

МІНІСТЕРСТВО ВНУТРІШНІХ СПРАВ УКРАЇНИ

Харківський національний університет внутрішніх справ

Навчально-науковий інститут № 3

Кафедра психології, соціології та педагогіки

ТЕКСТ ЛЕКЦІЇ

**з навчальної дисципліни «Клінічна психологія»
обов'язкових компонент
освітньої програми першого рівня вищої освіти
за спеціальністю 053 Психологія (психолог ювенальної превенції)**

за темою – Клінічна психологія як галузь психологічної науки.

Вінниця 2024

ЗАТВЕРДЖЕНО

Науково-методичною радою
Харківського національного
університету внутрішніх справ
Протокол від 14.08.2024 № 8

СХВАЛЕНО

Вченою радою ННІ № 3
Протокол від 09.08.2024 № 8

ПОГОДЖЕНО

Секцією науково-методичної ради
з гуманітарних та соціально-
економічних дисциплін ХНУВС
Протокол від 13.08.2024 № 7

Розглянуто на засіданні кафедри педагогіки та психології
(протокол від 08.07.2024 № 13)

Розробники:

професор кафедри психології, соціології та педагогіки, кандидат
психологічних наук, доцент ННІ № 3 ХНУВС Харченко С.В.

Рецензенти:

1. начальник кафедри психології та педагогіки гуманітарного факультету
НАНГУ, кандидат психологічних наук, доцент С.О. Ларіонов.
2. доцент кафедри педагогіки та психології факультету 3 ХНУВС, кандидат
психологічних наук, доцент Доценко В.В.

План лекції:

1. Історія становлення клінічної психології
2. Клінічна психологія як галузь психологічної науки.
3. Галузі клінічної психології.

Література:

Основна:

1. Колосович О.С. Основи клінічної та патопсихології : навч. посіб. Львів : ЛьвДУВС, 2020.
2. Медична психологія / Максименко С.Д., Цехмістер Я.В., Коваль І. А., Максименко К. С.; за заг. ред. С. Д. Максименка. Київ, 2014.
3. Савенкова І. І. Клінічна психологія: навчальний посібник. Миколаїв: Миколаївський національний університет імені В.О. Сухомлинського, 2018.

Додаткова

1. Основи медичної психології : навч.-метод. посіб. для студентів вищ. мед. навч. закл. IV рівнів акредитації та лікарів-інтернів / В. М. Ждан [та ін.]. - Полтава : АСМІ, 2014.

Текст лекції

1. Історія становлення клінічної психології.

Становлення клінічної психології як однієї з основних прикладних галузей психологічної науки нерозривно пов'язано з розвитком самої психології, медицини, фізіології, біології, антропології.

Розвиток науки середини XIX ст. привів до стрімких змін уявлень про живу природу, про функції організму, у тому числі психічних, як в нормі, так і в патології. Почав формуватися системно-детерміністський підхід у вивченні людини та її психічних процесів. У другій половині XIX ст. наукові методи стали звичним інструментом в дослідженнях психічних явищ, особливо в 70-х — 80-х рр. В Інституті експериментальної психології Вундта навчалися і працювали Крепelin, Мюнстерберг, Кюльпе, Киршман,

Мейсман, Марбе, Липпс, Титченер, Скрипчур, Енджелл, Г. С. Хол, Уитмер, Бехтерев, Чиж, Ланге.

Поняття клінічної психології ввів Уїтмер, він організував при Пенсільванському університеті психологічну клініку для відсталих і психічнохворих дітей, розробив курс лекцій з цієї проблеми. У 1907 р. Уїтмер заснував журнал «Психологічна клініка», в першому випуску якого запропонував нову спеціалізацію для психологів — клінічну психологію. Уїтмер сприяв розвитку клінічної психології і цілком обґрунтовано користувався цим терміном, але цей напрям був набагато ширший за те, чим він займався. До 1914 р. в США діяли майже два десятки психологічних клінік за типом уїтмеровських. Послідовники Уїтмера застосували його клінічний підхід до діагностики і лікування розладів у дорослих.

