**КОНСПЕКТ ЛЕКЦИЙ**

**Лекция 1.** Предмет, задачи, принципы и методы нейропсихологии детского возраста. Уровни анализа нейропсихологических факторов по А.Р. Лурия: морфологический, физиологический, психологический.

Естественно-научные, теоретические и практические предпосылки возникновения нейропсихологии детского возраста.

**Цель лекции:** рассмотреть историю возникновения нейропсихологии. Ознакомиться с современными тенденциями в развитии нейропсихологии.

 Естественно-научные, теоретические и практические предпосылки возникновения нейропсихологии

Теоретическую основу нейропсихологии составляют три принципа, разработанные Л. С. Выготским и А. Р. Лурия: принцип социогенеза высших психических функций (ВПФ); принцип системного строения ВПФ; принцип динамической организации и локализации ВПФ. Эти принципы вытекают из культурно-исторического подхода к психике человека, т. е. ориентации при анализе формирования психических функций и их нарушений не на болезнь, не на дефект, а на развитие, на поиск в истории культуры причин психических явлений и способов компенсации дефекта. Создание Л. С. Выготским и А. Р. Лурия в 20 — 30-е гг. ХХ в. культурно-исторического системного подхода можно считать важнейшей теоретической предпосылкой возникновения детской нейропсихологии

**Лекция 2.** История изучения проблемы локализации психических функций. Направления нейропсихологии.

В настоящее время наиболее интесивно развиваются следующие области нейропсихологической науки:

Клиническая нейропсихология (синдромология). Изучает нейропсихологические синдромы, в контексте проблемы межполушарной асимметрии и межполушарного взаимодействия, поражения глубоких подкорковых структур и коры головного мозга. Изучает нейропсихологические синдромы травматического и сосудистого генеза, выясняет их отличие от опухолевых синдромов. Использует методы неаппаратурного клинического нейропсихологического исследования, разработанные в основном А.Р. Лурия (которые сейчас у нас и за границей называют «луриевскими методами»). В этом направлении работали: А.Р. Лурия, Е.Д. Хомская, Н.К. Киященко, Э.Г. Симерницкая, Н.В. Гребенникова и другие.

Экспериментальная нейропсихология. Занимается экспериментальным аппаратурным изучением психологических и мозговых механизмов нарушений различных психических функций (у взрослых и детей). Изучает когнитивные, двигательные функции, эмоционально-личностная сфера. Использует экспериментальные методы общей психологии, адаптированные к условиям клиники. Служит целям получения фундаментальных результатов, которые вносят вклад в развитие теории общей психологии и нейропсихологии о мозговых механизмах психических процессов. Это направление развивает Е. Д. Хомская со своими учениками.

Реабилитационная нейропсихология. Занимается изучением динамики спонтанного восстановления психических функций у нейрохирургических больных, структуры и динамики нейропсихологических синдромов при сенильной деменции, социопсихологических аспектов реабилитации больных с локальными поражениями мозга, а также созданием методов восстановления высших психических функций. В этом направлении работали и работают Л.С. Цветкова, а также ее ученики и сотрудники Т.В. Ахутина, Н.Н. Полонская, Н.Г. Калита, Н.М. Пылаева и другие. Детская реабилитационная нейропсихология позволила по-новому понять различные формы аномалий психического развития детей и наметить новые пути компенсации дефектов.

Психофизиология локальных поражений мозга. Изучает психофизиологические механизмы нарушения когнитивных, двигательных и эмоциональных процессов у больных с локальными поражениями мозга, основываясь на важнейшем положении нейропсихологии, согласно которому психические функции надо сопоставлять не с морфологическим субстратом, а с физиологическими процессами. Активно применяются психофизиологические методы: электроэнцефалограмма, вызванные потенциалы, связанные с событиями потенциалы мозга и т.д. Это направление развивали Е.Д. Хомская, Б.А. Маршинин, С.В. Квасовец, В.В. Лазарев и другие.

**Лекция 3.** Проблемы мозговой организации высших психических функций.

В нейропсихологии используются следующие понятия:

*Функциональная система* – морфофизиологическое понятие, заимствованное из концепции функциональных систем П.К. Анохина для объяснения мозговых механизмов ВПФ, – совокупность афферентных и эфферентных звеньев, объединенных в систему для достижения конечного результата. Различные по содержанию ВПФ (гностические, мнестические, интеллектуальные и др.) обеспечиваются качественно разными функциональными системами.

*Локализация ВПФ* (или *мозговая организация ВПФ*) – центральное понятие теории системной динамической локализации ВПФ, 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).

*Межполушарное взаимодействие* - особый механизм объединения левого и правого полушарий в интегративно функционирующую систему, формирующийся в онтогенезе (как полагают, при преимущественном влиянии генетических факторов).

*Межполушарная асимметрия* - частный случай межполушарного взаимодействия - неравноценность, качественное различие того вклада, который делает левое и правое полушария мозга в осуществление каждой психической функции, различная мозговая организация высших психических функций в левом и правом полушариях. С позиций теории системной динамической локализации функций эти различия можно обозначить как принцип различной мозговой организации всех высших психических функций в левом и правом полушариях мозга.

*Полифункциональность мозговых структур* – механизм, обеспечивающий пластичность мозга за счет существования «жестких» и «гибких» звеньев функциональной системы. Примером жестких звеньев являются первичные зоны коры больших полушарий и определенные подкорковые образования. Указанные мозговые зоны и структуры жестко связаны с функциями, в итоге их поражение приводит к необратимым дефектам.

**Лекция 4.** Проблема локализации ВПФ в мозге. Учение о трех блоках мозга.

Нейропсихологические симптомы делятся на: первичные – нарушения ВПФ, непосредственно связанные с поражением (выпадением) определенного нейропсихологического фактора. При поражении определенной области мозга страдает нейропсихологический фактор, что приводит к повреждению звена ВПФ и проявляется в нарушении ВПФ в целом.

Вторичные – нарушения ВПФ, возникающие как системное следствие первичных нейропсихологических симптомов по законам их системных связей.

В основе нейропсихологического синдрома лежит нарушенный нейропсихологический фактор. За его нарушением «стоит» поражение определенного участка мозга и изменение тех нейрофизиологических процессов, которые протекали в этом участке. Фактор несет в себе как физиологическое, так и психологическое содержание. Это определенный вид аналитико-синтетической деятельности специфических, дифференцированных, определенных мозговых зон.

Перечисленные понятия относятся к специфическим нейропсихологическим понятиям, которые входят в понятийный аппарат нейропсихологии наряду с общепсихологическими понятиями.

