

**МИНИСТЕРСТВО ЗДРАВООХРАНЕНИЯ
РЕСПУБЛИКИ УЗБЕКИСТАН**

**УЧЕБНО-МЕТОДИЧЕСКИЙ КАБИНЕТ ПО ВЫСШЕМУ
И РЕДНЕМУ МЕДИЦИНСКОМУ ОБРАЗОВАНИЮ**

**АНДИЖАНСКИЙ ГОСУДАРСТВЕННЫЙ
МЕДИЦИНСКИЙ ИНСТИТУТ**

«УТВЕРЖДАЮ»
Начальник Главного
управления Кадров,
науки и учебных заве-
дений МЗ РУз, проф.
Ф.Акилов
« 9 » *сентября* 2002 год

**МЕДИЦИНСКАЯ ПСИХОЛОГИЯ И
ПСИХОПАТОЛОГИЯ ПАМЯТИ И ВНИМАНИЯ**

(Методические рекомендации)

Андижон - 2002

Основное учреждение разработчик – кафедра психиатрии, наркологии и медицинской психологии Андижанского государственного медицинского института

Авторы:

М.Л.Аграновский - доктор медицинских наук, профессор, заведующий кафедрой психиатрии, наркологии и медицинской психологии Андижанского государственного медицинского института;

Б.У.Мадьярова - ассистент кафедры психиатрии, наркологии и медицинской психологии Андижанского государственного медицинского института

В.М.Аграновский – клинический ординатор кафедры психиатрии, наркологии и медицинской психологии Андижанского государственного медицинского института

Рецензенты:

К.К.Солиев - доктор медицинских наук, профессор, заведующий кафедрой госпитальной терапии с курсом эндокринологии;

А.М.Каримов – кандидат медицинских наук, доцент, заведующий кафедрой неврологии и детской неврологии

Внешний отзыв:

Б.А.Тошматов – главный психиатр республики Узбекистан, доктор медицинских наук, профессор, заведующий кафедрой психиатрии I ТашМИ

Методические указания предназначены для врачей общей практики, психиатров и студентов медицинских институтов

Методические указания составлены доктором медицинских наук, профессором, заведующим кафедрой психиатрии, наркологии и медицинской психологии Андижанского государственного медицинского института М.Л.Аграновским и ассистентами кафедры психиатрии, наркологии и медицинской психологии Андижанского государственного медицинского института Б.У.Мадьяровой.

Медицинская психология памяти и внимания

Память – это психический очень интересный и значимый процесс, в какой-то мере таинственный. Этот процесс позволяет вести любую целенаправленную продуктивную деятельность, осуществлять общежитейское поведение.

Память – это запоминание, сохранение, воспроизведение обстоятельств жизни и деятельности личности. Это отражение в сознании прошлого опыта, ряд сложных психических процессов.

Физиологической основой памяти является пластичность нервной системы – её свойство изменяться под влиянием воздействия, сохранять следы этого воздействия. Высшей степенью пластичности обладает наиболее высокоорганизованная материя – клетки головного мозга.

Онтогенетическое развитие памяти реализуется с помощью системы ДНК – РНК – белок (вероятнее РНК- белок). Роль ДНК в механизме памяти до настоящего времени остаётся сомнительной. РНК же играет ведущую роль в процессе запоминания и сохранения информации. Согласно гипотезе Флекснера: запоминание запускает синтез РНК и продукцию белков.

Индивидуальная память ("онтогенетическая" память) развивается последовательно. В начале научения избирательно синтезируются молекулы РНК, затем образуются

функциональные синапсы для нового поведения (холино-, адрено-, серотонинореактивные биохимические системы в пределах головного мозга), а затем, на следующем этапе синтезируются клетки РНК, определяющие функцию "долгосрочной" памяти, но РНК здесь играет промежуточную функцию. В длительном хранении информации играют роль белки, которые избирательно синтезируются и играют непосредственную роль в процессе сохранения информации. Для перевода следа из кратковременной памяти в долговременную необходим период до 30 минут.

