больная не помнит текущей  даты, не помнит своего возраста, не помнит, сколько времени на-  ходится в больнице, не помнит, как зовут лечащего врача. Настрое-  ние хорошее. На просьбу вспомнить, чем она занималась вчера, со-  общила следующее: «Вчера с утра были занятия, проходили тему  “Пушкин и декабристы“. А затем сидела на педсовете. Хулигана  Галкина опять обсуждали». |
| 2. | Больной З., 78 лет, колхозник. В течение несколь-  ких недель находился на лечении в психиатрической больнице,  жалуется лишь на отсутствие зрения на правый глаз, где имеет-  ся помутнение роговицы. В отделении спокоен, подсаживается 43  к больнымпожилоговозраста, очем-тоснимибеседует. Вобщении  с врачом, больными вежлив, предупредителен, даже несколько сла-  щав. Приветливо здоровается, но встретив врача через несколько  минут, приветствует его снова. Часто приоткрывает дверь в каби-  нет и вежливо осведомляется, не пришел ли консультант-окулист,  через пять минут спрашивает о том же. Числа, месяца, года назвать  не может. Видя вокруг людей в белых халатах, догадывается, что  его положили в больницу, но какую, не помнит. Рассказывает, что  только вчера приехал из деревни: «Вот лошадь во дворе привязал,  сейчас ходил сена ей давал». Вернувшись после консультации из  кабинета профессора, всем рассказывает с убеждением, что про-  фессор угощал его шампанским, сердился, когда ему говорили,  что этого не было. Любит рассказывать о днях своей молодости,  помнит события прошлых лет, правильно воспроизводит события  войны, в которой принимал участие. Перечисляет имена своих де-  тей, назвать имена внуков не может, говорит каждый раз разные.  Квалифицировать нарушения памяти и синдром. |
| 3. | Больной M., 23 лет, после тяжелой травмы головы  лечился в больнице в течение 6 месяцев с нарушениями памяти.  В то время не мог воспроизвести события пятилетней давности.  Спустя год после выписки: спокоен. Охотно отвечает на вопросы.  Обнаруживает амнезию на период, предшествующий травме. Не  помнит событий после травмы, амнезировал пребывание в трав-  матологическом отделении; месяцы, проведенные в психиатриче-  ской больнице. Помнит, что к нему «иногда» приезжали родители.  Помнит хорошо день выписки. С трудом вспомнил имена врачей  и медицинского персонала. Жалуется, что у него «плохая память»  : «все приходится записывать».  Квалифицировать нарушения памяти. |
| 4. | Больной с возмущением говорил: «Ужасные без-  образия творятся в этой клинике, вчера, например, меня посадили  в клетку, а до этого заставили вылезать на улицу через окно».  Определить нарушения памяти. |
| 5. | Больная 43 лет, поступает в психиатрическую боль-  ницу с одинаковыми состояниями в четвертый раз. Настроение  повышено, многоречива, деятельна, плохо спит. Читает наизусть  стихи Блока и страницы из произведений Чехова почти без оши-  бок, можно сверять с текстом. Когда такие состояния проходят, то  стихи помнит отрывками, а прозу воспроизвести не может.  Как называются такие временные нарушения памяти? |

1. **Домашнее задание для уяснения темы занятия**

* составление плана диагностического исследования ребёнка;
* составление плана коррекционного исследования ребёнка;
* ведение протокола исследования;
* супервизия работы студента с ребёнком;
* обсуждение результатов экспериментально-психологического исследования ребёнка;
* написание заключения экспериментально-психологического исследования;
* обсуждение и коррекция заключения экспериментально-психологического исследования.
* основные принципы, определяющие формирование психичес­ких функций в теории системной динамической локализации А.Р. Лурия.
* специфика использования основных понятий нейропсихологии «функция», «локализация», «симптом», «синдром», «фактор», «синдромный анализ» в нейропсихологии детского возраста.
* функциональные блоки мозга по А.Р. Лурия. Строение, функции.
* принцип гетерохронности в морфо- и функциогенезе. Внутри­системная и межсистемная гетерохронность.
* основные принципы системогенеза.
* показатели морфологического созревания мозга. Основные за­кономерности морфологического созревания мозга.
* функциональные критерии развития мозга. Основные законо­мерности функционального созревания мозговых структур.
* морфофункциональное созревание функциональных блоков мозга в онтогенезе.
* соотношение развития и влияния среды. Теории научения. Тео­рии созревания.

1. **Рекомендованная литература по теме занятия**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| №  п/п | Наименование | Издательство | Год  выпуска |

**Обязательная**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 1. | Лурия А.Р. Высшие корковые функции человека и их нарушения при локальных поражениях мозга / А.Р. Лурия. | СПб.: Питер | 2007 |
| 2. | Семенович А.В. Нейропсихологическая диагностика и коррекция в детском возрасте. | М.: Академия | 2002 |
| 3. | Семенович, А. В. Нейропсихологическая коррекция в детском возрасте. Метод замещающего онтогенеза: учебное пособие/ А. В. Семенович. - 2-е изд. | М.: Генезис | 2008 |
| 4. | Визель Т.Г. Основы нейропсихологии: учеб. для студентов вузов Т.Г. Визель. | М.: АСТАстрель Транзиткнига | 2005 |
| 5. | Клиническая психология / под ред. Карвасарского Б.Д. | СПб.: Питер | 2010 |
| 6. | Микадзе Ю.В. Нейропсихология детского возраста: Учебное пособие. | СПб.:Питер | 2008 |

**Дополнительная**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 1. | Психология. (Лекции для студентов медицинских вузов), Творогова Н. Д. | М.: ГОУ ВУНМЦ РФ | 2002 |
| 2. | Клиническая психология / под ред. М.Перре , У.Бауманна | СПб.: Питер | 2007 |
| 3. | Корсакова Н. К., Московичюте Л. И. Клиническая нейропсихология. | М.: МГУ | 1988 |

**Электронные ресурсы**

|  |  |
| --- | --- |
| 1. | ИБС КрасГМУ |
| 2. | БМ МедАрт |
| 3. | БД Ebsco |

Государственное бюджетное образовательное учреждение высшего профессионального образования «Красноярский государственный медицинский университет имени профессора В.Ф. Войно-Ясенецкого»

Министерства здравоохранения Российской Федерации

ГБОУ ВПО КрасГМУ им. проф. В.Ф. Войно-Ясенецкого Минздрава России

Кафедра нервных болезней с курсом медицинской реабилитации ПО

**МЕТОДИЧЕСКИЕ УКАЗАНИЯ**

**ДЛЯ ОБУЧАЮЩИХСЯ**

**по дисциплине «Спецпрактикум по коррекционно-развивающему обучению с супервизией»**

**для специальности** 030401 Клиническая психология (очно-заочная форма обучения)

**К СЕМИНАРСКОМУ** **ЗАНЯТИЮ № 22**

**ТЕМА:** **«С Модель иерархического строения пространственных представлений».**

Утверждены на кафедральном заседании протокол .

Заведующий кафедрой

Доктор медицинских наук, профессор Прокопенко С.В.

Составители: доктор медицинских наук, профессор Прокопенко С.В.

кандидат медицинских наук, доцент Харламова Г.В.

кандидат медицинских наук, ассистент Можейко Е.Ю.

доктор медицинских наук, профессор Похабов Д.В.

доктор медицинских наук, профессор Народова В.В.

кандидат медицинских наук, доцент Дроздова Л.Н.

доктор медицинских наук, профессор Колесникова И.В.

ассистент Швецова И.Н.

Красноярск

2013г.

**1. Занятие №22**

**Тема:** «Модель иерархического строения пространственных представлений**»**

**2. Форма организации занятия:** семинар – в интерактивной форме в виде дебатов.

**3. Значение изучения темы:**

В клиническойпрактике нейропсихологический метод занимает особое место в ряду научных дисциплин, обращенных к проблеме онтогенеза в норме и патологии. Только он позволяет оценить и описать те системно-динамические перестройки, которые сопровождают психическое развитие ребенка с точки зрения его мозгового обеспечения. Но описать — это значит понять. Понять глубинные механизмы его психического статуса и спланировать адекватную онтогенезу именно этого, конкретного ребенка программу психолого-педагогического сопровождения.

**4. Цели обучения:** освоения учебной дисциплины «Спецпрактикум по коррекционно-развивающему обучению с супервизией» состоит в овладении знаниями психологической диагностики заболеваний, психологической помощи и восстановлению психических функций.

**Студент должен знать**:

* закономерности формирования мозговой организации психических процессов, специфику детского мозга, строение, состав мозговых зон, вовлекаемых в работу нейрофизиологических функциональных систем;
* специфику нейропсихологического исследования детей и возможности использования их как в клинической практике, так и психолого-педагогической деятельности.

**Студент должен уметь:**

* применять полученные знания при решении психолого-педагогических задач;
* квалифицировать затруднения, возникающие у детей в ходе учебной деятельности и прогнозировать успешность ребенка в различных видах деятельности, в том числе и обучении, на основе нейропсихологического анализа;
* организовывать нейропсихологическое обследование, коррекцию детей дошкольного и младшего школьного возраста.

**Студент должен владеть:**

* категориальным аппаратом нейропсихологии детского возраста;
* навыками организации нейропсихологической диагностики, коррекции и реабилитации в детском возрасте.

**5. План изучения темы:**

**5.1. Контроль исходного уровня знаний.**

|  |  |
| --- | --- |
| 1. | «Полевое» поведение является результатом поражения:   * 1. лобных долей;   2. височных долей;   3. затылочных долей;   4. теменных долей;   5. глубинных неспецифических структур. |
| 2. | Экспериментальным приемом обнаружения модально-специфических нарушений внимания является   * 1. корректурная проба;   2. одновременное предъявление двух стимулов парным анализаторам;   3. управление движущимся объектом;   4. узнавание стимульного материала;   5. сравнение понятий. |
| 3. | Дефекты мышления, связанные с опосредованием речевых связей, вызываются   * 1. поражением конвекситальных отделов лобных долей;   2. левовисочными поражениями;   3. теменно-затылочными поражениями;   4. правовисочными поражениями;   5. правых затылочных отделов. |
| 4. | Поражение конвекситальных отделов лобных долей мозга приводит к такому эмоциональному состоянию, как:   * 1. безразличное благодушие;   2. грусть;   3. депрессия;   4. тревога;   5. эйфория. |
| 5. | Особенностью очаговых поражений мозга у детей является:   * 1. слабая выраженность симптоматики;   2. значительная выраженность симптоматики;   3. длительный период обратного развития симптомов;   4. высокая зависимость от латерации очага поражения;   5. высокая зависимость от окружающих факторов. |

**5.2 Основные положения и понятия темы**

Все сказанное в предыдущих главах базировалось на парадигме учения А**.** Р**.**Лурии о мозговой организации психических процессов**.** В настоящей главе для рассмотрения предлагается модель иерархического строения пространственных представлений, разработанная в соответствии с теорией Н**.** А**.** Бернштейна, экологическими подходами Ф**.**Превика и Дж**.** Гибсона и нашедшая подтверждение в неврологических исследованиях проф**.** Б**.** А**.** Архипова**.**  
  
Не претендуя в данной работе на развернутый психологический анализ такой модели, мы сочли необходимым отразить ее ввиду целого ряда производных от нее следствий чисто прикладного характера**.** Анализируя уровневое, вертикальное строение пространственных представлений как функциональной системы, мы предлагаем акцентировать следующее**:**  
  
1-й уровень**.** Протопатическая и эпикритическая чувствительность**.** Проприоцептивная система человека**. «**Темное мышечное чувство**»**, по И**.** М**.** Сеченову**.** Нейробиологические предпосылки систем восприятия**.**  
  
2-й уровень**.** Соматогнозис**.** Пространство, существующее в пределах собственного тела субъекта и оформленное им**.**Взаимодействие с внешним пространством **«**от тела**».**  
  
3-й уровень**.** Метрические и топологические представления**.** Пространство, ограниченное взаимодействием с каким-либо объектом, находящимся в определенных отношениях с телом**.** Появление ближнего и дальнего оптико-мануального, полимодального пространства**.** Дебют взаимодействия с внешним пространством **«**от головы**».**  
  
4-й уровень**.** Координатные представления**.**  
  
5-й уровень**.** Структурно-топологические представления**.**  
  
6-й уровень**.** Проекционные представления**.** Вербальное, концептуальное обозначение пространства, позволяющее манипулировать с ним в абстрактном плане**.**  
  
7-й уровень**.** Стратегия, когнитивный стиль личности, актуализирующийся в процессе контакта с внутренним (телесным) и внешним пространством**.**  
  
Однако приведенная модель практически не может существовать в таком виде, поскольку она статична**.** В ней отсутствует движение**.** По этой причине^ предлагается дополнить каждый из уровней и всю модель в целом временным вектором**.** Тогда на рассматриваемых иерархических ступенях появятся**:**  
  
1-й уровень**. «**Темное мышечное чувство**».** Биоритмы, биологические часы человека**.** Включенность в ритмику окружающей среды**.**  
  
2-й уровень**.** Соматогнозис**.** Гомеостатическая ритмика организма**.** Ритм дыхания, сердца, гормональных колебаний, ходьбы и т**.**д**.**  
  
3-й уровень**.** Метрика и топология**.** Локализация событий жизни во времени, наслоение их на время**.** Длительность событий или/и интервалов между ними**.** Их скорость, ритм, темп, канон**.**  
  
4-й уровень**.** Координатные представления**.** Прошлое **—** настоящее **—** будущее**.**  
  
5-й уровень**.** Структурно-топологические представления**.** Восприятие отдельных субъективных (переживаемых и пережитых) и объективных (в том числе исторических) событий собственной жизни относительно себя сегодня и сейчас**.**  
  
6-й уровень**.** Проекционные представления**.** Хронология**.** Вербальное, концептуальное обозначение времени**.** Время линейное и циклическое, дискретное, континуальное и голографическое**.**  
  
7-й уровень**.** Стратегия, когнитивный стиль личности, актуализирующийся в процессе взаимодействия с индивидуальным и внешним временем**. «**Жизнь **—** это река времени**.** Я во времени**»** и **«**Река времени уносит жизнь**.** Время во мне**»**, по Е**.** В**.**Осьминой**.**  
  
Ясно, что все перечисленные уровни пространственно-временных представлений формируются в филои онтогенезе постепенно, надстраиваясь один над другим**.** Каждый последующий уровень с неизбежностью включает в себя предыдущие, создавая в ходе развития целостный ансамбль зрелой психики**.**  
  
Его становление подчиняется всем базисным закономерностям процесса развития, отраженным в нейробиологических, психологических, философских парадигмах**.**  
  
Анализ взаимоотношений между различными уровнями описанной модели приводит к заключению о том, что пространственно-временные функции достигают своего абсолюта за счет соединения факторов, противоположных друг другу как по психологическим характеристикам, так и с точки зрения их мозговой организации**.** Иными словами, присвоенное, интериоризированное ребенком пространство-время **—** это ситуация**»**, когда он сможет в вербальной, словесной форме понять и отразить свое **«**темное мышечное чувство**».**  
  
Этот вывод прямо перекликается с положением, выдвинутым Л**.**И**.** Московичюте и В**.** И**.** Голодом (на материале дихотического прослушивания), о том, что эффективность научения в вербальной сфере зависит от субдоминантного, т**.**е**.** правого полушария**.** В нашем случае картина обратная**:** пространственные представления достигают максимально высокого уровня своего развития, когда начинают опосредоваться не только правым, но и левым (субдоминантным для них) полушарием**.** Более того, та же тенденция очевидна не только в межполушарном, но и в подкорково-корковом аспекте**.**  
  
Эвристичность данной комплексной модели, как представляется, достаточно высока как с дифференциально-диагностической, так и с коррекционной точки зрения**.** Очевидно, что коррекционный процесс в каждом случае должен начинаться (как минимум) с уровня, предшествующего несформированному или пораженному**.** Причем чем глубже дефицит, тем более нижний уровень следует избирать в качестве коррекционной мишени**.** А в идеале даже в относительно простых случаях в коррекционной программе должны присутствовать методы психологического воздействия на все иерархические ступени**.** Только удельный вес их будет меняться в зависимости от степени выраженности и структуры дефекта**.**  
  
Каждый этап онтогенеза должен быть не просто пройден, но и упрочен и вовремя отторможен ребенком, его телом в движении, так как именно степени свободы сенсомоторной актуализации заложат основу для дальнейшего наращивания всего психического потенциала**.** Иначе в его 12 лет вам придется заставлять ребенка ползать, затем ходить на четвереньках, играть в мяч и т**.**п**.**, чтобы элементарно сформировать у него реципрокные взаимодействия рук и ног, оптико-мануальные координации и пр**.**, как это предлагается в методах, описанных в разделе второй части настоящего издания**.**  
  
Итак, пространственные представления, прежде чем простроиться **«**от головы**»**, должны быть сформированы **«**от тела**»**(начиная с внутриутробного развития)**.** Ведь, например, первые метрические и топологические (уровень 3) образы возникают вследствие прикасания матери к ребенку, ее близости или удаленности, расписания кормления и купания**..**  
  
Ребенок начинает понимать, что означает быстрее, вверху (уровень 4) и быстро, рядом (уровень 3), только после того, как это поймет его тело, т**.**е**.** вследствие превращения телесно-гностического пространства в зрительно-гностическое**.**  
  
Пока он не упрочит свои ощущения, положение своего тела в кроватке утром и вечером, дома и на улице (уровни 1, 2), он не отрефлексирует себя сегодняшнего по отношению к внешнему пространству (дома, города, страны, Вселенной) и времени (вчера, следующей весной, в V в**.** до н**.**э**.**, в XXI в**.**) **—** соответственно уровни 4, 5, 6**.**  
  
Вообще такой базовый для пространственно-временных представлений фактор, как система координат, складывается поэтапно в ходе лежания **—** сидения **—** ползанья **—** стояния и т**.**д**.** Ее становление полностью отражает присутствующее во всех культурах знание о разворачивании любого процесса из точки в линию, в плоскость, в трех-, а затем **—** n-мерное пространство**.** Так, развитие ребенка идет от точки (внутриутробное положение **—** 0°) к 45-градусному развороту в момент рождения**;** 90-градусному развороту в процессе сидения и ползанья**;** 180-градусному **—** с момента перехода к прямохождению**;** наконец, к 360-градусному**—** с момента овладения пространством, находящимся сзади**.**  
  
Внедрение данной модели позволяет проанализировать причины столь высокой эффективности (в самых тяжелых случаях) массажа, водных, дыхательных и гомеопатических процедур**; «**холдинг-терапии**»**, раскачивания и верчения тела ребенка в разных плоскостях, тряски на лошадях**;** тай-цзи-тюань и у-шу**;** различных телесно-ориентированных (с учетом этологических факторов и механизмов) воздействий, восходящих к шаманам**.** Очевидным становится потрясающее действие цвето-, фито- и рефлексотерапии, биоритмологических приемов, эвритмии и музыкотерапии**.** Ведь все перечисленное **—** примеры работы именно с самыми нижними иерархическими ступенями пространственно-временных представлений, насыщение которых не может не стимулировать развитие последующих**.**  
  
Наконец, мозговая организация названных уровней такова, что, воздействуя на каждый из них, мы активируем не только последующие, но и те психологические и физиологические системы, которые не имеют, казалось бы, прямой связи с пространственными представлениями**:** иммунитет, эндокринную систему, эмоции, речь и т**.**д**.**, вплоть до пробуждения воображения и высот актерского мастерства (как в школе М**.**Чехова)**.** За этим стоит системоорганизующая функция мозга и, в частности, то обстоятельство, что мера взаимовлияния двух явлений тем больше, чем меньше функциональная дистанция между мозговыми структурами, эти явления опосредующими**.**  
  
В начале данного описания было приведено высказывание А**.**Ф**.**Лосева**.** Тематически абсолютно точно совпадает со всем только что сказанным другая его реплика**: «**Классическое античное искусство было чисто телесным искусством, признававшим в качестве художественной действительности не только зримую, но и ощутимую, осязаемую, материально-трехмерную, а тем самым всегда некоторым образом антропологизированную предметность**.** Элементы изображения сводились не живописно в пространственное единство, но тектонически или пластически **—** в групповую цельность, обладающую не пространственным единством, но единством изображаемого тела или группы тел**.** Целое мира в античности всегда оставалось прерывистым, ориентированным на телесную оформленность**...** Художественно-историческая миссия Средневековья заключалась в том, чтобы возвести античную множественность к действительному единству**;** достижение этой цели произошло парадоксальным образом, путем расчленения данности, т**.** е**.** путем приведения в окостенелость и изолированность отдельных предметов изображения, которые ранее были объединены телесно-мимической и пространственно-перспективной связью**.** Появляется новое и более внутреннее единство, все сплетается в некую нематериальную, однако сплошную ткань, единство которой сообщает ритмическое чередование цвета и золота или, в рельефной пластике, ритмическая смена света и тени**.** Возникает единый, но мерцающе-колеблющийся мир, единственным средством закрепить и систематизировать который оказывается линия**».**

**5.3. Самостоятельная работа по теме:**

- разбор темы;

- отработка коррекционных методик;

- разбор пациентов, решение ситуативных задачь

**5.4. Итоговый контроль знаний:**

- ответы на вопросы по теме занятия;

- решение ситуационных задач, тестовых заданий по теме.

|  |  |
| --- | --- |
| 1. | Симптом -   * + 1. Психологическое понятие, определяющее характеристику нарушений нормальной психической деятельности;     2. Клинический критерий патологического состояния организма;     3. Характеристика нарушений ВПД;     4. Признаки заболеваний, родственных по происхождению;     5. Нет правильного ответа. |
| 2. | Синдром — как понятие может быть определено:   * 1. как совокупность всех проявлений болезни на всем ее протяжении   2. как совокупность внутренне связанных симптомов   3. как основной и единственный показатель отдельной болезни   4. Характеристика нарушений ВПД;   5. Сочетание признаков заболеваний, родственных по происхождению; |
| 3. | К методу исследования мозговой деятельности относятся все кроме   * + 1. Электрофизиологического     2. Цитохимического     3. Клинико-генеологического     4. Ультразвукового     5. Нейропсихологического |
| 4. | Правильно ли, что правое полушарие контролирует все из перечисленных функций, кроме:   * + 1. Зрительно-пространственный гнозис     2. Логическое мышление     3. Восприятие образа     4. Восприятие ритма, музыкальных мелодий     5. Восприятие отношений части и целого |
| 5. | Опухоль лобных долей или их повреждение характеризуется:   * + - 1. Апатией       2. Раздражительностью       3. Повышением аффекта и эйфорией       4. Импульсивным поведением       5. Зрительной агнозией |

Задачи:

|  |  |
| --- | --- |
| 1. | Больная Ю., 66 лет. В прошлом работала препода-  вателем средней школы. В психиатрической больнице находится  три года без выписки. Сознание ясное. Себя называет правильно,  но при беседе обнаруживается, что больная не помнит текущей  даты, не помнит своего возраста, не помнит, сколько времени на-  ходится в больнице, не помнит, как зовут лечащего врача. Настрое-  ние хорошее. На просьбу вспомнить, чем она занималась вчера, со-  общила следующее: «Вчера с утра были занятия, проходили тему  “Пушкин и декабристы“. А затем сидела на педсовете. Хулигана  Галкина опять обсуждали». |
| 2. | Больной З., 78 лет, колхозник. В течение несколь-  ких недель находился на лечении в психиатрической больнице,  жалуется лишь на отсутствие зрения на правый глаз, где имеет-  ся помутнение роговицы. В отделении спокоен, подсаживается 43  к больнымпожилоговозраста, очем-тоснимибеседует. Вобщении  с врачом, больными вежлив, предупредителен, даже несколько сла-  щав. Приветливо здоровается, но встретив врача через несколько  минут, приветствует его снова. Часто приоткрывает дверь в каби-  нет и вежливо осведомляется, не пришел ли консультант-окулист,  через пять минут спрашивает о том же. Числа, месяца, года назвать  не может. Видя вокруг людей в белых халатах, догадывается, что  его положили в больницу, но какую, не помнит. Рассказывает, что  только вчера приехал из деревни: «Вот лошадь во дворе привязал,  сейчас ходил сена ей давал». Вернувшись после консультации из  кабинета профессора, всем рассказывает с убеждением, что про-  фессор угощал его шампанским, сердился, когда ему говорили,  что этого не было. Любит рассказывать о днях своей молодости,  помнит события прошлых лет, правильно воспроизводит события  войны, в которой принимал участие. Перечисляет имена своих де-  тей, назвать имена внуков не может, говорит каждый раз разные.  Квалифицировать нарушения памяти и синдром. |
| 3. | Больной M., 23 лет, после тяжелой травмы головы  лечился в больнице в течение 6 месяцев с нарушениями памяти.  В то время не мог воспроизвести события пятилетней давности.  Спустя год после выписки: спокоен. Охотно отвечает на вопросы.  Обнаруживает амнезию на период, предшествующий травме. Не  помнит событий после травмы, амнезировал пребывание в трав-  матологическом отделении; месяцы, проведенные в психиатриче-  ской больнице. Помнит, что к нему «иногда» приезжали родители.  Помнит хорошо день выписки. С трудом вспомнил имена врачей  и медицинского персонала. Жалуется, что у него «плохая память»  : «все приходится записывать».  Квалифицировать нарушения памяти. |
| 4. | Больной с возмущением говорил: «Ужасные без-  образия творятся в этой клинике, вчера, например, меня посадили  в клетку, а до этого заставили вылезать на улицу через окно».  Определить нарушения памяти. |
| 5. | Больная 43 лет, поступает в психиатрическую боль-  ницу с одинаковыми состояниями в четвертый раз. Настроение  повышено, многоречива, деятельна, плохо спит. Читает наизусть  стихи Блока и страницы из произведений Чехова почти без оши-  бок, можно сверять с текстом. Когда такие состояния проходят, то  стихи помнит отрывками, а прозу воспроизвести не может.  Как называются такие временные нарушения памяти? |

1. **Домашнее задание для уяснения темы занятия**

* составление плана диагностического исследования ребёнка;
* составление плана коррекционного исследования ребёнка;
* ведение протокола исследования;
* супервизия работы студента с ребёнком;
* обсуждение результатов экспериментально-психологического исследования ребёнка;
* написание заключения экспериментально-психологического исследования;
* обсуждение и коррекция заключения экспериментально-психологического исследования.
* основные принципы, определяющие формирование психичес­ких функций в теории системной динамической локализации А.Р. Лурия.
* специфика использования основных понятий нейропсихологии «функция», «локализация», «симптом», «синдром», «фактор», «синдромный анализ» в нейропсихологии детского возраста.
* функциональные блоки мозга по А.Р. Лурия. Строение, функции.
* принцип гетерохронности в морфо- и функциогенезе. Внутри­системная и межсистемная гетерохронность.
* основные принципы системогенеза.
* показатели морфологического созревания мозга. Основные за­кономерности морфологического созревания мозга.
* функциональные критерии развития мозга. Основные законо­мерности функционального созревания мозговых структур.
* морфофункциональное созревание функциональных блоков мозга в онтогенезе.
* соотношение развития и влияния среды. Теории научения. Тео­рии созревания.

1. **Рекомендованная литература по теме занятия**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| №  п/п | Наименование | Издательство | Год  выпуска |

**Обязательная**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 1. | Лурия А.Р. Высшие корковые функции человека и их нарушения при локальных поражениях мозга / А.Р. Лурия. | СПб.: Питер | 2007 |
| 2. | Семенович А.В. Нейропсихологическая диагностика и коррекция в детском возрасте. | М.: Академия | 2002 |
| 3. | Семенович, А. В. Нейропсихологическая коррекция в детском возрасте. Метод замещающего онтогенеза: учебное пособие/ А. В. Семенович. - 2-е изд. | М.: Генезис | 2008 |
| 4. | Визель Т.Г. Основы нейропсихологии: учеб. для студентов вузов Т.Г. Визель. | М.: АСТАстрель Транзиткнига | 2005 |
| 5. | Клиническая психология / под ред. Карвасарского Б.Д. | СПб.: Питер | 2010 |
| 6. | Микадзе Ю.В. Нейропсихология детского возраста: Учебное пособие. | СПб.:Питер | 2008 |

**Дополнительная**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 1. | Психология. (Лекции для студентов медицинских вузов), Творогова Н. Д. | М.: ГОУ ВУНМЦ РФ | 2002 |
| 2. | Клиническая психология / под ред. М.Перре , У.Бауманна | СПб.: Питер | 2007 |
| 3. | Корсакова Н. К., Московичюте Л. И. Клиническая нейропсихология. | М.: МГУ | 1988 |

**Электронные ресурсы**

|  |  |
| --- | --- |
| 1. | ИБС КрасГМУ |
| 2. | БМ МедАрт |
| 3. | БД Ebsco |

Государственное бюджетное образовательное учреждение высшего профессионального образования «Красноярский государственный медицинский университет имени профессора В.Ф. Войно-Ясенецкого»

Министерства здравоохранения Российской Федерации

ГБОУ ВПО КрасГМУ им. проф. В.Ф. Войно-Ясенецкого Минздрава России

Кафедра нервных болезней с курсом медицинской реабилитации ПО

**МЕТОДИЧЕСКИЕ УКАЗАНИЯ**

**ДЛЯ ОБУЧАЮЩИХСЯ**

**по дисциплине «Спецпрактикум по коррекционно-развивающему обучению с супервизией»**

**для специальности** 030401 Клиническая психология (очно-заочная форма обучения)

**К СЕМИНАРСКОМУ** **ЗАНЯТИЮ № 23**

**ТЕМА:** **«Стабилизация и активация энергетического потенциала организма».**

Утверждены на кафедральном заседании протокол .

Заведующий кафедрой

Доктор медицинских наук, профессор Прокопенко С.В.

Составители: доктор медицинских наук, профессор Прокопенко С.В.

кандидат медицинских наук, доцент Харламова Г.В.

кандидат медицинских наук, ассистент Можейко Е.Ю.

доктор медицинских наук, профессор Похабов Д.В.

доктор медицинских наук, профессор Народова В.В.

кандидат медицинских наук, доцент Дроздова Л.Н.

доктор медицинских наук, профессор Колесникова И.В.

ассистент Швецова И.Н.

Красноярск

2013г.

**1. Занятие №23**

**Тема:** «Стабилизация и активация энергетического потенциала организма**»**

**2. Форма организации занятия:** семинар – в интерактивной форме в виде дебатов.

**3. Значение изучения темы:**

В клиническойпрактике нейропсихологический метод занимает особое место в ряду научных дисциплин, обращенных к проблеме онтогенеза в норме и патологии. Только он позволяет оценить и описать те системно-динамические перестройки, которые сопровождают психическое развитие ребенка с точки зрения его мозгового обеспечения. Но описать — это значит понять. Понять глубинные механизмы его психического статуса и спланировать адекватную онтогенезу именно этого, конкретного ребенка программу психолого-педагогического сопровождения.

**4. Цели обучения:** освоения учебной дисциплины «Спецпрактикум по коррекционно-развивающему обучению с супервизией» состоит в овладении знаниями психологической диагностики заболеваний, психологической помощи и восстановлению психических функций.

**Студент должен знать**:

* закономерности формирования мозговой организации психических процессов, специфику детского мозга, строение, состав мозговых зон, вовлекаемых в работу нейрофизиологических функциональных систем;
* специфику нейропсихологического исследования детей и возможности использования их как в клинической практике, так и психолого-педагогической деятельности.

**Студент должен уметь:**

* применять полученные знания при решении психолого-педагогических задач;
* квалифицировать затруднения, возникающие у детей в ходе учебной деятельности и прогнозировать успешность ребенка в различных видах деятельности, в том числе и обучении, на основе нейропсихологического анализа;
* организовывать нейропсихологическое обследование, коррекцию детей дошкольного и младшего школьного возраста.

**Студент должен владеть:**

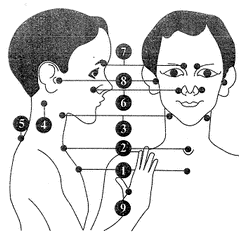
* категориальным аппаратом нейропсихологии детского возраста;
* навыками организации нейропсихологической диагностики, коррекции и реабилитации в детском возрасте.

**5. План изучения темы:**

**5.1. Контроль исходного уровня знаний.**

|  |  |
| --- | --- |
| 1. | Какой из перечисленных признаков у детей с диагнозом ММД наиболее вероятен:   * + 1. Импульсивность     2. Социальная дезадаптация     3. Гиперактивность     4. Трудность сосредоточения     5. Тяжелая неврологическая недостаточность |
| 2. | Все следующие явления обычно отмечаются у детей с алкогольным синдромом плода, кроме:   * + - 1. Сохранного интеллекта       2. Микроцефалии       3. Раздражительность       4. Гипоплазии средней части лица и прогнатизма       5. Задержки роста |
| 3. | Основные тормозные нейромедиаторы в коре головного мозга, КРОМЕ:   * + 1. Серотонин     2. Дофамин     3. ß- эндорфин     4. γ- аминомаслянная кислота     5. ГАМК |
| 4. | ПРОЯВЛЕНИЕ ПРИ ЛокализациИ поражения В КОРЕ ГОЛОВНОГО МОЗГА:   * 1. Монопарез   2. Гемипарезы   3. Парапарез   4. Область иннервации периферического нерва   5. Тетрапарез |
| 5. | ПРОЯВЛЕНИЕ ПРИ ЛокализациИ поражения ВО ВНУТРЕННЕЙ КАПСУЛЕ   * 1. Монопарез   2. Гемипарез   3. Парапарез   4. Область иннервации периферического нерва   5. Тетрапарез |

**5.2 Основные положения и понятия темы**

**ДЫХАТЕЛЬНЫЕ УПРАЖНЕНИЯ**  
  
В начале курса 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 непроизвольно**.**  
  
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 стато-кинетического 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**—** 5раз**.**  
  
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 является продолжением воздушного потока, идущего от диафрагмы**.** Необходимо следить за тем, чтобы не было напряжения в верхней части грудной клетки и j шее**.** При ощущении напряжения следует, расслабившись, медленно покачать головой вправо-влево, вперед-назад, по кругу**.**  
  
4**. «**Шарик**».** Повышение эффективности выполнения дыхательных упражнений достигается благодаря использованию образного представления, подключения воображения, так хорошо развитого у детей**.** Например, возможен образ желтого или оранжевого теплого шарика, расположенного в животе (соответственно надувающегося и сдувающегося в ритме дыхания)**.** Ребенку также предлагается вокализировать на выдохе, пропевая отдельные звуки (а, о, у, ш, х) и их сочетания (з переходит в с, о **—** в у, ш **—** в щ, хи и т**.**п**.**)**.**  
  
5**. «**Ветер**».** На медленном выдохе пальцем или всей ладонью прерывать воздушную струю так, чтобы получился звук ветра, клич индейца, свист птицы.  
  
6**.** Сесть или встать прямо**.** Сделать медленный вдох через нос и медленный**!** выдох через узкое отверстие, образованное губами, на свечу (перышко, воздушный шарик), которая стоит перед ребенком**.** Голову вперед не тянуть**.** Пламя должно плавно отклониться по ходу воздушной струи**.** Затем немного отодвинуть свечу и повторить упражнение**;** еще больше увеличить расстояние и т.д. Обратите внимание ребенка на то, что при удалении свечи мышцы живота будут все более напряженными**.**  
  
После усвоения ребенком этих навыков можно переходить к упражнениям, в которых дыхание согласуется с движением**.** Они выполняются на фазе вдоха и выдоха, во время пауз удерживается поза**.**  
  
7**.** Исходное положение (и**.** и**.**) **—** лежа на спине**.** По инструкции ребенок медленно поднимает одну руку (правую, левую)**;** ногу**;** затем две конечности одновременно на вдохе и удерживает в поднятом положении во время паузы**;** медленно опускает на выдохе**;** расслабляется во время паузы**.** После этого У**.** выполняется лежа на животе**.**  
  
8**.** И**.** п**. —** сесть на пол, скрестив ноги, спина прямая (**!**)**.** Поднимать руки вверх над головой с вдохом и опускать вниз, на пол перед собой, с выдохом, немного сгибаясь при этом**.** Это упражнение хорошо тем, что оно автоматически заставляет ребенка дышать правильно, у него просто нет другой возможности**.**  
  
9**.** И**.** п**.** то же либо встать на колени и сесть на пятки, ноги вместе**.** Прямые руки расставлены в стороны параллельно полу**.** Кисти сжаты в кулаки, кроме больших пальцев, вытянутых вовне**.** Со вдохом поворачивать руки большими пальцами вверх**;** с выдохом **—** вниз**.** Вариант**:** руки вытянуты вперед, и большие пальцы поворачиваются в такт дыханию налево и направо**.**  
  
10**.** И**.**п**.** то же**.** Прямые руки вытянуты вперед или в стороны на уровне плеч, ладони смотрят вниз**.** Со вдохом поднять левую кисть вверх, одновременно опуская правую вниз (движение только в лучезапястном суставе)**.** С выдохом левая кисть идет вниз, правая **—** вверх**.**  
  
11**.** И**.** п**.** то же**.** Дыхание**:** только через левую, а потом только через правую ноздрю**.** При этом правую ноздрю закрывают большим пальцем правой руки, а левую **—** мизинцем правой руки**.** Дыхание медленное, глубокое**.** Как утверждают специалисты в области восточных оздоровительных практик, в первом случае активизируется работа правого полушария головного мозга, что способствует успокоению и релаксации**.** Дыхание же через правую ноздрю активизирует работу левого полушария головного мозга, повышая рациональный (познавательный) потенциал**.**  
  
12**.** И**.** п**. —** встать, ноги на ширине плеч, руки опущены, ладони обращены вперед**.** На быстром вдохе руки притягиваются к подмышкам ладонями вверх**.** На медленном выдохе **—** опускаются вдоль тела ладонями вниз**.** Такой тип дыхания оказывает мощное мобилизующее действие, быстро снимает психоэмоциональное напряжение**.**  
  
13**.** И**.** п**.** то же**.** На медленном вдохе руки плавно разводятся в стороны и поднимаются вверх (или в стороны и к груди) **— «**притягивающее движение**».** На выдохе **— «**отталкивающее движение**» —** опускаются вдоль тела ладонями вниз**.** Это упражнение гармонично сочетается с представлением о втягивании в себя солнечного света и тепла, распространении его сверху вниз по всему телу**.**  
  
14**.** И**.** п**. —** встать, ноги вместе, руки опущены**.** На вдохе медленно поднять расслабленные руки вверх, постепенно **«**растягивая**»** все тело (не отрывать пятки от пола)**;** задержать дыхание**.** На выдохе постепенно расслабляя тело, опустить руки и согнуться в пояснице**;** задержать дыхание**.**Вернуться в и**.** п**.**  
  
15**.** И**.** п**. —** встать, ноги на ширине плеч, руки сжаты в кулаки, большие пальцы внутри ладоней, кулаки прижаты к низу живота**.** На медленном вдохе, поднять кулаки над плечами, сохраняя локти слегка согнутыми, и прогнуться в спине, разводя плечи и запрокидывая голову**;** вытянуться вверх, распрямляя руки и поднимаясь на носки (представьте, что вы только что проснулись и сладко потягиваетесь)**.** Зафиксировать эту позу, задержать дыхание**.** На выдохе руки вниз, пытаясь **«**достать**»** пальчиками до пола**.**  
  
16**.** Ребенок кладет одну руку на грудь или живот и акцентирует внимание на том, как на вдохе рука поднимается, а на выдохе **—** опускается**.**Затем в такт с дыханием другой рукой он показывает, как дышит (на вдохе рука поднимается до уровня груди, а на выдохе **—** опускается)**.** Далее ребенок должен плавно и медленно поднимать и опускать руку или обе руки одновременно в такт дыханию, но уже на определенный счет (на 8, на 12)**.**  
  
В процессе последующей коррекции отработанные и закрепленные (автоматизированные) дыхательные упражнения сочетаются с любым из описываемых ниже заданий, что требует дополнительного внимания со стороны специалиста**.**  
  
**Глава 2. МАССАЖ И САМОМАССАЖ**  
  
Обучение ребенка самомассажу рекомендуется проводить в несколько этапов**.** Сначала взрослый массирует его тело 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**.**  
  
17**. «**Волшебные точки**».** Массаж **«**волшебных точек**»** повышает сопротивляемость организма, способствует улучшению обменных процессов, лимфо- и кровообращения**.** Безусловно, методы акупунктуры гораздо обширнее, и овладе**ние**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**.** На рис**.** 1 даны точки, которые следует массировать последовательно**.**  
  
Приемы этого массажа легко освоить взрослым, а затем научить детей**.** Macсаж **«**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 восстановление 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 вестибулярного аппарата**.** Эту точку 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**;**  
  
  
  
  
Рис**.**1  
  
точка 6 **—** массаж этой точки улучшает кровоснабжение слизистых оболочек носа и гайморовой полости**.** Нос очищается, насморк проходит**;**  
  
точка 7 улучшается 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**.**  
  
18**.** Ребенок располагает свои ладони перпендикулярно друг другу и производит резкие хлопки (5**—**10 хлопков с интервалом около 1 с)**;** местами соприкосновения становятся углубления между запястьем и нижней частью ладони**.** Затем упражнение повторяется, но местами соприкосновения становятся внешние стороны запястья**.**  
  
19**.** Руки вытянуты вперед, кисти сжаты в кулаки**;** резкие удары выполняются сначала кулаками, обращенными вверх, а затем **—** вниз**;** во время удара должно происходить полное совмещение боковых поверхностей сжатых кулаков**.**  
  
После этих стимулирующих упражнений можно переходить к массажу и самомассажу различных частей тела**.**  
  
20**. «**Мытье головы**».** А**.** Пальцы слегка расставить и немного согнуть в суставах**.** Кончиками пальцев массировать голову в направлении**:** 1) ото лба к макушке, 2) ото лба до затылка и 3) от ушей к шее**.**  
  
Б**.** Пальцы слегка согнуты, поверхность ногтей и первые фаланги плотно соприкасаются с поверхностью головы за ушами**;** массаж производится ребенком обеими руками навстречу друг другу от ушей к макушке**.**  
  
21**. «**Обезьяна расчесывается**».** Правая рука массирует пальцами голову от левого виска к правой части затылка и обратно**.** Затем левая рука **—** от правого виска к левой части затылка**.** В более сложном варианте руки перекрещиваются у линии роста волос (большие пальцы **—** по средней линии**!**)**;** в такой позе ребенок интенсивно массирует голову ото лба к шее и обратно**.**  
  
22**. «**Ушки**».** Уши растираются ладонями, как будто они замерзли**;** разминаются три раза сверху вниз (по вертикали)**;** возвратно-поступательным движением растираются в другом направлении (по горизонтали) (пальцы, исключая большие, соединены и направлены к затылку, локти вперед)**.**  
  
Затем уши закрыть ладонями, а пальцы приложить к затылку, сблизив их**.** Указательными пальцами слегка постукивать по затылку до трех раз**.**Это упражнение тонизирует кору головного мозга, уменьшает ощущение шума в ушах, головную боль, головокружение**.**  
  