**Лекция 5** Прикладные аспекты нейропсихологии. Дифференциально-диагностическая и коррекционная работа

Кроме того, в нейропсихологии используются следующие понятия:

*Функциональная система* – морфофизиологическое понятие, заимствованное из концепции функциональных систем П.К. Анохина для объяснения мозговых механизмов ВПФ, – совокупность афферентных и эфферентных звеньев, объединенных в систему для достижения конечного результата. Различные по содержанию ВПФ (гностические, мнестические, интеллектуальные и др.) обеспечиваются качественно разными функциональными системами.

*Локализация ВПФ* (или *мозговая организация ВПФ*) – центральное понятие теории системной динамической локализации ВПФ, 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).

*Межполушарное взаимодействие* - особый механизм объединения левого и правого полушарий в интегративно функционирующую систему, формирующийся в онтогенезе (как полагают, при преимущественном влиянии генетических факторов).

*Межполушарная асимметрия* - частный случай межполушарного взаимодействия - неравноценность, качественное различие того вклада, который делает левое и правое полушария мозга в осуществление каждой психической функции, различная мозговая организация высших психических функций в левом и правом полушариях. С позиций теории системной динамической локализации функций эти различия можно обозначить как принцип различной мозговой организации всех высших психических функций в левом и правом полушариях мозга.

*Полифункциональность мозговых структур* – механизм, обеспечивающий пластичность мозга за счет существования «жестких» и «гибких» звеньев функциональной системы. Примером жестких звеньев являются первичные зоны коры больших полушарий и определенные подкорковые образования. Указанные мозговые зоны и структуры жестко связаны с функциями, в итоге их поражение приводит к необратимым дефектам.

**Лекция 6.** Нейропсихологическая диагностика и коррекция

[Нейропсихологическая коррекция](http://www.np-center.ru/main/neuro_correction) представляет собой трёхуровневую систему.
Каждый из уровней коррекции имеет свою специфическую «мишень» воздействия и направлен на все три блока мозга».

**1-й уровень** – «уровень стабилизации и активации энергетического потенциала организма». Методы 1-го уровня направлены, прежде всего, на функциональную активацию подкорковых образований головного мозга.
**2-ой уровень** – «уровень операционального обеспечения сенсомоторного взаимодействия с внешним миром». Методы 2-го уровня направлены на стабилизацию межполушарных взаимодействий и специализации левого и правого полушарий.
**3-й уровень** – «уровень произвольной саморегуляции и смыслообразующей функции психических процессов». Методы 3-го уровня направлены на формирование оптимального функционального статуса передних (префронтальных) отделов мозга.
В коррекционный процесс поэтапно включены упражнения 1-го, 2-го и 3-го уровней, однако удельный вес и время применения тех или иных методов варьируются в зависимости от исходного статуса ребёнка.

Соответственно применение методов разного уровня требует продуманной стратегии и тактики, основанной на результатах нейропсихологической диагностики.

Необходимость произвольной саморегуляции собственного поведения обнаруживает себя (в большей или меньшей степени) повсеместно**.** Формирование программы, постановка цели и задач, способов их выполнения, регуляция и самоконтроль **—** непременные условия адекватности любой деятельности**.** Ведь побудительной силой произвольного действия является принятое решение, оно направлено на достижение цели (предвосхищение будущего), наконец должно произойти сопоставление желаемого результата с достигнутым **—** оценка, контроль**.**

В процессе занятий происходит постепенное формирование этих навыков**:** от механического принятия и выполнения ребенком строго заданной, развернутой инструкции психолога к постепенному переходу к совместному, а затем и самостоятельному созданию им программы деятельности, ее реализации и контролю за результатами**.**

Для формирования умения планировать свои действия необходимо использовать приемы, побуждающие ребенка изменять свою позицию, т**.**е**.** рассматривать ситуацию как бы с точки зрения другого**.** Так он учится видеть те связи и отношения между элементами ситуации, которые обычно спонтанно им не выделяются**.** Благодаря соотнесению разных точек зрения постепенно снимается **«**центрация**»** на отдельных сторонах решаемой задачи**.**

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

**Лекция 7**. Нейропсихологическая диагностика эмоциональных состояний**.**

Нейропсихологическая диагностика эмоционально-личностной сферы в норме и патологии. Эмоции как особый класс психических состояний, которые отражают переживания, позитивное или негативное отношение человека к миру и себе. Проблема нормы и патологии в клинической психологии, дифференциальная диагностика эмоционально-личностной сферы.

Расстройства эмоционально-личностной сферы заключается в болезненных переживаниях тех или иных эмоциональных состояний. Основное нарушение заключается в изменении эмоционального состояния в сторону угнетения или подъема. Нарушения в эмоциональной сфере включают в себя гипотимию(угнетенное эмоциональное состояние), гипертимию(возбужденное эмоциональное состояние), паратимию(несоответствие эмоционального состояния при определенной ситуации: плач, при радостном известии) и нарушения динамики эмоций.

В свое время А.Р. Лурия (1969), определяя основные принципы нейропсихологического исследования, отмечал лимит времени проведения эксперимента в клинике локально-органических поражений мозга. Это связано в первую очередь с быстрой истощаемостью внимания больных, снижением их умственной работоспособности и т. п. Поэтому, при всем многообразии конкретных методических приемов исследования важно придерживаться определенной схемы эксперимента, к чему, собственно, и стремятся все разработчики. Следует помнить, что способ преодоления ошибок испытуемым, его отношение к неудачам также могут оказаться значимыми в топико-диагностическом отношении.

Не исключая творческого, исследовательского подхода к поиску критериев для постановки топического диагноза, предполагающего как "квалификацию симптома" (по Л.С. Выготскому), так и структурно-динамический характер проведения исследования и принятия диагностического решения, необходимо иметь возможность достаточно объективно оценивать успешность выполнения больным тех или иных заданий, опираясь на нормативные данные.

Многолетний опыт нейропсихологической диагностики позволяет утверждать, что основные требования, которым должен соответствовать набор нейропсихологических проб для решения топико-диагностических задач в неврологической, нейрохирургической и психиатрической клиниках, в дефектологии и медицинской педагогике, должны состоять в следующем:

1. Необходимы избирательная надежность и валидность методов исследования тех высших психических функций, нарушения которых могут иметь место при локальных поражениях мозга. Иными словами, набор должен содержать минимально необходимое количество проб, адекватных для исследования речи, гнозиса, праксиса, специальных видов памяти и т. д., характеристика нарушений которых позволяет оценить их топико-диагностическую значимость в динамике лечения.

