Федеральное государственное бюджетное образовательное учреждение

высшего профессионального образования

# Курганский государственный университет (КГУ)

### Кафедра ПРиВП

#### КОНТРОЛЬНАЯ РАБОТА

Дисциплина «Основы нейропсихологии»

Вариант № 2

Направление подготовки «Психология»

г.

**Содержание**

I. Теория системной динамической локализации высших психических функций. Нарушения произвольных движений и действий

. Определение апраксии

2. Классификация апраксий . Цветовая и оптико-пространственная агнозия

. Зрительные агнозии

2. Цветовая агнозия

3. Оптико-пространственная агнозия

Список литературы

**I.**

**І. Теория системной динамической локализации высших психических функций**

Отечественная нейропсихология сформировалась на основе положений общепсихологической теории, разработанной Л.С. Выготским и его последователями: А.Н. Леонтьевым, А.Р. Лурия, П.Я. Гальпериным, А.В. Запорожцем, Д.Б. Элькониным и рядом других психологов. Основные положения этой теории вошли в теоретический понятийный аппарат нейропсихологии, составив его общепсихологический «каркас». Успехи отечественной нейропсихологии в значительной степени обусловлены ее непосредственной связью с общепсихологической теорией и использованием адекватных общепсихологических моделей для анализа патологических явлений.

В понятийном аппарате нейропсихологии можно выделить *два класса понятий.* Первый - это *понятия, общие для нейропсихологии и общей психологии;* второй - это *собственно нейропсихологические понятия,* обусловленные спецификой ее предмета, объекта и методов исследования.

*К* первому классу понятий относятся такие, как высшая психическая функция, психическая деятельность, психологическая система, психический процесс, речевое опосредование, значение, личностный смысл, психологическое орудие, образ, знак, действие, операция, интериоризация и многие другие.

*Второй класс понятий* составляют *собственно нейропсихологические понятия,* в которых нашло отражение применение общепсихологической теории к нейропсихологии - конкретной области знания, где предметом является изучение мозговой организации психических процессов, эмоциональных состояний и личности на материале патологии, и прежде всего - на материале локальных поражений головного мозга.

Все вместе эти понятия составляют определенную систему знаний, или теорию, с единых позиций объясняющую закономерности нарушений и восстановления высших психических функций при локальных поражениях мозга и обосновывающую представления об их мозговой организации.

Общепсихологическую основу этой теории составляет положение о системном строении высших психических функций и их системной мозговой организации. Понятие «высшие психические функции» - центральное для нейропсихологии - было введено в общую психологию и в нейропсихологию Л.С. Выготским, а затем подробно разработано А.Р. Лурия и другими авторами.

Помимо высших психических функций Л.С. Выготский, как известно, выделял и элементарные психические функции. Одним из критериев их разделения в 20-е годы XX века было представление о том, что высшие психические функции возникают прижизненно, на базе элементарных врожденных функций. Однако впоследствии Л.С. Выготским и другими авторами было показано, что и элементарные психические функции также претерпевают качественные изменения в процессе социального развития.

Как указывал А.Р. Лурия (1962), высшие психические функции обладают тремя основными характеристиками:

♦ они формируются прижизненно под влиянием социальных факторов;

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

♦ они произвольны по способу осуществления. *,*

В основе представлений о высших психических функциях как социально детерминированных психических образованиях, или сознательных формах психической деятельности лежат теоретико-методологические положения общей психологии об общественно-историческом происхождении психики человека и определяющей роли трудовой деятельности в формировании его сознания.

Социальные воздействия детерминируют способы формирования высших психических функций и тем самым их психологическую структуру. Высшие психические функции опосредованы различными «психологическими орудиями» - знаковыми системами, являющимися продуктами длительного общественно-исторического развития. Среди «психологических орудий» ведущую роль играет речь. Поэтому речевое опосредование высших психических функций представляет собой наиболее универсальный способ их формирования.