Память имеет три составные части (процессы):

- I. Запоминание (рецензия или импрегнация);**
- II. Сохранение (удержание, ретенция);**
- III. Воспроизведение (репродукция).**

I. Запоминание

1. Запечатление. Человек способен запомнить большое количество информации при однократном и кратковременном предъявлении материала. Эта характеристика присуща людям с феноменальной памятью (человек не читает, а фотографирует образ листа). Запечатление отражает эмоционально потрясающие события;

2. Непроизвольное запоминание – это запоминание информации в силу особенностей её предъявления или особенностей предъявляемого материала. Человек не ставит цель запомнить что-то. Непроизвольное запоминание отражает постоянно действующее повторяющееся событие. Так с года ребёнок запоминает слова родного языка, находясь в определённой языковой среде.

3. Произвольное запоминание – является ведущей формой запоминания у человека. Оно связано с необходимостью сохранять знания, навыки, необходимые для трудовой деятельности. Здесь ставится цель и внимание концентрируется на запоминаемом материале. Вариантом произвольного запоминания является заучивание. Оно может быть:

а) дословным (при заучивании стихотворений, цитат);

б) близкое к тексту. Заучивание опирается на основной материал. Человек использует при воспроизведении сведения из текста; оно допускает замену и пропуск слов и предложений при воспроизведении, но оно предполагает удержание в памяти логики, основного словарного фонда;

в) смысловое заучивание предполагает сохранение в памяти основных положений текста и связи между ними. Человек запоминает по смыслу, то есть сущность материала.

По характеру связей в запоминаемом материале выделяют запоминание механическое и смысловое. Смысловое запоминание предполагает глубокое понимание материала.

Физиологическая основа произвольного запоминания – образование временных связей, преимущественно на уровне первой, произвольного запоминания – преимущественно на уровне второй сигнальных систем.

Некоторые закономерности запоминания:

1. Зависимость запоминания от цели, которую поставил человек. Цель, более значимая эмоционально или практически, способствует более прочному запоминанию;

2. Зависимость запоминания от средства предъявления материала. Основным средством передачи знаний являются язык, образы;

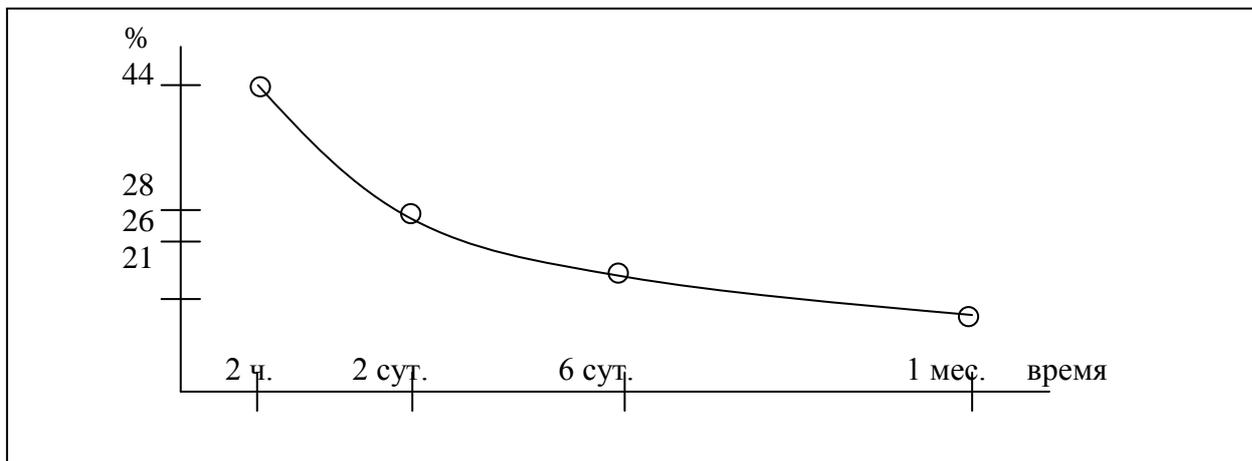
3. Зависимость запоминания от логической структуры материала;

4. Зависимость запоминания от организации процесса заучивания. Эта закономерность проявляется в продуманной последовательности заучивания и распределения заучиваемого материала во времени. Продуктивнее возвратиться к материалу через 2-3 ч., чем читать подряд 2-3 раза;

5. В запоминание следует включать все виды памяти. Всегда следует опираться на зрение, слух и двигательную память;

6. Запоминая сложный материал, его следует воспроизводить вслух.

