

МІНІСТЕРСТВО ОСВІТИ І НАУКИ УКРАЇНИ
КРИВОРІЗЬКИЙ ДЕРЖАВНИЙ ПЕДАГОГІЧНИЙ УНІВЕРСИТЕТ
Факультет психолого-педагогічний
Кафедра практичної психології

“Допущено до захисту”

Завідувач кафедри

_____ Мірошник З. М.

“_____” 2023 р.

Рестраційний № _____

“_____” 2023 р.

ДІАГНОСТИКА І ТЕРАПІЯ ОСОБИСТІСНИХ РОЗЛАДІВ У ЖІНОК

Кваліфікаційна робота

студентки групи *ЗПП-19*

ступінь вищої освіти бакалавр

спеціальність 053 Психологія

Галамаги Оксани Вікторівни

Керівник

кандидат педагогічних наук, доцент

Чаркіна О. А.

Оцінка:

Національна шкала _____

Шкала ECTS _____ Кількість балів _____

Голова ЕК _____

(підпис) (прізвище, ініціали)

Члени ЕК _____

(підпис) (прізвище, ініціали)

(підпис) (прізвище, ініціали)

(підпис) (прізвище, ініціали)

(підпис) (прізвище, ініціали)

ЗАПЕВНЕННЯ

Я, Галамага Оксана Вікторівна, розумію і підтримую політику Криворізького державного педагогічного університету з академічної доброчесності. Запевняю, що ця кваліфікаційна робота виконана самостійно і не містить академічного плагіату, фабрикації, фальсифікації. Я не надавала і не одержувала недозволену допомогу під час підготовки цієї роботи. Використання ідей, результатів і текстів інших авторів мають покликання на відповідне джерело.

Із чинним Положенням про запобігання та виявлення академічного плагіату в роботах здобувачів вищої освіти Криворізького державного педагогічного університету ознайомена. Чітко усвідомлюю, що в разі виявлення у кваліфікаційній роботі порушення академічної доброчесності робота не допускається до захисту або оцінюється незадовільно.

Підпис

ЗМІСТ

ВСТУП.....	4
РОЗДІЛ 1. ПСИХОЛОГІЧНІ НАСЛІДКИ СТРЕСУ ВІЙНИ ДЛЯ ЖІНОК З ОСОБИСТІСНИМИ РОЗЛАДАМИ	6
1.1. Особистісні розлади у жінок	6
1.2. Вплив стресу на загострення особистісних розладів у жінок в умовах війни.....	10
1.3. Сучасні аспекти терапії стресу та психосоціальна реабілітації.....	12
Висновки до розділу 1.....	16
РОЗДІЛ 2. ЗАГАЛЬНА ХАРАКТЕРИСТИКА ОБСТЕЖЕНИХ ЖІНОК ТА МЕТОДИ ДОСЛІДЖЕННЯ.....	19
2.1. Організація та хід дослідження. Загальна характеристика обстежених жінок	19
2.2. Методики дослідження	20
2.3. Аналіз результатів діагностики особистісних розладів у жінок.....	22
2.4. Терапія особистісних розладів у жінок	23
Висновки до розділу 2.....	26
ВИСНОВКИ.....	30
СПИСОК ВИКОРИСТАНОЇ ЛІТЕРАТУРИ	32
ДОДАТОК.....	36

ВСТУП

На даний час термін “психопатія” був замінений на інший - “розлади особистості” в зв’язку з офіційним переходом України на Міжнародну класифікацію хвороб (МКХ-10, в 1997 році [21]). Цей термін об’єднує в групу хвороби, які мають певні симптоми, ознаки у поведінці, що заважають особистості повноцінно жити. При цьому втрачає як особистість так і суспільство. Можливо питання розладів особистості у жінок є важливим, бо жінка є символом “домашнього затишку” для інших членів сім’ї. Це повинен бути “острівець” де можна відновити сили на майбутнє. Але коли сама жінка намагаючись відповідати сучасним вимогам не може знайти рівновагу, то і іншим їй немає що дати, бо вона не в змозі допомогти.

Взагалі проблема розладу особистості актуальна. З розвитком людства кількість осіб з розладами не зменшується, а враховуючи, що не всі звертаються за допомогою реальну кількість назвати не можемо. Хоча деякі вчені припускають до 13,5% всього населення (найбільше в великих промислових містах) [24]. Актуальність дослідження полягає перш за все в недостатньому виявленні цих процесів у особистості при їх поширеності. Для вирішення цього питання потрібне чітке уявлення про ситуацію.

Вивчаючи цю тему звернула увагу, що попередньо вчені розглядали взагалі розлади особистості, або в більшості порівнюючи чоловіків і жінок. Проводячи дослідження враховувались особливості жінок, як фізичні так і психічні, тому що проявляються процеси по-різному. Та все ж є питання з приводу психотерапевтичного супроводу жінок з розладами особистості.

Наше завдання під час проведення дослідження діагностувати (за наявності) та за потреби створити терапевтичні заходи, які б допомогли жінкам жити життям сучасного суспільства і відчувати себе щасливими. На нашу думку тут підходить цитата з книги “Консультативна

психологія”:"Психолог має допомогти клієнтові знайти зміст і ціль життя, зрозуміти, як людина конструює свій світ." [1,с. 7]

Мета дослідження: розглянути та детально вивчити діагностику і терапію розладів особистості у жінок.

Об'єктом дослідження є діагностика та терапія розладів у жінок.

Предметом дослідження є особливості особистісних розладів у осіб жіночої статі.

Гіпотеза: правильне та своєчасне діагностування сприяє кращим результатам проведеної терапії при особистісних розладах у жінок.

Мета: визначення характерних особливостей особистісних розладів у жінок при діагностиці та особливості проведення терапії.

Завдання дослідження:

1. Спираючись на літературні джерела та інтернет-ресурси сформулювати уявлення про рівень вивчення діагностування та терапії розладів характерних для жінок.
2. Провести емпіричне дослідження , що дасть змогу:
 - а) виявити та порівняти рівень особистісних розладів у жінок;
 - б) знайти та оцінити характерні особливості особистісного розладу притаманні для жінок.
3. Дослідити своєрідність динаміки при проведенні терапевтичної програми.

Емпіричне дослідження проводилось за допомогою інтернет-ресурсу.

Матеріали дослідження надсилалися до Наукового часопису Криворізького державного педагогічного університету.

РОЗДІЛ 1

ПСИХОЛОГІЧНІ НАСЛІДКИ СТРЕСУ ВІЙНИ ДЛЯ ЖІНОК З ОСОБИСТІСНИМИ РОЗЛАДАМИ.

1.1. Особистісні розлади у жінок.

На даний час Україна посідає перше місце за кількістю психічних розладів (за статистикою Міністерства соціальної політики [38]). Ці дані були оприлюднені ще до карантину і війни і мають загальні показники.

