

МІНІСТЕРСТВО ОСВІТИ І НАУКИ УКРАЇНИ

Національний аерокосмічний університет ім. М.Є. Жуковського

«Харківський авіаційний інститут»

Гуманітарно-правовий факультет

Кафедра психології

Кваліфікаційна робота

(тип кваліфікаційної роботи)

Магістр

(освітній ступінь)

на тему «Психологічні особливості особистості з прикордонним

розладом» ХАІ.704.760пМ.21О.053.720пМ04 КР

Виконав: здобувач (ка) 6 курсу групи №760пМ

Галузь знань 05 «Соціальні та поведінкові науки»

(код та найменування)

Спеціальність 053 «Психологія»

(код та найменування)

Освітня програма «Психологічне консультування та психотерапія»

(найменування)

Михайліченко Л.П.

(прізвище та ініціали здобувача (ки))

Керівник: **Тиньков О.М.**

(прізвище та ініціали)

Рецензент: **Фролова Є.В.**

(прізвище та ініціали)

Харків – 2021

Факультет Гуманітарно-правовий факультет

Кафедра психології

Рівень вищої освіти другий магістерський

Галузь знань 05 «Соціальні та поведінкові науки»

(код і найменування)

Спеціальність 053

«Психологія»

(код і найменування)

Освітня програма «Психологічне консультування та психотерапія»

(найменування)

ЗАТВЕРДЖУЮ
Завідувач кафедри

Ю. І. Гулий

(підпис) (ініціали) та

«06» жовтня 2021 р.

ЗАВДАННЯ **НА КВАЛІФІКАЦІЙНУ РОБОТУ**

Михайліченко Лариса

Петрівна

(прізвище, ім'я та по батькові)

1. Тема кваліфікаційної роботи »Психологічні особливості особистості з межовим розладом»

Керівник кваліфікаційної роботи Тиньков Олександр Михайлович,
кандидат психологічних наук, доцент кафедри психології

(прізвище, ім'я, по батькові, науковий ступінь, вчене звання)

затверджені наказом Університету №1733-уч від «29» жовтня 2021 року.

2. Термін подання здобувачем кваліфікаційної роботи «10» грудня 2021 р.

3. Вихідні дані до роботи теоретично та емпірично дослідити психологічні особливості особистості з межовим розладом

4. Зміст пояснювальної записки (перелік завдань, які потрібно розв'язати)

1. Визначити сутність поняття межового розладу в науковій літературі

2. Охарактеризувати особливості особистості з межовим розладом.

3. Визначити підходи до дослідження особливостей особистості з межовим розладом.

4. Провести емпіричне дослідження для виявлення психологічних особливостей особистості з межовим розладом.

5. Перелік графічного матеріалу:

Рис. 12

Табл. 2

6. Консультанти розділів кваліфікаційної роботи

Розділ	Прізвище, ініціали та посада консультанта	Підпис, дата	
		завдання видав	завдання прийняв
1	Тиньков Олександр Михайлович, доцент кафедри 704	11.10.21	15.10.21
2	Тиньков Олександр Михайлович, доцент кафедри 704	18.10.21	23.10.21
3	Тиньков Олександр Михайлович, доцент кафедри 704	15.11.21	22.11.21

Нормоконтроль _____

(підпис)

С. В. Кузьміна

(ініціали та прізвище)

«10» грудня 2021 р.

7. Дата видачі завдання «06» грудня 2021 р.

КАЛЕНДАРНИЙ ПЛАН

№ п/п	Назва етапів кваліфікаційної роботи	Строк виконання етапів кваліфікаційної роботи	Примітка
1.	Затвердження теми, мети та завдань дипломної роботи	06.10.21-07.10.21	
2.	Складання плану роботи	08.10.21-10.10.21	
3.	Аналіз літературних джерел. Написання першого розділу дипломної роботи	11.10.21-15.10.21	
4.	Визначення психодіагностичного інструментарію для проведення практичної частини дослідження. Написання другого розділу дипломної роботи.	18.10.21-23.10.21	
5.	Проведення практичної частини дослідження.	24.10.21-07.11.21	
6.	Статистична обробка отриманих даних.	08.11.21-12.11.21	
7.	Написання третього розділу дипломної роботи.	15.11.21-22.11.21	
8.	Написання загальних висновків. Оформлення списку використаних літературних джерел, додатку (ків) та змісту.	23.11.21-24.11.21	

9.	Передзахист.	25.11.2021	
10.	Внесення коректив до тесту дипломної роботи.	26.11. 21-03.12. 21	
11.	Оформлення та підписання відповідної документації.	06.12. 20-08.12. 20	
12.	Підготовка електронної презентації та тексту доповіді.	08.12. 21-09.12. 21	
13.	Строк подання студентом роботи на кафедру.	10 .12. 21	
14.	Захист.	13-14.12. 21	

Здобувач

Михайліченко Л.П.

(підпис)

(ініціали

та

прізвище)

Керівник кваліфікаційної роботи

Тиньков О.М.

(підпис)

(ініціали та прізвище)

ЗМІСТ

ВСТУП	3
РОЗДІЛ 1. ТЕОРЕТИЧНІ ЗАСАДИ ДОСЛІДЖЕННЯ ПСИХОЛОГІЧНИХ ОСОБЛИВОСТЕЙ ОСОБИСТОСТІ З МЕЖОВИМ РОЗЛАДОМ	6
1.1. Поняття межового розладу в науковій літературі	6
1.2. Особливості особистості з межовим розладом	16
1.3. Підходи до дослідження особливостей особистості з межовим розладом	22
Висновки до першого розділу	23
РОЗДІЛ 2. ПРОЦЕДУРА ТА МЕТОДИ ДОСЛІДЖЕННЯ	27
2.1. Організація та хід дослідження	27
2.2. Опис методик дослідження	28
Висновки до другого розділу	29
РОЗДІЛ 3. АНАЛІЗ ТА ІНТЕРПРЕТАЦІЯ РЕЗУЛЬТАТІВ ДОСЛІДЖЕННЯ	31
3.1. Результати за методикою «Опитувальник для діагностики прикордонного особистісного розладу форми "S" Т.Ю. Ласовської»	32
3.2. Результати за методикою 5PFQ "Велика П'ятірка" (Р. МакКрає, П. Коста)	32
3.3. Результати за методикою «Клінічний опитувальник для виявлення й оцінки невротичних станів (К. К. Яхін, Д. М. Менделєвич)»	34
3.4. Зведений аналіз результатів дослідження за трьома методиками	36
3.5. Аналіз рис особистості з наявністю прикордонного розладу: рівня тривожності, адаптації, депресії	37
3.6. Загальний аналіз результатів дослідження	42
ВИСНОВКИ	56
СПИСОК ВИКОРИСТАНОЇ ЛІТЕРАТУРИ	58
ДОДАТКИ	64

Реферат

Дипломна робота. 87с., 2 табл., 12 рис., 4 дод., 58 джерел

Ключові слова: ПСИХІЧНИЙ РОЗЛАД,МЕЖА,МЕЖОВИЙ РОЗЛАД, ОСОБИСТІСТЬ, ОСОБЛИВОСТІ ОСОБИСТОСТІ.

Об'єкт дослідження - межовий розлад. Предмет дослідження – особливості особистості з межовим розладом. Мета роботи – теоретично та емпірично дослідити психологічні особливості особистості з межовим розладом. Методи дослідження – Шкала депресії А. Бека, опитувальник для діагностики прикордонного особистісного розладу форми "S" Т.Ю. Ласовської, особистісна шкала прояву тривоги Дж. Тейлора (адаптація Т.А. Немчінова), багаторівневий особистісний опитувальник (МЛЮ) "Адаптивність" (А.Г. Маклаков та С.В. Чермянін), методика 5PFQ "Велика П'ятірка" (Р. МакКрає, П. Коста), клінічний опитувальник для виявлення й оцінки невротичних станів (К. К. Яхін, Д. М. Менделевич). Методи математичної статистики: коефіцієнт кореляції Пірсона, непараметричний критерій Манна-Уїтні для незалежних вибірок (за допомогою пакету SPSS Statistics 19).

Висновки для осіб із межовим розладом особистості характерна емоційна біль, уразливість, скачки від ідеалізації до повного знецінення одних і тих самих людей, або ситуацій, нездатність, навіть доклавши зусиль, ефективно впливати на свої переживання, емоції, реакції в ситуаціях стресу в когнітивній, поведінковій та емоційній сферах. Кореляційний аналіз виявив тенденції значущого взаємозв'язку між показником кількості ознак межового розладу особистості (МРО) і такими показниками, як емоційна лабільність (нестійкість емоцій), імпульсивність та самоушкоджувальна поведінка. Високий рівень вияву ознак межового розладу особистості супроводжується такими психічними станами дезадаптації, як невротична депресія, астения, напруженість і тривожність. Виявлено, що для осіб із рисами прикордонного

розвитку особистості характерні: емоційна неврівноваженість, імпульсивність, низький самоконтроль. А також нестабільність міжособистісних відносин, образу Я, депресивні стани, негативні емоції, такі як тривога, смуток, гнів та його прояви, туга. На підставі отриманих результатів, ми можемо зробити висновок, що у випробовуваних з середнім рівнем вираженості прикордонного розладу особистості спостерігається високий рівень тривожності, середній рівень депресії та низькі адаптаційні можливості.

Abstract

Diplomathesis 87 pages, 2 tables, 12 pictures, 4 appendices, 58 sources.

Key words: MENTAL DISORDER, BORDER, BORDERLINE DISORDER, PERSONALITY, PERSONALITY CHARACTERISTICS.

Object of research - borderline disorder. Subject of research - characteristics of the personality with borderline disorder. The aim of the work is to theoretically and empirically investigate the psychological characteristics of a person with borderline disorder. The purpose of the research - Beck's Depression Inventory, Lasovska's questionnaire for a diagnostics of the borderline disorder of the personality form "S", Tailor's personal scale of anxiety (adaptation of Nemichnova), multilevel personal questionnaire "Adaptyvinist" (Malkov, Chermyanin, the "Big Five" SPFQ methodics by Costa and McCrae, the clinical questionnaire for a detection and assessment of neurotic states (Yakhin, Mendelevich). Methods of mathematical statistics: Pearson correlation coefficient, Mann Whitney U test for independent samples (using the package SPSS Statistics 19).

Conclusion. People with the borderline disorder of the personality have emotional pain, vulnerability, leaps from idealization to complete devaluation of the same people or situations, incapability to handle their emotions, reactions effectively in stress situations in cognitive, behaving and emotional fields. The correlation

analysis has shown the major connection tendencies between an indicator of the number of signs of borderline disorder and such indicators like emotional lability, impulsiveness and self-harming behavior. The high level of signs of the borderline disorder is accompanied by such mental states of maladaptation as neurotic depression, asthenia, tension and anxiety. It is detected that people with borderline disease lineaments have emotional unbalance, impulsiveness and low level of self-control. Also such people have unstable interpersonal relationships, self-concept, depression states, negative emotions such as anxiety, sadness, anger and its manifestations, sadness. Based on obtained results, we can make a conclusion that subjects with the average severity of borderline disorder have a high level of anxiety, moderate depression and low adaptability.

Реферат

Дипломная работа 87с., 2 табл., 12 рис., 4 приложения, 58 источников

Ключевые слова: ПСИХИЧЕСКОЕ РАСТРАЖЕНИЕ, ПРЕДЕЛ, МЕЖДУНАРОДНОЕ РАСПИСАНИЕ, ЛИЧНОСТЬ, ОСОБЕННОСТИ ЛИЧНОСТИ.

Объект исследования – пограничное расстройство. Предмет исследования – особенности личности с пограничным расстройством. Цель работы – теоретически и эмпирически исследовать психологические особенности личности с пограничным расстройством. Методы исследования - Шкала депрессии А. Бека, опросник для диагностики пограничного личностного расстройства формы "S" Т.Ю. Ласовской, личностная шкала проявления тревоги Дж. Тейлора (адаптация Т.А. Немчиновой), многоуровневый личностный опросник (МЛО) "Адаптивность" (А.Г. Маклаков и С.В. Чермянин), методика 5PFQ "Большая Пятерка" (Р. МакКрае, П. Коста), клинический опросник для выявления и оценки невротических состояний (К. К. Яхин, Д. М. Менделевич). Методы математической статистики: коэффициент корреляции Пирсона, непараметрический критерий Манна Уитни для независимых выборок (с помощью пакета SPSS Statistics 19).

Выводы: для лиц с пограничным расстройством личности характерны эмоциональная боль, уязвимость, скачки от идеализации до полного обесценивания одних и тех же людей, или ситуаций, неспособность, даже приложив усилия, эффективно влиять на свои переживания, эмоции, реакции

в ситуациях стресса в когнитивном, поведении и эмоциональной сфере. Корреляционный анализ выявил тенденции значимой взаимосвязи между показателем количества признаков граничного расстройства личности (МРО) и такими показателями как эмоциональная лабильность (неустойчивость эмоций), импульсивность и самоповреждающее поведение. Высокий уровень проявления признаков пограничного расстройства личности сопровождается такими психическими состояниями дезадаптации, как невротическая депрессия, астения, напряженность и тревожность. Выявлено, что лица с чертами приграничного развития личности характерны: эмоциональная неуравновешенность, импульсивность, низкий самоконтроль. А также нестабильность межличностных отношений, образа Я, депрессивные состояния, отрицательные эмоции, такие как тревога, уныние, гнев и его проявления, тоска. На основании полученных результатов, мы можем заключить, что у испытуемых со средним уровнем выраженности пограничного расстройства личности наблюдается высокий уровень тревожности, средний уровень депрессии и низкие адаптационные возможности.

ВСТУП

Актуальність дослідження. Проблема структури та генезису межової особистості відзначається значним збільшення уваги в клінічних і дослідницьких публікацій з психології. Загальні тенденції сучасності – прискорення темпу життя, зростання кількості комунікативних зв'язків, посилення соціально-економічної напруги в суспільстві, урбанізація і бурхливий розвиток науково-технічного прогресу – призводять до підвищення захворюваності психічної сфери, особливо на так звані межові психічні розлади. Дослідження останніх десятиліть показують, що межовий розлад особистості (ПРО) становить близько 2-3% загальної популяції. Однією з провідних причин такого суттєвого поширення виступають зміни у економічній та соціально-політичній сферах, що супроводжуються зниженням рівня життя, усуненням соціальних та моральних цінностей, підвищенням рівня безробіття, розпадом сімей, зростанням алкоголізму, наркоманії. Все це призводить до напруги в суспільстві, занепокоєння, невпевненості та страху. Крім того, на сьогоднішній день, більшість видів трудової діяльності сучасної людини пов'язані з нервовою, а також психічною напругою, інформаційними та емоційними навантаженнями, що посилюють цю напругу, що сприяє розвитку прикордонного розладу особистості.

Згідно з Міжнародною класифікацією хвороб 10-го перегляду (МКБ10), межовий розлад особистості відноситься до емоційно нестійкого розладу особистості, що характеризується емоційною невірноваженістю, імпульсивністю, низьким самоконтролем. Згідно з Діагностичним та статистичним посібником з психічних розладів IV видання (DSM-IV), ознаками прикордонного розладу особистості є виражена нестабільність міжособистісних відносин, образу Я, емоційна нестійкість. Як показують результати досліджень, для осіб зі схильністю до межового розладу

особистості переважно характерні депресивні стани, негативні емоції, такі як тривога, смуток, гнів та його прояви, туга. На сьогоднішній день більшість осіб із прикордонним розладом особи належать до вікової категорії 20-35 років. Тому ми обрали таку тему і вибірку дослідження.

Різні аспекти дослідження психологічних особливостей межової структури особистості висвітлюються в науковій літературі. При розробці теоретичних основ даного дослідження бралися до уваги праці вітчизняних та зарубіжних учених: Стерн А., Кернберг О., Малер М., Мак-Вільямс Н., Шварц-Салант Н., Еріксон Е., Грінберг Л., Соколова Н., Рождественский Д., Бержере Ж., Фільц О., Кулик О., Євсечко Ю., Ришковська Н. та ін. Проведений аналіз наукових праць вище згаданих науковців свідчить про те, що здійснені дослідження не вичерпують усіх аспектів вказаної проблеми.

Об'єкт дослідження – межовий розлад.

Предмет дослідження – психологічні особливості особистості з межовим розладом.

Мета дослідження – теоретично та емпірично дослідити психологічні особливості особистості з межовим розладом.

Завдання дослідження:

1. Визначити сутність поняття межового розладу в науковій літературі
2. Охарактеризувати особливості особистості з межовим розладом.
3. Визначити підходи до дослідження особливостей особистості з межовим розладом.
4. Провести емпіричне дослідження для виявлення психологічних особливостей особистості з межовим розладом.

Вибірка. Дослідження проводилося протягом 2021 року. Все тестування проводилося в режимі онлайн через карантинні заходи на території України. У ньому взяли участь 40 осіб.

Для вирішення завдань діагностики були використані такі методики:

1. Шкала депресії А. Бека
2. Опитувальник для діагностики прикордонного особистісного розладу форми "S" Т.Ю. Ласовської
3. Особистісна шкала прояву тривоги Дж. Тейлора (адаптація Т.А. Немчінова).
4. Багаторівневий особистісний опитувальник (МЛО) "Адаптивність" (А.Г. Маклаков та С.В. Чермянін).
5. Методика 5PFQ "Велика П'ятірка" (Р. МакКрає, П. Коста).
6. Клінічний опитувальник для виявлення й оцінки невротичних станів (К. К. Яхін, Д. М. Менделєвич).

Методи математичної статистики: коефіцієнт кореляції Пірсона, непараметричний критерій Манна-Уїтні для незалежних вибірок (за допомогою пакету SPSS Statistics 19).

РОЗДІЛ 1. ТЕОРЕТИЧНІ ЗАСАДИ ДОСЛІДЖЕННЯ ПСИХОЛОГІЧНИХ ОСОБЛИВОСТЕЙ ОСОБИСТОСТІ З МЕЖОВИМ РОЗЛАДОМ

1.1 Поняття межового розладу в науковій літературі

Історія вивчення прикордонних розладів особистості різноманітна та відрізняється тенденціями в їх розумінні. Вона бере свій початок ще з вивчення невротичних розладів. Датський учений Т. Сіденхем вивчив істерію, виявивши її взаємозв'язок з іпохондрією, і дійшов такого висновку: «...іпохондрія і істерія зводяться до змін у крові, які призводять до атаксії життєвих духів» [3, с.28].

Термін «межовий» (Borderline) має різноманітні значення. Всередині категорії межового існує широкий діапазон тяжкості стану, що тягнеться від неврозу до психозу.