II. Сохранение – более или менее длительное удержание в памяти сведений, полученных в опыте. Сохранение имеет две стороны: собственно сохранение и забывание. Обе эти стороны важны для личности. Вся ненужная информация забывается. Эти процессы подчиняются определённой закономерности и могут графически изображаться в виде кривой Эббингауза:



Особенно интенсивно забывание идёт через 1-2 ч. Поэтому необходимо повторять материал, но спустя небольшое время после его восприятия. Более прочному сохранению способствует активное включение приобретенных знаний в деятельность. Сохраняемый сознанием опыт, постоянно изменяется и обобщается.

III. Воспроизведение

Различают несколько уровней воспроизведения:

а) Узнавание – воспроизведение при опоре на восприятие объекта. Например, при подготовке к экзамену студенту достаточно бывает посмотреть на выученный материал одну-две минуты и он может его правильно воспроизвести. Это есть первый уровень воспроизведения;

б) Собственно воспроизведение – воссоздание материала, не вызывающее затруднений и не требующее опоры на восприятие. Материал как бы сам всплывает в памяти;

в) Припоминание – воспроизведение, при котором в данный момент нет возможности вспомнить нужное, но есть уверенность, что оно запомнено. Припоминание требует волевого усилия, а иногда и отвлечения от припоминаемой мысли. Ведущую роль играет опора на ключевое слово.

Свойства памяти:

Свойства памяти характеризуют индивидуальные особенности мнемической функции личности:

1. Объём памяти для совершенно нового материала и материала не имеющего смысла, равен магическому числу Мюллера 7 ± 2 битт информации в единицу времени, которое люди обычно удерживают в памяти.

Опыт: испытуемому предлагают 10 слов иностранного происхождения. Если он называет 5 или 7 слов из 10, то человек обладает нормальной памятью, 4 слова – сниженная память, 9 или 10 слов – хорошая память.

2. Точность памяти – способность без искажения, в тех же самых словах, воспроизвести информацию;

3.Мобилизационная способность памяти – умение припомнить нужный материал в данный момент;

4.Уверенность в правильности воспроизведения. Связана с уровнем развития наблюдательности и внушаемостью. Наблюдательный человек обычно более уверен в точности воспроизведения воспринятого, чем невнимательный. Внушаемый менее уверен в правильности воспроизведения, чем менее внушаемый. Целенаправленное запоминание с установкой на долгое сохранение также способствует уверенному воспроизведению.

Виды памяти:

Существует несколько классификаций видов памяти:

I. **1.Словесно-логическая память (смысловая)** – память на знания в речевой форме, логические схемы, математическую символику. Словесно-логический вид памяти связан со складом ума человека, склонного к философским обобщениям, теоретическим рассуждениям.

2.Образная память (иконическая) – память на представления. Выделяют:

а) слуховую память

б) зрительную

в) двигательную

г) тактильную

д) обонятельную

е) вкусовую

3.Механическая память (непосредственная), при которой хорошо развито механическое запоминание.

4.Эмоциональная память (аффективная). Память в этом случае лучше функционирует при запоминании ярких, эмоционально окрашенных событий.

II.Классификация памяти по длительности хранения информации

1.Кратковременная память - срок хранения информации минуты, часы, сутки;

2.Ультракраткая память (оперативная память) – срок хранения информации доли секунд;

3.Долговременная память – срок хранения информации исчисляется годами.

III.Классификация памяти по сосредоточенности:

1.Непроизвольная память (не требует сосредоточения внимания);

2.Произвольная память (со средоточением внимания).

Психопатология памяти делится на четыре группы:

1.Гипермнезия

2.Гипомнезия

3.Амнезия

4.Парамнезия

1.Гипермнезия – это болезненное обострение или усиление памяти, за счёт повышения репродукции, основанной на случайных поверхностных ассоциациях, вот почему это болезненное состояние. Запоминание обычно не усилено, а усилена репродукция;

2.Гипомнезия – это ослабление памяти. Снижается как репродукция, так и запоминание, больные с трудом запоминают новое;

3.Амнезии – отсутствие памяти или пробел воспоминаний на определённый период времени.

Медицинская психология внимания:

Внимание – это форма организации психической деятельности, обеспечивающая выделение в сознании одних объектов отражения при одновременном отключении от других.