У Німеччині Крепелін впровадив в психіатричну клініку психологічний експеримент вже на початку 90-х рр. XIX ст. Завдяки застосуванню асоціативного експерименту він показав відмінності в характері асоціацій при шизофренії і маніакально-депресивному психозі. Йому належить спроба складання схем дослідження особи шляхом виміру низки ознак: часу психічних процесів, здатності до навчання, здатності відновлюватися після стомлення, глибини сну тощо.

Асоціативний експеримент в діагностичних цілях широко використав швейцарський психіатр Блейлер. Блейлер виділив нову форму мислення — аутистичне мислення.

Німецький психіатр Кречмер набув світової популярності своєю роботою про зв'язок будови тіла та характеру, в якій він розвинув вчення про відмінність між прогредієнтними процесами і конституціональними станами. У 1922 р. він опублікував перший підручник під назвою «Медична психологія», в якому закладені методологічні основи застосування психології в лікарській практиці.

У Франції Біне в 1905 р. спільно з лікарем Симоном розробив метричну шкалу інтелектуального розвитку, розроблена з метою відбору розумово відсталих дітей з нормальної школи.

Багато праць Рібо було присвячено вивченню хвороб пам'яті, особистості, почуттів. Рібо відмічав, що психологія повинна вивчати конкретні факти психічного життя в їх динаміці. Ідеї Рібо отримали подальший розвиток в роботах його учня Жане. Основним методом психології він вважав клінічне спостереження. Жане розвивав еволюційні ідеї про рівні поведінки. Усі функції психіки у філогенезі і онтогенезі описувалися в послідовності їх становлення. Розладами того або іншого рівня пояснювали психічні захворювання — так, при неврозі це відноситься до верхніх поверхів, а, наприклад, при ідіотії поведінка хворого знаходиться на стадії рефлексорних дій. Пізніше, в 1923 р., він опублікував свою працю «Медична психологія», де приділив багато уваги питанням психотерапії. Учнями Жане були П'єрон, Валлон і Піаже — засновники сучасної французької генетичної психології.

Величезний внесок у розвиток клінічної психології вніс психоаналіз Фрейда, що виник з медичної практики лікування хворих з функціональними розладами психіки, значно просунув вперед психологічну теорію виникнення психічних розладів, а також шлях психоаналітичного лікування, що відкрив, для психологів і лікарів. Психоаналіз став центральною течією глибинної психології, основним предметом і загальною проблемою якої є несвідома психіка і її вплив на формування особистості.

Бехтерев відкрив другу експериментально-психологічну лабораторію в Казані в 1885 р., а потім ряд лабораторій в Санкт-Петербурзі для дослідження нервовохворих. Були розроблені методики експериментально-психологічного дослідження психічно хворих. Психологічні лабораторії були також відкриті Сікорським в Києві, Чижем в Дерпте (нині Тарту). У цих лабораторіях розроблялися і апробовувалися методи дослідження для вирішення психологічних, фізіологічних, психіатричних завдань. Россолімо, відомий

дитячий невропатолог, розробив свій метод експериментального вивчення особистості — метод психологічних профілів, що мав велике діагностичне значення для визначення особистісних дефектів.