Межова особистісна організація [25] є більш широким поняттям. Воно належить до структури характеру, в якій зазначаються:

- 1) зберігаюча функція перевірки реальності;
- 2) наявність протилежних і несинтезованих ранніх ідентифікацій, що ведуть до недостатньо інтегрованої ідентичності Я;
- 3) переважання розщеплення (нерідко підкріплюваного запереченням і різними проєктивними механізмами) над витісненням як звичного способу Я обходитися з амбівалентністю і, нарешті,
- 4) фіксація на фазі відновлення в процесі сепарації-індивідуації, що веде до нестабільної самоідентифікації, відсутності константності об'єктів, надмірної залежності від зовнішніх об'єктів, нездатності терпіти амбівалентність.

Межовий суб'єкт – той, хто психічно більш «хворий», ніж невротик, проте не страждає психозом. Межова особистість – особистість з серйозними (більшою чи меншою мірою) патологіями (дефектами) у структурі Его [17].

Спочатку всі психічні розлади ділилися на неврози (умовна «норма») і психози («хвороба»). Люди невротичного рівня мають ті чи інші внутрішні конфлікти, стикаються з проблемами, але у них достатньо ресурсів, щоб з ними справлятися, вони залишаються в контактi з реальністю і розуміють власні дії.

Люди, що належать психотичному рівню, відчують набагато більші труднощі при зіткненні з тими чи іншими проблемами. Вони є для них настільки болісними і нестерпними, що єдиний варіант для них – це «відмовитися» від бачення реальності такою, яка вона є. Це може вести до виникнення власного придуманого світу, можливо з маренням і галюцинаціями. Людина не розуміє, що відбувається всередині неї, а що – зовні. Межа між зовнішнім і внутрішнім стирається. Людина може страждати від внутрішніх агресивних імпульсів і фантазій, але не розуміти, що вони – її власні, а тому відчувати загрозу із зовнішнього світу, випробовуючи перед ним страх [29].

Таким чином, фахівці різних практичних областей накопичували подібний досвід, який говорив про те, що є частина людей, які знаходяться як би посередині між «здоров'ям» і «хворобою», неврозом і психозом, нормою і патологією. Цю групу людей і назвали «межовими».

К. Уайт перший, хто систематизував перелічені вище розлади та позначив їх як спеціальні захворювання нервової системи [3]. В. Куллен у 1776 р. ужив термін «невроз» для позначення цієї групи хвороб. За В. Кулленом невроз – це «ті поразки почуттів і рухів, які залежать не від місцевого ураження самого органу, а від більш загального страждання, якого залежать все взагалі руху...» [3, с.39].

Ф.Пінель у своїх роботах дав оцінку та опис патологічних особистостей. На його думку, неправильна поведінка без ознак психозу визначається як «манія без марення» [11]. Д.Ж. Річард виклав окремі варіанти патохарактерологічних змін, що виникають без маніфестної психотичної симптоматики, і дав їм назву «моральне божевілля» [11].

У цей же час психіатр Ф.І.Герцог повідомив про особи з дивностями характеру, гнівністю, дратівливістю, неприборканістю потягів [11].

Вивчення аномалій особистості почали набирати обертів в другий половині 19 ст. Французьким психіатром Б. Морелем та його послідовниками було сформульовано вчення про дегенерацію, у світлі якої робилися спроби пояснити природу патології особи [3]. Значним кроком у цій галузі послужили роботи В. Гризінгера [14], Р. Крафта-Ебінга [20], які дозволили виділити психопатичні стани із поліморфної групи дегенеративних психозів.

У розділі «Посібники з психіатрії» В. Гризінгер описує людей з дивним характером, дратівливих, деяких називає оригіналами та диваками [14]. У свою чергу, Р. Крафт-Ебінг розглядав такі патологічні характери як один із проявів психічної дегенерації. На думку автора, «ці загадкові істоти, здебільшого вже з раннього дитинства і відчують, і мислять, і роблять інакше, ніж інші» і відрізняються загальною дисгармонією психіки, яка часто поєднується з парціальною обдарованістю, однобічністю суджень, патологією потягів, наявністю схильності до імпульсивних вчинків [20, с.81].

Особливе місце в історичному аспекті розуміння прикордонних розладів особистості належить аналізу оцінки неврастенічних розладів, які є універсальними показниками будь-яких станів психічної дезадаптації та складають структуру різних неврозів, психопатії та подібних до них станів. Саме Х. Берд, 1880 р. ввів поняття неврастенії як нозологічної одиниці [3].

Німецький психіатр Е. Крепелін порівнював симптомокомплекси при психічних захворюваннях з регістрами своєрідного органу, оскільки

приведення їх у дію пов'язане лише з силою чи поширеністю хворобливих змін зовсім не пов'язано з конкретними причинами захворювання [21]. При цьому автор вважав, що клінічну картину визначають «переважні синдроми», що відображають «передбачений характер реагування мозку» в залежності від ступеня його ураження [21].

Відбувається лише включення симптомокомплексів психічних розладів під впливом шкідливих чинників, але з їх створення. Для поліетиологічних, психопатологічних проявів, які властиві прикордонним формам психічних розладів, такий варіант уявлення про характер хворобливих порушень зберігає своє значення до цього дня. У зокрема, невротичні розлади трапляються у межах різних видів порушень психічної діяльності, у той час як при прикордонних станах симптоматики, характерної для інших психопатологічних діапазонів немає. Іншими словами, прикордонні психічні розлади менш специфічні та вибірккові порівняно з іншими психопатологічними проявами було сформульовано вчення про дегенерацію, у світлі якої робилися спроби пояснити природу патології особини [3].

Психіатр П.Б. Ганнушкін вперше описав клінічну динаміку основних форм психопатій, яка затребувана і на сьогодні [12]. В.В. Ковальов першим вніс цінне зауваження: «звичайні неврози являють собою не самостійні нозологічні сутності, а лише клінічні варіанти психогенного захворювання» [19, с.36]. В.М. Мясіщев вказував, що невротичні розлади виявляються за рахунок виникнення «афективного напруження особистості» [2].

А.В. Сніжневський, враховуючи ступінь поліморфізму та вибірквості психопатологічних синдромів виділив 6 діапазонів розладів, які характерні для маніакально-депресивного психозу неврозів та психопатій, генуїнної епілепсії, шизофренії, симптоматичних психозів, а також для психозів, які виникають при грубоорганічних ураженнях головного мозку [33]. На думку

автора, специфічність синдромів відображає складні взаємини етіології та патогенезу кожного із хворобливих розладів.

У свою чергу, Ф. Фрідман, виходячи з аналізу терапевтичних можливостей, ділив усі психопатологічні розлади на 5 основних груп, близьких до діапазонів А.В. Сніжневського: шизофренія, афективні порушення, гострі церебральні синдроми, психоневротичні розлади та порушення поведінки [3]. З урахуванням особливостей прикордонних форм нервово-психічних розладів важливо відзначити, що в обох згаданих угрупованнях невротичні та психопатичні розглядаються як окремий спектр психопатологічних проявів.

Як ми бачимо, багато вчених, зробили великий внесок у вивчення прикордонних розладів особистості. На сьогоднішній день прикордонний розлад особистості також привертає увагу багатьох молодих вчених різних галузей. Це пов'язано зі зростанням числа осіб, які страждають на прикордонний розлад особистості. Важливим залишається вивчення рис прикордонного розладу особистості.

Як зазначає Т.С. Ласовська: «риса прикордонного розладу особистості є стійкими, що повторюються в різних ситуаціях особливості поведінки індивіда, але при цьому не є самим захворюванням» [23, с.50].

Психіатр В.Д. Менделевич звернув свою увагу на дві важливі обставини, пов'язані з проблемою діагностики психічних відхилень. Першою обставиною виступає практика заочної постановки лікарем, що поширилася за останні роки діагнозу без індивідуальної зустрічі з передбачуваним пацієнтом, керуючись лише аналізом дій людини, відомих з чуток або з вуст некомпетентних фахівців, а також на основі психодіагностичних текстів випробуваного [26]. Такий вид практики лише дискредитує клінічний метод. Таким чином, лише експериментальним шляхом можна навчитися клінічному обстеженню та психодіагностиці при індивідуальному спілкуванні з клієнтом.

Глибока впевненість більшості практичних та клінічних психологів у «всемогутності» експериментальних психологічних методик, за рахунок яких можна виявити психічні відхилення та розмежувати норму з патологією із застосуванням різних тестів – є другою обставиною. Як зазначає автор, помилка такого роду призводить до того, що психолог, нерідко постає більше як фокусник, ворожка, ніж як спеціаліст своєї справи.

Клінічні межі розладів особистості не збігаються з значно ширшим колом особистісних девіацій, що включають як крайні варіанти норми, і різні варіанти патології особистості. Діагноз «розлад особистості» неправомірний, якщо питання стосується лише окремих характерологічних відхилень, які є взаємозамінними та призводять до порушень поведінки лише в короткі періоди, пов'язані із психічними травмами декомпенсацій. В таких випадках мова йде про акцентуації характеру.

Питання визначення психічної норми завжди викликає певні Проблеми. Б.Д. Лисков зазначає: «...реально спостерігається багато таких різновидів форм поведінки чи станів психіки, де однозначно визначити їхнє ставлення до норми чи патології дуже важко, а при деяких обставинах взагалі неможливо» [11,с.20]. Для підтвердження даної ідеї, можна відзначити, що у психічно здорової людини можливо порушення соціальних та правових норм, у той час як при психічній патології дуже часто можна бачити цілком законослухняну, прийнятну поведінку для соціуму

У DSM-IV прикордонний розлад особистості визначається як «стійкий патерн сприйняття, відносини та мислення, що має проблеми в різних областях, і який включає в себе міжособистісну взаємодію, настроїв та власний образ» [43]. Більш специфічними особливостями прикордонного розладу особистості є: інтенсивність емоційних реакцій, зміна настрою, та велика різноманітність симптомів. У таких людей може різко змінюватись стан аж від тотальної депресії до всього лише легкого рівня тривожності, або

ж вони вчиняють імпульсивні дії, які згодом визнають непродуктивними та ірраціональними. Найчастіше паттерн проблем осіб з прикордонним розладом особистості є непередбачуваним, безладним, суперечливим. Такі особи можуть ефективно і досить компетентно проявляти себе в деяких сферах життєдіяльності, а в інших відчувати серйозні труднощі.

Тотальний патерн нестабільності у змінах настрою, міжособистісну взаємодію, і образ Я, виникає в ранній дорослості і проявляється у різноманітних контекстах, на що вказують по п'ять наступних ознак:

1) патерн непостійних та інтенсивних міжособистісних взаємодій, що характеризується чергуванням крайніх форм надмірної ідеалізації та девальвації;

2) прояв імпульсивності хоча б у двох областях, які потенційно саморуйнівні;

3) емоційна нестійкість, яка проявляється у частій зміні настрою;

4) інтенсивний прояв гніву чи неможливість його контролю. Це можуть бути нерідкі прояви запальності, повторювані бійки, часта гнівливість;

5) повторювані загрози самогубства, суїцидні спроби чи суїцидна поведінка;

6) виражене та постійне порушення ідентичності, що характеризується наявністю невпевненості принаймні у двох пунктах з наступних: образ себе, сексуальна орієнтація, довгострокові цілі чи вибір кар'єри, тип бажаних друзів, найкращі цінності;

7) хронічне почуття нудьги чи порожнечі;

8) відчайдушні спроби уникнути реального або передбачуваного відкидання [43].

Слід зазначити, що для більшості розлади особистості та невротичних розладів характерний загальний розлад здоров'я та наявність вегетативних симптомів. Це можуть бути напади серцебиття, стрибки артеріального тиску,

підвищена пiтливiсть, порушення функцiонування внутрiшнiх органiв Це i є причиною звернення багатьох людей не до психологiв, психотерапевтiв чи психiатрiв, а до лiкарiв загальномедичної практики. Тим самим спроби лiкувати наслiдки, а не усувати їх причини, що не призводять до необхідного результату.

Отже, розлади особистостi залишаються недiагностованими. Для прикордонних розладiв особистостi дуже важливо встановити дiагноз своєчасно. Надалi, особливий iнтерес становила емоцiйна сфера осiб з прикордонним розладом особистостi. Вона має низку своїх особливостей. Так, для осiб iз рисами прикордонного розладу особистостi характернi: депресiя, почуття самотностi, спустошеностi, дратiвлливiсть, агресiя можуть мати мiсце i харчовi розлади, а також зловживання алкоголем чи наркотиками, спроби суїциду [3].

Емоцiйна сфера особистостi з рисами прикордонного розладу особистостi характеризується наявністю емоцiйної дисрегуляцiї. При цьому емоцiйнi реакцiї вiдрiзняються високою реактивністю. Крім того, для осiб з прикордонним розладом особистостi характерна схильність, бути включеними до напружених (нестійких) вiдносин, що може сприяти вiдновленню емоцiйних криз та супроводжуватись актами самоушкодження чи серiєю суїцидальних загроз. Неадекватна сильна злiсть або вiдсутність контролю над гнiвом, також спостерiгаються в емоцiйній сферi осiб iз прикордонним розладом особистостi.

За даними дослiджень, в осiб iз рисами прикордонного розладу особистостi спостерiгається проблема копiнг - стратегiй. Для них характерно використання емоцiйно-спрямованого копiнгу в рамках типологiї Р. Лазаруса та С. Фолькмана [3]. У тому числi, «вдавання до активної пасивностi», яка полягає в тому, що людина активно намагається змусити вирiшувати свої проблеми оточуючих. Сам же, стосовно цих проблем, виявляє пасивність.

При цьому має бути перебільшене бачення своїх труднощів та своєї некомпетентності. Інші дослідження підтверджують, що прикордонний розлад особистості пов'язаний із низькою самоефективністю, високою залежністю і також емоційною готовністю покладатися інших людей.

Особи, з рисами прикордонного розладу особистості часто справляються зі своїм емоційним станом, вдаючись до самоушкоджуючої поведінки. Це може бути вживання психоактивних речовин, що є також дезадаптивною стратегією, яка виконує функцію уникнення депресії, дисфорії, апатії, зменшення відчуття самотності, безпорадності, безнадійності. Інший спосіб подолання негативних емоцій - харчові зриви, які призводять до розладів харчової поведінки.

Щодо тривожності, як одного з симптомів прикордонного розладу особистості, то вона може виявлятися різною мірою. У деяких осіб із прикордонним розладом особистості тривожність може переходити у сильне почуття знервованості, напруги чи паніки.

Тривога супроводжується занепокоєнням з приводу негативних наслідків, неприємних переживань минулого чи несприятливих ситуацій у очікуваному майбутньому; почуттям страху, поганими передчуттями, відчуттям загрози в ситуаціях невизначеності, страхом внутрішнього розпаду чи втрати контролю.

Що стосується депресивних станів, то в осіб із рисами прикордонного розладу особистості спостерігаються почуття пригніченості, нікчемності, безнадійності; проблеми подолання подібних настроїв; песимізм щодо майбутнього, що переважає почуття сорому; знижена самооцінка, думки про самогубство та суїцидальна поведінка [27]. Такі депресивні прояви можуть переходити до почуття агресії, гніву або дратівливості.

При цьому в осіб з рисами прикордонного розладу особистості може мати місце та імпульсивність [27]. Вона проявляється у діях під впливом

моменту, непередуманими діями без плану та без розуміння наслідків, у труднощі формування плану дій чи його здійсненні, у відчутті невідкладності.

Порушення ідентичності в осіб із рисами прикордонного розладу особистості характеризується збідненим, слаборозвиненим чином свого я, який нерідко пов'язаний із надмірною самокритикою, стійким почуттям внутрішньої порожнечі. У людей з прикордонним розладом особистості спостерігається порушення саморегуляції, яке проявляється у мінливості цілей, рівня домагань, цінностей.

Дослідження показують, що жінки, які страждають на прикордонні розлади особистості та мають дітей, виявляють низьку організованість емоцій та вчинків по відношенню до них, не мають високих очікувань від взаємин. Їхні діти значно частіше схильні до факторів втрати роботи батьками та їх розлучень, вони схильні до свідомої ізоляції від соціуму, відчувають труднощі у встановленні прихильності до матерів, проте схильні наполегливо намагатися вибудувувати її. Матері дітей, які страждають на прикордонний розлад особистості, частіше думають про суїцид, частіше відчувають депресивні стани [15].

Відомо, що прикордонний розлад особистості передається генетично (ймовірність придбання недугу вп'ятеро вища, якщо серед близьких родичів є людина, яка має цей розлад), проявляється у пацієнтів з дитинства, абсолютно точно у підлітковому віці та може мати періодичні ремісії.

Тригерами первинного прояву можуть бути пережиті в дитинстві стреси, фізичне та/або сексуальне насильство, зневажливе ставлення, втрата батьків/батьків. Наявність захворювань мозку може також провокувати цю недугу [25].

Як уже зазначалося вище, для осіб зі схильністю до прикордонного розладу особистості характерні порушення у міжособистісному

функціонуванні. Це можуть бути нестабільні та конфліктні близькі відносини, які характеризуються недовірою, потребою в емоційній підтримці та схвалення, неспокійної поглинання думками про можливий або уявний відхід партнера. У таких людей сприйняття близьких відносин, як правило, коливається між крайніми полюсами ідеалізації та знецінення, а в самих відносинах людина зі схильністю до прикордонного розладу особистості виявляє дві крайні лінії поведінки - або надмірну залученість, або усунення.

А.Б. Холмогорова та І.Д. Клімова у своєму дослідженні зазначають, що діагностика рис розладу та діагностика самого розладу значно різняться, зокрема, риси прикордонного розладу особистості, безсумнівно, найпоширеніші, ніж саме розлад. Відрізняється і рівень виразності симптомів [39].

Таким чином, підсумовуючи, хотілося б відзначити, що дослідження в області прикордонного розладу особистості залишаються актуальними і сьогоднішній день. Великий поштовх для вивчення цього феномену нам дали праці та дослідження вітчизняних та зарубіжних психологів, психотерапевтів, психіатрів та інших вчених.

Але, оскільки суспільство піддається різним економічним, політичним, соціальним, природним перетворенням, то проблема прикордонних розладів особистості стає дедалі актуальнішою. Тим самим, накопичених знань стає недостатньо для дослідження цього питання.