Различают несколько видов внимания:

1.Непроизвольное внимание – сосредоточение внимания без концентрации сознания на объекте в силу его особенностей как раздражителя, который должен быть более сильным на фоне действующих. Имеет значение также новизна раздражителя, начало и прекращение действия его. Предметы, действующие как раздражитель, должны создать в процессе познания яркий эмоциональный тон;

2.Произвольное внимание – это сознательная, регулируемая сосредоточенность на объекте, направляемая требованием действительности. Произвольное сосредоточение на объекте предполагает волевое усилие, которое и поддерживает внимание. Волевое усилие переживается как напряжение сил на решение поставленной цели;

3.Послепроизвольное внимание, при котором снижается волевое напряжение, необходимое при сосредоточении в произвольном внимании. Послепроизвольное внимание – сосредоточение на объекте в силу его ценности для личности. Возникает на основе интереса, но это не заинтересованность, стимулированная особенностями предмета, а проявление направленности личности. Сама деятельность переживается как потребность, а её результат лично значим.

Зависимость внимания от направленности:

1.Внешненаправленное внимание (перцептивное). При этом объект внимания находится во внешнем мире;

2.Внутреннее внимание. Объектами внутреннего внимания являются ощущения, переживания, чувства, мысли.

Свойства внимания:

1.Объём внимания. Измеряется тем количеством объектов, которое может быть охвачено вниманием в весьма ограниченный отрезок времени;

2.Распределение внимания. Выражается в том, что при любой деятельности человек может удерживать в центре внимания одновременно несколько объектов;

3.Концентрация внимания. Выражается в том, что внимание поглощено одним объектом;

4.Устойчивость внимания. Проявляется в длительности сосредоточения его на объекте;

5.Переключение внимания – это намеренный перенос внимания с одного объекта на другой. Осознанность отличает переключение от отвлечения внимания. Отвлекаясь, человек меняет объект внимания непроизвольно, переключая внимание, он ставит цель заняться чем-то или отдохнуть.

При характеристике личности, принято выделять **внимательных и невнимательных людей.**

Различают следующие расстройства внимания:

Рассеянность – нарушение способности длительно сосредоточиваться, с постоянными переходами от одного объекта (явления) к другому, ни на чём не задерживаясь.

"Невнимательность учёного" – сосредоточение на своих мыслях. Определяется высокой интенсивностью и трудной переключаемостью внутринаправленного внимания ("прилипчивость");

"Стариковская рассеянность" – характеризуется слабой интенсивностью концентрированного внимания, и ещё более слабой его переключаемостью;

Повышенная отвлекаемость – чрезмерная подвижность внимания, постоянный переход от одного объекта и вида деятельности к другому.

Инертность (малая подвижность) внимания – нарушение переключаемости или патологическая фиксация внимания.

Апрозексия – полное выпадение внимания.

Практические рекомендации при исследовании памяти:

1. Исследование памяти начинается уже с момента собирания анамнеза, также как и исследование внимания;

2. Больному предлагают запомнить 10 слов. Затем подсчитывается количество слов, которые испытуемый воспроизвёл верно после однократного или многократного (6-7 раз) предъявления. Затем просят повторить те же слова через определённые промежутки времени (15, 30, 60, 180 мин и т. д.);

3. Тест Бендера направлен на исследование зрительно-моторной памяти. Испытуемый должен нарисовать предложенные фигуры по оригиналу, а затем по памяти. Тест включает в себя 9 таблиц, каждая из которых содержит определённые геометрические фигуры.

Практические рекомендации при исследовании внимания:

Метод Бурдона – больному предлагают в заранее заготовленном тексте вычёркивать или подчёркивать в разных вариантах определённые одну или несколько букв. Учитывают время, затраченное на выполнение задания, количество ошибок (пропуски или подчёркивания других знаков).

Исследование истощаемости внимания по Крепелину:

Больному предлагают последовательно отнимать от 100 по 7 или по 13 с фиксацией времени выполнения.

Исследование активного внимания по Ф.Е.Рыбакову – больному предлагают сосчитать без помощи пальцев, зелёные кружки в одном секторе, затем синие в другом. Если больной быстро и правильно сосчитал кружки в первых двух секторах, то можно предложить ему и красные кружки. Если же при подсчёте зелёных кружков возникают трудности, предлагают сосчитать кружки в верхних двух секторах. При оценке ответов необходимо учитывать правильно ли и как быстро решена задача.

Для исследования переключения внимания часто используется двухцветная **таблица Горбова**, где изображены в случайном порядке чёрные числа от 1 до 25 и красные от 25 до 1. Требуется попеременно отыскать одну чёрную цифру в порядке возрастания и одну красную – в порядке убывания.