23**. «**Глазки отдыхают**».** Закрыть глаза**.** Межфаланговыми суставами больших пальцев сделать 3 **—** 5 массирующих движений по векам от внутренних к наружным уголкам глаз**;** повторить то же движение под глазами**.** После этого помассировать брови от переносицы к вискам**.**  
  
24**. «**Веселые носики**».** Потереть область носа пальцами,затем ладонями до появления чувства тепла**.** Повращать кончик носа вправо и влево 3**—** 5 раз**.** После этого проделать 3 **—** 5 поглаживающих вращательных движений указательными пальцами обеих рук вдоль носа, сверху вниз с обеих сторон**.** Это упражнение предохраняет от насморка, улучшает кровообращение верхних дыхательных путей**.**  
  
25**.** Покусывание и **«**почесывание**»** губ зубами**;** то же **—** языка зубами от самого кончика до середины языка**.** Интенсивное **«**хлопанье**»** губами и растирание губами друг друга в различных направлениях**.**  
  
26**. «**Рыбки**».** Рот немного приоткрыт**.** Взять пальцами правой руки верхнюю губу, а левой **—** нижнюю**.** Выполнять одновременные и разнонаправленные движения рук, растягивая губы вверх, вниз, вправо, влево**.** Закрыть рот, взять руками обе губы и вытягивать их, массируя, вперед**.**  
  
27**. «**Расслабленное лицо**».** Руками проводить по лицу сверху вниз, слегка нажимая как при умывании (3 **—** 5 раз)**.** Затем тыльной стороной ладони и пальцев рук мягкими движениями провести от подбородка к вискам**; «**разгладить**»** лоб от центра к вискам**.**  
  
28**. «**Гибкая шея, свободные плечи**».** Массировать шею сзади (сверху вниз) двумя руками**:** поглаживающие, похлопывающие, пощипывающие, растирающие, спиралевидные движения**.**  
  
Аналогично**:** а) правой рукой массировать левое плечо в направлении от шеи к плечевому суставу, затем левой рукой **—** правое плечо**;** б) правой рукой взяться за левое плечо и сделать 5 **—** 10 вращательных движений по часовой стрелке и против нее**;** то же **—** левой рукой, затем обеими руками одновременно**.**  
  
29**. «**Сова**».** Поднять вверх правое плечо и повернуть голову вправо, одновременно делая глубокий вдох**;** левой рукой захватить правую надкостную мышцу и на выдохе опустить плечо**.** Разминайте захваченную мышцу, выполняя глубокое дыхание и глядя как можно дальше за спину**.** То же **—** с левым плечом правой рукой**.**  
  
30**. «**Теплые ручки**».** Поднять правую руку вверх, двигая ею в разных направлениях**.** Левая рука при этом придерживает плечо (предплечье) правой руки оказывая сопротивление ее движению и одновременно массируя ее**.** Затем руки меняются**.**  
  
Растирание и разминка пальцев рук и всей кисти от кончиков пальцев к основанию и обратно**;** особое внимание следует уделить большим пальцам**.** Имитация **«**силового**»** мытья, растирания и пожатия рук**.**  
  
31**. «**Домик**».** Сложить пальцы **«**домиком**»** перед грудью и надавливать ими друг на друга сначала одновременно, затем отдельно каждой парой пальцев**.**  
  
32**. «**Качалка**»** на спине и животе и **«**Бревнышко**»**, которые подробно будут описаны в § 1 главы 3 **—** **«**Растяжки**»**, являются прекрасным массажем для позвоночника, спинных и брюшных мышц, внутренних органов**.**  
  
33**. «**Теплые ножки**».** Сидя, энергично растереть (разминать, пощипывать) правой рукой подошву, пальцы и тыльную сторону стопы у межпальцевых промежутков левой ноги, то же **—** левой рукой со стопой правой ноги**.** После этого потереть (побарабанить) стопы друг об друга, а также о пол**.**  
  
Полезно также поглаживание стоп и пальцев ног тыльной стороной кисти и пальцев**;** растирание, разминание их и давление на них кончиками пальцев и большим пальцем, косточками пальцев сжатой в кулак кисти, краем ладони и т**.**д**.**  
  
Эти упражнения оказывают активизирующее и заземляющее действие на организм, а также укрепляют мышцы и связки свода стопы, снимают усталость, предотвращают плоскостопие**;** их полезно также использовать при простуде и головных болях**.** Хорошим подкреплением к ним является хождение босиком по гальке, фасоли, любым неровным поверхностям (массажные коврики и шлепанцы, тренажеры)**.**

**5.3. Самостоятельная работа по теме:**

- разбор темы;

- отработка коррекционных методик;

- разбор пациентов, решение ситуативных задачь

**5.4. Итоговый контроль знаний:**

- ответы на вопросы по теме занятия;

- решение ситуационных задач, тестовых заданий по теме.

|  |  |
| --- | --- |
| 1. | ПРОЯВЛЕНИЕ ПРИ ЛокализациИ поражения В СПИННОМ МОЗГЕ   1. Монопарез 2. Гемипарез 3. Парапарез 4. Область иннервации периферического нерва 5. Тетрапарез |
| 2. | ПРОЯВЛЕНИЕ ПРИ поражениИ ПЕРИФЕРИЧЕСКОГО НЕРВА   * 1. Монопарез   2. Гемипарез   3. Парапарез   4. Область иннервации периферического нерва   5. Тетрапарез |
| 3. | Что такое кортикализация функций?   * + - 1. Интенсивное развитие подкорковых образований       2. Интенсивное развитие коры головного мозга       3. интенсивное развитие черепно-мозговых нервов       4. интенсивное развитие периферической нервной системы       5. интенсивное развитие сосудов головного мозга |
| 4. | Какие связи между нейронами головного мозга являются наиболее ответственными за концентрацию внимания, организацию слухоречевой функции, обеспечения интеграции сенсорной информации, взаимодействия различных областей коры?   * + 1. Проекционные     2. Комиссуральные     3. Кортико-мосто-мозжечковые     4. Ассоциативные     5. никакие |
| 5. | Какое влияние оказывают высшие нервные центры на низшие в случае их поражения?   * 1. Возбуждающее, повышение гибкости регулирования, автоматизма реагирования   2. Тормозящее, снижение гибкости регулирования, появление примитивных автоматизмов   3. Появление только компенсаторных процессов   4. Только растормаживание нервных процессов   5. Тормозящее, повышение гибкости регулирования, автоматизма реагирования |

Задачи:

|  |  |
| --- | --- |
| 1. | Больная Ю., 66 лет. В прошлом работала препода-  вателем средней школы. В психиатрической больнице находится  три года без выписки. Сознание ясное. Себя называет правильно,  но при беседе обнаруживается, что больная не помнит текущей  даты, не помнит своего возраста, не помнит, сколько времени на-  ходится в больнице, не помнит, как зовут лечащего врача. Настрое-  ние хорошее. На просьбу вспомнить, чем она занималась вчера, со-  общила следующее: «Вчера с утра были занятия, проходили тему  “Пушкин и декабристы“. А затем сидела на педсовете. Хулигана  Галкина опять обсуждали». |
| 2. | Больной З., 78 лет, колхозник. В течение несколь-  ких недель находился на лечении в психиатрической больнице,  жалуется лишь на отсутствие зрения на правый глаз, где имеет-  ся помутнение роговицы. В отделении спокоен, подсаживается 43  к больнымпожилоговозраста, очем-тоснимибеседует. Вобщении  с врачом, больными вежлив, предупредителен, даже несколько сла-  щав. Приветливо здоровается, но встретив врача через несколько  минут, приветствует его снова. Часто приоткрывает дверь в каби-  нет и вежливо осведомляется, не пришел ли консультант-окулист,  через пять минут спрашивает о том же. Числа, месяца, года назвать  не может. Видя вокруг людей в белых халатах, догадывается, что  его положили в больницу, но какую, не помнит. Рассказывает, что  только вчера приехал из деревни: «Вот лошадь во дворе привязал,  сейчас ходил сена ей давал». Вернувшись после консультации из  кабинета профессора, всем рассказывает с убеждением, что про-  фессор угощал его шампанским, сердился, когда ему говорили,  что этого не было. Любит рассказывать о днях своей молодости,  помнит события прошлых лет, правильно воспроизводит события  войны, в которой принимал участие. Перечисляет имена своих де-  тей, назвать имена внуков не может, говорит каждый раз разные.  Квалифицировать нарушения памяти и синдром. |
| 3. | Больной M., 23 лет, после тяжелой травмы головы  лечился в больнице в течение 6 месяцев с нарушениями памяти.  В то время не мог воспроизвести события пятилетней давности.  Спустя год после выписки: спокоен. Охотно отвечает на вопросы.  Обнаруживает амнезию на период, предшествующий травме. Не  помнит событий после травмы, амнезировал пребывание в трав-  матологическом отделении; месяцы, проведенные в психиатриче-  ской больнице. Помнит, что к нему «иногда» приезжали родители.  Помнит хорошо день выписки. С трудом вспомнил имена врачей  и медицинского персонала. Жалуется, что у него «плохая память»  : «все приходится записывать».  Квалифицировать нарушения памяти. |
| 4. | Больной с возмущением говорил: «Ужасные без-  образия творятся в этой клинике, вчера, например, меня посадили  в клетку, а до этого заставили вылезать на улицу через окно».  Определить нарушения памяти. |
| 5. | Больная 43 лет, поступает в психиатрическую боль-  ницу с одинаковыми состояниями в четвертый раз. Настроение  повышено, многоречива, деятельна, плохо спит. Читает наизусть  стихи Блока и страницы из произведений Чехова почти без оши-  бок, можно сверять с текстом. Когда такие состояния проходят, то  стихи помнит отрывками, а прозу воспроизвести не может.  Как называются такие временные нарушения памяти? |

1. **Домашнее задание для уяснения темы занятия**

* составление плана диагностического исследования ребёнка;
* составление плана коррекционного исследования ребёнка;
* ведение протокола исследования;
* супервизия работы студента с ребёнком;
* обсуждение результатов экспериментально-психологического исследования ребёнка;
* написание заключения экспериментально-психологического исследования;
* обсуждение и коррекция заключения экспериментально-психологического исследования.
* основные принципы, определяющие формирование психичес­ких функций в теории системной динамической локализации А.Р. Лурия.
* специфика использования основных понятий нейропсихологии «функция», «локализация», «симптом», «синдром», «фактор», «синдромный анализ» в нейропсихологии детского возраста.
* функциональные блоки мозга по А.Р. Лурия. Строение, функции.
* принцип гетерохронности в морфо- и функциогенезе. Внутри­системная и межсистемная гетерохронность.
* основные принципы системогенеза.
* показатели морфологического созревания мозга. Основные за­кономерности морфологического созревания мозга.
* функциональные критерии развития мозга. Основные законо­мерности функционального созревания мозговых структур.
* морфофункциональное созревание функциональных блоков мозга в онтогенезе.
* соотношение развития и влияния среды. Теории научения. Тео­рии созревания.

1. **Рекомендованная литература по теме занятия**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| №  п/п | Наименование | Издательство | Год  выпуска |

**Обязательная**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 1. | Лурия А.Р. Высшие корковые функции человека и их нарушения при локальных поражениях мозга / А.Р. Лурия. | СПб.: Питер | 2007 |
| 2. | Семенович А.В. Нейропсихологическая диагностика и коррекция в детском возрасте. | М.: Академия | 2002 |
| 3. | Семенович, А. В. Нейропсихологическая коррекция в детском возрасте. Метод замещающего онтогенеза: учебное пособие/ А. В. Семенович. - 2-е изд. | М.: Генезис | 2008 |
| 4. | Визель Т.Г. Основы нейропсихологии: учеб. для студентов вузов Т.Г. Визель. | М.: АСТАстрель Транзиткнига | 2005 |
| 5. | Клиническая психология / под ред. Карвасарского Б.Д. | СПб.: Питер | 2010 |
| 6. | Микадзе Ю.В. Нейропсихология детского возраста: Учебное пособие. | СПб.:Питер | 2008 |

**Дополнительная**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 1. | Психология. (Лекции для студентов медицинских вузов), Творогова Н. Д. | М.: ГОУ ВУНМЦ РФ | 2002 |
| 2. | Клиническая психология / под ред. М.Перре , У.Бауманна | СПб.: Питер | 2007 |
| 3. | Корсакова Н. К., Московичюте Л. И. Клиническая нейропсихология. | М.: МГУ | 1988 |

**Электронные ресурсы**

|  |  |
| --- | --- |
| 1. | ИБС КрасГМУ |
| 2. | БМ МедАрт |
| 3. | БД Ebsco |

Государственное бюджетное образовательное учреждение высшего профессионального образования «Красноярский государственный медицинский университет имени профессора В.Ф. Войно-Ясенецкого»

Министерства здравоохранения Российской Федерации

ГБОУ ВПО КрасГМУ им. проф. В.Ф. Войно-Ясенецкого Минздрава России

Кафедра нервных болезней с курсом медицинской реабилитации ПО

**МЕТОДИЧЕСКИЕ УКАЗАНИЯ**

**ДЛЯ ОБУЧАЮЩИХСЯ**

**по дисциплине «Спецпрактикум по коррекционно-развивающему обучению с супервизией»**

**для специальности** 030401 Клиническая психология (очно-заочная форма обучения)

**К СЕМИНАРСКОМУ** **ЗАНЯТИЮ № 24**

**ТЕМА:** **«Повышение пластичности сенсомоторного обеспечения психических процессов».**

Утверждены на кафедральном заседании протокол .

Заведующий кафедрой

Доктор медицинских наук, профессор Прокопенко С.В.

Составители: доктор медицинских наук, профессор Прокопенко С.В.

кандидат медицинских наук, доцент Харламова Г.В.

кандидат медицинских наук, ассистент Можейко Е.Ю.

доктор медицинских наук, профессор Похабов Д.В.

доктор медицинских наук, профессор Народова В.В.

кандидат медицинских наук, доцент Дроздова Л.Н.

доктор медицинских наук, профессор Колесникова И.В.

ассистент Швецова И.Н.

Красноярск

2013г.

**1. Занятие №24**

**Тема:** «Повышение пластичности сенсомоторного обеспечения психических процессов».

**2. Форма организации занятия:** семинар – в интерактивной форме в виде дебатов.

**3. Значение изучения темы:**

В клиническойпрактике нейропсихологический метод занимает особое место в ряду научных дисциплин, обращенных к проблеме онтогенеза в норме и патологии. Только он позволяет оценить и описать те системно-динамические перестройки, которые сопровождают психическое развитие ребенка с точки зрения его мозгового обеспечения. Но описать — это значит понять. Понять глубинные механизмы его психического статуса и спланировать адекватную онтогенезу именно этого, конкретного ребенка программу психолого-педагогического сопровождения.

**4. Цели обучения:** освоения учебной дисциплины «Спецпрактикум по коррекционно-развивающему обучению с супервизией» состоит в овладении знаниями психологической диагностики заболеваний, психологической помощи и восстановлению психических функций.

**Студент должен знать**:

* закономерности формирования мозговой организации психических процессов, специфику детского мозга, строение, состав мозговых зон, вовлекаемых в работу нейрофизиологических функциональных систем;
* специфику нейропсихологического исследования детей и возможности использования их как в клинической практике, так и психолого-педагогической деятельности.

**Студент должен уметь:**

* применять полученные знания при решении психолого-педагогических задач;
* квалифицировать затруднения, возникающие у детей в ходе учебной деятельности и прогнозировать успешность ребенка в различных видах деятельности, в том числе и обучении, на основе нейропсихологического анализа;
* организовывать нейропсихологическое обследование, коррекцию детей дошкольного и младшего школьного возраста.

**Студент должен владеть:**

* категориальным аппаратом нейропсихологии детского возраста;
* навыками организации нейропсихологической диагностики, коррекции и реабилитации в детском возрасте.

**5. План изучения темы:**

**5.1. Контроль исходного уровня знаний.**

|  |  |
| --- | --- |
| 1. | Цветовая и оптико-пространственная агнозия, нарушения зрительной памяти, зрительного внимания, пространственно-двигательная апраксия наблюдаются при синдроме поражения:   * + 1. префронтальной области коры головного мозга;     2. теменной области коры головного мозга;     3. затылочных и затылочно-теменных отделов коры головного мозга;     4. срединных неспецифических структур головного мозга;     5. премоторных отделов головного мозга. |
| 2. | Центральная теоретическая проблема нейропсихологии – это   * 1. проблема соотношения генетического и приобретённого в психической деятельности   2. проблема нормы и патологии психической деятельности   3. проблема психосоматических и соматопсихических связей   4. проблема мозговой организации (локализации) высших психических функций человека   5. нормальное развитие коры головного мозга |
| 3. | Отечественные нейропсихологии создали следующую концепцию о мозговой организации высших психических функций человека:   * 1. психоморфологическое направление   2. теорию системной динамической локализации ВПФ   3. концепцию эквипотенциальности мозга   4. эклектическую концепцию   5. отрицают проблему локализации ВПФ |
| 4. | А.Р. Лурия разработал общую структурно-функциональную модель работы мозга как субстрата психической деятельности, согласно которой весь мозг может быть подразделён на:   * 1. два полушария – доминантное (левое), субдоминантное (правое)   2. четыре уровня – 1) кора головного мозга, 2) базальные ядра полушарий большого мозга, 3) гиппокамп, гипофиз, гипоталамус, поясная извилина, миндалевидное ядро, 4) ретикулярная формация и другие структуры ствола мозга   3. три основных блока – 1) энергетический, 2) блок приёма, переработки и хранения экстероцептивной информации, 3) блок программирования, регуляции и контроля за протеканием психической деятельности   4. головной мозг человека не может подразделяться на отдельные части, так как представляет собой неделимое целое   5. все ответы верны |
| 5. | Апраксия, возникающая при поражении теменно височно-затылочных отделов, называется   * 1. регуляторная   2. кинетическая   3. пространственная   4. кинестетическая   5. все выше перечисленные варианты |

**5.2 Основные положения и понятия темы**

**Оптимизация и стабилизация общего тонуса тела. Растяжки. Релаксация**  
  
Оптимизация тонуса является одной из самых важных задач коррекции Г уровня**.** Любое отклонение от оптимального тонуса (гипо- или гипертонус) может являться как причиной, так и следствием возникших изменений в соматическом, эмоциональном, познавательном статусе ребенка и негативно сказываться на общем его развитии**.**  
  
В ходе занятий психолог должен подойти к каждому ребенку и проверить, полностью ли расслаблено его тело, указать места зажимов, показать, как можно их **«**сбросить**».** Необходимо, например, показать на его собственном теле разницу между выполнением команды **«**опустить кисти**»** и**«**руки сломались в кистях**»** (расслабление кистей достигается только во втором случае)**.**  
  
После выполнения каждого упражнения проводится совместное обсуждение в кругу детей с получением обратной связи от каждого ребенка по принципу **«**Мое тело может быть**...».**  
  
**Оптимизация и стабилизация общего тонуса тела**  
  
34**.** Ребенок ложится на спину (или стоит, сидит)**.** Его просят закрыть глаза и сосредоточиться только на своем теле**;** выполнить 3 **—** 4 цикла глубокого дыхания в индивидуальном темпе**.** Затем ему надо напрячь все тело как можно сильнее, через несколько секунд напряжение сбросить, расслабиться**;** проделать то же самое с каждой частью тела (психолог называет поочередно части тела, останавливаясь на каждой в отдельности,**—** правая рука, шея, спина, живот, поясница, правая нога и т**.**д**.**)**.** По позе ребенка и **«**волне**»** его дыхания можно легко определить **«**зажатые**»**места**.**  
  
Ребенка просят **«**прислушаться**»** к своему телу и при необходимости дополнительно поработать с напряженными участками тела и локальными зажимами (см**.** главу 2 **— «**Массаж**»;** § 1, глава 3 **— «**Растяжки**»**)**.**  
  
35**. «**Силач**».** Выполнить контрастное напряжение и расслабление плечевого пояса, рук и ног, представляя, что вы**:** держите в руках (ногой, на плече) тяжелые гири**;** поднимаете над головой тяжелую корзину с яблоками**;** отжимаете штангу**;** удерживаете ногой закрывающуюся дверь, раздвигаете руками тесно переплетенные ветви деревьев в лесной чаще**.**  
  
36**. «**Весы**».** Предложите ребенку представить, что его ладони **—** чашечки весов, держащие груз**.** При необходимости реально нагрузить **«**весы**»**, надавливая собственной рукой или кладя на них какой-либо **«**груз**».**  
  
Встать, поставив руки перед грудью ладонями вверх, пальцы направлены навстречу друг другу, локти в стороны**.** Сделать длинный вдох через нос, задержать дыхание**. «**Уравновесить**»** чашечки весов**.**  
  
Медленно вытянуть одну руку над головой, поворачивая кисть, посмотреть на нее**.** Другую руку опустить вниз, держа кисть горизонтально, ладонью вниз, повернув пальцы от себя**.** С силой вытянуть ее**:** на этой чашечке весов лежит груз**.** Медленно выдохнуть, расслабиться**.** Повторить упражнение, изменив положение рук**.** Аналогичное упражнение можно выполнять лежа, весами при этом становятся ноги**.**  
  
37**. «**Травинка на ветру**».** Ребенок изображает всем телом травинку (сесть на пятки, руки вытянуть вверх, сделать вдох)**.** Начинает дуть ветер, и травинка наклоняется до земли (выдыхая, наклонить туловище вперед, пока грудь не коснется бедер**;** руки при этом вытягиваются вперед, ладони на полу**;** не меняя положения туловища, потянуть руки по полу еще дальше вперед)**.** Ветер стихает, травинка выпрямляется и тянется к солнышку (на вдохе вернуться в исходное положение, потянуться вверх)**.**  
  
38**.** По этому же принципу строится упражнение **«**Раскачивающееся дерево**»** (корни **—** ноги, ствол **—** туловище, крона **—** руки и голова), которое может выполняться как сидя, так и стоя**.** Важно, чтобы каждый ребенок представил себя **«**своим**»** деревом**:** ведь ель, береза и ива совсем по-разному реагируют на ветерок, начало бури и ураган**.**  
  
39**. «**Парусник**».** Ребенок изображает лодку с парусом**:** встать на колени, носочки оттянуты, пальцы ног касаются друг друга, пятки несколько разведены**;** сесть на пятки или между ними, пальцы рук сплести в замок за спиной, зафиксировать под ногами или на пятках**.**  
  
Подул ветер, и парус расправился, надулся (на вдохе, не расцепляя рук**,**выпятить грудь, свести лопатки, голову откинуть назад)**.** Ветер утих, и парус **«**сник**»** (на выдохе голову опустить как можно ниже, спина становится круглой)**. .** **.** Вернуться в и**.** п**.**  
  
40**. «**Дракон**».** Ребенок изображает дракона, облетающего дозором свои владения**:** ноги на ширине плеч, слегка согнуты в коленях, пружинят в такт с руками-крыльями**.** Затем он приземляется на остров и начинает **«**размешивать**»!** хвостом море**.**  
  
41**. «**Насос и надувная кукла**».** Ребенок **—** надувная кукла, из которой выпущен воздух, лежит совершенно расслабленно на полу**.** Психолог (или другой ребенок) накачивает **куклу**воздухом с помощью насоса**:** ритмично наклоняясь вперед и произнося звук **«**с-с-с**»** на выдохе**.** Кукла постепенно наполняется воздухом, ее части распрямляются, выравниваются**.** Наконец кукла надута**.** Дальнейшее накачивание воздухом опасно**—** кукла сильно напряглась и может лопнуть**.** Время окончания надувания определяется по состоянию напряжения тела куклы**.** После этого из нее вынимают насос, кукла постепенно **«**сдувается**»** и **«**опадает**».** Это прекрасное упражнение на расслабление **—** напряжение, а также первый опыт парного взаимодействия на уровне ощущения определенных свойств тела другого человека**.**  
  
42**. «**Смазка**».** Дети стоят в кругу**.** Им предлагается представить свое тело в виде любого механизма, который нуждается в смазке**: «**Я ввожу масло в твой указательный палец, чтобы смазать им все суставы твоего тела**.** Сосредоточься, чтобы ни один участок не остался без смазки**;** ведь я не вижу, все ли я делаю правильно**:** подсказывай мне своим телом**».**  
  
43**. «**Двигательный репертуар**».** Детям предлагается свободно двигаться по комнате, не касаясь друг друга, самыми разнообразными способами, сосредоточившись на ощущениях, возникающих в теле**.** Они могут передвигаться с разной скоростью**:** медленно, максимально быстро (медленно), чуть медленнее и т**.**п**.;** с различным уровнем напряжения (максимально напряженно, чередуя напряжение и расслабление разных групп мышц, максимально расслабленно)**.** В ходе этого процесса их просят вспомнить и воспроизвести (телом) различные ощущения**:** холод, жара, вкусная еда, неприятные запахи, сильный ветер в спину и т**.** п**.**  
  
Эти и следующие упражнения направлены на расширение диапазона движений по следующим параметрам**:** быстрые **—**медленные**;** мягкие**—**жесткие**;** сильные**—**слабые**;** тяжелые**—**легкие**;** непрерывные **—**отрывистые**;** свободные **—**с сопротивлением**.**  
  
44**. «**Огонь и лед**».** И**.** п**. —** стоя в кругу**.** По команде**: «**огонь**»** дети начинают интенсивные движения всем телом**.** Плавность и степень интенсивности движений каждый ребенок выбирает произвольно**.** По команде **«**лед**»** дети застывают в позе, в которой их застигла команда, напрягая до предела все тело**.** Психолог несколько раз чередует обе команды, меняя время выполнения той и другой**.**  
  
45**.** Аналогичны упражнения со сменой ролей**. «**Рыбки и водоросли**»:** плавные, легкие движения водорослей **—** на месте и рыб **—** с передвижением в воде**. «**Облако и камень**»:** движения тяжелые, законченные **—** образ камня и легкие, плавные, непрерывные, связанные с представлением об облаке**.**  
  
46**. «**Страна кукол**».** Психолог**: «**Когда-нибудь все люди вырастают и забывают, что были детьми**.** Игрушки, которые мы так любили в детстве, не исчезают бесследно**.** Они просто уходят в свою страну, куда мы сегодня и отправляемся, став ненадолго разными куклами**».**  
  
**«**Свободная кукла**»:** индивидуальный танец в том образе, который выберет ребенок**. «**Гуттаперчевая кукла**»:** движения мягкие, плавные**;**полностью расслабленное тело (тело без костей)**. «**Пластмассовая кукла**»:** напряженное тело, законченные движения**. «**Марионетка**»:** кукла, которую кукловод **—** психолог или другой ребенок **—** приводит в движение при помощи нитей, привязанных к различным частям ее тела**.** Это упражнение направлено на осознавание центров движения**.**  
  
Упражнение **«**Подвески**»** сложнее**:** детям предлагается представить, что они куклы-марионетки, которые после выступления подвешены на гвоздиках в шкафу (за руку, за палец, за воротник, за плечо и т**.**д**.**), т**.**е**.** их тело фиксировано в одной точке, все остальное расслаблено болтается**.**  
  
47**. «**Росток**».** И**.**п**. —** на корточках по кругу**;** голову нагнуть к коленям, обхватив их руками**.** Психолог**: «**Представь себе, что ты маленький росток, только что показавшийся из земли**;** он растет, постепенно выпрямляясь, раскрываясь и устремляясь вверх**.** Я буду помогать тебе **«**расти**».**Называется часть тела, которая активизируется в данный момент при абсолютной пассивности других**. «**Один**» —** медленно выпрямляются ноги**; «**два**» —** ноги продолжают **«**расти**»**, постепенно оживают руки, но пока висят, как **«**тряпочки**»; «**три**» —** осторожно выпрямляется позвоночник (от поясницы к плечам)**; «**четыре**» —** выпрямляются плечи, шея и голова**; «**пять**» —** руки поднимаются вверх, ребенок смотрит на солнышко, тянется к нему**.** Усложняя задачу, психолог может увеличивать этапы **«**роста**»** до 10 **—** 20**.**  
  
48**. «**Репка**».** Дети садятся на корточки, колени **—** в стороны, плотно сомкнутые в ладонях руки упираются в пол между ногами**.** Из этого положения **«**репка**»** медленно растет до полного выпрямления ног**.** Затем сомкнутые ладони медленно поднимаются до уровня груди, разворачиваются пальцами вверх и поднимаются несколько выше головы**.** Там ладони размыкаются и разводятся в стороны**; «**репка**»** выросла, ее листья (ладони) ловят солнышко**.**  
  
49**. «**Потянулись **—** сломались**».** Руки и все тело ребенка устремлены вверх (пятки от пола не отрывать)**.** Психолог**: «**Тянемся, тянемся вверх, выше и выше**...** Мысленно отрываем пятки от пола, чтобы стать еще выше (реально пятки на полу)**...** А теперь наши кисти как бы сломались (хлопок), безвольно повисли**.** Теперь руки сломались в локтях (хлопок), в плечах (хлопок), упали**.** Повисла голова (хлопок), вы сломались в талии (хлопок), подогнулись колени (хлопок), опустились (упали) на пол**...** Лежим расслабленно, безвольно, удобно**...** Прислушайтесь к себе**.** Осталось ли где-нибудь напряжение? Сбросили его**».**  
  
**Растяжки**  
  
Растяжки **—** система специальных упражнений на растягивание, основанных на естественном движении**.** При их выполнении в мышцах должно быть ощущение мягкого растяжения, но не напряжения**.** Выполнение растяжек способствует преодолению разного рода мышечных дистоний, зажимов и патологических ригидных телесных установок**;** оптимизации мышечного тонуса и повышению уровня психической активности**.** Когда психолог, помогая ребенку, делает ему растяжки, необходимо вообразить, что растяжки делаются котенку**;** они должны проводиться в щадящем режиме, медленно и плавно**.**  
  
**Упражнения лежа на спине**  
  
50**.** Лечь на спину, ноги согнуты в коленях, одна рука лежит на солнечном**»** сплетении, другая **—** на пупке**.** На вдохе прогибаем спину, опираясь на плечи и копчик**;** на выдохе **—** возврат в и**.** п**.** Руки надавливают вниз, помогая пояснице коснуться пола**.**  
  
51**.** Руки за головой, ноги согнуты в коленях**.** На вдохе прогибаем спину с опорой на плечи и копчик, на выдохе поясничный отдел позвоночника опускается, а голова и плечи приподнимаются так, чтобы ребенок мог увидеть свои колени**.**  
  
52**.** Ноги согнуты в коленях, одна рука лежит вдоль тела, а ладонь другой **—** под головой**.** На вдохе спина прогибается вверх с опорой на плечи и копчик, на выдохе локоть руки, которая находится под головой, касается противоположного (или одноименного) колена, при этом поднимается верхняя часть туловища и подтягивается колено**.**  
  
53**.** Согнутые в коленях ноги стоят на полу, руки сложены лодочкой и вытянуты вверх**.** Сложенные руки кладем на пол с одной стороны от тела (при этом рука сверху **«**ползет**»** по другой руке), а колени **—** с другой стороны**.** Переводим руки и колени одновременно в противоположные стороны**.**  
  
54**.** Привести колени к груди, руки обхватывают голени, нос дотягивается до коленей**.**  
  
55**. «**Качалка**».** Обхватить колени руками**.** Качаться на спине, прокатываясь всеми позвонками по полу**.** Другой вариант **—** перекаты то на правый, то на левый бок**.** По команде взрослого ребенок замирает на каком-либо боку**.**  
  
56**. «**Бревнышко**».** Поднять руки за голову, кисти соединены, пальцы **«**смотрят**»** вверх**;** ноги вместе**.** Вытянуться всем телом и несколько раз перекатиться направо, затем налево, как **«**бревнышко**».**  
  
57**.** Ползание на спине**:** при помощи рук и ног**;** только рук**;** только ног (одновременные и попеременные движения правой и левой конечностями)**.**  
  
58**. «**Струночка**».** Ребенок должен почувствовать пол головой, шеей, спиной, плечами, руками, ягодицами и ногами, а затем **—** описать свои ощущения**.** Например, пол может быть твердым, мягким, холодным, гладким, бугристым**;** шее или ногам неудобно и т**.**д**.**  
  
Вытянуть руки за голову, кисти соединены, пальцы **«**смотрят**»** вверх**;** ноги вместе, носки оттянуты**.** Подбородок опустить на грудь так, чтобы задняя сторона шеи приблизилась (прижалась) к полу**.** В этом положении важно, чтобы ребенок почувствовал опору тела (ощущение, что пол держит, что он лежит на полу), а затем расслабился**.**  
  
Психолог берет одну руку ребенка и немного растягивает ее (другая лежит расслабленно), затем другую**.** То же **—** с ногами**.** После этого ребенок выполняет растяжки самостоятельно**.**  
  
59**. «**Линейные растяжки**».** Ребенок (сначала с вашей помощью) растягивает все тело, потягиваясь одновременно двумя руками и ногами**;** затем**—** только правой стороной тела (рука, бок, нога), потом **—** только левой**.** Спина при этом не должна напрягаться и выгибаться**.** На выдохе **—**расслабление**.** Спросите его о том, вытянулись ли его спина, руки и ноги**.**  
  
60**. «**Звезда**».** Ребенок ложится в позу **«**звезды**» —** слегка разведя руки и ноги, а затем выполняет растяжки аналогично предыдущим, но не линейные, а диагональные**.** Оттягивается пятка правой ноги и левая рука по диагонали, при этом левая нога и правая рука расслаблены**.**Расслабиться на выдохе**.** Затем то же выполняется по другой диагонали**.**  
  
Растяжки **«**Струночка**»** и **«**Звезда**»** нужно делать не только на спине, но и на животе**.**  
  
**Упражнения лежа на животе**  
  
61**. «**Лодочка**».** Вытянуться всем телом**.** Ребенок по инструкции психолога поднимает прямую руку (ногу)**;** обе руки (ноги)**;** одноименные и разноименные руку и ногу**.** Затем вместе с конечностями поднимаются и опускаются голова и глаза**.**  
  
62**. «**Кобра**».** Ладони упираются в пол на уровне плеч**. «**На вдохе как кобра, медленно поднимите голову, постепенно выпрямляя руки и приоткрывая рот, приподнимите верхнюю часть туловища, прогните спину**.** Ягодицы и ноги при этом должны быть расслаблены и лежать на полу**».** На выдохе **—** медленный возврат в и**.** п**.** и расслабление**.**  
  
63**.** И**.**п**. —** упор лежа**.** Поднять бедра и таз как можно выше, опираясь на стопы и ладони, пока верхняя и нижняя части туловища не составят букву **«**Л**».** Вес тела должен быть равномерно распределен между стопами и кистями рук, пятки **—** на полу, ноги прямые, смотреть вперед**.** Дети пробуют двигаться в такой позе (вперед, назад, вправо, влево), при этом пыхтя и громко топая**.**  
  
64**. «**Гусеница**».** Руки согнуты в локтях, ладони упираются в пол на уровне плеч**;** выпрямляя руки и поднимая таз, дети выгибают туловище вверх**.** Ноги **«**подходят**»** к рукам, затем руки продвигаются вперед, снова ноги шагают к рукам и т**.**д**.** Во время движения ладони рук и подошвы ног не отрывать от пола**.**  
  
65**. «**Корзиночка**».** Схватить руками согнутые в коленях ноги за голеностопные суставы**.** Качаться на животе вперед-назад, направо-налево**.** По команде ребенок замирает на каком-либо боку**.**  
  
66**. «**Кошка**».** Из положения лежа встать на четвереньки, опираясь на колени и ладони**;** бедра и руки перпендикулярны полу**.** С вдохом отвести голову назад и прогнуть позвоночник вниз**.** С выдохом зашипеть**;** подбородок **—** к груди, спина выгибается вверх**.**  
  
67**.** Ползать и ходить на четвереньках, изображая, как двигаются различные животные, издавая характерные для них звуки (змея, крокодил, собака, ящерица, пантера и т**.**д**.**)**.**  
  
68**.** Ползание на животе**:** при помощи рук и ног**;** только рук или ног (одновременные и попеременные движения правой и левой конечностями)**.**  
  
**Упражнения сидя на полу**  
  
69**.** Сидя на полу, скрестить ноги**;** спина прямая, руки на голенях**.** Вдыхая через рот, выгнуться вперед, одновременно выставляя вперед нижнюю челюсть**.** С выдохом через рот опустить нижнюю челюсть на грудь, выгнуть спину назад**.** Голова при этом по возможности остается на одном уровне**.**  
  
70**. «**Бабочка**».** Захватить сложенные подошвами стопы руками, сплетенными в замок, колени в стороны**.** Пятки должны быть как можно ближе к ягодицам, мышцы бедер расслаблены**.** Движение бедрами ног подобно взмахам крыльев бабочки**.**  
  
71**.** Ноги вытянуть, наклониться вперед с прямой спиной и захватить руками большие пальцы ног**.** При этом указательный и средний пальцы обхватывают большой палец ноги, а большой надавливает на ногтевую пластинку**.** Обязательно колени держать прямыми (если не получается схватиться за пальцы ног, возьмитесь за щиколотки или за икры)**.**  
  
72**. «**Лев**».** Сидя на пятках, немного наклониться вперед, опираясь руками о колени (пол)**.** Широко открыть рот, максимально высунуть язык и издать гром кий и страшный **«**львиный рык**».**  
  
73**.** Сидя, скрестить ноги, спина прямая**;** привести руки к плечам (четыре пальца направлены к шее, большой палец назад, плечи параллельно полу)**.** Выполнять свободные повороты налево-направо**;** по возможности максимально скручивать позвоночник**.** Голову поворачивать сначала в одну сторону с телом, затем **—** в противоположную**.**  
  
74**.** Сесть так, чтобы на колено правой ноги легла левая пятка, упор на пальцы левой руки**.** Правая рука держится за левое плечо**.** Смотреть за левое плечо, разворачиваясь всем туловищем**.** То же **—** в другую сторону**.**  
  
75**. «**Крылья птицы**».** Скрестить ноги, спина прямая**;** взмахивать руками как а крыльями (**«**Какую птицу ты изображаешь?**»**)**.**  
  
76**.** Опираясь на колени и сидя на пятках, схватиться за голеностопные **;** суставы или пятки, прогнуться всем телом (подать таз вперед и вверх, голова а  
  
свободно откинута назад)**.** Облегченный вариант**:** то же, но стоя па коленях (колени на ширине плеч) и поставив ладони на поясницу**.**  
  
77**.** И**.** п**.** то же**.** Наклониться вперед, пока лоб не коснется пола**.** Руки ладонями вверх вдоль туловища, кисти рядом со стопами**.** Другой **вариант:**руки вытянуты вперед, ладони вместе**.**  
  
78**.** И**.**п**.** то же**.** Постепенно опуститься назад, сначала опираясь на локти, а затем на голову**.** Руки свободно лежат вдоль туловища**.** Постепенно выпрямляться, меняя положения в обратном порядке**.**  
  
79**.** Сидя на полу, слегка наклониться назад и опереться на согнутые в локтях руки, приподнять согнутые в коленях ноги**.** Перебирая руками и покачиваясь вперед-назад, крутиться вокруг своей оси**.**  
  
**Упражнения стоя**  
  
80**. «**Потягивание**».** Ноги на ширине плеч, руки сжаты в кулак, большие пальцы внутри ладоней**;** кулаки прижаты к низу живота**.** Поднять кулаки к плечам и прогнуться в спине, разводя плечи и запрокидывая голову**.** Потянуться вверх, распрямляя руки и поднимаясь на носки, постепенно напрягая все тело, как **«**струнку**»** (представьте, что вы только что проснулись и сладко потягиваетесь)**.** Вернуться в и**.** п**.**, выполняя движения в обратном порядке**.**  
  
81**. «**Тянемся к солнышку**».** Встать у стены, касаясь ее пятками, ягодицами, лопатками, плечами и затылком**.** Делая вдох, поднять руки вверх, задержать дыхание **—** кончиками пальцев рук тянемся к солнышку**.** При этом необходимо тянуться вверх всем телом, начиная с пальцев рук, потом запястьями, локтями, плечами, грудным отделом, поясницей и ногами, но без особого напряжения и не отрывая пяток от пола**.** (Вначале психолог должен дать почувствовать ребенку ощущение от вертикальной растяжки тела, слегка потянув его вверх за пальцы рук**.**) Выдохнуть, опуская руки, расслабиться**.**  
  
82**.** Правая нога впереди, согнута в коленном суставе, пальцы стопы направлены прямо вперед, опора на эту ногу**.** Левая нога выпрямлена, стопа повернута под углом 90 ° вовне**.** Правая рука вытянута вперед, как-будто держит лук, левая **—** максимально отведена назад, натягивая тетиву лука**.** Руки растягивают лук так, чтобы в груди чувствовалось напряжение**.** Повторить, поменяв положение ног и рук**.**  
  
83**. «**Растяжки для ног**».** Ноги на ширине плеч**;** поднять прямые руки в стороны на уровне плеч ладонями вниз**:**  
  
• медленно наклониться влево и коснуться пальцев левой ноги левой рукой**.** Остаться в этом положении пять секунд и вернуться в и**.** п**.**Стараться не сгибать ног и рук**.** То же **—**для правой руки и ноги**;**  
  
• медленно наклониться влево и коснуться пальцев левой ноги правой рукой**.** Остаться в этом положении пять секунд и вернуться в и**.**п**.** Не сгибать ног и рук**.** То же **—** для левой руки и правой ноги**.**  
  
84**. «**Повороты в стороны**».** И**.**п**.** то же**.** Поворот влево **—** левая рука движется назад, правая рука лежит на области сердца**;** поворот вправо **—**правая рука назад, левая на сердце и т**.**д**.** Движения свободные и размашистые**.** Голова также поворачивается вместе с туловищем в одну, а затем в другую сторону**.**  
  
85**. «**Скручивание корпуса**».** И**.**п**.** то же, колени слегка согнуты, стопы параллельны друг другу**.** Тело полностью расслаблено**.** Скручивать тело вправо и влево, захлестывая расслабленные руки за спину**.** Подошвы ступней полностью, не отрываясь при поворотах, касаются пола**;**позвоночник **—** вертикальная неподвижная ось вращения**.** Голова сначала неподвижна, затем поворачивается вместе с руками, потом **—** в противоположную от рук сторону**.**  
  
**Релаксация**  
  
Прежде чем перейти к описанию упражнений, непосредственно направленных на релаксацию (полное расслабление), хотелось бы отметить важное влияние музыки, цвета и запахов на соматическое и психическое состояние человека**.** Известно, что сочетание перечисленных выше факторов может оказывать различное воздействие **—** тонизирующее, стимулирующее, укрепляющее, восстанавливающее, успокаивающее, расслабляющее и т**.**д**.** Поэтому продуманное применение музыки, цвета и запахов может повысить эффективность выполняемых упражнений, создавая дополнительный потенциал для развития ребенка**.**  
  