*Высшие психические функции - сложные системные образования, качественно отличные от других психических явлений.*

Основные характеристики высших психических функций - опосредованность, осознанность, произвольность - представляют собой системные качества, характеризующие эти функции как «психологические системы» (по определению Л.С. Выготского), которые создаются путем надстройки новых образований над старыми с сохранением последних в виде подчиненных структур внутри нового целого. Высшие психические функции как системы обладают большой пластичностью, взаимозаменяемостью входящих в них компонентов. Неизменными (инвариантными) в них являются исходная задача (осознанная цель или программа деятельности) и конечный результат; средства же, с помощью которых реализуется данная задача, весьма вариативны и различны на разных этапах и при разных способах и путях формирования функции.

Закономерностью формирования высших психических функций является то, что первоначально они существуют как форма взаимодействия между людьми (т. е. как интерпсихологический процесс) и лишь позже - как полностью внутренний (интрапсихологический) процесс. По мере формирования высших психических функций происходит превращение внешних средств осуществления функции во внутренние, психологические (интериоризация). В процессе развития высшие психические функции постепенно «свертываются», автоматизируются. На первых этапах формирования высшие психические функции представляют собой развернутую форму предметной деятельности, которая опирается на относительно элементарные сенсорные и моторные процессы; затем эти действия и процессы «свертываются», приобретая характер автоматизированных умственных действий. Одновременно изменяется и психологическая структура высших психических функций. Представления о высших психических функциях как о сложных психологических системах было дополнено А.Р. Лурия представлениями о них как о функциональных системах.

Под функциональной системой в нейропсихологии понимается морфофизиологическая основа высших психических функций (т. е. совокупность различных мозговых структур и протекающих в них физиологических процессов), которая обеспечивает их осуществление.

Характеризуя высшие психические функции как функциональные системы, А.Р. Лурия (1962, 1973 и др.) отмечал, что особенностью таких функциональных систем является их сложный состав, включающий целый набор афферентных (настраивающих) и эфферентных (осуществляющих) компонентов или звеньев. Таким образом, высшие психические функции, или сложные формы сознательной психической деятельности, системны по своему психологическому строению и имеют сложную морфофизиологическую основу в виде многокомпонентных функциональных систем.

Данные положения являются центральными для теории системной динамической локализации высших психических функций - теоретической основы современной отечественной нейропсихологии.

Ко второму классу понятий - собственно нейропсихологических - можно отнести следующие.

. *Нейропсихологический симптом -* нарушение психической функции, возникающее вследствие локального поражения головного мозга (или вследствие иных патологических причин, приводящих к локальным изменениям в работе мозга).

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

. *Вторичные нейропсихологические симптомы* - нарушения психических функций, возникающие как системное следствие первичных нейропсихологических симптомов по законам их системных взаимосвязей.

. *Нейропсихологический синдром* - закономерное сочетание нейропсихологических симптомов, обусловленное поражением (выпадением) определенного фактора (или нескольких факторов).

. *Нейропсихологический фактор -* структурно-функциональная единица работы мозга, характеризующаяся определенным принципом физиологической деятельности (modus operandi), нарушение которого ведет к появлению нейропсихологического синдрома.

. *Синдромный анализ -* анализ нейропсихологических синдромов с целью обнаружения общего основания (фактора), объясняющего происхождение различных нейропсихологических симптомов; изучение качественной специфики нарушений различных психических функций, связанных с поражением (выпадением) определенного фактора; качественная квалификация нейропсихологических симптомов (синоним - *факторный анализ*).

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

. *Функциональная система -* морфофизиологическое понятие, заимствованное из концепции функциональных систем П.К. Анохина (1968, 1971 и др.) для объяснения мозговых механизмов высших психических функций; совокупность афферентных и эфферентных звеньев, объединенных в систему для достижения конечного результата. Функциональные системы, лежащие в основе психической сознательной деятельности человека, характеризуются большей сложностью (более сложным составом звеньев, более сложной иерархической организацией и т. п.) по сравнению с функциональными системами, лежащими в основе физиологических функций и даже поведенческих актов животных. Различные по содержанию высшие психические функции (гностические, мнестические, интеллектуальные и др.) обеспечиваются качественно разными функциональными системами.