Обнаружение отсутствующих деталей на изображениях:

Больному предлагают рассмотреть изображения и назвать отсутствующие детали. Если он не может самостоятельно решить эту задачу, следует помочь ему, указывая на отсутствующую деталь на одном из изображений. Эту методику можно применять и для исследования детей дошкольного и школьного возраста. У умственно отсталых детей затруднение возникает не только из-за нарушения внимания, но и прежде всего из-за недостаточного соответствующего представления, знаний, слов, обозначающих соответствующие детали.

КЛИНИЧЕСКИЕ ЗАДАЧИ:

1 ЗАДАЧА:

Больной З., 68 лет, инвалид. Находится на лечении в стационаре в течение нескольких недель. Поведение спокойное, длительно беседует с больными в отделении. Приветливо поздоровавшись с врачом, через несколько минут встретив его в отделении вновь здоровается. Не может назвать число, месяц и год. Утверждает, что только вчера вернулся из Ташкентского санатория. Любит рассказывать о своей молодости, о школьных годах. Правильно называет годы рождения и имена своих детей, но годы рождения внуков и их имена правильно назвать не может, путает. Иногда говорит, что у него нет внуков, иногда что есть и всякий раз называет разные имена. Определите синдром:

- | | |
|------------------------------|---------------------------------|
| А. Корсаковский синдром | Д. Синдром Кандинского-Клерамбо |
| В. Психоорганический синдром | Е. Синдром Котара |
| С. Тотальная деменция | |

2 ЗАДАЧА

Больной Ш., 54 лет, рабочий. В течение нескольких недель находится на лечении в стационаре. Жалуется на бессилие, головные боли. Поводом для поступления в стационар послужило неадекватное поведение: на просьбу в автобусе открыть окно, которая повторилась несколько раз, стал ругаться с пассажирами, поднял руку на одного из них. Однако когда был доставлен в отдел милиции больной стал плакать и просить прощения.

Когда его спросили в каком месте он сел в автобус, кто находился с ним рядом, как он попал в больницу не помнит. В отделении не может найти свою палату, всё время спрашивает где находится столовая. Не понимает событий, происходящих вокруг. Определите синдром:

- | | |
|------------------------------|---------------------------------|
| А. Корсаковский синдром | Д. Синдром Кандинского-Клерамбо |
| В. Психоорганический синдром | Е. Синдром Котара |
| С. Тотальная деменция | |

3 ЗАДАЧА

У больной, находящейся на лечении в инфекционном отделении повысилась температура тела и изменилось сознание: внезапно стала читать стихи Абдуносира Форобий. Когда состояние её улучшилось, стала утверждать, что не знает стихов Фаробий и не знакома с его творчеством. Во время беседы выяснилось, что в молодости больная служила у ученого дома, который изучал творчество Фаробий и часто читал его стихи вслух, а больная в это время, не придавая значения содержанию стихов, слушала его и занималась домашними делами. Как расценить это состояние?

- | | |
|------------------------|----------------------------|
| А. Пseudореминисценция | Д. Гипомнезия |
| В. Конфабуляция | Е. Прогрессирующая амнезия |
| С. Гипермнезия | |

4 ЗАДАЧА

Больной Р., 65 лет, инвалид. Правильно называет год своего рождения, месяц и день. Хорошо помнит свой детство, молодость, фамилию и имя своей первой учительницы. Хорошо помнит события, происходившие в институте. Однако не может вспомнить о гибели жены, о смене места жительства в последние два года, не может вспомнить, сколько лет он не работает. Несмотря на то, что врач несколько раз назвал свои имя и фамилию, не может запомнить и их. Назовите вид расстройства:

- А. Гипомнезия
- В. Антероградная амнезия
- С. Ретроградная амнезия

- Д. Регрессирующая амнезия
- Е. Прогрессирующая амнезия

5 ЗАДАЧА

Больной А., 25 лет, находится на лечении в травматологическом отделении. На 78 км от города был сбит на мотоцикле грузовой машиной. После черепно-мозговой травмы помнит лишь те события, которые были до 64 км и, события, происходившие спустя несколько часов после травмы. Определите вид расстройства памяти:

- А. Антероградная амнезия
- В. Ретроградная амнезия
- С. Антероретроградная амнезия
- Д. Прогрессирующая амнезия
- Е. Фиксационная амнезия

6 ЗАДАЧА

Больной Г., 70 лет, бывший учитель. В настоящее время находится на лечении в психиатрической больнице. Внешне неопятен, свободно вступает в беседу, многоречив, настроение повышено. Установлены следующие расстройства памяти: не может вспомнить в какой школе он работал в последние годы, в каком году вышел на пенсию, не помнит имена своих внуков, как попал в стационар. Утверждает, что недавно сдал экзамены в Государственный педагогический институт, а сегодня с однокурсниками отметили это событие. Определите вид расстройства памяти у данного больного?