Так, ритмичная, быстрая, громкая музыка оказывает стимулирующее и тонизирующее действие, аналогичное влиянию красного, оранжевого, желтого цветов**.** Напротив, медленная, плавная, негромкая музыка оказывает успокаивающее и расслабляющее действие, как и зеленый, голубой, синий цвета**.**  
  
При выполнении специальных упражнений на релаксацию, а также в начале, середине или конце занятия, когда необходимо сбросить накопившееся напряжение и восстановить силы, рекомендуется**:** принять удобную позу, расслабившись и закрыв глаза, выполнить несколько циклов глубокого дыхания, прослушивая соответствующую музыку и вызывая в воображении (визуализируя, представляя) нужные цвета или образы**.**  
  
Релаксация может проводиться как в начале или середине занятия, так и в конце **—** с целью интеграции приобретенного в ходе занятия опыта**.**Интеграция в теле **—** релаксация, самонаблюдение, воспоминание событий и ощущений **—** является частью единого процесса**.** За ней следуют интеграция в рисунке (невербальный компонент) и в обсуждении (вербальный компонент)**.** Эти три составляющие создают необходимые условия для осознания ребенком ощущений и навыков, усвоенных в ходе занятия**.**  
  
86**.** Поставить ноги шире плеч, немного согнуть их в коленях, носки слегка развернуть внутрь**.** Руки не касаются тела, слегка округлены, опущены вниз, ладони развернуты назад**.** Спина прямая**.** Глаза закрыты**.** Сохраняя позу, максимально расслабиться, представляя, как напряжение**«**стекает**»** по телу вниз**.** Шея отдыхает, голова соответственно занимает свободное, произвольное положение, удобное для ребенка (откинута назад или к плечу, слегка опущена вниз)**.**Ч  
  
Приведем несколько возможных сценариев для релаксации продолжительностью около 5 мин**.** Дети ложатся на пол, закрывают глаза, каждый принимает одну из предложенных педагогом или просто удобную для себя позу, делает 3**—**4 цикла глубокого дыхания в индивидуальном темпе**.**  
  
87**. «**Пляж**». «**Представьте, что вы лежите на теплом песке и загораете**.** Ласково светит солнышко и согревает нас**.** Веет легкий ветерок**.** Вы отдыхаете, слушаете шум прибоя, наблюдаете за игрой волн и танцами чаек над водой**.** Прислушайтесь к своему телу**.** Почувствуйте позу, в которой вы лежите**.** Удобно ли вам? Попытайтесь изменить свою позу так, чтобы вам было максимально удобно, чтобы вы были максимально расслаблены**.** Попробуйте представить себя всего целиком и запомните возникший образ (пауза)**...** Потягиваемся, делаем глубокий вдох и выдох, открываем глаза, медленно садимся и не спеша встаем**».**  
  
88**. «**Ковер-самолет**». «**Мы ложимся на волшебный ковер-самолет**;** ковер плавно и медленно поднимается, несет нас по небу, тихонечко покачивается убаюкивая**;** ветерок нежно обдувает усталые тела, все отдыхают**...** Далеко внизу проплывают дома, поля, леса, реки и озера**...**Постепенно ковер-самолет начинает снижаться **и**приземляется в нашей комнате (пауза)**...** Потягиваемся, делаем глубокий вдох и выдох, открываем глаза, медленно садимся и аккуратно встаем**».** Для выхода из длительной (более 10 мин), глубокой релаксации, чтобы вернуться в состояние **«**здесь и сейчас**»** и подготовиться, мобилизоваться для дальнейшей работы, рекомендуется, лежа на спине, выполнить последовательно пять упражнений, каждое из которых занимает около 30 с**:**  
  
• сделать 3 **—** 5 циклов глубокого дыхания**;**  
  
• потянуться всем телом, вытягивая руки за голову и носки ног от себя**;**  
  
• поднять одно колено, перекинуть его через другую ногу и постараться достать им до пола**.** Плечи при этом должны оставаться на полу**.**Повторить движения несколько раз в каждую сторону**;**  
  
• потереть ладонь о ладонь и подошву о подошву**;**  
  
• подтянуть колени к груди и обхватить их руками**.** Прокатиться несколько раз на спине вперед-назад, раскачиваясь, как **«**корзиночка**»**(**«**качалка**»**), или перекатываясь, как **«**бревнышко**».** Само по себе это одно из лучших упражнений для позвоночника и всей спины, но делать его нужно на ровной и достаточно мягкой поверхности**.**

**5.3. Самостоятельная работа по теме:**

- разбор темы;

- отработка коррекционных методик;

- разбор пациентов, решение ситуативных задачь

**5.4. Итоговый контроль знаний:**

- ответы на вопросы по теме занятия;

- решение ситуационных задач, тестовых заданий по теме.

|  |  |
| --- | --- |
| 1. | Способность узнавать предъявляемые предметы на ощупь называется   1. тактильное восприятие 2. стереогноз 3. эмпатия 4. рефлексия 5. агнозия |
| 2. | Системные персеверации являются диагностическим признаком:   1. афазии 2. апраксии 3. агнозии 4. нарушения внимания 5. акалькулии |
| 3. | Предметная агнозия возникает при патологии:   1. передних лобных отделов мозга 2. височных отделов мозга 3. субкортикальных отделов мозга 4. затылочно-теменных отделов мозга 5. теменно-височно-затылочных отделов мозга |
| 4. | Нарушение понимания логико-грамматических конструкций возникает при афазии:   1. динамической 2. семантической 3. амнестической 4. сенсорной 5. афферентной моторной |
| 5. | «КРУГ ПЕЙПЕСА» В ОСНОВНОМ ОПИСЫВАЕТ ЦИРКУЛЯЦИЮ ЭМОЦИОНАЛЬНЫХ ПРОЦЕССОВ:   1. между теменной и височной корой 2. от зрительного анализатора к третичным полями 3. внутри лимбической системы 4. между ретикулярной формацией и лобной корой 5. все ответы не верны |

Задачи:

|  |  |
| --- | --- |
| 1. | Больная Ю., 66 лет. В прошлом работала препода-  вателем средней школы. В психиатрической больнице находится  три года без выписки. Сознание ясное. Себя называет правильно,  но при беседе обнаруживается, что больная не помнит текущей  даты, не помнит своего возраста, не помнит, сколько времени на-  ходится в больнице, не помнит, как зовут лечащего врача. Настрое-  ние хорошее. На просьбу вспомнить, чем она занималась вчера, со-  общила следующее: «Вчера с утра были занятия, проходили тему  “Пушкин и декабристы“. А затем сидела на педсовете. Хулигана  Галкина опять обсуждали». |
| 2. | Больной З., 78 лет, колхозник. В течение несколь-  ких недель находился на лечении в психиатрической больнице,  жалуется лишь на отсутствие зрения на правый глаз, где имеет-  ся помутнение роговицы. В отделении спокоен, подсаживается 43  к больнымпожилоговозраста, очем-тоснимибеседует. Вобщении  с врачом, больными вежлив, предупредителен, даже несколько сла-  щав. Приветливо здоровается, но встретив врача через несколько  минут, приветствует его снова. Часто приоткрывает дверь в каби-  нет и вежливо осведомляется, не пришел ли консультант-окулист,  через пять минут спрашивает о том же. Числа, месяца, года назвать  не может. Видя вокруг людей в белых халатах, догадывается, что  его положили в больницу, но какую, не помнит. Рассказывает, что  только вчера приехал из деревни: «Вот лошадь во дворе привязал,  сейчас ходил сена ей давал». Вернувшись после консультации из  кабинета профессора, всем рассказывает с убеждением, что про-  фессор угощал его шампанским, сердился, когда ему говорили,  что этого не было. Любит рассказывать о днях своей молодости,  помнит события прошлых лет, правильно воспроизводит события  войны, в которой принимал участие. Перечисляет имена своих де-  тей, назвать имена внуков не может, говорит каждый раз разные.  Квалифицировать нарушения памяти и синдром. |
| 3. | Больной M., 23 лет, после тяжелой травмы головы  лечился в больнице в течение 6 месяцев с нарушениями памяти.  В то время не мог воспроизвести события пятилетней давности.  Спустя год после выписки: спокоен. Охотно отвечает на вопросы.  Обнаруживает амнезию на период, предшествующий травме. Не  помнит событий после травмы, амнезировал пребывание в трав-  матологическом отделении; месяцы, проведенные в психиатриче-  ской больнице. Помнит, что к нему «иногда» приезжали родители.  Помнит хорошо день выписки. С трудом вспомнил имена врачей  и медицинского персонала. Жалуется, что у него «плохая память»  : «все приходится записывать».  Квалифицировать нарушения памяти. |
| 4. | Больной с возмущением говорил: «Ужасные без-  образия творятся в этой клинике, вчера, например, меня посадили  в клетку, а до этого заставили вылезать на улицу через окно».  Определить нарушения памяти. |
| 5. | Больная 43 лет, поступает в психиатрическую боль-  ницу с одинаковыми состояниями в четвертый раз. Настроение  повышено, многоречива, деятельна, плохо спит. Читает наизусть  стихи Блока и страницы из произведений Чехова почти без оши-  бок, можно сверять с текстом. Когда такие состояния проходят, то  стихи помнит отрывками, а прозу воспроизвести не может.  Как называются такие временные нарушения памяти? |

1. **Домашнее задание для уяснения темы занятия**

* составление плана диагностического исследования ребёнка;
* составление плана коррекционного исследования ребёнка;
* ведение протокола исследования;
* супервизия работы студента с ребёнком;
* обсуждение результатов экспериментально-психологического исследования ребёнка;
* написание заключения экспериментально-психологического исследования;
* обсуждение и коррекция заключения экспериментально-психологического исследования.
* основные принципы, определяющие формирование психичес­ких функций в теории системной динамической локализации А.Р. Лурия.
* специфика использования основных понятий нейропсихологии «функция», «локализация», «симптом», «синдром», «фактор», «синдромный анализ» в нейропсихологии детского возраста.
* функциональные блоки мозга по А.Р. Лурия. Строение, функции.
* принцип гетерохронности в морфо- и функциогенезе. Внутри­системная и межсистемная гетерохронность.
* основные принципы системогенеза.
* показатели морфологического созревания мозга. Основные за­кономерности морфологического созревания мозга.
* функциональные критерии развития мозга. Основные законо­мерности функционального созревания мозговых структур.
* морфофункциональное созревание функциональных блоков мозга в онтогенезе.
* соотношение развития и влияния среды. Теории научения. Тео­рии созревания.

1. **Рекомендованная литература по теме занятия**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| №  п/п | Наименование | Издательство | Год  выпуска |

**Обязательная**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 1. | Лурия А.Р. Высшие корковые функции человека и их нарушения при локальных поражениях мозга / А.Р. Лурия. | СПб.: Питер | 2007 |
| 2. | Семенович А.В. Нейропсихологическая диагностика и коррекция в детском возрасте. | М.: Академия | 2002 |
| 3. | Семенович, А. В. Нейропсихологическая коррекция в детском возрасте. Метод замещающего онтогенеза: учебное пособие/ А. В. Семенович. - 2-е изд. | М.: Генезис | 2008 |
| 4. | Визель Т.Г. Основы нейропсихологии: учеб. для студентов вузов Т.Г. Визель. | М.: АСТАстрель Транзиткнига | 2005 |
| 5. | Клиническая психология / под ред. Карвасарского Б.Д. | СПб.: Питер | 2010 |
| 6. | Микадзе Ю.В. Нейропсихология детского возраста: Учебное пособие. | СПб.:Питер | 2008 |

**Дополнительная**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 1. | Психология. (Лекции для студентов медицинских вузов), Творогова Н. Д. | М.: ГОУ ВУНМЦ РФ | 2002 |
| 2. | Клиническая психология / под ред. М.Перре , У.Бауманна | СПб.: Питер | 2007 |
| 3. | Корсакова Н. К., Московичюте Л. И. Клиническая нейропсихология. | М.: МГУ | 1988 |

**Электронные ресурсы**

|  |  |
| --- | --- |
| 1. | ИБС КрасГМУ |
| 2. | БМ МедАрт |
| 3. | БД Ebsco |

Государственное бюджетное образовательное учреждение высшего профессионального образования «Красноярский государственный медицинский университет имени профессора В.Ф. Войно-Ясенецкого»

Министерства здравоохранения Российской Федерации

ГБОУ ВПО КрасГМУ им. проф. В.Ф. Войно-Ясенецкого Минздрава России

Кафедра нервных болезней с курсом медицинской реабилитации ПО

**МЕТОДИЧЕСКИЕ УКАЗАНИЯ**

**ДЛЯ ОБУЧАЮЩИХСЯ**

**по дисциплине «Спецпрактикум по коррекционно-развивающему обучению с супервизией»**

**для специальности** 030401 Клиническая психология (очно-заочная форма обучения)

**К СЕМИНАРСКОМУ** **ЗАНЯТИЮ № 25**

**ТЕМА:** **«Оптимизация функционального статуса глубинных образований мозга».**

Утверждены на кафедральном заседании протокол .

Заведующий кафедрой

Доктор медицинских наук, профессор Прокопенко С.В.

Составители: доктор медицинских наук, профессор Прокопенко С.В.

кандидат медицинских наук, доцент Харламова Г.В.

кандидат медицинских наук, ассистент Можейко Е.Ю.

доктор медицинских наук, профессор Похабов Д.В.

доктор медицинских наук, профессор Народова В.В.

кандидат медицинских наук, доцент Дроздова Л.Н.

доктор медицинских наук, профессор Колесникова И.В.

ассистент Швецова И.Н.

Красноярск

2013г.

**1. Занятие №25**

**Тема:** «**Оптимизация функционального статуса глубинных образований мозга**».

**2. Форма организации занятия:** семинар – в интерактивной форме в виде дебатов.

**3. Значение изучения темы:**

В клиническойпрактике нейропсихологический метод занимает особое место в ряду научных дисциплин, обращенных к проблеме онтогенеза в норме и патологии. Только он позволяет оценить и описать те системно-динамические перестройки, которые сопровождают психическое развитие ребенка с точки зрения его мозгового обеспечения. Но описать — это значит понять. Понять глубинные механизмы его психического статуса и спланировать адекватную онтогенезу именно этого, конкретного ребенка программу психолого-педагогического сопровождения.

**4. Цели обучения:** освоения учебной дисциплины «Спецпрактикум по коррекционно-развивающему обучению с супервизией» состоит в овладении знаниями психологической диагностики заболеваний, психологической помощи и восстановлению психических функций.

**Студент должен знать**:

* закономерности формирования мозговой организации психических процессов, специфику детского мозга, строение, состав мозговых зон, вовлекаемых в работу нейрофизиологических функциональных систем;
* специфику нейропсихологического исследования детей и возможности использования их как в клинической практике, так и психолого-педагогической деятельности.

**Студент должен уметь:**

* применять полученные знания при решении психолого-педагогических задач;
* квалифицировать затруднения, возникающие у детей в ходе учебной деятельности и прогнозировать успешность ребенка в различных видах деятельности, в том числе и обучении, на основе нейропсихологического анализа;
* организовывать нейропсихологическое обследование, коррекцию детей дошкольного и младшего школьного возраста.

**Студент должен владеть:**

* категориальным аппаратом нейропсихологии детского возраста;
* навыками организации нейропсихологической диагностики, коррекции и реабилитации в детском возрасте.

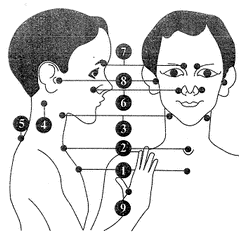
**5. План изучения темы:**

**5.1. Контроль исходного уровня знаний.**

Тесты:

|  |  |
| --- | --- |
| 1. | УКАЖИТЕ ОСНОВНЫЕ ВЕКТОРЫ КОРТИКАЛИЗАЦИИ ПСИХИЧЕСКИХ ФУНКЦИЙ В НОРМАЛЬНОМ ОНТОГЕНЕЗЕ РЕБЁНКА:   1. сверху вниз (от коры к подкорке), слева направо (от левого к правому полушарию) 2. спереди назад (от передних к задним отделам мозга) 3. снизу вверх, справа налево, сзади наперёд 4. снизу вверх, слева направо, спереди назад 5. сверху вниз, справа налево, спереди назад |
| 2. | ПО НЕЙРОБИОЛОГИЧЕСКИМ ЗАКОНАМ ГОЛОВНОЙ МОЗГ ЧЕЛОВЕКА ЗАВЕРШАЕТ СВОЁ ИНТЕНСИВНОЕ РАЗВИТИЕ:   1. к 21 году жизни 2. к 15 месяцам жизни 3. к 2 годам жизни 4. к 9 годам жизни 5. к 5 годам жизни |
| 3. | ИНТЕНСИВНЫЙ РОСТ ЛОБНЫХ ДОЛЕЙ МОЗГА В НОРМЕ НАЧИНАЕТСЯ:   1. не ранее 2 лет 2. не ранее 8 месяцев 3. не ранее 8 лет 4. не ранее 12 лет 5. все ответы не верны |
| 4. | ЗОНА БЛИЖАЙШЕГО РАЗВИТИЯ – ЭТО   1. ближайший к текущей дате возрастной период 2. то, что может ребёнок с помощью взрослого 3. уровень достигнутого интеллектуального развития; 4. критерий учебной успеваемости; 5. все ответы не верны. |
| 5. | ТЕРМИН «ГЕТЕРОХРОННОСТЬ» В НЕЙРОПСИХОЛОГИИ ОБОЗНАЧАЕТ:   1. трудности формирования гностических функций 2. не одновременность развития функций 3. патологию со стороны двигательного аппарата 4. различия в результатах нейропсихологического тестирования 5. замедление психического развития |

**5.2 Основные положения и понятия темы**

**ДЫХАТЕЛЬНЫЕ УПРАЖНЕНИЯ**  
  
В начале курса 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 непроизвольно**.**  
  
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 стато-кинетического 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**—** 5раз**.**  
  
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 является продолжением воздушного потока, идущего от диафрагмы**.** Необходимо следить за тем, чтобы не было напряжения в верхней части грудной клетки и j шее**.** При ощущении напряжения следует, расслабившись, медленно покачать головой вправо-влево, вперед-назад, по кругу**.**  
  
4**. «**Шарик**».** Повышение эффективности выполнения дыхательных упражнений достигается благодаря использованию образного представления, подключения воображения, так хорошо развитого у детей**.** Например, возможен образ желтого или оранжевого теплого шарика, расположенного в животе (соответственно надувающегося и сдувающегося в ритме дыхания)**.** Ребенку также предлагается вокализировать на выдохе, пропевая отдельные звуки (а, о, у, ш, х) и их сочетания (з переходит в с, о **—** в у, ш **—** в щ, хи и т**.**п**.**)**.**  
  
5**. «**Ветер**».** На медленном выдохе пальцем или всей ладонью прерывать воздушную струю так, чтобы получился звук ветра, клич индейца, свист птицы.  
  
6**.** Сесть или встать прямо**.** Сделать медленный вдох через нос и медленный**!** выдох через узкое отверстие, образованное губами, на свечу (перышко, воздушный шарик), которая стоит перед ребенком**.** Голову вперед не тянуть**.** Пламя должно плавно отклониться по ходу воздушной струи**.** Затем немного отодвинуть свечу и повторить упражнение**;** еще больше увеличить расстояние и т.д. Обратите внимание ребенка на то, что при удалении свечи мышцы живота будут все более напряженными**.**  
  
После усвоения ребенком этих навыков можно переходить к упражнениям, в которых дыхание согласуется с движением**.** Они выполняются на фазе вдоха и выдоха, во время пауз удерживается поза**.**  
  
7**.** Исходное положение (и**.** и**.**) **—** лежа на спине**.** По инструкции ребенок медленно поднимает одну руку (правую, левую)**;** ногу**;** затем две конечности одновременно на вдохе и удерживает в поднятом положении во время паузы**;** медленно опускает на выдохе**;** расслабляется во время паузы**.** После этого У**.** выполняется лежа на животе**.**  
  
8**.** И**.** п**. —** сесть на пол, скрестив ноги, спина прямая (**!**)**.** Поднимать руки вверх над головой с вдохом и опускать вниз, на пол перед собой, с выдохом, немного сгибаясь при этом**.** Это упражнение хорошо тем, что оно автоматически заставляет ребенка дышать правильно, у него просто нет другой возможности**.**  
  
9**.** И**.** п**.** то же либо встать на колени и сесть на пятки, ноги вместе**.** Прямые руки расставлены в стороны параллельно полу**.** Кисти сжаты в кулаки, кроме больших пальцев, вытянутых вовне**.** Со вдохом поворачивать руки большими пальцами вверх**;** с выдохом **—** вниз**.** Вариант**:** руки вытянуты вперед, и большие пальцы поворачиваются в такт дыханию налево и направо**.**  
  
10**.** И**.**п**.** то же**.** Прямые руки вытянуты вперед или в стороны на уровне плеч, ладони смотрят вниз**.** Со вдохом поднять левую кисть вверх, одновременно опуская правую вниз (движение только в лучезапястном суставе)**.** С выдохом левая кисть идет вниз, правая **—** вверх**.**  
  
11**.** И**.** п**.** то же**.** Дыхание**:** только через левую, а потом только через правую ноздрю**.** При этом правую ноздрю закрывают большим пальцем правой руки, а левую **—** мизинцем правой руки**.** Дыхание медленное, глубокое**.** Как утверждают специалисты в области восточных оздоровительных практик, в первом случае активизируется работа правого полушария головного мозга, что способствует успокоению и релаксации**.** Дыхание же через правую ноздрю активизирует работу левого полушария головного мозга, повышая рациональный (познавательный) потенциал**.**  
  
12**.** И**.** п**. —** встать, ноги на ширине плеч, руки опущены, ладони обращены вперед**.** На быстром вдохе руки притягиваются к подмышкам ладонями вверх**.** На медленном выдохе **—** опускаются вдоль тела ладонями вниз**.** Такой тип дыхания оказывает мощное мобилизующее действие, быстро снимает психоэмоциональное напряжение**.**  
  
13**.** И**.** п**.** то же**.** На медленном вдохе руки плавно разводятся в стороны и поднимаются вверх (или в стороны и к груди) **— «**притягивающее движение**».** На выдохе **— «**отталкивающее движение**» —** опускаются вдоль тела ладонями вниз**.** Это упражнение гармонично сочетается с представлением о втягивании в себя солнечного света и тепла, распространении его сверху вниз по всему телу**.**  
  
14**.** И**.** п**. —** встать, ноги вместе, руки опущены**.** На вдохе медленно поднять расслабленные руки вверх, постепенно **«**растягивая**»** все тело (не отрывать пятки от пола)**;** задержать дыхание**.** На выдохе постепенно расслабляя тело, опустить руки и согнуться в пояснице**;** задержать дыхание**.**Вернуться в и**.** п**.**  
  
15**.** И**.** п**. —** встать, ноги на ширине плеч, руки сжаты в кулаки, большие пальцы внутри ладоней, кулаки прижаты к низу живота**.** На медленном вдохе, поднять кулаки над плечами, сохраняя локти слегка согнутыми, и прогнуться в спине, разводя плечи и запрокидывая голову**;** вытянуться вверх, распрямляя руки и поднимаясь на носки (представьте, что вы только что проснулись и сладко потягиваетесь)**.** Зафиксировать эту позу, задержать дыхание**.** На выдохе руки вниз, пытаясь **«**достать**»** пальчиками до пола**.**  
  
16**.** Ребенок кладет одну руку на грудь или живот и акцентирует внимание на том, как на вдохе рука поднимается, а на выдохе **—** опускается**.**Затем в такт с дыханием другой рукой он показывает, как дышит (на вдохе рука поднимается до уровня груди, а на выдохе **—** опускается)**.** Далее ребенок должен плавно и медленно поднимать и опускать руку или обе руки одновременно в такт дыханию, но уже на определенный счет (на 8, на 12)**.**  
  
В процессе последующей коррекции отработанные и закрепленные (автоматизированные) дыхательные упражнения сочетаются с любым из описываемых ниже заданий, что требует дополнительного внимания со стороны специалиста**.**  
  
**Глава 2. МАССАЖ И САМОМАССАЖ**  
  
Обучение ребенка самомассажу рекомендуется проводить в несколько этапов**.** Сначала взрослый массирует его тело 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**.**  
  
17**. «**Волшебные точки**».** Массаж **«**волшебных точек**»** повышает сопротивляемость организма, способствует улучшению обменных процессов, лимфо- и кровообращения**.** Безусловно, методы акупунктуры гораздо обширнее, и овладе**ние**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**.** На рис**.** 1 даны точки, которые следует массировать последовательно**.**  
  
Приемы этого массажа легко освоить взрослым, а затем научить детей**.** Macсаж **«**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 восстановление 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 вестибулярного аппарата**.** Эту точку 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**;**  
  
  
  
  
Рис**.**1  
  
точка 6 **—** массаж этой точки улучшает кровоснабжение слизистых оболочек носа и гайморовой полости**.** Нос очищается, насморк проходит**;**  
  
точка 7 улучшается 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**.**  
  
18**.** Ребенок располагает свои ладони перпендикулярно друг другу и производит резкие хлопки (5**—**10 хлопков с интервалом около 1 с)**;** местами соприкосновения становятся углубления между запястьем и нижней частью ладони**.** Затем упражнение повторяется, но местами соприкосновения становятся внешние стороны запястья**.**  
  
19**.** Руки вытянуты вперед, кисти сжаты в кулаки**;** резкие удары выполняются сначала кулаками, обращенными вверх, а затем **—** вниз**;** во время удара должно происходить полное совмещение боковых поверхностей сжатых кулаков**.**  
  
После этих стимулирующих упражнений можно переходить к массажу и самомассажу различных частей тела**.**  
  
20**. «**Мытье головы**».** А**.** Пальцы слегка расставить и немного согнуть в суставах**.** Кончиками пальцев массировать голову в направлении**:** 1) ото лба к макушке, 2) ото лба до затылка и 3) от ушей к шее**.**  
  
Б**.** Пальцы слегка согнуты, поверхность ногтей и первые фаланги плотно соприкасаются с поверхностью головы за ушами**;** массаж производится ребенком обеими руками навстречу друг другу от ушей к макушке**.**  
  
21**. «**Обезьяна расчесывается**».** Правая рука массирует пальцами голову от левого виска к правой части затылка и обратно**.** Затем левая рука **—** от правого виска к левой части затылка**.** В более сложном варианте руки перекрещиваются у линии роста волос (большие пальцы **—** по средней линии**!**)**;** в такой позе ребенок интенсивно массирует голову ото лба к шее и обратно**.**  
  
22**. «**Ушки**».** Уши растираются ладонями, как будто они замерзли**;** разминаются три раза сверху вниз (по вертикали)**;** возвратно-поступательным движением растираются в другом направлении (по горизонтали) (пальцы, исключая большие, соединены и направлены к затылку, локти вперед)**.**  
  
Затем уши закрыть ладонями, а пальцы приложить к затылку, сблизив их**.** Указательными пальцами слегка постукивать по затылку до трех раз**.**Это упражнение тонизирует кору головного мозга, уменьшает ощущение шума в ушах, головную боль, головокружение**.**  
  
23**. «**Глазки отдыхают**».** Закрыть глаза**.** Межфаланговыми суставами больших пальцев сделать 3 **—** 5 массирующих движений по векам от внутренних к наружным уголкам глаз**;** повторить то же движение под глазами**.** После этого помассировать брови от переносицы к вискам**.**  
  
24**. «**Веселые носики**».** Потереть область носа пальцами,затем ладонями до появления чувства тепла**.** Повращать кончик носа вправо и влево 3**—** 5 раз**.** После этого проделать 3 **—** 5 поглаживающих вращательных движений указательными пальцами обеих рук вдоль носа, сверху вниз с обеих сторон**.** Это упражнение предохраняет от насморка, улучшает кровообращение верхних дыхательных путей**.**  
  
25**.** Покусывание и **«**почесывание**»** губ зубами**;** то же **—** языка зубами от самого кончика до середины языка**.** Интенсивное **«**хлопанье**»** губами и растирание губами друг друга в различных направлениях**.**  
  
26**. «**Рыбки**».** Рот немного приоткрыт**.** Взять пальцами правой руки верхнюю губу, а левой **—** нижнюю**.** Выполнять одновременные и разнонаправленные движения рук, растягивая губы вверх, вниз, вправо, влево**.** Закрыть рот, взять руками обе губы и вытягивать их, массируя, вперед**.**  
  
27**. «**Расслабленное лицо**».** Руками проводить по лицу сверху вниз, слегка нажимая как при умывании (3 **—** 5 раз)**.** Затем тыльной стороной ладони и пальцев рук мягкими движениями провести от подбородка к вискам**; «**разгладить**»** лоб от центра к вискам**.**  
  
28**. «**Гибкая шея, свободные плечи**».** Массировать шею сзади (сверху вниз) двумя руками**:** поглаживающие, похлопывающие, пощипывающие, растирающие, спиралевидные движения**.**  
  
Аналогично**:** а) правой рукой массировать левое плечо в направлении от шеи к плечевому суставу, затем левой рукой **—** правое плечо**;** б) правой рукой взяться за левое плечо и сделать 5 **—** 10 вращательных движений по часовой стрелке и против нее**;** то же **—** левой рукой, затем обеими руками одновременно**.**  
  
29**. «**Сова**».** Поднять вверх правое плечо и повернуть голову вправо, одновременно делая глубокий вдох**;** левой рукой захватить правую надкостную мышцу и на выдохе опустить плечо**.** Разминайте захваченную мышцу, выполняя глубокое дыхание и глядя как можно дальше за спину**.** То же **—** с левым плечом правой рукой**.**  
  
30**. «**Теплые ручки**».** Поднять правую руку вверх, двигая ею в разных направлениях**.** Левая рука при этом придерживает плечо (предплечье) правой руки оказывая сопротивление ее движению и одновременно массируя ее**.** Затем руки меняются**.**  
  
Растирание и разминка пальцев рук и всей кисти от кончиков пальцев к основанию и обратно**;** особое внимание следует уделить большим пальцам**.** Имитация **«**силового**»** мытья, растирания и пожатия рук**.**  
  
31**. «**Домик**».** Сложить пальцы **«**домиком**»** перед грудью и надавливать ими друг на друга сначала одновременно, затем отдельно каждой парой пальцев**.**  
  
32**. «**Качалка**»** на спине и животе и **«**Бревнышко**»**, которые подробно будут описаны в § 1 главы 3 **—** **«**Растяжки**»**, являются прекрасным массажем для позвоночника, спинных и брюшных мышц, внутренних органов**.**  
  
33**. «**Теплые ножки**».** Сидя, энергично растереть (разминать, пощипывать) правой рукой подошву, пальцы и тыльную сторону стопы у межпальцевых промежутков левой ноги, то же **—** левой рукой со стопой правой ноги**.** После этого потереть (побарабанить) стопы друг об друга, а также о пол**.**  
  
Полезно также поглаживание стоп и пальцев ног тыльной стороной кисти и пальцев**;** растирание, разминание их и давление на них кончиками пальцев и большим пальцем, косточками пальцев сжатой в кулак кисти, краем ладони и т**.**д**.**  
  
Эти упражнения оказывают активизирующее и заземляющее действие на организм, а также укрепляют мышцы и связки свода стопы, снимают усталость, предотвращают плоскостопие**;** их полезно также использовать при простуде и головных болях**.** Хорошим подкреплением к ним является хождение босиком по гальке, фасоли, любым неровным поверхностям (массажные коврики и шлепанцы, тренажеры)**.**  
  
**Глава 3. РАБОТА С МЫШЕЧНЫМИ ДИСТОНИЯМИ, ПАТОЛОГИЧЕСКИМИ РИГИДНЫМИ ТЕЛЕСНЫМИ УСТАНОВКАМИ И СИНКИНЕЗИЯМИ**  
  
**§ 1. Оптимизация и стабилизация общего тонуса тела. Растяжки. Релаксация**  
  
Оптимизация тонуса является одной из самых важных задач коррекции Г уровня**.** Любое отклонение от оптимального тонуса (гипо- или гипертонус) может являться как причиной, так и следствием возникших изменений в соматическом, эмоциональном, познавательном статусе ребенка и негативно сказываться на общем его развитии**.**  
  
В ходе занятий психолог должен подойти к каждому ребенку и проверить, полностью ли расслаблено его тело, указать места зажимов, показать, как можно их **«**сбросить**».** Необходимо, например, показать на его собственном теле разницу между выполнением команды **«**опустить кисти**»** и**«**руки сломались в кистях**»** (расслабление кистей достигается только во втором случае)**.**  
  
После выполнения каждого упражнения проводится совместное обсуждение в кругу детей с получением обратной связи от каждого ребенка по принципу **«**Мое тело может быть**...».**  
  
**Оптимизация и стабилизация общего тонуса тела**  
  
34**.** Ребенок ложится на спину (или стоит, сидит)**.** Его просят закрыть глаза и сосредоточиться только на своем теле**;** выполнить 3 **—** 4 цикла глубокого дыхания в индивидуальном темпе**.** Затем ему надо напрячь все тело как можно сильнее, через несколько секунд напряжение сбросить, расслабиться**;** проделать то же самое с каждой частью тела (психолог называет поочередно части тела, останавливаясь на каждой в отдельности,**—** правая рука, шея, спина, живот, поясница, правая нога и т**.**д**.**)**.** По позе ребенка и **«**волне**»** его дыхания можно легко определить **«**зажатые**»**места**.**  
  
Ребенка просят **«**прислушаться**»** к своему телу и при необходимости дополнительно поработать с напряженными участками тела и локальными зажимами (см**.** главу 2 **— «**Массаж**»;** § 1, глава 3 **— «**Растяжки**»**)**.**  
  
35**. «**Силач**».** Выполнить контрастное напряжение и расслабление плечевого пояса, рук и ног, представляя, что вы**:** держите в руках (ногой, на плече) тяжелые гири**;** поднимаете над головой тяжелую корзину с яблоками**;** отжимаете штангу**;** удерживаете ногой закрывающуюся дверь, раздвигаете руками тесно переплетенные ветви деревьев в лесной чаще**.**  
  
36**. «**Весы**».** Предложите ребенку представить, что его ладони **—** чашечки весов, держащие груз**.** При необходимости реально нагрузить **«**весы**»**, надавливая собственной рукой или кладя на них какой-либо **«**груз**».**  
  
Встать, поставив руки перед грудью ладонями вверх, пальцы направлены навстречу друг другу, локти в стороны**.** Сделать длинный вдох через нос, задержать дыхание**. «**Уравновесить**»** чашечки весов**.**  
  
Медленно вытянуть одну руку над головой, поворачивая кисть, посмотреть на нее**.** Другую руку опустить вниз, держа кисть горизонтально, ладонью вниз, повернув пальцы от себя**.** С силой вытянуть ее**:** на этой чашечке весов лежит груз**.** Медленно выдохнуть, расслабиться**.** Повторить упражнение, изменив положение рук**.** Аналогичное упражнение можно выполнять лежа, весами при этом становятся ноги**.**  
  
37**. «**Травинка на ветру**».** Ребенок изображает всем телом травинку (сесть на пятки, руки вытянуть вверх, сделать вдох)**.** Начинает дуть ветер, и травинка наклоняется до земли (выдыхая, наклонить туловище вперед, пока грудь не коснется бедер**;** руки при этом вытягиваются вперед, ладони на полу**;** не меняя положения туловища, потянуть руки по полу еще дальше вперед)**.** Ветер стихает, травинка выпрямляется и тянется к солнышку (на вдохе вернуться в исходное положение, потянуться вверх)**.**  
  
38**.** По этому же принципу строится упражнение **«**Раскачивающееся дерево**»** (корни **—** ноги, ствол **—** туловище, крона **—** руки и голова), которое может выполняться как сидя, так и стоя**.** Важно, чтобы каждый ребенок представил себя **«**своим**»** деревом**:** ведь ель, береза и ива совсем по-разному реагируют на ветерок, начало бури и ураган**.**  
  
39**. «**Парусник**».** Ребенок изображает лодку с парусом**:** встать на колени, носочки оттянуты, пальцы ног касаются друг друга, пятки несколько разведены**;** сесть на пятки или между ними, пальцы рук сплести в замок за спиной, зафиксировать под ногами или на пятках**.**  
  
Подул ветер, и парус расправился, надулся (на вдохе, не расцепляя рук**,**выпятить грудь, свести лопатки, голову откинуть назад)**.** Ветер утих, и парус **«**сник**»** (на выдохе голову опустить как можно ниже, спина становится круглой)**. .** **.** Вернуться в и**.** п**.**  
  
40**. «**Дракон**».** Ребенок изображает дракона, облетающего дозором свои владения**:** ноги на ширине плеч, слегка согнуты в коленях, пружинят в такт с руками-крыльями**.** Затем он приземляется на остров и начинает **«**размешивать**»!** хвостом море**.**  
  
41**. «**Насос и надувная кукла**».** Ребенок **—** надувная кукла, из которой выпущен воздух, лежит совершенно расслабленно на полу**.** Психолог (или другой ребенок) накачивает **куклу**воздухом с помощью насоса**:** ритмично наклоняясь вперед и произнося звук **«**с-с-с**»** на выдохе**.** Кукла постепенно наполняется воздухом, ее части распрямляются, выравниваются**.** Наконец кукла надута**.** Дальнейшее накачивание воздухом опасно**—** кукла сильно напряглась и может лопнуть**.** Время окончания надувания определяется по состоянию напряжения тела куклы**.** После этого из нее вынимают насос, кукла постепенно **«**сдувается**»** и **«**опадает**».** Это прекрасное упражнение на расслабление **—** напряжение, а также первый опыт парного взаимодействия на уровне ощущения определенных свойств тела другого человека**.**  
  
42**. «**Смазка**».** Дети стоят в кругу**.** Им предлагается представить свое тело в виде любого механизма, который нуждается в смазке**: «**Я ввожу масло в твой указательный палец, чтобы смазать им все суставы твоего тела**.** Сосредоточься, чтобы ни один участок не остался без смазки**;** ведь я не вижу, все ли я делаю правильно**:** подсказывай мне своим телом**».**  
  
43**. «**Двигательный репертуар**».** Детям предлагается свободно двигаться по комнате, не касаясь друг друга, самыми разнообразными способами, сосредоточившись на ощущениях, возникающих в теле**.** Они могут передвигаться с разной скоростью**:** медленно, максимально быстро (медленно), чуть медленнее и т**.**п**.;** с различным уровнем напряжения (максимально напряженно, чередуя напряжение и расслабление разных групп мышц, максимально расслабленно)**.** В ходе этого процесса их просят вспомнить и воспроизвести (телом) различные ощущения**:** холод, жара, вкусная еда, неприятные запахи, сильный ветер в спину и т**.** п**.**  
  
Эти и следующие упражнения направлены на расширение диапазона движений по следующим параметрам**:** быстрые **—**медленные**;** мягкие**—**жесткие**;** сильные**—**слабые**;** тяжелые**—**легкие**;** непрерывные **—**отрывистые**;** свободные **—**с сопротивлением**.**  
  
44**. «**Огонь и лед**».** И**.** п**. —** стоя в кругу**.** По команде**: «**огонь**»** дети начинают интенсивные движения всем телом**.** Плавность и степень интенсивности движений каждый ребенок выбирает произвольно**.** По команде **«**лед**»** дети застывают в позе, в которой их застигла команда, напрягая до предела все тело**.** Психолог несколько раз чередует обе команды, меняя время выполнения той и другой**.**  
  
45**.** Аналогичны упражнения со сменой ролей**. «**Рыбки и водоросли**»:** плавные, легкие движения водорослей **—** на месте и рыб **—** с передвижением в воде**. «**Облако и камень**»:** движения тяжелые, законченные **—** образ камня и легкие, плавные, непрерывные, связанные с представлением об облаке**.**  
  
46**. «**Страна кукол**».** Психолог**: «**Когда-нибудь все люди вырастают и забывают, что были детьми**.** Игрушки, которые мы так любили в детстве, не исчезают бесследно**.** Они просто уходят в свою страну, куда мы сегодня и отправляемся, став ненадолго разными куклами**».**  
  
**«**Свободная кукла**»:** индивидуальный танец в том образе, который выберет ребенок**. «**Гуттаперчевая кукла**»:** движения мягкие, плавные**;**полностью расслабленное тело (тело без костей)**. «**Пластмассовая кукла**»:** напряженное тело, законченные движения**. «**Марионетка**»:** кукла, которую кукловод **—** психолог или другой ребенок **—** приводит в движение при помощи нитей, привязанных к различным частям ее тела**.** Это упражнение направлено на осознавание центров движения**.**  
  
Упражнение **«**Подвески**»** сложнее**:** детям предлагается представить, что они куклы-марионетки, которые после выступления подвешены на гвоздиках в шкафу (за руку, за палец, за воротник, за плечо и т**.**д**.**), т**.**е**.** их тело фиксировано в одной точке, все остальное расслаблено болтается**.**  
  
47**. «**Росток**».** И**.**п**. —** на корточках по кругу**;** голову нагнуть к коленям, обхватив их руками**.** Психолог**: «**Представь себе, что ты маленький росток, только что показавшийся из земли**;** он растет, постепенно выпрямляясь, раскрываясь и устремляясь вверх**.** Я буду помогать тебе **«**расти**».**Называется часть тела, которая активизируется в данный момент при абсолютной пассивности других**. «**Один**» —** медленно выпрямляются ноги**; «**два**» —** ноги продолжают **«**расти**»**, постепенно оживают руки, но пока висят, как **«**тряпочки**»; «**три**» —** осторожно выпрямляется позвоночник (от поясницы к плечам)**; «**четыре**» —** выпрямляются плечи, шея и голова**; «**пять**» —** руки поднимаются вверх, ребенок смотрит на солнышко, тянется к нему**.** Усложняя задачу, психолог может увеличивать этапы **«**роста**»** до 10 **—** 20**.**  
  
48**. «**Репка**».** Дети садятся на корточки, колени **—** в стороны, плотно сомкнутые в ладонях руки упираются в пол между ногами**.** Из этого положения **«**репка**»** медленно растет до полного выпрямления ног**.** Затем сомкнутые ладони медленно поднимаются до уровня груди, разворачиваются пальцами вверх и поднимаются несколько выше головы**.** Там ладони размыкаются и разводятся в стороны**; «**репка**»** выросла, ее листья (ладони) ловят солнышко**.**  
  
49**. «**Потянулись **—** сломались**».** Руки и все тело ребенка устремлены вверх (пятки от пола не отрывать)**.** Психолог**: «**Тянемся, тянемся вверх, выше и выше**...** Мысленно отрываем пятки от пола, чтобы стать еще выше (реально пятки на полу)**...** А теперь наши кисти как бы сломались (хлопок), безвольно повисли**.** Теперь руки сломались в локтях (хлопок), в плечах (хлопок), упали**.** Повисла голова (хлопок), вы сломались в талии (хлопок), подогнулись колени (хлопок), опустились (упали) на пол**...** Лежим расслабленно, безвольно, удобно**...** Прислушайтесь к себе**.** Осталось ли где-нибудь напряжение? Сбросили его**».**  
  