. *Мозговые механизмы высшей психической функции* (морфофизиологическая основа психической функции) - совокупность морфологических структур (зон, участков) в коре больших полушарий и в подкорковых образованиях и протекающих в них физиологических процессов, входящих в единую функциональную систему и необходимых для осуществления данной психической деятельности.

. Локализация высшей психической функции (мозговая организация высшей психической функции центральное понятие теории системной динамической локализации высших психических функций, объясняющее связь мозга с психикой как соотношение различных звеньев (аспектов) психической функции с разными нейропсихологическими факторами (т. е. принципами, присущими работе той или иной мозговой структуры - корковой или подкорковой).

. Полифункциональность мозговых структур *-* способность мозговых структур (и прежде всего ассоциативных зон коры больших полушарий) перестраивать свои функции под влиянием новых афферентных воздействий, вследствие чего происходит внутрисистемная и межсистемная перестройка пораженных функциональных систем.

. Норма функции *-* понятие, на котором базируется нейропсихологическая диагностика нарушений высших психических функций; показатели реализации функции (в психологических единицах продуктивности, объема, скорости и т. д.), которые характеризуют средние значения в данной популяции. Существуют варианты «нормы функции», связанные с преморбидом (полом, возрастом, типом межполушарной организации мозга и др.).

. Межполушарная асимметрия мозга *-* неравноценность, качественное различие того «вклада», который делают левое и правое полушария мозга в каждую психическую функцию; различия в мозговой организации высших психических функций в левом и правом полушариях мозга.

. Функциональная специфичность больших полушарий- специфика переработки информации и мозговой организации функций, присущая левому и правому полушариям мозга и определяемая интегральными полушарными закономерностями.

*. Межполушарное взаимодействие* - особый механизм объединения левого и правого полушарий мозга в единую интегративную, целостно работающую систему, формирующийся под влиянием как генетических, так и средовых факторов.

Перечисленные понятия (как и ряд других) входят в *основной понятийный аппарат теории системной динамической локализации высших психических функций человека,* разработанной в отечественной нейропсихологии Л.С. Выготским и А.Р. Лурия.

. Теория системной динамической локализации высших психических функций сформировалась в борьбе с двумя основными направлениями в решении проблемы «мозг и психика»: *узким локализационизмом* (или психоморфологическим направлением) и *антилокализационизмом* (или концепцией эквипотенциальности мозга). Узкий локализационизмисходит из представлений о психической функции как о неразложимой на компоненты единой психической «способности» (говорить, писать, читать, считать и т. д.), которая должна быть целиком соотнесена с определенными морфологическими структурами мозга. Сам мозг, и прежде всего кора больших полушарий, рассматривается данным направлением как совокупность различных «центров», каждый из которых целиком «заведует» определенной психической способностью, в связи, с чем поражение какого-либо мозгового «центра» ведет к необратимому нарушению (или выпадению) соответствующей способности. Локализация психической функции («способности») понимается как непосредственное соотнесение психического и морфологического (или непосредственное «наложение» психического на морфологическое), в связи с чем это направление и получило название «психоморфологического».

Другое направление - антилокализационизм -сходно с узким локализационизмом и по своему отношению к психическим функциям как к неразложимым психическим «способностям», и по своему пониманию локализации как непосредственного соотнесения психического и морфологического. Однако мозг, и прежде всего кора больших полушарий, трактуется данным направлением как однородное (эквипотенциальное) целое, равноценное и равнозначное по отношению к психическим функциям во всех своих отделах. Психические функции («способности») связаны равномерно со всем мозгом (и прежде всего с корой больших полушарий), и любое его поражение приводит к пропорциональному величине патологического очага нарушению всех психических функций одновременно (или к общему ухудшению сложных «символических функций», по К. Гольдштейну).

В отечественной нейропсихологии было пересмотрено понятие *«функция».* Высшие психические функции как психологические образования стали рассматриваться с позиций отечественной психологической науки как социальные по генезу (т. е. прижизненные, обусловленные социально-историческими факторами); опосредованные психологическими орудиями (главным образом речью); системные по строению; осознанные, динамичные по своей организации (т. е. различные по психологической структуре на разных этапах онтогенеза); произвольные по способу управления. Таким образом, представление о недифференцированных психических функциях как о далее неразложимых «способностях» было заменено современными представлениями о психических функциях как о «психологических системах», обладающих сложным психологическим строением и включающих много психологических компонентов (звеньев, фаз и т.д.).

