

**НЕКОТОРЫЕ РЕКОМЕНДАЦИИ,  
УЧИТЫВАЕМЫЕ ПРИ  
СОСТАВЛЕНИИ ЗАКЛЮЧЕНИЯ ПО  
РЕЗУЛЬТАТАМ  
НЕЙРОПСИХОЛОГИЧЕСКОГО  
ОБСЛЕДОВАНИЯ**

### **Блок программирования и контроля**

1. Серийная организация движений и действий	Динамический праксис, реципрокная координация, графическая проба, выполнение ритмов по инструкции, рассказ по серии картинок
2. Программирование и контроль произвольных действий	Реакция выбора, таблицы Шульте, счет, решение задач, «пятый лишний», раскладывание серии картинок

### **Блок приема, переработки и хранения информации**

1. Обработка кинестетической информации	Праксис позы пальцев, оральный праксис
2. Обработка слуховой информации	Воспроизведение ритмов, понимание слов, сходных по звучанию, слухоречевая память
3. Обработка зрительной информации	Наложённые рисунки, перечеркнутые изображения, незаконченные рисунки
4. Обработка зрительно-пространственной информации	Пробы Хэда, кубики Кооса, рисунки трехмерного объекта, зрительно-пространственная память, понимание логико-грамматических конструкций

### **Энергетический блок и подкорково-стволовые структуры**

Состояние оценивается с помощью индексов: 1) гиперактивности – импульсивности; и 2) замедленности – утомляемости при выполнении всех проб, особенно двигательных и таблиц Шульте, при этом учитываются колебания внимания, истощение, микро- и макрография и др.

# ИССЛЕДОВАНИЕ ФУНКЦИЙ I БЛОКА МОЗГА

Для анализа состояния нейродинамических  
компонентов ВПФ разработаны оценки по  
5 параметрам:

- утомляемость;
- Снижение темпа работы (замедленность);
- Импульсивность;
- Гиперактивность;
- Наличие персевераций действий и их частей).

# КАЖДЫЙ ПАРАМЕТР ОЦЕНИВАЕТСЯ ПО ШКАЛЕ ОТ 0 ДО 3 БАЛЛОВ

## Утомляемость:

0 – признаков утомляемости не отмечено;

1 – утомляемость проявляется только в одной пробе или есть легкие признаки утомления;

2 – утомляемость проявляется в 2 и более пробах или имеются явные признаки утомления в течении обследования;

3 – очень быстро утомляется, истощается почти в самом начале обследования и стойко сохраняет это состояние в течение всего времени проведения обследования.

## **Темп деятельности в течение всего обследования:**

0 – темп быстрый или нормальный;

1 – темп замедленный в 1-2 заданиях;

2 – темп замедленный в большинстве проб;

3 – темп очень медленный, замедленность наблюдается даже в свободном общении.

## **Инертность (персеверации действий и их частей):**

0 – не отмечено;

1 – отмечается в единичной пробе;

2 – проявляет инертность в нескольких пробах;

3 – проявляет инертность на протяжении всего обследования.

## **Гиперактивность:**

0 – признаки отсутствуют;

1 – проявляется только 1 раз, например, при утомлении;

2 – заметна в 2 и более случаях;

3 – ярко выражена;

## **Импульсивность:**

0 – не отмечается;

1 – отмечается в 1-2 пробах;

2 – проявление импульсивности в ряде проб;

3 – проявление импульсивности на протяжении всего обследования.

## Начинающему нейропсихологу нужно научиться:

1) Выделять сходные, «родственные», т.е. восходящие к одному фактору, симптомы;

Качественно (количественно)  
охарактеризовать нейропсихологический  
симптом. Определить наиболее  
выраженные симптомы и наличие сходных  
симптомов.

- 2) Определять степень их выраженности;
- 3) Проверить: составляют ли обнаруженные симптомы единый синдром (т.е. можно ли их все объяснить одним лежащим в основе «фактором»?).
- 4) Перейти от набора симптомов к постановке **нейропсихологического диагноза**, т.е. к выявлению тех звеньев ВПФ испытуемого, которые нарушены (недостаточно функциональны), и тех звеньев, которые развиваются (сформированы) успешно.

*Сопоставление симптомов с целью найти их общее основание применяется не только в Луриевской нейропсихологии. На его проведении настаивает автор известного компендиума Ида Бейрон (2004), называя его «анализом согласованности профиля».*



- За общей картиной состояния ВПФ (за всем набором выявленных в обследовании и при наблюдении симптомов) нужно выявить системно организованный синдром с первично отстающим звеном или звеньями, его/ их вторичными следствиями и третичными компенсаторными надстройками. Для этого используется **«факторный анализ»**.
- В основе такого анализа лежит понятие **«синдром»**.
- **Синдром** – это закономерное сочетание симптомов, обусловленным первичным дефектом = выпадение определенного фактора.
- **Нейропсихологический фактор** – структурно-функциональная единица работы мозга, характеризующаяся определенным типом физиологической деятельности и определенными функциональными возможностями.