1.2. Особливості особистості з межовим розладом

Для виявлення присутності прикордонного розладу особи у пацієнта повинні бути не менше п'яти з наведених нижче критеріїв:

1. Відчайдушні спроби уникнути реальної чи уявної самотності

Людина з прикордонним розладом особистості не здатна розділяти поняття тимчасового та постійної самотності, для нього це вічна покинутість. Через це відчуття вона може впадати в депресію, відчувати неконтрольовану агресію у відношенні до всіх. Страх бути залишеним і паніка, що випробовується від нього, настільки сильні, що пацієнти можуть втратити через них відчуття власного існування. Їм потрібні численні нові знайомства, які не завжди є позитивними, відвідування нових і багатолюдних місць, але найчастіше навіть там вони не можуть позбутися відчуття самотності [25].

2. Нестабільні, важкі міжособистісні відносини, у яких партнер ідеалізується та/або знецінюється.

Люди з прикордонним розладом особистості здатні бачити у партнері кумира та уособлення досконалості доти, доки не зіткнуться з тим, що будь-якою дією їх відштовхнуть. Тоді ідеалізація змінюється на крайнє знецінення, і пацієнт робить усе, щоб уникати найменшої близькості з партнером. У цьому випадку найчастіше він розривається бажанням бути як і пов'язаним з ним, так як боїться самотності, і страхом близькості, яка може забрати у нього впевненість у собі.

3. Людина з прикордонним розладом особистості у відносинах маніпулює людьми, висуває несправедливі та завищені вимоги, виявляючи свою крайню розпещеність [25].

Вона може використовувати скарги на фізичний та емоційний стан, виявляти слабкість і апатію, загрозувати суїцидом, намагаючись всіляко привернути увагу, спокушати. Такі пацієнти не здатні виявляти емпатію, сприймати інших людей через призму численних взаємодій, а чи не останньої зустрічі. Через це вони щоразу дивуються проявам оточуючих, наче не впізнаючи їх. Через нездатність вчитися на власних помилках, бачити повну картину того, що відбувається, пацієнти вступають і/або продовжують нездорові відносини, в яких до них може застосовуватися фізична

жорстокість, яку вони приймають під виглядом пристрасності або садомазохістських переваг.

4. Найчастіше люди, які мають прикордонний розлад особистості, вступають у відносини з людьми, які страждають від такого ж психічного захворювання, в наслідок руйнуючи одне одного.

5. Змінна самооцінка та нестійке самосприйняття

Не здатні сприймати інших людей загалом, люди з прикордонним розладом особистості що неспроможні концептуалізувати себе. Усі якості постійно переоцінюються ними, порівнюються з характеристиками інших людей, не відносяться пацієнтами до постійних самих себе. Їм патологічно необхідно подобатися всім, тільки так вони здатні зробити свою самооцінку високою.

6. Людина з прикордонним розладом особистості не здатна відчувати постійне почуття того, що вона є справжньою у своїх проявах, вона завжди відчуває, наче вдає когось іншого, що їй зовсім не подобається. І якщо вона досягає успіху в будь-якій сфері життя, то думає, що не варта цього. Однак неминуче прагнення досконалості не дає позбутися цього удавання, і в разі усвідомлення найменшого відхилення від свого ідеалу самосприйняття пацієнта повністю руйнується.

7. Сексуальна ідентичність також є мінливою у часі та призводить до численних експериментів таких людей, у тому числі для задоволення безперервної необхідності новизни.

8. Імпульсивність, що виявляється як мінімум у двох різних сферах (небезпечні сексуальні зв'язки, небезпечне водіння, злочинство, ігроманія, переїдання, шопінг, зловживання алкоголем та забороненими речовинами)[4].

Вчинки людей з прикордонним розладом особистості ґрунтуються на миттєвому відчутті, яке не пов'язане з накопиченим досвідом. Через відсутність тимчасових та історичних зв'язків повторювані помилки циклічні,

а сьогодення існує окремо від минулого і майбутнього ніяк не пов'язано з ними. Вони не можуть виконувати тривалі дії через нестачу терпіння та наявності потреби негайної винагороди. Найчастіше імпульсивні вчинки, зловживання алкоголем та наркотиками, порушення закону можуть бути захисним механізмом від самотності, що відчувається або насувається [13].

9. Періодичні суїцидальні загрози та акти самоушкодження

Суїцидальна поведінка і постійне завдання собі пошкоджень є найбільш явними ознаками прикордонного розладу особистості, водночас вони відбивають тенденцію пацієнтів до депресії та схильності маніпулювати іншими. Люди з даними розладом у середньому мають як мінімум одну спробу суїциду, намагаються таким чином привернути до себе увагу оточуючих, розповісти цим про свій біль. Однак через циклічності цих дій вони домагаються зворотної реакції: оточуючі перестають реагувати на них, звикаючи до цих проявів, що може спричинити тенденцію до ускладнення даних уявлень і призвести до смерті. З такою поведінкою дуже складно боротися як оточенню, так і лікарям. Пацієнти, які постраждали від сексуального насильства в дитинстві, схильні до суїцидальної поведінки вдвітьох більше за інших.

При нанесенні собі каліцтв люди з прикордонним розладом особистості намагаються зафіксувати події свого життя на власному тілі. Іноді це може бути актом самопокарання, що перетворюється на обов'язковий ритуал. При цьому пацієнти не завжди прагнуть демонструвати сліди самобичування. Прагнення відчувати фізичний біль здатне відволікати таких людей від внутрішніх переживань та напруги, давати їм відчуття ейфорії. Іноді є наслідком необхідності випробувати сором та приниження через самопокарання, викликати співчуття [8].

Загрози суїциду можуть «маніпулятивно використовувати пацієнти з метою покарання. близьких та оточуючих людей» [25].

10. Реактивна зміна настрою.

Люди з прикордонним розладом особистості схильні до різкої зміни настрою протягом кількох годин. Найчастіше гіперактивні, песимістичні, депресивні чи цинічні.

11. Неперервне почуття порожнечі

Нудьга та відсутність почуття ідентичності з іншими можуть підштовхувати пацієнтів, страждають від цієї недуги, до заповнення внутрішньої порожнечі різними деструктивними методами. При цьому депресія, що періодично випробовується, тільки посилює постійне відчуття порожнечі.

12. Неадекватні та неконтрольовані спалахи люті

Гнів є статичною ознакою прикордонного розладу особистості. Спалах люті може бути спровокований чимось дрібним і невартим уваги, проте миттєво набуває лякаючих розмірів. Не будучи вилитою на близьких та/або навколишніх людей, агресія може бути спрямована пацієнтом на себе самого.

13. Параноїдальні стани та думки

Пацієнти, які страждають від прикордонного розладу особистості, відчують відчуття нереальності того, що відбувається, іноді впадаючи в тимчасовий психоз і відчуючи маніакальну шизофренію, стикаючись зі стресами або перебуваючи в погано структурованій обстановці. Однак ці напади не тривають більше кількох годин.

Психоаналітик Леон Грінберг [15] виділив такі особливості межових клієнтів:

- панування «психотичної частини особистості»;
- непереносимість фрустрації;
- переважання агресивних ворожих імпульсів;
- використання патологічного розщеплення, нарцисичних ідентифікацій,

- фантазій про всемогутність, а також ідеалізації в якості центральних захисних процесів;
- порушення ідентичності;
- стан дифузної тривоги;
- порушення контакту з реальністю, хоча й без повної втрати зв'язку з нею;
- тимчасова втрата контролю над імпульсами, з тенденцією до відігрування зовні;
- переважання примітивних об'єктних відносин;
- депресія і вкрай інфантильна залежність від об'єктів;
- переважання прегенетальних конфліктів і тенденція до розвитку психозу переносу, аж до загрози короткочасних психотичних зривів.

Люди з межевою організацією характеру приходять на терапію зі специфічними скаргами: панічні атаки, депресія або хвороби, які, на переконання клієнта, пов'язані зі стресом. Або ж вони приходять на прийом за наполяганням знайомих або членів сім'ї, але не з наміром змінити свою особистість в напрямку, який видається сприятливим для оточуючих. Оскільки ці люди ніколи не мали іншого типу характеру, у них відсутня емоційне уявлення про те, що значить мати інтегровану ідентичність, володіти зрілими захистами, здатність відкладати задоволення, терпимістю до суперечливості та невизначеності і так далі. Вони хочуть просто перестати отримувати травми або позбутися деякої критики [36; 40].

В результаті проведеного теоретичного дослідження з'ясовано психологічні особливості межевої особистості. Межева особистість використовує примітивні захисні механізми, у сфері інтеграції ідентичності у межевій особистості спостерігаються суперечності, розриви Я. Описуючі себе відчують труднощі, схильні до ворожого захисту та агресії. При правильно побудованій бесіді межеві клієнти демонструють розуміння

реальності, здатні спостерігати свою патологію. Основний конфлікт межової особистості пов'язаний з фазою сепарації-індивідуації. Основна проблема полягає в амбівалентності почуттів, які вони відчують до свого оточення, з одного боку, бажання близькості, довірчих відносин, а з іншого – страх поглинання, злиття з іншою людиною. Головна риса межової особистості полягає в тому, що вони можуть майже одночасно демонструвати прохання про допомогу і не приймати її.

1.3. Підходи до дослідження особливостей особистості з межовим розладом

Методи діагностики прикордонного розладу особистості є розроблені набори оціночних шкал, що дозволяють проводити розпізнавання наявності цієї недуги.

I. Практичне застосування зазначених вище критеріїв виявлення захворювання потребує супутнього використання психологічних прийомів дослідження. Анамнез пацієнта на момент початку лікування часто не є повним, що викликає труднощі у виявленні важливих епізодів, здатних вплинути на кількість присутніх у пацієнта проявів вищезгаданих критеріїв.

II. Рейтингова шкала для оцінки прикордонного розладу особи DIB-R використовує 22 ознаки, згрупованих за чотирма різними сферами: афективною, когнітивною, імпульсивних патернів, міжособистісних відносин.

III. Шкала, що враховує поведінкові настанови при прикордонному розладі особистості, що супроводжується численними спробами самокатування та суїциду, складається з шести патернів: емоційної вразливості, самоінвалідації, кризи, що триває, пригнічених переживань, активної пасивності, компетентності, що сприймається.

IV. Метод І.Ф. Обросова використовує три діагностичні блоки, що включають аномальні психодинамічні властивості, ненормальність системи відносин, рівень здатності до психологічної та суспільної адаптації.

V. Психодіагностичний опитувальник, розроблений Т.Ю. Ласовський, Ц.П. Короленка, С.В. Яєчниковим, є тест, який заповнюється самим випробуваним. Він дозволяє виявити прикордонний розлад особистості на ранніх стадіях [25].

VI. Спосіб діагностики прикордонного розладу особистості, розроблений Д.В. Романовим, є шкалою з 15 клінічно ідентифікованих ознак, оцінюються за рейтинговою шкалою [30].

Висновки до першого розділу

Дослідження в області прикордонного розладу особистості залишаються актуальними і сьогоднішній день. Великий поштовх для вивчення цього феномену нам дали праці та дослідження вітчизняних та зарубіжних психологів, психотерапевтів, психіатрів та інших вчених. Але, оскільки суспільство піддається різним економічним, політичним, соціальним, природним перетворенням, то проблема прикордонних розладів особистості стає дедалі актуальнішою. Тим самим, накопичених знань стає недостатньо для дослідження цього питання.

Межова особистість використовує примітивні захисні механізми, у сфері інтеграції ідентичності у межовій особистості спостерігаються суперечності, розриви Я. Опитувані відчувають труднощі, схильні до ворожого захисту та агресії. При правильно побудованій бесіді межові клієнти демонструють розуміння реальності, здатні спостерігати свою патологію. Основний конфлікт межової особистості пов'язаний з фазою сепарації-індивідуації. Основна проблема полягає в амбівалентності почуттів, які вони відчувають до свого оточення, з одного боку, бажання близькості, довірчих відносин, а з іншого – страх поглинання, злиття з іншою людиною.

Головна риса межової особистості полягає в тому, що вони можуть майже одночасно демонструвати прохання про допомогу і не приймати її.

Сучасний стан ситуації психічного здоров'я в нашій країні відображається у звіті Міністерства соціальної політики України за 2017 р., де йдеться про те, що Україна посіла перше місце в Європі за кількістю психічних розладів. За офіційною статистикою, в Україні 1,2 млн мешканців (більше 3 %) страждає психічними розладами і щорічно майже 2 млн осіб стають пацієнтами психіатричних лікарень [8]. Зазначимо, що межовий розлад особистості є серйозною і багатоаспектною, але все ще маловивченою проблемою. У Міжнародній класифікації хвороб МКХ-10 відсутнє чітке визначення межового розладу особистості; воно розглядається як різновид емоційного нестійкого розладу (F60.3). У більш вузькоспеціалізованому класифікаторі психічних розладів DSM-5 даний розлад позначено окремим пунктом (301.83). Особлива увага дослідників даної проблеми приділяється питанням діагностики, причинам виникнення і розвитку межового розладу особистості. Поняття "межовий розлад особистості" є відносно новим у психопатології. Воно не входило в діагностичні посібники із психічних розладів Американської психіатричної асоціації до 1980 р. (у цьому році з'явилося перероблене і доповнене видання *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders – DSM-III*). Особливо гострим моментом проблеми є той факт, що для осіб із МРО характерні суїцидальні думки та спроби, а також парасуїцидальна поведінка, самоушкодження тощо. Одним із найбільших страхів людей із МРО є страх розриву значущих і близьких відносин. Особи з МРО дуже бояться самотності, але при цьому в них відсутнє розуміння того, що їх прагнення утримати партнера відлякує його. На самоті у них можуть спостерігатися виражені стани деперсоналізації та дереалізації й перемикання між цими станами. Різкі стрибки у відносинах призводять до афектів (тривоги, сорому, самозвинувачення і самоприниження, залучення до

саморуйнівної поведінки тощо). Розрив відносин із значущою особою є величезним стресом для людини з межовим розладом особистості. Якщо людина з МРО відчуває себе покинутою, вона може впадати в паніку, депресію, або навпаки, гнів, може також піти на відчайдушні вчинки. Реакції людини в ситуації стресу дозволяють визначити наявність МРО. У ситуації стресу в людей із межовим розладом особистості можуть спостерігатися дестабілізація в когнітивній, поведінковій та емоційній сферах, а також дезадаптація.

Останні роки значно підвищився інтерес до проблеми межового розладу особистості (МРО) як серед психологів, так і серед представників суміжних наукових галузей (медицини, психіатрії). Це обумовлено тим фактом, що у пацієнтів з різними формами розладів особистості, симптоми МРО спостерігаються приблизно в 33 % амбулаторних, та у 63 % хворих, що проходять лікування у стаціонарних відділеннях [3, с. 6–7].

А. Штерн (1939) описав хворих, які проходять амбулаторне лікування і яким не допомагав класичний психоаналіз, а також таких, які не вписувалися в категорії "невротичних" або "психотичних" пацієнтів. С. Радо (1956) позначав межовий розлад особистості як "екстрактивний розлад". С. Лессер і Б. Ессер (1965) позначали МРО як "істероїдний розлад". Загальні ознаки, властиві особам із МРО, виділяли Р. Грінкер, Р. Драй і Б. Вербль (1968).

Серед сучасних дослідників проблеми межового розладу особистості особливої уваги заслуговує досвід американського психолога, засновниці діалектико- поведінкової терапії М. Лайнен. Вона виділяє низку поведінкових паттернів при межовому розладі особистості та впроваджує доволі ефективні методи подолання межового розладу особистості [3].

Зазначимо, що межовий розлад особистості – це розлад психіки, за якого зазначається емоційна нестабільність поведінки. Особи з межовим розладом особистості мають ряд психологічних особливостей, які

ускладнюють процес їх соціальної адаптації. Різкі перепади настрою, афективна нестійкість, імпульсивність, дратівливість – усе це несприятливо позначається на взаєминах з іншими людьми. Оточення схильне приписувати такій людині "важкий характер" і цуратися його, або ж вороже до нього ставитися. Це не може не позначатися на людині з МРО внаслідок того, що такі люди дуже потребують побудови й підтримки довгострокових і глибоких відносин.

РОЗДІЛ 2. ПРОЦЕДУРА ТА МЕТОДИ ДОСЛІДЖЕННЯ

2.1. Організація та хід дослідження

Теоретичні положення, викладені у першому розділі, ми використали при організації дослідження психологічних особливостей осіб з прикордонним розладом особистості.

Дослідження проводилося протягом 2021 року. Все тестування проводилося в режимі онлайн через карантинні заходи на території України.

Опис етапів дослідження:

1. На першому етапі нами було визначено актуальність та проблема дослідження. Актуальність нашого дослідження визначається ймовірністю розвитку прикордонного розладу особистості.

2. На другому етапі було сформульовано методичний апарат: мета, завдання, об'єкт, предмет.

3. На третьому етапі нами було визначено вибірку випробуваних.

4. У дослідженні брали 40 осіб.

5. Четвертий етап дослідження полягав у доборі методик щодо обстеження.

6. П'ятий етап – проведення діагностичного обстеження. Дослідження проводилося у груповій формі.

7. На шостому етапі було проведено обробку первинних даних. Нами було визначено кількісні показники виразності характеристик прикордонного розладу особистості, рівня тривожності, депресії, адаптації. Проведено статистичний аналіз даних.

2.2. Опис методик дослідження

1. Шкала депресії А. Бека. Запропоновано О.Т. Беком та його колегами у 1961 року і розроблена на основі клінічних спостережень авторів, що дозволили виявити обмежений набір найбільш релевантних та значущих симптомів депресії та скарг, що найбільш часто пред'являються пацієнтами (Додаток А).

2. Опитувальник для діагностики прикордонного особистісного розладу форми "S" Т.Ю. Ласовської. Методика є особистісним опитувальником, розробленим на основі діагностичних критеріїв прикордонного розладу особистості згідно DSM-III-R та DSM-IV у 2012 році колективом авторів (Т. Ю. Ласовська, С. В. Яїчників, Ю. В. Саричева, Ц. П. Короленка). Розроблено дві форми опитувальника: Форма А, що складається з 80 питань, та більш коротка форма S, що складається з 20 пунктів і призначена для скринінгових досліджень.

У нашому дослідженні була застосована коротка форма опитувальника S, що складається із 20-ти тверджень, які відображають дев'ять діагностичних критеріїв межового розладу особистості. Для діагностики МРО необхідна наявність, крім загальних критеріїв розладів особистості, п'ять або більше з таких критеріїв: патерн нестабільних міжособистісних відносин (запитання № 1); імпульсивність хоча б у двох сферах, які є потенційно самопошкоджувальними (запитання № 2–4); емоційна нестабільність (№ 5–6); неадекватний сильний гнів або поганий контроль над гнівом (№ 7–8); повторна суїцидальна поведінка, самоушкодження (№ 9–12); порушення ідентифікації (№ 13–14); хронічне відчуття порожнечі (№ 15–16); реальний або уявний страх покидання (№ 17–18). До додаткових критеріїв належать інтерес до смерті (№ 19) і почуття при вигляді крові (№ 20). (Додаток Б).