Перші нейропсихологічні дослідження почали проводитися в 20-х рр. Л.С. Виготським. Виготський проаналізував зміни, що виникають у вищих психічних функціях при локальних ураженнях мозку, особливості цих системних розладів у дитини і дорослого. Внутрішня логіка розвитку вітчизняної медичної психології відповідала теоретичним дослідженням таких ведучих учених зі світовим ім'ям, як академіки Бехтерєв і Павлов, які були виховані на вченні про нервізм. Експериментальне вивчення вищої нервової діяльності в лабораторіях Павлова, виділення типів нервової діяльності, взаємозв'язків між першою і другою сигнальними системами привело до теоретичного обґрунтування експериментальних неврозів, яке Павлов переніс в клініку. Таким чином був закладений методологічний фундамент патофізіологічної теорії неврозів та їх психотерапії. Цей напрям дістав назву — павловська психотерапія, що використала на практиці експериментальні дані про виникнення і гальмування умовних рефлексів, поняття про гальмування, іррадіації, індукції, фазових станах. Цими термінами описувався і сам психотерапевтичний процес. Павлівська психотерапія притягнула увагу багатьох лікарів і дослідників, які в теорії і на практиці розвивали і доповнювали її новими даними. Бірман розробив в 30-ті рр. глибоку аналітично-діалектичну психотерапію, відводячи провідну роль виправленню збоченої цільової соціо-рефлекторної установки невротичної особистості за допомогою соціо-рефлексотерапії. На підставі психології стосунків Мясищев в 1939 р. сформулював клініко-патогенетичну концепцію неврозів.

В працях О.Р. Лурії і його учнів — Хомської, Ахутиної, Квіткової, Симєрницької, Корсакової, Лебединського та ін. отримує розвиток нейропсихологія. Ними накопичений і систематизований величезний фактичний матеріал про роль лобових доль та інших мозкових структур в

організації психічних процесів, узагальнені численні попередні дослідження і продовжено вивчення порушень окремих психічних функцій — пам'яті, мови, інтелектуальних процесів, довільних рухів і дій при локальних ураженнях мозку, проаналізовані особливості їх відновлення. Асиміляція досвіду вітчизняних і зарубіжних авторів в області розробки нейропсихологічних дослідницьких прийомів дозволила Лурія створити комплекс методів клінічного дослідження осіб з ураженнями мозку. Одним з результатів теоретичного узагальнення клінічного досвіду стала сформульована ним концепція трьохблокової будови функціональної організації мозку. Велике місце в творчості Лурії займали питання нейrolінгвістики, що розробляються в нерозривному зв'язку з проблемами афазіології. Вказані численні дослідження в області нейропсихології створили передумови для виділення цієї науки в самостійну дисципліну.

Істотну роль в становленні нейропсихології зіграли Трауготт, Тонконогий і їх учні Меєрсон, Вассерман та ін. Завдяки співпраці з фахівцями в області сенсорних систем і математичного моделювання, теорії інформації і розпізнавання образів, понятійний апарат нейропсихології був збагачений новими уявленнями про мозок, як про систему, що сприймає, зберігає і переробляє інформацію. До його складу були введені нові, такі, що стали нині класичними, поняття: оперативна пам'ять, фільтрація повідомлень, завадостійка, статистичне кодування інформації, ухвалення рішень. Був вдосконалений сучасний нейропсихологічний методичний арсенал.

Навколо дисципліни, що виникла на межах психології і медицини, почалися гострі дискусії. Вони торкалися предмета, змісту, об'єму діяльності медичного психолога, а також організації, підготовки кадрів, взаємовідношення лікаря і психолога, особливо психолога і лікаря-психотерапевта в діагностичному і лікувальному процесі. Вирішення цих питань багато в чому визначало подальший розвиток медичної психології як одній з психологічних і одночасно медичних дисциплін. Прогнозувати

подальший розвиток медичної психології представлялося скрутним без урахування становлення пограничних з нею дисциплін, таких як психотерапія, психогігієна, медична деонтологія, медична соціологія та ін. Перетворення їх на самостійні галузі знань могло змінити круг завдань, зміст і об'єм діяльності медичного психолога.