- А. Эхомнезия
- В. Криптомнезия
- С. Конфабуляция
- Д. Псевдореминисценция
- Е. Прогрессирующая амнезия

7 ЗАДАЧА

Больной З., 65 лет, в течение месяца находится на лечении в стационаре. Правильно называет свою фамилию, имя, год рождения, место жительства, но не может назвать какой сейчас год, когда поступил в стационар, кто и когда из домочадцев посетил его. Утверждает, что он был в Америке и только что прибыл из аэропорта, что был у президента Америки в гостях, который вручил ему ценный подарок. Определите вид расстройства памяти?

- А. Эхомнезия
- В. Криптомнезия
- С. Конфабуляция
- Д. Псевдореминисценция
- Е. Прогрессирующая амнезия

8 ЗАДАЧА

Больной Р., 74 лет, считает себя молодым человеком, которому 25 лет. Утверждает, что он ещё не женат. Пишет давно умершему брату письма и считает его живым. Уверяет, что Великая Отечественная война с фашистами закончилась два года назад. Несмотря, что много лет назад переехал в город, говорит что он живёт в кишлаке. Периоды амнезии не отмечаются. Вид расстройства:

- А. Эхомнезия
- В. Криптомнезия
- С. Конфабуляция

- Д. Псевдореминисценция
- Е. Прогрессирующая амнезия

9 ЗАДАЧА

Больной О., 30 лет, работает в банке бухгалтером. Жалуется на быстрое утомление, слабость, бессилие. Снижена продуктивность труда: не может прочесть документы до конца, с трудом понимает смысл прочитанного, не может справиться со своей задачей, часто спешит, стал несдержанным. Даёт своим подчинённым противоречивые указания, не закончив один вид работы переходит к другому. Какой вид расстройства внимания у данного больного?

- А. Апрозексия
- В. Рассеянное внимание
- С. Инертность внимания
- Д. «Невнимательность ученого»
- Е. Неустойчивость внимания

ТЕСТЫ:

1. Больной после травмы головного мозга не помнит событий, которые были до заболевания. Определите вид нарушения памяти:
 - А. Ретроградная амнезия
 - В. Антероградная амнезия
 - С. Антероретроградная амнезия
 - Д. Регрессивная амнезия
 - Е. Стационарная амнезия

1. Беморда алкохол мастлик холатида булган вокеаларни кейинчалик тулик эслай олмаслиги кандай номланади:
 - А. Абстиненция
 - В. Ретроград амнезия
 - С. Палимпсест
 - Д. Анэктофия
 - Е. Конфабуляция

2. Основное расстройство памяти при синдроме Корсакова:
 - А. Регрессивная амнезия
 - В. Прогрессивная амнезия
 - С. Конфабуляции
 - Д. Псевдореминисценции
 - Е. Фиксационная амнезия

3. Как называется состояние когда события, происходящие в настоящее время, кажутся больному, что они уже были в его жизни:
 - А. Криптомнезия
 - В. Анэктофия
 - С. Псевдореминисценция
 - Д. Эхомнезия

- E. Deja vu
4. Как называется вид памяти на определённые события и образы?
 - A. Аффективная память
 - B. Оперативная память
 - C. Кататимная память
 - D. Иконическая память
 - E. Эмоциональная память

 5. Конфабуляции могут быть следующими: фантастическими, мнемоническими ...
 - A. Обыденными
 - B. Амнестическими
 - C. Истинными
 - D. Экстатическими
 - E. Экмнестическими

 6. Прогрессирующая, стационарная, ретроградная, антероградная, кататимная ... амнезии
 - A. Экмнезия
 - B. Регрессирующая
 - C. Скотомизация
 - D. Конфабуляция
 - E. Криптомнезия

 7. Не относятся к расстройствам памяти:
 - A. Дисмнезии
 - B. Амнезии
 - C. Апрозексии
 - D. Криптомнезии
 - E. Конфабуляции