В отечественной нейропсихологии пересмотрено и понятие «локализация». Локализация психических функций рассматривается как системный процесс. Это означает, что психическая функция (как и физиологическая, например дыхание) соотносится с мозгом как определенная многокомпонентная система, различные звенья которой связаны с работой разных мозговых структур. А.Р. Лурия (1962) считал, что высшие психические функции как сложные функциональные системы не могут быть локализованы в узких зонах мозговой коры или в изолированных клеточных группах, а должны опираться на сложные системы совместно работающих зон, располагающихся в различных, иногда далеко отстоящих друг от друга участках мозга, каждая из которых вносит свой вклад в осуществление психических процессов.

Локализация высших психических функций характеризуется также динамичностью, изменчивостью. Этот принцип следует из основных свойств функциональных систем, опосредующих высшие психические функции: пластичности, изменчивости, взаимозаменяемости входящих в их состав звеньев, - что подтверждается клиническими, физиологическими и анатомическими данными.

Мозг человека характеризуется четко выраженной межполушарной асимметрией, которую можно рассматривать в качестве важнейшей фундаментальной закономерности его работы.

Человеческий мозг характеризуется мощным развитием лобных долей. Являясь, прежде всего мозговым субстратом произвольных, сложнопрограммируемых форм поведения, «лобный мозг» постепенно, по мере созревания включается в реализацию всех высших психических функций человека, как одно из важнейших звеньев функциональных систем. С позиций теории системной динамической локализации высших психических функций человека эту закономерность можно сформулировать как принцип обязательного участия лобных префронтальных отделов коры больших полушарий в мозговом обеспечении высших психических функций. Этот принцип специфичен для мозговой организации всех сознательных форм психической деятельности человека.

Итак, согласно теории системной динамической локализации высших психических функций человека каждая высшая психическая функция обеспечивается мозгом как целым, однако это целое состоит из высоко дифференцированных структур (систем, зон), каждая из которых вносит свой вклад в реализацию функции.

Непосредственно с мозговыми структурами (факторами) следует связывать не всю психическую функцию и даже не отдельные ее звенья, а те физиологические процессы, которые осуществляются в этих мозговых структурах и обеспечивают реализацию определенных аспектов (параметров) функции. Нарушение этих физиологических процессов ведет к появлению первичных дефектов, а также взаимосвязанных с ними вторичных дефектов (первичных и вторичных нейропсихологических симптомов), составляющих в целом закономерное сочетание нарушений высших психических функций - определенный нейропсихологический синдром.

**II.**

**ІІ. Нарушения произвольных движений и действий**

**1. Определение апраксии**

Нарушения произвольных движений и действий относятся к сложным двигательным расстройствам, которые в первую очередь связаны с поражением коркового уровня двигательных функциональных систем. Этот тип нарушений двигательных функций получил в неврологии и нейропсихологии название апраксий. Под апраксиями понимаются такие нарушения произвольных движений и действий, которые не сопровождаются четкими элементарными двигательными расстройствами - параличами и парезами, явными нарушениями мышечного тонуса и тремора, хотя возможны сочетания сложных и элементарных двигательных расстройств. Апраксиями обозначают, прежде всего, нарушения произвольных движений и действий, совершаемых с предметами.

**2. Классификация апраксий**

Сложности понимания природы апраксий нашли отражение в их классификациях. Наиболее известная классификация, предложенная в свое время Г. Липманном (H. Liртапп, 1920) и признаваемая многими современными исследователями, выделяет три формы апраксий: идеаторную, предполагающую распад «идеи» о движении, его замысла; кинетическую, связанную с нарушением кинетических «образов» движения; идеомоторную, в основе, которой лежат трудности передачи «идей» о движении в «центры исполнения движений». Первый тип апраксий Г. Липманн связывал с диффузным поражением мозга, второй - с поражением коры в нижней премоторной области, третий - с поражением коры в нижней теменной области. Другие исследователи выделяли формы апраксий в соответствии с пораженным двигательным органом (оральная апраксия, апраксия туловища, апраксия пальцев и т. п.) или с характером нарушенных движений и действий (апраксия выразительных движений лица, объектная апраксия, апраксия подражательных движений, апраксия походки, аграфия и т.д.). До настоящего времени нет единой классификации апраксий.