2. Методики должны быть доступны для выполнения любому взрослому, практически здоровому испытуемому, для чего желательна их предварительная стандартизация на нормативной выборке, включая и относительно малообразованных людей. (Сложные пробы могут использоваться индивидуально с учетом преморбидных особенностей и культурного уровня больных).

3. В набор следует включать задания, направленные на выявление нарушений высших психических функций различной степени тяжести, не только выраженных и умеренно выраженных расстройств, но и слабовыраженных, которые часто не удается обнаружить при обычном клинико-психологическом исследовании. Для этого необходимы сенсибилизированные приемы диагностики тонких, слабоструктурированных нарушений речи, гнозиса, праксиса, памяти и т. д.

4. Результаты исследования, полученные с помощью нейропсихологических проб и заданий, должны быть пригодны для сравнительной характеристики нарушений высших психических функций и их динамики в процессе восстановительного лечения и реабилитации больных. Это может быть достигнуто относительно стандартной процедурой исследования и оценивания.

5. Оценка степени выраженности расстройств высших корковых функций (квантификация) не должна препятствовать основному принципу нейропсихологического исследования - качественному, структурному анализу синдрома.

6. В дополнение к методикам собственно нейропсихологической диагностики могут использоваться патопсихологические (нестандартизованные) и тестовые методики. Необходимость их применения должна обосновываться конкретными задачами исследования, например дифференциацией общемозговой и локальной патологии или различными видами экспертизы. Вместе с тем эти дополнительные экспериментально-психологические методики (в связи с их многообразием и сложностью) не должны включаться в качестве обязательных компонентов в стандартный набор. эмоция психический переживание диагностика

Нейропсихологическое исследование, как и любое другое медико-психологическое исследование, надо строить с учетом индивидуальных особенностей больного. В соответствии с этими требованиями в основе предлагаемого стандартизованного набора нейропсихологических методик лежат субтесты, отобранные в Институте им. В.М. Бехтерева как наиболее адекватные и валидные для решения топико-диагностических задач. Одни из них давно и хорошо известны (пробы Поппельрейтера, Хеда, Н.И. Озерецкого, А.Р. Лурия и т. д.).

Особенности нейропсихологической диагностики эмоционально-личностной сферы

Психологическая диагностика изучает способы распознания и измерения индивидуально-психологических особенностей человека(к примеру: свойств его личности и особенностей интеллекта. Измерение и распознавание осуществляется с помощью методов психодиагностики.

Так как психодиагностика неразрывно связана с предметными областями психологической науки: возрастная психология, общая, медицинская, социальная и др.; особенности, явления и свойства, изучаемые перечисленными науками, измеряются с помощью психодиагностических методов.

Результаты психодиагностических измерений показывают не только наличие того или иного свойства, степень его выраженности, уровень развития, но также могут выступать как способы проверки истинности теоретико-психологических построений различных психологических направлений.

Ввиду того, что психодиагностика "обслуживает" предметные области психологической науки, саму же психодиагностику "обслуживает" *дифференциальная психометрия(*Психометрия дифференциальная (психометрика дифференциальная) -- область психометрии, определяющая и обосновывающая требования к измерению индивидуально-психологических различий в психологической диагностике).

Целью дифференциальной психометрии является разработка требований к измерительным психодиагностическим методам. Данные требования относятся к адаптации методов, интерпретации получаемых данных, к процедуре разработки методов, применению и разработки математического аппарата для анализа получаемых данных.

В психодиагностике выделяют два подхода измерения и распознавания индивидуально-психологических особенностей человека: *номотетический и идеографический*. Данные подходы отличаются по следующим основаниям:

-понимание объекта измерения;

-направленность измерения;

-характер методов измерения.

|  |
| --- |
|  |
| Основание | Номотетический подход | Идеографический подход |  |
| Понимание объекта измерения | Понимание личности как набора свойств | Понимание личности как целостной системы |  |
| Направленности измерения | Выявление и измерение общих для всех людей свойств личности | Распознавание индивидуальных особенностей личности |  |
| Методы измерения | Стандартизированные методы измерения, требующие сопоставления с нормой | Проективные методики и идеографические техники |  |
|  |  |  |  |

 **Лекция 8.** Психосоматика как раздел медицины и медицинской психологии.

Психосоматический подход в медицине. Психогении и соматогении. Основные теоретические модели психосоматических заболеваний. Конверсионная модель Фрейда. Модель вегетативного невроза Александера. Модель двухэшелонной линии обороны Митчерлиха. Модель нарушения объектных отношений. Модель ресоматизации функций Я Шура. Алекситимическая модель Сифнеоса. Модель нарушения структуры Г. Аммона.

Психосоматика как раздел клинической психологии – это отрасль науки, находящаяся на стыке медицины и психологии. Что изучает современная психосоматика? Эта наука занимается изучением взаимосвязи между психологическими и физическими (телесными) расстройствами. Название это произошло от двух греческих слов: «психе» — «душа» и «сома» — «тело». В более широком смысле психосоматикой называют все проявления подобной взаимосвязи, т.е. всевозможные психосоматические расстройства и заболевания. Таким образом, в современном медицинском языке этим термином обозначают как саму науку, так и предмет ее исследований.

Основные направления психосоматики охватывают несколько отраслей знаний:

Поскольку психосоматика посвящена исследованию и лечению заболеваний, ее рассматривают как отрасль медицины;

- изучает воздействие эмоций и переживаний на физиологические процессы, поэтому ее можно отнести к области физиологии;

- имеет дело с психологическими явлениями и механизмами, с эмоциями и поведенческими реакциями, вызывающими психосоматические расстройства, следовательно, она является отраслью психологии;

- исследует и применяет способы коррекции разрушительных для организма видов эмоционального реагирования и структуры поведения человека, поэтому ее относят к разделу психиатрии;

- изучает взаимосвязь между психосоматическими заболеваниями и социальными отношениями, условиями жизни, культурными традициями, социальными установками, поэтому ее можно отнести к социологии.

Психосоматика как направление науки имеет долгую историю. Еще целители древности, в частности сам «отец» медицины Гиппократ, утверждали, что состояние духа во многом влияет на физическое здоровье, равно как и телесные заболевания отражаются на здоровье психическом. Недаром до наших дней дошло крылатое выражение: «В здоровом теле здоровый дух». Оно как раз и является первой иллюстрацией психосоматики — здоровое тело свидетельствует о том, что человек благополучен и в психологическом отношении.

Термин «психосоматика» впервые был введен в медицину около 200 лет назад — в 1818 г. Его предложил немецкий врач-психиатр Иоганн Гейнрот, который считал причиной различных заболеваний и расстройств моральные качества человека и переживание им чувства вины. В дальнейшем понятие психосоматики постепенно расширялось и дополнялось. В современном виде этот термин начали использовать со средины прошлого века, после того, как было опубликовано множество научных работ по данной тематике и основано Американское психосоматическое общество (1950 г.).