**Растяжки**  
  
Растяжки **—** система специальных упражнений на растягивание, основанных на естественном движении**.** При их выполнении в мышцах должно быть ощущение мягкого растяжения, но не напряжения**.** Выполнение растяжек способствует преодолению разного рода мышечных дистоний, зажимов и патологических ригидных телесных установок**;** оптимизации мышечного тонуса и повышению уровня психической активности**.** Когда психолог, помогая ребенку, делает ему растяжки, необходимо вообразить, что растяжки делаются котенку**;** они должны проводиться в щадящем режиме, медленно и плавно**.**  
  
**Упражнения лежа на спине**  
  
50**.** Лечь на спину, ноги согнуты в коленях, одна рука лежит на солнечном**»** сплетении, другая **—** на пупке**.** На вдохе прогибаем спину, опираясь на плечи и копчик**;** на выдохе **—** возврат в и**.** п**.** Руки надавливают вниз, помогая пояснице коснуться пола**.**  
  
51**.** Руки за головой, ноги согнуты в коленях**.** На вдохе прогибаем спину с опорой на плечи и копчик, на выдохе поясничный отдел позвоночника опускается, а голова и плечи приподнимаются так, чтобы ребенок мог увидеть свои колени**.**  
  
52**.** Ноги согнуты в коленях, одна рука лежит вдоль тела, а ладонь другой **—** под головой**.** На вдохе спина прогибается вверх с опорой на плечи и копчик, на выдохе локоть руки, которая находится под головой, касается противоположного (или одноименного) колена, при этом поднимается верхняя часть туловища и подтягивается колено**.**  
  
53**.** Согнутые в коленях ноги стоят на полу, руки сложены лодочкой и вытянуты вверх**.** Сложенные руки кладем на пол с одной стороны от тела (при этом рука сверху **«**ползет**»** по другой руке), а колени **—** с другой стороны**.** Переводим руки и колени одновременно в противоположные стороны**.**  
  
54**.** Привести колени к груди, руки обхватывают голени, нос дотягивается до коленей**.**  
  
55**. «**Качалка**».** Обхватить колени руками**.** Качаться на спине, прокатываясь всеми позвонками по полу**.** Другой вариант **—** перекаты то на правый, то на левый бок**.** По команде взрослого ребенок замирает на каком-либо боку**.**  
  
56**. «**Бревнышко**».** Поднять руки за голову, кисти соединены, пальцы **«**смотрят**»** вверх**;** ноги вместе**.** Вытянуться всем телом и несколько раз перекатиться направо, затем налево, как **«**бревнышко**».**  
  
57**.** Ползание на спине**:** при помощи рук и ног**;** только рук**;** только ног (одновременные и попеременные движения правой и левой конечностями)**.**  
  
58**. «**Струночка**».** Ребенок должен почувствовать пол головой, шеей, спиной, плечами, руками, ягодицами и ногами, а затем **—** описать свои ощущения**.** Например, пол может быть твердым, мягким, холодным, гладким, бугристым**;** шее или ногам неудобно и т**.**д**.**  
  
Вытянуть руки за голову, кисти соединены, пальцы **«**смотрят**»** вверх**;** ноги вместе, носки оттянуты**.** Подбородок опустить на грудь так, чтобы задняя сторона шеи приблизилась (прижалась) к полу**.** В этом положении важно, чтобы ребенок почувствовал опору тела (ощущение, что пол держит, что он лежит на полу), а затем расслабился**.**  
  
Психолог берет одну руку ребенка и немного растягивает ее (другая лежит расслабленно), затем другую**.** То же **—** с ногами**.** После этого ребенок выполняет растяжки самостоятельно**.**  
  
59**. «**Линейные растяжки**».** Ребенок (сначала с вашей помощью) растягивает все тело, потягиваясь одновременно двумя руками и ногами**;** затем**—** только правой стороной тела (рука, бок, нога), потом **—** только левой**.** Спина при этом не должна напрягаться и выгибаться**.** На выдохе **—**расслабление**.** Спросите его о том, вытянулись ли его спина, руки и ноги**.**  
  
60**. «**Звезда**».** Ребенок ложится в позу **«**звезды**» —** слегка разведя руки и ноги, а затем выполняет растяжки аналогично предыдущим, но не линейные, а диагональные**.** Оттягивается пятка правой ноги и левая рука по диагонали, при этом левая нога и правая рука расслаблены**.**Расслабиться на выдохе**.** Затем то же выполняется по другой диагонали**.**  
  
Растяжки **«**Струночка**»** и **«**Звезда**»** нужно делать не только на спине, но и на животе**.**  
  
**Упражнения лежа на животе**  
  
61**. «**Лодочка**».** Вытянуться всем телом**.** Ребенок по инструкции психолога поднимает прямую руку (ногу)**;** обе руки (ноги)**;** одноименные и разноименные руку и ногу**.** Затем вместе с конечностями поднимаются и опускаются голова и глаза**.**  
  
62**. «**Кобра**».** Ладони упираются в пол на уровне плеч**. «**На вдохе как кобра, медленно поднимите голову, постепенно выпрямляя руки и приоткрывая рот, приподнимите верхнюю часть туловища, прогните спину**.** Ягодицы и ноги при этом должны быть расслаблены и лежать на полу**».** На выдохе **—** медленный возврат в и**.** п**.** и расслабление**.**  
  
63**.** И**.**п**. —** упор лежа**.** Поднять бедра и таз как можно выше, опираясь на стопы и ладони, пока верхняя и нижняя части туловища не составят букву **«**Л**».** Вес тела должен быть равномерно распределен между стопами и кистями рук, пятки **—** на полу, ноги прямые, смотреть вперед**.** Дети пробуют двигаться в такой позе (вперед, назад, вправо, влево), при этом пыхтя и громко топая**.**  
  
64**. «**Гусеница**».** Руки согнуты в локтях, ладони упираются в пол на уровне плеч**;** выпрямляя руки и поднимая таз, дети выгибают туловище вверх**.** Ноги **«**подходят**»** к рукам, затем руки продвигаются вперед, снова ноги шагают к рукам и т**.**д**.** Во время движения ладони рук и подошвы ног не отрывать от пола**.**  
  
65**. «**Корзиночка**».** Схватить руками согнутые в коленях ноги за голеностопные суставы**.** Качаться на животе вперед-назад, направо-налево**.** По команде ребенок замирает на каком-либо боку**.**  
  
66**. «**Кошка**».** Из положения лежа встать на четвереньки, опираясь на колени и ладони**;** бедра и руки перпендикулярны полу**.** С вдохом отвести голову назад и прогнуть позвоночник вниз**.** С выдохом зашипеть**;** подбородок **—** к груди, спина выгибается вверх**.**  
  
67**.** Ползать и ходить на четвереньках, изображая, как двигаются различные животные, издавая характерные для них звуки (змея, крокодил, собака, ящерица, пантера и т**.**д**.**)**.**  
  
68**.** Ползание на животе**:** при помощи рук и ног**;** только рук или ног (одновременные и попеременные движения правой и левой конечностями)**.**  
  
**Упражнения сидя на полу**  
  
69**.** Сидя на полу, скрестить ноги**;** спина прямая, руки на голенях**.** Вдыхая через рот, выгнуться вперед, одновременно выставляя вперед нижнюю челюсть**.** С выдохом через рот опустить нижнюю челюсть на грудь, выгнуть спину назад**.** Голова при этом по возможности остается на одном уровне**.**  
  
70**. «**Бабочка**».** Захватить сложенные подошвами стопы руками, сплетенными в замок, колени в стороны**.** Пятки должны быть как можно ближе к ягодицам, мышцы бедер расслаблены**.** Движение бедрами ног подобно взмахам крыльев бабочки**.**  
  
71**.** Ноги вытянуть, наклониться вперед с прямой спиной и захватить руками большие пальцы ног**.** При этом указательный и средний пальцы обхватывают большой палец ноги, а большой надавливает на ногтевую пластинку**.** Обязательно колени держать прямыми (если не получается схватиться за пальцы ног, возьмитесь за щиколотки или за икры)**.**  
  
72**. «**Лев**».** Сидя на пятках, немного наклониться вперед, опираясь руками о колени (пол)**.** Широко открыть рот, максимально высунуть язык и издать гром кий и страшный **«**львиный рык**».**  
  
73**.** Сидя, скрестить ноги, спина прямая**;** привести руки к плечам (четыре пальца направлены к шее, большой палец назад, плечи параллельно полу)**.** Выполнять свободные повороты налево-направо**;** по возможности максимально скручивать позвоночник**.** Голову поворачивать сначала в одну сторону с телом, затем **—** в противоположную**.**  
  
74**.** Сесть так, чтобы на колено правой ноги легла левая пятка, упор на пальцы левой руки**.** Правая рука держится за левое плечо**.** Смотреть за левое плечо, разворачиваясь всем туловищем**.** То же **—** в другую сторону**.**  
  
75**. «**Крылья птицы**».** Скрестить ноги, спина прямая**;** взмахивать руками как а крыльями (**«**Какую птицу ты изображаешь?**»**)**.**  
  
76**.** Опираясь на колени и сидя на пятках, схватиться за голеностопные **;** суставы или пятки, прогнуться всем телом (подать таз вперед и вверх, голова а  
  
свободно откинута назад)**.** Облегченный вариант**:** то же, но стоя па коленях (колени на ширине плеч) и поставив ладони на поясницу**.**  
  
77**.** И**.** п**.** то же**.** Наклониться вперед, пока лоб не коснется пола**.** Руки ладонями вверх вдоль туловища, кисти рядом со стопами**.** Другой **вариант:**руки вытянуты вперед, ладони вместе**.**  
  
78**.** И**.**п**.** то же**.** Постепенно опуститься назад, сначала опираясь на локти, а затем на голову**.** Руки свободно лежат вдоль туловища**.** Постепенно выпрямляться, меняя положения в обратном порядке**.**  
  
79**.** Сидя на полу, слегка наклониться назад и опереться на согнутые в локтях руки, приподнять согнутые в коленях ноги**.** Перебирая руками и покачиваясь вперед-назад, крутиться вокруг своей оси**.**  
  
**Упражнения стоя**  
  
80**. «**Потягивание**».** Ноги на ширине плеч, руки сжаты в кулак, большие пальцы внутри ладоней**;** кулаки прижаты к низу живота**.** Поднять кулаки к плечам и прогнуться в спине, разводя плечи и запрокидывая голову**.** Потянуться вверх, распрямляя руки и поднимаясь на носки, постепенно напрягая все тело, как **«**струнку**»** (представьте, что вы только что проснулись и сладко потягиваетесь)**.** Вернуться в и**.** п**.**, выполняя движения в обратном порядке**.**  
  
81**. «**Тянемся к солнышку**».** Встать у стены, касаясь ее пятками, ягодицами, лопатками, плечами и затылком**.** Делая вдох, поднять руки вверх, задержать дыхание **—** кончиками пальцев рук тянемся к солнышку**.** При этом необходимо тянуться вверх всем телом, начиная с пальцев рук, потом запястьями, локтями, плечами, грудным отделом, поясницей и ногами, но без особого напряжения и не отрывая пяток от пола**.** (Вначале психолог должен дать почувствовать ребенку ощущение от вертикальной растяжки тела, слегка потянув его вверх за пальцы рук**.**) Выдохнуть, опуская руки, расслабиться**.**  
  
82**.** Правая нога впереди, согнута в коленном суставе, пальцы стопы направлены прямо вперед, опора на эту ногу**.** Левая нога выпрямлена, стопа повернута под углом 90 ° вовне**.** Правая рука вытянута вперед, как-будто держит лук, левая **—** максимально отведена назад, натягивая тетиву лука**.** Руки растягивают лук так, чтобы в груди чувствовалось напряжение**.** Повторить, поменяв положение ног и рук**.**  
  
83**. «**Растяжки для ног**».** Ноги на ширине плеч**;** поднять прямые руки в стороны на уровне плеч ладонями вниз**:**  
  
• медленно наклониться влево и коснуться пальцев левой ноги левой рукой**.** Остаться в этом положении пять секунд и вернуться в и**.** п**.**Стараться не сгибать ног и рук**.** То же **—**для правой руки и ноги**;**  
  
• медленно наклониться влево и коснуться пальцев левой ноги правой рукой**.** Остаться в этом положении пять секунд и вернуться в и**.**п**.** Не сгибать ног и рук**.** То же **—** для левой руки и правой ноги**.**  
  
84**. «**Повороты в стороны**».** И**.**п**.** то же**.** Поворот влево **—** левая рука движется назад, правая рука лежит на области сердца**;** поворот вправо **—**правая рука назад, левая на сердце и т**.**д**.** Движения свободные и размашистые**.** Голова также поворачивается вместе с туловищем в одну, а затем в другую сторону**.**  
  
85**. «**Скручивание корпуса**».** И**.**п**.** то же, колени слегка согнуты, стопы параллельны друг другу**.** Тело полностью расслаблено**.** Скручивать тело вправо и влево, захлестывая расслабленные руки за спину**.** Подошвы ступней полностью, не отрываясь при поворотах, касаются пола**;**позвоночник **—** вертикальная неподвижная ось вращения**.** Голова сначала неподвижна, затем поворачивается вместе с руками, потом **—** в противоположную от рук сторону**.**  
  
**Релаксация**  
  
Прежде чем перейти к описанию упражнений, непосредственно направленных на релаксацию (полное расслабление), хотелось бы отметить важное влияние музыки, цвета и запахов на соматическое и психическое состояние человека**.** Известно, что сочетание перечисленных выше факторов может оказывать различное воздействие **—** тонизирующее, стимулирующее, укрепляющее, восстанавливающее, успокаивающее, расслабляющее и т**.**д**.** Поэтому продуманное применение музыки, цвета и запахов может повысить эффективность выполняемых упражнений, создавая дополнительный потенциал для развития ребенка**.**  
  
Так, ритмичная, быстрая, громкая музыка оказывает стимулирующее и тонизирующее действие, аналогичное влиянию красного, оранжевого, желтого цветов**.** Напротив, медленная, плавная, негромкая музыка оказывает успокаивающее и расслабляющее действие, как и зеленый, голубой, синий цвета**.**  
  
При выполнении специальных упражнений на релаксацию, а также в начале, середине или конце занятия, когда необходимо сбросить накопившееся напряжение и восстановить силы, рекомендуется**:** принять удобную позу, расслабившись и закрыв глаза, выполнить несколько циклов глубокого дыхания, прослушивая соответствующую музыку и вызывая в воображении (визуализируя, представляя) нужные цвета или образы**.**  
  
Релаксация может проводиться как в начале или середине занятия, так и в конце **—** с целью интеграции приобретенного в ходе занятия опыта**.**Интеграция в теле **—** релаксация, самонаблюдение, воспоминание событий и ощущений **—** является частью единого процесса**.** За ней следуют интеграция в рисунке (невербальный компонент) и в обсуждении (вербальный компонент)**.** Эти три составляющие создают необходимые условия для осознания ребенком ощущений и навыков, усвоенных в ходе занятия**.**  
  
86**.** Поставить ноги шире плеч, немного согнуть их в коленях, носки слегка развернуть внутрь**.** Руки не касаются тела, слегка округлены, опущены вниз, ладони развернуты назад**.** Спина прямая**.** Глаза закрыты**.** Сохраняя позу, максимально расслабиться, представляя, как напряжение**«**стекает**»** по телу вниз**.** Шея отдыхает, голова соответственно занимает свободное, произвольное положение, удобное для ребенка (откинута назад или к плечу, слегка опущена вниз)**.**Ч  
  
Приведем несколько возможных сценариев для релаксации продолжительностью около 5 мин**.** Дети ложатся на пол, закрывают глаза, каждый принимает одну из предложенных педагогом или просто удобную для себя позу, делает 3**—**4 цикла глубокого дыхания в индивидуальном темпе**.**  
  
87**. «**Пляж**». «**Представьте, что вы лежите на теплом песке и загораете**.** Ласково светит солнышко и согревает нас**.** Веет легкий ветерок**.** Вы отдыхаете, слушаете шум прибоя, наблюдаете за игрой волн и танцами чаек над водой**.** Прислушайтесь к своему телу**.** Почувствуйте позу, в которой вы лежите**.** Удобно ли вам? Попытайтесь изменить свою позу так, чтобы вам было максимально удобно, чтобы вы были максимально расслаблены**.** Попробуйте представить себя всего целиком и запомните возникший образ (пауза)**...** Потягиваемся, делаем глубокий вдох и выдох, открываем глаза, медленно садимся и не спеша встаем**».**  
  
88**. «**Ковер-самолет**». «**Мы ложимся на волшебный ковер-самолет**;** ковер плавно и медленно поднимается, несет нас по небу, тихонечко покачивается убаюкивая**;** ветерок нежно обдувает усталые тела, все отдыхают**...** Далеко внизу проплывают дома, поля, леса, реки и озера**...**Постепенно ковер-самолет начинает снижаться **и**приземляется в нашей комнате (пауза)**...** Потягиваемся, делаем глубокий вдох и выдох, открываем глаза, медленно садимся и аккуратно встаем**».** Для выхода из длительной (более 10 мин), глубокой релаксации, чтобы вернуться в состояние **«**здесь и сейчас**»** и подготовиться, мобилизоваться для дальнейшей работы, рекомендуется, лежа на спине, выполнить последовательно пять упражнений, каждое из которых занимает около 30 с**:**  
  
• сделать 3 **—** 5 циклов глубокого дыхания**;**  
  
• потянуться всем телом, вытягивая руки за голову и носки ног от себя**;**  
  
• поднять одно колено, перекинуть его через другую ногу и постараться достать им до пола**.** Плечи при этом должны оставаться на полу**.**Повторить движения несколько раз в каждую сторону**;**  
  
• потереть ладонь о ладонь и подошву о подошву**;**  
  
• подтянуть колени к груди и обхватить их руками**.** Прокатиться несколько раз на спине вперед-назад, раскачиваясь, как **«**корзиночка**»**(**«**качалка**»**), или перекатываясь, как **«**бревнышко**».** Само по себе это одно из лучших упражнений для позвоночника и всей спины, но делать его нужно на ровной и достаточно мягкой поверхности**.**

**5.3. Самостоятельная работа по теме:**

- разбор темы;

- отработка коррекционных методик;

- разбор пациентов, решение ситуативных задачь

**5.4. Итоговый контроль знаний:**

- ответы на вопросы по теме занятия;

- решение ситуационных задач, тестовых заданий по теме.

|  |  |
| --- | --- |
| 1. | ИЗМЕНЧИВОСТЬ МОЗГОВОЙ ОРГАНИЗАЦИИ ФУНКЦИЙ ЯВЛЯЕТСЯ ОТРАЖЕНИЕМ   1. принципа системной локализации функций 2. принципа динамической локализации функций 3. принципа иерархической соподчинённости функций 4. принципа узкого локализационизма 5. всех трёх принципов |
| 2. | ЖЁСТКОСТЬ ОРГАНИЗАЦИИ МОЗГОВЫХ ФУНКЦИЙ  ОБУСЛАВЛИВАЕТСЯ:   1. меньшей подверженностью травмам 2. их реализацией в макросистемах головного мозга 3. более ранним периодом формирования 4. последними двумя обстоятельствами 5. принципом узкого локализационизма |
| 3. | ОТЛИЧИЕ АСИНХРОНИИ ОТ ГЕТЕРОХРОНИИ В РАЗВИТИИ ПСИХИКИ РЕБЁНКА ЗАКЛЮЧАЕТСЯ:   1. в том, что гетерохрония является естественным фактором развития 2. в масштабности охвата психических функций; 3. в том, что асинхрония касается лишь одного аспекта работы мозга 4. в том, что гетерохрония является патологическим фактором развития 5. все ответы не верны. |
| 4. | ОСНОВНЫМ ДЕФЕКТОМ ПРИ ВЕРБАЛЬНОЙ АЛЕКСИИ ЯВЛЯЮТСЯ:   1. слабое зрение 2. нарушения симультанного узнавания 3. перепутывание букв 4. первая и третья причины 5. нарушения письма |
| 5. | АГРАФИЯ – ЭТО:   1. потеря способности к рисованию; 2. потеря способности переноса навыков письма с правой руки на левую у правшей 3. навязчивые повторения отдельных букв при письме или штрихов при рисовании; 4. нарушение способности правильно по форме и смыслу писать 5. нарушение способности читать |

Задачи:

|  |  |
| --- | --- |
| 1. | Больная Ю., 66 лет. В прошлом работала препода-  вателем средней школы. В психиатрической больнице находится  три года без выписки. Сознание ясное. Себя называет правильно,  но при беседе обнаруживается, что больная не помнит текущей  даты, не помнит своего возраста, не помнит, сколько времени на-  ходится в больнице, не помнит, как зовут лечащего врача. Настрое-  ние хорошее. На просьбу вспомнить, чем она занималась вчера, со-  общила следующее: «Вчера с утра были занятия, проходили тему  “Пушкин и декабристы“. А затем сидела на педсовете. Хулигана  Галкина опять обсуждали». |
| 2. | Больной З., 78 лет, колхозник. В течение несколь-  ких недель находился на лечении в психиатрической больнице,  жалуется лишь на отсутствие зрения на правый глаз, где имеет-  ся помутнение роговицы. В отделении спокоен, подсаживается 43  к больнымпожилоговозраста, очем-тоснимибеседует. Вобщении  с врачом, больными вежлив, предупредителен, даже несколько сла-  щав. Приветливо здоровается, но встретив врача через несколько  минут, приветствует его снова. Часто приоткрывает дверь в каби-  нет и вежливо осведомляется, не пришел ли консультант-окулист,  через пять минут спрашивает о том же. Числа, месяца, года назвать  не может. Видя вокруг людей в белых халатах, догадывается, что  его положили в больницу, но какую, не помнит. Рассказывает, что  только вчера приехал из деревни: «Вот лошадь во дворе привязал,  сейчас ходил сена ей давал». Вернувшись после консультации из  кабинета профессора, всем рассказывает с убеждением, что про-  фессор угощал его шампанским, сердился, когда ему говорили,  что этого не было. Любит рассказывать о днях своей молодости,  помнит события прошлых лет, правильно воспроизводит события  войны, в которой принимал участие. Перечисляет имена своих де-  тей, назвать имена внуков не может, говорит каждый раз разные.  Квалифицировать нарушения памяти и синдром. |
| 3. | Больной M., 23 лет, после тяжелой травмы головы  лечился в больнице в течение 6 месяцев с нарушениями памяти.  В то время не мог воспроизвести события пятилетней давности.  Спустя год после выписки: спокоен. Охотно отвечает на вопросы.  Обнаруживает амнезию на период, предшествующий травме. Не  помнит событий после травмы, амнезировал пребывание в трав-  матологическом отделении; месяцы, проведенные в психиатриче-  ской больнице. Помнит, что к нему «иногда» приезжали родители.  Помнит хорошо день выписки. С трудом вспомнил имена врачей  и медицинского персонала. Жалуется, что у него «плохая память»  : «все приходится записывать».  Квалифицировать нарушения памяти. |
| 4. | Больной с возмущением говорил: «Ужасные без-  образия творятся в этой клинике, вчера, например, меня посадили  в клетку, а до этого заставили вылезать на улицу через окно».  Определить нарушения памяти. |
| 5. | Больная 43 лет, поступает в психиатрическую боль-  ницу с одинаковыми состояниями в четвертый раз. Настроение  повышено, многоречива, деятельна, плохо спит. Читает наизусть  стихи Блока и страницы из произведений Чехова почти без оши-  бок, можно сверять с текстом. Когда такие состояния проходят, то  стихи помнит отрывками, а прозу воспроизвести не может.  Как называются такие временные нарушения памяти? |

1. **Домашнее задание для уяснения темы занятия**

* составление плана диагностического исследования ребёнка;
* составление плана коррекционного исследования ребёнка;
* ведение протокола исследования;
* супервизия работы студента с ребёнком;
* обсуждение результатов экспериментально-психологического исследования ребёнка;
* написание заключения экспериментально-психологического исследования;
* обсуждение и коррекция заключения экспериментально-психологического исследования.
* основные принципы, определяющие формирование психичес­ких функций в теории системной динамической локализации А.Р. Лурия.
* специфика использования основных понятий нейропсихологии «функция», «локализация», «симптом», «синдром», «фактор», «синдромный анализ» в нейропсихологии детского возраста.
* функциональные блоки мозга по А.Р. Лурия. Строение, функции.
* принцип гетерохронности в морфо- и функциогенезе. Внутри­системная и межсистемная гетерохронность.
* основные принципы системогенеза.
* показатели морфологического созревания мозга. Основные за­кономерности морфологического созревания мозга.
* функциональные критерии развития мозга. Основные законо­мерности функционального созревания мозговых структур.
* морфофункциональное созревание функциональных блоков мозга в онтогенезе.
* соотношение развития и влияния среды. Теории научения. Тео­рии созревания.

1. **Рекомендованная литература по теме занятия**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| №  п/п | Наименование | Издательство | Год  выпуска |

**Обязательная**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 1. | Лурия А.Р. Высшие корковые функции человека и их нарушения при локальных поражениях мозга / А.Р. Лурия. | СПб.: Питер | 2007 |
| 2. | Семенович А.В. Нейропсихологическая диагностика и коррекция в детском возрасте. | М.: Академия | 2002 |
| 3. | Семенович, А. В. Нейропсихологическая коррекция в детском возрасте. Метод замещающего онтогенеза: учебное пособие/ А. В. Семенович. - 2-е изд. | М.: Генезис | 2008 |
| 4. | Визель Т.Г. Основы нейропсихологии: учеб. для студентов вузов Т.Г. Визель. | М.: АСТАстрель Транзиткнига | 2005 |
| 5. | Клиническая психология / под ред. Карвасарского Б.Д. | СПб.: Питер | 2010 |
| 6. | Микадзе Ю.В. Нейропсихология детского возраста: Учебное пособие. | СПб.:Питер | 2008 |

**Дополнительная**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 1. | Психология. (Лекции для студентов медицинских вузов), Творогова Н. Д. | М.: ГОУ ВУНМЦ РФ | 2002 |
| 2. | Клиническая психология / под ред. М.Перре , У.Бауманна | СПб.: Питер | 2007 |
| 3. | Корсакова Н. К., Московичюте Л. И. Клиническая нейропсихология. | М.: МГУ | 1988 |

**Электронные ресурсы**

|  |  |
| --- | --- |
| 1. | ИБС КрасГМУ |
| 2. | БМ МедАрт |
| 3. | БД Ebsco |

Государственное бюджетное образовательное учреждение высшего профессионального образования «Красноярский государственный медицинский университет имени профессора В.Ф. Войно-Ясенецкого»

Министерства здравоохранения Российской Федерации

ГБОУ ВПО КрасГМУ им. проф. В.Ф. Войно-Ясенецкого Минздрава России

Кафедра нервных болезней с курсом медицинской реабилитации ПО

**МЕТОДИЧЕСКИЕ УКАЗАНИЯ**

**ДЛЯ ОБУЧАЮЩИХСЯ**

**по дисциплине «Спецпрактикум по коррекционно-развивающему обучению с супервизией»**

**для специальности** 030401 Клиническая психология (очно-заочная форма обучения)

**К СЕМИНАРСКОМУ** **ЗАНЯТИЮ № 26**

**ТЕМА:** **«Формирование базиса подкорково-корковых и межполушарных взаимодействий».**

Утверждены на кафедральном заседании протокол .

Заведующий кафедрой

Доктор медицинских наук, профессор Прокопенко С.В.

Составители: доктор медицинских наук, профессор Прокопенко С.В.

кандидат медицинских наук, доцент Харламова Г.В.

кандидат медицинских наук, ассистент Можейко Е.Ю.

доктор медицинских наук, профессор Похабов Д.В.

доктор медицинских наук, профессор Народова В.В.

кандидат медицинских наук, доцент Дроздова Л.Н.

доктор медицинских наук, профессор Колесникова И.В.

ассистент Швецова И.Н.

Красноярск

2013г.

**1. Занятие №26**

**Тема:** «Формирование базиса подкорково-корковых и межполушарных взаимодействий».

**2. Форма организации занятия:** семинар – в интерактивной форме в виде дебатов.

**3. Значение изучения темы:**

В клиническойпрактике нейропсихологический метод занимает особое место в ряду научных дисциплин, обращенных к проблеме онтогенеза в норме и патологии. Только он позволяет оценить и описать те системно-динамические перестройки, которые сопровождают психическое развитие ребенка с точки зрения его мозгового обеспечения. Но описать — это значит понять. Понять глубинные механизмы его психического статуса и спланировать адекватную онтогенезу именно этого, конкретного ребенка программу психолого-педагогического сопровождения.

**4. Цели обучения:** освоения учебной дисциплины «Спецпрактикум по коррекционно-развивающему обучению с супервизией» состоит в овладении знаниями психологической диагностики заболеваний, психологической помощи и восстановлению психических функций.

**Студент должен знать**:

* закономерности формирования мозговой организации психических процессов, специфику детского мозга, строение, состав мозговых зон, вовлекаемых в работу нейрофизиологических функциональных систем;
* специфику нейропсихологического исследования детей и возможности использования их как в клинической практике, так и психолого-педагогической деятельности.

**Студент должен уметь:**

* применять полученные знания при решении психолого-педагогических задач;
* квалифицировать затруднения, возникающие у детей в ходе учебной деятельности и прогнозировать успешность ребенка в различных видах деятельности, в том числе и обучении, на основе нейропсихологического анализа;
* организовывать нейропсихологическое обследование, коррекцию детей дошкольного и младшего школьного возраста.

**Студент должен владеть:**

* категориальным аппаратом нейропсихологии детского возраста;
* навыками организации нейропсихологической диагностики, коррекции и реабилитации в детском возрасте.

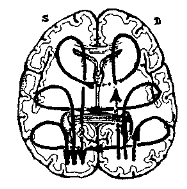
**5. План изучения темы:**

**5.1. Контроль исходного уровня знаний.**

Тесты:

|  |  |
| --- | --- |
| 1. | АКАЛЬКУЛИЯ ЧАСТО СОЧЕТАЕТСЯ С:   1. семантической афазией; 2. кинестетической апраксией; 3. соматоагнозией; 4. эмоциональными расстройствами; 5. амузией |
| 2. | ЛЕВШЕСТВО – ЭТО:   1. преобладание размера левой руки над правой; 2. совместное преобладание леворасположенных парных органов над правыми 3. преобладание левой руки и левой ноги над правыми; 4. различия в чувствительности привой и левой половины тела; 5. все ответы верны. |
| 3. | ОСОБЕННОСТИ ОЧАГОВЫХ ПОРАЖЕНИЙ МОЗГА У ДЕТЕЙ ЯВЛЯЮТСЯ   1. слабая выраженность симптоматики; 2. значительная выраженность симптоматики; 3. длительный период обратного развития симптомов; 4. высокая зависимость от латерализации очага поражения; 5. низкий уровень пластичности. |
| 4. | НЕЙРОПСИХОЛОГИЧЕСКИЕ СИНДРОМЫ ДЕФИЦИТАРНОСТИ ПСИХИЧЕСКРГО РАЗВИТИЯ РЕБЁНКА СВЯЗАНЫ С ЛОКАЛИЗАЦИЕЙ НАРУШЕНИЙ   1. в передних отделах КБП; 2. в задних отделах КБП; 3. в субкортикальных образованиях; 4. во всех структурах головного мозга; 5. в височных отделах правого полушария. |
| 5. | АТИПИЯ ПСИХИЧЕСКОГО РАЗВИТИЯ СВЯЗАНА С ТАКИМИ  НЕЙРОПСИХОЛОГИЧЕСКИМИ ЯВЛЕНИЯМ (СИМПТОМАМИ), КАК   1. кинестетическая апраксия; 2. неустойчивость внимания и гиперактивность; 3. дефекты соматического и лицевого гнозиса; 4. нарушение формирования психических операций и автоматизмов на фоне 5. повышения самоконтроля и аутокоррекции; 6. Е.сенсорная алалия. |

**5.2 Основные положения и понятия темы**

Формирование межполушарного взаимодействия в онтогенезе человека включает ряд ступеней, эволюционное содержание которых состоит в поэтапном включении — с последующей ассимиляцией — комиссуральных структур разного уровня и филогенетической зрелости в обеспечение целостной психической деятельности. Филогенетические предпосылки этих закономерностей широко обсуждаются и достаточно подробно описаны (Любимов, 1966, 1978; Мосидзе, 1972; Хасабов, 1978; Бианки, 1985; Адрианов, 1993 и др.). В нейропсихологии детского возраста данное направление анализа (Симерницкая, Моско-вичюте, 1982; Симерницкая, 1985; Семенович, Архипов, 1995, 1997; Семенович, 2000, 2002, 2004) — одно из приоритетных.   
Этот процесс, предшествующий функциональной латерализации мозга, затем идет параллельно с ней по всем правилам гетерохронии и асинхронии, имеет свою периодизацию и т.п. (то есть протекает по универсальным законам развития). Его конечной точкой можно считать межполушарную интеграцию высшего уровня, когда парная работа мозга как основополагающая система подчиняет себе латерали-зованную функциональную специализацию полушарий— составляющую часть этой системы.   
Функциональная асимметрия мозга — это уникальный признак человека как вида. Этот скачок в филогенезе подтверждает значимость процессов межполушарного взаимодействия для мозговой организации специфически человеческих форм адаптивного поведения. Стагнация функциональной специализации полушарий и принципиально новый тип межполушарного взаимодействия «homo sapiens» неразрывно связаны с революционным развитием у него лобных отделов мозга. Именно их функциональная активность является предтечей и гарантом адекватной стабилизации парной работы мозга. Соответственно мы еще раз акцентируем необходимость опережающего все остальные виды коррекции и абилитации формирующего обучения, ориентированного на поддержание и активацию функционального статуса передних отделов мозга ребенка.   
  
Раздел 1. Научные основы нейропсихологического сопровождения              47   
Включение каждого последующего этапа парной работы мозга предполагает ассимиляцию, интеграцию предыдущего, который начинает исполнять подчиненную роль, продолжая, уже в свернутой форме, подконтрольно обеспечивать базовые свои функции. В целом морфологический и функциональный цереброгенез стремится к поэтапному закреплению иерархии дифференцированных подкорково-корковых, внутри- и межполушарных взаимодействий. Каждая зона мозга привносит в этот системно-динамический процесс свой индивидуальный «талант». В данном разделе мы более подробно обсудим формирование комиссуральных предпосылок парной работы мозга в онтогенезе.   
Дебют этого онтогенетического новообразования (по Н. Гешвин-ду) может быть отнесен к 3—5 месяцам беременности и связан с активизацией системного гормона тестостерона. Это фундамент функциональной латерализации мозга и нейробиологической предугото-ванности определенных комиссуральных комплексов к выполнению миссии межгемисферного интегратора. Их совокупность обеспечивает адаптацию ребенка к тем требованиям, которые предъявляются ему в процессе развития; востребованность извне превращает потенциальные ресурсы тех или иных церебральных систем в актуальные и детерминирует характер их онтогенеза. Данное эмбриогенетическое событие отражает нейробиологическую заданностъ функциональной асимметрии человеческого мозга.   
Но реализовываться этот механизм начинает, по-видимому, в момент выхода из внутриутробных условий невесомости; ведь вследствие акта рождения дитя впервые попадает под действие сил гравитации, что является определяющим источником резкой активации его стволовых образований. Последовательность дальнейших церебральных модификаций обеспечивает адаптацию ребенка к тем требованиям, которые предъявляются ему в процессе развития; востребованность извне превращает потенциальные ресурсы тех или иных церебральных систем в актуальные и детерминирует характер их онтогенеза.   
Анализ многочисленных литературных источников, собственные наблюдения в клинике локальных поражений мозга и в ходе консультативной работы с «отклоняющимся развитием» позволяют говорить о трех основных уровнях организации межполушарного взаимодействия в онтогенезе (рис. 3)   
• На первом этапе (от внутриутробного периода до 2—3 лет) основополагающими являются транскортикальные связи стволового уровня, мозговые спайки гипоталамо-диэнцефальной области и базальных ядер. Здесь, в рамках 1-го ФБМ, закладывается   
  
48   
  
Часть I. Нейропсихологическое сопровождение процессов развития   
  
   
Рис. 3. Уровни и этапы формирования морфо-функционального межполушарного онтогенеза человека   
базис для межполушарного обеспечения нейрофизиологических, нейрогуморальных и нейрохимических асимметрий, лежащих в основе соматического, аффективного и когнитивного статуса ребенка.   
Именно здесь «локализован» основополагающий онтогенетический фактор — механизм импринтинга, являющийся (помимо иных своих функций) пейсмекером — запускателем шага, ритма — наиболее жестких, архетипических, генетически обусловленных вариантов реагирования. На этом уровне впервые заявляют о себе глубинные нейробиологические предпосылки будущего психофизиологического «стиля» поведения ребенка. Организуется в значительной мере инвариантный каркас его потенциальных адаптивных возможностей в рамках таких дихотомий, как симультанность (статика, ригидность), сукцес-сивность (кинетика, пластичность); асимметрия доминантно-субдо-минантных, агрессивно-аверсивных, психосексуальных, ритмологи-ческих и иных этологических паттернов, обеспечивающихся, в свою очередь, гормональными, электрохимическими, биохимическими асимметриями.

Благодаря церебральным системам этого уровня организуются сенсомоторные горизонтальные (например, конвергенция глаз и взаимодействия конечностей) и вертикальные (например, опто-оральные и орально-мануальные) синергические и реципрокные взаимосвязи.   
Анализируя все многообразие и взаимообусловленность перечисленных процессов, нельзя не поразиться тому обстоятельству, что уже внутриутробно, не говоря о последующих этапах его жизни, ре-   
  
Раздел 1. Научные основы нейропсихологического сопровождения              49   
бенок (благодаря активности своего мозга) во многом сам определяет ход своего развития. Причем, начиная с сотворения плаценты, которую ребенок «конструирует» лично.   
Ведь если весь этот «мозговой» ансамбль не будет «сыгран» к определенному моменту, например, родов, неизбежна родовая травма, поскольку процесс рождения не в последнюю очередь зависит от психосоматической деятельности ребенка. Он должен быть готов к преодолению колоссального давления со стороны родовых путей матери, совершить в процессе рождения определенное количество движений и поворотов, адаптироваться к действию сил гравитации и т.д. Иными словами, не только мама вынашивает и рожает. Ребенок вынашивает себя и рождается, успешность чего не в последнюю очередь зависит от достаточности обсуждаемых систем его мозга.   
К этому революционному моменту у него уже полностью, первыми из всех сенсорных, должны быть готовы ноцицептивные (болевые) системы ретикулярной формации. Достаточно зрелы для первой встречи с внешним миром дыхательные, сосательные и другие витальные рефлексы.   
Заключительным аккордом функциональной активности межпо-лушарных связей субкортикального уровня является избирательно латерализованная стволовая активация (по М. Кинсборну), возникающая в период адаптации к речи (2—3 года). Она проявляется в том, что усиливаются восходящие активирующие влияния на левое полушарие при выполнении ребенком вербальных задач; в обратном случае аналогичные нейрофизиологические процессы направлены на правое полушарие. Это является залогом и базой для закрепления устойчивых предпосылок функциональной речевой латерализации и формирования вообще полушарных локусов контроля и актуально на следующих этапах взросления. Недаром именно в этом возрасте часто наблюдается фрагмент регресса речевых функций у многих леворуких детей и истинный регресс при аутизме.   
• Возрастной период от 3 до 7—8 лет характеризуется выступающей на первый план активизацией межгиппокампалъных ко-миссуральных систем. Благодаря прогрессирующим афферентным и эфферентным ипси-и контралатеральным проекциям, а также интимным связям со спаечными образованиями свода и прозрачной перегородки, будучи важнейшим образованием лим-бической системы, межгиппокампальный комплекс начинает играть ведущую роль в организации межполушарного обеспечения полисенсорной, межмодальной когнитивной и/или эмоционально-мотивационной интеграции.   
  
50              Часть I. Нейропсихологическое сопровождение процессов развития   
Указанные зоны в филогенезе являются центральной мозговой комиссурой. В онтогенезе, как показывают наши клинические исследования, межгиппокампальным структурам принадлежит роль инициатора и стабилизатора взаимоотношений между правой и левой гемис-ферами. Этим они отличаются функционально от комиссур подкоркового уровня, основной прерогативой которых является инициация динамики и вектора (вертикального и горизонтального) межполушарного взаимодействия.   
Важнейшая функция межгиппокампальных связей — межполу-шарная организация и стабилизация мнестических процессов (как таковых и в широком межфункциональном контексте), на которых в этом возрастном периоде лежит основная ответственность за онтогенез в целом. Следует особо отметить, что амнестический синдром, который в принципе не характерен для детей, неизменно наблюдается при деструкции межгиппокампальных связей и является пато-гномоничным именно для данной локализации патологического очага в детском возрасте.   
На этом отрезке онтогенеза закрепляются и автоматизируются все основные межполушарные асимметрии операционального уровня — уровня 2-го ФБМ. Формируется доминантность полушарий мозга по руке и речи, фиксируется право- или левополушарный локус контроля за актуализацией когнитивных (вербальных и невербальных) и эмоциональных психологических факторов и функций.   
Следует отметить, что бытующая сегодня точка зрения о резком увеличении количества левшей в популяции отражает наличие двух реальностей. С одной стороны, этот факт действительно имеет место в связи с прекращением поголовного переучивания неправоруких. Но с другой — этот скачок связан не в последнюю очередь с повсеместным ростом числа детей, у которых наблюдается дизонтогенез описываемых комиссуральных систем.   
По нашим данным, такой тип развития (дисгенезия спаек мозга стволового и отчасти гиппокампального уровня) — «дисгенетический синдром» — наблюдается сегодня примерно у половины детской популяции. Отчего же гиппокампальный комплекс оказывается в ряде случаев заинтересован в этом дизонтогенетическом процессе? Ведь было оговорено, что его основная функция — обеспечение трансге-мисферных отношений уровня 2-го функционального блока мозга. Да, но, с одной стороны, эта подсистема как таковая относится к 1-му ФБМ, с другой — включена в морфо-функциональную иерархию комиссуральных систем мозга. Этим и объясняется ее чрезмерная сензитивность по отношению к широкому кругу дизадаптацион-ных влияний: она является своего рода «мишенью» для неблагоприятного воздействия со всех сторон.