А.Р. Лурия разработал классификацию апраксий, исходя из общего понимания психологической структуры и мозговой организации произвольного двигательного акта. Суммируя свои наблюдения за нарушениями произвольных движений и действий, используя метод синдромного анализа, вычленяющий основной ведущий фактор в происхождении нарушений высших психических функций (включая и произвольные движения и действия), он выделил четыре формы апраксий:

 кинестетическая апраксия.

Эта форма апраксий, впервые описанная О.Ф. Ферстером в 1936 году, а позже изучавшаяся Г. Хедом, Д. Денни-Брауном и другими авторами, возникает при поражении нижних отделов постцентральной области коры больших полушарий (т. е. задних отделов коркового ядра двигательного анализатора: 1, 2, частично 40-го полей преимущественно левого полушария). В этих случаях нет четких двигательных дефектов, сила мышц достаточная, парезов нет, однако страдает кинестетическая основа движений. Они становятся недифференцированными, плохо управляемыми (симптом «рука-лопата»). У больных нарушаются движения при письме, возможность правильного воспроизведения различных поз руки (апраксия позы); они не могут показать без предмета, как совершается то или иное действие (например, как наливают чай в стакан, как закуривают сигарету и т. п.). При сохранности внешней пространственной организации движений нарушается внутренняя проприоцептивная кинестетическая афферентация двигательного акта. При усилении зрительного контроля движения можно в определенной степени скомпенсировать. При поражении левого полушария кинестетическая апраксия обычно носит двухсторонний характер, при поражении правого полушария - чаще проявляется только в одной левой руке;

 *пространственная апраксия*, или апрактоагнозия,

возникает при поражении теменно-затылочных отделов коры на границе 19-го и 39-го полей, особенно при поражении левого полушария (у правшей) или при двухсторонних очагах. Основой данной формы апраксий является расстройство зрительно-пространственных синтезов, нарушение пространственных представлений («верх-низ», «правое - левое» и т. д.). Таким образом, в этих случаях страдает зрительно-пространственная афферентация движений. Пространственная апраксия может протекать и на фоне сохранных зрительных гностических функций, но чаще она наблюдается в сочетании со зрительной оптико-пространственной агнозией. Тогда возникает комплексная картина апрактоагнозии. Во всех случаях у больных наблюдаются апраксия позы, трудности выполнения пространственно-ориентированных движений (например, больные не могут застелить постель, одеться и т. п.). Усиление зрительного контроля за движениями им не помогает. Нет четкой разницы при выполнении движений с открытыми и закрытыми глазами. К этому типу расстройств относится и *конструктивная апраксия* - трудности конструирования целого из отдельных элементов (кубики Кооса и т. п.). При левостороннем поражении теменно-затылочных отделов коры нередко возникает *оптико-пространственная аграфия* из-за трудностей правильного написания букв, различно ориентированных в пространстве;

 кинетическая апраксия.

Связана с поражением нижних отделов премоторной области коры больших полушарий (б-го, 8-го полей - передних отделов «коркового» ядра двигательного анализатора). Кинетическая апраксия входит в премоторный синдром, т. е. протекает на фоне нарушения автоматизации (временной организации) различных психических функций. Проявляется в виде распада «кинетических мелодий», т. е. нарушения последовательности движений, временной организации двигательных актов. Для этой формы апраксии характерны двигательные персеверации (элементарные персеверации - по определению А.Р. Лурия), проявляющиеся в бесконтрольном продолжении раз начавшегося движения (особенно серийно выполняемого

Кинетическая апраксия проявляется в нарушении самых различных двигательных актов: предметных действий, рисования, письма, в трудности выполнения графических проб, особенно при серийной организации движений (динамическая апраксия). При поражении нижне-премоторных отделов коры левого полушария (у правшей) кинетическая апраксия наблюдается, как правило, в обеих руках;

 *регуляторная или префронтальная апраксия*.