3. Особистісна шкала прояву тривоги Дж. Тейлора (адаптація Т.А. Немчінова). Призначена для виміру проявів тривожності. Розглянута шкала складається з 50 тверджень, на які обстежуваний повинен відповісти «так» чи «ні». Твердження відбиралися з набору твердження Міннесотського багатоаспектного особистісного опитувальника (ММРІ) (Додаток В).

4. Методика 5PFQ "Велика П'ятірка" (Р. МакКрае, П. Коста). Для уточнення психологічних особливостей осіб із виявами ознак межового розладу особистості було застосовано методику п'ятифакторного опитувальника особистості (автори: Р. МакКрае, П. Коста; версія "5PFQ", упорядник Х. Тсуйі, адаптація А.Б. Хромова) [5].

5. Клінічний опитувальник для виявлення й оцінки невротичних станів (К. К. Яхін, Д. М. Менделєвич). Для виявлення і оцінки ступеня вияву різних невротичних станів у осіб із ознаками межового розладу особистості було застосовано методику Клінічний опитувальник виявлення та оцінки невротичних станів (автори К. К. Яхін, Д. М. Менделєвич) [6]. Показники сумарних значень вище +1,28 указують на стан стабільної психічної адаптації досліджуваних осіб. Значення, які перебувають у діапазоні від +1,28 до -1,28, свідчать про перебування людини у стані нестійкої психічної адаптації. Якщо ж результати підсумовування діагностичних коефіцієнтів потрапляють у діапазон значень нижче -1,28 балів, то можна констатувати наявність стану психічної дезадаптації у досліджуваних осіб.

Проведено кореляційний аналіз даних із використанням пакету SPSS Statistics 19. Також у своїй роботі ми застосували непараметричний критерій Манна-Уїтні, та коефіцієнт кореляції Пірсона з метою підтвердження лінійної залежності між змінними.

Висновки до другого розділу

Дослідження проводилося протягом 2021 року. Все тестування проводилося в режимі онлайн через карантинні заходи на території України.

Опис етапів дослідження:

1. На першому етапі нами було визначено актуальність та проблема дослідження. Актуальність нашого дослідження визначається ймовірністю розвитку прикордонного розладу особистості.
2. На другому етапі було сформульовано методичний апарат: мета, завдання, об'єкт, предмет.
3. На третьому етапі нами було визначено вибірку випробуваних.
4. У дослідженні брали 40 осіб.
5. Четвертий етап дослідження полягав у доборі методик щодо обстеження.
6. П'ятий етап – проведення діагностичного обстеження. Дослідження проводилося у груповій формі.
7. На шостому етапі було проведено обробку первинних даних. Нами було визначено кількісні показники виразності характеристик прикордонного розладу особистості, рівня тривожності, депресії, адаптації. Проведено статистичний аналіз даних.

Методики дослідження:

- 1) Шкала депресії А. Бека;
- 2) Опитувальник для діагностики прикордонного особистісного розладу форми "S" Т.Ю. Ласовської;
- 3) Особистісна шкала прояву тривоги Дж. Тейлора (адаптація Т.А. Немчінова);
- 4) Методика 5PFQ "Велика П'ятірка" (Р. МакКрае, П. Коста);
- 5) Клінічний опитувальник для виявлення й оцінки невротичних станів (К. К. Яхін, Д. М. Менделєвич).

РОЗДІЛ 3. АНАЛІЗ ТА ІНТЕРПРЕТАЦІЯ РЕЗУЛЬТАТІВ ДОСЛІДЖЕННЯ

Для проведення емпіричного дослідження нами були використані такі методики: методика 5PFQ "Велика П'ятірка" (Р. МакКрає, П. Коста), Клінічний опитувальник для виявлення й оцінки невротичних станів (К. К. Яхін, Д. М. Менделєвич) та Методика діагностики межового розладу особистості (Т. Ю. Ласовська, Ц. П. Короленко, С. В. Яєчников). Середні показники результатів дослідження за трьома методиками подано у табл. 3.1.

Таблиця. 3.1.

Середні показники результатів за трьома методиками

№	Показник	Середнє значення (X ср.)	Стандартне відхилення (σ)
Методика Велика П'ятірка "5PFQ"			
1	Інтроверсія – екстраверсія	44,7	11,40
2	Відособленість – прихильність	47,9	10,96
3	Імпульсивність – самоконтроль	45,7	11,14
4	Емоційна нестійкість	63,4	8,19
5	Практичність – експресивність	53,6	9,17
Клінічний опитувальник (К. К. Яхін, Д. М. Менделєвич)			
1	Шкала тривоги	-4,74	4,29
2	Шкала невротичної депресії	-7,86	4,30
3	Шкала астенії	-6,23	4,54
4	Шкала конверсійного розладу	-4,76	4,76
5	Шкала obsесивно-фобічного розладу	-4,82	3,62

6	Шкала вегетативних порушень	-8,67	8,17
Методика діагностики межового розладу особистості (МРО)			
1	Кількість ознак МРО	7,1	0,97
2	Інтегральний показник МРО	15,41	2,66

Закінчення таблиці 3.1.

3.1 Результати за методикою «Опитувальник для діагностики прикордонного особистісного розладу форми "S" Т.Ю. Ласовської»

Опитувані, що мали вже поставлений діагноз набрали кількість балів що перевищує норму. Двоє випробуваних, що не мали в цілому ніяких проблем з психікою набрали бали, що були близькі до ствердного результату ПРО. Після розмови з ними ми виявили, що більшість симптомів мають відгук у їх поведінці.

3.2 Результати за методикою 5PFQ "Велика П'ятірка" (Р. МакКрае, П. Коста)

Для уточнення психологічних особливостей осіб із виявами ознак межового розладу особистості було застосовано методику п'ятифакторного опитувальника особистості (автори: Р. МакКрае, П. Коста; версія "5PFQ", упорядник Х. Тсуйі, адаптація А.Б. Хромова) [5]. Співвідношення середніх значень за п'ятьма факторами методики подано гістограмою (див. рис. 3.1).

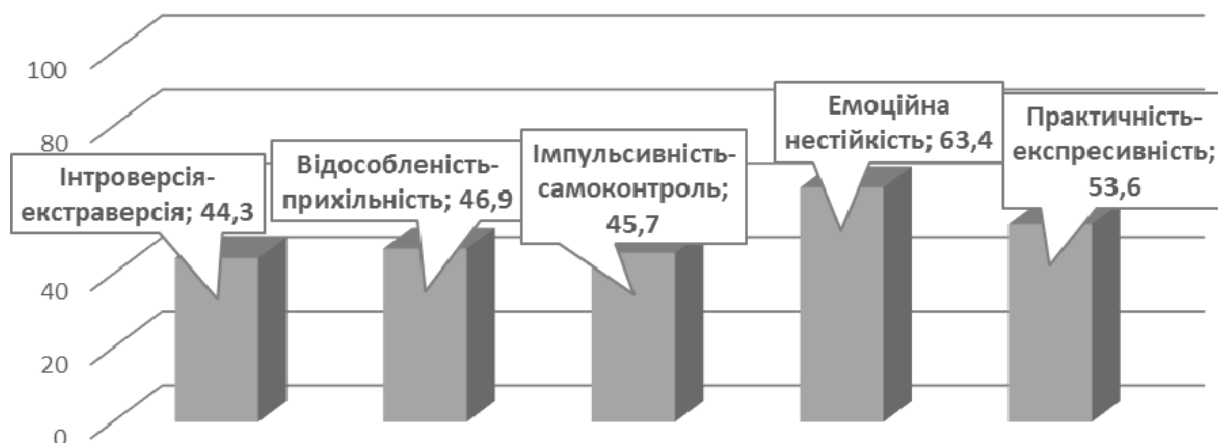


Рис. 3.1. Розподіл середніх значень психологічних показників профілю особистості за методикою Велика П'ятірка "5PFQ"

Фактор прихильність – відокремленість перегукується з таким важливим критерієм у діагностиці межового розладу особистості, як непереносимість самотності. За результатами нашого дослідження, середнє значення 46,9 балів належить до середнього рівня показника. Головним змістом фактора самоконтроль – імпульсивність є вольова регуляція поведінки. Цей фактор є важливим при вивченні осіб із виявами ознак межового розладу особистості (МРО), оскільки саме імпульсивність входить в один із головних діагностичних критеріїв МРО. Середнє значення за вибіркою у 45,7 балів відображає загальну тенденцію аналізованих нами ознак самоконтролю – імпульсивності й належить до діапазону середнього рівня вияву даної характеристики.

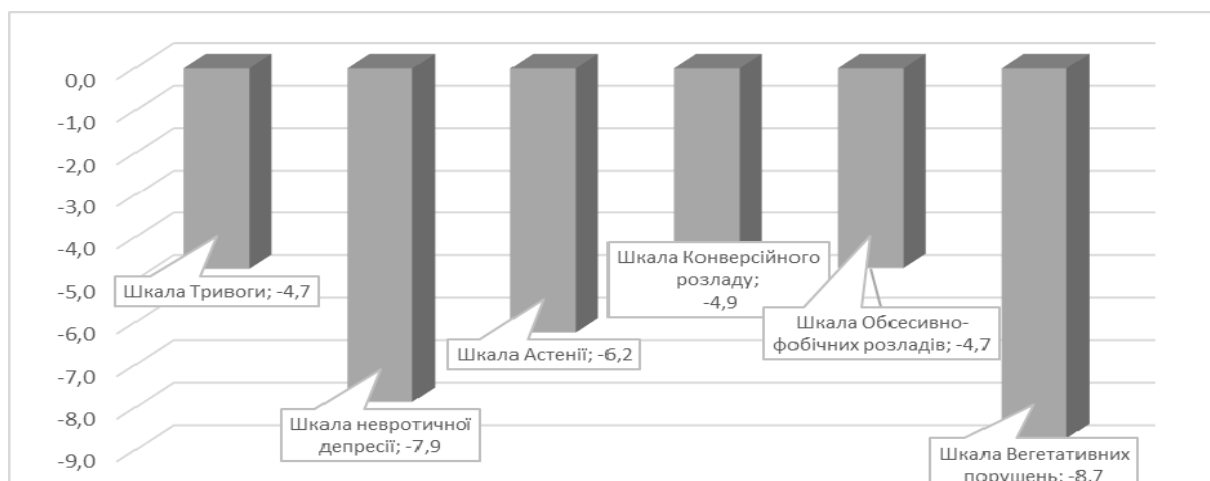
Низький рівень самоконтролю, і як наслідок, вияв імпульсивності, показали 30% випробовуваних нашої вибірки. Такому типу особистості характерні: природність поведінки, безтурботність, схильність до необдуманих вчинків. Емоційна лабільність (нестійкість емоцій) також є важливим діагностичним критерієм межового розладу особистості (МРО). За результатами нашого дослідження, середнє значення за вибіркою у 63,4 балів відповідає високому рівню виразності емоційної нестійкості та є найвищим показником серед усіх п'яти чинників особистості досліджуваних нами осіб. Дійсно, 96,7 % усієї вибірки (N = 40) показали високий рівень емоційної лабільності. Високі значення за цим фактором характеризують осіб, що не здатні контролювати свої емоції та імпульсивні потяги. У поведінці це виявляється як відсутність почуття відповідальності, ухилення від реальності, примхливість тощо.

Для осіб із високими значеннями експресивності притаманні легке

ставлення до життя, безтурботність, більшою мірою, довіра своїм почуттям і інтуїції, ніж здоровому глузду. Також характерними є емоційність, експресивність, добре розвинений естетичний і художній смаки. Середнє значення за групою випробовуваних становить 53,6 балів, відповідає високому рівню вияву експресивності. За результатами тестування, 66,7 % усієї вибірки представлені високим рівнем експресивності.

3.3 Результати за методикою «Клінічний опитувальник для виявлення й оцінки невротичних станів (К. К. Яхін, Д. М. Менделєвич)»

Для виявлення і оцінки ступеня вияву різних невротичних станів у осіб із ознаками межового розладу особистості було застосовано методику Клінічний опитувальник виявлення та оцінки невротичних станів (автори К. К. Яхін, Д. М. Менделєвич) [6]. Показники сумарних значень вище +1,28 указують на стан стабільної психічної адаптації досліджуваних осіб. Значення, які перебувають у діапазоні від +1,28 до -1,28, свідчать про перебування людини у стані нестійкої психічної адаптації. Якщо ж результати підсумовування діагностичних коефіцієнтів потрапляють у діапазон значень нижче -1,28 балів, то можна констатувати наявність стану психічної дезадаптації у досліджуваних осіб. Розподіл середніх значень діагностичних коефіцієнтів по всіх шести шкалах у групі осіб із ознаками межового розладу



особистості подано гістограмою (див. рис. 3.2).

Рис. 3.2. Розподіл середніх значень діагностичних коефіцієнтів Клінічного опитувальника виявлення та оцінки невротичних станів

У результаті проведеного психологічного тестування, у осіб із виявами ознак межового розладу особистості (МРО) середнє значення за шкалою тривоги – 4,74 балів потрапляє в діапазон стану психічної дезадаптації особистості. Дійсно, 86,6 % усіх випробовуваних показали результати нижче – 1,28 балів, що відповідає стану психічної дезадаптації. Як правило, особи з такими показниками сприймають широке коло ситуацій як загрозливі своїй самооцінці, самоповазі та в цілому життєдіяльності. Середнє значення за шкалою невротичної депресії потрапляє в діапазон психічної дезадаптації особистості (-7,86 балів). Ознаки невротичної депресії характеризуються симптомами зниженого настрою, почуттям безрадісності, ослабленням тону й енергії, обмеженням контактів із оточуючими та загальним зниженням інтересів. Середнє значення астенії за вибіркою досліджуваних нами осіб із виявами ознак межового розладу особистості також потрапляє в діапазон стану психічної дезадаптації і дорівнює -6,23 бали. У осіб із високими значеннями астенії можливі вияви швидкої стомлюваності та, як наслідок, порушення уваги, зниження працездатності, дратівливості, емоційна нестійкість. Для осіб із високими значеннями конверсійного розладу характерний істеричний тип реагування, основні тенденції якого – вимога визнання, підвищена чутливість і вразливість, образливість, а також вияв істеричного реагування у вигляді порушеної серцевої діяльності, дихання, шлунково-кишкового тракту, можливо спостерігатимуся тики і рухові порушення. Середнє значення за вибіркою –4,87 балів і входить у діапазон стану психічної дезадаптації. Таким особам притаманні вияви потреби в отриманні уваги, нестійка самооцінка, награність поведінки,

обсесивно-фобічні розлади, що характеризуються наявністю нав'язливих спогадів, сумнівів, страхів, невпевненістю у своїх вчинках і рішеннях тощо.

Середній бал за всією вибіркою випробовуваних дорівнює -4,72 і належить до рівня вираженості стану психічної дезадаптації. Найбільш високий середній бал серед усіх шести шкал клінічного опитувальника спостерігається за шкалою вегетативних порушень і дорівнює -8,72 бали. Можливі вияви даного розладу: зниження апетиту, порушення серцево-судинної діяльності, шлунково-кишкові розлади, порушення терморегуляції, порушення сну, головні болі. Стан психічної дезадаптації за шкалою вегетативних порушень спостерігається у 55 % усіх учасників дослідження.

3.4 Зведений аналіз результатів дослідження за трьома методиками

Для зіставлення показників усіх шкал методик і виявлення взаємозв'язків між ними ми застосували процедуру кореляційного аналізу за методом К. Пірсона.

Розрахунки проводилися за допомогою комп'ютерної програми статистичної обробки даних психологічних досліджень SPSS.19 [4]. Для пошуку взаємозв'язків між досліджуваними змінними було обрано показник кількості ознак межового розладу особистості (МРО), з одного боку, і показники всіх використаних у дослідженні методик, з іншого. Результати кореляційного аналізу подано у табл. 3.2.

Таким чином, кореляційний аналіз виявив тенденції значущого взаємозв'язку між показником кількості ознак межового розладу особистості (МРО) і наступними шкалами, а саме: прихильність – відособленість ($r = -0,363$, $p < 0,05$) і емоційна стійкість ($r = -0,423$, $p < 0,05$). Звертають на себе увагу позитивні кореляційні взаємозв'язки показника кількості ознак МРО зі

шкалами клінічного опитувальника.

Найбільш виділяються тут шкала астенії ($r = 0,535$, $p < 0,01$) і шкала невротичної депресії ($r = 0,505$, $p < 0,01$). Значущі взаємозв'язки виявлені зі шкалами конверсійного розладу ($r = 0,441$, $p < 0,05$) і obsесивно-фобічних розладів ($r = 0,412$, $p < 0,05$).

Таблиця 3.2

Результати кореляційного аналізу (зіставлення діагностичного показника кількості ознак межового розладу особистості з показниками інших методик дослідження)

№	Показники методик		Значення коефіцієнта кореляції Пірсона (r)
Методика Велика П'ятірка "5PFO"			
1	казник кількості ак МРО	Екстраверсія – інтроверсія	-0,116
2		Прихильність – відособленість	-0,363*
3		Самоконтроль – імпульсивність	-0,114
4		Емоціона стійкість – емоційна нестійкість	-0,423*
5		Практичність – експресивність	-0,194
Клінічний опитувальник (К. К. Яхін, Д. М. Менделєвич)			
1	казник кількості ак МРО	Шкала тривоги	0,317
2		Шкала невротичної депресії	0,505**
3		Шкала астенії	0,535**
4		Шкала конверсійного розладу	0,441*
5		Шкала obsесивно-фобічного розладу	0,412*
6		Шкала вегетативних порушень	0,146

* Кореляція значуща на рівні $p < 0,05$.

** Кореляція значуща на рівні $p < 0,01$.

3.5. Аналіз рис особистості з наявністю прикордонного розладу: рівня тривожності, адаптації, депресії

Було організовано психодіагностичне дослідження у якому вивчалася виразність рис прикордонного розладу особистості, рівень тривожності, адаптації, депресії.

Результати розподілу вибірки за виразністю рис прикордонного розладу особистості представлені на рис. 3.3.

Керуючись отриманими даними, ми бачимо, що у 45% випробовуваних низька вираженість характеристик прикордонного розладу особистості. У 5 % спостерігається середня вираженість характеристик прикордонного розладу особистості.