Жінки більш стійкі до різних видів стресів та мають більш вищу адаптацію, що особливо помітно в умовах посилення тиску неприємних стресогенних фізичних та психологічних факторів. Жінки мають великі адаптаційні ресурси, які починають проявлятися вже під час раннього пренатального розвитку. Навіть до інфекційних захворювань спостерігається більш стійкіша жіноча половина суспільства, ніж чоловіча. Але в першу чергу на особистісні розлади має вплив різні види психоемоційних особливостей стресу. Звичайно вони мають підґрунтя та під час сильного психогенного стресу можуть виникати психопатологічні клінічні прояви. З цього випливає, що розвиток різноманітних психогенних розладів має зв'язок, напряду чи опосередковано, з факторами гострого, а іноді хронічного стреса на особистість. Тобто психотравмуючі фактори є головною причиною більшості психічних порушень. Деякі види патологічних афектів психогенних реакцій більш рідкісні, але теж спровоковані гострими або хронічними психогеніями. Психічні розлади, які мають ендогенні передумови формуються і розвиваються в залежності від умов життєдіяльності, де можуть бути спровоковані психотравмою [8,с.15]. Це спричиняє прояв психопатологій, які зазвичай розглядаються як ендогенні процеси. Тобто, якщо особистість має біологічне підґрунтя та в залежності

від особливостей полової приналежності під впливом стресових обставин збільшується ймовірність любих форм психопатологій. Таке пояснення стосується і під час соматичних ускладнень, що є наслідками стресових ситуацій і при різних видах психогенної патології де простежується залежність від полу особистості [14,с.23]. Звичайно жінки майже однаково з чоловіками схильні до розвитку психогенних психічних розладів та спектр захворювань до яких вони більш схильні зовсім різний. З психопатологічними наслідками впливу психічних травм на жіночий організм можна зустріти частіше за чоловічий. Також відрізняється і форми психопатологічних розладів. Стрес у жінок частіше сприяє розвитку різних афективних порушень, тривожних та панічних розладів, психосоматичних проявів [16,с.48]. Тай взагалі афективні розлади найчастіше проявляються у жінок. Таким чином під час тривалого впливу психотравмуючих обставин на особистість жіночої статі наслідки достатньо поширені, болісні та часто мають суїцидальні нахили, а також ведуть до різних порушень функціонування. Однак, незважаючи на більшу схильність жінок до розладів, вони виходять із важкого стану легше та зберігаючи соматичне здоров'я. З'являється враження, що це своєрідна адаптація до впливу стресових адаптацій [15,с.99]. Можна сказати, що жінки є витривалішими і під час дії стресу, і після (період наслідків психотравми) по відношенню до чоловіків, які є більш стабільні. Багато науковців мають спільну думку, що представники різної статі мають і різні реакції на стрес і поєднуються двома факторами: соціальними і біологічними. Соціальні передумови- це гендерні, а біологічні- це статеві відмінності між чоловіками та жінками.

Зупинимось на першій групі факторів. Статеворольові установки [13,с.56] в значній мірі визначають який має рівень впливу зовнішні стресогени та гендерні відмінності під час вибору способу поведінки (копінг стратегії) щоб подолати стрес. Ще статеворольові установки визначаються в процесі соціалізації, згідно традицій для даного суспільства, відповідно до гендерних

способів реагування і відповідно проявляються під час важких життєвих ситуацій. Цікаво, що у жінок статевої ролі установки не мають жорстких стандартів успіху чи невдачі в соціумі. На даний час в більшості жіноча роль пов'язана в першу чергу з сім'єю. Мається на увазі володіння навичками піклування про здоров'я, харчування, гігієну та інше. Це пояснює чому самозбереження у жінок стоїть більш вище чим у чоловіків. Американські вчені помітили цікавий факт, що і чоловіки, і жінки, які зазвичай ведуть себе відповідно до своєї статі мають схильність до нарцистичного та істеричного розладу, а інші учасники, які зазвичай ведуть себе не як їх стать, мають більше рис параноїдного, шизоїдного, шизотипового розладу особистості (згідно DSM-5 [27]).

Американська психіатрична асоціація (АПА, 1994 [28]) відмічає:

- 1) межовий розлад особистості зустрічається частіше у жінок;
- 2) залежний та істеричний розлади теж частіше з'являються у жінок;
- 3) шизоїдні, шизотипічні, параноїдальні, антисоціальні, нарцистичні, обсесивно-компульсивні розлади частіше діагностують у чоловіків.

Також спостерігаються більші тенденції у жіночої статі до діагнозу унікаючого розладу особистості [11, с.121].

Для унікаючого розладу особистості характерно відчуття внутрішнього напруження, наявність поганих передчуттів, відсутність почуття безпеки, присутня низька самооцінка. Цим особистостям властиво відчуття власної непривабливості, соціальної незграбності на основі чого з'являється страх перед приниженням, висміюванням чи відкиданням. Такі відчуття стримують особистість від соціальної та професійної взаємодії, які могли допомогти досягти певного рівня в суспільстві та професії. В процесі соціальних ситуаціях (особливо коли вони незвичні) такі люди ведуть себе скуто і постійно переживають через можливість критики, неприємних відчуттів зі

сторони оточуючих. Тому особи з таким видом розладу намагаються уникнути міжособистісної взаємодії і різних соціальних ситуацій.

Для залежного розладу особистості [12,с.102] характерно розкриття у пасивному підпорядкуванні оточенню при прийнятті рішень, страх перед самотністю, безпомічність та некомпетентність, підпорядкування бажанням інших і мінімальна реакція на проблеми повсякденного життя. Думки про те, що потрібно піклуватися про себе самостійно зумовлює у них велику кількість страхів та переживань. А якщо розриваються близькі стосунки, то вони терміново шукають нові взаємини з іншими особами, які їм можуть допомогти та підтримати. Боячись бути покинутими залежні особи не висувають своїй половині вимоги, а повністю підпорядковуються їй.

Розглянемо межовий тип. Йому характерно розлади самосприйняття та постійне відчуття порожнечі, напруження, розлади внутрішніх устремлінь. Це характерно і для міжособистісних стосунків (нестабільність). Відбувається саморуйнація особистості, навіть йде мова про суїцидальну поведінку. Ще для них характерно турбуватися про уникнення реальної або надуманої загрози зостатися одному, нестійкий образ “Я”, схильність до імпульсивної поведінки (яке підкріплюється зловживанням психоактивних речовин, порушень правил тощо).В міжособистісних стосунках такі особистості проявляють чергування ідеалізації та знецінення [25].

Важливо, що розлади особистості можуть бути змішані і до того ж мають відмінність між чоловіками та жінками. Наприклад візьмемо Істеричний розлад особистості [10,с.67]. Для жінок, які мають істеричний розлад особистості характерна емоційна лабільність. Жінки можуть легко вступати у відносини з оточуючими і проявляти теплоту та прихильність. Виключення заторможеність у сексуальності. Вони ведуть себе емоційно демонстративно, але контролюють себе, можна сказати, що ці особи соціально адаптувалися. Такий спосіб під час драматизації переживань вводить в оману, бо справляє

враження про поверхневі емоції, але насправді все навпаки. Емоції їх справжні, але вони можуть проявляти емоційну лабільність яку втрачають тільки при контакті з тими, з ким знаходяться в інтенсивному конфлікті, особливо коли це має конкурентну або сексуальну природу. І тоді жінки з істеричним розладом особистості можуть впадати в емоційну кризу, але це не заважає їм відновлюватися після цього і навіть згодом реалістично оцінювати кризу, що відбулася. Такі жінки звичайно легко починають плакати, вони схильні до сентиментальності та романтизму, але їхні когнітивні здібності знаходяться в суперечності. Для них також характерна товариськість, проявляють активність при відносинах з навколишніми. Тобто проявляється в легкості соціальних контактів та експізиціонізму і надмірної залежності від навколишніх [9,с.112].

1.2. Вплив стресу на загострення особистісних розладів у жінок в умовах війни.