Изначально, в период формирования психосоматической медицины как науки, ставящей своей целью преодолеть разрыв между телесным и психическим, найти между ними взаимосвязь и определить их взаимовлияние, была создана достаточно жесткая и однолинейная модель психосоматических расстройств и заболеваний. В дальнейшем же, в ходе развития психосоматических исследований, эту модель заменили более широкими представлениями. Была рассмотрена возможность возникновения любого заболевания как результата сложного взаимодействия физических, психологических и социальных факторов, что привело к созданию многофакторной открытой модели болезни. В этой связи узкий круг психосоматических заболеваний был заменен рассмотрением различных проявлений психосоматики, выработан интегральный подход к проблеме.

**Лекция 9.** Отношение человека к болезни. Факторы отношения человека к болезни Внутренняя картина болезни.

Психофизиологические и системно-динамические модели психосоматических заболеваний. Роль раннего онтогенеза в возникновении психосоматических расстройств. Формы и классификации реакций личности на болезнь. Концепции внутренней картины болезни. Концепция отношения к болезни и его типология. Психологические последствия болезни.

Внутренняя картина болезни - понятие, введенное отечественным терапевтом Р.А. Лурия, характеризующее представления больного о своем заболевании. В ее структуре выделяются сензитивный компонент, включающий в себя комплекс болезненных ощущений и связанных с ними эмоциональных состояний, и интеллектуальный, представляющий собой рациональную оценку болезни. Для выявления индивидуальных особенностей внутренней картины болезни используют, как правило, клиническую беседу и специальные опросники.

.Субъективно-психологическую сторону любого заболевания чаще всего обозначают понятием «внутренняя (или аутопластическая) картина болезни», нозогнозией, которая характеризуется формированием у больного определенного рода чувствований, представлений и знаний о своем заболевании, когнитивной оценке его тяжести и прогноза и в формировании на этой основе эмоционального и поведенческого паттерна.

Аутопластическая картина болезни (Гольдшейдер Л., 1929) - создается самим больным на основе совокупности его ощущений, представлений и переживаний, связанных с его физическим состоянием («сенситивный» уровень болезни базируется на ощущениях, а «интеллектуальный» уровень болезни является результатом размышлении больного о своем физическом состоянии).

Внутренняя картина болезни отражает внутреннюю картину здоровья. Люди, которые чувствуют источник силы внутри себя, болеют реже, чем те, кто видит источник силы в других людях. Аутопластическая картина болезни зависит от сознания (осознания) заболевания. Сначала она складывается бессознательно и осознается частично. Срабатывает механизм «уход в болезнь», если человек использует болезнь, как вторичную выгоду. Например, подобный «уход в болезнь» наблюдается при нарушениях сердечной деятельности. У ответственного руководящего работника, который узнал о своей некомпетентности развился сердечный приступ, и затем он закрылся этой болезнью как щитом, чтобы сохранить свой престиж.

Внутренняя картина болезни, по мнению Лурия Р.А. (1977), находится в очень большой зависимости от личности больного, его общего культурного уровня, социальной среды и воспитания.

В отечественной литературе проблема целостного рассмотрения личности и болезни поднималась в трудах таких врачей-интернистов, как М.Я. Мудров, С.П. Боткин, Г.А. Захарьин, Н.И. Пирогов и другие.

Структура аутопластической картины болезни:

1) сензитивная сторона болезни (уровень ощущений, чувственный уровень) – локализация болей и других неприятных ощущений, их интенсивность и т.п.;

2) эмоциональная сторона болезни связана с различными видами эмоционального реагирования на отдельные симптомы, заболевание, а целом и его последствия;

3) интеллектуальная сторона болезни (рационально-информационный уровень) связана с представлениями и знаниями больного о его заболевании, размышлениями о его причинах и последствиях;

4) волевая сторона болезни (мотивационный уровень) связана с определенным отношением больного к своему заболеванию, необходимостью изменения поведения и привычного образа жизни, актуализацией деятельности по возвращению и сохранению здоровья.

На основании этих сторон у больного создается модель заболевания, т.е. представление о ее этиопатогенезе, клинике, лечении и прогнозе, которая определяет «масштаб переживаний» (Либих С.С., 1979) и поведение в целом.

Масштаб переживания болезни

1. Нормонозогнозия - адекватный тип реагирования, при котором больные правильно оценивают свое состояние и перспективы, их оценка совпадает с оценкой врача.

2. Гипернозогнозия - больные склонны переоценивать значимость отдельных симптомов и болезни в целом.

3. Гипонозогнозия – склонность больных недооценивать заболевание.

4. Диснозогнозия - у больных наблюдаются искажение восприятия и отрицание наличия болезни и ее симптомов с целью диссимуляции или из-за страха ее последствий.

5. Анозогнозия – полное отрицание болезни как таковой (типична для наркологических больных и онкологических заболеваний).

Внутренняя картина болезни, характеризуя целостное отношение к заболеванию, тесно связана с осознанием больным своей болезни. Степень осознанности своего заболевания во многом зависит от образованности и общего культурного уровня пациента, хотя полного соответствия здесь часто не наблюдается (как, например, при анозогнозиях). Степень осознанности своей болезни больным может нарушаться при некоторых очаговых поражениях мозга. Например, поражениям задних отделов левого полушария чаще сопутствует адекватная внутренняя картина болезни, в то время как при поражении задних отделов правого полушария наблюдалось сочетание адекватного когнитивного уровня осознания внутренней картины болезни с неадекватным эмоциональным представлением больных о своих перспективах, расхождение между планами на будущее и реальными возможностями.

**Лекция 10.** Психотерапия как форма психологической помощи.

Методики психологической диагностики в психосоматике. Клинико-психодиагностическая характеристика методики "Тип отношения к болезни". Клинико-психодиагностическая характеристика методики "Я- структурный тест " Г. Аммона.

Я-структурный тест Аммона был разработан немецкой школой психоанализа и психиатрии, адаптирован и рестандартизирован специалистами Санкт-Петербургского НИИ им. В.М. Бехтерева.

 Согласно концепции Г. Аммона основополагающим понятием личности является "Я-идентичность" - ядерное психологическое образование, обеспечивающее ее целостность и опосредованное структурой центральных личностных образований, находящихся в области бессознательного (Я-функций), но проявляющихся через вторичные сознательные функции, определяющие содержание способностей и навыков человека. В этой связи в тестовом психодиагностическом аспекте впервые предпринята попытка измерения бессознательного с помощью сознательного самоотчета в виде самооценок собственных переживаний и поступков в представленных ситуациях отношений.