Раздел 1. Научные основы нейропсихологического сопровождения              51   
В целом все перечисленное требует привлечения к этим проблемам внимания специалистов и глубокого междисциплинарного анализа, поскольку «увеличение леворукости» (главным образом патологической, или компенсаторной) наряду с известными фактами об увеличении числа детей с логопатией, правосторонней эпиготовностъю, признаками иммунодефицита, органными десинхронозами и т.п. с нейро-психологической точки зрения свидетельствуют об актуализации одного и того же дизонтогенетического патогенетического механизма межгемисферного переноса.   
• Завершающим в становлении межполушарных взаимодействий ребенка является этап приоритетного значения комплекса транс-каллозальных связей, продолжающийся от 7 до 12—15 лет. Ней-рофизиологически это подкрепляется формированием «волны Уолтера» — центрального механизма произвольного внимания. Прежде мозолистое тело — эта главная для человека мозговая комиссура — было включено в актуализацию межгемисферного обмена преимущественно между гомотопическими областями задних отделов правого и левого полушарий, наращивая свою контролирующую функцию по отношению к нижележащим комиссуральным уровням. Теперь картина качественно меняется.   
Именно морфологическая и функциональная зрелость мозолистого тела, главная роль которого в фило- и онтогенезе состоит в обеспечении межфронтальных (лобных) взаимодействий, обусловливает иерархию и устойчивость уже достигнутых в ходе развития ступеней. Они обеспечивают межполушарную организацию психических процессов на наиболее важном для социальной адаптации — регуля-торном, социокультурально опосредствованном уровне их протекания (3-й ФБМ) уровне когнитивных стилей личности, базовых произвольных детерминант отражения себя в окружающем мире и через окружающий мир.   
Благодаря межполушарным взаимодействиям на этом уровне возможно закрепление функционального приоритета лобных отделов левого полушария, что позволяет ребенку не только выстраивать свои собственные программы поведения, ставить перед собой ясно определенные цели, но и контролировать (корригировать) их в зависимости от постоянно изменяющихся условий в соответствии с требованиями природного окружения и социума. Степень сформированности такой произвольной саморегуляции существенно расширяет границы пластичности поведенческих реакций, позволяя в каждый момент времени использовать ту стратегию, которая наиболее адекватна и сба-   
  
52              Часть I. Нейропсихологическое сопровождение процессов развития   
лансирована с точки зрения соответствия внутренних и внешних истоков, условий и механизмов адаптации.   
Следует подчеркнуть, что данный транскортикальный уровень как наиболее молодой и поздно созревающий (как в фило-, так и в онтогенезе) в соответствии с эволюционными законами является наиболее уязвимым. Ведь при любой девиации формирования нижележащих структур, в силу системно-динамических механизмов, эти высшие функциональные системы будут развиваться в условиях постоянного энергетического обкрадывания. Это актуализируется при любой форме отклоняющегося развития, но прямо или косвенно, что показано (Симерницкая, 1985, 1989; Семенович, 1995, 1997, 2000, 2002), в син-дромологии нейропсихологии детского возраста.   
В целом же практически не существует варианта дезадаптивного поведения человека, при котором не обнаруживался бы в той или иной степени дефицит этого уровня опосредования психической деятельности.   
Вместе с тем истоки такой уязвимости связаны в современной популяции не столько с функциональной недостаточностью самих транскаллозальных систем, сколько с их текущим, накопленным в онтогенезе псевдопроцессуальным дефицитом, вторично производным от более ранней (пре- или перинатальной) дисфункциии нижележащих уровней и систем межполушарного взаимодействия.   
Соответственно этому обстоятельству строится стратегия и тактика нейропсихологической коррекции в детском возрасте. Без формирования стабильного обеспечения парной работы мозга на базаль-ных уровнях (что впрямую соотносится с этапами сенсомоторного развития ребенка в младенчестве) невозможна упорядоченная функциональная активность высших. Даже в тех случаях, когда вы добились хороших результатов, следует рекомендовать родителям и педагогам в качестве профилактики выполнять упражнения, позволяющие сохранять и развивать дальше оптимальный статус коммуникативного альянса между правым и левым полушариями.

**5.3. Самостоятельная работа по теме:**

- разбор темы;

- отработка коррекционных методик;

- разбор пациентов, решение ситуативных задачь

**5.4. Итоговый контроль знаний:**

- ответы на вопросы по теме занятия;

- решение ситуационных задач, тестовых заданий по теме.

|  |  |
| --- | --- |
| 1. | ПОРАЖЕНИЕ ОТДЕЛОВ КПЕРЕДИ ОТ ЗОНЫ БРОКА ПРИВОДИТ К   1. эфферентной моторной афазии 2. афферентной моторной афазии 3. сенсорной афазии 4. динамической афазии 5. семантической афазии |
| 2. | ПОРАЖЕНИЕ НИЖНИХ ОТДЕЛОВ ЗАДНЕЛОБНОЙ ОБЛАСТИ (ЗОНА БРОКА) ПРИВОДИТ К   1. эфферентной моторной афазии 2. афферентной моторной афазии 3. сенсорной афазии 4. динамической афазии 5. семантической афазии |
| 3. | ПОРАЖЕНИЕ НИЖНЕТЕМЕННОЙ ОБЛАСТИ КОРЫ ПРИВОДИТ К   1. эфферентной моторной афазии 2. афферентной моторной афазии 3. сенсорной афазии 4. динамической афазии 5. семантической афазии |
| 4. | ПОРАЖЕНИЕ ОБЛАСТИ ВЕРНИКЕ ПРИВОДИТ К   1. эфферентной моторной афазии 2. афферентной моторной афазии 3. сенсорной афазии 4. динамической афазии 5. семантической афазии |
| 5. | ПОРАЖЕНИЕ ВТОРОЙ ВИСОЧНОЙ ИЗВИЛИНЫ ПРИВОДИТ К   1. динамической афазии 2. сенсорной афазии 3. акустико-мнестической афазии 4. семантической афазии 5. амнестической афазии |

Задачи:

|  |  |
| --- | --- |
| 1. | Больная Ю., 66 лет. В прошлом работала препода-  вателем средней школы. В психиатрической больнице находится  три года без выписки. Сознание ясное. Себя называет правильно,  но при беседе обнаруживается, что больная не помнит текущей  даты, не помнит своего возраста, не помнит, сколько времени на-  ходится в больнице, не помнит, как зовут лечащего врача. Настрое-  ние хорошее. На просьбу вспомнить, чем она занималась вчера, со-  общила следующее: «Вчера с утра были занятия, проходили тему  “Пушкин и декабристы“. А затем сидела на педсовете. Хулигана  Галкина опять обсуждали». |
| 2. | Больной З., 78 лет, колхозник. В течение несколь-  ких недель находился на лечении в психиатрической больнице,  жалуется лишь на отсутствие зрения на правый глаз, где имеет-  ся помутнение роговицы. В отделении спокоен, подсаживается 43  к больнымпожилоговозраста, очем-тоснимибеседует. Вобщении  с врачом, больными вежлив, предупредителен, даже несколько сла-  щав. Приветливо здоровается, но встретив врача через несколько  минут, приветствует его снова. Часто приоткрывает дверь в каби-  нет и вежливо осведомляется, не пришел ли консультант-окулист,  через пять минут спрашивает о том же. Числа, месяца, года назвать  не может. Видя вокруг людей в белых халатах, догадывается, что  его положили в больницу, но какую, не помнит. Рассказывает, что  только вчера приехал из деревни: «Вот лошадь во дворе привязал,  сейчас ходил сена ей давал». Вернувшись после консультации из  кабинета профессора, всем рассказывает с убеждением, что про-  фессор угощал его шампанским, сердился, когда ему говорили,  что этого не было. Любит рассказывать о днях своей молодости,  помнит события прошлых лет, правильно воспроизводит события  войны, в которой принимал участие. Перечисляет имена своих де-  тей, назвать имена внуков не может, говорит каждый раз разные.  Квалифицировать нарушения памяти и синдром. |
| 3. | Больной M., 23 лет, после тяжелой травмы головы  лечился в больнице в течение 6 месяцев с нарушениями памяти.  В то время не мог воспроизвести события пятилетней давности.  Спустя год после выписки: спокоен. Охотно отвечает на вопросы.  Обнаруживает амнезию на период, предшествующий травме. Не  помнит событий после травмы, амнезировал пребывание в трав-  матологическом отделении; месяцы, проведенные в психиатриче-  ской больнице. Помнит, что к нему «иногда» приезжали родители.  Помнит хорошо день выписки. С трудом вспомнил имена врачей  и медицинского персонала. Жалуется, что у него «плохая память»  : «все приходится записывать».  Квалифицировать нарушения памяти. |
| 4. | Больной с возмущением говорил: «Ужасные без-  образия творятся в этой клинике, вчера, например, меня посадили  в клетку, а до этого заставили вылезать на улицу через окно».  Определить нарушения памяти. |
| 5. | Больная 43 лет, поступает в психиатрическую боль-  ницу с одинаковыми состояниями в четвертый раз. Настроение  повышено, многоречива, деятельна, плохо спит. Читает наизусть  стихи Блока и страницы из произведений Чехова почти без оши-  бок, можно сверять с текстом. Когда такие состояния проходят, то  стихи помнит отрывками, а прозу воспроизвести не может.  Как называются такие временные нарушения памяти? |

1. **Домашнее задание для уяснения темы занятия**

* составление плана диагностического исследования ребёнка;
* составление плана коррекционного исследования ребёнка;
* ведение протокола исследования;
* супервизия работы студента с ребёнком;
* обсуждение результатов экспериментально-психологического исследования ребёнка;
* написание заключения экспериментально-психологического исследования;
* обсуждение и коррекция заключения экспериментально-психологического исследования.
* основные принципы, определяющие формирование психичес­ких функций в теории системной динамической локализации А.Р. Лурия.
* специфика использования основных понятий нейропсихологии «функция», «локализация», «симптом», «синдром», «фактор», «синдромный анализ» в нейропсихологии детского возраста.
* функциональные блоки мозга по А.Р. Лурия. Строение, функции.
* принцип гетерохронности в морфо- и функциогенезе. Внутри­системная и межсистемная гетерохронность.
* основные принципы системогенеза.
* показатели морфологического созревания мозга. Основные за­кономерности морфологического созревания мозга.
* функциональные критерии развития мозга. Основные законо­мерности функционального созревания мозговых структур.
* морфофункциональное созревание функциональных блоков мозга в онтогенезе.
* соотношение развития и влияния среды. Теории научения. Тео­рии созревания.

1. **Рекомендованная литература по теме занятия**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| №  п/п | Наименование | Издательство | Год  выпуска |

**Обязательная**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 1. | Лурия А.Р. Высшие корковые функции человека и их нарушения при локальных поражениях мозга / А.Р. Лурия. | СПб.: Питер | 2007 |
| 2. | Семенович А.В. Нейропсихологическая диагностика и коррекция в детском возрасте. | М.: Академия | 2002 |
| 3. | Семенович, А. В. Нейропсихологическая коррекция в детском возрасте. Метод замещающего онтогенеза: учебное пособие/ А. В. Семенович. - 2-е изд. | М.: Генезис | 2008 |
| 4. | Визель Т.Г. Основы нейропсихологии: учеб. для студентов вузов Т.Г. Визель. | М.: АСТАстрель Транзиткнига | 2005 |
| 5. | Клиническая психология / под ред. Карвасарского Б.Д. | СПб.: Питер | 2010 |
| 6. | Микадзе Ю.В. Нейропсихология детского возраста: Учебное пособие. | СПб.:Питер | 2008 |

**Дополнительная**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 1. | Психология. (Лекции для студентов медицинских вузов), Творогова Н. Д. | М.: ГОУ ВУНМЦ РФ | 2002 |
| 2. | Клиническая психология / под ред. М.Перре , У.Бауманна | СПб.: Питер | 2007 |
| 3. | Корсакова Н. К., Московичюте Л. И. Клиническая нейропсихология. | М.: МГУ | 1988 |

**Электронные ресурсы**

|  |  |
| --- | --- |
| 1. | ИБС КрасГМУ |
| 2. | БМ МедАрт |
| 3. | БД Ebsco |

Государственное бюджетное образовательное учреждение высшего профессионального образования «Красноярский государственный медицинский университет имени профессора В.Ф. Войно-Ясенецкого»

Министерства здравоохранения Российской Федерации

ГБОУ ВПО КрасГМУ им. проф. В.Ф. Войно-Ясенецкого Минздрава России

Кафедра нервных болезней с курсом медицинской реабилитации ПО

**МЕТОДИЧЕСКИЕ УКАЗАНИЯ**

**ДЛЯ ОБУЧАЮЩИХСЯ**

**по дисциплине «Спецпрактикум по коррекционно-развивающему обучению с супервизией»**

**для специальности** 030401 Клиническая психология (очно-заочная форма обучения)

**К СЕМИНАРСКОМУ** **ЗАНЯТИЮ № 27**

**ТЕМА:** **«Работа с мышечными дистониями, патологическими ригидными телесными установками и синкинезиями».**

Утверждены на кафедральном заседании протокол .

Заведующий кафедрой

Доктор медицинских наук, профессор Прокопенко С.В.

Составители: доктор медицинских наук, профессор Прокопенко С.В.

кандидат медицинских наук, доцент Харламова Г.В.

кандидат медицинских наук, ассистент Можейко Е.Ю.

доктор медицинских наук, профессор Похабов Д.В.

доктор медицинских наук, профессор Народова В.В.

кандидат медицинских наук, доцент Дроздова Л.Н.

доктор медицинских наук, профессор Колесникова И.В.

ассистент Швецова И.Н.

Красноярск

2013г.

**1. Занятие №27**

**Тема:** «Работа с мышечными дистониями, патологическими ригидными телесными установками и синкинезиями».

**2. Форма организации занятия:** семинар – в интерактивной форме в виде дебатов.

**3. Значение изучения темы:**

В клиническойпрактике нейропсихологический метод занимает особое место в ряду научных дисциплин, обращенных к проблеме онтогенеза в норме и патологии. Только он позволяет оценить и описать те системно-динамические перестройки, которые сопровождают психическое развитие ребенка с точки зрения его мозгового обеспечения. Но описать — это значит понять. Понять глубинные механизмы его психического статуса и спланировать адекватную онтогенезу именно этого, конкретного ребенка программу психолого-педагогического сопровождения.

**4. Цели обучения:** освоения учебной дисциплины «Спецпрактикум по коррекционно-развивающему обучению с супервизией» состоит в овладении знаниями психологической диагностики заболеваний, психологической помощи и восстановлению психических функций.

**Студент должен знать**:

* закономерности формирования мозговой организации психических процессов, специфику детского мозга, строение, состав мозговых зон, вовлекаемых в работу нейрофизиологических функциональных систем;
* специфику нейропсихологического исследования детей и возможности использования их как в клинической практике, так и психолого-педагогической деятельности.

**Студент должен уметь:**

* применять полученные знания при решении психолого-педагогических задач;
* квалифицировать затруднения, возникающие у детей в ходе учебной деятельности и прогнозировать успешность ребенка в различных видах деятельности, в том числе и обучении, на основе нейропсихологического анализа;
* организовывать нейропсихологическое обследование, коррекцию детей дошкольного и младшего школьного возраста.

**Студент должен владеть:**

* категориальным аппаратом нейропсихологии детского возраста;
* навыками организации нейропсихологической диагностики, коррекции и реабилитации в детском возрасте.

**5. План изучения темы:**

**5.1. Контроль исходного уровня знаний.**

Тесты:

|  |  |
| --- | --- |
| 1. | ПОРАЖЕНИЕ ЗОНЫ ТРО ПРИВОДИТ К   1. динамической афазии 2. сенсорной афазии 3. акустико-мнестической афазии 4. семантической афазии 5. эфферентной моторной афазии |
| 2. | ОСНОВНАЯ ФУНКЦИЯ РЕЧИ:   1. Регулятивная 2. Опознающая 3. Выразительная 4. Семантическая 5. Сигнальная |
| 3. | КВАЗИПРОСТРАНСТВЕННЫЙ СИНТЕЗ ЛЕЖИТ В ОСНОВЕ ПОНИМАНИЯ   1. Значений слов 2. Звукоразличения 3. Артикуляции 4. Счета 5. Памяти |
| 4. | ЭФФЕРЕНТНАЯ МОТОРНАЯ АФАЗИЯ ЭТО НАРУШЕНИЕ:    1. Кинестетического фактора 2. Нарушение кинетического фактора 3. Акустического фактора 4. Пространственного фактора 5. Квазипространственного фактора |
| 5. | АФФЕРЕНТНАЯ МОТОРНАЯ АФАЗИЯ ГЛАВНЫМ ОБРАЗОМ СВЯЗАНА С НАРУШЕНИЕМ   1. Кинестетического фактора 2. Нарушение кинетического фактора 3. Акустического фактора 4. Пространственного фактора 5. Квазипространственного фактора |

**5.2 Основные положения и понятия темы**

Особое внимание следует уделить работе с теми патологическими ригидными телесными установками (в статике и динамике), которые ограничивают и обедняют движения ребенка**.** Например, при письме у него двигается язык и/или ноги, поднимаются и напрягаются плечи**;** при чтении он принимает неестественную, вычурную позу**;** при слежении глазами задерживает дыхание с последующей остановкой взора**;**одновременно с движением руки наблюдаются обильные мимические и оральные комплексы оживления**.**  
  
Коррекция здесь, может быть, наиболее трудоемка и сложна как для ребенка, так и для психолога, так как основной мишенью является перестройка непродуктивных стереотипов и неэффективных формул движения**.** Однако достижение этой цели дает поразительный эффект в различных сферах психической жизни ребенка**.**  
  
Синкинезий **—** это непроизвольное оживление двигательной активности, не адекватное выполняемому действию, сопутствующее и мешающее ему**.** К приведенным выше примерам каждый специалист может добавить множество своих**.**  
  
Принципиально существуют два основных пути устранения синкинезий**.** Первый из них связан с тем, что синкинезий переводятся из непроизвольного движения в произвольное, т**.**е**.** становятся волевым актом (иногда доведенным до абсурда, но контролируемым ребенком сознательно)**.** Например, ребенку, у которого процесс письма сопровождается непроизвольными движениями ног, говорят**: «...**Нет уж, ты, пожалуйста, вместе с ногами**!».**  
  
Второй связан с блокировкой синкинезий, при которой ребенку придается такое положение тела, когда их появление сведено к минимуму, вплоть до абсолютной невозможности**.** Основной методический прием при этом заключается в фиксации одного из патологически **«**связанных**»**уровней с параллельной нагрузкой на другой**.** Затем фиксируется второй уровень, а первый нагружается определенными движениями, пока автономность движений по уровням не автоматизируется**.** Степень фиксации варьируется от максимально внешней до произвольно контролируемой самим ребенком**.**  
  
Например, имеют место обильные синкинезий (ноги, язык, мимика и т**.**п**.**), возникающие одновременно с движением руки**.** В этом случае можно рекомендовать**:**  
  
• используя утяжелитель, дать нагрузку на ту руку, действие которой вызывает наиболее яркие синкинезий с другими частями тела**;**  
  
• перенести произвольное внимание ребенка, например, на ноги**;** в этом^ случае ему предлагается, проговаривая какие-нибудь слова или скороговорки, -отстукивать ритм ногой**;**  
  
• удерживать в руке длительное статическое напряжение (например, вытянутые руки с сильно сжатыми кулаками)**;** ребенок при этом может петь песни, проговаривать скороговорки, вращать ногами **«**педали**»**, проделывать дыхательные или глазодвигательные упражнения**.**  
  
Иногда вам придется в буквальном смысле **«**зацементировать**»** ребенка**: вы**крепко обхватываете его руками, или он делает это сам, или он стоит на коленях перед столиком, подпирая голову руками**;** ноги в утяжелителях, челюсти сильно сжаты (в зубах **— «**баранка**»** или палочка)**.** И только когда ребенок находится в таком положении, можно приступать к выполнению глазодвигательных, графических и других упражнений**.**Не исключено, что и тут вы вынуждены будете фиксировать его голову или плечи**.**  
  
Формирование автономии по уровням логично начинать с устранения синкинезии **«**глаза **—**язык**»**, так как, во-первых, патологическая связь этих уровней довольно часто встречается у большинства детей, во-вторых, она является очень энергоемкой для организма в целом, в-третьих, оптимальное взаимодействие именно этих уровней необходимо для развития восприятия, речи, письма и т**.**д**.**  
  
134**.** Отработка автономных и сочетанных движений на уровнях глаз и языка**.** Голова фиксирована**.** Выполняются глазодвигательные упражнения (по четырем основным, четырем диагональным направлениям, от себя и к себе), описанные выше, в сочетании с фиксацией мышц языка и челюсти**:**  
  
а) сильно сжать челюсти**;** при необходимости можно попросить ребенка зажать зубами карандаш и т**.** п**.;**  
  
б) максимально открыть рот, язык спрятать**;**  
  
в) максимально открыть рот, максимально высунуть язык**.**  
  
**135.** Глаза фиксированы**.** Выполняются движения головой и языком (однонаправленные и разнонаправленные)**.**  
  
**136.** Голова фиксирована**.** Отработка однонаправленных и разнонаправленных движений глаз и языка**.** Иными словами, движения языка направлены в ту же или в противоположную от взора сторону**.**  
  
**137.** Отработка однонаправленных и разнонаправленных движений головы и глаз**.**  
  
**138.** Отработка однонаправленных и разнонаправленных движений языка (глаз) с руками и ногами**.**  
  
Очевидно, что все перечисленные упражнения постепенно, по мере усвоения, должны внедряться в описанные выше циклы и выполняться в положении лежа, сидя, стоя**.** По мере автономизации и автоматизации взаимодействия рук и ног они также включаются в эти блоки упражнений**.**

**5.3. Самостоятельная работа по теме:**

- разбор темы;

- отработка коррекционных методик;

- разбор пациентов, решение ситуативных задачь

**5.4. Итоговый контроль знаний:**

- ответы на вопросы по теме занятия;

- решение ситуационных задач, тестовых заданий по теме.

|  |  |
| --- | --- |
| 1. | СЕНСОРНАЯ АФАЗИЯ ГЛАВНЫМ ОБРАЗОМ СВЯЗАНА С НАРУШЕНИЕМ   1. Кинестетического фактора 2. Нарушение кинетического фактора 3. Акустического фактора 4. Пространственного фактора 5. Квазипространственного фактора |
| 2. | ВОССТАНОВЛЕНИЕ ФУНКЦИЙ ПУТЕМ РАСТОРМАЖИВАНИЯ НАЗЫВАЕТСЯ   1. Викариатом 2. Перестройкой функциональных систем 3. Спонтанным восстановлением 4. Снятием диашиза 5. Всеми перечисленными вариантами |
| 3. | ВОССТАНОВЛЕНИЕ ФУНКЦИЙ ПУТЕМ ИХ ПЕРЕМЕЩЕНИЯ В СОХРАННЫЕ ОТДЕЛЫ НАЗЫВАЕТСЯ   1. Викариатом 2. Перестройкой функциональных систем 3. Спонтанным восстановлением 4. Снятием диашиза 5. Всеми перечисленными вариантами |
| 4. | ПОРАЖЕНИЕ ЗОНЫ ТРО ПРИВОДИТ К   1. динамической афазии 2. сенсорной афазии 3. эфферентной моторной афазии 4. афферентной моторной афазии 5. амнестической афазии |
| 5. | Расстройства различных видов ощущений называются   1. агнозиями; 2. галлюцинациями; 3. сенсорными расстройствами; 4. иллюзиями; 5. апраксиями. |

Задачи:

|  |  |
| --- | --- |
| 1. | Больная Ю., 66 лет. В прошлом работала препода-  вателем средней школы. В психиатрической больнице находится  три года без выписки. Сознание ясное. Себя называет правильно,  но при беседе обнаруживается, что больная не помнит текущей  даты, не помнит своего возраста, не помнит, сколько времени на-  ходится в больнице, не помнит, как зовут лечащего врача. Настрое-  ние хорошее. На просьбу вспомнить, чем она занималась вчера, со-  общила следующее: «Вчера с утра были занятия, проходили тему  “Пушкин и декабристы“. А затем сидела на педсовете. Хулигана  Галкина опять обсуждали». |
| 2. | Больной З., 78 лет, колхозник. В течение несколь-  ких недель находился на лечении в психиатрической больнице,  жалуется лишь на отсутствие зрения на правый глаз, где имеет-  ся помутнение роговицы. В отделении спокоен, подсаживается 43  к больнымпожилоговозраста, очем-тоснимибеседует. Вобщении  с врачом, больными вежлив, предупредителен, даже несколько сла-  щав. Приветливо здоровается, но встретив врача через несколько  минут, приветствует его снова. Часто приоткрывает дверь в каби-  нет и вежливо осведомляется, не пришел ли консультант-окулист,  через пять минут спрашивает о том же. Числа, месяца, года назвать  не может. Видя вокруг людей в белых халатах, догадывается, что  его положили в больницу, но какую, не помнит. Рассказывает, что  только вчера приехал из деревни: «Вот лошадь во дворе привязал,  сейчас ходил сена ей давал». Вернувшись после консультации из  кабинета профессора, всем рассказывает с убеждением, что про-  фессор угощал его шампанским, сердился, когда ему говорили,  что этого не было. Любит рассказывать о днях своей молодости,  помнит события прошлых лет, правильно воспроизводит события  войны, в которой принимал участие. Перечисляет имена своих де-  тей, назвать имена внуков не может, говорит каждый раз разные.  Квалифицировать нарушения памяти и синдром. |
| 3. | Больной M., 23 лет, после тяжелой травмы головы  лечился в больнице в течение 6 месяцев с нарушениями памяти.  В то время не мог воспроизвести события пятилетней давности.  Спустя год после выписки: спокоен. Охотно отвечает на вопросы.  Обнаруживает амнезию на период, предшествующий травме. Не  помнит событий после травмы, амнезировал пребывание в трав-  матологическом отделении; месяцы, проведенные в психиатриче-  ской больнице. Помнит, что к нему «иногда» приезжали родители.  Помнит хорошо день выписки. С трудом вспомнил имена врачей  и медицинского персонала. Жалуется, что у него «плохая память»  : «все приходится записывать».  Квалифицировать нарушения памяти. |
| 4. | Больной с возмущением говорил: «Ужасные без-  образия творятся в этой клинике, вчера, например, меня посадили  в клетку, а до этого заставили вылезать на улицу через окно».  Определить нарушения памяти. |
| 5. | Больная 43 лет, поступает в психиатрическую боль-  ницу с одинаковыми состояниями в четвертый раз. Настроение  повышено, многоречива, деятельна, плохо спит. Читает наизусть  стихи Блока и страницы из произведений Чехова почти без оши-  бок, можно сверять с текстом. Когда такие состояния проходят, то  стихи помнит отрывками, а прозу воспроизвести не может.  Как называются такие временные нарушения памяти? |

1. **Домашнее задание для уяснения темы занятия**

* составление плана диагностического исследования ребёнка;
* составление плана коррекционного исследования ребёнка;
* ведение протокола исследования;
* супервизия работы студента с ребёнком;
* обсуждение результатов экспериментально-психологического исследования ребёнка;
* написание заключения экспериментально-психологического исследования;
* обсуждение и коррекция заключения экспериментально-психологического исследования.
* основные принципы, определяющие формирование психичес­ких функций в теории системной динамической локализации А.Р. Лурия.
* специфика использования основных понятий нейропсихологии «функция», «локализация», «симптом», «синдром», «фактор», «синдромный анализ» в нейропсихологии детского возраста.
* функциональные блоки мозга по А.Р. Лурия. Строение, функции.
* принцип гетерохронности в морфо- и функциогенезе. Внутри­системная и межсистемная гетерохронность.
* основные принципы системогенеза.
* показатели морфологического созревания мозга. Основные за­кономерности морфологического созревания мозга.
* функциональные критерии развития мозга. Основные законо­мерности функционального созревания мозговых структур.
* морфофункциональное созревание функциональных блоков мозга в онтогенезе.
* соотношение развития и влияния среды. Теории научения. Тео­рии созревания.

1. **Рекомендованная литература по теме занятия**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| №  п/п | Наименование | Издательство | Год  выпуска |

**Обязательная**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 1. | Лурия А.Р. Высшие корковые функции человека и их нарушения при локальных поражениях мозга / А.Р. Лурия. | СПб.: Питер | 2007 |
| 2. | Семенович А.В. Нейропсихологическая диагностика и коррекция в детском возрасте. | М.: Академия | 2002 |
| 3. | Семенович, А. В. Нейропсихологическая коррекция в детском возрасте. Метод замещающего онтогенеза: учебное пособие/ А. В. Семенович. - 2-е изд. | М.: Генезис | 2008 |
| 4. | Визель Т.Г. Основы нейропсихологии: учеб. для студентов вузов Т.Г. Визель. | М.: АСТАстрель Транзиткнига | 2005 |
| 5. | Клиническая психология / под ред. Карвасарского Б.Д. | СПб.: Питер | 2010 |
| 6. | Микадзе Ю.В. Нейропсихология детского возраста: Учебное пособие. | СПб.:Питер | 2008 |

**Дополнительная**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 1. | Психология. (Лекции для студентов медицинских вузов), Творогова Н. Д. | М.: ГОУ ВУНМЦ РФ | 2002 |
| 2. | Клиническая психология / под ред. М.Перре , У.Бауманна | СПб.: Питер | 2007 |
| 3. | Корсакова Н. К., Московичюте Л. И. Клиническая нейропсихология. | М.: МГУ | 1988 |

**Электронные ресурсы**

|  |  |
| --- | --- |
| 1. | ИБС КрасГМУ |
| 2. | БМ МедАрт |
| 3. | БД Ebsco |

Государственное бюджетное образовательное учреждение высшего профессионального образования «Красноярский государственный медицинский университет имени профессора В.Ф. Войно-Ясенецкого»

Министерства здравоохранения Российской Федерации

ГБОУ ВПО КрасГМУ им. проф. В.Ф. Войно-Ясенецкого Минздрава России

Кафедра нервных болезней с курсом медицинской реабилитации ПО

**МЕТОДИЧЕСКИЕ УКАЗАНИЯ**

**ДЛЯ ОБУЧАЮЩИХСЯ**

**по дисциплине «Спецпрактикум по коррекционно-развивающему обучению с супервизией»**

**для специальности** 030401 Клиническая психология (очно-заочная форма обучения)

**К СЕМИНАРСКОМУ** **ЗАНЯТИЮ № 28**

**ТЕМА:** **«Формирование и коррекция базовых сенсомоторных (одновременных и реципрокных) взаимодействий».**

Утверждены на кафедральном заседании протокол .

Заведующий кафедрой

Доктор медицинских наук, профессор Прокопенко С.В.

Составители: доктор медицинских наук, профессор Прокопенко С.В.

кандидат медицинских наук, доцент Харламова Г.В.

кандидат медицинских наук, ассистент Можейко Е.Ю.

доктор медицинских наук, профессор Похабов Д.В.

доктор медицинских наук, профессор Народова В.В.

кандидат медицинских наук, доцент Дроздова Л.Н.

доктор медицинских наук, профессор Колесникова И.В.

ассистент Швецова И.Н.

Красноярск

2013г.

**1. Занятие №28**

**Тема:** «Формирование и коррекция базовых сенсомоторных (одновременных и реципрокных) взаимодействий**»**

**2. Форма организации занятия:** семинар – в интерактивной форме.

**3. Значение изучения темы:**

В клиническойпрактике нейропсихологический метод занимает особое место в ряду научных дисциплин, обращенных к проблеме онтогенеза в норме и патологии. Только он позволяет оценить и описать те системно-динамические перестройки, которые сопровождают психическое развитие ребенка с точки зрения его мозгового обеспечения. Но описать — это значит понять. Понять глубинные механизмы его психического статуса и спланировать адекватную онтогенезу именно этого, конкретного ребенка программу психолого-педагогического сопровождения.

**4. Цели обучения:** освоения учебной дисциплины «Спецпрактикум по коррекционно-развивающему обучению с супервизией» состоит в овладении знаниями психологической диагностики заболеваний, психологической помощи и восстановлению психических функций.

**Студент должен знать**:

* закономерности формирования мозговой организации психических процессов, специфику детского мозга, строение, состав мозговых зон, вовлекаемых в работу нейрофизиологических функциональных систем;
* специфику нейропсихологического исследования детей и возможности использования их как в клинической практике, так и психолого-педагогической деятельности.

**Студент должен уметь:**

* применять полученные знания при решении психолого-педагогических задач;
* квалифицировать затруднения, возникающие у детей в ходе учебной деятельности и прогнозировать успешность ребенка в различных видах деятельности, в том числе и обучении, на основе нейропсихологического анализа;
* организовывать нейропсихологическое обследование, коррекцию детей дошкольного и младшего школьного возраста.

**Студент должен владеть:**

* категориальным аппаратом нейропсихологии детского возраста;
* навыками организации нейропсихологической диагностики, коррекции и реабилитации в детском возрасте.

**5. План изучения темы:**

**5.1. Контроль исходного уровня знаний.**

Тесты:

|  |  |
| --- | --- |
| 1. | КТО ВПЕРВЫЕ РАЗРАБОТАЛ МЕТОД КОЛИЧЕСТВЕННОЙ ОЦЕНКИ РАЗВИТИЯ ПСИХИКИ И ИНТЕЛЛЕКТА РЕБЁНКА   1. Альфред Бине 2. Жан Демор 3. Поль Гонкур 4. Филипп Пинель 5. Юрий Микадзе |
| 2. | КТО ВПЕРВЫЕ РАЗРАБОТАЛ МЕТОД КОЛИЧЕСТВЕННОЙ ОЦЕНКИ РАЗВИТИЯ ПСИХИКИ И ИНТЕЛЛЕКТА РЕБЁНКА   1. Жан Демор 2. Томас Симон 3. Поль Гонкур 4. Филипп Пинель 5. Юрий Микадзе |
| 3. | ПРОЦЕСС ДЛИТЕЛЬНОГО ОГРАНИЧЕНИЯ ВОЗМОЖНОСТЕЙ УДОВЛЕТВОРЕНИЯ ПОТРЕБНОСТЕЙ РЕБЁНКА НАЗЫВАЕТСЯ   1. деменция; 2. девиация; 3. депривация; 4. деперсонализация; 5. деградация. |
| 4. | ВЫСШИЕ ПСИХИЧЕСКИЕ ФУНКЦИИ ЧЕЛОВЕКА ИМЕЮТ СЛЕДУЮЩИЕ ХАРАКТЕРИСТИКИ:   1. реактивности 2. социальности 3. непроизвольности 4. непосредованности 5. целесообразности |
| 5. | ВЫСШИЕ ПСИХИЧЕСКИЕ ФУНКЦИИ ЧЕЛОВЕКА ИМЕЮТ СЛЕДУЮЩИЕ ХАРАКТЕРИСТИКИ:   1. реактивности 2. асоциальности 3. произвольности 4. непосредованности 5. целесообразности |

**5.2 Основные положения и понятия темы**

На формирование одновременных и реципрокных координации оказывают положительное влияние не только упражнения, включающие взаимодействия рук или ног, но также и сочетанные движения правой и левой половин тела**.**  
  
**Упражнения лежа на спине**  
  
139**.** Ноги и руки вытянуты вверх перпендикулярно полу и перекрещены Х-образно**;** одновременно оттягивается вверх носок (пятка) правой ноги и кисть левой руки, расслабление, то же **—** для левой ноги и правой руки**;** повторить для одноименных руки и ноги**.**  
  
**140.** Ноги согнуты в коленях, стопы стоят на полу, прямые руки вытянуты в стороны**.** Руки одновременно передвигаются по полу (одна **—** вверх, другая **—** вниз) таким образом, что одна рука оказывается вытянутой вверх, а другая **—** лежащей вдоль тела**.** При этом голова наклоняется в сторону верхней руки, а колени **—** в сторону нижней руки, и наоборот**.**  
  
**141.** Модифицированный вариант **«**велосипеда**» —**ребенок имитирует ногами езду на велосипеде, касаясь при этом локтем (ладонью) противоположного колена, одноименного колена, затем снова противоположного колена**.**  
  
142**.** Фиксированы позиции головы и туловища**.** Выполняются одновременные движения глаз, языка, рук и ног**:** вверх, вниз, вправо, влево, сведение к центру (конвергенция глаз, сжатые челюсти, перекрест рук и перекрест ног)**.**  
  
143**.** Фиксированы глаза (взгляд прямо перед собой) и туловище**.** Выполняются одновременные движения головы, языка, рук и ног**:** вверх, вниз, вправо, влево, сведение к центру (голова прямо, сжатые челюсти, перекрест рук и перекрест ног)**.**  
  
144**.** Фиксированы туловище и язык **—** язык высовывается с напряжением вперед и удерживается в этом положении**.** Выполняются одновременные движения головы, глаз, рук и ног**:** вверх, вниз, вправо, влево, сведение к центру (голова прямо, конвергенция глаз, перекрест рук и перекрест ног)**.**  
  
145**.** Фиксированы туловище и руки **—** руки прижаты к груди в положении тройного сгибания (в плечевых, локтевых и лучезапястных суставах)**.**Выполняются одновременные движения головы, глаз, языка и ног (так же, как в упр**.** 144)**.**  
  
146**.** Фиксированы туловище и ноги в положении тройного сгибания (в тазобедренных, коленных и голеностопных суставах)**.** Выполняются одновременные движения головы, глаз, языка и рук (так же, как в упр**.** 144 и 145)**.**  
  
147**.** Фиксированы глаза, руки и ноги, т**.** е**.** те части тела, которые обеспечивают пространственно-координационную функцию тела**.** Ребенок выполняет повороты туловища**.»** сначала медленные повороты в одну, затем в другую сторону при фиксированных голове и взгляде, сцепленных руках и ногах**.** Потом в движение вместе с туловищем вовлекается голова**.** После этого отрабатываются вертикальные осевые движения (ось **«**голова **—** копчик**»**) с поднятием тазового пояса**;** плечевого пояса**;** одновременно тазового и плечевого поясов**.**  
  
Затем все перечисленные упражнения выполняются разнонаправленно во всех вариантах**.**  
  
**Упражнения сидя**  
  
Отработка сочетанных движений глаз, языка и рук сначала выполняется в ? свободном темпе, а затем **—** под хлопки взрослого, ритмичную музыку и т**.** п**.**  
  
148**.** Язык фиксирован в одном из положений**:** сильно сжатые челюсти**;** максимально открытый рот, язык спрятан**;** сильно открытый рот, максимально высунутый вперед язык**.** Выполняются сочетанные движения рук и глаз**:**  
  
а) руки лежат на коленях параллельно друг другу**;** попеременно то правая рука ударяет по правому колену, то левая **—** по левому, одновременно с ударом выполняется движение глаз в одноименную с рукой, затем в противоположную от руки сторону**;**  
  
б) перекрещенные руки лежат на коленях**;** попеременно то правая рука ударяет по левому колену, то левая **—** по правому, одновременно с ударом выполняется движение глаз в одноименную с рукой, а затем в противоположную от руки сторону**.** J  
  
149**.** Взгляд фиксирован прямо перед собой**.** Выполняются сочетанные движения языка и рук аналогично описанным в упр**.** 148**.**  
  
150**.** Сочетанные движения рук, глаз и языка**.** Сначала руки располагаются на коленях параллельно друг другу, а затем перекрещиваются**.** Ребенок попеременно хлопает ладонями по коленям, при этом глаза и язык двигаются следующим образом**:**   
  
а) глаза вместе с языком двигаются сначала за ладонью, затем от нее**;**  
  
б) глаза фиксированы прямо перед собой, язык двигается за ладонью, от нее**;!**  
  
в) язык фиксирован в одном из приведенных выше положений, глаза двигаются за ладонью, от нее**;**  
  
г) глаза двигаются за ладонью, язык **—** от нее**;**  
  
д) язык двигается за ладонью, глаза **—** от нее**.**  
  
151**.** Руки, сжатые в кулак, лежат на коленях (вытянуты вперед**;** в стороны), большие пальцы вверх**.** Движения руками выполняются однонаправленно и разнонаправленно с глазами и языком**.** Это же упражнение выполняется стоя с опущенными, **поднятыми**,**вытянутыми**вперед или в стороны руками**.**  
  
**Упражнения стоя на четвереньках**  
  
152**.** Ползание вперед, назад, вправо **и**влево (на локтях**:** на кистях) с одновременным передвижением одноименных руки и ноги, затем противоположных руки и ноги**.** При этом руки вначале располагаются параллельно друг другу7, затем **—** перекрещиваются, т**.**е**.** при движении с каждым **«**шагом**»** правая рука заходит за левую, затем левая **—** за правую **и**т**.**д**.** Ноги передвигаются параллельно друг другу**.**  
  
153**.** Сочетанные движения глаз, языка, рук **и**ног, ползая на четвереньках (вперед, назад, вправо, влево)**.** Руки и ноги двигаются в последовательности, приведенной в упр**.** 152, при этом глаза и язык совершают следующие движения**:**  
  
а) глаза вместе с языком двигаются сначала за ладонью, затем от нее**;**  
  
б) глаза фиксированы прямо перед собой, язык двигается за ладонью, от нее**;**  
  
в) язык фиксирован в одном из приведенных выше положений, глаза двигаются за ладонью, от нее**;**  
  
г) глаза двигаются за ладонью, язык **—** от нее**;**  
  
д) язык двигается за ладонью, глаза **—** от нее**.**  
  
**Упражнения стоя**  
  
154**.** Перекрестные и односторонние движения**.** На первом этапе ребенок медленно шагает, попеременно касаясь то правой, то левой рукой до противоположного колена (перекрестные движения)**.** Психолог на этапе освоения упражнения отсчитывает 12 раз в медленном темпе**.** На втором этапе ребенок также шагает, но уже касаясь одноименного колена (односторонние движения)**.** Так же 12 раз**.** На третьем и пятом этапах**—** перекрестные движения, на четвертом **—** односторонние**.**  
  
Обязательное условие **—** начинать и заканчивать упражнение перекрестными движениями**.** После того как ребенок освоил данное упражнение под счет психолога, можно предложить ему вести счет самостоятельно **—** считая и контролируя последовательность и переключение с движения на движение**.** Более сложный вариант этого упражнения **—** нагрузка зрительного анализатора, когда ребенок следит глазами за предметом, который перемещает психолог, или когда ребенок переводит глаза по словесной инструкции**.**  
  
155**.** «Цыганочка**».** И**.** п**. —** поставить ноги на ширине плеч, руки опущены**.** Дотронуться правой рукой до поднятого левого колена, вернуться в и**.** п**.**, затем сзади дотронуться левой рукой до правой **пятки**(согнутая в колене правая нога отводится назад)**.** Вернуться в и**.**п**.** Повторить соответственно для левой руки **и**правого колена и правой руки и левой пятки**.** Повторить весь **цикл**3 раза**.**  
  
**156.** Рисование **на**доске, стене, листе бумаги сначала поочередно каждой рукой, а затем одновременно обеими**.** Чрезвычайно важно, чтобы двигались **обе**руки **—** в одну сторону, в противоположные, навстречу друг другу и т**.**д**. Снача**ла ребенок рисует прямые линии **—**вертикальные, горизонтальные, наклонные**;** затем **—** разнообразные круги, овалы, восьмерки и орнаменты в разных положениях**;** одинаковые и разные фигуры на левой и правой половинах листа (вначале **—** ближе к центру, затем **—** ближе к краям листа)**;** одно симметрично расположенное изображение**;** законченный сюжетный рисунок**.** Отметим еще раз необходимость отработки каждого из упражнений сначала каждой рукой отдельно, а уже потом двумя руками вместе**.**  
  