В даний час нас цікавить тема : “Діагностика і терапія особистісних розладів у жінок”. Чому ця тема актуальна ? Почнемо з розбору значення “особистість”. Ні для кого не секрет, що особистість виникає під час взаємодії індивіда з суспільством. Тобто на становлення особистості має вплив діяльність і спілкування. Звертаємо увагу на те, що особистість формується і змінюється в процесі життя. Виходить, що суспільство має вплив на особистість, але і особистість має вплив на суспільство (де жінки складають майже половину). Сильна держава дбає про міцне суспільство, а значить про психологічне здоров'я кожної особистості. А події в нашій країні тільки підкреслюють необхідність підтримки і допомоги людям, які її потребують. “Основу сучасних підходів до діагностики та корекції психологічних наслідків війни складає концепція відстрочених реакцій на травматичний стрес”-зазначають автори книги “Психодіагностика особистості в кризових життєвих ситуаціях” [3,с.4]. Війна - це криза для

всього суспільства і кожної особистості окремо. Вона все змінює і потребує нових стратегій для виживання. Постійна загроза життю стає реальністю. Для жінки стає головне життя її близьких і особисте. В цьому і полягає складність. "За оцінками ВООЗ, наразі кожна четверта людина в Україні перебуває під загрозою важких психічних захворювань", – було зазначено спеціальним радником Всесвітньої організації охорони здоров'я Мішель Казачкіним [26] який додає- "Психічне здоров'я стає основною проблемою охорони здоров'я в Україні".

"Зазвичай, 10% людей і так знаходяться на межі, за нормою або в межах норми. Тобто, умовно кажучи, додається 15% людей до групи ризику психічних розладів і захворювань. Я не думаю, що це жахлива статистика, що прям гвалт. Важливо розуміти, що які обставини — така і психіка", — пояснює Володимир Савінов [29].

За даними МОЗ, психологічні наслідки війни будуть позначатися на нашому психічному стані ще принаймні 7-10 років після закінчення війни. А Аліна Касілова [30] (психологиня, психотерапевтка) наголошує, що є два варіанти розвитку подій. Вона вважає, що деяким людям, які попередньо мали психічні розлади, може дійсно здаватися, що вони вилікувалися. Ці особи можуть впасти в так званий ступор, коли здається, що з ними нічого не відбувається в емоційному плані, ніби вони нічого не відчують, ніби психічні проблеми зникли. Також може здаватися, що людина тримає себе в руках і вона перестає звертати увагу на свої психологічні проблеми, бо головне – вижити. Проте практика показує, що більше випадків, коли розлади психіки, навпаки, загострюються. Стресові події посилюють не тільки наші хронічні захворювання, а й психологічні проблеми [29].

Але насправді, навіть якщо вам здається, що війна вилікувала вас від психічних розладів- це омана, бо будь-яка тригерна ситуація може знову спровокувати посилення проблеми і тому особливо важливо слідкувати за

своїм станом та аналізувати свої емоції, адже все дуже швидко може повернутися у ще гіршому варіанті.

Це реалії нашого життя, тому звертаємось за допомогою до науки. Поглянемо з наукової точки зору: “Що таке особистісні розлади ?” Щоб зрозуміти сутність розладів особистості потрібно розуміти: що є особистість? Поняття особистості хочу запозичити у С.Д. Максименка: “ Особистість - це форма існування психіки людини, яка являє собою цілісність, здатну до саморозвитку, самовизначення, свідомої предметної діяльності і саморегуляції та має свій унікальний і неповторний внутрішній світ.” [6,с. 54]. А Л. І. Божович визначає особистість як “такий рівень розвитку людини, який дозволяє їй керувати обставинами власного життя і самою собою” [37].

Війна- це найбільше потрясіння для людини, для її психіки і діє вона по різному. Цікаво, що на початку війни у інтернеті з'явилися відео, де люди, які раніше мали суїцидальні нахили відчували жагу до життя, а люди з тривогою перестали відчувати паніку. Психологиня Аліна Касилова [30] вважає, що деяким людям, які попередньо мали розлади може здаватися спочатку, що вони вилікувалися, навіть впасти в ступор, бо їм буде здаватися, що вони нічого не відчують та можуть зробити висновки, що проблеми зникли. Також може здатися, що людина тримає себе в руках і перестає звертати увагу на свої проблеми, бо головна її задача вижити. Але все більше з'являється випадків, коли розлади психіки загострюються. Стресові події посилюють не тільки наші хронічні захворювання, а й психологічні проблеми. Відчуття, що війна вилікувала є химерним і не відповідає дійсності, бо будь-яка тригерна ситуація може спровокувати проблему ще більшу. Тому важливо слідкувати за своїм станом і намагатися аналізувати свої емоції.

1.3. Сучасні аспекти терапії стресу та психосоціальна реабілітація.

А тепер розглянемо і порівняємо що таке особистісний розлад. Почнемо з вікіпедії: розлад особистості — це збірний термін для групи психіатричних

діагнозів, ряд клінічно значущих станів та поведінкових типів, які мають тенденцію до стійкості і є виразом характеристик властивого індивідууму стилю життя та способу ставлення до себе та інших [22].

Тут важливо зазначити, що деякі стани і типи поведінки з'являються рано. Час виникнення зазвичай дитячий або підлітковий вік. Звертаю увагу на радянські часи де для цього використовувався термін психопатія. Хоча тепер Україна є членом ВООЗ [20] і визнає класифікацію МКХ-10 [23], термін психопатія і досі використовується. У радянські часи під психопатіями розумілися або хвороби внаслідок органічних уражень організму (травм мозку, інфекції, інтоксикації та ін.), або зумовлені вродженою неповноцінністю нервової системи, які виникли під впливом факторів спадковості чи шкідливими впливами під час вагітності, пологовою травмою тощо. На даний час ВООЗ запроваджує нову класифікацію, яку розробляли 10 років- МКХ-11 [33], що набирає чинності з 1 січня 2022 року, перехідний період продовжено до 2027 року. Ми будемо поки розглядати МКХ-10 [23]. Основні розлади особистості представлені у МКХ-10:

- Параноїдний розлад особистості (F60.0)
- Шизоїдний розлад особистості (F60.1)
- Дисоціальний розлад особистості (F60.2)
- Емоційно нестійкий розлад особистості (F60.3)
- Імпульсивний тип (F60.30)
- Межовий тип (F60.31)
- Демонстративний розлад особистості (F60.4)
- Ананкастичний (F60.5)
- Тривожний(уникнення) (F60.6)
- Стан залежності особистості (F60.7)
- Інші специфічні розлади особистості. (F60.8)
- Розлад особистості неуточнений (F60.9).
- Змішані розлади особистості (F61.0).

Кожний стан у групі класифікується домінуючими формами поведінки. Звичайно є особисті риси (поширені), які ми бачимо у людей серед свого оточення, але коли вони стають проблемою, коли вони жорсткі йде зловживання яке заважає в звичайному житті. Спільне для всіх розладів - людина не здатна зрозуміти, відчувати мотиви і потреби оточуючих, не здатна адаптуватися до мінливої життєвої ситуації, не може реалістично оцінювати себе [17,с. 89]. Можемо сказати, що під розладами особистості розуміють стійкі аномалії особи, що характеризуються дисгармонією емоційно-вольової сфери та своєрідними, переважно афективним мисленням. За даними міжнародного дослідження ВООЗ розлади особистості зустрічаються в 6,1% населення, частіше у чоловіків і часто в сполученні з іншими психічними розладами (60% випадків має місце змішаний розлад особистості). В більшості випадків цей стан призводить до погіршення професійної і соціальної продуктивності. У 2/3 людей з розладами особистості в процесі розвитку встановлюється повна соціальна адаптація за рахунок звуження відносин з оточуючими до допустимих меж. Важливо відмітити, що у 30% випадків при розладі особистості присутня виражена депресія, тривога або страх [19,с.45]. А поєднання особистісного розладу з іншою психічною дисфункцією погіршує перебіг і значно ускладнює лікування її. Розладом особистості більше хворіють чоловіки, але є деякі види де жінки переважають і ось чому.