При усіх відмінностях в поглядах на об'єкт і предмет дослідження медичної психології, об'єм і завдання, відбивані літературою цього періоду, її аналіз свідчить про зближення принаймні деяких позицій. Передусім це торкалося самої медичної психології, визнання її права на виділення в якості самостійної науки на стику між медициною і психологією. Це необхідно підкреслити, оскільки робилися спроби підміни медичної психології патопсихологією. Вони ґрунтувалися на аргументах переважно об'єктивного або суб'єктивного характеру. До перших можна було б віднести вказівки на більш високий рівень розвитку вітчизняної патопсихології, чіткіше визначення її предмета, завдань і методів дослідження, її самобутній характер — формування під впливом наукових ідей Бехтерева, Корсакова, Бернштейна, Виготського, а в подальшому Леонтьєва, Мясищева, Зейгарник та ін. Аргументи другого роду відбивали побоювання відносно розширення предмета і завдань патопсихології, розмивання її меж за рахунок проблем пограничної психіатрії, в центрі уваги якої завжди були психогенний і психосоматичний розлад, психотерапія.

В той же час очевидно, що подальший розвиток багатьох розділів сучасної медицини: вчення про психогенні і психосоматичні захворювання, психотерапію і реабілітацію, психогігієни і психопрофілактики навряд чи було можливо без психологічної науки, що бере участь в розробці їх теоретичних основ. Успішний же розвиток вказаних областей був неодмінною умовою реалізації принципів профілактичного напрямку в медицині.

2. Клінічна психологія як галузь психологічної науки.

Клінічна психологія - галузь психологічної науки, спрямована на рішення теоретичних і практичних завдань, пов'язаних з попередженням захворювань, діагностикою хвороб і патологічних станів, психокорекційними формами впливу на процес одужання, з вирішенням різних експертних питань, з соціальною і трудовою реабілітацією хворих людей. Клінічна психологія - це прикладна галузь, вона належить до міждисциплінарної області досліджень і одночасно виступає як в ролі медичної, так в ролі психологічної науки.

Клінічна психологія як організація дослідників і практиків представлена Американською асоціацією клінічної психології з 1917 р., а в німецькомовних країнах — з середини XIX століття. У міжнародному керівництві по клінічній психології під загальною редакцією Перре і Бауманна наводиться наступне її визначення: «Клінічна психологія — це приватна психологічна дисципліна, предметом якої є психічні розлади і психічні аспекти соматичних розладів (хвороб). Вона включає наступні розділи: етіологію (аналіз умов виникнення розладів), класифікацію, діагностику, епідеміологію, інтервенцію (профілактику, психотерапію, реабілітацію), охорону здоров'я, оцінку результатів». У англomовних країнах окрім поняття «Клінічна психологія» як синонім використовується термін «патологічна психологія».

Шрамль одним з перших в німецькомовних країнах запропонував розуміти клінічну психологію ширше, ніж просто психологію в клініці : «Клінічна психологія — це застосування знань, техніки і методів основних психологічних спеціальностей, а також суміжних з ними дисциплін, таких як глибинна психологія, соціологія і соціальна педагогіка в широкому клінічному полі: від консультаційних бюро і спеціалізованих виховних установ до лікарень».

Разом з клінічною психологією в університетах низки західних країн викладається і медична психологія. Зміст її може бути різним. Воно включає застосування знань і методів психології для вирішення проблем медицини

(передусім пов'язаних з пацієнтом і взаємовідносинами «лікар — пацієнт»). У ширшому сенсі до неї відносять попередження хвороб (профілактику) і охорону здоров'я. У інших випадках медична психологія (поведінкова медицина) досліджує психічні аспекти соматичних розладів.

Діяльність клінічного психолога спрямована на підвищення психічних ресурсів і адаптаційних можливостей людини, на гармонізацію психічного розвитку, охорону здоров'я, профілактику і психологічну реабілітацію.

Об'єктом клінічної психології є людина з труднощами адаптації і самореалізації, пов'язаними з його фізичним, соціальним і духовним станом.

Предметом професійної діяльності клінічного психолога є психічні процеси і стани, індивідуальні і міжособистісні особливості, соціально-психологічні феномени, що проявляються в різних областях людської діяльності.

Клінічний психолог у вказаних вище областях виконує наступні види діяльності: діагностичну, експертну, корекційну, профілактичну, реабілітаційну, консультативну, науково-дослідну і деякі інші.