**157. «**Ладушки**».** Эта игра одной из первых появляется в опыте любого ребенка**.** Если он с ней не знаком **—** научите его играть сначала в классическом варианте, но не только руками, но и лежа **—** ногами**.** Затем усложните задачу**:**  
  
а) хлопок в ладоши, хлопок двумя руками с партнером (руки у обоих перекрещены), хлопок, хлопок с партнером **— «**левая **—**правая**»**, хлопок, хлопок с партнером **— «**правая**—**левая**».** Далее увеличивается число движений за счет соединения классического и данного вариантов**.**Аналогично **—** ногами**;**  
  
б) **«**кулак**—**ладонь**»:** руки ребенка все время повернуты ладонями друг к другу**;** хлопок в ладоши, удар кулака о ладонь, хлопок, удар другой ладони о кулак**.** Играя в паре, ребенок после хлопка удар **«**кулак**—**ладонь**»** делает с вами**.** Еще более сложный вариант **—** удар **«**кулак**—**ладонь**»**делается с партнером перекрещенными руками (впереди то левая, то правая рука)**;**  
  
в) **«**ладушки**»** с разворотами ладоней**:** классический вариант, в котором хлопки с партнером осуществляются так, что одна ладонь ребенка смотрит вниз, а другая **—** вверх (или ставятся друг на друга ребрами)**;**  
  
г) после хлопка ребенок **«**здоровается**»** с партнером, как в классическом варианте, соприкасаясь с ним стопами, коленями, бедрами, локтями, плечами**.**  
  
**158.** Встать у стены, ноги на ширине плеч, ладони лежат на стене на уровне глаз**.** Ребенок передвигается вдоль стены на 3 **—** 5 м вправо, а затем**—** влево**.** Сначала двигаются одноименные, а потом противоположные рука и нога**:** а) руки и ноги параллельны**;** б) руки перекрещены, ноги параллельны**;** в) ноги перекрещены, руки параллельны**;** г) руки перекрещены, ноги перекрещены**.**  
  
В более сложном варианте это упражнение выполняется с вытянутыми вверх руками**;** ребенок при этом смотрит прямо перед собой или закрывает глаза**.**  
  
**159.** Прыжки на месте на двух ногах**:**  
  
а) чередование прыжков**:** ноги врозь (предмет, например мяч, лежит на полу, между стопами ног) и ноги вместе (предмет **—** то у носков, то у пяток ног)**;**  
  
б) чередование прыжков ноги врозь и ноги скрестно, поочередно правая и левая нога впереди (предмет, например гимнастическая палка, лежит между стопами ног)**.**  
  
Это же упражнение выполняется с движением рук в ту же сторону, что и^ ноги, затем **—** в противоположную**.**  
  
**160.** Прыжки с продвижением, в качестве ориентира используется линия на полу между стопами ног**:**  
  
а) чередование прыжков нога врозь и нога скрестно (поочередно впереди то **пра**вая, то левая нога)**;** то же, но с аналогичным движением рук, вытянутых прямо перед собой, **—** сверху рука, одноименная (противоположная) стоящей впереди ноге**;**  
  
б) чередование прыжков ноги врозь, руки скрестно перед собой и ноги скрестно, руки перед собой параллельно друг другу**.**  
  
Это же упражнение выполняется с движением рук в ту же сторону, что и ноги, затем движения выполняются разнонаправленно**.**  
  
**161.** Беговые упражнения с прямым и перекрестным перешагиванием через гимнастические палки, уложенные параллельно друг другу, под углом **—** в виде ломаной линии**;** по ориентирам (меловая разметка, кольца и т**.**д**.**)**.**  
  
Следующий блок упражнений может выполняться лежа, сидя или стоя**.** Необходимо каждое из них делать в три этапа**:** 1) руки прямые (опущены, подняты или вытянуты)**;** 2) кисти фиксированы на плечах, локти свободны**;** 3) руки прижаты к груди, кисти свободны**.**  
  
**162. «**Птенчики**».** Рот широко открывается **—** так, чтобы тянулись уголки **рта,**а затем плотно закрывается**.** Руки согнуты в локтях, ладони на уровне плеч, разжимать и сжимать кулаки, одновременно открывая и закрывая рот, и наоборот**:** сжимая кулак, открывать рот**.** Удерживать рот открытым (2 **—** 3 с), согласовывая это с движением рук**.**  
  
**163. «**Жало змеи**».** Ребенок изображает языком жало змеи, резко выкидывая язык вперед с силой (до боли)**.** Затем одновременно с языком жало змеи имитируют руки (согнутые в локтях руки выбрасываются вперед и возвращаются в исходное положение)**.** Затем руки и язык двигаются разнонаправленно**.**  
  
**164. «**Обезьянка**».** Ребенок изображает обезьянку, которая гримасничает перед зеркалом**:**  
  
а) двигает нижней челюстью вперед-назад**;** то же **—** с одновременным движением рук вперед-назад**;** затем руки и челюсть двигаются разнонаправленно**;**  
  
б) двигает челюсть вправо-влево**;** то же **—** с перемещением рук в ту же сторону, что и челюсть**;** затем руки и челюсть двигаются в разные стороны**;**  
  
в) язык и челюсть двигаются в одну сторону, затем в разные стороны**;**  
  
г) одновременное движение глаз и челюсти в одну сторону, а затем в разные стороны**.**  
  
**165. «**Трубочка**».** Ребенок вытягивает губы **«**трубочкой**»** вперед, а затем растягивает их в улыбке**.** Это упражнение выполняется**:**  
  
а) с одновременным вытягиванием рук вперед, когда ребенок делает **«**трубочку**»** и приведением ладоней к плечам во время выполнения**«**улыбки**»;** затем **—** наоборот**: «**трубочка**» —** руки к плечам (груди), **«**улыбка**» —** руки вверх (вперед) и т**.**д**.;**  
  
б) вытягивание губ **«**трубочкой**»** вправо и влево**;** то же **—** с одновременным перемещением рук в ту же сторону, что и губы, а затем **—** с движением рук в противоположную сторону (например, губы **—** вправо, руки **—** влево)**;**  
  
в) вытягивание губ **«**трубочкой**»** вправо и влево с одновременным движением языка в ту же сторону, затем в противоположную**;**  
  
г) вытягивание губ **«**трубочкой**»** вправо и влево с одновременными движениями глаз в ту же, а затем в противоположную сторону**;**  
  
д) вытянутые губы **«**трубочкой**»** вращать по кругу (направо, затем налево)**.**  
  
**166. «**Качели**».** Ребенок изображает языком движение качелей**:** поднимает язык вверх, опускает его вниз**;** то же **—** с одновременным движением рук сначала в ту же, что и язык, а затем в противоположную ему сторону**.** Те же движения языка сочетать с движениями глаз**.**  
  
**167. «**Часы**».** Движение языка к уголкам рта направо и налево, то же **—** с одновременным перемещением рук в ту же сторону, что и язык, а затем в противоположную ему сторону**.** Сочетать движения языка с движениями глаз**.**  
  
**168. «**Хомяк**».** Ребенок изображает хомяка, который идет по лесу**.** Вот какой он сытый (облизаться, надуть обе щеки, развести руки), а такой **—**голодный (втянуть щеки, пощелкать зубами, обнять себя)**.** Идет и гоняет зерно из одной щеки в другую (поочередно надувать щеки в такт с руками)**.** Влез в узкую норку и выплюнул зерно (бить кулачками по надутым щекам, с силой и шумом выдохнуть)**.** Это задание необходимо дополнить любыми выразительными движениями рук, ног, всего тела**.**

**5.3. Самостоятельная работа по теме:**

- разбор темы;

- отработка коррекционных методик;

- разбор пациентов, решение ситуативных задачь

**5.4. Итоговый контроль знаний:**

- ответы на вопросы по теме занятия;

- решение ситуационных задач, тестовых заданий по теме.

|  |  |
| --- | --- |
| 1. | ВЫСШИЕ ПСИХИЧЕСКИЕ ФУНКЦИИ ЧЕЛОВЕКА ИМЕЮТ СЛЕДУЮЩИЕ ХАРАКТЕРИСТИКИ:   1. реактивности 2. асоциальности 3. непроизвольности 4. опосредованности 5. целесообразности |
| 2. | ПОНЯТИЕ «ВЫСШИЕ ПСИХИЧЕСКИЕ ФУНКЦИИ» БЫЛО ВВЕДЕНО В ПСИХОЛОГИЮ И СМЕЖНЫЕ ОБЛАСТИ ЗНАНИЯ   1. П.Я.Гальпериным; 2. Л.С.Выготским 3. В.П.Кащенко; 4. М.С.Певзнер; 5. П.П.Блонским. |
| 3. | ХРОНОЛОГИЧЕСКИЙ ПОКАЗАТЕЛЬ ЗАКОНОМЕРНОСТЕЙ  ПСИХИЧЕСКОГО ДИЗОНТОГЕНЕЗА ПОЗВОЛЯЕТ   1. определить специфику первичного дефекта по качеству нарушения; 2. определить специфику связи первичного и вторичного дефектов; 3. определить функциональную локализацию нарушения развития; 4. определить специфику вторичного дефекта; 5. определить количественное нарушение развития. |
| 4. | У ДЕТЕЙ С МЕДИЦИНСКИМ ДИАГНОЗОМ «УМСТВЕННАЯ ОТСТАЛОСТЬ (ОЛИГОФРЕНИЯ)» БУДУТ ПРОЯВЛЯТЬСЯ, В ПЕРВУЮ ОЧЕРЕДЬ, СЛЕДУЮЩИЕ КЛИНИКО-ПСИХОЛОГИЧЕСКИЕ ПРИЗНАКИ   1. снижение остроты зрения до 0,04; 2. акцентуация характера по шизоидному типу; 3. выраженное речевое и моторное недоразвитие 4. распад мнестических функций; 5. нарушения слуха |
| 5. | ПРОЦЕСС ФУНКЦИОНАЛЬНОЙ ПЕРЕСТРОЙКИ СОХРАННЫХ  ФУНКЦИЙ И ЗАМЕЩЕНИЕ НАРУШЕННЫХ НАЗЫВАЕТСЯ   1. дизонтогенез; 2. коррекция; 3. депривация; 4. компенсация; 5. акселерация. |

Задачи:

|  |  |
| --- | --- |
| 1. | Больная Ю., 66 лет. В прошлом работала препода-  вателем средней школы. В психиатрической больнице находится  три года без выписки. Сознание ясное. Себя называет правильно,  но при беседе обнаруживается, что больная не помнит текущей  даты, не помнит своего возраста, не помнит, сколько времени на-  ходится в больнице, не помнит, как зовут лечащего врача. Настрое-  ние хорошее. На просьбу вспомнить, чем она занималась вчера, со-  общила следующее: «Вчера с утра были занятия, проходили тему  “Пушкин и декабристы“. А затем сидела на педсовете. Хулигана  Галкина опять обсуждали». |
| 2. | Больной З., 78 лет, колхозник. В течение несколь-  ких недель находился на лечении в психиатрической больнице,  жалуется лишь на отсутствие зрения на правый глаз, где имеет-  ся помутнение роговицы. В отделении спокоен, подсаживается 43  к больнымпожилоговозраста, очем-тоснимибеседует. Вобщении  с врачом, больными вежлив, предупредителен, даже несколько сла-  щав. Приветливо здоровается, но встретив врача через несколько  минут, приветствует его снова. Часто приоткрывает дверь в каби-  нет и вежливо осведомляется, не пришел ли консультант-окулист,  через пять минут спрашивает о том же. Числа, месяца, года назвать  не может. Видя вокруг людей в белых халатах, догадывается, что  его положили в больницу, но какую, не помнит. Рассказывает, что  только вчера приехал из деревни: «Вот лошадь во дворе привязал,  сейчас ходил сена ей давал». Вернувшись после консультации из  кабинета профессора, всем рассказывает с убеждением, что про-  фессор угощал его шампанским, сердился, когда ему говорили,  что этого не было. Любит рассказывать о днях своей молодости,  помнит события прошлых лет, правильно воспроизводит события  войны, в которой принимал участие. Перечисляет имена своих де-  тей, назвать имена внуков не может, говорит каждый раз разные.  Квалифицировать нарушения памяти и синдром. |
| 3. | Больной M., 23 лет, после тяжелой травмы головы  лечился в больнице в течение 6 месяцев с нарушениями памяти.  В то время не мог воспроизвести события пятилетней давности.  Спустя год после выписки: спокоен. Охотно отвечает на вопросы.  Обнаруживает амнезию на период, предшествующий травме. Не  помнит событий после травмы, амнезировал пребывание в трав-  матологическом отделении; месяцы, проведенные в психиатриче-  ской больнице. Помнит, что к нему «иногда» приезжали родители.  Помнит хорошо день выписки. С трудом вспомнил имена врачей  и медицинского персонала. Жалуется, что у него «плохая память»  : «все приходится записывать».  Квалифицировать нарушения памяти. |
| 4. | Больной с возмущением говорил: «Ужасные без-  образия творятся в этой клинике, вчера, например, меня посадили  в клетку, а до этого заставили вылезать на улицу через окно».  Определить нарушения памяти. |
| 5. | Больная 43 лет, поступает в психиатрическую боль-  ницу с одинаковыми состояниями в четвертый раз. Настроение  повышено, многоречива, деятельна, плохо спит. Читает наизусть  стихи Блока и страницы из произведений Чехова почти без оши-  бок, можно сверять с текстом. Когда такие состояния проходят, то  стихи помнит отрывками, а прозу воспроизвести не может.  Как называются такие временные нарушения памяти? |

1. **Домашнее задание для уяснения темы занятия**

* составление плана диагностического исследования ребёнка;
* составление плана коррекционного исследования ребёнка;
* ведение протокола исследования;
* супервизия работы студента с ребёнком;
* обсуждение результатов экспериментально-психологического исследования ребёнка;
* написание заключения экспериментально-психологического исследования;
* обсуждение и коррекция заключения экспериментально-психологического исследования.
* основные принципы, определяющие формирование психичес­ких функций в теории системной динамической локализации А.Р. Лурия.
* специфика использования основных понятий нейропсихологии «функция», «локализация», «симптом», «синдром», «фактор», «синдромный анализ» в нейропсихологии детского возраста.
* функциональные блоки мозга по А.Р. Лурия. Строение, функции.
* принцип гетерохронности в морфо- и функциогенезе. Внутри­системная и межсистемная гетерохронность.
* основные принципы системогенеза.
* показатели морфологического созревания мозга. Основные за­кономерности морфологического созревания мозга.
* функциональные критерии развития мозга. Основные законо­мерности функционального созревания мозговых структур.
* морфофункциональное созревание функциональных блоков мозга в онтогенезе.
* соотношение развития и влияния среды. Теории научения. Тео­рии созревания.

1. **Рекомендованная литература по теме занятия**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| №  п/п | Наименование | Издательство | Год  выпуска |

**Обязательная**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 1. | Лурия А.Р. Высшие корковые функции человека и их нарушения при локальных поражениях мозга / А.Р. Лурия. | СПб.: Питер | 2007 |
| 2. | Семенович А.В. Нейропсихологическая диагностика и коррекция в детском возрасте. | М.: Академия | 2002 |
| 3. | Семенович, А. В. Нейропсихологическая коррекция в детском возрасте. Метод замещающего онтогенеза: учебное пособие/ А. В. Семенович. - 2-е изд. | М.: Генезис | 2008 |
| 4. | Визель Т.Г. Основы нейропсихологии: учеб. для студентов вузов Т.Г. Визель. | М.: АСТАстрель Транзиткнига | 2005 |
| 5. | Клиническая психология / под ред. Карвасарского Б.Д. | СПб.: Питер | 2010 |
| 6. | Микадзе Ю.В. Нейропсихология детского возраста: Учебное пособие. | СПб.:Питер | 2008 |

**Дополнительная**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 1. | Психология. (Лекции для студентов медицинских вузов), Творогова Н. Д. | М.: ГОУ ВУНМЦ РФ | 2002 |
| 2. | Клиническая психология / под ред. М.Перре , У.Бауманна | СПб.: Питер | 2007 |
| 3. | Корсакова Н. К., Московичюте Л. И. Клиническая нейропсихология. | М.: МГУ | 1988 |

**Электронные ресурсы**

|  |  |
| --- | --- |
| 1. | ИБС КрасГМУ |
| 2. | БМ МедАрт |
| 3. | БД Ebsco |

Государственное бюджетное образовательное учреждение высшего профессионального образования «Красноярский государственный медицинский университет имени профессора В.Ф. Войно-Ясенецкого»

Министерства здравоохранения Российской Федерации

ГБОУ ВПО КрасГМУ им. проф. В.Ф. Войно-Ясенецкого Минздрава России

Кафедра нервных болезней с курсом медицинской реабилитации ПО

**МЕТОДИЧЕСКИЕ УКАЗАНИЯ**

**ДЛЯ ОБУЧАЮЩИХСЯ**

**по дисциплине «Спецпрактикум по коррекционно-развивающему обучению с супервизией»**

**для специальности** 030401 Клиническая психология (очно-заочная форма обучения)

**К СЕМИНАРСКОМУ** **ЗАНЯТИЮ № 29**

**ТЕМА:** **«Коррекция кинетических процессов».**

Утверждены на кафедральном заседании протокол .

Заведующий кафедрой

Доктор медицинских наук, профессор Прокопенко С.В.

Составители: доктор медицинских наук, профессор Прокопенко С.В.

кандидат медицинских наук, доцент Харламова Г.В.

кандидат медицинских наук, ассистент Можейко Е.Ю.

доктор медицинских наук, профессор Похабов Д.В.

доктор медицинских наук, профессор Народова В.В.

кандидат медицинских наук, доцент Дроздова Л.Н.

доктор медицинских наук, профессор Колесникова И.В.

ассистент Швецова И.Н.

Красноярск

2013г.

**1. Занятие №29**

**Тема:** «Коррекция кинетических процессов».

**2. Форма организации занятия:** семинар – в интерактивной форме в виде дебатов.

**3. Значение изучения темы:**

В клиническойпрактике нейропсихологический метод занимает особое место в ряду научных дисциплин, обращенных к проблеме онтогенеза в норме и патологии. Только он позволяет оценить и описать те системно-динамические перестройки, которые сопровождают психическое развитие ребенка с точки зрения его мозгового обеспечения. Но описать — это значит понять. Понять глубинные механизмы его психического статуса и спланировать адекватную онтогенезу именно этого, конкретного ребенка программу психолого-педагогического сопровождения.

**4. Цели обучения:** освоения учебной дисциплины «Спецпрактикум по коррекционно-развивающему обучению с супервизией» состоит в овладении знаниями психологической диагностики заболеваний, психологической помощи и восстановлению психических функций.

**Студент должен знать**:

* закономерности формирования мозговой организации психических процессов, специфику детского мозга, строение, состав мозговых зон, вовлекаемых в работу нейрофизиологических функциональных систем;
* специфику нейропсихологического исследования детей и возможности использования их как в клинической практике, так и психолого-педагогической деятельности.

**Студент должен уметь:**

* применять полученные знания при решении психолого-педагогических задач;
* квалифицировать затруднения, возникающие у детей в ходе учебной деятельности и прогнозировать успешность ребенка в различных видах деятельности, в том числе и обучении, на основе нейропсихологического анализа;
* организовывать нейропсихологическое обследование, коррекцию детей дошкольного и младшего школьного возраста.

**Студент должен владеть:**

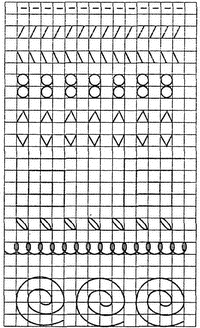
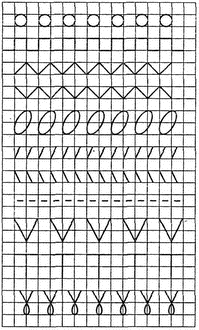
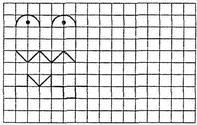
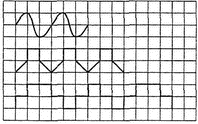
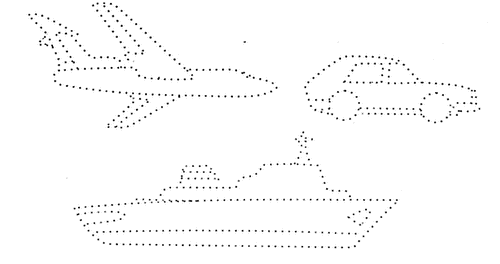
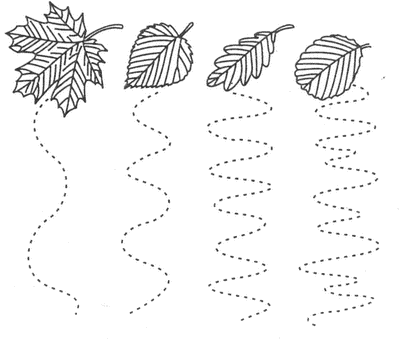
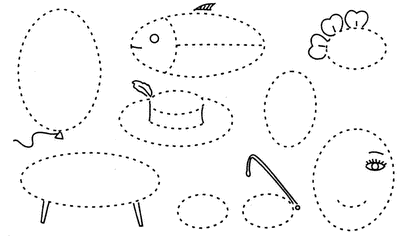
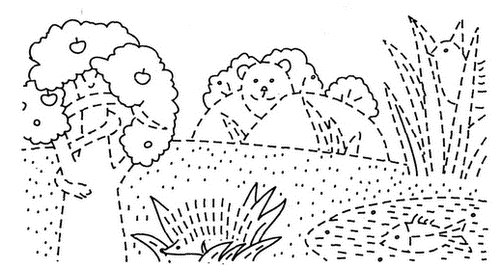
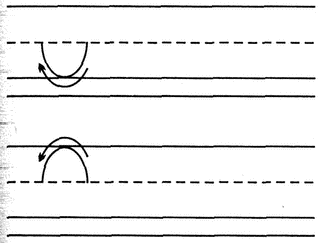
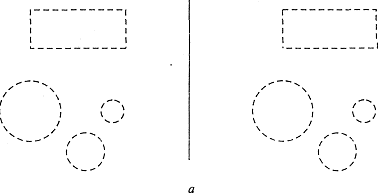
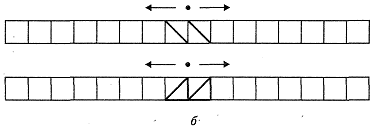
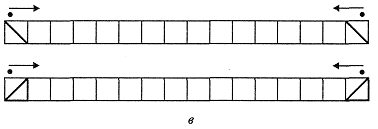
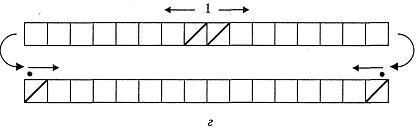
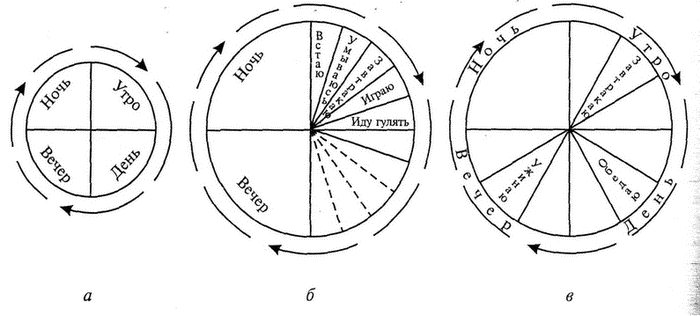
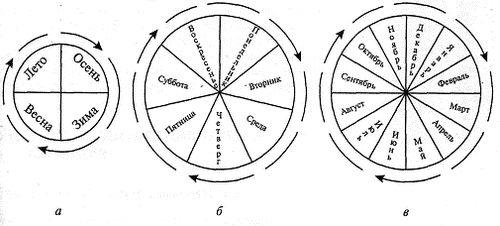
* категориальным аппаратом нейропсихологии детского возраста;
* навыками организации нейропсихологической диагностики, коррекции и реабилитации в детском возрасте.

**5. План изучения темы:**

**5.1. Контроль исходного уровня знаний.**

|  |  |
| --- | --- |
| 1. | ИСКАЖЕННОЕ ПСИХИЧЕСКОЕ РАЗВИТИЕ РЕБЁНКА ПРОЯВЛЯЕТСЯ В СЛЕДУЮЩЕМ КЛИНИЧЕСКОМ ПРИЗНАКЕ   1. аутизм; 2. афазия; 3. апраксия; 4. алекия; 5. агнозия |
| 2. | ИСКАЖЕННОЕ ПСИХИЧЕСКОЕ РАЗВИТИЕ РЕБЁНКА ПРОЯВЛЯЕТСЯ В СЛЕДУЮЩЕМ КЛИНИЧЕСКОМ ПРИЗНАКЕ   1. алекия; 2. афазия; 3. апраксия; 4. асинхрония; 5. агнозия |
| 3. | ЧТО ПОЗВОЛЯЕТ ПОКАЗАТЕЛЬ НАРУШЕНИЯ МЕЖФУНКЦИОНАЛЬНОГО ВЗАИМОДЕЙСТВИЯ   1. определить функциональную локализацию нарушения развития; 2. определить специфику связи первичного и вторичного дефектов; 3. определить разные уровни проявлений асинхронии развития; 4. определить специфику первичного дефекта; 5. определить специфику вторичного дефекта. |
| 4. | В ОСНОВУ СОВРЕМЕННОЙ КЛАССИФИКАЦИИ ПСИХИЧЕСКОГО ДИЗОНТОГЕНЕЗА, ПРЕДЛОЖЕННОЙ В.В.ЛЕБЕДИНСКИМ, ПОЛОЖЕН ПРИНЦИП   1. структурно-функциональный; 2. клинический; 3. эмпирический; 4. эклектический; 5. биохимический. |
| 5. | В КАКОЙ КАТЕГОРИИ АНОМАЛЬНЫХ ДЕТЕЙ ПРОЯВЛЯЕТСЯ ДЕФИЦИТАРНОЕ ПСИХИЧЕСКОЕ РАЗВИТИЕ   1. неслышащие дети; 2. слабовидящие дети; 3. дети-аутисты (дети с проявлениями РДА) ; 4. дети с проявлениями ДЦП; 5. дети с эпилепсией. |

**5.2 Основные положения и понятия темы**

**Динамическая организация двигательного акта. Ловкость**  
  
Динамическая организация движения связана с переходом от единичных двигательных актов к системе или серии однотипных или различающихся движений, составляющих единую **«**кинетическую мелодию**».**  
  
Трудности выполнения моторных программ могут быть связаны с ограниченным объемом возможных движений**.** Базой для преодоления этой недостаточности являются упражнения из раздела 1**.** Мы продолжаем развивать и автоматизировать усвоенные навыки на более высоком уровне**.** Следует еще раз подчеркнуть, что при освоении новых паттернов ребенок должен опираться не толь-= ко на внешний образец и собственные ощущения (которых может быть недостаточно), но и на **дополнительную**зрительную афферентацию, для чего используются зеркала, в которые ребенок смотрит при выполнении движений**.** Содержанием отдельных паттернов (циклов, серий) могут быть различные движения, позы, определенное сочетание звуков (пачки ритмов), орнаментов, предметов или фигур**.**  
  
96**.** И**.** п**. —** ноги на ширине плеч, руки опущены ладонями вперед**.** На медленный вдох (притягивающее движение) руки плавно разводятся в стороны и вверх, на выдох (отталкивающее движение) **—** вытягиваются и опускаются вдоль тела ладонями вниз**.** Вернуться в и**.** п**.**  
  
97**.** И**.** п**.** то же**.** Перенести вес тела на **.**правую ногу**.** Делая вдох, поднять левую ногу и развернуть корпус на 90° влево**;** делая выдох, опустить левую ногу и  
  
повернуть влево стопу правой ноги**.** Таким образом, все тело развернуто влево**.** Затем перенести вес тела на левую ногу**.** Делая вдох, поднять правую ногу и развернуть корпус на 90° вправо**;** делая выдох, опустить правую ногу и повернуть стопу левой ноги вправо**.** Вернуться в и**.** п**.**  
  
98**.** Ребенку предлагается ряд любых движений, описанных выше, например **«**хасты**»**, которые он должен повторить в заданной последовательности**.** В групповом варианте детям предлагается всем вместе выполнить такое же задание, например через одного **—** то приседать, то подпрыгивать (в быстром темпе), или выполнить упражнения, аналогичные описанным в разделе **«**Преодоление двигательных стереотипов**».**  
  
Одна из наиболее важных задач психомоторной коррекции **—** развитие ловкости, имеющее наибольшее число положительных корреляций с развитием высших психических функций**.** Начало процесса здесь связано с акцентом на точность**.** Например, прилаживание ходьбы к неровностям почвы, ступенькам, подъемам и спускам**;** движений карандаша к обведению нарисованного контура и т**.**д**.** Это и прицельное внимание к точности попадания (меткости) броска, прикосновения**;** в более сложном случае **—** к точности воспроизведения видимой формы, фигуры**.** Иными словами, это процессы, оцениваемые по финаль ной четкости**.**  
  
^ Развитие ловкости неотделимо от быстрых (ограничение по времени), точных и согласованных движений в условиях сложной пространственной ориентировки**.** Составными компонентами такого рода занятий могут быть беговые, прыжковые упражнения, а также упражнения, включающие мелкие движения кистей и пальцев рук (с применением больших и малых мячей, гимнастической палки, колец и т**.**п**.**)**.** При их освоении целесообразно дробление на этапы**.** Например, по мере того как дети в общих чертах усвоят координацию движений ног, подключаются движения рук и т**.**д**.**  
  
99**. «**Классики**».** Упражнение представляет собой варианты общеизвестной игры, состоящей из целевых прыжков, совершаемых в определенной последовательности и в условиях дефицита времени**.** Выполнение этого упражнения требует усиленного зрительного контроля, осмысления ситуации и предвосхищения своих действий, хотя бы на ход вперед**.** То же относится к различным играм**: «**Прыгалки**»**, **«**Вышибалы**»** и т**.**п**.**  
  
**Упражнения с мячом**  
  
**100.** Встать у линии, проведенной на расстоянии 2,5 м от стены, и сделать подряд 5 бросков мяча правой рукой снизу с ловлей отскочившего мяча правой, а затем левой рукой**.** Основная трудность этого упражнения заключается в точной дифференцировке мышечных усилий при броске и ловле мяча**.**  
  
Варианты этого упражнения общеизвестны**:** бросок мяча из-за спины через голову**;** перепрыгивание через отскочивший от стены мяч**;** бросок из-под бедра, стоя спиной к стене, и т**.**п**.**  
  
**101.** Круговые движения с мячом вокруг туловища в горизонтальной плоскости (переложить мяч спереди в левую руку, а сзади в правую руку)**.**Затем сменить направление**.** То же **—** во фронтальной плоскости**:** (руки вверх **—** переложить мяч в левую руку**;** руки вниз и назад **—** переложить мяч в правую руку)**.**  
  
**102.** Наклониться вперед и, подталкивая мяч поочередно носом, пальцами правой и левой руки, катить его вперед, вокруг стоп (по кругу**;**описывая восьмерку **—** вправо, влево)**.**  
  
**103.** Подбрасывание мяча и его ловля правой рукой, левой рукой, попеременно, перекидывая мяч с руки на руку **—** на месте и с продвижением**;**те же действия, но тыльной стороной кисти**;** с ловлей мяча сначала двумя, а затем каждой рукой после поворота корпуса на 90°, на 180°**.**  
  
**^ 104.** Дриблинг (удары) мяча (о стену и пол) одной и двумя руками, попеременно правой и левой рукой **—** на месте и с продвижением**;** то же**—** с двумя мячами**;** ведение мяча **«**змейкой**»**, огибая ориентиры**.**  
  
**105.** Ведение мяча вокруг себя поочередно правой и левой рукой **—** поворачиваясь вслед за мячом**;** не сдвигая ног**.**  
  
**106.** Прыжки на одной ноге с одновременным ведением мяча одной рукой**:** сначала рука и нога одноименные, затем разноименные**.** Можно варьировать это движение, подбрасывая и ловя мяч одной или двумя руками**.**  
  
**^ 107. «**Передай мяч**».** Игра проводится в форме соревнования между команда\ ми**.** Дети стоят в затылок друг другу на расстоянии вытянутой руки**.** Первый **;** передает мяч второму сверху над головой, второй **—** третьему снизу между ногами и т**.**д**.** Другой вариант **—** передача мяча сбоку с поворотом корпуса то вправо, то влево**.** Третий вариант **—** комбинированный**.** Если группа небольшая 1 (до 10 человек), то, когда мяч оказывается у последнего ребенка, он перебегает вперед, становясь первым, и начинает игру с начала**.**  
  
**Упражнения с гимнастической палкой**  
  
**108.** Перехваты палки, которую ребенок держит ч вертикальном положении, снизу вверх и сверху вниз**;** при горизонтальном положении палки**—** слева -направо и справа налево**;** перебрасывание палки в вертикальном положении из руки в руку**.**  
  
**109. «**Мельница**» —** вращение палки двумя руками на уровне пояса**.**  
  
110**. «**Вертолет**» —** присесть, палку держать в горизонтальном положении в руках, вытянутых вверх**;** вращая палку, медленно выпрямить ноги и подняться на носки**.** Продолжая вращать палку, медленно вернуться в и**.**п**.**  
  
Серийная организация движений должна быть включена в общую программу коррекции и абилитации посредством привлечения аппликаций, мозаики, нанизывания бус в определенной последовательности, макраме, графической деятельности и т**.**п**.** Эффективность такого рода занятий общеизвестна**;** не в последнюю очередь это связано с тем, что все эти упражнения способствуют формированию реципрокных взаимодействий рук**.** Рассмотрим несколько заданий, также ориентированных на оптимизацию этих процессов**.**  
  
111**.** Сначала одна, потом другая рука, потом обе руки вместе (сходясь и ^расходясь) имитируют игру на рояле**:** спонтанно, гаммы, арпеджио и т**.**д**.**  
  
112**.** Одна ладонь располагается вертикально перед грудью большим пальцем к себе, в ее основание упирается пальцами другая ладонь, расположенная горизонтально большим пальцем к себе**.** На каждый сигнал психолога ладони меняются местами**.** В другом варианте этого упражнения одна рука остается раскрытой, а другая сжимается в кулак**.** Команды подаются в произвольном порядке**.**  
  
113**.** Одна рука производит похлопывающие движения (по плечу, животу и т**.**п**.**), а другая **—** круговые (над головой, перед животом)**.** Руки имитируют игру на гитаре, балалайке, т**.**е**.** на тех музыкальных инструментах, где они выполняют разные движения**.**  
  
**§ 2. Графические способности**  
  
114**. «**Рисующие пальчики**».** Ребенку предлагаются чистые листы бумаги разной формы и размера, гуашевые краски и полная свобода творчества**.** Такое произвольное рисование и свободное манипулирование каждым пальцем обеих рук дают ценную информацию о латеральных и цветовых предпочтениях ребенка**.** Для правшей характерно начинать работу с правой руки, при этом отдается предпочтение остроугольным формам (квадраты, ромбы, треугольники и т**.**п**.**)**.** Когда же они рисуют левой рукой, то выбирают круги и овалы, а также неправильные округлые формы с волнистыми краями**.** Правша заполняет лист слева направо и сверху вниз**.** Левши отличаются большой вариативностью этих показателей**;** достоверно частым для них является заполнение листа справа налево**.**  
  
Выполнение упражнений в предлагаемой ниже последовательности поможет наиболее мягко, в игровой, занимательной форме подготовить ребенка к **.** освоению пространства листа и навыка письма**.**  
  
115**.** Сначала ребенок выбирает любой палец и любой цвет (на одном листе бумаги ребенок рисует только одним пальцем, используя один цвет) и заполняет предложенный формат прямыми вертикальными, горизонтальными и наклонными линиями (сначала одной рукой, потом другой)**.**Затем он рисует незамкнутые волнистые линии, а после этого **—** прямые и волнистые **«**дорожки**»** из точек**.**  
  
Далее ребенку предлагается для каждого пальца выбрать свой цвет, а также размер и форму листа бумаги**.** Рисовать надо по очереди каждым пальцем сначала одной рукой (ребенок рисует разными пальцами одной руки на отдельных листах), затем другой**.** Возможны варианты рисования одновременно или по очереди обеими руками на одном листе**.**  
  
116**. «**Путь муравьишки**».** При выполнении этого и последующих упражнений хорошо использовать не только гуашь, но и акварель, цветные карандаши, фломастеры, пастель, мелки и др**.**  
  
Ребенок рисует **«**путь муравьишки**»** сначала одной (любой) рукой, а затем другой**.** При этом линия-путь должна иметь как можно больше разнообразных изгибов без создания замкнутых контуров и петель**. «**Путь муравьишки**»** начинается от муравейника и там же заканчивается, таким образом, создается замкнутая линия**.**  
  
117**. «**Загадочный контур**».** Психолог рисует на доске или листе бумаги волнистую замкнутую линию и предлагает детям, подключив воображение, рассказать, на кого (на какое животное, птицу, фантастическое существо и т**.**д**.**) она похожа**.** Таким образом развивается образное воображение и стимулируется способность каждого ребенка увидеть что-то свое в данном контуре, без навязывания ему собственных стереотипов восприятия**.**  
  
Затем, подражая психологу или вместе с ним, ребенок постепенно учится самостоятельно и свободно проводить волнистые замкнутые линии**.**После чего ему предлагается, глядя на свои рисунки, представить, на что похож нарисованный контур**.** Фантазируя, ребенок может дополнить контур необходимыми деталями (например, ушками, глазами, крыльями, элементами одежды, предметами и др**.**)**.**  
  
Заполнение внутреннего пространства контура возможно не только путем простого раскрашивания, но и посредством необычного заполнения, например**:** незамкнутыми и замкнутыми линиями, точками, кляксами, сочетаниями геометрических фигур, орнаментов и т**.**д**.**  
  
118**. «**Необычные животные**».** Придумывание и рисование **«**необычных животных**»** не только активно вовлекает ребенка в графическую деятельность, но и развивает его творческие способности**.**  
  
Ребенку предлагается нарисовать замкнутой линией изображение какого-либо животного, например **«**фантастической лисы**»**, **«**крылатого зайца**»**, добавляя при этом нетипичные для него части тела, дорисовывая одежду, а также какие-либо предметы и т**.**д**.** Особое внимание необходимо уделить заполнению внутреннего пространства контура**.**  
  
119**. «**Каляки-маляки**».** Сначала психолог заполняет весь лист непрерывной линией со множеством изгибов и петель**.** Затем ребенку предлагается увидеть в этом рисунке какое-либо животное, запутавшееся в нитках**.** Его надо найти и спасти**.** Когда ребенок увидит это животное, он должен обвести только те линии в **«**каляках-маляках**»**, которые составляют контур и детали увиденной им фигуры**.**  
  
После этого ему предлагается самостоятельно нарисовать **«**каляки-маляки**»** и найти в них спрятавшееся животное**.** Более сложной задачей является поиск ребенком в своей **«**каляке-маляке**»** заданного образа, например, **«**котенка, играющего с клубком ниток**».**  
  
120**. «**Коврики**».** Перед ребенком кладется лист бумаги и набор цветных карандашей**.** Дается инструкция**: «**Представь, что лист **—** это коврик**.**Тебе нужно его разрисовать**».** После выполнения задания правой рукой ребенку предлагается новый лист и дается то же задание для левой руки**.**Затем ребенок начинает рисовать одной рукой, а дорисовывает другой**;** далее **—** обеими руками **;**-вместе**.** Понятно, что в следующий раз это может быть **«**скатерть**»**, **«**платок**» «**лето**»** и т**.**д**.**  
  
121**.** Дается образец (последовательность элементов), который ребенок должен воспроизвести и раскрасить**.** Это несложный орнамент из одного, двух и более повторяющихся элементов, например, из круга, треугольника, квадрата**;** более сложный вариант **—** желтый круг, синий треугольник и зеленый квадрат**.** Затем ребенок сам придумывает последовательность фигур и воспроизводит ее,  
  
  
122**.** На рис**.** 13 **—**16 представлены образцы, которые должен продолжить ребенок**.** Обязательным является выполнение каждого из них сначала правой, потом левой рукой, а затем двумя руками одновременно в одном и противоположном направлениях**.**  
  
Усложнение задания заключается не только в нарастании степени сложности программы, но и в постепенном переходе от механического воспроизведения заданного образца к его самостоятельному анализу с выделением элементов (подпрограмм) и в дальнейшем к созданию и**«**разворачиванию**»** собственных серийных программ**.**  
  
  
  
  
  
Рис**.** 13  
  
  
123**. «**Свободные рисунки двумя руками одновременно**».** На первом этапе предложите ребенку порисовать сначала одной, затем другой рукой, а потом двумя руками одновременно**.** Вначале он рисует то, что хочет**.** Затем предложите ему нарисовать прямые линии **—** вертикальные, горизонтальные, наклонные, а потом **—** разнообразные полуовалы, круги, овалы, восьмерки и орнаменты в разных положениях**;** одно симметричное изображение, одинаковые и разные фигурки на левой и правой половинах листа (вначале **—** ближе к центру, затем **—** к краям листа)**;** законченный сюжетный рисунок**.**  
  
124**. «**Раскрути спираль, закрути спираль**».** Ребенку предлагается **«**раскрутить**»** предложенные вами рисунки левоё правосторонней спирали, а затем **— «**закрутить**»** их, обязательно отмечая направление движения стрелкой**.** Задание выполняется сначала каждой рукой отдельно, а потом двумя руками одновременно в одном и противоположном направлениях**.** Необходимо выполнять его начиная из центра спирали, а затем от внешней точки**.**  
  
  
Обведи по точкам**.** Что у тебя получилось? Раскрась  
  
  
  
  
Нарисуй как падают осенние листья**.** Раскрась  
  
  
  
Рис**.** 14  
  
  
  
  
Рис**.** 15  
  
  
  
Рис**.** 16  
  
  
   
  
Рис**.** 17  
  
  
125**. «**Соедини полуовалы**».** Сначала ребенок обводит по контуру, а затем продолжает рисовать полуовалы так, как изображено на рис**.** 17**.**Затем, не отрывая руки, он соединяет их, образуя **«**волну**»** и овалы**.**  
  
126**. «**Дорисуй**...».** Надо закончить рисунок, на котором художник **«**не успел**»** дорисовать и раскрасить, например, ромашки**.**  
  
127**. «**Продолжи орнамент**».** Каждое задание выполняется сначала одной, потом другой рукой**.** Ребенку предлагается продолжить рисование последовательности сначала простых фигур**:** прямых вертикальных, горизонтальных, наклонных палочек**;** затем кругов, квадратов, овалов**;**наконец **—** орнаментов**.**  
  
128**. «**Рисунки двумя руками по заданному образцу**».** Ребенку предлагается двумя руками одновременно сначала обвести контур фигур, изображенных с правой и левой стороны листа (рис**.** 18, а, б, в, г), а затем закрасить эти фигуры**.**  
  
Ребенок рисует каждой рукой и обеими руками (в одну и разные стороны) разнообразные узоры в направлении от центра к краям листа, от краев к центру листа, попеременно **—** от центра к краям листа, от краев к центру и т**.**д**.** Затем ему надо скопировать одно изображение двумя руками одновременно и раскрасить образец и свои рисунки**.**  
  
  
  
  
  
  
  
   
  
Рис**.** 18  
  
  
129**. «**Разноцветные бусы**».** Надо раскрасить бусы определенным, заданным Образом, например**:** две бусины красные, одна желтая, одна зеленая, снова две - красные и т**.**д**.**  
  
Варианты раскрашивания бус могут быть любые (начиная с двух элементов, и заканчивая сложными комбинациями), важным является строгое соблюдение ребенком заданной последовательности**.**  
  
Более сложный вариант **—** штриховка бусинок (вертикальными, горизонтальными, наклонными прямыми и волнистыми линиями**;** в клеточку и т**.**п**.**)Ц Сначала можно заштриховать бусинки одним цветом, а потом **—** цветными карандашами**.** Например, одна бусинка в **«**красную клеточку**»**, вторая **—** в **«**синюю полосочку**»** и т**.**д**.**  
  
**130. «**Сотри букву**».** Попросите ребенка мелом написать на доске букву (это касается в первую очередь наиболее трудно усваиваемых букв) и тут же пальцем стереть по контуру несколько раз подряд**.**  
  
**^ 131. «**Письмо в воздухе**».** Прописывание ребенком в воздухе отдельных букв, цифр при их изучении, а также словарных слов или элементов слияния букв при освоении слитного письма является не только занимательным для детей, но и очень полезным занятием**.** Оно осуществляется сначала последовательно каждой рукой, затем двумя руками одновременно и снова каждой рукой**.** При этом глаза ребенка неотрывно следят за траекторией движения ладони (ладоней)**.** Размер буквы меняется от маленького (двигается только запястье) до среднего (двигается вся рука) и большого (в движение вовлекается все тело) и обратно**:** от большого до маленького**.**  
  
**§ 3. Последовательность**,**ряд. Время**  
  
**132. «**Лестница**».** Пройдитесь с ребенком по лестнице, считая ступеньки**.** Затем соорудите **«**лестницу**»** из подручных средств, потом можно будет изобразить ее на бумаге**.** Расставьте с ним на ступеньках, например, матрешек (соответственно **—** по восходящей и по нисходящей) или любые другие постепенно увеличивающиеся (уменьшающиеся) предметы**.**  
  
Усложняя ситуацию, попросите ребенка каждую ступеньку обозначить соответствующей цифрой**.** Задачи можно варьировать**:** просто от 1 к**...;**четные, нечетные числа и т**.**д**.**  
  
**133. «**Карты покерные**».** Обсудите с ребенком последовательность карточного ряда, соотнося его с числовым**.** Его задача **—** выложить одновременно два (а потом и четыре) ряда **—** красный и черный, находя для каждой карты ее место**.** Усложнение задачи **—** один ряд выкладывать в прямом, а другой **—** в обратном порядке**.** Следует подчеркнуть, что умение ребенка играть в карты**: «**девятку**»**, **«**дурака**»**, **«**кинга**» —** намного ускорит формирование у него самых разнообразных функций**.**  
  
**134. «**Домино**».** Брать из **«**базара**»** по одной кости и выкладывать ряд в порядке возрастания (убывания) суммы на кости**.**  
  
**135. «**Я загадал число**».** Один из игроков загадывает число в определенном интервале по договоренности**.** Остальные пытаются его отгадать**. «**Это число пять**». — «**Нет, мое число меньше**»**, **—** говорит загадавший**. «**Два**». — «**Нет, больше**».** Игра идет до тех пор, пока число не будет угадано**.** Необходимо следить, чтобы дети не называли числа наугад, а осознавали, на каком интервале числового ряда они находятся**.**  
  
**^ 136. «**Всему свое время**».** Предложите ребенку рисунки, на которых люди ведут себя не по возрасту**.** Сопроводите их комментариями и вопросами типа**: «**Каждый человек ведет себя в соответствии со своим возрастом? То, что хорошo для детей, может быть нелепым для взрослых, и наоборот? Что такое возраст? Какой вопрос задают человеку, когда хотят спросить о его возрасте? С какого дня начинается отсчет возраста человека? Знаешь ли ты, сколько лет тебе, твоим родным?**».**  
  
Здесь же необходимо проработать временные понятия **«**младше**»**, **«**старше**»**, **.;»**ровесники**»** и т**.**п**.**  
  
**137. «**Как меняется человек с возрастом**».** Обсудите с ребенком, как меняются с годами физические способности, объем знаний, память, опыт и т**.**д**.**, опираясь на изображения людей соответствующего возраста**.** Затроньте вопрос об отношении к маленьким и старикам**.**  
  
138**. «**Состав семьи и ролевые функции**».** Подготовьте соответствующие иллюстрации и разберите с ребенком, кто кем является в семье, делая началом отсчета сначала ребенка, потом других членов семьи (**«**Для дедушки твой папа **—** сын, ты **—** внук, бабушка **—** жена и т**.**д**.**)**.** Составьте схему семьи ребенка, сопроводив ее фотографиями**.** Обсудите, кто какие роли выполняет в семье и какие имеет права и обязанности (мама заботится о бабушке, а бабушка **—** о внуках)**.**  
  
139**. «**Кто чей ребенок?**»** Игра вербальная (можно с перекидыванием мяча или с подбором картинок)**: «**У козы **— ...**, у белки **— ...**, у овцы **— ...** (и т**.**д**.**)**».**  
  
140**. «**Кто кем станет, кто кем был?**» «**Жил-был маленький щенок**.** Он подрос, однако**;** и теперь он не щенок **—** взрослая**...** Жеребенок с каждым днем подрастал и стал**...** Бык, могучий великан, (в детстве был**...**, толстый увалень баран **—** тоненьким**...**)**».**  
  
Кем были раньше дубок, цыпленок, цветок (и т**.**п**.**)?  
  