Граничний розлад особистості [5,с.163] зустрічається у 1-2% населення, де жінок в 2 рази більше, ніж чоловіків. Назва розладу обумовлена уявою про проміжне знаходження між невротичними, афективними, особистісними розладами та шизофренією. Тут має місце спадковість і можлива залежність від передменструального синдрому. До 70% пов'язано з статевими домаганнями в дитинстві. Такі домагання можуть з часом привести до неврівноважених стосунків з чоловіками, або навпаки надмірну

зосередженість на сексуальних відносинах. Відмічається також загальмованість, депресія, неповага до себе.

Характерним більш для жінок є істеричний розлад особистості [8,с.163]. Цей розлад зустрічається у 2-3% населення, в більшості серед жінок. Має місце спадковість. При цьому розладі часто зустрічається алкогольна залежність, конверсійні і соматизовані розлади. Спостерігається суїцидальні жести і погрози.

Ще один розлад особистості характерний більш для жінок - це залежний [8,С. 164]. Розлад зустрічається рідко – до 2,5% всіх розладів особистості, але частіше у жінок. Найчастіше це стосується жінок, які живуть з чоловіком залежним від алкоголя, який зраджує, б'є і принижує її. Все це через страх самотності.

При розладах особистості відбувається придушення одних і прояв інших рис та зміна поведінки і розумових процесів, які не характерні для соціума.

Таким особам важко спілкуватися, працювати. Їх не розуміють. Здебільшого вони не гнучкі, жорсткі й не здатні реагувати на зміни, які відбуваються в житті. При цьому вважають себе “нормальними” і “правильними”, але їх світ обмежений, що заважає бути активними громадянами. Часто такі розлади характеризують як дисгармонійні або патологічні [12,с. 111]. Через це особистість не може вирішити більшість повсякденних проблем, що спонукає до появи ще більших проблем та призводить до додаткових стресів, а далі до загострення конфліктних ситуацій.

Під час лікування розладів особистості головне визнання проблеми, бо такі люди не вважають, що їх поведінка ненормальна. Коли вони визнають свою проблему і починають лікування, яке допомагає контролювати симптоми. Дуже важливо в цей час друзям і членам сім'ї підтримувати і навіть корисно брати участь у сеансах терапії, інакше втрачається зв'язок і припиняється спілкування. Для людей з розладом особистості важливо ще

уникати алкоголю і наркотиків, бо ці речовини можуть негативно вплинути на емоції і заважати лікуванню.

Саме лікування залежить від типу і складності розладу особистості. Воно може складатися і з психотерапії, і з прийомів ліків. Психотерапія може допомогти в лікуванні розладів особистості. Під час психотерапії відбувається обговорення стану, почуттів і думок клієнта. Що дає нам уявлення про те, як потрібно справлятися зі своїми симптомами і поведінкою, які заважають в повсякденному житті. Існує декілька видів психотерапії [24]:

- діалектична поведінкова терапія може включати групові та індивідуальні заняття, на яких люди вчаться справлятися зі стресом і покращувати відносини з іншими.
- когнітивно-поведінкова терапія спрямована на те, щоб навчити людей змінювати негативні стереотипи мислення, щоб вони могли краще справлятися з повсякденними проблемами.

Медикаментозне лікування може назначити тільки спеціаліст з яким психолог повинен співпрацювати. Але ми повинні пам'ятати, що вони не лікують, а тільки зменшують симптоми.

Можемо зробити висновок, що діагностика і терапія розладів особистості актуальна і важлива в нашому суспільстві, яке змінюється під впливом різних факторів і потребує більшої уваги в даний час. Конкретизація з приводу жіночих розладів особистості тому, що вона має свої особливості пов'язані з емоційністю жінки та її фізичною будовою, а також з нав'язаними стереотипами, які не мають підґрунтя. Можливий вплив життєвого досвіду про що говорить А. І. Мартинюк, який звертає увагу на особливості похилого віку, для якого характерно: підвищена тривожність, підозрілість і недовіра, страх бути обдуреним [7,с. 103].

В наш час відбуваються швидкі глобальні соціокультурні зміни, що може мати негативний вплив на психологічному здоров'ї . Особливо змінюється

зміст патологічних переживань, які мають підґрунті в деформації духовного здоров'я всього суспільства, цілей, культури, моралі, цінності [18,с.123]. Останні роки соціально-економічна ситуація привела до погіршення психічного здоров'я населення. І це було сказано ще до війни...

Висновок до розділу 1

Таким чином підсумовуючи все вищесказане можна зробити висновок, що в даний час продовжується вивчення особистісних розладів взагалі та вносяться зміни і доповнення в міжнародну класифікацію. Оглядаючи теоретичні досягнення вчених було з'ясовано психологічні особливості характерні для жінок та особливості особистісних розладів. На сьогоднішній день є два документи з кваліфікації: Європейська версія (МКХ-10, яка поступово буде замінена на МКХ-11, що використовується і на території України) і Американська (DSM-5). Принципової різниці між ними немає за винятком деяких нюансів. Цікаво нововведення в МКХ-11 де скасовується всі специфічні категорії і звертається увага на безпосередньо факти наявності особистісного розладу. Також окремо виділяється межовий патерн, який за описом схожий на опис межового розладу особистості в попередніх класифікаціях. Отже вносяться зміни в класифікацію розладів особистості і формується новий погляд на сутність особистісних розладів.

Також важливо зазначити розвиток психології в Україні. В даному випадку війна стала чинником, який спонукає вивчати і застосовувати свої знання на практиці. Українці потребують психологічної допомоги та підтримки. Особливо це стосується жінок, які мають особистісні розлади.

Зміни в світі і в Україні відбувається тому, що на сучасне суспільство впливають різні чинники: економічні, політичні, соціальні, природні. Вплив відбувається не тільки на суспільство в цілому, а і на кожну особистість окремо. Особливо відчувається зміни в відношенні до жінки, її ролі в суспільстві. А це означає, що вивчення особистісних розладів і надалі є актуальною темою, бо накопичених знань вже недостатньо для вирішення

нагальних потреб. Тому приділяється велика увага проблемі діагностики та терапії особистісних розладів, зокрема у жінок.

РОЗДІЛ 2

ЗАГАЛЬНА ХАРАКТЕРИСТИКА ОБСТЕЖЕНИХ ЖІНОК ТА МЕТОДИ ДОСЛІДЖЕННЯ

2.1. Організація та хід дослідження. Загальна характеристика обстежених жінок.