Возникает при поражении конвекситальной префронтальной коры кпереди от премоторных отделов; протекает на фоне почти полной сохранности тонуса и мышечной силы. Она проявляется в виде нарушений программирования движений, отключения сознательного контроля за их выполнением, замены нужных движений моторными шаблонами и стереотипами. При грубом распаде произвольной регуляции движений у больных наблюдаются симптомы эхопраксии в виде бесконтрольных подражательных повторений движений экспериментатора. При массивных поражениях левой лобной доли (у правшей) наряду с эхопраксией возникает эхолалия - подражательные повторения услышанных слов или фраз.

Для регуляторной апраксии характерны системные персеверации (по определению А. Р. Лурия), т. е. персеверации всей двигательной программы в целом, а не ее отдельных элементов. Такие больные после письма под диктовку на предложение нарисовать треугольник обводят контур треугольника движениями, характерными для письма, и т. п. Наибольшие трудности у этих больных вызывает смена программ движений и действий. В основе этого дефекта лежит нарушение произвольного контроля за осуществлением движения, нарушение речевой регуляции двигательных актов. Данная форма апраксии наиболее демонстративно проявляется при поражении левой префронтальной области мозга у правшей.

Классификация апраксии, созданная А. Р. Лурия, основана главным образом на анализе нарушений двигательных функций у больных с поражением левого полушария головного мозга. В меньшей степени исследованы формы нарушения произвольных движений и действий при поражении различных корковых зон правого полушария; это - одна из актуальных задач современной нейропсихологии.

**III. Цветовая и оптико-пространственная агнозия**

**1.****Зрительные агнозии**

психический апраксия агнозия зрительный

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

Термин «агнозия» впервые использовал З. Фрейд (1891). Описанные им случаи нарушений высших зрительных функций были обозначены как «зрительная агнозия».

Следует отметить, что как отечественные, так и зарубежные публикации посвящены главным образом описанию того, что происходит с больными при поражении отдельных участков «широкой зрительной сферы» - затылочно-теменных областей коры, т. е. первичному изучению нарушений зрительных функций на феноменологическом уровне.

Значительно менее изучены природа и структура психических нарушений при зрительных агнозиях и их мозговые механизмы. До сих пор отсутствует общая теория, объясняющая возникновение разных форм нарушений высших зрительных функций, что непосредственно отражается на существующих в нейропсихологии и клинической неврологии классификациях зрительных агнозий. Большинство авторов, исходя из клинической феноменологии, выделяет шесть основных форм нарушений зрительного гнозиса:

o предметная агнозия;

o лицевая агнозия;

o оптико-пространственная агнозия;

o буквенная агнозия;

o цветовая агнозия;

o симультанная агнозия.

**2. Цветовая агнозия**

Цветовая агнозиятакже представляет собой самостоятельный тип зрительных гностических расстройств. Различают собственно цветовую агнозию и нарушение распознавания цветов как таковых (цветовая слепота или дефекты цветоощущений). Цветовая слепота и нарушение цветоощущений могут иметь как периферическое, так и центральное происхождение, т. е. быть связанными с поражением, как сетчатки, так и подкорковых и коркового звеньев зрительной системы. Известно, что цветоощущение возникает при действии трех различных типов колбочек (сетчаточных детекторов), которые чувствительны к различным цветам: сине-зеленым, красно-зеленым и желтым. Эта способность колбочек быть реактивными на определенные цветовые раздражения является основой цветоощущения, и дефект этой способности может быть вызван разного типа поражениями сетчатки (дегенерацией и т. п.).

Известны нарушения цветоразличения, связанные с поражением НКТ и затылочной коры (17-го поля), что указывает на существование в зрительной системе специального канала (или каналов), предназначенного для проведения информации о цвете объекта.