 Из потенциально бесконечного количества Я-структур бессознательного в качестве тестовых "мишеней" (шкал) были отобраны образования, репрезентативно отражающие его целостную структуру и наиболее информативные для решения практических психодиагностических задач. В рассматриваемой версии

 Я - структурного теста такими образованиями являются:

 1) агрессия;

 2) страх (тревога);

 3) внешнее Я-отграничение (контроль внешних границ Я);

 4) внутреннее Я-отграничение (контроль внутренних границ Я);

 5) нарциссизм (степень целостного принятия себя);

 6) сексуальность.

 При этом центральные Я-функции содержательно понимаются как изначаль-

 но данная конструктивная сила:

 \* агрессия - потенциал активности;

 \* страх - способность совладания с тревогой;

 \* внешнее Я - ограничение - автономия с гибкой границей;

 \* внутреннее Я - ограничение - гибкая граница осознающего Я и неосоз-

 наваемых побуждений;

 \* нарциссизм - позитивное самопринятие;

 \* сексуальность - взаимообогощающее единение.

 Будучи сформированными "нормально", "патологически" или "задержанными" в своем развитии, центральные Я-функции проявляют себя либо конструктивно, способствуя развитию Я-идентичности и оптимальной адаптации к среде; либо деструктивно, приводя к деформации личностной структуры, дезинтеграции процесса становления Я-идентичности и дезадаптации либо дефицитарно, препятствуя становлению личности и необходимой дифференциации психических функций.

 Я-идентичность, как ядерное психологическое образование, обеспечивающее целостность личности теснейшим образом связана с другими центральными психическими функциями, деятельность которых опосредуется идентичностью и в свою очередь, обеспечивает ее сохранение и развитие.

 Процесс развития человека, возникновение психических расстройств и их преодоление понимаются динамической психиатрией как процесс преобразования Я-идентичности.

 В отличие от большинства психологических концепций, вкладывающих в понятие "структура" личности статичное представление, гуманструктуральная модель личности не может быть понята вне процесса взаимодействия индивид и окружающей среды. При этом в качестве важнейшего средового фактора выступает интегрированная совокупность отношений между индивидом и первичной группой, понимаемая не как сеть пересекающихся интеракций или транзакций (по Э.Берну), а как групповое динамическое поле, в которое вписывается индивид при обмене т.н. "социальной энергией" в процессе своего формирования и социализации.

 В основе понятия "социальная энергия" по Аммону лежит описанный еще К. Левиным, феномен силового межличностного взаимодействия психических полей, подчиняющегося групповым динамическим закономерностям. Обменные энергетические процессы между группой и индивидом по своему характеру могут быть как позитивными, способствующими развитию Я-идентичности, так и негативными, препятствующими формированию "здоровой" личности.

 Центральные Я-функции, как важнейшие интрапсихические образования, служат своего рода "органами", обеспечивающими характер такого взаимодействия и индивидуальную психологическую адаптацию. Как и всякий другой орган, эти функции могут быть сформированы "нормально", "патологически" или "задержаны" в своем развитии. Решающим здесь является характер взаимодействия, как в первичном симбиозе, так и в целом в группо-динамическом жизненном поле.

 В свою очередь уровень сформированности Я-функций определяет особенности взаимодействия в последующих межличностных отношениях, или обмене "социальной энергией". Такой обмен может позитивно расширять возможности личности, способствовать ее интеграции и развитию Я-идентичности, обеспечивая оптимальную ее адаптацию к среде, т.е. иметь конструктивный характер, - с одной стороны; деформировать личностную структуру, дезинтегрировать процесс становления Я-идентичности, дезадаптировать, т.е. действовать деструктивно, - с другой; или же препятствовать становлению личности, необходимой дифференциации психических функций, снижать интенсивность динамических межличностных взаимодействий тем самым порождать функциональный интрапсихический дефицит.

 В связи с этим динамическая психиатрия выделяет три качества социальной энергии и соответствующие им три составляющие функциональной организации Я: конструктивность, деструктивность, дефицитарность.

 Центральные личностные образования по Аммону находятся в области бессознательного и, являясь "гипотетическим конструктом", недоступны непосредственному наблюдению. Однако, как конденсат отношений, они могут проявляться через вторичные, осознаваемые психологические функции, деятельность которых в значительной мере ими определяется в каждой актуальной интеракции. В тестовом психодиагностическом аспекте такое понимание соотношения сознательного и бессознательного, а также функциональный характер последнего позволяют сформулировать на первых взгляд парадоксальное положение - о доступности измерения бессознательного с помощью сознательного самоотчета. Поскольку теоретически бессознательное может включать в себя потенциально бесконечное количество конструктов, с методологической точки зрения, особенно важен вопрос отбора ограниченного числа тестовых "мишеней", которые, репрезентативно отражая целостную структуру бессознательного, в тоже время являются наиболее информативными образованиями для решения практических задач.

 В психодиагностической системе Я-структурного теста в качестве таких

 мишеней были отобраны шесть центральных гуман-функций:

 1) агрессия;

 2) страх (тревога);

 3) внешнее Я-отграничение (отмежевание Я от не Я, контроль внешних

 границ Я);

 4) внутреннее Я-отграничение (отмежевание сознательного Я от Я не-

 осознаваемого или контроль внутренних границ Я);

 5) нарциссизм (степень целостного принятия самого себя);

 6) сексуальность.

 В совокупности конструктивной, деструктивной и дефицитарной составляющих каждой гуман-функции показатели соответствующих шкал теста в своей совокупности наглядно представляют психографический "срез бессознательной гуманструктуры" испытуемого.

 Уровень психического здоровья испытуемого определяется как соотношение конструктивных (адаптационных) и деструктивно-дефицитарных (психопатологически измененных и недоразвитых) составляющих базисных неосознаваемых функций "Я" в гуман-структуре индивида, формирующихся в преэдипальный и эдипальный период под влиянием первичного симбиоза т.е. контакта с матерью или лицом ее заменяющим и определяющих "раr ехеlеns" всю последующую душевную динамику личности. Это дает возможность получить количественную и качественную интегральную оценку ее структуры в совокупности здоровых и патологически измененных аспектов.

**Лекция 11.** Психологические особенности больных с различными соматическими и психосоматическими расстройствами.

* Психологические модели психосоматических вариантов заболеваний

сердечно-сосудистой системы и психологические особенности личности

больных.

* Психологические модели психосоматических вариантов заболеваний

сердечно-сосудистой системы и психологические особенности личности

больных.