Грунтуючись на матеріалах літературних наукових праць та інтернет-ресурсів, які розглянуті в першому розділі, буде організовуватися та проводитися дослідження. Спочатку була визначена актуальність проблеми дослідження, а потім сформовано мету, завдання, об'єкт, предмет та висунута гіпотеза. Слідуючим було визначено вибірку випробуваних та добір методик обстеження: Методика визначення типу особистості та особистісних розладів Дж. Олдхем, Л. Морріс; П'ятифакторний особистісний опитувальник (Велика п'ятірка) Р. Маккраї, П. Коста; Тест "Портретних виборів" Л. Сонді [31]. Останній в наявності тільки російськомовний, для опрацювання потрібен певний час, а інші варіанти не відповідають вимогам до валідності тесту і тому активно не використовувався, а скоріше як додаткове джерело інформації. Наступний етап був призначений безпосередньо для проведення діагностичного обстеження. В даний час, коли в країні відчуваються наслідки карантину та військових дій немає змоги проводити експеримент очно. Для досягнення поставленої мети було запропоновано на платформі інтернет-ресурсів пройти діагностику. Дослідження проводилось індивідуально в зручний для випробуваних час. Було вибрано 22 особи жіночої статі вікового діапазону від 23 до 67 років. З яких 12 осіб мають повну сім'ю. Більшість опитаних мають вік за 40 років (Рис. 1).

Скільки Вам років ? – гистограма

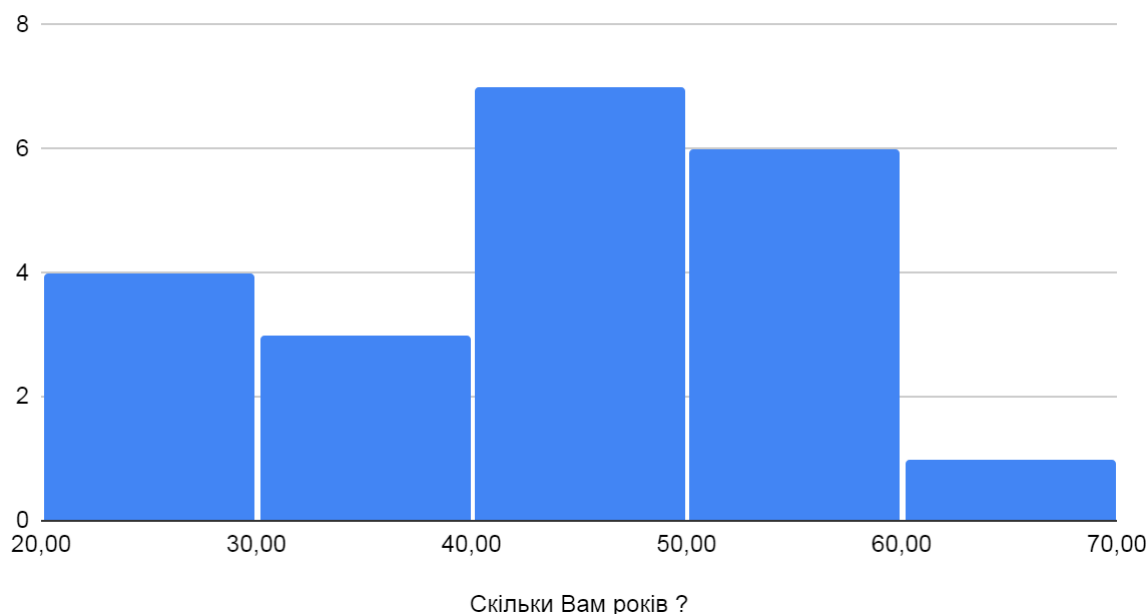


Рис.1

Після опитування опрацьовано первинні дані відповідей випробуваних. Результати були оброблені і порівнянні дані.

2.2. Методики дослідження

При розробці експериментальної частини було визначено методики.

Перша -це Методика визначення типу особистості та ймовірності особистісних розладів. Особистісний опитувальник було розроблено на підставі критеріїв класифікації особистісних розладів DSM-3 (основна частина) і DSM-4 (частково) Дж. Олдхэмом та Л. Моррісом у 1994 році [32]. Згідно класифікації DSM-4 кожна риса особистості має норму, акцентуацію та розлад. Хоча ми не можемо знати напевно де є норма, а де є розлад, однак можемо виділити певні ознаки якими можемо керуватися.

Головне, особистість повинна вміти взаємодіяти з оточуючими і це повинно приносити їй задоволення. Коли все навпаки: не може проявляти

гнучкість при спілкуванні, відчуває дискомфорт, нездатність до розвитку- це може означати патологію або малоадаптовану особистість.

Друга- це П'ятифакторний особистісний опитувальник NEO PI ("Велика п'ятірка"), розроблений Р. Маккрає, П. Коста [7, с.220].

П'ятифакторний особистісний опитувальник має і іншу назву-"Велика п'ятірка", що був розроблений у 1983-1985 рр. американськими психологами Р. Маккраї і П. Коста. З часом цей опитувальник удосконалювався і в останньому варіанті представлений тестом NEO PI, що означає, як "нейротизм, екстраверсія, відкритість-особистісний опитувальник". Автори тесту виділено п'ять незалежних змінних: нейротизм, екстраверсія, відкритість досвіду, співробітництво, сумлінність, що складає адекватний портрет особистості.

Остання методика повинна була бути -Тест "Портретних виборів" Л. Сонді [31]. Тест був розроблений угорським психіатром та психологом Л. Сонді у 1947 році. Тест є проєктивним і призначений для дослідження спонукань особистості та його "Я". Він виявляє особливості характеру особистості і психічні процеси. Під час дослідження пропонується вибрати фотопортрети, під впливом неусвідомленого. Тест складається з 48 портретів людей з психічними розладами. Портрети поділені на 6 частин по 8 штук. Пропонується спочатку вибрати два найбільш, а потім два найменш сподобавшихся портрети.

В зв'язку з тим, що немає тесту на українській мові та науковці говорять про низьку валідність тесту буде використовуватися, як додатковий, на його дані спиратися не будемо.

Також було проведено кореляційний аналіз даних за допомогою коефіцієнта кореляції Пірсона.

2.3 Аналіз результатів діагностики особистісних розладів у жінок.

Для діагностики особистісних розладів особистості у жінок було застосовано П'ятифакторний опитувальник особистості (Р. Маккрає, П. Коста) (Додаток 1).

Результати діагностики за першим фактором Екстраверсія-Інтроверсія показали, що найменше осіб (6) мають середні показники (41-50 б.) в межах молодшої вікової групи. Низьких показників (15-40), які вказують на виражену інтроверсію у осіб немає. Більшість має високі показники, що вказує на схильність до спілкування, тому мають велике коло друзів, знайомих. Можуть діяти необдуманно, що властиво жіночій статі.

Високі показники і у більшості за другим фактором Прив'язаність-Усамітненість (51-75), що вказує на чуйність, терпимість до недоліків інших, тобто на позитивне ставлення до людей. Вони здатні підтримати і іншу людину, і весь колектив за потреби. Такі особистості користуються повагою. Але є місце результатам з середнім значенням.

Третій фактор Самоконтроль - Імпульсивність. І тут знову співпадає вік з вмінням контролювати себе. В більшості високі показники мають старше покоління, середні молоде покоління. Можливо це пов'язано з досвідом, який жінки отримали в процесі життя. Високі показники свідчать про сумлінність, точність, відповідальність.

Четвертий фактор Емоційна стійкість-Емоційна нестійкість. Результати схожі на попередні. Високі значення властиві особам впевненим у собі, емоційно зрілим, впевненим у собі, що теж з віком зростає.

П'ятий фактор Експресивність-Практичність. Частина жінок має середній результат, а більша частина високі показники, що свідчать про легке ставлення до життя, безтурботність, але важливим є створення матеріального добробуту, хоть іноді за вчинками вбачають легковажність.

Схожість результатів простежується по всіх факторах.

