

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

«Допущено до захисту»

Завідувач кафедри

_____ Мірошник З. М.

Реєстраційний № _____

_____ 2023р.

«__» _____ 2023р.

СУЧАСНІ ПІДХОДИ ДО ДІАГНОСТИКИ І КЛАСИФІКАЦІЇ
РОЗЛАДІВ ОСОБИСТОСТІ

Кваліфікаційна робота
студентки групи ПП-19
ступінь вищої освіти бакалавр
спеціальності 053 Психологія
Івченко Марії Олександрівни
Керівник
кандидат педагогічних наук, доцент
Чаркіна О. А.

Оцінка:

Національна шкала _____

Шкала ECTS _____ Кількість балів _____

Голова ЕК _____

Члени ЕК _____

ЗАПЕВНЕННЯ

Я, **Івченко Марія Олександрівна**, 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 I. ПСИХОЛОГІЧНІ КОНЦЕПЦІЇ ВИНИКНЕННЯ ОСОБИСТІСНИХ РОЗЛАДІВ.....	8
1.1 Поняття про розлади особистості.....	8
1.2 Причини та механізми виникнення розладів особистості.....	17
1.3 Класифікація та симптоматика розладів особистості.....	20
Висновок до розділу 1.....	29
РОЗДІЛ II. ЕМПІРИЧНЕ ДОСЛІДЖЕННЯ ВИЗНАЧЕННЯ ОСОБИСТІСНИХ РОЗЛАДІВ.....	31
2.1 Організація та методи емпіричного дослідження.....	31
2.2 Аналіз отриманих результатів.....	34
Висновок до розділу 2.....	41
ВИСНОВКИ.....	42
СПИСОК ВИКОРИСТАНИХ ДЖЕРЕЛ.....	44
ДОДАТКИ.....	46

ВСТУП

Розлад особистості - це стан психічного здоров'я, який включає в себе довготривалі, всеохоплюючі, руйнівні моделі мислення, поведінки, настрою та стосунків з іншими людьми. Ці патерни спричиняють людині значні незручності та/або погіршують її здатність функціонувати. На сьогодні існує десять типів розладів особистості, кожен з яких має різні характеристики й симптоми.

Особистість має життєво важливе значення для визначення того, ким ми є як особистості. Вона включає в себе унікальне поєднання рис, ставлення, думки та поведінку, а також те, як ми виражаємо ці риси у взаємодії з іншими людьми та навколишнім світом.

Розлади особистості можуть спричинити викривлене сприйняття реальності, аномальну поведінку та дистрес у різних аспектах життя, в тому числі роботу, стосунки та соціальне функціонування. Крім того, люди з розладом особистості можуть не усвідомлювати свою тривожну поведінку або негативний вплив, який така поведінка чинить на інших.

Діагностичний і статистичний посібник з психічних захворювань - це останнє видання професійного довідника Американської психіатричної асоціації з питань психічного здоров'я та станів, пов'язаних з роботою мозку. Також відомий як DSM-5, це основний посібник для лікарів, які надають психіатричну допомогу в США. Остання версія, DSM-5-TR, була опублікована в 2022 році. DSM-5 об'єднує вище названих 10 типів розладів особистості в три основні категорії. Кожна категорія має свої спільні симптоми.

Розлади особистості (РО) - це клас психічних розладів, що характеризуються стійкими дезадаптивними моделями поведінки, пізнання та внутрішнього досвіду, які проявляються в багатьох контекстах і відхиляються від прийнятих у культурі індивіда. Ці моделі розвиваються рано, є негнучкими і пов'язані зі значним дистресом або інвалідністю. Визначення варіюються в різних джерелах і залишаються предметом суперечок.

Офіційні критерії діагностики розладів особистості перераховані в шостому розділі одинадцятого видання Міжнародної класифікації хвороб (МКХ) і в Діагностичному і статистичному посібнику з психічних розладів (DSM-5) Американської психіатричної асоціації. Особистість, з психологічної точки зору, - це сукупність стійких поведінкових і психічних рис, які відрізняють окремих людей. Отже, розлади особистості визначаються досвідом і поведінкою, які відхиляються від соціальних норм і очікувань. Люди з діагнозом "розлад особистості" можуть відчувати труднощі в пізнанні, емоційності, міжособистісному функціонуванні або контролі імпульсів.

Серед психіатричних пацієнтів поширеність розладів особистості оцінюється від 40 до 60%.[20]. В цілому в популяції розлади особистості зустрічаються середньому у 10% населення. Поведінкові моделі розладів особистості, як правило, розпізнаються в підлітковому віці, на початку дорослого життя, а іноді навіть у дитинстві і часто мають поширений негативний вплив на якість життя.