* Психологические модели психосоматических вариантов заболеваний

эндокринной и опорно-двигательной систем и психологические

особенности личности больных.

Психосоматозы – наиболее обширная группа в классификации психосоматических расстройств. Психосоматозы являются «полноправными» болезнями, которые сопровождаются всеми характерными патологическими нарушениями в органах или системах. Особенностью таких заболеваний, позволяющей отнести их именно к разряду психосоматических, является то, что они возникают и развиваются как ответная реакция организма на какие-либо сложные внутренние конфликты, стрессы, тяжелые психологические переживания. При этом срабатывает принцип «где тонко, там и рвется» — болезнью поражается тот орган или та система, к расстройству которой у человека имеется предрасположенность.

Один из ведущих исследователей психосоматики, знаменитый психиатр Зигмунд Фрейд писал об этом так: «Если мы гоним проблему в дверь, она лезет в окно в виде симптома. В основе психосоматических расстройств лежит механизм психологической защиты, который называется вытеснением. Мы стараемся не думать о неприятностях, отметать от себя проблемы, не анализировать их, не встречаться с ними лицом клицу. Вытесненные таким образом, они «проваливаются» с социального или психологического уровня на телесный».

Первым понятие психосоматоза ввел в обиход в середине прошлого века Франц Александер — известный американский врач и психоаналитик, признанный одним из основоположников психосоматической медицины. Он выявил семь заболеваний, возникновение которых тесным образом связано с психологическими переживаниями человека. Длительное время к психосоматозам относили именно эту «святую семерку» (термин, распространенный в психосоматической медицине):

бронхиальная астма;

язвенный колит;

язвенная болезнь желудка и двенадцатиперстной кишки;

нейродермит;

ревматоидный артрит;

эссенциальная гипертензия (одна из форм гипертонической болезни);

тиреотоксикоз (гормональное заболевание).

В настоящее время этот список существенно расширился, в него входят около 100 заболеваний, в том числе стенокардия, инфаркт миокарда, мигрень, различные кожные и аллергические заболевания, ожирение, сахарный диабет, остеохондроз, радикулит, ревматизм, многие виды рака. Ученые не перестают находить доказательства того, что то или иное заболевание также в определенной мере связано с психосоматикой. Например, недавно даже были найдены некоторые данные, позволяющие говорить о психосоматическом характере СПИДа.

Современные исследования показывают, что большинство самых опасных заболеваний до определенной степени зависит от нас самих, от нашего психологического состояния. И их также можно отнести если не к классическим психосоматозам, то, как минимум, к болезням, имеющим отношение к психосоматике и нуждающимся при лечении в соответствующем подходе. Сама по себе эта идея не нова. Исследователи и раньше предполагали более широкую взаимосвязь между психологическими и соматическими нарушениями, не ограничивающуюся «святой семеркой». Еще в 1927 г. знаменитый российский терапевт Д. Д. Плетнев писал: «Нет соматических заболеваний без вытекающих из них психических отклонений, как нет и психических заболеваний, изолированных от соматических симптомов».

**Лекция 12.** . Клинико-анамнестический метод в психосоматике. Понятия «телесность», «психосоматический феномен нормы», «психосоматическое развитие», «психосоматический симптом».

Клинические методы исследования в психосоматике. Понятие о психосоматической триаде "Диспозиция - Личность - Ситуация" и ее роли в формировании и развитии психосоматических заболеваний.

Понятие «психосоматическое развитие» включает в себя такой аспект социализации телесности, как закономерное становление в онтогенезе механизмов психологической регуляции телесных функций, действий и феноменов. Содержанием этого процесса является освоение знаково-символических форм регуляции, трансформирующей природно заданные потребности (пить, есть и т. д.), телесные функции (дыхание, реакции боли), либо создающей новые психосоматические феномены (образ тела, образ боли, самочувствие).

Телесность - вся область психосоматических феноменов, связанная с приобретением телом, как анатомической структуры, культурных значений и психологических и смыслов

Путь социализации телесных феноменов пролегает через усвоение (означивание) и порождение телесных знаков, расширение сети телесных действий. Первичный носитель психосоматического феномена - диада «мать-дитя», благодаря ему символический план изначально существует наряду с натуральным планом психосоматического феномена. В совместно-разделенных телесных действиях матери и ребенка мать выполняет функцию означивания и наполнения смыслом витальных потребностей и телесных действий ребенка. В диаде телесные действия ребенка изначально оказываются вписанными в психологическую систему «образа мира». Содержание и структура телесных действий определяются развитием системы значений и смыслов. Одной из ранних форм существования значения и, видимо, центральной для анализа процесса психосоматического развития является та его форма, которая себя осуществляет на языке чувственной (сенсорной и эмоциональной) модальности — как начальное звено процесса формирования образа тела и как посредник между более поздними и развитыми формами значения. Следующий этап развития телесных, психосоматических феноменов связан с организующей ролью системы значений уже на уровне репрезентации, на уровне символического манипулирования в плане представлений. Главным медиатором телесных действий становится вербализуемый образ тела, обретающий многообразие смысловых, характеристик в контексте целостного «образа мира».

Психосоматический дизонто-генез изучен пока очень мало, но, исходя из сформулированных теоретических посылок и набора феноменологических данных, можно предположить несколько вариантов отклонения в психосоматическом развитии ребенка:

— отставание в социализации телесных функций, обусловленное задержкой процесса психологического опосредствования. Самый наглядный пример — отставание в формировании навыков опрятности и произвольного регулирования движений, культурных форм удовлетворения потребностей. Критерием являются отклонения от социально-нормативно заданного, «эталонного» способа осуществления телесных действий;

— регресс в психосоматическом развитии, который может быть кратковременным, как реакция на трудности развития (например, при плохом самочувствии ребенок теряет уже социализированные навыки: не может самостоятельно засыпать, есть и т. д.). Более сложный вариант регресса связан с актуализацией более ранних смысловых систем (как при конверсионном симптоме) или с переходом к более примитивным механизмам регуляции телесности (от рефлексируемых к аффективным);

— искажение хода психосоматического развития, детерминированное искажением развития всей системы психологического опосредствования: ценностного, смыслового, когнитивного. Искажение касается развития телесного Я в целом. Подобно искаженному психическому развитию ребенка, этот вид психосоматического дизонтогенеза обусловлен нарушениями детско-родительских отношений, системы воспитания. Как было неоднократно показано, особо патогенную роль играют симбиотическое и авторитарно-отвергающее отношения к ребенку.

Психологический онтогенез телесных функций человека

Психологическое формирование телесных функций человека прижизненно.