141**. «**Генеалогическое дерево**».** На основе предыдущих упражнений составьте вместе с ребенком **«**ветви**»**, соединяющие детей (братьев и сестер) и родителей (бабушек, дедушек)**.**  
  
142**. «**Время суток**».** Проанализируйте вместе с ребенком последовательность времени суток**.** Нарисуйте вместе с ним рис**.** 19**.**  
  
Для закрепления этих знаний рекомендуются следующие игры**:**  
  
  
  
Рис. 19  
  
1**.** Четверо детей стоят с четырех сторон вокруг водящего, находящегося в центре**.** Каждый из игроков олицетворяет какую-либо часть суток, занимая свое место в суточном кругу (образ циферблата)**.** Игрок кидает мяч водящему и называет себя**: «**Утро**».** Тот бросает мяч игроку, изображающему следующую часть \_ суток, а потом поворачивается в его сторону**.** Игрок с мячом опять называет 4 часть суток и бросает мяч водящему**.**  
  
2**.** Условия те же**.** Ребенок, олицетворяющий утро, подбрасывает мяч вверх и говорит**: «**После утра будет**...».** Мяч ловит тот ребенок, которому следует сказать**: «**День**».** Когда последовательность со словом после усвоена, также отрабатывается последовательность со словом перед и за;затем вперемешку**.**  
  
3**.** Дети садятся в круг, вводится правило**:** если ведущий, называя какую либо часть суток, направляет ребенку красный мяч **—** тот называет часть суток предшествующую (до) названной**;** если синий мяч **—** часть суток, следующую после названной**;** желтый **—** противоположную часть суток (**«**утро**—**вечер**»**, **«**день**—** ночь**»**)**.**  
  
143**. «**Распорядок дня**».** Проанализируйте вместе с ребенком, что он обычно делает в первую очередь **«**после**»** того, как проснулся**;** что делает**«**после**»** этого и т**.**д**.** Затем схематично, как на рис**.** 19, напишите распорядок дня, дайте четкое направление хода времени**.** При этом со зрительной опорой на схему, на конкретном материале распорядка дня у ребенка формируются понятия **«**раньше**»**, **«**позже**»**, **«**до**»** и **«**после**».**  
  
Попросите его рассказать об основных моментах режима дня, используя наречия**:** вечером, ночью, утром, днем, сначала, потом, раньше, позже,часто, редко, рано, поздно и т**.**п**.** Проанализируйте, чем заняты в это же время другие люди, животные (ночью гуляют кошки, летает сова, бегают мыши)**.**  
  
144**. «**Дни недели, времена года, месяцы**».** Для запоминания этих временных последовательностей проводится работа, аналогичная предыдущей, с такими же опорными схемами (рис**.** 20)**.**  
  
  
  
Рис**.** 20  
  
145**.** Полезно освоить следующие игры с мячом**:**  
  
а) игроки ловят мяч только в том случае, когда назван месяц определенного времени года**;**  
  
б) ведущий называет месяц, а игрок, которому бросили мяч, **—** соответ-j ствующее время года**;**  
  
в) игроки должны ловить мяч, только если назван какой-либо месяц, а ведущий может называть еще и времена года, дни недели, части суток**.**  
  
Здесь же отрабатывается понимание сложных временных конструкций и воз можность их актуализации**.** Например**: «**После какого времени года наступа-**:**ет?**..»**, **«**Перед каким временем суток бывает?**..»** и т**.**д**.**  
  
Для успешного запоминания временных последовательностей дайте ребенку опору в виде иллюстраций из календаря, стишков, загадок, например**:**  
  
Тает снежок, ожил лужок, день прибывает, когда это бывает?   
  
Солнце печет, липа цветет, рожь поспевает, когда это бывает?   
  
Пусты поля, мокнет земля, лист опадает, когда это бывает?   
  
Снег на полях, лед на реках, иней сверкает, когда это бывает?  
  
**^ 146. «**Определение времени по часам**».** Ребенка, освоившего счет в пер десятке, нужно на действующей модели познакомить с часами с арабскими цифрами**. Вначале**введите понятие о минуте как малом промежутке времени. Засеките минуту (например, с помощью секундомера), дайте почувствовать ребенку, обсудите, что можно сделать за одну минуту, за две, за пять**.** Taк же можно обыграть **«**пятнадцать, сорок пять минут**».** Затем аналогично введите, понятие о часе и других промежутках времени**.**  
  
Сколько раз за сутки часовая стрелка обходит циферблат? Почему есть понятия 7 часов утра и 7 часов вечера, 12 часов дня (полдень) и 12 часов ночи (полночь)? Нужно попросить ребенка показать время на часах, связывая его с определенными событиями дня**: «**Ты встаешь в 8 часов, завтракаешь в половине 9-го, в 11 часов идешь гулять**» и**т**.**д**.** Нужно почаще задавать ему вопрос **«**Сколько сейчас времени?**».**  
  
147**. «**Стрелки часов**».** Для детей, освоившихся с часами и способных представить циферблат мысленно, можно предложить игру, где отгадывается задуманное ведущим время в интервале от получаса до 5 мин (по уговору)**.** На вопросы можно отвечать только **«**да**»** или **«**нет**».**Ведущему задают вопросы типа **«**Минутная стрелка расположена в верхней половине циферблата? Часовая стрелка расположена между 4 и 8?**»**Подразумевается, что границы интервала являются его частью**.** Поэтому если, например, минутная стрелка стоит на 12, то она попадает и в интервал с 8 до 12, и в интервал с 12 до 3**.** Выигрывает определивший время за меньшее число вопросов, а также нарисовавший циферблат с соответствующим расположением стрелок**.**

**5.3. Самостоятельная работа по теме:**

- разбор темы;

- отработка коррекционных методик;

- разбор пациентов, решение ситуативных задачь

**5.4. Итоговый контроль знаний:**

- ответы на вопросы по теме занятия;

- решение ситуационных задач, тестовых заданий по теме.

|  |  |
| --- | --- |
| 1. | В КАКОЙ КАТЕГОРИИ АНОМАЛЬНЫХ ДЕТЕЙ ПРОЯВЛЯЕТСЯ ДЕФИЦИТАРНОЕ ПСИХИЧЕСКОЕ РАЗВИТИЕ   1. неслышащие дети; 2. слабовидящие дети; 3. дети с эпилепсией; 4. дети с проявлениями ДЦП; 5. дети с проявлениями ЗПР |
| 2. | СЛЕДУЮЩИЙ МЕХАНИЗМ ЛИЧНОСТНОГО РЕАГИРОВАНИЯ НА ПЕРВИЧНЫЙ ДЕФЕКТ У АНОМАЛЬНОГО РЕБЁНКА   1. атрибуция; 2. гиперкомпенсация; 3. компенсация; 4. деградация; 5. игнорирование. |
| 3. | СЛЕДУЮЩИЙ МЕХАНИЗМ ЛИЧНОСТНОГО РЕАГИРОВАНИЯ НА ПЕРВИЧНЫЙ ДЕФЕКТ У АНОМАЛЬНОГО РЕБЁНКА   1. абстрагирование; 2. гиперкомпенсация; 3. компенсация; 4. идентификация; 5. игнорирование. |
| 4. | ЧЕМ ХАРАКТЕРИЗИУЕТСЯ ОТКЛОНЯЮЩЕЕСЯ (АНОМАЛЬНОЕ) РАЗВИТИЕ   1. развитие, имеющее стихийный, непредсказуемый характер; 2. развитие, протекающее вне воспитательного воздействия; 3. развитие, протекающее в рамках иной языковой культуры; 4. развитие, при котором влияние неблагоприятных факторов; 5. превышает компенсаторные возможности индивида. |
| 5. | КАКИМ ТЕРМИНОМ ОБОЗНАЧАЕТСЯ ВЕСЬ КОМПЛЕКС ПРОЯВЛЕНИЙ НАРУШЕНИЯ ПСИХИЧЕСКОГО РАЗВИТИЯ РЕБЁНКА   1. психическое расстройство; 2. психический патогенез; 3. психическая депривация; 4. психический дизонтогенез+ 5. социально-психологическая абилитация. |

Задачи:

|  |  |
| --- | --- |
| 1. | Больная Ю., 66 лет. В прошлом работала препода-  вателем средней школы. В психиатрической больнице находится  три года без выписки. Сознание ясное. Себя называет правильно,  но при беседе обнаруживается, что больная не помнит текущей  даты, не помнит своего возраста, не помнит, сколько времени на-  ходится в больнице, не помнит, как зовут лечащего врача. Настрое-  ние хорошее. На просьбу вспомнить, чем она занималась вчера, со-  общила следующее: «Вчера с утра были занятия, проходили тему  “Пушкин и декабристы“. А затем сидела на педсовете. Хулигана  Галкина опять обсуждали». |
| 2. | Больной З., 78 лет, колхозник. В течение несколь-  ких недель находился на лечении в психиатрической больнице,  жалуется лишь на отсутствие зрения на правый глаз, где имеет-  ся помутнение роговицы. В отделении спокоен, подсаживается 43  к больнымпожилоговозраста, очем-тоснимибеседует. Вобщении  с врачом, больными вежлив, предупредителен, даже несколько сла-  щав. Приветливо здоровается, но встретив врача через несколько  минут, приветствует его снова. Часто приоткрывает дверь в каби-  нет и вежливо осведомляется, не пришел ли консультант-окулист,  через пять минут спрашивает о том же. Числа, месяца, года назвать  не может. Видя вокруг людей в белых халатах, догадывается, что  его положили в больницу, но какую, не помнит. Рассказывает, что  только вчера приехал из деревни: «Вот лошадь во дворе привязал,  сейчас ходил сена ей давал». Вернувшись после консультации из  кабинета профессора, всем рассказывает с убеждением, что про-  фессор угощал его шампанским, сердился, когда ему говорили,  что этого не было. Любит рассказывать о днях своей молодости,  помнит события прошлых лет, правильно воспроизводит события  войны, в которой принимал участие. Перечисляет имена своих де-  тей, назвать имена внуков не может, говорит каждый раз разные.  Квалифицировать нарушения памяти и синдром. |
| 3. | Больной M., 23 лет, после тяжелой травмы головы  лечился в больнице в течение 6 месяцев с нарушениями памяти.  В то время не мог воспроизвести события пятилетней давности.  Спустя год после выписки: спокоен. Охотно отвечает на вопросы.  Обнаруживает амнезию на период, предшествующий травме. Не  помнит событий после травмы, амнезировал пребывание в трав-  матологическом отделении; месяцы, проведенные в психиатриче-  ской больнице. Помнит, что к нему «иногда» приезжали родители.  Помнит хорошо день выписки. С трудом вспомнил имена врачей  и медицинского персонала. Жалуется, что у него «плохая память»  : «все приходится записывать».  Квалифицировать нарушения памяти. |
| 4. | Больной с возмущением говорил: «Ужасные без-  образия творятся в этой клинике, вчера, например, меня посадили  в клетку, а до этого заставили вылезать на улицу через окно».  Определить нарушения памяти. |
| 5. | Больная 43 лет, поступает в психиатрическую боль-  ницу с одинаковыми состояниями в четвертый раз. Настроение  повышено, многоречива, деятельна, плохо спит. Читает наизусть  стихи Блока и страницы из произведений Чехова почти без оши-  бок, можно сверять с текстом. Когда такие состояния проходят, то  стихи помнит отрывками, а прозу воспроизвести не может.  Как называются такие временные нарушения памяти? |

1. **Домашнее задание для уяснения темы занятия**

* составление плана диагностического исследования ребёнка;
* составление плана коррекционного исследования ребёнка;
* ведение протокола исследования;
* супервизия работы студента с ребёнком;
* обсуждение результатов экспериментально-психологического исследования ребёнка;
* написание заключения экспериментально-психологического исследования;
* обсуждение и коррекция заключения экспериментально-психологического исследования.
* основные принципы, определяющие формирование психичес­ких функций в теории системной динамической локализации А.Р. Лурия.
* специфика использования основных понятий нейропсихологии «функция», «локализация», «симптом», «синдром», «фактор», «синдромный анализ» в нейропсихологии детского возраста.
* функциональные блоки мозга по А.Р. Лурия. Строение, функции.
* принцип гетерохронности в морфо- и функциогенезе. Внутри­системная и межсистемная гетерохронность.
* основные принципы системогенеза.
* показатели морфологического созревания мозга. Основные за­кономерности морфологического созревания мозга.
* функциональные критерии развития мозга. Основные законо­мерности функционального созревания мозговых структур.
* морфофункциональное созревание функциональных блоков мозга в онтогенезе.
* соотношение развития и влияния среды. Теории научения. Тео­рии созревания.

1. **Рекомендованная литература по теме занятия**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| №  п/п | Наименование | Издательство | Год  выпуска |

**Обязательная**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 1. | Лурия А.Р. Высшие корковые функции человека и их нарушения при локальных поражениях мозга / А.Р. Лурия. | СПб.: Питер | 2007 |
| 2. | Семенович А.В. Нейропсихологическая диагностика и коррекция в детском возрасте. | М.: Академия | 2002 |
| 3. | Семенович, А. В. Нейропсихологическая коррекция в детском возрасте. Метод замещающего онтогенеза: учебное пособие/ А. В. Семенович. - 2-е изд. | М.: Генезис | 2008 |
| 4. | Визель Т.Г. Основы нейропсихологии: учеб. для студентов вузов Т.Г. Визель. | М.: АСТАстрель Транзиткнига | 2005 |
| 5. | Клиническая психология / под ред. Карвасарского Б.Д. | СПб.: Питер | 2010 |
| 6. | Микадзе Ю.В. Нейропсихология детского возраста: Учебное пособие. | СПб.:Питер | 2008 |

**Дополнительная**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 1. | Психология. (Лекции для студентов медицинских вузов), Творогова Н. Д. | М.: ГОУ ВУНМЦ РФ | 2002 |
| 2. | Клиническая психология / под ред. М.Перре , У.Бауманна | СПб.: Питер | 2007 |
| 3. | Корсакова Н. К., Московичюте Л. И. Клиническая нейропсихология. | М.: МГУ | 1988 |

**Электронные ресурсы**

|  |  |
| --- | --- |
| 1. | ИБС КрасГМУ |
| 2. | БМ МедАрт |
| 3. | БД Ebsco |

Государственное бюджетное образовательное учреждение высшего профессионального образования «Красноярский государственный медицинский университет имени профессора В.Ф. Войно-Ясенецкого»

Министерства здравоохранения Российской Федерации

ГБОУ ВПО КрасГМУ им. проф. В.Ф. Войно-Ясенецкого Минздрава России

Кафедра нервных болезней с курсом медицинской реабилитации ПО

**МЕТОДИЧЕСКИЕ УКАЗАНИЯ**

**ДЛЯ ОБУЧАЮЩИХСЯ**

**по дисциплине «Спецпрактикум по коррекционно-развивающему обучению с супервизией»**

**для специальности** 030401 Клиническая психология (очно-заочная форма обучения)

**К СЕМИНАРСКОМУ** **ЗАНЯТИЮ № 30**

**ТЕМА:** **«Динамическая организация двигательного акта. Ловкость».**

Утверждены на кафедральном заседании протокол .

Заведующий кафедрой

Доктор медицинских наук, профессор Прокопенко С.В.

Составители: доктор медицинских наук, профессор Прокопенко С.В.

кандидат медицинских наук, доцент Харламова Г.В.

кандидат медицинских наук, ассистент Можейко Е.Ю.

доктор медицинских наук, профессор Похабов Д.В.

доктор медицинских наук, профессор Народова В.В.

кандидат медицинских наук, доцент Дроздова Л.Н.

доктор медицинских наук, профессор Колесникова И.В.

ассистент Швецова И.Н.

Красноярск

2013г.

**1. Занятие №30**

**Тема:** «Динамическая организация двигательного акта. Ловкость».

**2. Форма организации занятия:** семинар – в интерактивной форме в виде дебатов.

**3. Значение изучения темы:**

В клиническойпрактике нейропсихологический метод занимает особое место в ряду научных дисциплин, обращенных к проблеме онтогенеза в норме и патологии. Только он позволяет оценить и описать те системно-динамические перестройки, которые сопровождают психическое развитие ребенка с точки зрения его мозгового обеспечения. Но описать — это значит понять. Понять глубинные механизмы его психического статуса и спланировать адекватную онтогенезу именно этого, конкретного ребенка программу психолого-педагогического сопровождения.

**4. Цели обучения:** освоения учебной дисциплины «Спецпрактикум по коррекционно-развивающему обучению с супервизией» состоит в овладении знаниями психологической диагностики заболеваний, психологической помощи и восстановлению психических функций.

**Студент должен знать**:

* закономерности формирования мозговой организации психических процессов, специфику детского мозга, строение, состав мозговых зон, вовлекаемых в работу нейрофизиологических функциональных систем;
* специфику нейропсихологического исследования детей и возможности использования их как в клинической практике, так и психолого-педагогической деятельности.

**Студент должен уметь:**

* применять полученные знания при решении психолого-педагогических задач;
* квалифицировать затруднения, возникающие у детей в ходе учебной деятельности и прогнозировать успешность ребенка в различных видах деятельности, в том числе и обучении, на основе нейропсихологического анализа;
* организовывать нейропсихологическое обследование, коррекцию детей дошкольного и младшего школьного возраста.

**Студент должен владеть:**

* категориальным аппаратом нейропсихологии детского возраста;
* навыками организации нейропсихологической диагностики, коррекции и реабилитации в детском возрасте.

**5. План изучения темы:**

**5.1. Контроль исходного уровня знаний.**

|  |  |
| --- | --- |
| 1. | ИСКАЖЕННОЕ ПСИХИЧЕСКОЕ РАЗВИТИЕ РЕБЁНКА ПРОЯВЛЯЕТСЯ В СЛЕДУЮЩЕМ КЛИНИЧЕСКОМ ПРИЗНАКЕ   1. аутизм; 2. афазия; 3. апраксия; 4. алекия; 5. агнозия   ОТВЕТ:А |
| 2. | ИСКАЖЕННОЕ ПСИХИЧЕСКОЕ РАЗВИТИЕ РЕБЁНКА ПРОЯВЛЯЕТСЯ В СЛЕДУЮЩЕМ КЛИНИЧЕСКОМ ПРИЗНАКЕ   1. алекия; 2. афазия; 3. апраксия; 4. асинхрония; 5. агнозия   ОТВЕТ:D |
| 3. | ЧТО ПОЗВОЛЯЕТ ПОКАЗАТЕЛЬ НАРУШЕНИЯ МЕЖФУНКЦИОНАЛЬНОГО ВЗАИМОДЕЙСТВИЯ   1. определить функциональную локализацию нарушения развития; 2. определить специфику связи первичного и вторичного дефектов; 3. определить разные уровни проявлений асинхронии развития; 4. определить специфику первичного дефекта; 5. определить специфику вторичного дефекта. ОТВЕТ:В |
| 4. | В ОСНОВУ СОВРЕМЕННОЙ КЛАССИФИКАЦИИ ПСИХИЧЕСКОГО ДИЗОНТОГЕНЕЗА, ПРЕДЛОЖЕННОЙ В.В.ЛЕБЕДИНСКИМ, ПОЛОЖЕН ПРИНЦИП   1. структурно-функциональный; 2. клинический; 3. эмпирический; 4. эклектический; 5. биохимический.   ОТВЕТ:В |
| 5. | В КАКОЙ КАТЕГОРИИ АНОМАЛЬНЫХ ДЕТЕЙ ПРОЯВЛЯЕТСЯ ДЕФИЦИТАРНОЕ ПСИХИЧЕСКОЕ РАЗВИТИЕ   1. неслышащие дети; 2. слабовидящие дети; 3. дети-аутисты (дети с проявлениями РДА) ; 4. дети с проявлениями ДЦП; 5. дети с эпилепсией.   ОТВЕТ:С |

**5.2 Основные положения и понятия темы**

**инамическая организация двигательного акта. Ловкость**  
  
Динамическая организация движения связана с переходом от единичных двигательных актов к системе или серии однотипных или различающихся движений, составляющих единую **«**кинетическую мелодию**».**  
  
Трудности выполнения моторных программ могут быть связаны с ограниченным объемом возможных движений**.** Базой для преодоления этой недостаточности являются упражнения из раздела 1**.** Мы продолжаем развивать и автоматизировать усвоенные навыки на более высоком уровне**.** Следует еще раз подчеркнуть, что при освоении новых паттернов ребенок должен опираться не толь-= ко на внешний образец и собственные ощущения (которых может быть недостаточно), но и на **дополнительную**зрительную афферентацию, для чего используются зеркала, в которые ребенок смотрит при выполнении движений**.** Содержанием отдельных паттернов (циклов, серий) могут быть различные движения, позы, определенное сочетание звуков (пачки ритмов), орнаментов, предметов или фигур**.**  
  
96**.** И**.** п**. —** ноги на ширине плеч, руки опущены ладонями вперед**.** На медленный вдох (притягивающее движение) руки плавно разводятся в стороны и вверх, на выдох (отталкивающее движение) **—** вытягиваются и опускаются вдоль тела ладонями вниз**.** Вернуться в и**.** п**.**  
  
97**.** И**.** п**.** то же**.** Перенести вес тела на **.**правую ногу**.** Делая вдох, поднять левую ногу и развернуть корпус на 90° влево**;** делая выдох, опустить левую ногу и  
  
повернуть влево стопу правой ноги**.** Таким образом, все тело развернуто влево**.** Затем перенести вес тела на левую ногу**.** Делая вдох, поднять правую ногу и развернуть корпус на 90° вправо**;** делая выдох, опустить правую ногу и повернуть стопу левой ноги вправо**.** Вернуться в и**.** п**.**  
  
98**.** Ребенку предлагается ряд любых движений, описанных выше, например **«**хасты**»**, которые он должен повторить в заданной последовательности**.** В групповом варианте детям предлагается всем вместе выполнить такое же задание, например через одного **—** то приседать, то подпрыгивать (в быстром темпе), или выполнить упражнения, аналогичные описанным в разделе **«**Преодоление двигательных стереотипов**».**  
  
Одна из наиболее важных задач психомоторной коррекции **—** развитие ловкости, имеющее наибольшее число положительных корреляций с развитием высших психических функций**.** Начало процесса здесь связано с акцентом на точность**.** Например, прилаживание ходьбы к неровностям почвы, ступенькам, подъемам и спускам**;** движений карандаша к обведению нарисованного контура и т**.**д**.** Это и прицельное внимание к точности попадания (меткости) броска, прикосновения**;** в более сложном случае **—** к точности воспроизведения видимой формы, фигуры**.** Иными словами, это процессы, оцениваемые по финаль ной четкости**.**  
  
^ Развитие ловкости неотделимо от быстрых (ограничение по времени), точных и согласованных движений в условиях сложной пространственной ориентировки**.** Составными компонентами такого рода занятий могут быть беговые, прыжковые упражнения, а также упражнения, включающие мелкие движения кистей и пальцев рук (с применением больших и малых мячей, гимнастической палки, колец и т**.**п**.**)**.** При их освоении целесообразно дробление на этапы**.** Например, по мере того как дети в общих чертах усвоят координацию движений ног, подключаются движения рук и т**.**д**.**  
  
99**. «**Классики**».** Упражнение представляет собой варианты общеизвестной игры, состоящей из целевых прыжков, совершаемых в определенной последовательности и в условиях дефицита времени**.** Выполнение этого упражнения требует усиленного зрительного контроля, осмысления ситуации и предвосхищения своих действий, хотя бы на ход вперед**.** То же относится к различным играм**: «**Прыгалки**»**, **«**Вышибалы**»** и т**.**п**.**  
  
**Упражнения с мячом**  
  
**100.** Встать у линии, проведенной на расстоянии 2,5 м от стены, и сделать подряд 5 бросков мяча правой рукой снизу с ловлей отскочившего мяча правой, а затем левой рукой**.** Основная трудность этого упражнения заключается в точной дифференцировке мышечных усилий при броске и ловле мяча**.**  
  
Варианты этого упражнения общеизвестны**:** бросок мяча из-за спины через голову**;** перепрыгивание через отскочивший от стены мяч**;** бросок из-под бедра, стоя спиной к стене, и т**.**п**.**  
  
**101.** Круговые движения с мячом вокруг туловища в горизонтальной плоскости (переложить мяч спереди в левую руку, а сзади в правую руку)**.**Затем сменить направление**.** То же **—** во фронтальной плоскости**:** (руки вверх **—** переложить мяч в левую руку**;** руки вниз и назад **—** переложить мяч в правую руку)**.**  
  
**102.** Наклониться вперед и, подталкивая мяч поочередно носом, пальцами правой и левой руки, катить его вперед, вокруг стоп (по кругу**;**описывая восьмерку **—** вправо, влево)**.**  
  
**103.** Подбрасывание мяча и его ловля правой рукой, левой рукой, попеременно, перекидывая мяч с руки на руку **—** на месте и с продвижением**;**те же действия, но тыльной стороной кисти**;** с ловлей мяча сначала двумя, а затем каждой рукой после поворота корпуса на 90°, на 180°**.**  
  
**^ 104.** Дриблинг (удары) мяча (о стену и пол) одной и двумя руками, попеременно правой и левой рукой **—** на месте и с продвижением**;** то же**—** с двумя мячами**;** ведение мяча **«**змейкой**»**, огибая ориентиры**.**  
  
**105.** Ведение мяча вокруг себя поочередно правой и левой рукой **—** поворачиваясь вслед за мячом**;** не сдвигая ног**.**  
  
**106.** Прыжки на одной ноге с одновременным ведением мяча одной рукой**:** сначала рука и нога одноименные, затем разноименные**.** Можно варьировать это движение, подбрасывая и ловя мяч одной или двумя руками**.**  
  
**^ 107. «**Передай мяч**».** Игра проводится в форме соревнования между команда\ ми**.** Дети стоят в затылок друг другу на расстоянии вытянутой руки**.** Первый **;** передает мяч второму сверху над головой, второй **—** третьему снизу между ногами и т**.**д**.** Другой вариант **—** передача мяча сбоку с поворотом корпуса то вправо, то влево**.** Третий вариант **—** комбинированный**.** Если группа небольшая 1 (до 10 человек), то, когда мяч оказывается у последнего ребенка, он перебегает вперед, становясь первым, и начинает игру с начала**.**  
  
**Упражнения с гимнастической палкой**  
  
**108.** Перехваты палки, которую ребенок держит ч вертикальном положении, снизу вверх и сверху вниз**;** при горизонтальном положении палки**—** слева -направо и справа налево**;** перебрасывание палки в вертикальном положении из руки в руку**.**  
  
**109. «**Мельница**» —** вращение палки двумя руками на уровне пояса**.**  
  
110**. «**Вертолет**» —** присесть, палку держать в горизонтальном положении в руках, вытянутых вверх**;** вращая палку, медленно выпрямить ноги и подняться на носки**.** Продолжая вращать палку, медленно вернуться в и**.**п**.**  
  
Серийная организация движений должна быть включена в общую программу коррекции и абилитации посредством привлечения аппликаций, мозаики, нанизывания бус в определенной последовательности, макраме, графической деятельности и т**.**п**.** Эффективность такого рода занятий общеизвестна**;** не в последнюю очередь это связано с тем, что все эти упражнения способствуют формированию реципрокных взаимодействий рук**.** Рассмотрим несколько заданий, также ориентированных на оптимизацию этих процессов**.**  
  
111**.** Сначала одна, потом другая рука, потом обе руки вместе (сходясь и ^расходясь) имитируют игру на рояле**:** спонтанно, гаммы, арпеджио и т**.**д**.**  
  
112**.** Одна ладонь располагается вертикально перед грудью большим пальцем к себе, в ее основание упирается пальцами другая ладонь, расположенная горизонтально большим пальцем к себе**.** На каждый сигнал психолога ладони меняются местами**.** В другом варианте этого упражнения одна рука остается раскрытой, а другая сжимается в кулак**.** Команды подаются в произвольном порядке**.**  
  
113**.** Одна рука производит похлопывающие движения (по плечу, животу и т**.**п**.**), а другая **—** круговые (над головой, перед животом)**.** Руки имитируют игру на гитаре, балалайке, т**.**е**.** на тех музыкальных инструментах, где они выполняют разные движения**.**

**5.3. Самостоятельная работа по теме:**

- разбор темы;

- отработка коррекционных методик;

- разбор пациентов, решение ситуативных задачь

**5.4. Итоговый контроль знаний:**

- ответы на вопросы по теме занятия;

- решение ситуационных задач, тестовых заданий по теме.

|  |  |
| --- | --- |
| 1. | В КАКОЙ КАТЕГОРИИ АНОМАЛЬНЫХ ДЕТЕЙ ПРОЯВЛЯЕТСЯ ДЕФИЦИТАРНОЕ ПСИХИЧЕСКОЕ РАЗВИТИЕ   1. неслышащие дети; 2. слабовидящие дети; 3. дети с эпилепсией; 4. дети с проявлениями ДЦП; 5. дети с проявлениями ЗПР |
| 2. | СЛЕДУЮЩИЙ МЕХАНИЗМ ЛИЧНОСТНОГО РЕАГИРОВАНИЯ НА ПЕРВИЧНЫЙ ДЕФЕКТ У АНОМАЛЬНОГО РЕБЁНКА   1. атрибуция; 2. гиперкомпенсация; 3. компенсация; 4. деградация; 5. игнорирование. |
| 3. | СЛЕДУЮЩИЙ МЕХАНИЗМ ЛИЧНОСТНОГО РЕАГИРОВАНИЯ НА ПЕРВИЧНЫЙ ДЕФЕКТ У АНОМАЛЬНОГО РЕБЁНКА   1. абстрагирование; 2. гиперкомпенсация; 3. компенсация; 4. идентификация; 5. игнорирование. |
| 4. | ЧЕМ ХАРАКТЕРИЗИУЕТСЯ ОТКЛОНЯЮЩЕЕСЯ (АНОМАЛЬНОЕ) РАЗВИТИЕ   1. развитие, имеющее стихийный, непредсказуемый характер; 2. развитие, протекающее вне воспитательного воздействия; 3. развитие, протекающее в рамках иной языковой культуры; 4. развитие, при котором влияние неблагоприятных факторов; 5. превышает компенсаторные возможности индивида. |
| 5. | КАКИМ ТЕРМИНОМ ОБОЗНАЧАЕТСЯ ВЕСЬ КОМПЛЕКС ПРОЯВЛЕНИЙ НАРУШЕНИЯ ПСИХИЧЕСКОГО РАЗВИТИЯ РЕБЁНКА   1. психическое расстройство; 2. психический патогенез; 3. психическая депривация; 4. психический дизонтогенез 5. социально-психологическая абилитация. |

Задачи:

|  |  |
| --- | --- |
| 1. | Больная Ю., 66 лет. В прошлом работала препода-  вателем средней школы. В психиатрической больнице находится  три года без выписки. Сознание ясное. Себя называет правильно,  но при беседе обнаруживается, что больная не помнит текущей  даты, не помнит своего возраста, не помнит, сколько времени на-  ходится в больнице, не помнит, как зовут лечащего врача. Настрое-  ние хорошее. На просьбу вспомнить, чем она занималась вчера, со-  общила следующее: «Вчера с утра были занятия, проходили тему  “Пушкин и декабристы“. А затем сидела на педсовете. Хулигана  Галкина опять обсуждали». |
| 2. | Больной З., 78 лет, колхозник. В течение несколь-  ких недель находился на лечении в психиатрической больнице,  жалуется лишь на отсутствие зрения на правый глаз, где имеет-  ся помутнение роговицы. В отделении спокоен, подсаживается 43  к больнымпожилоговозраста, очем-тоснимибеседует. Вобщении  с врачом, больными вежлив, предупредителен, даже несколько сла-  щав. Приветливо здоровается, но встретив врача через несколько  минут, приветствует его снова. Часто приоткрывает дверь в каби-  нет и вежливо осведомляется, не пришел ли консультант-окулист,  через пять минут спрашивает о том же. Числа, месяца, года назвать  не может. Видя вокруг людей в белых халатах, догадывается, что  его положили в больницу, но какую, не помнит. Рассказывает, что  только вчера приехал из деревни: «Вот лошадь во дворе привязал,  сейчас ходил сена ей давал». Вернувшись после консультации из  кабинета профессора, всем рассказывает с убеждением, что про-  фессор угощал его шампанским, сердился, когда ему говорили,  что этого не было. Любит рассказывать о днях своей молодости,  помнит события прошлых лет, правильно воспроизводит события  войны, в которой принимал участие. Перечисляет имена своих де-  тей, назвать имена внуков не может, говорит каждый раз разные.  Квалифицировать нарушения памяти и синдром. |
| 3. | Больной M., 23 лет, после тяжелой травмы головы  лечился в больнице в течение 6 месяцев с нарушениями памяти.  В то время не мог воспроизвести события пятилетней давности.  Спустя год после выписки: спокоен. Охотно отвечает на вопросы.  Обнаруживает амнезию на период, предшествующий травме. Не  помнит событий после травмы, амнезировал пребывание в трав-  матологическом отделении; месяцы, проведенные в психиатриче-  ской больнице. Помнит, что к нему «иногда» приезжали родители.  Помнит хорошо день выписки. С трудом вспомнил имена врачей  и медицинского персонала. Жалуется, что у него «плохая память»  : «все приходится записывать».  Квалифицировать нарушения памяти. |
| 4. | Больной с возмущением говорил: «Ужасные без-  образия творятся в этой клинике, вчера, например, меня посадили  в клетку, а до этого заставили вылезать на улицу через окно».  Определить нарушения памяти. |
| 5. | Больная 43 лет, поступает в психиатрическую боль-  ницу с одинаковыми состояниями в четвертый раз. Настроение  повышено, многоречива, деятельна, плохо спит. Читает наизусть  стихи Блока и страницы из произведений Чехова почти без оши-  бок, можно сверять с текстом. Когда такие состояния проходят, то  стихи помнит отрывками, а прозу воспроизвести не может.  Как называются такие временные нарушения памяти? |

1. **Домашнее задание для уяснения темы занятия**

* составление плана диагностического исследования ребёнка;
* составление плана коррекционного исследования ребёнка;
* ведение протокола исследования;
* супервизия работы студента с ребёнком;
* обсуждение результатов экспериментально-психологического исследования ребёнка;
* написание заключения экспериментально-психологического исследования;
* обсуждение и коррекция заключения экспериментально-психологического исследования.
* основные принципы, определяющие формирование психичес­ких функций в теории системной динамической локализации А.Р. Лурия.
* специфика использования основных понятий нейропсихологии «функция», «локализация», «симптом», «синдром», «фактор», «синдромный анализ» в нейропсихологии детского возраста.
* функциональные блоки мозга по А.Р. Лурия. Строение, функции.
* принцип гетерохронности в морфо- и функциогенезе. Внутри­системная и межсистемная гетерохронность.
* основные принципы системогенеза.
* показатели морфологического созревания мозга. Основные за­кономерности морфологического созревания мозга.
* функциональные критерии развития мозга. Основные законо­мерности функционального созревания мозговых структур.
* морфофункциональное созревание функциональных блоков мозга в онтогенезе.
* соотношение развития и влияния среды. Теории научения. Тео­рии созревания.

1. **Рекомендованная литература по теме занятия**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| №  п/п | Наименование | Издательство | Год  выпуска |

**Обязательная**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 1. | Лурия А.Р. Высшие корковые функции человека и их нарушения при локальных поражениях мозга / А.Р. Лурия. | СПб.: Питер | 2007 |
| 2. | Семенович А.В. Нейропсихологическая диагностика и коррекция в детском возрасте. | М.: Академия | 2002 |
| 3. | Семенович, А. В. Нейропсихологическая коррекция в детском возрасте. Метод замещающего онтогенеза: учебное пособие/ А. В. Семенович. - 2-е изд. | М.: Генезис | 2008 |
| 4. | Визель Т.Г. Основы нейропсихологии: учеб. для студентов вузов Т.Г. Визель. | М.: АСТАстрель Транзиткнига | 2005 |
| 5. | Клиническая психология / под ред. Карвасарского Б.Д. | СПб.: Питер | 2010 |
| 6. | Микадзе Ю.В. Нейропсихология детского возраста: Учебное пособие. | СПб.:Питер | 2008 |

**Дополнительная**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 1. | Психология. (Лекции для студентов медицинских вузов), Творогова Н. Д. | М.: ГОУ ВУНМЦ РФ | 2002 |
| 2. | Клиническая психология / под ред. М.Перре , У.Бауманна | СПб.: Питер | 2007 |
| 3. | Корсакова Н. К., Московичюте Л. И. Клиническая нейропсихология. | М.: МГУ | 1988 |

**Электронные ресурсы**

|  |  |
| --- | --- |
| 1. | ИБС КрасГМУ |
| 2. | БМ МедАрт |
| 3. | БД Ebsco |

Государственное бюджетное образовательное учреждение высшего профессионального образования «Красноярский государственный медицинский университет имени профессора В.Ф. Войно-Ясенецкого»

Министерства здравоохранения Российской Федерации

ГБОУ ВПО КрасГМУ им. проф. В.Ф. Войно-Ясенецкого Минздрава России

Кафедра нервных болезней с курсом медицинской реабилитации ПО

**МЕТОДИЧЕСКИЕ УКАЗАНИЯ**

**ДЛЯ ОБУЧАЮЩИХСЯ**

**по дисциплине «Спецпрактикум по коррекционно-развивающему обучению с супервизией»**

**для специальности** 030401 Клиническая психология (очно-заочная форма обучения)

**К СЕМИНАРСКОМУ** **ЗАНЯТИЮ № 31**

**ТЕМА:** **«Оптимизация и стабилизация общего тонуса тела. Растяжки. Релаксация».**

Утверждены на кафедральном заседании протокол .