Діагностика розладів особистості є дещо складним завданням. З одного боку, лікареві часто важко точно визначити, який саме з багатьох розладів особистості має людина, хоча друзі та колеги людини зазвичай можуть добре з цим впоратися (Oltmanns & Turkheimer, 2006).

Крім того, розлади особистості мають високий рівень коморбідності; якщо людина має один розлад, цілком ймовірно, що у неї є й інші. Хоча розлади особистості вважаються самостійними розладами, вони, по суті, є більш м'якими версіями більш важких розладів психіки (Huang та ін., 2009). Перша згадка про розлади особистості зустрічається в працях Ф. Пінеля («манія без марення»), з того часу за більш ніж 200-річний період були запропоновано десятки класифікацій.

Питання дослідження і діагностики розладів особистості займалися як сфері психіатрії Ганнушкин П., Жмуров В., та інші. А також із сфери психології, зокрема психодинамічного підходу Фройд З. та його послідовники, Малер М., Кернберг О., Когут Х., Мак-Вільямс Н., Райл Е. та інші.

Внаслідок повномасштабних військових дій на території України близько 7 мільйонів людей стали внутрішньо переміщеними особами, а ще 7,4 мільйона були змушені покинути країну як біженці. Однак, мабуть, найбільш руйнівним наслідком війни став її вплив на психічне здоров'я людей на рівні, небаченому в Європі з часів Другої світової війни. Сьогодні майже 10 мільйонів людей ризикують страждати від психічних розладів, таких як гострий стрес, тривога, депресія, зловживання психоактивними речовинами та посттравматичний стресовий розлад (ПТСР).

Згідно з глобальними оцінками, кожна п'ята людина в конфліктних ситуаціях страждає від проблем з психічним здоров'ям. Ситуація в Україні не є винятком. Приблизно 22% населення постраждалих від війни регіонів ризикують зіткнутися з проблемами психічного здоров'я протягом наступних 10 років; з них у кожного десятого може розвинутися помірний або важкий психічний стан, наприклад, депресія з суїцидальною поведінкою або психоз.[23]

Водночас люди з уже наявними психічними розладами, які раніше отримували соціальні та психіатричні послуги, стикаються з додатковими проблемами в доступі до необхідної допомоги. Ці проблеми є найбільш гострими в регіонах, які найбільше постраждали від війни, але навіть люди, які живуть у відносно безпечних частинах країни, можуть відчувати тривогу, смуток, проблеми зі сном, загальну слабкість, гнів або соматичні симптоми невідомої етіології. Усе це - нормальні реакції на ненормальну ситуацію, і для більшості людей ці симптоми з часом минають, особливо якщо вони зможуть задовольнити свої базові потреби та отримати доступ до соціальної підтримки, що наразі є однаково проблематичним. Тож, тема дослідження розладів особистості в сьогоденній Україні постає дуже гостро й актуально.

Мета кваліфікаційної роботи полягає у дослідженні сучасних способів кваліфікації та діагностики психічних розладів.

Об'єкт дослідження: особистісні розлади

Предмет дослідження – сучасні способи класифікації та діагностики особистісних розладів.

Мета визначає завдання наукового **дослідження**:

- Розглянути поняття про розлади особистості;
- Описати причини та механізми виникнення розладів особистості;
- Класифікувати симптоматику розладів особистості;
- Виділити сучасні діагностики розладів особистості;
- Проаналізувати корекцію та лікування особистісних розладів.

Методи й методики дослідження: 1) теоретичне опрацювання робіт сучасних вчених, що досліджували розлади особистості; 2) шкала депресії Бека, тест маніфестації тривожності Дж. Тейлор; 3) статистична обробка даних з використанням визначення т- критерія студента й кореляційного аналізу.

База дослідження: м. Кривий Ріг, Криворізький педагогічний університет

Структура та обсяг роботи. Кваліфікаційна робота складається зі вступу, двох розділів, висновків, списку використаних джерел (23), додатків. Загальний обсяг роботи становить 50 сторінок комп'ютерного тексту. Робота містить 6 рисунків та 4 таблиці.