Основні завдання клінічної психології:

- вивчення психічних чинників, що впливають на розвиток хвороб, їх профілактику і лікування;
- вивчення впливу тих або інших хвороб на психіку;
- вивчення різних проявів психіки в динаміці хвороби;
- вивчення порушень розвитку психіки у дітей;
- розробка принципів і методів психологічного дослідження в клініці;
- створення і вивчення психологічних методів впливу на психіку людини з лікувальною і профілактичною метою тощо.

Вчені дискутували з проблеми співвідношення термінів «медична психологія» і «клінічна психологія». Деякі автори ототожнювали ці поняття, вживали їх як синоніми. Інші - розводили їх, вкладаючи в них різний зміст. Причому суть клінічної (і медичної) психології по-різному визначалася не лише в різних країнах, але і в межах однієї країни.

З точки зору провідних психологів поняття «Медична психологія» і «клінічна психологія» не тотожні. Медична психологія ширше по своєму предмету, чим клінічна. Можна сказати, що медична психологія так відноситься до клінічної психології, як медицина відноситься до клініки. З цього виходить, що клінічна психологія - це область медичної психології, прикладне значення якої визначається потребами клініки : психіатричною, неврологічною, соматичною.

Загальним завданням клінічного психолога в лікувально-профілактичних установах є його участь в проведенні патогенетичної і диференціальної діагностики різних хвороб, лікуванні і соціально-трудовому пристосуванні хворих. Конкретні завдання можуть бути визначені таким чином: участь в рішенні завдань диференціальної діагностики; аналіз структури і встановлення міри психічних порушень; діагностика психічного розвитку і вибір шляхів загальноосвітнього і трудового навчання і перенавчання; характеристика особи і системи її стосунків; оцінка динаміки нервово-психічних порушень і облік ефективності терапії, рішення експертних завдань, участь в психокорекційній, психотерапевтичній і реабілітаційній роботі з хворими.

Залежно від конкретних умов діяльності клінічного психолога, окрім перелічених вище, перед ним можуть виникнути і інші завдання. Так, він може брати участь в психокорекційній і психотерапевтичній роботі з найближчим оточенням хворого (наприклад, в проведенні сімейного консультування і сімейної психотерапії), в рішенні широкого кола психогігієнічних і психопрофілактичних завдань, в пропаганді психологічних знань серед медичних працівників.

Необхідно також підкреслити умовний характер розділення завдань, що вирішуються клінічним психологом. Очевидно, що вирішення питань диференціальної діагностики, експертних завдань вимагає як аналізу структури і встановлення міри нервово-психічних розладів, так і характеристики особи і системи її значимих стосунків тощо.

Сучасна клінічна психологія має в розпорядженні великий арсенал методів дослідження. Переважно ці методи запозичені із загальної психології, частина з них створена в клінічній психології як власне клініко-психологічні прийоми. Умовно усі методи психології можуть бути розділені на нестандартизовані та стандартизовані. Нестандартизовані методи, представлені передусім набором так званих патопсихологічних методик (Зейгарник, С. Я. Рубінштейн, Поляков), відрізняються «прицільністю», спрямованістю на певні види психічної патології, і вибір їх здійснюється індивідуально для конкретного випробовуваного. Створюються ці методики для вивчення конкретних видів порушення психічної діяльності. В умовах психологічного експерименту вони вибірково використовуються для виявлення особливостей психічних процесів відповідно до поставленого завдання, зокрема диференціальної діагностики.

Психологічне укладення ґрунтується при цьому не стільки на обліку кінцевого результату (ефекту) діяльності хворого, скільки на якісному, змістовному аналізі способів діяльності, характерних особливостей самого процесу виконання роботи в цілому, а не окремих завдань. Важливими є облік відношення хворого до дослідження, залежність форми пред'явлення завдання від стану випробовуваного і рівня його розвитку. Лише при такій побудові експерименту може бути повною мірою реалізована вимога до психологічного дослідження — виявлення і зіставлення структури як змінених, так і таких, що залишилися підлягаючими зберігання форм психічної діяльності. Очевидно, що проведення психологічного експерименту, побудованого на відмічених вище принципах, вимагає особливо високої кваліфікації клінічного психолога.