Телесные функции в ходе развития становятся опосредствованными (системой значений и смыслов).

Обретают возможность произвольного регулирования.

Чем более телесная функция культурально регулируется, тем выше степень ее психосоматичности.

Какие функции лидируют?

Дыхание

Пищеварение

Сексуальная функция

Младенец учится владеть собственным телом с помощью ближайшего взрослого (в коммуникации с ним) – это основа социализации.

Мать манипулирует телом ребенка (кормление, гигиена), наделяя при этом его природные потребности, телесные состояния человеческим значением и смыслом, то есть коммуницирует с ним.

Младенец присваивает этот смысл.

Т.е. на первых этапах развития ребенка его натуральные потребности обретают двоякую функцию: 1) чтобы жить; 2) коммуникация со взрослым.

Первая коммуникативная система, которой овладевает ребенок – телесная.

Итоги психосоматического развития ребёнка:

 - при нормальном психосоматическом развитии формируется психосоматический феномен нормы (адекватный образ телесного Я).

 - в случае отклонений от нормы возникает психосоматический симптом.

Психосоматический симптом – способ выражения на языке тела неблагополучия в коммуникации человека с другими людьми или с самим собой.

Тип психосоматического симптома зависит от того, на какой стадии психосоматического онтогенеза было отклонение от нормального развития

Основные факторы психосоматического развития:

Это ближайший взрослый (транслятор социокультурного опыта) – как правило, мать:

Собственый эмоциональный и телесный опыт матери и ее личностные характеристики (например, тревожность)

Характер взаимодействия ребенка с ближайшим взрослым (например, отвержение или симбиоз)

Семья как целостный организм (например, система ценностей, стили разрешения семейных конфликтов)

Возрастной фактор (на онтогенез телесных функций влияет степень психического развития)

Стадии онтогенеза:

Формирование языка тела (телесные потребности и состояния как средство коммуникации)

Освоение предметного мира (манипулирование телом, бытовые телесные навыки)

Овладение языком (отношение к телу опосредуется системой языковых значений)

Формирование рефлексивного плана сознания (возможность сознательной оценки и произвольной регуляции многих телесных состояний)

Основные варианты психосоматического дизонтогенеза:

Задержка или отставание

Регресс (утрата ранее усвоенных способов отправления или произвольной регялции телесных функций)

Искажение (дисгармоничное развитие отдельных сторон образа телесного Я, что может привести, например, к нервной анорексии)

 **Лекция 13**. Применение психодиагностических методик в психосоматической практике.

Общие подходы к терапии и психотерапии психосоматических больных. "Мишени" психотерапии психосоматических больных. Показания к индивидуальной, групповой и семейной психотерапии.

**Лекция 14.** Место психотерапии в комплексе лечебных воздействий; цели, задачи и специфика психотерапии и психокоррекции личности при различных заболеваниях.

Диагностическая клиническая беседа в психосоматике. Особенности диагностической беседы с психосматическим и соматическим больным. Клинико-анамнестический метод в психосоматике. "Мишени" психодиагностики в психосоматике. Для эффективной борьбы с подобного рода заболеваниями необходима своевременная диагностика стресса, профилактика и лечение вегетативной нервной системы, т.е. своевременная диагностика и последующее лечение психосоматических расстройств [8].

Установлено, что критериями для диагностики, разграничения форм психосоматических расстройств могут служить: функциональность, обратимость, длительность существования, локализация, характер связи с особенностями личности и спецификой тех психологических факторов, которые определяют формирование этих расстройств [6].

К психосоматическим реакциям относят кратковременные изменения со стороны различных систем организма, а именно: учащение пульса, повышение артериального давления, изменение частоты и глубины дыхания, покраснение или бледность кожных покровов, внезапную мышечную слабость, кратковременное нарушение стула или мочеиспускания и множество других, как правило, физиологических и кратковременных расстройств, возникающих после психических переживаний. Иногда к психосоматическим реакциям относят ряд временных изменений, фиксируемых с помощь биохимических методов исследования (изменения сахара в крови, ее свертываемости или иммунной активности и т.д.). Функциональные невротические нарушения различных органов (сердца, желудка, кишечника и т.д.), представляют собой те функциональные расстройства, которые преимущественно сконцентрированы в определенных органах. Причем изменения в этих органах явно носят функциональный характер, поэтому специалисты-медики не могут обнаружить объективных признаков поражения этих органов. Для соматоформных расстройств характерно: множество постоянных жалоб на неприятные и тягостные ощущения, по описаниям больных приближающиеся к сенестопатиям, функциональные расстройства, наблюдающиеся со стороны нескольких органов, при отсутствии объективных признаков их повреждения. Отчетливо просматривается взаимосвязь жалоб пациента с психологическими факторами. Выделяют различные варианты соматоформных расстройств: соматизированные, недифференцированные, конверсионные, болевые, ипохондрические, дисморфофобические и неуточненные. В отечественной психиатрии соматоформные расстройства относят к психогенной патологии (включая ятрогении) и связывают с динамикой конституционально — личностностных особенностей больного [6].

 Таблица 1 Диагностические критерии различных видов соматоформных расстройств можно свести в следующую таблицу.

|  |  |
| --- | --- |
| Вид соматоформного расстройства |  Диагностические критерии |
|    Соматизированное расстройство (синдром Брике)\* | Четыре болевых симптомаДва симптома, связанные с желудочно — кишечным трактом Один симптом, имеющий отношение к сексуальной сфере Один из псевдоневрологических симптомовНачало заболевания до 30 летЖалобы, касающиеся различных систем органовЭтиология не может быть связана с известным соматическим расстройством |
|  Недифференцированное соматоформное расстройство | Отсутствие полного соответствия с клинической картиной типичного соматофрмного расстройстваОдна или несколько жалоб на физическое состояние Продолжительность расстройств не менее 6 месяцев |
|   Конверсионное расстройство | Характеризуется одним или несколькими неврологическими симптомами (параличи, атаксия, слепота, глухота, нарушение чувствительности, истерические расстройства, ложные судорожные припадки или конвульсии), связаннымис психологическими факторами |
|  Соматоформное болевое расстройство | Характеризуется длительными интенсивными болевыми ощущениями без проявлений соматического заболевания в, полной мере объясняющего интенсивность страданий пациента Боль не распространяется по законам иннервации и в своей выраженности тесно связана с воздействием психологического фактора |

|  |  |
| --- | --- |
| Ипохондрическое расстройство | Страх и сверхценная убежденность в наличие серьезного соматического заболевания при отсутствии симптомов последнего |
| Дисморфофобическое расстройство | Сверхценная убежденность в наличии воображаемого недостатка во внешности или какой — либо части тела |

\* Соматизированное расстройство встречается при истерии, личностных расстройствах и зависимостях от психоактивных веществ.