Наявність високої виразності характеристик прикордонного розладу особистості не виявилось (0%). Таким чином, випробовувані із середньою вираженістю рис прикордонного розладу особистості, що характеризуються

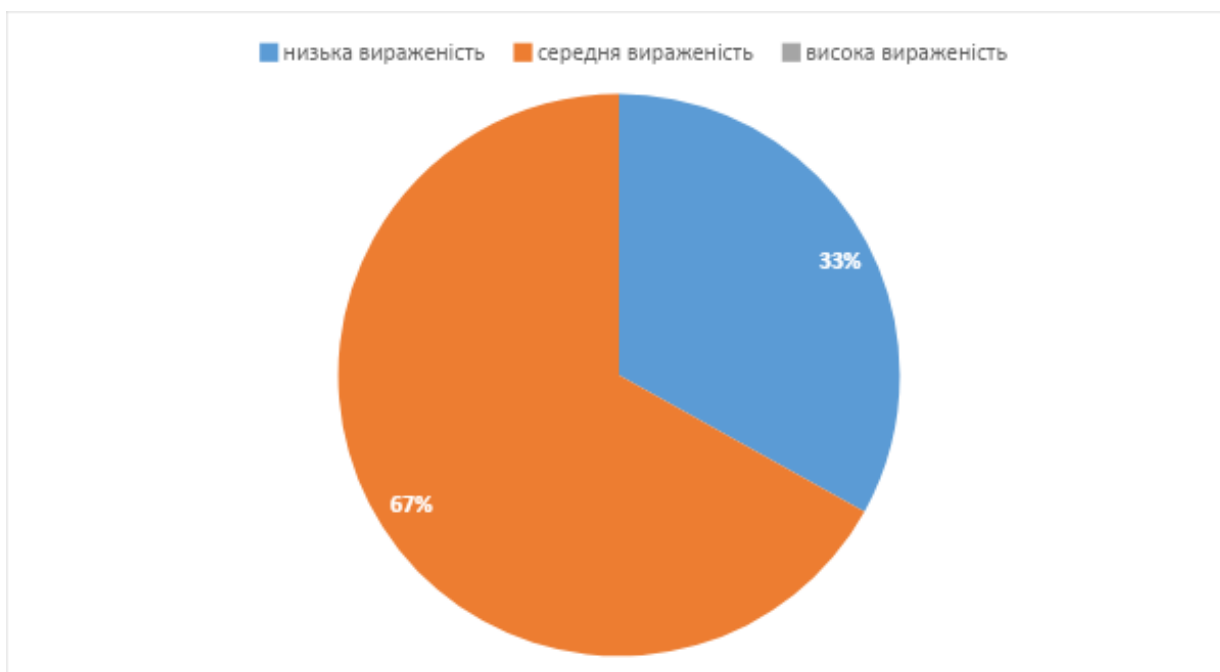


Рис. 3.3. Результати розподілу вибірки за виразністю рис прикордонного розладу особистості

наявністю емоційної дисрегуляції; проблемою копінг-стратегій, тобто для таких жінок характерно використання емоційно-спрямованого копінгу; підвищеною міжособистісною сензитивністю; почуття пригніченості, спустошеності; високий рівень тривожності та ін. Вони важко пристосовуються до навколишнього середовища, важко йдуть на контакт.

Схильні до самоушкоджуючої поведінки, як причина уникнення депресії, дисфорії, апатії, зменшення почуття самотності, безпорадності, безнадійності та і т.д. У випробовуваних із рисами прикордонного розладу особистості емоційні реакції відрізняються високою реактивністю. Їм властива неадекватна сильна злість чи відсутність контролю над гнівом.

Перелічені риси характерні для таких прикордонних розладів особистості, як емоційно-нестійкий, ананкастний розлад особи, тривожне, розлад типу залежної особистості, пасивноагресивний.

На рис. 3.4. представлені результати розподілу вибірки за рівнем тривожності.

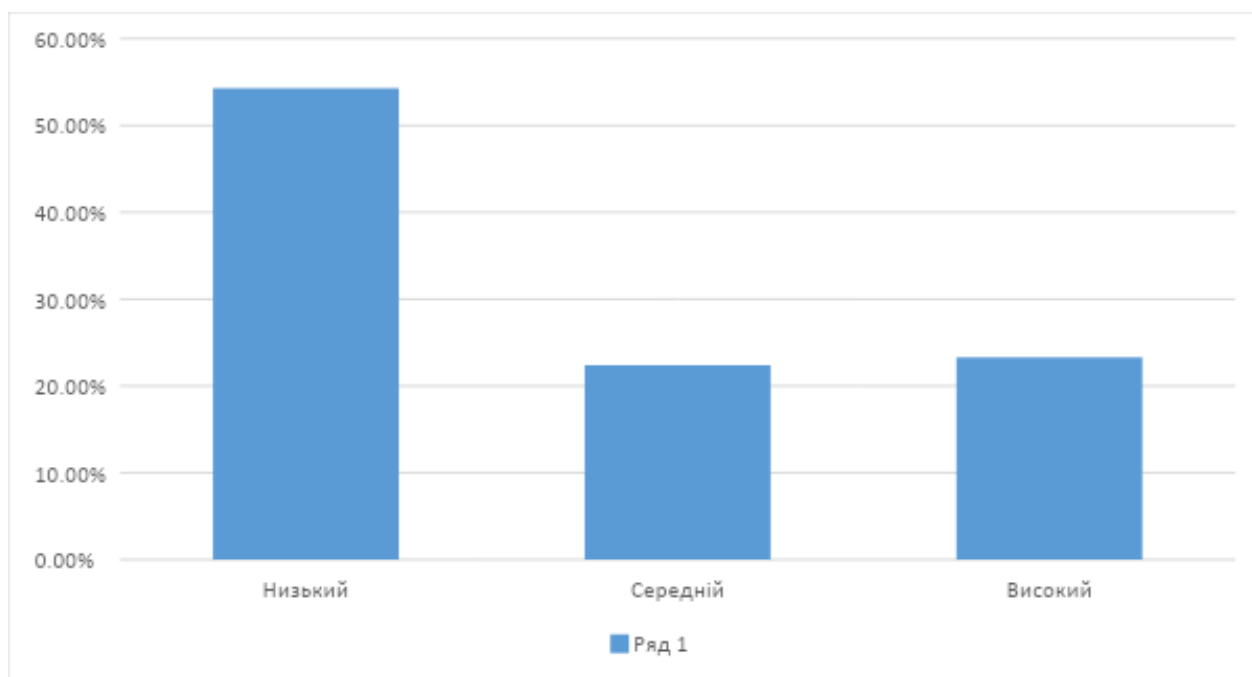


Рис. 3.4. Результати розподілу вибірки за рівнем тривожності

Як видно з отриманих даних, низький рівень тривожності характерний для 45% випробовуваних, середній рівень тривожності мають 5% та у 50% випробовуваних високий рівень тривожності. Таким чином, для більшої частини вибірки характерні такі прояви тривожності, як: переживання

безпорадності, безсилля, незахищеності, амбівалентність почуттів, що породжує труднощі у прийнятті рішень та цілепокладання.

Такі випробовувані характеризуються невідповідністю потреби позитивного ставлення до себе та реальним ставленням оточуючих, а також заниженою самооцінкою. Випробовуваним із середнім та високим рівнем тривожності властиві швидка стомлюваність, труднощі перемикавання з одного виду діяльності іншою.

Такі випробовувані можуть відчувати підвищену відповідальність. Найчастіше вдаються до «уникнення невдач». Особи, схильні до високого рівня тривожності можуть відрізнятися деякою замкнутістю, низьким рівнем активності.

Результати розподілу вибірки за рівнем депресії представлені на рис.3.5.

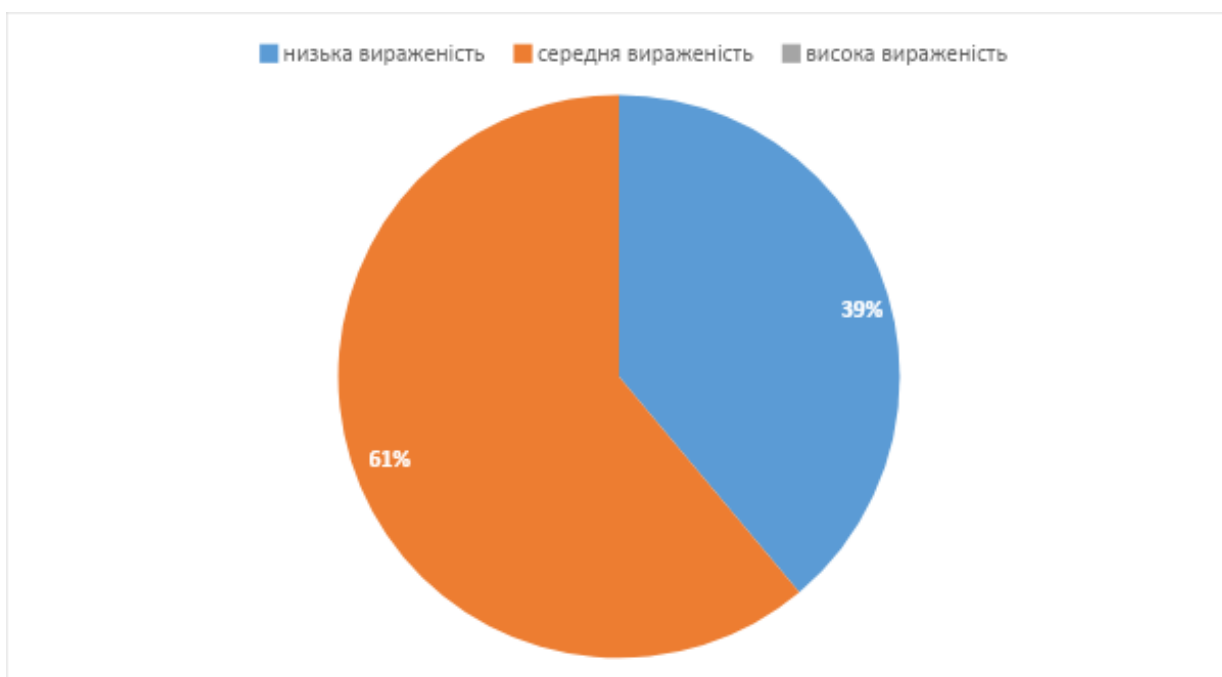


Рис.3.5. Результати розподілу вибірки за рівнем депресії

Керуючись отриманими даними, ми можемо говорити про те, що у 61,1% випробовуваних низький рівень депресії, для 38,9% випробовуваних

характерний середній рівень депресії. Високий рівень депресії не було виявлено. Випробовувані із середнім рівнем депресії відрізняються низькою мотивацією, надмірною тугою, недоліком позитивних емоцій, почуттям неспроможності. Може мати місце почуття провини, знижений настрій, почуття смутку. Таким випробовуваним властива дратівливість, апатія, надмірна фіксація на актуальному стані речей, зниження життєвого тону. Можуть виникати ідеї самозвинувачення.

У випробовуваних із середнім рівнем депресії може спостерігатися втрата можливості впливати на події, усвідомлена втрата контролю. Розвивається відчуття марності, очікування незалежності наслідків від поведінки, внаслідок чого і виникає стан пасивності, смуток, безнадійність, занижена самооцінка.

На рис.3.6. представлені результати розподілу вибірки випробовуваних за рівнем адаптації.

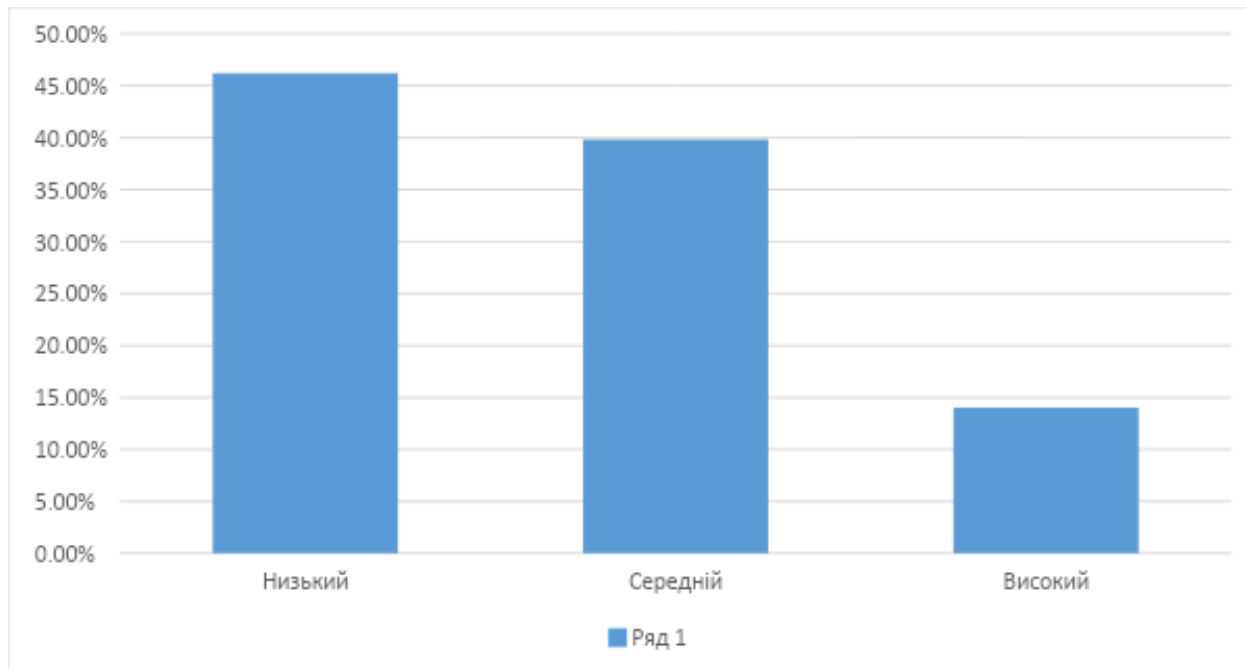


Рис.3.6. Результати розподілу вибірки студентів за рівнем адаптації

Як видно з отриманих даних, низький рівень адаптації характерний для 46,2% випробовуваних, середній рівень адаптації має 39,8% випробовуваних та у 14% випробовуваних мають високий рівень адаптації. Таким чином, у більшості частини вибірки задовільний рівень адаптації.

Для осіб з низьким рівнем адаптації характерні низька емоційна стійкість. Процес соціалізації ускладнений, можливі асоціальні зриви, прояв агресивності та конфліктності. Для випробовуваних з низьким рівнем адаптації характерні неуспішність, порушення у комунікативній сфері. Така людина, як правило, недисциплінована, часто відволікається. Переважає пригнічений настрій.

З метою підтвердження існування зв'язку між вираженістю рис прикордонного розладу особистості, рівнем тривожності, адаптації, депресії ми зробили розрахунок із застосуванням коефіцієнта кореляції Пірсона. Цей критерій дозволяє виявити лінійну залежність між змінними.

В результаті ми виявили, що існує тісна позитивна (Taylor; Beck) та негативна (AS) кореляція на рівні $p < 0,05$ між показниками за методиками у випробовуваних із різним рівнем тривожності.

На підставі отриманих результатів, ми можемо зробити висновок, що у випробовуваних з середнім рівнем вираженості прикордонного розладу особистості спостерігається високий рівень тривожності, середній рівень депресії та низькі адаптаційні можливості.

3.6. Загальний аналіз результатів дослідження

Різниця між групами 1 і 2 достовірна за шкалами «нестабільність», «самопошкодуюча поведінка», «суїцидальна поведінка» та за сумою балів, набраних за всіма п'ятьма шкалами. Кількість балів, що набирається обстеженими у групі 1, достовірно перевищує кількість балів, що

набирається обстежуваними у групі 2 за вказаними шкалами та за сумою балів, що набираються за трьома шкалами.

За шкалою «нестерпність самотності» різниця між групами 1 і 2 недостовірна.

У зв'язку з тим, що за шкалами «нестабільність», «самопошкоджуюча поведінка» та «суїцидальна поведінка» обстежені у групі 1 (з встановленим клінічно діагнозом ПРО) набирають достовірно більше балів, ніж здорові обстежені з групи 2, у обох групах були пораховані суми балів, що набираються обстеженими за цими трьома шкалами («нестабільність», «самопошкоджуюча поведінка» і «суїцидальна поведінка»).

За статистикою жінки найбільш схильні до деструктивної поведінки, адже більшість піддається сексуальному, моральному та фізичному насиллю зі сторони суспільства та чоловічої статі. У багатьох дослідженнях вказано, що жінки зі встановленим чи можливим діагнозом ПРО зазвичай високорозвинені емпатично, здатні на доречовому рівні відчувати емоційний стан важливої людини, з якою перебуває в контакті. Вони дуже вразливі, схильні переносити на себе відчуття інших та перебільшувати пережиті ситуації, що загалом свідчить про нестабільність.

При обстеженні груп з ПРО у жінок було можливим виділення клінічних субформ: із вираженими проявами імпульсивної поведінки; з переважанням емоційних розладів; з переважанням ознак порушеної ідентичності; з прийняттям раціонально неадекватних рішень, що стосуються проблеми роботи, місця проживання, фінансово-економічних зобов'язань; з суїцидальними тенденціями та реалізаціями. Перша субформа була встановлена у 3 жінок з ПРО. Типовими для цієї форми видами імпульсивності були: раптове прагнення алкоголізації та/або вживання речовин, що змінюють психічний стан; участь у азартних іграх із невиправданим ризиком; неадекватний шопінг та переїдання; поведінка з

підвищеним ризиком для здоров'я та життя; прагнення до вступу у випадкові сексуальні відносини, зазвичай з особами, що не відповідають їх соціальному статусу.

Імпульсивність у обстежених жінок виявлялася і натомість відносного добробуту, за відсутності зовнішніх ознак скільки-небудь виражених порушень. Ці жінки в повсякденному житті вели себе досить рівно, не привертаючи уваги оточуючих якоюсь незвичайністю в емоційних реакціях, висновках, контактах і в поведінці загалом. Імпульсивні дії виникали несподівано, не впливали із загального стилю поведінки, і не могли задалегідь прогнозуватись навіть близькими людьми. Це стосувалося всіх вищезгаданих форм імпульсивності. Так, наприклад, зловживання алкоголем та вживання інших речовин, які змінюють психічний стан, виникали і натомість відсутності будь-яких ознак алкогольної адикції за відсутності симптомів як фізичної, а й психологічної залежності від алкоголю та інших психоактивних речовин.