Цветовая агнозия, в отличие от нарушений цветоразличения, является нарушением высших зрительных функций. В клинике описаны нарушения цветового гнозиса, которые наблюдаются на фоне сохранного цветоощущения. Такие больные правильно различают отдельные цвета и правильно их называют. Однако им трудно, например, соотнести цвет с определенным предметом и наоборот; они не могут вспомнить, каков цвет апельсина, моркови, елки и т. д. Больные не могут назвать предметы определенного конкретного цвета. У них отсутствует обобщенное представление о цвете, и поэтому они не в состоянии выполнить процедуру классификации цветов, что связано не с трудностями различения цветов, а с трудностями их категоризации. Известно, что человек воспринимает огромное количество оттенков цветов, но названий цветов (категорий) сравнительно мало. Поэтому в обычной жизни здоровый человек постоянно решает задачу на категоризацию цвета. Именно эта категоризация цветовых ощущений затруднена у больных с цветовой агнозией.

**3.****Оптико-пространственная агнозия**

Оптико-пространственная агнозиясвязана преимущественно с поражением верхней части «широкой зрительной сферы». В особенно грубой форме она наблюдается при двухстороннем поражении затылочно-теменных отделов мозга. Однако и при одностороннем поражении эти нарушения также выражены достаточно отчетливо.

При оптико-пространственной агнозии у больных теряется возможность ориентации в пространственных признаках окружающей среды и изображений объектов. У них нарушается лево-правая ориентировка; они перестают понимать ту символику рисунка, которая отражает пространственные признаки объектов. Такие больные не понимают географическую карту, у них нарушена ориентировка в странах света. Описанию подобного нарушения посвящена книга А.Р. Лурия «Потерянный и возвращенный мир» (1971), где рассказывается о больном, в прошлом топографе, получившем ранение затылочно-теменной области левого полушария мозга.

В грубых случаях у больных нарушается ориентировка не только в лево-правых, но и в верхне-нижних координатах. У больных с оптико-пространственной (как и с предметной) агнозией, как правило, нарушается способность рисовать (при относительной сохранности способности копировать изображение). Они не умеют передавать на рисунке пространственные признаки объектов (дальше - ближе, больше - меньше, слева - справа, сверху - снизу). В некоторых случаях распадается даже общая схема рисунка. Так, больные, рисуя человека, отдельно изображают части его тела (руки, ноги, глаза, нос и т. д.) и не знают, как их соединить. Чаще нарушается рисунок при поражении задних отделов правого полушария .

В ряде случаев (как правило, при правополушарных очагах) наблюдается односторонняя оптико-пространственная агнозия*,* когда больные, даже копируя рисунок, изображают только одну сторону предмета или грубо искажают изображение одной (чаще левой) стороны. Одновременно у них часто нарушается также и возможность зрительной афферентации пространственно-организованных движений, т. е. «праксис позы». Такие больные не могут скопировать позу, показанную им экспериментатором; не знают, как расположить руку по отношению к своему телу; у них отсутствует та непосредственная легкость восприятия пространственных отношений, которая присуща здоровым людям, и это затрудняет копирование поз по зрительному образцу (выполняемых одной или двумя руками).

С этим связаны различные трудности в бытовых двигательных актах, в которых требуется пространственная ориентация движений. Эти больные плохо выполняют движения, требующие элементарной зрительно-пространственной ориентировки, например не могут постелить покрывало на постель, надеть пиджак, брюки и т. п. Подобные нарушения получили название «апраксии одевания». Сочетания зрительно-пространственных и двигательно-пространственных расстройств называют «апрактоагнозией».

Оптико-пространственные нарушения влияют иногда и на навык чтения. В этих случаях возникают трудности прочтения таких букв, которые имеют «лево-правые» признаки, Больные не могут различить правильно и неверно написанные буквы, и это задание может быть одним из тестов на определение зрительной ориентировки в пространственных признаках объектов. В подобных случаях нарушения опознания букв с зеркальными пространственными признаками, как правило, отражают общий дефект пространственной ориентировки в объектах.

**Список литературы**

## 1. А.Р. Лурия - ОСНОВЫ НЕЙРОПСИХОЛОГИИ. Учебное пособие. Издательство: Академия 2006 г.

2. Хомская Е. Д. Х - Нейропсихология: 4-е издание. - СПб.: Питер, 2005. - 496 с