**Лекция 15.** Современные поведенческие (бихевиоральные) подходы в психосоматике.

- Концепция типов поведения.

- Личностная предрасположенность как фактор риска при психосоматических расстрой-

ствах.

- Концепция профиля личности Ф.Данбар.

- Психологическая характеристика поведенческого типов А, В, С, Д.

- Роль типов поведения в происхождении психосоматических симптомов.

- Феномен алекситемии. Определение, основные признаки, происхождение, структура

- Роль алекситемии в симптомообразовании и возможности психокоррекции.

Основные теоретические подходы к психосоматике когнитивно-бихевиоральный

К когнитивно — бихевиоральным теориям возникновения психосоматических заболеваний относят:

-теорию Ротенберга, Аршавского. Согласно этой теории, поисковая активность обладает стимулирующим действием на организм и повышает устойчивость к действию вредных факторов. Отказ от поиска, напротив, снижает адаптивные возможности организма. Болезни достижения — это психосоматические заболевания, обусловленные хронической фрустрацией потребности в поиске.

-теория выученной беспомощности Селигмена. Выученная беспомощность — состояние, которое возникает у человека или животных после более или менее длительного аверсивного воздействия отрицательное подкрепление, избежать которого не удается серия задач, не имеющих решения; неправильное семейное воспитание

-теория контроля Глассера. Поведение всегда представляет собой проявление попытки контролировать мир и самих себя как часть этого мира с целью наиболее полного удовлетворения наших потребностей. Болезнь — это не адаптивное поведение неэффективный способ контроля, которое человек предпочитает для управления окружающей реальностью. В раннем возрасте ребенок обучается контролировать окружающих с помощью определенных паттернов своего поведения плач, улыбка, гнев. Во взрослом возрасте это считается инфантильным способом контроля человеком поведения значимых фигур из своего окружения, получения от них помощи либо самооправдания своей бездеятельности.

**Список основной и дополнительной литературы**

**Основная литература:**

1. Визель Т.Г. Основы нейропсихологии. 3-е изд. - М., АСТ, Транзиткнига., 2010. Интернет-ресурс /http://www. iprbookshop.ru
2. Микадзе Ю.В. Нейропсихология детского возраста: учебное пособие. –СПб: Питер, 2013.www.koob.ru/mikadze/
3. Лурия А.Р. Основы нейропсихологии: учеб. пособие для вузов.-7-е изд., стер. Академия, 2009
4. Хомская Е.Д. Нейропсихология: 4-е изд. / Е. Д. Хомская, Спб.: Питер 2008
5. Глозман Ж.М. Нейропсихология детского возраста. Учебное пособие. –Пер Се, 2013. Интернет-ресурс /http://www. iprbookshop.ru
6. Глозман Ж.М “Нейропсихологическая диагностика в дошкольном возрасте”. – 2008.
7. МикадзеЮ. В. [Нейропсихологический](http://vprosvet.ru/defektolog/) анализ формирования психи­ческих функций у детей // I Международная конференция памяти А. Р. Лурия. Сборник докладов / Под ред. Е. Д. Хомской, Т. В. Ахутиной. — М.: Факультет психологии, РПО, 1998. — С. 225-231.

### Семенович А.В. [Нейропсихологическая диагностика и коррекция в детском возрасте](http://www.koob.ru/semenovich/semenovich_neuropsychological_diagnostik) //www.koob.ru/semenovich/semenovich\_neuropsychological\_diagnostik

1. Микадзе Ю. В. [Нейропсихология](http://vprosvet.ru/nejropsiholog/) индивидуальных различий в дет­ском возрасте: Автореф. докт. дис. — М.: МГУ, 1999.
2. Микадзе Ю. В., Корсакова И. К. [Нейропсихологическая диагнос­тика и коррекция](http://www.vprosvet.ru/nejropsihologicheskaya-korrekciya) младших школьников. — М.: ИнтелТех, 1994.
3. Малкина-Пых И.Г. Психосоматика: справочное издание/ И. Г. Малкина-Пых. - М.: Эксмо, 2009.
4. Психосоматика: телесность и культура: учебное пособие/ Под ред.В.В.Николаевой. - М.: Академический Проект, 2009.

**Дополнительная литература*:***

1. Атлас. Нервная система человека. Строение и нарушения (под ред. В.М. Астапова и Ю.В. Микадзе). М., 2010.
2. Белошистая А. В. Развивающие занятия с детьми 1-й и 2-й коррекционной подготовительной группы (на математическом материале) / А. В. Белошистая // Воспитание и обучение детей с нарушениями развития. – 2003. – N4. – с. 12-22.
3. Голдберг Э. Управляющий мозг. Лобные доли, лидерство и цивилизация. М., 2003
4. Доброхотова Т.А. Нейропсихиатрия. М., 2006.
5. Егоров А.Ю. Нейропсихология девиантного поведения. СПб., 2006
6. Клиническая психология: учебник. 3-е изд./Под ред. Б.Д. Карвасарского. - СПб.: Питер, 2008 - 960 с.
7. Лурия А.Р. Потерянный и возвращенный мир.
8. Нейропсихологическая диагностика. (под ред. Е.Д. Хомской). М., 2004.
9. Основы нейропсихологии. Уч. пособие для высших уч.завед., 4-е изд. М.,ИЦ Академия.-2006, 384 с.
10. Практикум по психологическим играм с детьми и подростками / Под ред. М. Р. Битяновой. – СПб.: Питер, 2002. – 304 с.
11. Семенович А.В. Нейропсихологическая диагностика и коррекция в детском возрасте. М., 2012.
12. Сидорова О.А. Нейропсихология эмоций. М., 2010
13. Сиротюк А.Л. Нейропсихологическое и психофизиологическое сопровождение обучения- М. ТЦ Сфера, 2003.—288с
14. Хрестоматия по нейропсихологии. Под ред. Е.Д. Хомской. М., 2004
15. Цветкова Л.С. Нейропсихологическая реабилитация больных. М., 2004

16. Гройсман А.Л. Клиническая психология, психосоматика и психопрофилактика/ Гройсман А.Л.. - М: Издательский дом МАГИСТР-ПРЕСС, 2002

17. Сидоров П.И., Парняков А.В. Клиническая психология. –М.: ГЭОТАР – Медиа,

2008.-880с.: ил.

18.Старшенбаум Г.В. Психосоматика и психотерапия: Исцеление души и тела/ Г. В. Стар-

шенбаум . - М.: ОАО Изд-во "Радуга", 2004