РОЗДІЛ І. ПСИХОЛОГІЧНІ КОНЦЕПЦІЇ ВИНИКНЕННЯ ОСОБИСТІСНИХ РОЗЛАДІВ

1.1. Поняття про розлади особистості

Поняття особистості можна назвати одним із ключових у розумінні людини. Особистість включає такі характеристики, як характер, темперамент, здібності, звички та особливості поведінки. Отже, наші особистості повністю відображають, ким ми є. Ось чому розлади особистості важко зрозуміти та класифікувати. Розлади особистості загалом - це поширені, стійкі патерни мислення, сприйняття, реагування та стосунків, які спричиняють значний дистрес або функціональні порушення. Розлади особистості значно відрізняються за своїми проявами, але вважається, що всі вони спричинені поєднанням генетичних і середовищних факторів. Багато з них поступово стають менш вираженими з віком, але певні риси можуть зберігатися до певної міри після того, як гострі симптоми, що стали причиною діагностування розладу, зникають. Діагноз ставиться клінічно. Лікування - психосоціальна терапія та іноді медикаментозна терапія. Загалом, немає чітких відмінностей щодо статі, соціально-економічного класу та раси. Однак, при антисоціальному розладі особистості чоловіки переважають над жінками у співвідношенні 6:1. При пограничному розладі особистості жінок більше, ніж чоловіків, у співвідношенні 3:1 (але тільки в клінічних умовах, а не в загальній популяції). Термін «розлад особистості» замінює застаріле визначення «психопатія». Раніше вважалося, що причиною психозу є «вроджені дефекти нервової системи, пошкодження плода, особливо під час пологів». Відтепер багато причин вважаються факторами схильності до розладів особистості. Важливість їх впливу залежить від типу захворювання та індивідуальних особливостей людини. Найчастіше обговорюється взаємодія генетичного поліморфізму та соціальних факторів, особливо дитячої травми. Емоційне, фізичне та сексуальне насильство, яке людина перенесла в дитинстві стає

значним фактором ризику розвитку розладу особистості. «Розлад» не є точним терміном, але він відноситься до клінічно визначеної групи симптомів або поведінкових ознак, які в більшості випадків викликають дистрес і заважають функціонуванню людини. Ізольоване соціальне відхилення або конфлікт без розладу особистості не слід оцінювати як психічний розлад. Розлад особистості - це термін з виразно сучасним значенням, частково завдяки його клінічному використанню та інституційному характеру сучасної психіатрії. Прийняте в даний час значення слід розуміти в контексті історично мінливих класифікаційних систем, таких як DSM-IV та її попередників. Незважаючи на те, що вони є дуже анахронічними та ігнорують радикальні відмінності в характері суб'єктивності та соціальних відносин, дехто припускає схожість з іншими концепціями, що сягають корінням принаймні до давніх греків. Наприклад, грецький філософ Теофраст описав 29 типів "характерів", які він вважав відхиленнями від норми, і подібні погляди були знайдені в азійській, арабській та кельтській культурах. Тривалий вплив на західний світ мала концепція типів особистості Галена, яку він пов'язував з рідинами людського тіла, запропонованими Гіппократом. Такі погляди проіснували до вісімнадцятого століття, коли експерименти почали ставити під сумнів нібито біологічно обґрунтовані «гумори» і «темпераменти». Набули поширення психологічні концепції характеру та "Я". У дев'ятнадцятому столітті "особистість" означала свідоме усвідомлення людиною своєї поведінки, порушення якої могло бути пов'язане зі зміненими станами, такими як дисоціація. Це значення терміну порівнюють з використанням терміну "множинний розлад особистості" в перших версіях DSM. На початку дев'ятнадцятого століття лікарі почали діагностувати форми божевілля, пов'язані з порушеними емоціями та поведінкою, але, здавалося б, без значних інтелектуальних порушень, марень чи галюцинацій. Філіп Пінель назвав це "manie sans délire" - манія без марень - і описав низку випадків, в основному пов'язаних з надмірним або незрозумілим гнівом чи люттям. Джеймс Коулз Прічард висунув схожу концепцію, яку він назвав моральним божевіллям, і