 8. Характерно для криптомнезий:
 - A. Мнимые воспоминания
 - B. Обманы памяти
 - C. Снижение памяти
 - D. Отсутствие памяти
 - E. Отсутствие памяти на прошедшие события

 9. Характерно для апрозексии:
 - A. Полное отсутствие памяти
 - B. Полное отсутствие внимания
 - C. Отсутствие чувства голода
 - D. Отсутствие волевой деятельности
 - E. Отсутствие волевых действий

ЛИТЕРАТУРА:

1. Банщиков В.М., Гуськов В.С., Мягков И.Ф. Медицинская психология. М.: Медицина, 1967 – 239 с.;
 2. Блейхер В.М. Клиническая патопсихология. Ташкент, 1976 – 325 с.;
 3. Бухановский А.О., Кутявин Ю.А., Литвак М.Е. Общая психопатология. – Ростов-на-Дону. Феникс, 1998.- 415 с.;
 4. В. Брайтиган «Психосоматическая медицина» МОСКВА 1999 г.
 5. Вудс Ш. Психиатрия в вопросах и ответах. Санкт-Петербург (Москва, Харьков, Минск): Питер – 1998 – 311 с.;
 6. «Клиническая психиатрия». Под ред. Т. Б. Дмитриевой. МОСКВА 1998 г.
 7. Зейгарник Б.В., Николаева В.Р., Лебединский В.В. Практикум по патопсихологии. М.: Медицина, 1987;
 8. Иванов П.И. Общая психология. Ташкент. Укитувчи, 1964 – 544 с.;
 9. Г.И.Каплан, Б. Дж.Сэдок. Клиническая психиатрия. Москва, 1999 г.
 10. Карвасарский Б.Д. Медицинская психология. М.: Медицина, 1982 – 270 с.;
 11. Коркина М.В., Цивилько М.А., Мериллов В.В., Карева М.А. Практикум по психиатрии (учебное пособие). М.: Медицина, 1986 –182 с.;
 12. Лакосина Н.Д., Ушаков Н.К. Медицинская психология. М.: Медицина, 1986;
 13. Лебединский М.С., Мясичев В.Н. Введение в медицинскую психологию. М.: Медицина, 1966 -430 с.;
 14. Лурия А.Р. Основы нейропсихологии. М.: Издательство московского университета, 1974 – 374 с.;
 15. Максимова Н.Ю., Милютин Е.Л. Курс лекций по детской патопсихологии (учебное пособие). Ростов-на Дону.: Феникс, 2000 – 572 с.;
 16. Меграбян А.А. Дегерсонализация. Ереван, 1962 – 355 с.;
 17. Меграбян А.А. Общая психопатология. М.: Медицина, 1965;
 18. Руководство по психиатрии / Под ред. Морозова Г.В./ М.: Медицина, 1985, Т. 1, 2;
 19. Мурталибов Ш.А. Справочник по психиатрии. Ташкент, 1998 – 249 с.;
 20. Общая психология /Под ред. Петровского А.В./ М.: Просвещение, 1986 – 464 с.;
 21. Петрухин А.С. Эпилептология детского возраста. Москва, 1999;
 22. Полищук И.А., Видренко А.Е. Атлас для экспериментального исследования отклонений в психической деятельности человека. Киев «Здоров я», 1980 – 121 с.;
 23. Рубинштейн С.Я. Экспериментальные методики патопсихологии (практическое руководство). М.: Медицина, 1970 – 215 с.;
 24. Рыбальский С.Я. Критерии клинической оценки галлюцинаций. М.: Медицина, 1982 – 127 с.;
 25. Рыбальский М.И. Иллюзии, галлюцинации, псевдогаллюцинации. М.: Медицина, 1989 – 366 с.;
 26. Руководство по психиатрии / Под ред. Снежневского А.В. / М.: Медицина, 1983. Т. 1, 2;
 27. Снежневский А.В. Справочник по психиатрии. М.: Медицина, 1985 – 410 с.;
 28. Ходжаева Н.И., Шаюсупова Ю.А. Психиатрия. Ташкент, 1995;
 29. Шнайдер К. Клиническая психопатология. Киев: Сфера, 1999 –
 30. Р. Шейдер «Психиатрия» МОСКВА 1998 г.
- Ясперс К. Общая психопатология. М.: Практика, 1997 – 721 с.;