Участь в азартних іграх, непомірне витрачання грошей, неадекватне марнотратство виникали при відсутності ознак патологічного гемблінгу, залежності до азартних ігор. Епізодичне переїдання розвивалося і натомість відсутності ознак харчових адикцій.

Усі перелічені форми імпульсивності включали лише короточасні епізоди поведінки, за якими слідувала поява критичного відношення та прагнення повністю витіснити зі свідомості те, що відбувалося. У всіх випадках мала місце чітке егодистонне ставлення до змісту імпульсивної поведінки, що оцінювалося як чуже основним особистісним настановам. Слід також наголосити на необхідності проведення диференціації між різними видами імпульсивності в обстежених випадках. Імпульсивності «хімічного та нехімічного адиктивного змісту» виникали періодично, і між їх виникненням були досить тривалі (від одного до декількох місяців) щодо інтактні періоди

функціонування. Імпульсивні епізоди тривали зазвичай від одного до кількох днів.

До другого варіанта належали імпульсивності, що виникають часто і протікають протягом дуже коротких проміжків часу, іноді миттєво. До них належали: прийняття миттєвих рішень, поведінка з ризиком для здоров'я та життя. У подібних випадках зазвичай мало місце прагнення раціоналізації чи применшення значення цих форм імпульсивного поведінки.

Субформа з величезним переважанням емоційних розладів виявлялася в 3 жінок. Вона характеризувалася переважанням зниженого настрою із загальною незадоволеністю життям, легким виникненням дратівливості та дисфорії. Негативні емоції проектувалися зазвичай на найближчих людей. Відбулася прискіпливість, нетерпимість, прагнення конфліктам, відзначалася підвищена сенситивність, уразливість, легке виникнення агресивних реакцій.

У деяких жінок у поведінці переважала пасивна агресивність, яка виражалася у відсутності кооперації та взаємодопомоги, усуненні від виконання необхідних завдань, канітелі за її реалізації.

З огляду на переважаючого негативного емоційного стану періодично виникали епізоди підвищеної активності і натомість легкої ейфорії за збереження дратівливості і гнівливості. Вони вимагали до себе підвищеної уваги зазвичай із боку чоловіка чи інших членів сім'ї. Однак практично ніколи надовго не задовольнялися такою, що складається ситуацією.

Жінка, у клінічній картині яких переважали ознаки порушеної ідентичності, характеризувалася частим (від щоденного до кількох разів на місяць) виникненням явищ деперсоналізації з появою сприйняття себе, що відрізняється відчуттям незвичності, відчуттям перебування «не в своєму тілі», почуттям оволодіння якимось іншим особистісним змістом. Для деяких пацієнток були характерні відчуття зміненої гендерної ідентичності, вони періодично відчували себе чоловіками або відчували стан, що відповідає

феномену гендерної флюїдності згідно з L. Diamond. Деякі пацієнтки скаржилися на те, що у них виникають труднощі диференціації між змістом побачених у недавньому минулому сновидінь та реальністю. У трьох пацієнток відзначалося періодичне виникнення станів, у яких вони відчували себе повернутими до дитячий період життя.

У більшості пацієнток періодично виникали також симптоми дереалізації з появою почуття, що все відбувається ніби уві сні, з відчуттям відчуження від навколишнього світу, який міг сприйматися як «чужий», «нереальний», «зачарований». Для 5 жінок були характерні порушення адаптації, пов'язані з несподіваним прийняттям рішень, які часто виявлялися помилковими та були здатні зруйнувати результати колишніх трудових зусиль, професійну кар'єру та особисте життя.

Останній варіант був особливо травмуючим для жінок, які вибрали для себе переважно професійно-кар'єрний життєвий сценарій з відмовою від традиційно жіночого іміджу, фіксованого на сімейній сфері обов'язків та реалізації себе як матері, яка дбає і виховує дітей. Професійні невдачі об'єктивно приводили в подібних випадках до посилення психічної фрагментаризації із втратою почуття сенсу життя, переживаннями внутрішнього психічного хаосу.

Самоушкоджуюча поведінка була характерна для жінок з ПЛР молодого віку до 25 років (4 чол.). У більшості обстежених випадків самоушкоджуюча поведінка реєструвалася ще до 18-річного віку, тобто тоді, коли прикордонний особистісний розлад ще не діагностується. Найчастішою формою самоушкоджуючої поведінки були порізи рук лише на рівні передпліч, кистей, вироблені гострими предметами, лезом бритви, ножом.

Ушкодження сприймалися дорослими, близькими людьми як прагнення добитися чогось шляхом шантажу. Проте, аналіз виявляв глибше значення

самоушкоджуючих актів. Пацієнтки, що спостерігалися, відчували труднощі при спробі вербалізації причин, що спонукають їх до здійснення цих дій.

Вдавалося встановити, що самоушкоджуючі дії у всіх випадках, що спостерігалися, відбувалися з метою зміни психічного стану. Попереднє акту самоушкодження стан характеризувався виникненням емоційної напруги, що наростає вільно плаваючою тривогою, появою деперсоналізаційно-дереалізаційних симптомів, які ідентифікувалися пацієнтками як «втрата себе», почуття «сходження з розуму», почуття «внутрішнього розпаду, розкладання», «наступної катастрофи».

Фізична біль при самоушкодженнях грала роль відволікаючого агента, здатного значно пом'якшити чи усунути драматичні переживання. У двох пацієнток заспокійливим фактором був не стільки біль, який у цих випадках майже не сприймався, а споглядання крові, що стікає.

Неправильність оцінки самоушкоджуючої поведінки як інструменту шантажу підтверджувалася також тим, що акти самоушкодження здійснювалися за відсутності можливих свідків в ізольованих закритих приміщеннях, зазвичай у ванній кімнаті, коли нікого не було вдома. У двох випадках самоушкоджувальні дії могли бути розцінені як підготовка до самогубства, його своєрідна репетиція. При цьому мали місце повторні самоушкоджуючі дії, що посилюються, що здійснюються за механізмом «як далеко я можу зайти», «скільки я можу винести».

Суїцидальні тенденції та реалізації вважаються характерними для осіб із МРО. У жінок, що спостерігалися, суїцидальні тенденції спостерігалися у 4 випадках, незавершені суїцидальні реалізації у 5 випадках. Пацієнтки цієї категорії виявляли вже у дитячому віці інтерес до екзистенційних проблем життя та смерті. Вони неодноразово ставили ці питання батькам та іншим

дорослим членам сім'ї, виявляли інтерес до будь-якої інформації про самогубства.

Підлітковий максималізм виступав у них у загостреній формі, виявляючись у вигляді мислення на кшталт «все чи нічого», безкомпромісності, орбітральності висновків, прагнення до надмірної ідеалізації, що змінюється повним знеціненням ідеалів. Багато хто з обстежених пацієнток вже в підлітковому періоді розробляв плани та техніки можливого самогубства. Самогубство розглядалося як вияв сміливості, сильних вольових якостей і навіть як акт героїзму.

Ми визначили різницю в поведінці між статями, нам вдалося поговорити з діагностованими. Чоловіки більш непевні в незахищених сексуальних зв'язках, коли жіноча реакція на ці речі обумовлена нормованим соціальним конструктом.

Таким чином можна зробити наступні узагальнюючі висновки щодо переліку психологічних особливостей особистості з межовим розладом, та можливої корекції її проявів.

Емоційна нестабільність

Це риса особистості, яка викликає у тих, хто має це, надзвичайну сентиментальну мінливість. Також відомий як "невротизм", ця характеристика характерна для людей, на яких сильно впливає все, що з ними відбувається, як в хорошому сенсі, так і коли йдеться про щось негативне.

Емоційна нестабільність є частиною більшості існуючих моделей особистості, включаючи найбільш широко використовувану з усіх, "велику п'ятірку". Це характеристика, яку можна використовувати для прогнозування будь-яких ситуацій у житті, таких як проблеми з особистими стосунками або труднощі на роботі.

Крім того, це також лежить в основі багатьох більш серйозних психологічних проблем, таких як прикордонний розлад особистості або

майже всі труднощі, пов'язані з тривогою. Однак не у всіх людей з емоційною нестабільністю доводиться розвивати патології; насправді багато хто здатний вести абсолютно нормальне життя.

Сьогодні досі невідомо, що змушує одних людей бути більш невротичними, ніж інші, хоча про це існує багато теорій. У цій статті ми розповімо вам усе, що ми знаємо про цю функцію на даний момент, а також дамо кілька порад щодо контролю емоцій, якщо ви вважаєте, що можете її мати.

Симптоми

Щоб зрозуміти, що таке емоційна нестабільність, найпростіше вивчити, які найпоширеніші риси людей мають цю характеристику.

Вони схильні реагувати несподівано

Коли людина поводиться зовсім інакше, ніж можна було б очікувати в тій чи іншій ситуації, це може бути симптомом емоційної нестабільності.

Прикладами цього можуть бути випадки, коли хтось сміється в той час, коли це недоречно робити, або плаче, коли така поведінка, здається, не має сенсу.

Звичайно, реагувати несподівано не завжди означає, що є підтекст невротизму; Але якщо ця функція з'являється поряд з іншими, згаданими в цій статті, це може бути дуже показовим.

Раптові перепади настрою

Перехід від однієї емоції до іншої - це те, що трапляється з усіма нами; але у випадку з невротичними людьми ці зміни можуть проявитися майже миттєво. Майже без попередження хтось із емоційною нестабільністю може перейти від щастя до почуття смутку чи гніву, і часто без видимих причин.

Загалом, крім того, найбільш помітними емоціями є негативні; Але може статися і навпаки, що невротик відчувається жахливо одну секунду, а

наступної починає сміятися. Це один з найбільш чітких симптомів цієї риси особистості.

Проблеми з контролем своїх емоцій

Коли ми злі або засмучені, буває важко заспокоїтись; але люди з емоційною нестабільністю страждають особливо серйозними проблемами в цій галузі.

Коли їх щось турбує, вони, як правило, захищаються і стають дуже чутливими до всього, що їх оточує, що може бути потенційно негативним.

Це, крім усього іншого, часто викликає багато проблем в їх особистих стосунках як з партнером, так і з друзями та родиною. Крім того, це породжує високі рівні страждань, оскільки будь-який невеликий дискомфорт робить їх надзвичайно важким часом.

Неузгодженість емоцій та думок

Люди з дуже широким невротизмом, крім того, що в деяких ситуаціях реагують несподівано, у різний час також поведуться по-різному.

Зіткнувшись з одним і тим же стимулом, іноді вони можуть відчувати смуток, а інколи - щастя; або злитися на те, що раніше їх не турбувало.

Те саме може статися з думками. Як правило, той, хто емоційно нестійкий, часом відчуватиме дуже високу самооцінку, а незабаром після цього дуже низьку. Це викликає у них щоденні труднощі.

Вони імпульсивні

Через те, наскільки мінливі їхні емоції і як важко ними керувати, невротичні люди, як правило, діють, не надто замислюючись над тим, що роблять.

Оскільки вони часто почуваються погано, вони можуть поводитись шкідливо або так, що викликає проблеми в особистих або робочих стосунках.

Вони легко стресуються і переживають

Однією з найпоширеніших психологічних проблем серед людей з низькою емоційною стійкістю є стрес. Це відбувається, загалом, через кількість негативних думок, які постійно переслідують голови цих людей.

Коли хтось дуже невротичний, він, як правило, розглядає будь-яку дрібну проблему як щось неможливе для подолання або що це призведе до різного роду ускладнень. З цієї причини у цих людей часто виникають інші більш серйозні патології, такі як тривога або депресія.

Вони мають проблеми зі стримуванням своїх емоцій

Нарешті, невротичні люди часто відчують великі труднощі, щоб контролювати свої почуття та уникати поведінки відповідно до того, як вони є.

Наприклад, якщо вони дуже розлючені, вони схильні платити за це людям, які їх оточують, незалежно від того, чи винні вони в тому, що з ними відбувається.

Знову ж таки, це, як правило, викликає у них всілякі проблеми як у стосунках з іншими, так і у власному житті. Тому, якщо ви вважаєте, що у вас дуже висока нестабільність, або ви знаєте когось із цією характеристикою, настійно рекомендуємо вам попрацювати над цим самостійно або звернутися за допомогою.

Причини

Що призводить до того, що одні люди стають емоційно нестабільнішими за інших? Як і у випадку з іншими рисами особистості, здається, що відповідь не проста. Існує багато факторів, що впливають на розвиток цієї проблеми; далі ми побачимо деякі найважливіші.

Генетика

Коли психологію почали вивчати як науку, першим фактором, який дослідники намагалися використати як пояснення відмінностей особистості, була біологія.

На думку цих перших психологів, людина буде більш-менш невротиком залежно від вроджених факторів, які неможливо контролювати чи змінювати.

Однак пізніше ці теорії були випробувані завдяки дослідженням з близнюками та усиновленими дітьми; і було виявлено, що хоча біологія відіграє важливу роль в особистості, це не єдине, що має значення.

Насправді, за підрахунками, генетичні фактори здатні пояснити приблизно 50% відмінностей особистості між людьми. Однак друга половина більше пов'язана із середовищем, в якому вони виростили, або їх культурою.

Навколишнє середовище

Інший фактор, який часто вивчають, щоб спробувати пояснити відмінності особистості, що існують у людей, - це середовище, в якому виріс кожен з нас.

Десятиліттями було відомо, що те, як наші батьки та референси впливали на нас як дітей, багато в чому пов'язане з тим, як ми є дорослими.

Крім усього іншого, виявляється, що одним із факторів розвитку, який найбільше впливає на розвиток невротизму, є наявність невпевненої прихильності у дитинстві.

Це означає, що коли дитина ігнорується або лікується без особливої прихильності батьків, вона, як правило, стає людиною з високою емоційною нестабільністю.

Іншими факторами, які можуть вплинути на розвиток цієї характеристики, є відсутність підтримки в дитинстві чи підлітковому віці, знуцання або приналежність до групи ризику, наприклад, гомосексуалісти, надмірна вага або приналежність до меншості.

Розбіжності мозку

Нарешті, останні дослідження в галузі нейронауки показали, що на анатомічному рівні існують відмінності в мозку невротиків порівняно з іншими, які не мають цієї характеристики.

Дві найбільш вражаючі відмінності - менша кількість зв'язків між префронтальною корою (відповідальною за контроль імпульсів) з рештою мозку та нижчим рівнем серотоніну. Це нейромедіатор, який контролює емоції та викликає відчуття благополуччя, коли присутній.

Лікування

Дуже складно змінити таку фундаментальну рису особистості, як невротизм. Однак можна навчитися керувати деякими найнеприємнішими наслідками та зменшити кількість проблем, які вона викликає у повсякденному житті тих, хто страждає від неї.

Існує безліч підходів, які можна використовувати для зменшення емоційної нестабільності; але лише деякі з них виявились справді ефективними в довгостроковій перспективі. У цьому розділі ми побачимо найважливіші з них.

Когнітивно-поведінкова терапія

Сьогодні найбільш поширений підхід до лікування проблем невротизму - це поєднання когнітивної (орієнтованої на думки) та поведінкової (пов'язаної з поведінкою) терапії.

Цей психологічний підхід виявився дуже ефективним у середньо- та довгостроковій перспективі для полегшення найсерйозніших симптомів емоційної нестабільності.

Загалом для лікування невротизму часто застосовується подвійний підхід від цієї терапії. З одного боку, він прагне досягти когнітивної перебудови: тобто повністю змінити спосіб мислення людини таким чином, що спосіб їх інтерпретації світу не спричиняє таких великих змін у їх емоціях.

Водночас він прагне змусити людину активно протистояти своїм страхам і ставити цілі, які змушують завоювати більше впевненості в собі.

Змішані між собою, ці два підходи, як правило, працюють дуже добре для людей-невротиків, які, як правило, вчать краще контролювати свої емоції та реакції.

Приймальна та прихильна терапія

Однією з останніх методів терапії, але яка досягає найкращих результатів у людей з емоційною нестабільністю, є терапія АСТ. Отримана із суміші когнітивного струму та медитації, вона полягає у навчанні людини приймати свої емоції та думки, не беручи на себе контроль над ними.

Прийнятна та прихильна терапія виявилася дуже ефективною у випадках, коли людина має особливо збуджений розум, і тому зазнає багатьох проблем при зміні думок. Крім того, це також терапія, орієнтована на дії, яка може допомогти тим, хто використовує її для поліпшення свого життя.

Як допомогти емоційно нестійкій людині?

Допомога тому, хто дуже невротичний, може бути дуже складною. Зазвичай ми не можемо багато чого зробити, коли кохана людина виявляє цю рису особистості на дуже високому рівні. Незважаючи на це, ми можемо вжити певних дій, які могли б допомогти пом'якшити найгірші наслідки цієї проблеми.

Перше, що ми можемо зробити, це показати свою безумовну підтримку невротичній людині. Як правило, коли хтось відчуває себе зрозумілим і улюбленим, його емоції, як правило, заспокоюються і стають менш екстремальними. Це може бути дуже важливим фактором одужання цих осіб.

Ще одна дія, яку ми можемо вжити, коли йдеться про допомогу комусь із емоційною нестабільністю, - це намагатися залишатися позитивно налаштованою на них. Часто, коли вони відчувають дуже екстремальні почуття, ці люди можуть повірити, що все піде не так. Запевнити їх, що те, що відбувається, не надто погано, може допомогти їм почуватись краще.

Нарешті, якщо ви вважаєте, що проблема іншої людини дуже серйозна, ви можете запропонувати їм звернутися за професійною допомогою. Психолог може допомогти невротикові краще контролювати свої емоції та поводитись більш функціонально.

ВИСНОВКИ

Узагальнюючи результати аналізу психологічних особливостей осіб із ознаками межового розладу особистості можна стверджувати таке:

1. Межовий розлад особистості (МРО) – це розлад психіки, за якого спостерігається підвищена емоційна нестабільність поведінки. Особи з МРО схильні до імпульсивних учинків, різких перепадів настрою, агресивної поведінки і депресивності.

2. Для осіб із межовим розладом особистості характерна емоційна біль, уразливість, скачки від ідеалізації до повного знецінення одних і тих самих людей, або ситуацій, нездатність, навіть доклавши зусиль, ефективно впливати на свої переживання, емоції, реакції в ситуаціях стресу в когнітивній, поведінковій та емоційній сферах.

3. Кореляційний аналіз виявив тенденції значущого взаємозв'язку між показником кількості ознак межового розладу особистості (МРО) і такими показниками, як емоційна лабільність (нестійкість емоцій), імпульсивність та самоушкоджувальна поведінка. Саме ці показники є важливими діагностичними критеріями межового розладу особистості.