яка буде використовуватися для діагностики пацієнтів протягом декількох десятиліть. "Моральне" в цьому сенсі стосувалося афекту (емоції або настрою), а не етики, але воно, ймовірно, частково ґрунтувалося на релігійних, соціальних і моральних переконаннях, з песимізмом щодо медичного втручання, тому соціальний контроль повинен мати пріоритет. Ці категорії були набагато іншими і ширшими, ніж пізніші визначення розладу особистості, в той же час дехто розвинув їх у більш конкретне значення моральної дегенерації, подібне до пізніших ідей про "психопатів". Окремо Ріхард фон Крафт-Ебінг популяризував терміни садизм і мазохізм, а також гомосексуалізм як психіатричні проблеми. Німецький психіатр Кох прагнув зробити концепцію морального божевілля більш науковою і в 1891 році запропонував фразу "психопатична неповноцінність", яку теоретично вважав вродженим розладом. Це означало постійні і жорсткі моделі поведінки або дисфункції за відсутності явної "розумової відсталості" або хвороби, нібито без морального судження. Його робота, яка описується як глибоко вкорінена в його християнській вірі, встановила концепцію розладу особистості в тому вигляді, в якому вона використовується сьогодні. На початку 20-го століття інший німецький психіатр, Еміль Крепелін, включив розділ про психопатичну неповноцінність у свою впливову працю з клінічної психіатрії для студентів і лікарів. Він запропонував шість типів - збудливий, нестійкий, ексцентричний, брехун, шахрай і забіяка. Ці категорії, по суті, визначалися найбільш невірноваженими кримінальними злочинцями, яких він спостерігав, розрізняючи злочинців імпульсивних, професійних злочинців і хворобливих бродяг, які блукали по життю. Крепелін також описав три параноїдальні (тобто маревні) розлади, що нагадують пізніші концепції шизофренії, маревного розладу та параноїдального розладу особистості. Діагностичний термін для останнього поняття буде включений до DSM з 1952 року, а з 1980 року DSM також включатиме шизоїдний і шизотиповий розлади; інтерпретація більш ранніх (1921 року) теорій Ернста Кречмера призвела до розрізнення між ними і ще одним типом, пізніше включеним до DSM, -

розладом особистості, що уникає. У 1933 році російський психіатр П.Б. Ганушкін опублікував свою книгу "Прояви психопатій: Статика, динаміка, системні аспекти", яка стала однією з перших спроб розробити детальну типологію психопатій. Враховуючи дезадаптацію, поширеність і стійкість як три основні симптоми поведінкової патології, він виділив дев'ять типів психопатій: циклоїди (включаючи конституційно депресивних, конституційно збудливих, циклотиміків та емоційно лабільних), астеніки (включаючи психастеніків), шизоїди (включаючи мрійників), параноїки (включаючи фанатиків), епілептоїди, істеричні особистості (включаючи патологічних брехунів), нестійкі психопати, антисоціальні психопати та конституційно тупі. Деякі елементи типології Ганушкіна пізніше увійшли до теорії, розробленої російським підлітковим психіатром А.Є. Личко, який також цікавився психопатіями та їхніми м'якшими формами, так званими акцентуаціями характеру [3,с.107]. У 1939 році психіатр Девід Гендерсон опублікував теорію "психопатичних станів", яка сприяла поширенню зв'язку цього терміну з антисоціальною поведінкою. Текст Герві М. Клеклі 1941 року "Маска здорового глузду", заснований на його особистій класифікації подібностей, які він помітив у деяких ув'язнених, поклав початок сучасній клінічній концепції психопатії та її популяризаторському використанню. Ближче до середини 20-го століття на перший план вийшли психоаналітичні теорії, засновані на роботах початку століття, які популяризували Зигмунд Фройд та інші. Це включало концепцію розладів характеру, які розглядалися як тривалі проблеми, пов'язані не з конкретними симптомами, а з глибокими внутрішніми конфліктами або порушеннями нормального дитячого розвитку. Їх часто розуміли як слабкість характеру або навмисне відхилення від норми і відрізняли від неврозу чи психозу. Термін "прикордонний" походить від переконання, що деякі люди функціонують на межі цих двох категорій, і ряд інших категорій розладів особистості також зазнали значного впливу цього підходу, включаючи залежний, обсесивно-компульсивний та істеричний розлади,[12] останній з яких починався як конверсійний симптом істерії,

особливо пов'язаний з жінками, потім як істерична особистість, а в пізніших версіях DSM був перейменований в істеричний розлад особистості. Пасивно-агресивний стиль був клінічно визначений полковником Вільямом Меннінгером під час Другої світової війни в контексті реакції чоловіків на військову дисципліну, що пізніше буде названо розладом особистості в DSM. Отто Кернберг мав вплив на концепції прикордонних і нарцисичних особистостей, які пізніше були включені в 1980 році як розлади в DSM. Тим часом, більш загальна психологія особистості розвивалася в академічних колах і, до певної міри, клінічно. Гордон Олпорт опублікував теорії особистісних рис у 1920-х роках, а Генрі Мюррей висунув теорію під назвою персонологія, яка вплинула на пізнішого ключового прихильника особистісних розладів Теодора Міллона. Для оцінки особистості розроблялися або застосовувалися тести, включаючи проективні тести, такі як тест Роршаха, а також опитувальники, такі як Міннесотський багатофакторний особистісний опитувальник. Приблизно в середині століття Ганс Айзенк аналізував риси і типи особистості, а психіатр Курт Шнайдер популяризував клінічне використання замість більш звичних раніше термінів "характер", "темперамент" або "конституція". Американські психіатри офіційно визнали концепцію стійких розладів особистості в першому "Діагностичному та статистичному посібнику з психічних розладів" у 1950-х роках, який значною мірою спирався на психоаналітичні концепції. Дещо більш нейтральна мова була використана в DSM-II в 1968 році, хоча терміни та описи мали лише незначну схожість з сучасними визначеннями. DSM-III, опублікована в 1980 році, внесла деякі значні зміни, зокрема, винесла всі розлади особистості на другу окрему "вісь" разом з "розумовою відсталістю", щоб позначити більш стійкі патерни, відмінні від того, що вважалося психічними розладами першої вісі. Категорії "неадекватний" та "астенічний" розлади особистості були вилучені, а інші були розширені до більшої кількості типів або змінені з розладів особистості на звичайні розлади. Соціопатичний розлад особистості, який раніше був терміном для психопатії, було перейменовано на