3. Галузі клінічної психології.

1) Патопсихологія - виникла на стику психіатрії і психології. Перші роботи по патопсихології були виконані західними психіатрами у кінці XIX в, які усвідомили недостатність клінічного методу і звернулися у своїй

лікувальній діяльності до психології. На початку XX ст. патопсихологічними дослідженнями в клініці займалися спеціально підготовлені фахівці.

У нашій країні перші роботи по патопсихології датуються початком XX ст., які систематизувалися до 20-х рр. XX ст. Основоположником вітчизняної патопсихології по праву вважається Блюма Вульфівна Зейгарник, під керівництвом якої розроблені основні патопсихологічні поняття, методи патопсихології, патопсихологічні синдроми, створена вітчизняна наукова школа патопсихології.

Предметом патопсихології є психологічна структура розладів психіки у хворих з різними формами нервово-психічних захворювань, закономірності її розпаду в їх зіставленні з нормою.

Патопсихологічні розлади часто проявляються в екстремальних умовах, які вивчаються і іншими психологічними науками, наприклад, авіаційною і космічною психологією. У зв'язку з цим був запропонований термін — екстремальна психологія. На думку Платонова, патопсихологія вивчає аномальну особу в нормальних умовах, а екстремальна психологія вивчає нормальну особу в аномальних умовах.

З метою зближення особливостей діагностичного мислення лікаря і медичного психолога були виділені патопсихологічні синдроми. Одне з перших визначень *патопсихологічного синдрому* дали В.М. Блейхер, И.В.Крук. Згідно з цими авторами патопсихологічний синдром - патогенетично обумовлена спільність внутрішньо взаємозв'язаних симптомів, ознак психічних розладів. Ніколаєва В. В., Соколова Е.Т., Спиваковская А.С. дають наступне визначення патопсихологічного синдрому. Патопсихологічний синдром - це сукупність поведінкових, мотиваційних і пізнавальних особливостей психічної діяльності хворого, виражених в психологічних поняттях. У цьому визначенні акцент зроблений на структурних компонентах патопсихологічного синдрому, тоді як у визначенні В.М. Блейхера - на внутрішньому взаємозв'язку симптомів психічних розладів.

Патопсихологічні синдроми розрізняються мірою своєї узагальненості. Розвиток психології йшов від виділення «вузьких» симптомокомплексів, що не виходять за межі тих або інших процесів (пам'яті, мислення) до широких, багатозначних, поліфакторним порушенням психічної діяльності. Наприклад: вузькі синдроми у Б.В.Зейгарник - «розлади операційної сторони мислення»; «розлади особистісного компонента розумової діяльності» тощо. Нині в медичній психології користуються широкими симптомокомплексами, близькими до нозологічних форм.

Структура патопсихологічного синдрому :

1. Мотивація хворого (широта або вузькість мотиваційної сфери; усвідомлення мотивів; стійкість мотивації; збереження функцій мотивів та ін.).

2. Міра підконтрольності, цілеспрямованості психічної діяльності людини, критичність до наявних у нього порушень.

3. Характер емоційної регуляції.

4. Операційна оснащеність психічної діяльності. Патопсихологічні синдроми по своїх особливостях відрізняються від психопатологічних (клінічних). Ця відмінність, разом з іншими ознаками, відбиває різницю між патопсихологією і психопатологією, передусім специфіку їх методів - клініко-описового, яким користується психопатологія, і експериментально-психологічного, узятим на озброєння патопсихологією. Клінічні синдроми є опосередкованим вираженням порушень, що склалися, психічній діяльності, а патопсихологічні синдроми в значно більшій мірі відбивають безпосередні, властиві цим порушенням причинно-наслідкові взаємовідносини.