4. Високий рівень вияву ознак межового розладу особистості супроводжується такими психічними станами дезадаптації, як невротична депресія, астенія, напруженість і тривожність. Таким чином, особам із виразністю ознак межового розладу особистості характерні емоційний дискомфорт, імпульсивність, відособленість і емоційна нестійкість. Ці характеристики особистості спостерігаються на тлі вираженості станів психічної дезадаптації, астенії та переживань невротичної депресії. Супутніми із виявами ознак межового розладу особистості, ймовірно, є конверсійне і obsесивно-фобічні розлади особистості

5. Виявлено, що для осіб із рисами прикордонного розвитку особистості характерні: емоційна неврівноваженість, імпульсивність, низький самоконтроль. А також нестабільність міжособистісних відносин, образу Я, депресивні стани, негативні емоції, такі як тривога, смуток, гнів та його прояви, туга. Загалом критерії прикордонного розладу особистості відображають патерн поведінкової, емоційної та когнітивної нестабільності та дисрегуляції. Щодо тривожності, як одного з симптомів прикордонного розладу особистості, то вона може виявлятися різною мірою. У деяких осіб із прикордонним розладом особи тривожність може переходити у сильне почуття знервованості, напруги чи паніки. Тривога супроводжується занепокоєнням з приводу негативних наслідків, неприємних переживань минулого чи несприятливих ситуацій у очікуваному майбутньому; почуттям страху, поганими передчуттями, відчуттям загрози в ситуаціях невизначеності, страхом внутрішнього розпаду чи втрати контролю.

6. На підставі отриманих результатів, ми можемо зробити висновок, що у випробовуваних з середнім рівнем вираженості прикордонного розладу особистості спостерігається високий рівень тривожності, середній рівень депресії та низькі адаптаційні можливості.

СПИСОК ВИКОРИСТАНОЇ ЛІТЕРАТУРИ

1. Айенгар, Б. К. Йога-Сутры Патанджали. Прояснение [Электронный ресурс] [www.universalinternetlibrary.ru/ book/yoga-sytra/1.shtml](http://www.universalinternetlibrary.ru/book/yoga-sytra/1.shtml).
2. Александров, А. А. От ортодоксального психоанализа к патогенетической психотерапии В.Н. Мясищева // Интегративная психотерапия. А.А. Александров. – СПб., 2009.–352 с
3. Александровский, Ю. А. Пограничные психические расстройства / Ю.А. Александровский. – М., 2000. – 348 с.
4. Анцыферова, Л. И. Личность в трудных жизненных условиях: переосмысливание, преобразование ситуаций и психологическая защита / Л.И. Анцыферова // Психологический журнал. – 1994. – №1. – С.3 – 18
5. Астапов, В. М. Тревога и тревожность / В. М. Астапов. – СПб. : Питер, 2001. – 256 с
6. Березин, Ф. Б. Методика многостороннего исследования личности (структура, основы интерпретации, некоторые области применения). Третье издание (исправленное и дополненное). / Березин Ф. Б., Мирошников М. П., Соколова Е. Д. – М.: «Консультант плюс – новые технологии», 2011. – 320 с.
7. Бобирьов, В.М. Афективні розлади: клінічний та психофармакологічний аспекти [Текст]: навчально-методичний посібник для лікарів-інтернів, магістрантів, клінічних ординаторів та аспірантів за фахом «психіатрія» / Бобирьов В.М., Скрипніков А.М., Телюков О.С. – Полтава: «Дивосвіт», 2014. – 133с
8. Бодров, В. А. Психологический стресс. Развитие и преодоление / В.А.Бодров. – М.. ПЕР СЭ, 2006 – 311 с.
9. Брайт, Дж. Стресс: теории, исследования, мифы: секреты болезни цивилизации : учебное пособие / Джим Брайт, Фиона Джонс. – 2-е

международное издание. – Санкт-Петербург : Прайм-Еврознак ; Москва : Олма-Пресс, 2003. – 352 с. – (Проект 'Психология-Best')

10. Бурлачук, Л. Ф. Психодиагностика: Учебник для вузов. 2-е изд. – СПб.: Питер, 2009. – 384 с.

11. Бурцев, А. О. Возникновение и развитие понятия «Психопатия»: отечественные и зарубежные исследования личностных расстройств в 19 столетии / А.О. Бурцев // Психологический журнал № 3. – Рязань, 2014. – С.14- 25

12. Ганнушкин, П. Б. Клиника психопатий, их статика, динамика, систематика / П. Б. Ганнушкин. – М.: Изд-во НГМА, 2000. – 121 с.

13. Глейтман, Г. Основы психологии / под ред. В.Ю. Большакова, В.Н. Дружинина. СПб.: Речь, 2001. 1247 с.

14. Гризингер, В. О распознавании и лечении сумасшествия / В. Гризингер; пер. с нем. под ред Ф. В. Овсянникова. – Изд.4-е. – М.: ЛИБРОКОМ, 2014. – 558 с.

15. Гринберг, Л. Введение в работы Биона /Л. Гринберг, Сор Д., Табак де Бьянчеди Э. Пер. с англ. – М. : Когито-Центр, 2007. – 160 с.

16. Зливков, В. Л. Психодіагностика особистості у кризових життєвих ситуаціях / В.Л.Зливков, С.О. Лукомська, О.В. Федан. – К.: Педагогічна думка, 2016. – 219 с.

17. Кернберг, О. Ф. Тяжелые личностные расстройства: Стратегии психотерапии / О. Ф. Кернберг. Пер. с англ. – М. : Независимая фирма «Класс», 2014. – 464 с.

18. Клінічний опитувальник для виявлення та оцінки невротичних станів. [Електронний ресурс] - <http://ibib.ltd.ua/2219-klinicheskiy-oprosnik-dlya-vuiyavleniya-35788.html>

19. Ковалев, В. В. Психиатрия детского возраста: Руководство для врачей. / В.В. Ковалев. – М.: Медицина, 1979. – 110 с.

20. Крафт-Эбинг, Р. Половая психопатия. / Р. Крафт-Эбинг // Издание журнала «Практическая медицина» (В.С. Эттингер). – СПб., 1909. – С.57-106.
21. Крепелин, Э. Введение в психиатрическую клинику / Э. Крепелин. Пер. с нем. / Э. Крепелин. - М.: Бином. Лаб. знаний, 2004. – 492 с
22. Кутько, І. І. Афективні розлади // Психіатрія / Під ред. проф. О.К. Напреєнка. – К.: Здоров'я, 2001. – С. 353-372.
23. Ласовская, Т. С. Консультативная психология и психотерапия / Т. С. Ласовская // Психологический журнал № 2. Том 22. – М., 2015. – С. 48-77.
24. Мак-Вильямс, Н. Психоаналитическая диагностика: Понимание структуры личности в клиническом процессе / Н. Мак-Вильямс. Пер. с англ.– М. : Независимая фирма «Класс», 2007. – 480 с.
25. Мамедова, Л. В. Пограничное расстройство личности, критерии и методы его диагностики // Психология. Историко-критические обзоры и современные исследования. 2019. Т. 8. № 5А. С. 163-169. DOI: 10.34670/AR.2020.46.5.015
26. Менделевич, В. Д. Психиатрия / В.Д. Менделевич. - Ростов-на-Дону: «Феникс», 2017. – 412 с
27. Напреєнко, О. К., Особливості клініки та фармакотерапії депресій з урахуванням сучасних патопластичних факторів // Архів психіатрії. – 2004. – Т. 10, №1 (31). – С. 9 – 10
28. Рождественский, Д. С. Пограничная личность / Д. С. Рождественский –СПб: Б&К, 2006. – 160 с.
29. Романов, Д. В. Способ диагностики пограничного расстройства личности. URL: <https://findpatent.ru/patent/256/2564752.html>
30. Хиллиган, Сет.Дж.. Тревога, гнев, прокрастинация. 10 стратегий для самостоятельной работы СЕТ ДЖ. ГИЛЛИХАН. ЭКСМО, 2020, 272 с
31. Скрипніков, А. М., Сонник Г.Т., Рудь В.О. Роль психофармакологічних факторів в патоморфозі депресивних станів з

суїцидальними проявами / Журнал психиатрии и медицинской психологии. №1 (10), 2003. – С. 20–22

32. Снежневский, А. В. Клиническая психопатология / А.В. Снежневский // Руководство по психиатрии. – М., 1983. – С. 6-97.

33. Томчук, С. М. Психологія тривоги, страху та агресії особистості в освітньому процесі: [монографія] / Сергій Михайлович Томчук, Михайло Іванович Томчук. – Вінниця: КВНЗ «ВАНО», 2018. – 200 с.

34. Упражнения для снятия тревоги, напряжения и стресса [Электронный ресурс] – <https://blog.mann-ivanov-ferber.ru/2015/09/03/uprazhneniya-dlya-snyatiya-trevogi-napryazheniya-i-stressa-ili-skazhem-net-krizisu/>

35. Фільц, О. О. Пограничні (borderline) розлади: історія питання, власна концепція і терапевтичні пропозиції / Фільц О.О., Кулик О.Л., Євченко Ю.О., Ришковська Н. О. // Медицина світу. 2001. – С.1 - 13.

36. Фоули, Д. Энциклопедия женского здоровья / Д.Фоули, Э.Нечас. – М.: АО КРОНпресс, 1995. – 623 с.

37. Ханин, Ю. Л. Межличностная и внутригрупповая тревога в условиях значимой совместной деятельности // Вопр. психологии. – 1991. – № 5. – С. 51–55.

38. Холмогорова, А. Б. Копинг-стратегии и эмоциональная дезадаптация у студентов с чертами пограничного расстройства личности / А.Б. Холмогорова, И.Д. Климова // Консультативная психология и психотерапия №2.Том 22. – М., 2015. – С. 153–167

39. Шварц-Салант, Н. Пограничная личность. Видение и исцеление / Н. Шварц-Салант – М. : Когито-Центр, 2010. – 368 с.

40. American Psychiatric Association «Diagnostic and statistical manual of mental disorders, Fourth Edition, Text Revision: DSM-IV-TR». – Washington, DC: American Psychiatric Publishing, Inc., 2000.

41. Butcher, J. N. MMPI-2 (Minnesota Multiphasic Personality Inventory-2): Manual for administration and scoring (2nd ed.) / J.N.Butcher, J.R.Graham, Y.S.BenPorath, A.Tellegen, W.G.Dahlstrom, B.Kaemmer. – Minneapolis, MN: University of Minnesota Press, 2001. – 200 p.
42. DSM-IV (Diagnostic and Statistical Manual of mental disorders IV) — диагностическое и статистическое руководство по психическим расстройствам IV издания 1994г
43. Frydenberg, E. Beyond Coping. Meeting goals, visions and challenges / E. Frydenberg. – Oxford University Press, 2002. – 176 p.
44. Hamilton, M. A rating scale for depression // Journal Neurology, Neurosurgery and Psychiatry. – 1960. – V. 27. – P. 56 – 62.
45. Kennedy, S.H. A double-blind comparison of sexual functioning, antidepressant efficacy, and tolerability between agomelatine and venlafaxine XR. J Clin Psychopharmacol 2008; 28: 329–33.
46. Moos, R. H. Life transitions and crises: A conceptual overview / R.H. Moos, J.A. Schaefer. – In R. H. Moos (Ed.), Coping with life crises: An integrated approach. –New York: Plenum, 1986. – P.28–33.
47. Nemeroff, C. New directions in the development of antidepressants: the interface of neurobiology and psychiatry // Hum. Psychopharmacol Clin. Exp. – 2002. – № 17. P. 13 – 16.
48. Serretti, A. Pharmacogenetics of selective serotonin reuptake inhibitor response: a 6-month follow-up. Pharmacogenetics. 2004;14:607-613.
49. Wilson, S. Argyropoulos S. Antidepressants and sleep; a qualitative review of the literature // Drugs. – 2005; 65: 927–47.
50. Бейтман, Э. У. Лечение пограничного расстройства личности с опорой на ментализацию / Э. У. Бейтман, П. Фоаги. – М. : Институт общегуманитарных исследований, 2014. – 248 с.

51. Ласовская, Т. Ю. Опросник для диагностики пограничного личностного расстройства формы "А" // Консультативная психология и психотерапия. – 2014. – Т. 22. – № 2. – С. 48–77.
52. Лайнен, М. Когнитивно-поведенческая терапия пограничного расстройства личности / М. Лайнен. – М. : Вильямс, 2015. – 592 с.
53. Наследов, А. Д. SPSS 19. Профессиональный статистический анализ данных / А. Д. Наследов. – СПб. : Питер, 2011. – 400 с.
54. Отчет Министерства социальной политики Украины о состоянии психического здоровья украинцев [Электронный ресурс]. – Режим доступа: <https://ru.tsn.ua/ukrayina/ukraina-zanimaet-pervoe-mesto-po-kolichestvu-psihicheskikh-rasstroystv-v-evrope-1009380.html>.
55. Хромов, А. Б. Пятифакторный опросник личности: учебно-метод. пособ. / А. Б. Хромов. – Курган : Изд-во Курганск. ун-та, 2000. – 23 с.
56. Яхин, К. К. Клинический опросник для выявления и оценки невротических состояний / К. К. Яхин, Д. М. Менделевич. – М., 1998. – С. 545–552.
57. Evaluation of naltrexone for dissociative symptoms in borderline personality disorder / C. Schmahl, N. Kleindienst, M. Limberger and other
58. // International Clinical Psychopharmacology. – 2012. – Vol. 27. – № 1. – P. 61–68.

ДОДАТКИ

Додаток А

Шкала депресії А. Бека

Інструкція

Цей опитувальник складається з 21 пункту, кожен з яких містить кілька варіантів тверджень. Будь ласка, **уважно прочитайте** всі варіанти відповідей до кожного пункту і виберіть один з них, який найкраще описує Ваше самопочуття **протягом останніх двох тижнів, включаючи сьогоднішній день**. Натисніть (клікніть) на вибраному твердженні. Переконайтеся, що Ви не пропустили жодного пункту.

Після заповнення опитувальника натисніть на кнопку **Обробити**

1.

- Мені не сумно
- Значну частину часу мені сумно
- Я увесь час чуюсь сумним, пригніченим
- Я відчуваю нестерпний сум та тугу

2.

- Я не вважаю, що заслуговую покарання
- Я допускаю, що заслуговую покарання
- Я вважаю, що маю бути покараний
- Я відчуваю, що доля карає мене

3.

- Я спокійно думаю про майбутнє
- Думки про майбутнє викликають в мене занепокоєння більше, ніж раніше
- Мені нема чого чекати від майбутнього і на що надіятися
- Я відчуваю, що в моєму майбутньому нема нічого доброго і я нічого не можу змінити

4.

- Я не відчуваю себе невдахою
- В минулому я мав би менше зазнавати невдач
- Моє життя – це суцільна низка невдач та помилок.
- Я абсолютний невдаха в усьому (навчанні, праці, сімейному житті і т.д.)

5.

- Я в основному задоволений тим, ким я є.
- Я втратив впевненість у собі
- Я розчарований в собі
- Я не люблю себе

6.

- Я отримую задоволення від улюблених занять і речей
- Я не отримую такого задоволення, як раніше від улюблених занять та речей

Я отримую дуже мало задоволення від того, що зазвичай мене тішило

Я не можу отримати задоволення від того, що зазвичай мене тішило

7.

Я критикую і звинувачую себе не більше, ніж зазвичай

Я більш критичний до себе, ніж зазвичай

Я критикую себе за всі свої помилки

Я звинувачую себе у всьому поганому, що відбувається

8.

Я не відчуваю відчуття провини

Я відчуваю почуття провини за багато речей, зроблених мною

Я дуже часто чуюсь поганою людиною і мене мучить відчуття провини

Мене мучить постійне відчуття провини

9.

У мене не виникає думок про самогубство

У мене бувають думки про самогубство, але я знаю, що не зроблю цього

Я хочу вмерти і планую самогубство

Якщо б була нагода, я б зробив самогубство

10.

- Я не більш неспокійний або збуджений, ніж зазвичай
- Я відчуваю більше занепокоєння і збудження, ніж зазвичай
- Я відчуваю таке занепокоєння і збудження, що мені важко сидіти спокійно
- Я відчуваю таке занепокоєння і збудження, що змушений весь час рухатися або щось робити

11.

- Я не плачу більш часто, ніж звичайно
- Я плачу частіше, ніж звичайно
- Я плачу кожен день по кожному незначному приводу
- Я хочу плакати, але не можу

12.

- Я не втратив цікавості до інших людей і занять
- Люди і речі цікавлять мене менше, ніж раніше.
- Я значною мірою втратив цікавість до інших людей і занять
- Мене важко чимось зацікавити

13.

- Я не дратуюсь частіше, ніж звичайно
- Я дратуюся легше, ніж звичайно
- Я дратуюся значно легше, ніж звичайно

- Я постійно відчуваю роздратування

14.

- Мені не є важче, ніж звичайно приймати рішення
- Тепер частіше, ніж раніше я зволікаю з прийняттям рішень
- Мені дуже важко прийняти будь-яке рішення
- Я не в стані приймати жодних рішень

15.

- Мій апетит не змінився
- Мій апетит дещо знижений у порівнянні зі звичайним
- Мій апетит дещо підвищений в порівнянні зі звичайним
- Мій апетит значно знижений в порівнянні з минулим
- Мій апетит значно підвищений в порівнянні з минулим
- У мене зовсім нема апетиту
- Я постійно хочу їсти

16.

- Я не відчуваю себе нікчемним
- Я не відчуваю себе таким же цінним і корисним, як завжди
- Я відчуваю себе менш цінним, ніж інші
- Я відчуваю себе повністю нікчемним

17.

- Я так само добре можу зосередитися, як завжди
- Я не можу так само добре зосередитися, як завжди
- Мені важко довго утримувати увагу на чому-небудь
- Я не можу зосередитися ні на чому

18.

- Я так само енергійний, як зазвичай
- У мене менше енергії, ніж зазвичай
- У мене недостатньо енергії, щоб зробити багато чого з того, що потрібно
- У мене немає сил ні на що

19.

- Я втомлююся не більш, ніж зазвичай
- Я втомлююся значно легше, ніж раніше
- Через втому я не можу виконувати багато звичних для мене справа
- Через втому я не можу виконувати більшість звичних для мене справа

20.

- Я сплю так само, як завжди
- Я сплю дещо більше, ніж зазвичай
- Я сплю дещо менше, ніж зазвичай

- Я сплю значно більше, ніж зазвичай
- Я сплю значно менше, ніж зазвичай
- Я сплю більшу частину дня
- Я буджуся на 1-2 години раніше, ніж звичайно і мені важко знову заснути

21.