антисоціальний розлад особистості. Більшість категорій отримали більш конкретні "операціоналізовані" визначення зі стандартними критеріями, за якими психіатри могли б проводити дослідження і ставити діагнози пацієнтам. У третій редакції DSM-III розлад особистості, спрямований на самознищення, і садистський розлад особистості були включені як попередні діагнози, що потребують подальшого вивчення. У DSM-IV вони були вилучені, хоча було додано запропонований "депресивний розлад особистості"; крім того, офіційний діагноз "пасивно-агресивний розлад особистості" був вилучений, попередньо перейменований на "негативістський розлад особистості". Були відзначені міжнародні відмінності в тому, як розвивалося ставлення до діагнозу розладу особистості. Курт Шнайдер стверджував, що вони є "аномальними різновидами психічного життя" і тому не обов'язково належать до сфери психіатрії, і ця думка, як кажуть, досі має вплив у Німеччині. Британські психіатри також неохоче займаються такими розладами або розглядають їх нарівні з іншими психічними розладами, що частково пояснюється браком ресурсів у Національній службі охорони здоров'я, а також негативним ставленням медиків до поведінки, пов'язаної з розладами особистості. Вважається, що в США панівна система охорони здоров'я і психоаналітична традиція дають підстави приватним терапевтам діагностувати деякі розлади особистості в більш широкому сенсі і надавати їм постійне лікування. З появою МКХ 11 та DSM-5 з'явилося нове розуміння цих розладів. Проблема вивчення розладів особистості виникла наприкінці 1880-х років [10,с.485]. Вчені, які займаються цією проблемою, стверджують, що виділення психозу в окрему нозологічну форму суворо продиктовано практичними, насамперед судовими, потребами. Адже саме такі хворі значною мірою схильні до правопорушень. [1,с.45] В сучасній класифікації захворювань, як МКХ XI, так і в DSM-5 термін «психопатія» вилучено зі списку можливих діагнозів і, на думку світових представників психіатрії, запропоновано більш гуманний термін – «специфічні розлади особистості».[13] Проте єдиної думки щодо етимології розладів особистості

немає. Вони класифікуються відповідно до індивідуальних симптоматичних розладів поведінки. Водночас питання психологічного дослідження хворих з розладами особистості є актуальними для проведення комплексних судових психолого-психіатричних експертиз. Зрештою, психіатрам часто потрібне повне розуміння тонких психологічних розладів, щоб поставити точні діагнози та висловити експертне судження. Однак, достатньо часто такі порушення виявляються лише в умовах патопсихологічних експериментів. При розладах особистості найчастіше зустрічаються такі риси: нездатність відкладати очікуване задоволення на потім, обмірковувати наслідки своїх дій, вчитися на власному досвіді, швидкоплинна пристрасть, порушення інтелектуальних функцій, асоціальна поведінка. У дослідженнях патопсихологів описуються різні психологічні та психічні механізми, що призводять до формування специфічних рис ненормальної особистості. Розлади особистості виникають тоді, коли ці риси стають настільки вираженими, ригідними та неадаптивними, що заважають роботі та/або міжособистісному функціонуванню. Така соціальна дезадаптація може спричинити значний дистрес як для людей з розладами особистості, так і для тих, хто їх оточує. Для людей з розладами особистості (на відміну від багатьох інших, які звертаються за консультацією) причиною звернення за допомогою зазвичай є дистрес, спричинений наслідками їхньої соціально дезадаптивної поведінки, а не дискомфорт від власних думок і почуттів. Таким чином, лікарі повинні спочатку допомогти пацієнтам зрозуміти, що корінь проблеми лежить в їхніх особистісних рисах. Розлади особистості зазвичай починають проявлятися в пізньому підлітковому або ранньому дорослому віці, хоча іноді ознаки проявляються раніше (в дитинстві). Риси та симптоми значно різняться за тривалістю збереження; багато з них з часом зникають. У DSM-5 перераховано 10 типів розладів особистості, хоча більшість пацієнтів, які відповідають критеріям одного типу, також відповідають критеріям одного або декількох інших. Деякі типи (наприклад, антисоціальні, пограничні) мають тенденцію зменшуватися або зникати з віком; інші наприклад,