Методика визначення типу особистості (Дж. Олдхем та Л. Морріс) (Додаток 2).

Результати цього опитування загалом показали, що у всіх осіб змішаний тип, тобто суміш всіх відомих 14 типів. Для кожної людини різна кількість балів по всім видам типів. Усі типи є нормальними і домінування або нестача певного типу не є фактом відхилення від норми. У багатьох респондентів виділяється Добросовісний тип, що може свідчити про високі моральні принципи, обережність, стриманість у почуттях. Ще проявляється Чутливий тип, для якого важливим є дружні стосунки, комфорт, задоволеність, емоційна зручність. Та Відданий тип. Такі особи сильно пов'язані з чоловіком, сім'єю, вони проявляють лояльність. Для них турбота стає метою життя. Присутній і Агресивний тип. Ці особи прагнуть до лідерства; виділяються своєю силою; беруть на себе відповідальність, борються.

Додатково проводилась проєктивна методика- Тест "Портретних виборів" Л. Сонді.

Для порівняння даних усіх шкал методик і виявлення зв'язку між цими методиками було застосовано метод кореляційного аналізу за К. Пірсоном.

2.4 Терапія особистісних розладів у жінок.

Достатньо довго вважалося, що особистісні розлади не піддаються лікуванню, але на даний час є свідчення ефективності деяких розладів. При тяжких випадках психотерапевтичні інтервенції поєднуються з медикаментозним лікуванням.

Науково доведено ефективність таких видів інтервенції [3,с.120]:

- терапія, що ґрунтується на менталізації (МВТ);
- фокусована на перенесені терапія (TFP);
- схема-фокусована терапія (SFT);

- загальнопсихіатричний менеджмент (GPM);
- тренінгова програма емоційного попередження та вирішення проблем (STEPPS).

Треба відмітити, що особи, які відносяться до параноїдного та шизоїдного розладу особистості рідко звертаються до спеціалістів, а коли вони це роблять то борються за довіру або навпаки емоційно тримаються дистанції. При терапії таких осіб доцільно використовувати когнітивні перебудови та поведінкові стратегії [12,с.150]. Що стосується осіб з діагнозом дисоціального, то при терапії цього розладу варіантів небагато і зазвичай вони неефективні. При межовому розладі особистості застосовується діалектична поведінкова терапія (DBT). Істеричні особистості звертаються за допомогою до спеціаліста, але працювати з ними важко. З особами нарцисичного розладу (або ексцентричного, розгальмованого, незрілого і інші) взагалі працювати найважче в порівнянні з іншими. Для тривожного, залежного, ананкастного розладу особистості використовують когнітивні методики OCPD.

Когнітивно-поведінкова терапія [36] зосереджується на зміні негативних думок особистості, а також зміні переконань та зразків для поведінки.

До терапії може включатися тренінг з управління стресом чи тренінг з засвоєння навичок соціальної взаємодії, а ще експозиційна терапія.

Розглянемо більш детально експозиційну терапію. Вона є одним із видів когнітивно- поведінкової терапії, що полягає у відтворенні ситуації, яка визиває страх з метою усунення цього страху або тривоги. Експозиція була розроблена британським психологом Віктором Мейером у 1966 році [35] для терапії при межовому розладі. Ця терапія може спонукати зосереджуватися як на зовнішніх стимулах так і на внутрішніх, які провокують тривогу та негативні емоції. Таким чином вона допомагає розвивати нові навички, які конкурують зі страхом. Експозиція навмисно спонукаючи людину

повертатися до об'єктів або ситуацій, які викликають страх і тривогу при цьому передбачається, що вона не повинна робити компульсивні дії, які тільки тимчасово допомагають знизити тривогу. Особистість повинна усвідомити, що тривога не може тривати вічно.

Для практичного застосування цієї методики потрібна підготовка:

1. Вивчити наявність в особистості обсесії і компульсії, а також ситуації-тригери, що призводять до нав'язливих думок.
2. Потрібно оцінити рівень тривоги за Шкалою SUDS.
3. Розробити послідовність під час експозиції і заборонити виконання компульсивних дій.
4. Проведення експозиції (наживо, в уяві, віртуально або як домашнє завдання).
5. Далі все зводиться до підтримання отриманого результату.

Починається весь процес з ситуації, яка викликає найменший стрес. Особа повинна дочекатися пікового рівня свого страху після якого відбувається поступове зниження і при цьому не потрібно виконувати компульсивні дії. До слідуєчюї ситуації потрібно приступати, коли попередньо відчуття тривоги зменшилось на 50%. По мірі зниження тривоги знижується і потреба виконувати певні ритуальні дії. Для того, щоб побачити динаміку рекомендовано вести записи щодо часу, кількості сеансів. Терапію потрібно проводити систематично для кращого результату. Особистість повинна усвідомити, що страшні наслідки ніколи насправді не збуваються або дуже низька ймовірність, а компульсивні дії не допомагають.

Наразі найбільшу популярність має діалектична поведінкова терапія (DBT), яка була розроблена М. Лінехан [34]. Цей підхід допомагає знизити суїцидальні нахили, агресивну та саморуйнівну поведінку і знижує емоційну реакцію на стрес.

Діалектична поведінкова терапія (DBT)-це комплексна система когнітивно-поведінкової терапії. Вона використовується для терапії складних і важко виліковних особистісних розладів (межовий, тривожний та інші). Діалектична поведінкова терапія поєднує в собі стратегії поведінкової терапії з практиками, які допомагають усвідомлювати себе. Спеціалісту в цей час потрібно прийняти нейтральну позицію по відношенню до свого клієнта. Це допоможе створити почуття довіри між ними. Для досягнення змін спеціаліст спонукає особистість створювати нові стратегії спілкування і при цьому вміти справлятися з негативними відчуттями. Поступово ці навички клієнт переносить в життя.

Завдання методу:

- мотивувати клієнта до змін;
- навчити особу приймати себе;
- навчити долати неприємні відчуття;
- створити нові стратегії спілкування;
- допомогти клієнту свої досягнення перенести в повсякденне життя.

Мета терапії: допомогти прийняти клієнту себе таким, який він є і поступово змінюватися для щасливого життя в майбутньому.

Для досягнення поставленої мети використовують різні форми допомоги: індивідуальна, групова, телефонний коучинг [19,с.48].

Говорячи про терапію можна висловити думку Карпенко Є. : “Загалом, усі терапевтичні підходи відрізняються не стільки по відношенню до єдиного об’єкта – особистості, скільки концентруються на різних її аспектах і проблемах.” [4,с.10]

Висновки до розділу 2

У другому розділі було переглянуто і описано організацію та етапи дослідження, підібрані методики діагностики і вибір випробуваних виходячи

з реаліїв часу. З великої кількості методів було обрано саме ті, які допомагають виявити особистісні розлади, в тому числі і у жінок, бо розкривають характерні особливості особистості. Аналізуючи результати різних методик простежується зв'язок між ними. Ці методики удосконалювалися, науково доведені та адаптовані до нашої країни. Проведення дослідження дає змогу діагностувати наявність особистісного розладу у жінок.

Розуміючи, що особистість має складну структуру бо в ній переплітаються біологія і соціальні фактори, а саме вони роблять нас особистістю. Особистісні розлади - це неможливість гармонійного існування в соціальному просторі. Ми не можемо знати напевно чи матиме місце особистісний розлад в житті певної людини (поки що) , але можемо виявити і спрогнозувати її схильність до певної поведінки. Виходячи з соціальної ролі жінки і її фізіологічні особливості та проблеми пов'язані між собою в більшості випадків. Діагностика особистісних розладів зазвичай діагностується в підлітковому віці і це дає більше можливостей щоб допомогти особі. Кожен вік теж має свої особливості, що впливають на поведінку.