- Мій інтерес до статевого життя за останній час не зменшився
- Статеве життя мене цікавить зараз менше, ніж звичайно
- Мій інтерес до статевого життя значно зменшився
- Я повністю втратив інтерес до статевого життя

Додаток Б

Опитувальник для діагностики прикордонного особистісного розладу форми "S" Т.Ю. Ласовської

Інструкція: Прочитайте твердження і позначте згодні/не згодні Ви з ним, стосовно Вас (так/ні)

1. Я часто розчаровуюсь у людях, які здавались мені ідеальними
2. Мене можна назвати «ризиковим хлопцем» — мені подобається все, що допомагає відчувати яскравість світу - вести машину на великій швидкості, прокутати великі гроші, поекспериментувати з алкоголем чи наркотиками
3. Я відчуваю небувале піднесення настрою, якщо вдається виграти хоча б невелику суму грошей (наприклад, у карти чи казино)
4. У мене бувають епізоди, коли я можу за короткий термін з'їсти велику кількість їжі (цукерок, торт) та взагалі все, що знаходиться в холодильнику
5. Мій настрій частіше добрий, рівний і стабільний

6. Навколишні зауважують, що мій настрій може бути дуже мінливим – іноді кілька разів на день

7. Якщо я дійсно злий, то можу легко образити людину або спровокувати бійку

8. Іноді у мене виникає сильна злість, яку важко стримувати

9. У моменти важких душевних переживань у мене виникають думки про самогубство або нанесення собі пошкоджень

10. Іноді мені раптово хочеться зробити щось, що може закінчитися (або не закінчитися) моєю смертю, наприклад, прийняти велику дозу ліків

11. Часом мені на думку приходять такі погані думки, що про них краще не розповідати

12. В моєму житті були епізоди, коли я наносив собі ушкодження (різав бритвою руки, припікав шкіру сигаретою та ін.

13. Навколишні помічають, що я іноді можу робити необдумані вчинки

14. Іноді траплялося так, що я не завершував майже вже готову роботу, оскільки вона переставала цікавити мене

15. Іноді я відчуваю таке почуття туги і нудьги, що готовий піти з життя

16. Іноді я відчуваю таке почуття порожнечі, що готовий розбити собі пальці молотком, щоб відчути, що я живий

17. Якщо мені доведеться провести вечір одному, то я намагаюся уникнути цього, наприклад, напросившись у гості до приятеля та ін.

18. Я погано переношу самотність, тому що на мене «нападає» нудьга та туга

19. У мене бувають фантазії, пов'язані з моєю смертю

20. В моєму житті були епізоди, коли вид крові, що витікає (наприклад, при порізах), заспокоював мене

Особистісна шкала прояву тривоги Дж. Тейлора

Текст опитувальника:

1. Я можу довго працювати не втомлюючись.
2. Я завжди виконую свої обіцянки, не зважаючи на те, зручно мені це чи ні.
3. Зазвичай руки й ноги в мене теплі.
4. У мене рідко болить голова.
5. Я впевнений у своїх силах.
6. Очікування мене нервує.
7. Часом мені здається, що я ні на що не здатний.
8. Зазвичай я відчуваю себе цілком щасливим.
9. Я не можу зосередитися на чомусь одному.
10. У дитинстві я завжди негайно й покірливо виконував усе те, що мені доручали.
11. Раз на місяць або частіше в мене буває розлад шлунка.
12. Я часто ловлю себе на тому, що мене щось тривожить.
13. Я думаю, що я не більше нервовий, ніж більшість людей.
14. Я не надто сором'язливий.
15. Життя для мене майже завжди пов'язане з великим напруженням.
16. Іноді буває, що я говорю про речі, в яких не розбираюся.
17. Я червонію не частіше за інші.

18. Я часто засмучуюсь через дрібниці.
19. Я рідко помічаю в себе серцебиття або задишку.
20. Не всі люди, яких я знаю, мені подобаються.
21. Я не можу заснути, якщо мене щось тривожить.
22. Зазвичай я спокійний і мене нелегко засмутити.
23. Мене часто мучать нічні кошмари.
24. Я схильний все сприймати надто серйозно.
25. Коли я нервую, в мене посилюється пітливість.
26. У мене неспокійний і переривчастий сон.
27. В іграх я волію скоріше вигравати, ніж програвати.
28. Я більш чутливий за інших людей.
29. Буває, що нескромні жарти та гостроти викликають у мене сміх.
30. Я хотів би бути так само задоволений своїм життям, як, мабуть, задоволені інші.
31. Мій шлунок сильно турбує мене.
32. Я постійно заклопотаний своїми матеріальними та службовими справами.
33. Я насторожено ставлюся до деяких людей, хоча знаю, що вони не можуть заподіяти мені шкоди.
34. Мені часом здається, що переді мною нагромаджені такі труднощі, яких мені не подолати.
35. Я легко ніяковію.

36. Часом я стаю настільки збудженим, що це заважає мені заснути.
37. Я вважаю за краще ухилятися від конфліктів і скрутних ситуацій.
38. У мене бувають напади нудоти та блювоти.
39. Я ніколи не спізнювався на побачення або роботу.
40. Часом я відчуваю, що від мене немає ніякої користі.
41. Іноді мені хочеться вилятися.
42. Майже завжди я відчуваю тривогу у зв'язку з чим-небудь або з ким-небудь.
43. Мене турбують можливі невдачі.
44. Я часто боюся, що ось-ось почервонію.
45. Мене нерідко охоплює відчай.
46. Я – людина нервова і легко збуджувана.
47. Я часто помічаю, що мої руки тремтять, коли я намагаюся що-небудь зробити.
48. Я майже завжди відчуваю голод.
49. Мені не вистачає впевненості в собі.
50. Я легко пітнію навіть у прохолодні дні.
51. Я часто мрію про такі речі, про які краще нікому не розповідати.
52. У мене дуже рідко болить живіт.
53. Я вважаю, що мені дуже важко зосередитися на який-небудь задачі або роботі.

54. У мене бувають періоди такого сильного занепокоєння, що я не можу довго всидіти на одному місці.
55. Я завжди відповідаю на листи одразу ж після прочитання.
56. Я легко засмучуюсь.
57. Практично я ніколи не червонію.
58. У мене набагато менше різних побоювань і страхів, ніж у моїх друзів та знайомих.
59. Буває, що я відкладаю на завтра те, що слід зробити сьогодні.
60. Зазвичай я працюю з великою напругою.

Додаток Г

Багаторівневий особистісний опитувальник «Адаптивність» (А.Г. Маклаков та С.В. Чермянін)

Текст опитувальника.

1. Буває, що я серджуся.
2. Зазвичай вранці я прокидаюся свіжим і відпочив.
3. Зараз я, приблизно, так само працездатний, як і завжди.
4. Доля безумовно не справедлива до мене.
5. Запори у мене бувають рідко.
6. Часом мені дуже хотілося покинути свій будинок.
7. Часом у мене бувають напади сміху або плачу.
8. Мені здається, що мене ніхто не розуміє.

9. Вважаю, що, якщо хтось заподіяв мені зло, я повинен йому відповісти тим же.
10. Іноді мені в голову приходять такі нехороші думки, що краще про них нікому не розповідати.
11. Мені буває важко зосередитися на якій-небудь завданні чи роботі.
12. У мене бувають дуже дивні і незвичайні переживання.
13. У мене були відсутні неприємності через мої поведінки.
14. У дитинстві я один час робив дрібні крадіжки.
15. Іноді у мене з'являється бажання ламати або трощити все навколо.
16. Бувало, що я цілими днями або навіть тижнями нічого не міг робити, бо ніяк не міг змусити себе взятися за роботу.
17. Сон у мене переривчастий і неспокійний.
18. Моя сім'я ставиться з несхваленням до тієї роботи, яку я вибрав.
19. Бували випадки, що я не стримував своїх обіцянок.
20. Голова у мене болить часто.
21. Раз на тиждень або частіше я без всякої видимої причини раптово відчуваю жар у всьому тілі.
22. Було б добре, якби майже всі закони скасували.
23. Стан мого здоров'я майже таке ж, як у більшості моїх знайомих (не гірше).
24. Зустрічаючи на вулиці своїх знайомих чи шкільних друзів, з якими я давно не бачився, я віддаю перевагу проходити повз, якщо вони зі мною не заговорюють першими.

25. Більшості людей, які мене знають, я подобаюся.
26. Я людина товариська.
27. Іноді я так наполягаю на своєму, що люди втрачають терпіння.
28. Велику частину часу настрій у мене пригнічений.
29. Тепер мені важко сподіватися на те, що я чогось досягну в житті.
30. У мене мало впевненості в собі.
31. Іноді я говорю неправду.
32. Зазвичай я вважаю, що життя - що стоїть штука.
33. Я вважаю, що більшість людей здатні збрехати, щоб просунути по службі.
34. Я охоче беру участь у зборах та інших гро-ських заходах.
35. Я сварюся з членами моєї сім'ї дуже рідко.
36. Іноді я сильно відчуваю бажання порушити правила пристойності чи кому-небудь нашкодити.
37. Сама важка боротьба для мене - це боротьба з самим собою.
38. М'язові судоми або посмикування в мене бувають вкрай рідко (або майже не бувають).
39. Я досить байдужий до того, що зі мною буде.
40. Іноді, коли я себе неважливо відчуваю, я буваю дратівливим.
41. Велику частину часу у мене таке відчуття, що я зробив щось не те або навіть погане.

42. Деякі люди до того люблять командувати, що мене так і тягне робити все наперекір, навіть якщо я знаю, що вони праві.

43. Я часто вважаю себе зобов'язаним відстоювати те, що знаходжу справедливим.

44. Моя мова зараз така ж, як завжди (не швидше і не повільній-неї), немає ні хрипоти, ні невиразності.

45. Я вважаю, що моє сімейне життя така ж хороша, як і більшості моїх знайомих.

46. Мене страшенно зачіпає, коли мене критикують або лають.

47. Іноді у мене буває таке відчуття, що я просто повинен нанести пошкодження собі або кому-небудь іншому.

48. Моя поведінка значною мірою визначається звичаями тих, хто мене оточує

49. У дитинстві у мене була така компанія, де всі намагалися стояти один за одного.

50. Іноді мене так і підмиває з ким-небудь затіяти бійку.

51. Бувало, що я говорив про речі, в яких не розбираюся.

52. Зазвичай я засинаю спокійно і мене не турбують ніякі думки.

53. Останні кілька років я відчуваю себе добре.

54. У мене ніколи не було ні випадків, ні судом.

55. Зараз маса мого тіла постійна (я не худну і не повнію).

56. Я вважаю, що мене часто карали незаслужено.

57. Я легко можу заплакати.

58. Я мало втомлююся.
59. Я був би досить спокійний, якби у кого-небудь з моєї родини були неприємності через порушення закону.
60. З моїм розумом діється щось недобре.
61. Щоб приховати свою сором'язливість, мені доводиться витратити великі зусилля.
62. Напади запаморочення в мене бувають дуже рідко (або майже не бувають).
63. Мене турбують сексуальні (статеві) питання.
64. Мені важко підтримувати розмову з людьми, з якими я щойно познайомився.
65. Коли я намагаюся щось зробити, то часто помічаю, що в мене тремтять руки.
66. Руки в мене такі ж спритні і моторні, як і раніше.
67. Велику частину часу я відчуваю загальну слабкість.
68. Іноді, коли я збентежений, я сильно потію, і мене це дратує.
69. Буває, що я відкладаю на завтра те, що повинен зробити сьогодні.
70. Думаю, що я людина приречена.
71. Бували випадки, що мені було важко втриматися від того, щоб що-небудь не поцупити у кого-небудь або де-небудь, наприклад в магазині.
72. Я зловживав спиртними напоями.
73. Я часто про що-небудь тривожуся.
74. Мені б хотілося бути членом декількох гуртків чи товариств.

75. Я рідко задихаюся, і у мене не буває сильних серцебиття.

76. Все своє життя я суворо дотримуюся принципам, заснованим на почутті обов'язку.

77. Траплялося, що я перешкоджав чи надходив наперекір людям просто з принципу, а не тому, що справа була дійсно важливим.

78. Якщо мені не загрожує штраф і машин поблизу немає, я можу перейти вулицю там, де хочеться, а не там, де належить.

79. Я завжди був незалежним і вільним від контролю з боку родини.

80. У мене бували періоди такого сильного занепокоєння, що я навіть не міг всидіти на місці.

81. Найчастіше мої вчинки неправильно тлумачили.

82. Мої батьки і (або) інші члени моєї родини чіпляються до мене більше, ніж треба.

83. Хтось керує моїми думками.

84. Люди байдужі і байдужі до того, що з тобою станеться.

85. Мені подобається бути в компанії, де всі жартують один над одним.

86. У школі я засвоював матеріал повільніше, ніж інші.

87. Я цілком впевнений у собі.

88. Нікому не довіряти - найбезпечніше.

89. Раз на тиждень або частіше я буваю дуже збудженим і схвильованим.

90. Коли я перебуваю в компанії, мені важко знайти підходящу тему для розмови.

91. Мені легко змусити інших людей боятися мене і, іноді, я це роблю заради забави.
92. У грі я віддаю перевагу вигравати.
93. Нерозумно засуджувати людину, обманула того, хто сам дозволяє себе обманювати.
94. Хтось намагається впливати на мої думки.
95. Я щодня випиваю незвично багато води.
96. Найщасливіше я буваю, коли залишаюся один.
97. Я обурююся кожен раз, коли дізнаюся, що злочинець з якої-небудь причини залишився безкарним.
98. У моєму житті був один або кілька випадків, коли я відчував, що хтось за допомогою гіпнозу змушує мене робити ті чи інші вчинки.
99. Я дуже рідко заговорюю з людьми першим.
100. У мене ніколи не було зіткнень з законом.
101. Мені приємно мати серед своїх знайомих значних людей, це як би додає мені ваги у власних очах.
102. Іноді без усякої причини у мене раптом настають періоди незвичайної веселості.
103. Життя для мене майже завжди пов'язана з напругою.
104. У школі мені було дуже важко говорити перед класом.
105. Люди проявляють по відношенню до мене стільки співчуття і симпатії, скільки я заслуговую.

106. Я відмовляюся грати в деякі ігри, тому, що це в мене погано виходить.
107. Мені здається, що я заводжу друзів з такою ж легкістю як і інші.
108. Мені неприємно, коли навколо мене люди.
109. Як правило, мені не щастить.
110. Мене легко привести в замішання.
111. Деякі з членів моєї родини робили вчинки, які мене лякали.
112. Іноді у мене бувають напади сміху або плачу, з якими ніяк не можу впоратися.
113. Мені буває важко приступити до виконання нового завдання чи почати нову справу.
114. Якби люди не були налаштовані проти мене, я досяг би в житті набагато більшого.
115. Мені здається, що мене ніхто не розуміє.
116. Серед моїх знайомих є люди, які мені не подобаються.
117. Я легко втрачаю терпіння з людьми.
118. Часто в новій обстановці я відчуваю почуття тривоги.
119. Часто мені хочеться померти.
120. Іноді я буваю так збуджений, що мені буває важко заснути.
121. Часто я переходжу на інший бік вулиці, щоб уникнути зустрічі з тим, кого я побачив.
122. Бувало, що я кидав розпочату справу, тому що боявся, що не впораюся з ним.

123. Майже кожен день трапляється щось, що лякає мене.
124. Навіть серед людей я зазвичай відчуваю себе самотнім.
125. Я переконаний, що існує лише одне-єдине правильне розуміння сенсу життя.
126. В гостях я частіше сиджу десь осторонь або розмовляю з ким-небудь одним, ніж беру участь у загальних розвагах.
127. Мені часто кажуть, що я запальний.
128. Буває, що я з ким-небудь попліткувати.
129. Часто мені буває неприємно, коли я намагаюся застерегти когось від помилок, а мене розуміють неправильно.
130. Я часто звертаюся до людей за порадою.
131. Часто, навіть тоді, коли для мене складається все добре, я відчуваю, що для мене все байдуже.
132. Мене досить важко вивести з себе.
133. Коли я намагаюся вказати людям на їхні помилки або допомогти, вони часто розуміють мене неправильно.
134. Зазвичай я спокійний, і мене нелегко вивести з душевної рівноваги.
135. Я заслуговую суворого покарання за свої вчинки.
136. Мені властиво так сильно переживати свої розчарування, то я не можу змусити себе не думати про них.
137. Часом мені здається, що я ні на що не придатний.

138. Бувало, що під час обговорення деяких питань я, особливо не замислюючись, погоджувався з думкою інших.

139. Мене вельми турбують всілякі нещастя.

140. Мої переконання і погляди непохитні.

141. Я думаю, що можна, не порушуючи закону, спробувати знайти в ньому лазівку.

142. Є люди, які мені настільки неприємні, що я в глибині душі радію, коли вони отримують наганяй за що-небудь.

143. У мене бували періоди, коли через хвилювання я втрачав сон.

144. Я відвідую всілякі громадські заходи, тому що це дозволяє мені бути серед людей.

145. Можна пробачити людям порушення тих правил, які вони вважають нерозумними.

146. У мене є погані звички, які настільки сильні, що боротися з ними просто марно.

147. Я охоче знайомлюся з новими людьми

148. Буває, що непристойна або навіть непристойна жарт у мене викликає сміх.

149. Якщо справа йде у мене погано, то мені відразу хочеться все кинути.

150. Я віддаю перевагу діяти відповідно до власних планів, а слідувати вказівкам інших.

151. Люблю, щоб оточуючі знали мою точку зору.

152. Якщо я погані думки про людину або навіть нехтую його, я мало намагаюся приховати це від нього.

153. Я людина нервова і легко і збудливий.

154. Все у мене виходить погано, не так як треба.

155. Майбутнє мені здається безнадійним.

156. Люди досить легко можуть змінити мою думку, навіть якщо до цього воно здавалося мені непохитним.

157. Кілька разів на тиждень у мене буває таке відчуття, що має статися щось страшне.

158. Велику частину часу я відчуваю себе втомленим.

159. Я люблю бувати на вечорах і просто в компаніях.

160. Я намагаюся ухилитися від конфліктів і скрутних положень.

161. Мене дуже дратує те, що я забуваю, куди кладу речі.

162. Пригодницькі розповіді мені подобаються більше, ніж розповіді любові.

163. Якщо я захочу зробити щось, але оточуючі вважають, що цього робити не варто, я можу легко відмовитися від своїх намірів.

164. Нерозумно засуджувати людей, які прагнуть схопити від життя все, що можуть.

165. Мені байдуже, що про мене думають інші.