Одну з перших спроб виділення узагальнених патопсихологічних синдромів зробили Станшивська Н.Н. і Гульдан В. В. Виходячи із завдань судово-психіатричної експертизи вони виділили наступні патопсихологічні симптомокомплекси (синдроми): шизофренічний (дисоціативний); органічний; психопатичний; олігофренічний; психогенний дезорганізації психічної діяльності.

Подальший розвиток вчення про патопсихологічні синдроми пов'язаний з ім'ям В.М. Блейхера, який описав вісім патопсихологічних реєстр-синдромів (реєстр-синдромами вони названі тому, що їх виділення - це стадія попередньої діагностики захворювання; вони близькі до нозологічних форм). Ця класифікація на сьогодні вважається загальноновизнаною. Блейхер В. М. виділяє наступні реєстр-синдроми:

1. Шизофренічний;
2. Афективно-ендогенний (у клініці йому відповідає МДП і функціональні афективні психози пізнього віку);
3. Олігофренічний;
4. Екзогенно-органічний (у клініці йому відповідають екзогенно-органічні зміни ураження головного мозку - церебральний атеросклероз, наслідки ЧМТ, токсикоманії тощо);
5. Ендогенно-органічний (істинна епілепсія, первинні атрофічні процеси в головному мозку);
6. Особистісно-аномальний (психопатії, психогенні реакції на аномальному ґрунті);
7. Психогенно-психотичний (реактивні психози);
8. Психогенно-невротичні (неврози і невротичні реакції). Нозологічна специфічність патопсихологічних реєстр синдромів істотно зростає у зв'язку з конкретним діагностичним завданням, що стоїть перед медичним психологом. Наприклад, розмежування екзогенного- і ендогенно-органічних реєстр-синдромів дуже важливо при диференціальній діагностиці істинної і травматичної епілепсії; уточнити природу і діагностику станів, що протікають з недоліком інтелекту і пам'яті, допомагає розмежування органічного і олігофренічного реєстр-синдромів.

Характеристика основних патопсихологічних синдромів.

1. Шизофренічний синдром складається з:
 - а) особистісно-мотиваційних розладів: зміна структури і ієрархії мотивів, їх спонукальної і сенсоутворюючої функцій;

б) розладів розумової діяльності: розлади цілеспрямованості мислення і сенсоутворення (емоційно-вихолощене резонерствування, зісковзування, різноплановість, патологічний полісемантизм), розлади операційної сторони (спотворення процесу узагальнення), при відносному збереженні здатності до виконання формальних розумових операцій;

в) емоційні розлади: емоційне сплюснення, емоційна тупість, дисоціація емоційних проявів, їх знакова парадоксальність;

г) набуті патохарактерологічні реакції, зміна самооцінки і самосвідомості: наростаючий аутизм і сензитивність, відчуженість, підвищена рефлексія.

Шизофренічний синдром неоднорідний при різних видах шизофренії. Він специфічний і по окремих його складових, і по загальному малюнку. Ядром шизофренічного синдрому є розлади селективності інформації.

2. Органічний патопсихологічний синдром.

а) загальне зниження інтелекту (вимірюване за допомогою психометричних методик), розпад наявного запасу відомостей і знань, мнемічні розлади (що зачіпають як довготривалу, так і короткочасну пам'ять); порушення уваги, розумовою роботою

здатності, операційної сторони і цілеспрямованості мислення (ригідність, зниження рівня узагальнення, резонерствування);

б) зміна в емоційній сфері: емоційна лабільність, нестійкість, експлозивні (вибухові) і слабодухі реакції;

в) розлади критичних здібностей, самоконтролю.

Ядро - зниження інтелектуальних процесів і розумової працездатності .

3. Олігофренічний синдром.