Враховуючи результати опитування у досліджуваних не було виявлено розладів особистості. При проведенні опитування за допомогою Методики вияву типу особистості та особистісних розладів Дж. Олдхема, Л. Морріса та П'ятифакторного особистісного опитувальника Р. Маккрає, П. Коста показники мали середнє значення і відхилень від норми не виявилось.

За результатами опитування Методикою вияву типу особистості у випробуваних виходила суміш усіх відомих типів, що є нормою. Звичайно є домінуючі типи, але все ж відхилень немає.

Для більш точного діагностування потрібно підібрати декілька методик, які допоможуть повноцінно розкрити особу.

При особистісних розладах потрібно ретельно підбирати терапію для клієнта. Така терапія потребує від спеціаліста глибокі знання та розуміння ситуації і відповідальності за свою роботу.

Результати опитування випробуваних співпадають. Наприклад. Високий показник Ідіосинкратичного типу має високі результати Експресивності, а Агресивний тип з Екстраверсією та Відданий тип з Прив'язаністю. Зазначимо, що результати опитування в більшості переважають характерними для жінок якостями: чутливість, відданість, обережність.

За результатами можна передбачити схильність особистості до певних розладів, але на даний час всі випробувані їх не мають.

Було розглянуто і можливу терапію при особистісних розладах. Важливо ретельно підібрати методики терапії, щоб не нашкодити людині і викликати в неї зневіру до можливостей самої терапії і спеціаліста.

В даній роботі зацікавила когнітивно-поведінкова терапія, яка має багато форм і можливостей підібрати стратегії враховуючи особистісний розлад у жінок. Когнітивно-поведінкові стратегії в основному використовують з метою зменшити симптоми, а когнітивну реструктуризацію для заміни негативних моделей мислення на позитивні. Когнітивна терапія не є панацеєю, бо вона не може допомогти при антисоціальному розладі. Однак можливими терапевтичними формами можуть бути: діалектична поведінкова терапія (форма когнітивної терапії, яка була створена для роботи з межовими особистісними розладами) та метод експозиції, в якому береться за основу "лікування тим, від чого захворіли". Потрібно перебороти свій страх до кінця. Звичайно це ризиковано і потребує звернути увагу не тільки на психологічні проблеми, а й на фізіологію особи. Чи здатна вона буде перенести цей стрес ?

Під час проведення діагностики та терапії потрібно все заздалегідь спланувати методи діагностики, форму проведення та час потрібний для

цього. Звичайно в процесі роботи можливі доповнення та поправки. Від цього залежить якість роботи спеціаліста та доцільне використання часу.

ВИСНОВКИ

Під час роботи над кваліфікаційним завданням для розкриття теми і опрацювання над гіпотезою було вивчено друковані джерела та інтернет ресурси. Складність полягала в тому, що українська наука довгий час співпрацювала з російською, яка в даний час недоречна. Звичайно цей факт буде спонукати до власного розвитку, а в даний час звертаємо увагу на праці європейських та американських науковців, які досягли певного прогресу. При цьому важливо мати методики потрібні для діагностування в нашій країні. На жаль не всі методики адаптовані до нашої країни і наданий час залишаються російськомовні версії (Тест “Портретних виборів” Л. Сонді). Цікаво, що з’являються в інтернеті версії методик адаптованих до гаджетів. В своїй роботі використовувала повні версії з друкованих джерел, але в вигляді Google форми. Всі відповіді були надіслані на подану адресу в інтернеті та зібрані за допомогою Google таблиць. Відповіді вивчено та проаналізовано. В зв’язку з відсутністю особистісного розладу у випробуваних було розглянуто терапія при можливих розладах. Випробувані вибирались шляхом найблищого оточення можливо тому відсутні негативні результати.

В науковій літературі зустрічається опис особливостей особистісного розладу у жінок. Однак серед методик і видів терапії немає суто жіночого або чоловічого. На даний час, коли жінки можуть проявляти чоловічі риси характеру, а чоловіки жіночі то і схильності до певних розладів змінюється. Проте в своїй більшості ми маємо особливості особистісного розладу і подолання його наслідків характерних для жінок.

Досвід зарубіжних експертів показує, що жодна статистична процедура не в змозі розкрити все різноманіття варіантів індивідуальності особистості. Тому тут постає важливе питання про фактор особистості самого експерта,

його відчуття, знання і досвід, які здебільшого мають вирішальний фактор при постановці діагнозу та вмінні підібрати терапію для конкретного клієнта.

СПИСОК ВИКОРИСТАНОЇ ЛІТЕРАТУРИ

1. Булах І.С., Кузьменко В.У., Помиткін Е.О. Консультативна психологія: підручник. Нац. пед. ун-т ім. М.П. Драгоманова, Ін-т соціології, психології та соц. комунікацій. Вінниця: Нілан, 2014. 484 с.
2. Бутузова Л. П., Дмитрієва С. М., Дубравська Н. М., Максимець С. М., Мачушник О. Л., Сидоренко Н. І., Стахова О.О., Фриз І. В. Особистість: практичні засади вивчення. Том 2./Навчальний методичний посібник/ Житомир/ 2017. 330 с.
3. Зливков В. Л., Лукомська С. О., Федан О. В. Психодіагностика особистості у кризових життєвих ситуаціях Київ 2016, 219 с.
4. Карпенко Є. Методи сучасної психотерапії : навч. посібник. Дрогобич : Посвіт, 2015, 116 с.
5. Кокун О.М., Агаєв Н.А., Пішко І.О., Лозінська Н.С. Основи психологічних знань про психічні розлади для військового психолога. Методичний посібник.-- К: НДЦ ГП ЗСУ, 2018. 310 с.
6. Максименко С.Д. Медична психологія / За редакцією академіка Максименка С. Д. Підручник. Вінниця: Нова Книга, 2008. 520 с.
7. Мартинюк І. А. Патопсихологія. Навчальний посібник. К.: Центр учбової літератури, 2008, 208 с. https://library.udpu.edu.ua/library_files/417930.pdf
8. Михлюк Е. І., Перелигіна Л. А., Афанасьєва Н. Є. Психологічні особливості професійно зумовлених акцентуацій рятувальників. Монографія. Харків. 2018, 184с.
9. Мушкевич М. І., Чагарна С.Є. Основи психотерапії : навч. посіб / за ред. М. І. Мушкевич. Вид. 3-тє. Луцьк : Вежа-Друк, 2017. 420 с.