# ОСНОВНЫЕ НЕЙРОПСИХОЛОГИЧЕСКИЕ СИНДРОМЫ (У ВЗРОСЛЫХ)

**Синдром поражения теменно-затылочных отделов:**  
**фактор** модально-специфический, зрительный. Оптико-пространственный анализ и синтез.

1. зрительные агнозии
2. нарушение зрительной памяти - сужение объема, повышенное внимание интерференции.
3. нарушение зрительного внимания (нарушение правого полушария - левостороннее игнорирование в зрительной информации)
4. в интеллектуальной сфере - конструктивный интеллект, те интеллектуальные операции, где требуется анализ пространственных отношений.
5. двигательная сфера - пространственная апраксия. Нарушение двигательного акта, связанного с пространством.

# СИНДРОМ ПОРАЖЕНИЯ ЗОНЫ ТРО.

нарушение **фактора**: симультанный и пространственный анализ и синтез. Целостность и пространство.

1. симптомы - нарушение ориентации в пространстве (право, лево), двигательльно-пространственная, конструктивная апраксия, нарушена зеркальность в отображении букв.
2. семантическая афазия
3. интеллект - первичная акалькулия, нарушение счета вследствие распада разрядного строения числа.
4. нарушение наглядно-образного мышления. Больной не может прочесть карту, схему.

# ТЕМЕННЫЕ СИНДРОМЫ.

- Верхнетеменные и нижнетеменные. Модальноспецифический фактор - кожнокинестетический фактор. Все, что связано с тактильным, симультанным синтезом.
- Наблюдаются мнестические нарушения, а именно снижение тактильной памяти. Тактильное невнимание. Игнорирование какой-либо стороны в плане кожно-кинестетического восприятия.
- - Верхнетеменной синдром связан с проприоцепцией и симультанным синтезом. При нарушении, возникает соматоагнозия. Человек не может сориентироваться с положениями частей тела.
- Соматопарагнозия - соматический обман (например: кажется, что руки до пола...).
- - Нижнетеменной синдром - связан с отдельными участками тела: артикуляционный аппарат и руки. Возникает тактильная агнозия, кинестетическая апраксия (рука как лопата, не может сложить руку, как надо).
- Нарушение артикуляции в виде афферентной моторной афазии.
- Оральная апраксия (входит в состав афферентной моторной) - нарушение движения рта.

# ВИСОЧНЫЕ СИНДРОМЫ.

- Висок отвечает за **модально-специфические факторы**. Слуховое восприятие, слухоречевая память. Анализ слуховой информации. Выделяют 2 височных синдрома:
- 1. синдром - поражение зоны T1 - зона Вернике - сенсорная афазия - нарушение фонематического слуха (сенсорная афазия - распад чтения, письма, отчуждение смысла слов).
- 2. синдром - поражение зоны T2 - средний висок и нижний. Нарушение слухоречевой памяти. При его поражении возникает акустико-мнестическая афазия. Нарушение письма, нарушение понимания длинных текстов, устного счета.
- 3. синдром поражения правого виска. Фактор - слуховое восприятие. Все, что связано со слуховым анализом, и в восприятии и в памяти будет нарушено. Слуховая агнозия, аритмия, амузия, нарушение интонационного аспекта речи. Нарушение слухового внимания.

# ЛОБНЫЕ ОТДЕЛЫ

- (За центральную борозду в премоторные отделы) - **премоторные синдромы** - прецентральная извилина - двигательная система. Нарушение модально-специфического фактора, обеспечивающего корковую организацию движений.
- **2 синдрома: верхний, нижний.**
- • При поражении верхних премоторных отделов возникает кинетическая апраксия (переключение от одного движения к другому). Двигательное невнимание. Интеллектуальные нарушения в виде динамических нарушений. Трудности переключения. Инертность. Снижение подвижности психических процессов.
- • Нижние премоторные отделы. Кинетическая апраксия реже наблюдается. Зона Брока и нарушение речи в виде моторной эфферентной афазии (афазия Брока). Может наблюдаться в ряде случаев - динамическая афазия.

# СИНДРОМ ПОРАЖЕНИЯ ПРЕФРОНТАЛЬНЫХ ОТДЕЛОВ (ЛОБНЫЕ СИНДРОМЫ).

- Целеполагание, программирование. Нарушение общего поведения и личности больного.
- Поведение становится спонтанно-импульсивным. Очень много штампов. Одинаковая реакция на что-либо. Изменение мотивации. Нарушение произвольной мотивации и деятельности в целом. Нарушение эмоциональной сферы: эйфория, депрессия. В плане движения - регуляторная апраксия. Возникают системные персеверации. Динамическая афазия. Адинамия познавательной деятельности. Характерна инертность, ригидность. Нарушение мнестической деятельности (память), псевдоамнезия.