обсесивно-компульсивні, шизотипові майже ніколи не зникають, а на жаль, навпаки, лише погіршуються з плином часу. Для більшості розладів особистості рівень спадковості становить близько 50%, що аналогічно або вище, ніж для багатьох інших основних психіатричних розладів. Такий рівень спадковості суперечить поширеному припущенню, що розлади особистості - це вади характеру, які формуються переважно під впливом несприятливого оточення. Прямі витрати на лікування та непрямі витрати на втрачену ефективність праці, пов'язані з розладами особистості, особливо з пограничним та обсесивно-компульсивним розладами особистості, значно перевищують аналогічні витрати, пов'язані з великим депресивним розладом або генералізованим тривожним розладом.

Розлади особистості недостатньо діагностуються. Коли люди з розладами особистості звертаються за допомогою, вони часто скаржаться на депресію або тривогу, а не на прояви розладу особистості. Запідозривши розлад особистості, лікарі оцінюють когнітивні, афективні, міжособистісні та поведінкові тенденції за допомогою спеціальних діагностичних критеріїв. Більш складні та емпірично достовірні діагностичні інструменти доступні для високо спеціалізованих та академічних лікарів. Діагностика розладу особистості базується на таких ознаках: стійкий, негнучкий, поширений патерн дезадаптивних рис, що охоплює два чи більше наступних аспектів: пізнання (способи сприйняття та інтерпретації себе, інших та подій), афективність, міжособистісне функціонування та контроль над імпульсами; значний дистрес або порушення функціонування внаслідок дезадаптивної поведінки; відносна стабільність і ранній початок (щонайменше у підлітковому або ранньому дорослому віці) симптомів. Також необхідно виключити інші можливі причини симптомів (наприклад, інші розлади психічного здоров'я, вживання психоактивних речовин, травми голови, органічні ураження головного мозку, дегенеративні захворювання нервової системи та інші). Для того, щоб діагностувати розлад особистості у пацієнтів віком до 18 років, симптом повинен бути присутнім протягом ≥ 1 року, за винятком антисоціальних розладів особистості, які не

можуть бути діагностовані у пацієнтів віком до 18 років. Оскільки багато пацієнтів з розладом особистості не мають уявлення про свій стан, лікарям може знадобитися інформація про попередні прояви, протікання та лікування інших лікарів, членів сім'ї, друзів або інших осіб, які контактували з ними. Розділ розладів особистості в МКХ-11 суттєво відрізняється від попереднього видання МКХ-10. Всі окремі розлади були об'єднані в один: Розлад особистості (6D10), який може кодуватися як легкий (6D10.0), помірний (6D10.1), тяжкий (6D10.2) або тяжкість не визначена (6D10.Z). Існує також додаткова категорія "Труднощі особистості" (QE50.7), яка може бути використана для опису особистісних рис, які є проблематичними, але не відповідають діагностичним критеріям для розладів особистості. Особистісний розлад або труднощі можуть бути визначені однією або кількома провідними рисами або моделями особистості (6D11). В МКХ-11 використовується п'ять доменів рис:

- Негативна афективність (6D11.0) - включає тривожність, невпевненість у розлуці, недовірливість, відчуття нікчемності та емоційну нестабільність
- Відчуженість (6D11.1) - включаючи соціальну відчуженість та емоційну холодність
- Дисоціальність (6D11.2) - в т.ч. пихатість, егоцентризм, обман, експлуататорство та агресивність
- Розгальмування (6D11.3) - включаючи схильність до ризику, імпульсивність, безвідповідальність і відволікання уваги
- Ананкастія (6D11.4) - включає жорсткий контроль над поведінкою та афектами, а також жорсткий перфекціонізм.