а) нездатність або недостатня здатність до навчання і формування понять; дефіцит інтелекту ($IQ < 70$); дефіцит загальних знань і відомостей; примітивність, конкретність мислення, нездатність до абстрагування;

б) розлади довільності в організації психічних процесів і поведінки;

в) підвищена навіюваність; несформованість самосвідомості; порушення критичних здібностей;

г) емоційні розлади (можуть не бути)

4. Психопатичний патопсихологічний синдром.

а) патохарактерологічні розлади; розлади емоційно-вольової сфери;

б) розлади структури і ієрархії мотивів;

в) спотворена самосвідомість; неадекватність самооцінки і рівня домагань;

в) розлади мислення у вигляді «відносного» і «афективного недоумства»;

г) розлади прогнозування і опори на минулий досвід.

Так само як при шизофренії цей синдром наповнюється конкретним змістом залежно від типу психопатії. Ядро- афективна обумовленість поведінки з парціальною некритичністю і неадекватним рівнем домагань.

5. Синдром психогенної дезорганізації психічної діяльності

Включає динамічні скороминущі розлади емоційної сфери, сприйняття, пам'яті, мислення, мотивації. Зустрічається при реактивних станах. Ядро - реактивна дезорганізація розумової діяльності.

Зміст кожного синдрому не вичерпується перерахованими симптомами (синдром може бути доповнений, деталізований).

Ці синдроми розрізняються в діагностичному і прогностичному стосунках:

а) найбільш діагностично інформативними є шизофренічний і органічний синдроми; найменш - психопатичний синдром;

б) найбільш виражена тенденція до транзиторності і оборотності властива симптому психогенної дезорганізації; найменша - шизофренічному синдрому.

2) Нейропсихологія — виникла на перетині психології, неврології і нейрохірургії. Перші роботи з'явилися в 20-х роках XX в, основні — в 30-х рр. XX ст. Основоположник нейропсихології — Олександр Романович Лурія.

Існують так звані локальні ураження головного мозку (ЛПМ): пухлини, кісти, інсульты. Завдання: раніше виявлення таких хвороб.

Лурія О.Р. почав шукати психологічні критерії ЛПМ через оцінку стану психічних функцій хворого. Оскільки на тому або іншому етапі розвитку патологічного процесу починають страждати психічні функції, то, знаючи, як в нормі представлена мозкова організація психічних функцій, можна на підставі даних психологічного дослідження хворого оцінити, які у нього є відхилення від нормальної організації і тим самим оцінити функціональний стан різних структур мозку.

Предмет нейропсихології - психологічні закономірності і психологічна структура розладів психічних функцій з урахуванням їх мозкової організації.

3). Соматопсихологія. Цей напрям виділився приблизно в 50-х роках ХХ ст. і пов'язано з роботою психолога з соматичними хворими, передусім з тими, хто має хронічні поточні соматичні захворювання, які змінюють життєдіяльність хворої людини, ведуть до інвалідизації.

Предмет соматопсихології - психологічна структура порушень психіки при соматичних захворюваннях.

В останні роки популярність набуває психосоматичний підхід до будь-яких захворювань, що охоплює проблеми внутрішньої картини здоров'я, конверсійних, соматогених, соматизованих психічних й іпохондричних розладів, реакцій особистості на хворобу, вмирання, смерть, відрив від сім'ї, симуляцію, а також штучно віднайдені розлади, в тому числі синдроми Мюнхаузена (симуляція хвороб, які призводять до операції) і Полле (штучне заподіяння хвороби дитині його власною матір'ю).

В даний час вирішуються три важливі питання:

1) про пусковий механізм патологічного процесу тапочаткову стадію його розвитку;

2) чому один і той же надсильний психологічний фактор у одних людей викликає яскраву емоційну реакцію і відповідний комплекс вегето-вісцеральних змін, а у інших людей ці зрушення взагалі відсутні;

3) чому психічна травма у одних людей викликає захворювання серцево-судинної системи, у інших - травного апарату, у третіх - дихальної системи, у четвертих - ендокринної системи тощо (проблема «вибору органу»).