<https://core.ac.uk/download/pdf/153588416.pdf>

10. Никоненко Ю.П. Клінічна психологія. Навчальний посібник. К.: КНТ, 2016. 369с.<http://docplayer.net/77011841-Nikonenko-yu-p-nikonenko-yup-klinichna-psihologiya-kliniczna-psihologiya-navalny-posibnik-navchalniyposibnik-kyiv-2016.html>
11. Савенкова І.І. Клінічна психологія: [навчальний посібник]. Херсон: ООО «Айлант», 2018. 302 с.<http://dspace.pdpu.edu.ua/bitstream/123456789/12558/1/Clinical%20psychology.pdf>
12. Седих К.В., Фільц О.О., Банцер В.І. та ін., Основи психотерапії : навч. посіб.; за ред. К.В. Седих, О.О. Фільца. К. : Академвидав, 2016. 192 с.
13. Спіріна І.Д., Вітенко І.С., Напрєєнко О.К та ін., Медична психологія: державний національний підручник. Дніпропетровськ: ЧП “Ліра” ЛТД, 2012, 444 с.
14. Carr Alan. Clinical psychology: an introduction. London: Routledge. 2012, 395p.https://books.google.com.ua/books?id=u4aDPdw0Fi4C&printsec=frontcover&hl=ru&source=gbs_ge_summary_r&cad=0#v=onepage&q&f=false
15. Freeman Arthur, Stephanie H. Felgoise, Denise D. Davis. Clinical Psychology: Integrating Science and Practice. John Wiley & Sons, Hoboken, N.J., 2008, 483 p.
https://books.google.com.ua/books?id=5FDeynAlfR0C&printsec=frontcover&hl=ru&source=gbs_ViewAPI_redir_esc=y#v=onepage&q&f=false
16. Karen Horney M.D., Feminine Psychology, W.W. Norton & Company. 1993. 269 p.
17. Otto F. Kernberg (Author) / Severe Personality Disorders: Psychotherapeutic Strategies Paperback –February 24, 1993. 396 p.
18. Ronald J. Comer /Jonathan S. Comer, Abnormal Psychology (10th edition),

Worth Publishers, 1992, 784 p.

19. Sommers-Flanagan John, Sommers-Flanagan Rita. Counseling and Psychotherapy Theories in Context and Practice: Skills, Strategies, and Techniques, Edition 3. John Wiley & Sons, N.J., 2018. 480 p.
20. <https://www.who.int/ukraine> (BOO3)
21. <https://uk.wikipedia.org/wiki/> Міжнародна Класифікація Хвороб
22. [https://uk.wikipedia.org/wiki/ Розлад_особистості](https://uk.wikipedia.org/wiki/Розлад_особистості)
23. [https://uk.wikipedia.org/wiki/ Список_кодів_МКХ-10](https://uk.wikipedia.org/wiki/Список_кодів_МКХ-10)
24. https://ua-m.iliveok.com/health/rozlady-osobystosti_108143i15956.html
25. https://uk.wikipedia.org/wiki/Емоційно_нестабільний_розлад_особистості
26. <https://zn.ua/ukr/UKRAINE/za-otsinkami-vooz-narazi-kozhnij-chetvertij-ljudin-i-v-ukrajini-zahrozhuje-psikhichnij-rozlad-cherez-vijnu.html>
27. https://uk.wikipedia.org/wiki/Діагностичний_і_статистичний_посібник_з_психічних_розладів (DSM-5)
28. <https://www.istoriya.in.ua/amerikanseka-psihiatrichna-asociaciya.html> (АПА)
29. <https://suspilne.media/346112-psihicne-zdorova-pid-cas-vijni-ak-zrozumiti-so-potribna-dopomoga-ta-vberegti-sebe-v-tazki-casi/>
30. <https://www.wonderzine.com.ua/wonderzine/life/good-question/9757-pitannya-ekspertu-scho-vidbuvaetsya-z-psihichnimi-rozladami-pid-chas-vijni>
31. <https://psyttests.org/classic/szondi.html> (тест Сонді)
32. <https://studfile.net/preview/7735038/page:3/>
33. <https://neuronews.com.ua/ua/archive/2020/4%28115%29/pages-14-16>
diagnostuvannya-bipolyarnih-afektivnih-rozladiv-vidpovidno-do-mkh-potochniy-stan-ta-perevagi#gsc.tab=0(МКХ-11)
34. <https://uk.wikipedia.org/wiki/> Діалектично-поведінкова терапія

35. <https://kpt-center.com.ua/statti/zastosuvannya-ekspozitsiyi-z-poperedzhennyam-reaktsiyi-v-terapiyi/>

36. <https://uk.wikipedia.org/wiki/> Когнітивно-емоційна-поведінкова терапія

37. <https://uk.wikipedia.org/wiki/> Божович_Лідія_Іллівна

38. <https://www.msp.gov.ua/>

ДОДАТОК

Додаток 1

П'ятифакторний опитувальник особистості Р. Маккрає, П. Коста

(результати опитування).

№	Ім'я	Вік	інтров.- екстрав.	відст.- привяз.	імпул.- самок.	стійк.- нестій.	експр.- практ.
1	Оксана	47	57	72	67	60	65
2	Марія	24	49	47	46	46	53
3	Аліна	23	47	49	56	58	58
4	Оксана	47	56	58	61	54	56
5	Наталія	35	50	53	55	54	57
6	Олена	53	49	70	67	67	61
7	Леонора	57	68	72	73	72	69
8	Наталія	40	56	53	50	49	55
9	Ірина	45	58	55	60	60	65
10	Катерина	25	46	49	45	46	48
11	Марина	33	56	47	45	44	46
12	Люда	52	56	61	67	66	70
13	Валя	37	48	48	49	60	48
14	Ксенія	45	47	56	67	67	65
15	Лідія	59	63	65	72	73	70
16	Тетяна	47	55	62	64	64	69
17	Люба	52	60	65	66	67	68
18	Людмила	67	57	69	65	64	67
19	Руслана	24	50	46	47	46	49

20	Людмила	54	67	67	61	59	47
21	Тетяна	48	55	71	70	60	56

Методика визначення типу особистості та особистісних розладів Дж. Олдхем, Л. Морріс (результати опитування).

№	Ім'я	Вік	A	B	C	D	E	F	G	H	I	J	K	L	M	N
1	Оксана	47	5	7	1 5	2	7	2	9	6	1	1 1	5	3	5	8
2	Марія	24	5	4	9	4	4	1	2	5	1	6	2	3	3	3
3	Аліна	23	7	2	5	2	4	6	5	6	4	3	6	2	3	4
4	Оксана	47	2	5	2	3	5	3	5	5	6	5	3	1	4	2
5	Наталія	35	1	2	4	1 0	7	2	5	4	8	5	6	3	3	3
6	Олена	53	7	3	2	4	4	2	3	8	8	6	1	1	1 1	3
7	Леонора	57	4	3	6	7	6	3	5	4	8	1 0	3	5	4	5
8	Наталія	40	5	3	3	2	5	2	2	8	7	1 1	1	1	9	4
9	Ірина	45	2	1	2	5	3	5	4	5	5	7	5	4	6	5
10	Катерина	25	3	1	4	2	5	2	3	8	5	9	4	1	5	4
11	Марина	33	5	1	6	7	6	3	6	5	9	5	2	7	4	3
12	Люда	52	4	5	2	1	6	4	3	6	8	1 1	2	1	4	4
13	Валя	37	3	3	5	3	3	6	4	7	9	7	4	3	5	6
14	Ксенія	45	4	7	2	1	5	1	3	7	8	1 1	2	1	5	4
15	Лідія	59	6	1	5	4	6	1	5	7	9	9	2	1	7	5
16	Тетяна	47	5	2	2	3	7	1	6	8	7	1	1	1	5	6

												0				
17	Люба	52	3	2	4	7	9	4	5	8	6	7	3	1	5	5
18	Людмила	67	4	5	1	3	3	1	5	9	10	8	5	1	6	8
19	Руслана	24	1	1	3	6	8	2	5	9	5	5	5	2	4	2
20	Людмила	54	6	3	4	3	2	5	1	5	2	4	3	1	8	5
21	Тетяна	48	3	8	4	3	12	5	7	12	10	14	7	13	9	11