Безпосередньо під цим переліком знаходиться прикордонний синдром (6D11.5), категорія, схожа на прикордонний розлад особистості. Це не риса сама по собі, а комбінація п'яти рис з певним ступенем вираженості. [11]. Згідно з МКХ-11, будь-який розлад особистості повинен відповідати всім наступним критеріям: стійкий розлад, що характеризується проблемами у

функціонуванні різних аспектів особистості (наприклад, ідентичність, самооцінка, точність самосприйняття, самоспрямованість) та/або міжособистісною дисфункцією (наприклад, здатність розвивати та підтримувати близькі та взаємовигідні стосунки, здатність розуміти точку зору інших людей та керувати конфліктами у стосунках); порушення зберігається протягом тривалого періоду часу (наприклад, 2 роки або більше); порушення проявляється у моделях пізнання, емоційного досвіду, емоційного вираження та поведінки, які є неадаптивними (наприклад, негнучкими або погано регульованими); розлад проявляється в різних особистих і соціальних ситуаціях (тобто не обмежується конкретними стосунками або соціальними ролями), хоча він може постійно викликатися певними типами обставин; симптоми не пов'язані з прямим впливом ліків або речовин, включаючи синдром відміни, і не можуть бути пояснені іншим психічним розладом, захворюванням нервової системи або іншим медичним станом; розлад пов'язаний зі значним дистресом або значними порушеннями в особистій, сімейній, соціальній, освітній, професійній або інших важливих сферах функціонування[22]. Розлад особистості не слід діагностувати, якщо патерни поведінки, що характеризують розлад особистості, відповідають рівню розвитку (наприклад, проблеми, пов'язані з встановленням незалежної самоідентичності в підлітковому віці) або можуть бути пояснені в першу чергу соціальними або культурними факторами, в тому числі соціально-політичними конфліктами.

1.2 Причини та механізми виникнення розладів особистості

Розлади особистості можуть бути викликані різними факторами, що впливають на психічний стан людини, включаючи: різні генетичні розлади, пошкодження ділянок мозку, наркотичні речовини, алкоголь, інші токсини, патологічний внутрішньоутробний розвиток, патологічний розвиток мозку, несприятливе соціальне виховання, сім'я та інші травми. Особливу роль у

розвитку проблем відіграє дитячий досвід, який є каталізатором розладів особистості. Однак визначити точну причину проблеми можна лише за допомогою правильної діагностики професійного психіатра. Особистість - це поєднання думок, емоцій та поведінки, які роблять її унікальними. Це те, як людина бачить, розуміє і ставиться до зовнішнього світу, а також те, як людина бачить себе. Особистість формується в дитинстві, формується через взаємодію: генів й оточення. Певні риси особистості можуть бути передані батьками через успадковані гени. Ці риси іноді називають темпераментом. Оточення, в якому людина виросла, події, що відбувалися, стосунки з членами сім'ї та іншими людьми. Вважається, що розлади особистості спричинені поєднанням цих генетичних і середовищних впливів. Гени можуть зробити людину вразливою до розвитку розладу особистості, а життєва ситуація може спровокувати його розвиток. Хоча точна причина розладів особистості не відома, певні фактори, схоже, збільшують ризик розвитку або провокують розлади особистості, в тому числі сімейний анамнез розладів особистості або інших психічних захворювань, жорстоке, нестабільне або хаотичне сімейне життя в дитинстві, діагноз дитячого розладу поведінки в дитинстві, зміни в хімії та структурі мозку. Наразі не існує остаточно доведених причин розладів особистості. Однак існує безліч можливих причин і відомих факторів ризику, підтверджених науковими дослідженнями, які варіюються залежно від розладу, людини та обставин. Загалом, результати досліджень показують, що генетична схильність і життєвий досвід, наприклад, травми та жорстоке поводження, відіграють ключову роль у розвитку розладів особистості. Жорстоке поводження з дітьми та нехтування ними постійно виявляються факторами ризику розвитку розладів особистості в дорослому віці. В одному дослідженні розглядалися ретроспективні звіти про жорстоке поводження з учасниками, які демонстрували психопатологію впродовж життя, а згодом виявилось, що вони мали досвід жорстокого поводження в минулому. У дослідженні 793 матерів і дітей дослідники запитували матерів, чи кричали вони на своїх дітей, чи говорили їм, що не люблять їх, чи погрожували

відіслати їх геть. Діти, які зазнали такого словесного насильства, втричі частіше, ніж інші діти (які не зазнали такого словесного насильства), мали прикордонні, нарцисичні, obsесивно-компульсивні або параноїдальні розлади особистості у дорослому віці [22]. Група дітей, які зазнали сексуального насильства, продемонструвала найбільш послідовно підвищену психопатологію. Офіційно підтвержене фізичне насильство показало надзвичайно сильну кореляцію з розвитком антисоціальної та імпульсивної поведінки. З іншого боку, випадки насильства занедбаного типу, які створили дитячу патологію, виявилися схильними до часткової ремісії в дорослому віці.