Заведующий кафедрой

Доктор медицинских наук, профессор Прокопенко С.В.

Составители: доктор медицинских наук, профессор Прокопенко С.В.

кандидат медицинских наук, доцент Харламова Г.В.

кандидат медицинских наук, ассистент Можейко Е.Ю.

доктор медицинских наук, профессор Похабов Д.В.

доктор медицинских наук, профессор Народова В.В.

кандидат медицинских наук, доцент Дроздова Л.Н.

доктор медицинских наук, профессор Колесникова И.В.

ассистент Швецова И.Н.

Красноярск

2013г.

**1. Занятие №31**

**Тема:** «Оптимизация и стабилизация общего тонуса тела. Растяжки. Релаксация».

**2. Форма организации занятия:** семинар – в интерактивной форме в виде дебатов.

**3.Значение изучения темы:**

В клиническойпрактике нейропсихологический метод занимает особое место в ряду научных дисциплин, обращенных к проблеме онтогенеза в норме и патологии. Только он позволяет оценить и описать те системно-динамические перестройки, которые сопровождают психическое развитие ребенка с точки зрения его мозгового обеспечения. Но описать — это значит понять. Понять глубинные механизмы его психического статуса и спланировать адекватную онтогенезу именно этого, конкретного ребенка программу психолого-педагогического сопровождения.

**4. Цели обучения:** освоения учебной дисциплины «Спецпрактикум по коррекционно-развивающему обучению с супервизией» состоит в овладении знаниями психологической диагностики заболеваний, психологической помощи и восстановлению психических функций.

**Студент должен знать**:

* закономерности формирования мозговой организации психических процессов, специфику детского мозга, строение, состав мозговых зон, вовлекаемых в работу нейрофизиологических функциональных систем;
* специфику нейропсихологического исследования детей и возможности использования их как в клинической практике, так и психолого-педагогической деятельности.

**Студент должен уметь:**

* применять полученные знания при решении психолого-педагогических задач;
* квалифицировать затруднения, возникающие у детей в ходе учебной деятельности и прогнозировать успешность ребенка в различных видах деятельности, в том числе и обучении, на основе нейропсихологического анализа;
* организовывать нейропсихологическое обследование, коррекцию детей дошкольного и младшего школьного возраста.

**Студент должен владеть:**

* категориальным аппаратом нейропсихологии детского возраста;
* навыками организации нейропсихологической диагностики, коррекции и реабилитации в детском возрасте.

**5. План изучения темы:**

**5.1. Контроль исходного уровня знаний.**

|  |  |
| --- | --- |
| 1. | Нарушения при глубокой дебильности в пробе на установление последовательности в серии сюжетных картин   1. не в состоянии установить развитие сюжета даже по весьма несложной серии рисунков 2. раскладывают рисунки в случайном порядке и описывают каждый отдельно 3. описание нередко сводится к простому перечислению деталей 4. буквально интерпретирует сюжет 5. все перечисленное |
| 2. | Выявляются следующие нарушения мышления у больных эпилепсией   1. снижение уровня обобщения 2. искажение уровня обобщения 3. соскальзывание на латентные признаки 4. паралогичность 5. нарушения памяти |
| 3. | Наблюдающиеся у больных эпилепсией расстройства речи характеризуются   1. замедлением ее темпа 2. употреблением уменьшительных слов и речевых штампов 3. олигофазией 4. снижение номинативной функции речи 5. всем перечисленным |
| 4. | КАК НАЗЫВАЕТСЯ Вид психологической помощи, при котором происходит формирование адекватного и искомого психического состояния   * 1. психологическим консультированием;   2. психологической коррекцией;   3. психологической защитой;   4. психотерапией;   5. психологический блок. |
| 5. | Вид нарушения памяти, при котором отмечается нарушение памяти на текущие события и относительно сохранной памятью на события прошлого   * 1. корсаковский синдром;   2. прогрессирующая амнезия;   3. ретроградная амнезия;   4. антероградная амнезии;   5. ретроантероградная амнезия. |

**5.2 Основные понятия и положения темы**

Оптимизация тонуса является одной из самых важных задач коррекции 1 уровня. Любое отклонение от оптимального тонуса (гипо- или гипертонус) может является как причиной, так и следствием возникших изменений в соматическом, эмоциональном, познавательном статусе Р. и негативно сказывается на общем ходе его развития.   
В ходе занятий П. должен обойти каждого Р., проверяя, полностью ли расслаблено его тело, указать места зажимов, показать, как можно их «сбросить». Необходимо, например, показать на его собственном теле разницу между выполнением команды «опустить кисти» и «руки сломались в кистях» (расслабление кистей достигается только во втором случае).   
После выполнения каждого упражнения проводится обсуждение в кругу детей с получением обратной связи от каждого ребенка по принципу «Мое тело может быть …».   
  
Упр.34. Р. ложится на спину (или стоит, сидит). Его просят закрыть глаза и сосредоточиться только на своем теле; выполнить 3-4 цикла глубокого дыхания в индивидуальном темпе. Затем ему надо напрячь все тело как можно сильнее, через несколько секунд напряжение сбросить, расслабиться; проделать то же самое с каждой частью тела (П. называет поочередно част и тела, останавливаясь на каждом сегменте в отдельности - правая рука, шея, спина, живот, поясница, правая нога, и т.д.). По позе Р, и «волне» его дыхания можно легко определить «зажатые» места. Р. просят «прислушаться» к своему телу и при необходимости дополнительно поработать с напряженными участками тела и локальными зажимами (см. «Массаж», «Растяжки», главу 4).   
Упр.35. «Силач».Выполнить контрастное напряжение и расслабление плечевого пояса, рук и ног, представляя, что Вы: держите в руках (ногой, на плече) тяжелые гири; поднимаете нал головой тяжелую корзину с яблоками; отжимаете штангу; удерживаете ногой закрывающуюся дверь, раздвигаете руками тесно переплетенные ветви деревьев в лесной чаще.   
Упр.36. «Весы». Предложите Р. представить, что его ладони - чашечки весов. При необходимости - реально «нагрузить» весы, надавливая собственной рукой или кладя на них какой-либо «груз».   
Встать, поставив руки перед грудью ладонями вверх, пальцы направлены навстречу друг другу, локти в стороны. Сделать длинный вдох через нос, задержать дыхание. «Уравновесить» чашечки весов.   
Медленно вытянуть одну руку над головой, поворачивая кисть, посмотреть на нее. Другую руку опустить вниз, держа кисть горизонтально, ладонью вниз, пальцами от себя. С силой вытянуть ее: на этой чашечке весов лежит груз. Медленно выдохнуть, расслабиться. Повторить упражнение, изменив положение рук. Аналогичное упражнение можно выполнять лежа, весами при этом становятся ноги.

Упр.37. «Травинка на ветру». Р. изображает всем телом травинку (сесть на пятки, руки вытянуть вверх, сделать вдох) Начинает дуть ветер, и травинка наклоняется до земли (выдыхая, наклонять туловище вперед, пока грудь не коснется бедер; руки при этом вытягиваются вперед, ладони на полу; не меняя положения туловища, потянуть руки по полу еще дальше вперед). Ветер стихает, травинка выпрямляется и тянется к солнышку (на вдохе вернуться в исходное положение, потянуться вверх).   
Упр.38. Так же строится упражнение «Раскачивающееся дерево» (корни - ноги, ствол - туловище, крона - руки и голова), которое может выполняться как сидя, так и стоя. Важно, чтобы каждый Р. представил себя «своим» деревом; ведь ель, береза и ива совсем по-разному реагируют на ветерок, начало бури и ураган.   
Упр.39. «Парусник». Р. изображает лодку с парусом: встать на колени, носочки оттянуты, пальцы ног касаются друг друга, пятки несколько разведены; сесть на пятки или между ними, пальцы рук сплести в замок за спиной, зафиксировать под ногами или на пятках.   
Подул ветер, и парус расправился, надулся (на выдохе, не расцепляя рук, выпятить грудь, свести лопатки, голову откинуть назад). Ветер утих, и парус «сник» (на выдохе голову опустить как можно ниже , спина становится круглой). Вернуться в и.п.   
Упр.40. «Дракон». Р. изображает дракона, облетающего дозором свои владения: ноги на ширине плеч, слегка согнуты в коленях, пружинят в такт рукам-крыльям. Затем он приземляется на остров и начинает «размешивать» хвостом море.   
Упр.41. «Насос и надувная кукла». Р. - надувная кукла, из которой выпущен воздух, лежит совершенно расслабленно на полу. П. (или другой Р.) «накачивает» куклу воздухом с помощью насоса: ритмично наклоняясь вперед и произнося звук «с-с-с» на выдохе. Кукла постепенно наполняется воздухом, ее части распрямляются, выравниваются. Наконец кукла надута. Дальнейшее накачивание воздухом опасно - кукла сильно напряглась и может лопнуть. Время окончания надувания определяется по состоянию напряжения тела «куклы». После этого ее «сдувают», вынимая из нее насос; она постепенно «опадает». Это прекрасное упражнение на расслабление - напряжение, а также первый опыт парного взаимодействия на уровне ощущения определенных свойств тела другого человека.   
Упр.42. «Смазка». Дети стоят в кругу. Им предлагается представить свое тело в виде любого механизма, который нуждается в смазке: «Я ввожу масло в твой указательный палец, чтобы смазать им все суставы твоего тела. Сосредоточься, чтобы ни один участок не остался без смазки; ведь я не вижу, все ли я делаю правильно: подсказывай мне своим телом».

Упр.43.«Двигательный репертуар». Детям предлагается свободно двигаться по комнате, не касаясь друг друга, самыми разнообразными способами, сосредоточившись на ощущениях, возникающих в теле. Они могут передвигаться с разной скоростью: медленно, максимально быстро (медленно), чуть медленнее и т.п.; с различным уровнем напряжения (максимально напряженно, чередуя напряжение-расслабление разных групп мышц, максимально расслабленно). В ходе этого процесса их просят вспомнить и воспроизвести (телом) различные ощущения: холод, жара, вкусная еда, неприятные запахи, сильный ветер в спину и т.п.   
Эти и следующие упражнения направлены на расширение диапазона движений по следующим параметрам: быстрые -медленные; мягкие - жесткие; сильные - слабые; тяжелые -легкие; непрерывные - отрывистые; свободные - с сопротивлением.   
Упр.44. «Огонь и лед». И.п. - стоя в кругу. По команде : «огонь»- дети начинают интенсивные движения всем телом. Плавность и степень интенсивности движений каждый Р. выбирает произвольно. По команде «лед» дети застывают в позе, в которой их застигла команда, напрягая до предела все тело. П. несколько раз чередует обе команды, меняя время выполнения той и другой.   
Упр.45. Аналогичны упражнения со сменой ролей. «Рыбки и водоросли»: плавные, легкие движения водорослей - на месте и рыб - с передвижением в «воде». «Облако и камень»: движения тяжелые, законченные - камень и легкие, плавные, непрерывные - облако.   
Упр.46. «Страна кукол». «Когда-нибудь все люди вырастают и забывают, что были детьми. Игрушки, которые мы так любили в детстве не исчезают бесследно. Они просто уходят в свою страну, куда мы сегодня и отправляемся, став ненадолго разными куклами».   
«Свободная кукла»: индивидуальный танец в том образе, который выберет Р. «Гуттаперчевая кукла»: движения мягкие, плавные; полностью расслабленное тело (тело без костей). «Пластмассовая кукла»: напряженное тело, законченные движения. «Марионетка»: кукла, которую кукловод - П. или другой Р. - приводит в движение при помощи нитей, привязанных к различным частям ее тела. Это упражнение направлено на осознавание центров движения.   
Упражнение «Подвески» сложнее: детям предлагается представить, что они куклы - марионетки, которые после выступления подвешены на гвоздиках в шкафу (за руку, за палец, за воротник, за плечо и т.д.), т.е. их тело фиксировано в одной точке, все остальное - расслаблено, болтается.   
Упр.47. «Росток». И.п. - на корточках; голову нагнуть к коленям, обхватив их руками. «Представь себе, что ты маленький росток, только что показавшийся из земли; он растет, постепенно выпрямляясь, раскрываясь и устремляясь вверх. Я буду помогать тебе «расти». Называется часть тела, которая активизируется в данный момент при абсолютной пассивности других. «Один» - медленно выпрямляются ноги; «два» - ноги продолжают «расти», постепенно оживают руки, висят как «тряпочки»; «три» - осторожно выпрямляется позвоночник (от поясницы к плечам); «четыре» - выпрямляются плечи, шея и голова; «пять» - руки -вверх, смотрим на солнышко, тянемся к нему. Усложняя задачу, П. может увеличивать этапы «роста» до 10-20.   
Упр.48. «Репка». И.п. - на корточках, колени - в стороны, плотно сомкнутые в ладонях руки упираются в пол между ногами. Из этого положения «репка» медленно растет до полного выпрямления ног. Затем сомкнутые ладони медленно поднимаются до уровня груди, разворачиваются пальцами вверх и поднимаются несколько выше головы. Там ладони размыкаются и разводятся в стороны; «репка» выросла, ее листья (ладони) ловят солнышко.   
Упр.49. «Потянулись - сломались». Руки и все тело Р. устремлены вверх (пятки от пола не отрывать). П.; «Тянемся, тянемся вверх, выше и выше... Мысленно отрываем пятки от пола, чтобы стать еще выше (реально пятки на полу)... А теперь наши кисти как бы сломались (хлопок), безвольно повисли. Теперь руки сломались в локтях (хл.), в плечах (хл.), упали. Повисла голова (хл.), сломались в талии (хл.), подогнулись колени (хл.), опустились (упали) на пол... Лежим расслабленно, безвольно, удобно... Прислушайтесь к себе. Осталось ли где-нибудь напряжение? Сбросили его».   
РАСТЯЖКИ - система специальных упражнений на растягивание, основанных на естественном движении. При их выполнении в мышцах должно быть ощущение мягкого растяжения, но не напряжения. Выполнение «растяжек» способствует преодолению разного рода мышечных дистоний, зажимов и патологических ригидных телесных установок; оптимизации мышечного тонуса и повышению уровня психической активности. Когда П., помогая Р., делает ему растяжки, необходимо вообразить, что растяжки делаются котенку; они должны проводиться в щадящем режиме, медленно, не рывками.

**5.3. Самостоятельная работа по теме:**

- разбор темы;

- отработка коррекционных методик;

- разбор пациентов, решение ситуативных задачь

**5.4. Итоговый контроль знаний:**

- ответы на вопросы по теме занятия;

- решение ситуационных задач, тестовых заданий по теме.

|  |  |
| --- | --- |
| 1. | Нарушение динамики мнестической деятельности может быть следствием всего перечисленного, кроме   * 1. сосудистые заболевания головного мозга;   2. истощаемости психической деятельности;   3. тяжелые алкогольные интоксикации;   4. аффективно-эмоциональная неустойчивость;   5. шизофрения. |
| 2. | Нарушения опосредования у больных эпилептической болезнью связаны   * + 1. с колебаниями их работоспособности;     2. с повышенной инертностью и желанием отобразить все детали;     3. с нарушением мотивации;     4. с актуализацей латентных свойств предметов;     5. с истощаемостью психических процессов. |
| 3. | Мысленное объединение предметов и явлений по их общим и существенным признакам известно как   * 1. анализ;   2. синтез;   3. обобщение;   4. классификация;   5. номинация. |
| 4. | Актуализация в суждениях случайных, латентных связей между предметами относится к   * 1. нарушениям динамики мыслительных процессов;   2. снижению уровня обобщения;   3. искажению процесса обобщения;   4. нарушениям личностного компонента мышления;   5. нарушениям памяти. |
| 5. | Расстройства различных видов ощущений называются   1. агнозиями; 2. галлюцинациями; 3. сенсорными расстройствами; 4. иллюзиями; 5. апраксиями. |

1. **Самоконтроль по ситуационным задачам**

Задачи:

|  |  |
| --- | --- |
| 1. | Больная Ю., 66 лет. В прошлом работала препода-  вателем средней школы. В психиатрической больнице находится  три года без выписки. Сознание ясное. Себя называет правильно,  но при беседе обнаруживается, что больная не помнит текущей  даты, не помнит своего возраста, не помнит, сколько времени на-  ходится в больнице, не помнит, как зовут лечащего врача. Настрое-  ние хорошее. На просьбу вспомнить, чем она занималась вчера, со-  общила следующее: «Вчера с утра были занятия, проходили тему  “Пушкин и декабристы“. А затем сидела на педсовете. Хулигана  Галкина опять обсуждали». |
| 2. | Больной З., 78 лет, колхозник. В течение несколь-  ких недель находился на лечении в психиатрической больнице,  жалуется лишь на отсутствие зрения на правый глаз, где имеет-  ся помутнение роговицы. В отделении спокоен, подсаживается 43  к больнымпожилоговозраста, очем-тоснимибеседует. Вобщении  с врачом, больными вежлив, предупредителен, даже несколько сла-  щав. Приветливо здоровается, но встретив врача через несколько  минут, приветствует его снова. Часто приоткрывает дверь в каби-  нет и вежливо осведомляется, не пришел ли консультант-окулист,  через пять минут спрашивает о том же. Числа, месяца, года назвать  не может. Видя вокруг людей в белых халатах, догадывается, что  его положили в больницу, но какую, не помнит. Рассказывает, что  только вчера приехал из деревни: «Вот лошадь во дворе привязал,  сейчас ходил сена ей давал». Вернувшись после консультации из  кабинета профессора, всем рассказывает с убеждением, что про-  фессор угощал его шампанским, сердился, когда ему говорили,  что этого не было. Любит рассказывать о днях своей молодости,  помнит события прошлых лет, правильно воспроизводит события  войны, в которой принимал участие. Перечисляет имена своих де-  тей, назвать имена внуков не может, говорит каждый раз разные.  Квалифицировать нарушения памяти и синдром. |
| 3. | Больной M., 23 лет, после тяжелой травмы головы  лечился в больнице в течение 6 месяцев с нарушениями памяти.  В то время не мог воспроизвести события пятилетней давности.  Спустя год после выписки: спокоен. Охотно отвечает на вопросы.  Обнаруживает амнезию на период, предшествующий травме. Не  помнит событий после травмы, амнезировал пребывание в трав-  матологическом отделении; месяцы, проведенные в психиатриче-  ской больнице. Помнит, что к нему «иногда» приезжали родители.  Помнит хорошо день выписки. С трудом вспомнил имена врачей  и медицинского персонала. Жалуется, что у него «плохая память»  : «все приходится записывать».  Квалифицировать нарушения памяти. |
| 4. | Больной с возмущением говорил: «Ужасные без-  образия творятся в этой клинике, вчера, например, меня посадили  в клетку, а до этого заставили вылезать на улицу через окно».  Определить нарушения памяти. |
| 5. | Больная 43 лет, поступает в психиатрическую боль-  ницу с одинаковыми состояниями в четвертый раз. Настроение  повышено, многоречива, деятельна, плохо спит. Читает наизусть  стихи Блока и страницы из произведений Чехова почти без оши-  бок, можно сверять с текстом. Когда такие состояния проходят, то  стихи помнит отрывками, а прозу воспроизвести не может.  Как называются такие временные нарушения памяти? |

1. **Домашнее задание для уяснения темы занятия**

* составление плана диагностического исследования ребёнка;
* составление плана коррекционного исследования ребёнка;
* ведение протокола исследования;
* супервизия работы студента с ребёнком;
* обсуждение результатов экспериментально-психологического исследования ребёнка;
* написание заключения экспериментально-психологического исследования;
* обсуждение и коррекция заключения экспериментально-психологического исследования.
* основные принципы, определяющие формирование психичес­ких функций в теории системной динамической локализации А.Р. Лурия.
* специфика использования основных понятий нейропсихологии «функция», «локализация», «симптом», «синдром», «фактор», «синдромный анализ» в нейропсихологии детского возраста.
* функциональные блоки мозга по А.Р. Лурия. Строение, функции.
* принцип гетерохронности в морфо- и функциогенезе. Внутри­системная и межсистемная гетерохронность.
* основные принципы системогенеза.
* показатели морфологического созревания мозга. Основные за­кономерности морфологического созревания мозга.
* функциональные критерии развития мозга. Основные законо­мерности функционального созревания мозговых структур.
* морфофункциональное созревание функциональных блоков мозга в онтогенезе.
* соотношение развития и влияния среды. Теории научения. Тео­рии созревания.

1. **Рекомендованная литература по теме занятия**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| №  п/п | Наименование | Издательство | Год  выпуска |

**Обязательная**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 1. | Лурия А.Р. Высшие корковые функции человека и их нарушения при локальных поражениях мозга / А.Р. Лурия. | СПб.: Питер | 2007 |
| 2. | Семенович А.В. Нейропсихологическая диагностика и коррекция в детском возрасте. | М.: Академия | 2002 |
| 3. | Семенович, А. В. Нейропсихологическая коррекция в детском возрасте. Метод замещающего онтогенеза: учебное пособие/ А. В. Семенович. - 2-е изд. | М.: Генезис | 2008 |
| 4. | Визель Т.Г. Основы нейропсихологии: учеб. для студентов вузов Т.Г. Визель. | М.: АСТАстрель Транзиткнига | 2005 |
| 5. | Клиническая психология / под ред. Карвасарского Б.Д. | СПб.: Питер | 2010 |
| 6. | Микадзе Ю.В. Нейропсихология детского возраста: Учебное пособие. | СПб.:Питер | 2008 |

**Дополнительная**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 1. | Психология. (Лекции для студентов медицинских вузов), Творогова Н. Д. | М.: ГОУ ВУНМЦ РФ | 2002 |
| 2. | Клиническая психология / под ред. М.Перре , У.Бауманна | СПб.: Питер | 2007 |
| 3. | Корсакова Н. К., Московичюте Л. И. Клиническая нейропсихология. | М.: МГУ | 1988 |

**Электронные ресурсы**

|  |  |
| --- | --- |
| 1. | ИБС КрасГМУ |
| 2. | БМ МедАрт |
| 3. | БД Ebsco |

Государственное бюджетное образовательное учреждение высшего профессионального образования «Красноярский государственный медицинский университет имени профессора В.Ф. Войно-Ясенецкого»

Министерства здравоохранения Российской Федерации

ГБОУ ВПО КрасГМУ им. проф. В.Ф. Войно-Ясенецкого Минздрава России

Кафедра нервных болезней с курсом медицинской реабилитации ПО

**МЕТОДИЧЕСКИЕ УКАЗАНИЯ**

**ДЛЯ ОБУЧАЮЩИХСЯ**

**по дисциплине «Спецпрактикум по коррекционно-развивающему обучению с супервизией»**

**для специальности** 030401 Клиническая психология (очно-заочная форма обучения)

**К СЕМИНАРСКОМУ** **ЗАНЯТИЮ № 32**

**ТЕМА:** **«Оптимизация и стабилизация общего тонуса тела. Растяжки. Релаксация».**

Утверждены на кафедральном заседании протокол .

Заведующий кафедрой

Доктор медицинских наук, профессор Прокопенко С.В.

Составители: доктор медицинских наук, профессор Прокопенко С.В.

кандидат медицинских наук, доцент Харламова Г.В.

кандидат медицинских наук, ассистент Можейко Е.Ю.

доктор медицинских наук, профессор Похабов Д.В.

доктор медицинских наук, профессор Народова В.В.

кандидат медицинских наук, доцент Дроздова Л.Н.

доктор медицинских наук, профессор Колесникова И.В.

ассистент Швецова И.Н.

Красноярск

2013г.

**1. Занятие №32**

**Тема:** «Оптимизация и стабилизация общего тонуса тела. Растяжки. Релаксация».

**2. Форма организации занятия:** семинар – в интерактивной форме в виде дебатов.

**3.Значение изучения темы:**

В клиническойпрактике нейропсихологический метод занимает особое место в ряду научных дисциплин, обращенных к проблеме онтогенеза в норме и патологии. Только он позволяет оценить и описать те системно-динамические перестройки, которые сопровождают психическое развитие ребенка с точки зрения его мозгового обеспечения. Но описать — это значит понять. Понять глубинные механизмы его психического статуса и спланировать адекватную онтогенезу именно этого, конкретного ребенка программу психолого-педагогического сопровождения.

**4.Цели обучения:** освоения учебной дисциплины «Спецпрактикум по коррекционно-развивающему обучению с супервизией» состоит в овладении знаниями психологической диагностики заболеваний, психологической помощи и восстановлению психических функций.

**Студент должен знать**:

* закономерности формирования мозговой организации психических процессов, специфику детского мозга, строение, состав мозговых зон, вовлекаемых в работу нейрофизиологических функциональных систем;
* специфику нейропсихологического исследования детей и возможности использования их как в клинической практике, так и психолого-педагогической деятельности.

**Студент должен уметь:**

* применять полученные знания при решении психолого-педагогических задач;
* квалифицировать затруднения, возникающие у детей в ходе учебной деятельности и прогнозировать успешность ребенка в различных видах деятельности, в том числе и обучении, на основе нейропсихологического анализа;
* организовывать нейропсихологическое обследование, коррекцию детей дошкольного и младшего школьного возраста.

**Студент должен владеть:**

* категориальным аппаратом нейропсихологии детского возраста;
* навыками организации нейропсихологической диагностики, коррекции и реабилитации в детском возрасте.

**5. План изучения темы:**

**5.1. Контроль исходного уровня знаний.**

|  |  |
| --- | --- |
| 1. | Нарушения при глубокой дебильности в пробе на установление последовательности в серии сюжетных картин   * + 1. не в состоянии установить развитие сюжета даже по весьма несложной серии рисунков     2. раскладывают рисунки в случайном порядке и описывают каждый отдельно     3. описание нередко сводится к простому перечислению деталей     4. буквально интерпретирует сюжет     5. все перечисленное |
| 2. | Выявляются следующие нарушения мышления у больных эпилепсией   1. снижение уровня обобщения 2. искажение уровня обобщения 3. соскальзывание на латентные признаки 4. паралогичность 5. нарушения памяти |
| 3. | Наблюдающиеся у больных эпилепсией расстройства речи характеризуются   1. замедлением ее темпа 2. употреблением уменьшительных слов и речевых штампов 3. олигофазией 4. снижение номинативной функции речи 5. всем перечисленным |
| 4. | КАК НАЗЫВАЕТСЯ Вид психологической помощи, при котором происходит формирование адекватного и искомого психического состояния   1. психологическим консультированием; 2. психологической коррекцией; 3. психологической защитой; 4. психотерапией; 5. психологический блок. |
| 5. | Вид нарушения памяти, при котором отмечается нарушение памяти на текущие события и относительно сохранной памятью на события прошлого   1. корсаковский синдром; 2. прогрессирующая амнезия; 3. ретроградная амнезия; 4. антероградная амнезии; 5. ретроантероградная амнезия. |

**5.2. Основные понятия и положения темы**

**Детский Церебральный Паралич** – это широкое понятие, которое охватывает несколько различных симптомокомплексов, имеющих схожие проявления и причины возникновения:

• развиваются в перинатальном периоде (буквальный перевод: «около родов», то есть нарушения возникают до, во время или после родов);

• связаны с органическим повреждением структур головного и/или спинного мозга;

• чаще всего характеризуются нарушениями произвольной мышечной и двигательной активности, но также могут страдать координация движений, зрение, слух, речь и психика;

• являются хроническими и непрогрессирующими;

Существует понятие «ложной прогрессии», когда по мере роста больного ребенка наблюдается усугубление состояния. Это связано с тем, что мозг растет, развиваются его функции, и становятся явными скрытые прежде патологические изменения в его тканях. Причиной ложной прогрессии также могут быть вторичные осложнения: кровоизлияния, инсульты, эпилепсия или тяжелое соматическое заболевание, наркоз и т.д.

• не передаются по наследству, не являются заразными;

• поддаются реабилитации, которая позволяет значительно улучшить качество жизни больного человека и социализировать его в большей или меньшей степени.

**Ортопедические последствия ДЦП**

Во многих случаях ортопедические осложнения ДЦП являются первичными по отношению к нарушениям двигательной активности, и, устранив их, можно в буквальном смысле поставить ребенка на ноги. Наибольшее значение в патогенезе последствий данного типа имеют дистрофические процессы скелетной мускулатуры, которые приводят к формированию грубой рубцовой ткани с множественными контрактурами и в дальнейшем к деформации близлежащего сустава и костей. Это не только вызывает нарушение движения, но также обуславливает стойкий болевой синдром и формирует анталгические (вынужденные) позы у больных. Мышечные контрактуры еще более ограничивают и без того затрудненную способность к движению, поэтому лечение ортопедических последствий ДЦП занимают особое место в общем процессе восстановления больного.

**Прочие последствия ДЦП**

Симптоматика при данном нарушении может быть очень различной: от едва заметной до полной инвалидизации. Зависит это от степени поражения ЦНС. Помимо вышеозначенных симптомов могут наблюдаться также следующие характерные признаки заболевания:

• патологический мышечный тонус;

• неконтролируемые движения;

• задержка психического развития;

• судороги;

• нарушения речи, слуха, зрения;

• трудности с глотанием;

• нарушения актов дефекации и мочеиспускания;

• эмоциональные проблемы.

**Факторы риска и причины ДЦП**

Основная причина ДЦП – гибель или порок развития какого-либо участка головного мозга, возникшие в раннем возрасте или до момента рождения. Всего выделяют более 100 факторов, которые могут привести к патологиям ЦНС у новорожденного, их объединяют в три большие группы, связанные с:

1. Течением беременности;

2. Моментом родов;

3. Периодом адаптации младенца к внешней среде в первые 4 недели жизни (в некоторых источниках этот период продляют до 2 лет).

По статистике, от 40 до 50% всех детей с ДЦП были рождены преждевременно. Недоношенные малыши особенно уязвимы, так как рождаются с недоразвитыми органами и системами, что повышает риск повреждения мозга от гипоксии (кислородное голодание). На долю асфиксии в момент родов приходится не более 10% всех случаев, и большее значение для развития заболевания имеет скрытая инфекция у матери, главным образом из-за ее токсичного воздействия на мозг плода. Другие распространенные факторы риска:

• крупный плод;

• неправильное предлежание;

• узкий таз матери;

• преждевременная отслойка плаценты;

• резус конфликт;

• стремительные роды;

• медикаментозная стимуляция родов;

• ускорение родовой деятельности с помощью прокола околоплодного пузыря.

После рождения малыша существуют следующие вероятные причины поражения ЦНС:

• тяжелые инфекции (менингит, энцефалит, острая герпетическая инфекция);

• отравления (свинец), травмы головы;

• инциденты, приводящие к гипоксии мозга (утопление, закупорка дыхательных путей кусочками пищи, посторонними предметами).

Нельзя не отметить, что все факторы риска не являются абсолютными, и большую часть из них можно предотвратить или минимизировать их вредное влияния на здоровье ребенка.

**Виды/типы ДЦП**

В зависимости от зоны поражения головного мозга и характерных проявлений существует следующая классификация (по Семеновой К.А.):

1. Спастическая диплегия – наиболее распространенная форма, в общей статистике 40-80%. Наблюдается поражение отделов мозга, ответственных за двигательную активность конечностей, что приводит к полной или частичной парализации ног (в большей степени) и рук.

2. Двойная гемиплегия выражается самыми тяжкими проявлениями. При этой форме поражены большие полушария мозга или тотально весь орган. Клинически наблюдается ригидность мышц конечностей, дети не могут держать голову, стоять, сидеть.

3. Гемипаретическая форма. Поражено одно из полушарий ГМ с корковыми и подкорковыми структурами, отвечающими за двигательную активность. Страдает одна из сторон тела (гемипарез конечностей), перекрестная по отношению к больному полушарию.

4. Гиперкинетическая форма (до 25% больных). Поражены подкорковые структуры. Выражается в гиперкинезах – непроизвольных движениях, характерно усиление симптоматики при утомлении, волнении. Данная форма ДЦП в чистом виде встречается относительно редко, чаще в сочетании со спастической диплегией.

5. Атонически-астатическая форма возникает при поражении мозжечка. Более всего страдает координация движений и чувство равновесия, наблюдается атония мышц.

**Лечение Детского Церебрального Паралича**

Лечение данной патологии является пожизненным многомерным процессом, направленным на поддержание и восстановление функций, которые были нарушены в результате болезни. Да и вообще понятие именно «лечение» здесь не является самым подходящим, так как заболевание не поддается полному излечению, прогноз полностью зависит от формы. Инвалиды ДЦП во многих случаях способны к нормальной жизни в социуме.

В детском возрасте, особенно до 8 лет, родителям нужно приложить максимум усилий, чтобы реабилитировать ребенка. Это связано с тем, что мозг активно развивается и выполнение каких-то утраченных или нарушенных функций могут взять на себя здоровые отделы. Чем раньше будет начато лечение и реабилитация ДЦП, тем успешнее будет этот процесс.

Лечение ДЦП носит преимущественно симптоматический характер и фокусируется на том, чтобы максимально развить доступные для конкретного ребенка двигательные навыки. Терапия должна основываться на следующих принципах:

• Раннее начало. В идеале – постановка диагноза и начало лечения еще в роддоме.

• Этапность. Где лечат ДЦП? Этапы, где оказывается специализированная медпомощь, включают: роддом, стационар, санаторий, дом ребенка, детсад, школа, интернат, медцентры. Наш Центр готов оказать квалифицированную помощь в процессе реабилитации.

• Преемственность.

• Комплексность и непрерывность. Все вместе, а также усилия родителей, должно обеспечить максимальный восстановительно-коррекционный эффект, который подразумевает развитие у больного ребенка не только двигательных, но также речевых, коммуникативных и интеллектуальных навыков.

Лечение, которое должно проводиться при ДЦП:

• Массаж

• Физиотерапия

• ЛФК

• Бобат-терапия

• Метод Войта

• Применение вспомогательных устройств (вертикализатор, ортезы и т.д.)

• Занятия с логопедом и психологом.

При необходимости также проводится медикаментозное и хирургическое лечение.

**Распространенность ДЦП**

На сегодняшний момент ДЦП занимает ведущее место в структуре хронических болезней детского возраста. По мировой статистике число больных этим заболеванием детей составляет 1,7-7 на 1000 здоровых, в России эти цифра колеблется в пределах 2,5-5,9. В некоторых странах этот показатель существенно выше, например, по данным Франции на 1966 год он составлял 8 человек. Увеличение числа больных связывают не только с ухудшением экологии, но также с прогрессом в перинатальной и неонатальной медицине. Сегодня успешно выхаживают младенцев, рожденных недоношенными, в том числе с весом в 500 грамм, как известно, именно недоношенность является одним из основных факторов риска по ДЦП.

**5.3. Самостоятельная работа по теме:**

- разбор темы;

- отработка коррекционных методик;

- разбор пациентов, решение ситуативных задачь

**5.4. Итоговый контроль знаний:**

- ответы на вопросы по теме занятия;

- решение ситуационных задач, тестовых заданий по теме.

|  |  |
| --- | --- |
| 1. | Нарушение динамики мнестической деятельности может быть следствием всего перечисленного, кроме   1. сосудистые заболевания головного мозга; 2. истощаемости психической деятельности; 3. тяжелые алкогольные интоксикации; 4. аффективно-эмоциональная неустойчивость; 5. шизофрения. |
| 2. | Нарушения опосредования у больных эпилептической болезнью связаны   * 1. с колебаниями их работоспособности;   2. с повышенной инертностью и желанием отобразить все детали;   3. с нарушением мотивации;   4. с актуализацей латентных свойств предметов;   5. с истощаемостью психических процессов. |
| 3. | Мысленное объединение предметов и явлений по их общим и существенным признакам известно как   1. анализ; 2. синтез; 3. обобщение; 4. классификация; 5. номинация. |
| 4. | Актуализация в суждениях случайных, латентных связей между предметами относится к   1. нарушениям динамики мыслительных процессов; 2. снижению уровня обобщения; 3. искажению процесса обобщения; 4. нарушениям личностного компонента мышления; 5. нарушениям памяти. |
| 5. | Расстройства различных видов ощущений называются   1. агнозиями; 2. галлюцинациями; 3. сенсорными расстройствами; 4. иллюзиями; 5. апраксиями. |

Задачи:

|  |  |
| --- | --- |
| 1. | Больная Ю., 66 лет. В прошлом работала препода-  вателем средней школы. В психиатрической больнице находится  три года без выписки. Сознание ясное. Себя называет правильно,  но при беседе обнаруживается, что больная не помнит текущей  даты, не помнит своего возраста, не помнит, сколько времени на-  ходится в больнице, не помнит, как зовут лечащего врача. Настрое-  ние хорошее. На просьбу вспомнить, чем она занималась вчера, со-  общила следующее: «Вчера с утра были занятия, проходили тему  “Пушкин и декабристы“. А затем сидела на педсовете. Хулигана  Галкина опять обсуждали». |
| 2. | Больной З., 78 лет, колхозник. В течение несколь-  ких недель находился на лечении в психиатрической больнице,  жалуется лишь на отсутствие зрения на правый глаз, где имеет-  ся помутнение роговицы. В отделении спокоен, подсаживается 43  к больнымпожилоговозраста, очем-тоснимибеседует. Вобщении  с врачом, больными вежлив, предупредителен, даже несколько сла-  щав. Приветливо здоровается, но встретив врача через несколько  минут, приветствует его снова. Часто приоткрывает дверь в каби-  нет и вежливо осведомляется, не пришел ли консультант-окулист,  через пять минут спрашивает о том же. Числа, месяца, года назвать  не может. Видя вокруг людей в белых халатах, догадывается, что  его положили в больницу, но какую, не помнит. Рассказывает, что  только вчера приехал из деревни: «Вот лошадь во дворе привязал,  сейчас ходил сена ей давал». Вернувшись после консультации из  кабинета профессора, всем рассказывает с убеждением, что про-  фессор угощал его шампанским, сердился, когда ему говорили,  что этого не было. Любит рассказывать о днях своей молодости,  помнит события прошлых лет, правильно воспроизводит события  войны, в которой принимал участие. Перечисляет имена своих де-  тей, назвать имена внуков не может, говорит каждый раз разные.  Квалифицировать нарушения памяти и синдром. |
| 3. | Больной M., 23 лет, после тяжелой травмы головы  лечился в больнице в течение 6 месяцев с нарушениями памяти.  В то время не мог воспроизвести события пятилетней давности.  Спустя год после выписки: спокоен. Охотно отвечает на вопросы.  Обнаруживает амнезию на период, предшествующий травме. Не  помнит событий после травмы, амнезировал пребывание в трав-  матологическом отделении; месяцы, проведенные в психиатриче-  ской больнице. Помнит, что к нему «иногда» приезжали родители.  Помнит хорошо день выписки. С трудом вспомнил имена врачей  и медицинского персонала. Жалуется, что у него «плохая память»  : «все приходится записывать».  Квалифицировать нарушения памяти. |
| 4. | Больной с возмущением говорил: «Ужасные без-  образия творятся в этой клинике, вчера, например, меня посадили  в клетку, а до этого заставили вылезать на улицу через окно».  Определить нарушения памяти. |
| 5. | Больная 43 лет, поступает в психиатрическую боль-  ницу с одинаковыми состояниями в четвертый раз. Настроение  повышено, многоречива, деятельна, плохо спит. Читает наизусть  стихи Блока и страницы из произведений Чехова почти без оши-  бок, можно сверять с текстом. Когда такие состояния проходят, то  стихи помнит отрывками, а прозу воспроизвести не может.  Как называются такие временные нарушения памяти? |

1. **Домашнее задание для уяснения темы занятия**

* составление плана диагностического исследования ребёнка;
* составление плана коррекционного исследования ребёнка;
* ведение протокола исследования;
* супервизия работы студента с ребёнком;
* обсуждение результатов экспериментально-психологического исследования ребёнка;
* написание заключения экспериментально-психологического исследования;
* обсуждение и коррекция заключения экспериментально-психологического исследования.
* основные принципы, определяющие формирование психичес­ких функций в теории системной динамической локализации А.Р. Лурия.
* специфика использования основных понятий нейропсихологии «функция», «локализация», «симптом», «синдром», «фактор», «синдромный анализ» в нейропсихологии детского возраста.
* функциональные блоки мозга по А.Р. Лурия. Строение, функции.
* принцип гетерохронности в морфо- и функциогенезе. Внутри­системная и межсистемная гетерохронность.
* основные принципы системогенеза.
* показатели морфологического созревания мозга. Основные за­кономерности морфологического созревания мозга.
* функциональные критерии развития мозга. Основные законо­мерности функционального созревания мозговых структур.
* морфофункциональное созревание функциональных блоков мозга в онтогенезе.
* соотношение развития и влияния среды. Теории научения. Тео­рии созревания.

1. **Рекомендованная литература по теме занятия**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| №  п/п | Наименование | Издательство | Год  выпуска |

**Обязательная**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 1. | Лурия А.Р. Высшие корковые функции человека и их нарушения при локальных поражениях мозга / А.Р. Лурия. | СПб.: Питер | 2007 |
| 2. | Семенович А.В. Нейропсихологическая диагностика и коррекция в детском возрасте. | М.: Академия | 2002 |
| 3. | Семенович, А. В. Нейропсихологическая коррекция в детском возрасте. Метод замещающего онтогенеза: учебное пособие/ А. В. Семенович. - 2-е изд. | М.: Генезис | 2008 |
| 4. | Визель Т.Г. Основы нейропсихологии: учеб. для студентов вузов Т.Г. Визель. | М.: АСТАстрель Транзиткнига | 2005 |
| 5. | Клиническая психология / под ред. Карвасарского Б.Д. | СПб.: Питер | 2010 |
| 6. | Микадзе Ю.В. Нейропсихология детского возраста: Учебное пособие. | СПб.:Питер | 2008 |

**Дополнительная**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 1. | Психология. (Лекции для студентов медицинских вузов), Творогова Н. Д. | М.: ГОУ ВУНМЦ РФ | 2002 |
| 2. | Клиническая психология / под ред. М.Перре , У.Бауманна | СПб.: Питер | 2007 |
| 3. | Корсакова Н. К., Московичюте Л. И. Клиническая нейропсихология. | М.: МГУ | 1988 |

**Электронные ресурсы**

|  |  |
| --- | --- |
| 1. | ИБС КрасГМУ |
| 2. | БМ МедАрт |
| 3. | БД Ebsco |