Соціально-економічний статус

Соціально-економічний статус також розглядався як потенційна причина розладів особистості. Існує тісний зв'язок між низьким соціально-економічним статусом батьків/сусідів і симптомами розладів особистості.[68] У публікації 2015 року з Бонна, Німеччина, в якій порівнювався соціально-економічний статус батьків і особистість дитини, було виявлено, що діти з вищим соціально-економічним статусом були більш альтруїстичними, менш схильними до ризику і мали загалом вищий IQ. Ці риси корелюють з низьким ризиком розвитку особистісних розладів у подальшому житті. У дослідженні, присвяченому дівчаткам, яких затримували за дисциплінарні порушення, було виявлено, що психологічні проблеми найбільш негативно пов'язані з соціально-економічними проблемами. Крім того, було виявлено, що соціальна дезорганізація обернено пропорційно пов'язана з симптомами розладу особистості.[20] Докази показують, що розлади особистості можуть починатися з особистісних проблем батьків. Це призводить до того, що у дитини виникають власні труднощі в дорослому віці, такі як труднощі з отриманням вищої освіти, працевлаштуванням та забезпеченням надійних стосунків. Через генетичні або моделюючі механізми діти можуть перейняти ці риси. Крім того, погане батьківське виховання, схоже, посилює симптоми особистісних розладів/ Зокрема, відсутність материнського зв'язку також корелює з особистісними розладами. У дослідженні, в якому порівнювали 100

здорових людей і 100 пацієнтів з межівним розладом особистості, аналіз показав, що пацієнти з межівними розладами значно частіше не отримували грудного вигодовування в дитинстві (42,4% при проти 9,2% у здорових людей). Ці дослідники припустили, що "грудне вигодовування може бути раннім індикатором стосунків між матір'ю і дитиною, що, як видається, має значення для зв'язку і прив'язаності в більш пізньому віці". Крім того, результати досліджень свідчать про те, що розлади особистості мають негативну кореляцію з двома змінними прив'язаності: доступністю та надійністю матері. Якщо не підтримувати їх, інші проблеми з прив'язаністю та міжособистісними стосунками виникають пізніше в житті, що в кінцевому підсумку призводить до розвитку розладів особистості. Наразі генетичних досліджень для розуміння розвитку розладів особистості катастрофічно не вистачає. Однак є кілька можливих факторів ризику, які зараз знаходяться на стадії відкриття. Наразі дослідники вивчають генетичні механізми таких рис, як агресія, страх і тривожність, які пов'язані з діагностованими розладами. Проводяться додаткові дослідження специфічних механізмів розладів. Дослідження показують, що при розладах особистості змінюються кілька областей мозку, зокрема: гіпокамп на 18% менший, мигдалеподібне тіло меншого розміру, збої в смугастому тілі та нейронних шляхах поясної звивини, що з'єднують їх і відповідають за зворотний зв'язок щодо того, що робити з усією інформацією, яка надходить від численних органів чуття; тому те, що виходить, є антисоціальним - не відповідає соціальній нормі, соціально прийнятному та доречному.

1.3 Класифікація та симптоматика розладів особистості

Розлади особистості є досить поширеною психіатричною проблемою, яка зустрічається у 6-9% населення України. У більшості випадків дії таких людей не мають чіткої оцінки. Симптоми можуть сильно відрізнятися залежно від типу виявленого розладу особистості, що ускладнює діагностику.

При цьому спостерігаються типові симптоми:

- наявність тривоги, страждання, гніву або почуття безпорадності по відношенню до суспільства, знайомих, родичів;
- почуття порожнечі (знижений настрій) і уникнення спілкування з іншими;
- нездатність або труднощі з керуванням своїми негативними емоціями; дратівливість навіть при мінімальному впливі подразників;
- часті конфлікти з оточуючими, погрози насильства, образи, які можуть призвести до застосування сили;
- стан, схожий на відчуття втрати зв'язку з реальністю (дереалізація);
- неможливість або складність підтримувати нормальні відносини з близькими людьми в сім'ї: дітьми, чоловіком і дружиною, батьками

Двома останніми виданнями основних систем класифікації є Міжнародна класифікація хвороб (11-й перегляд, МКХ-11), опублікована Всесвітньою організацією охорони здоров'я і Діагностичний і статистичний посібник з психічних розладів (п'яте видання, DSM-5) Американської психіатричної асоціації. МКХ - це збірка буквено-цифрових кодів, які були присвоєні всім відомим клінічним станам, і забезпечує єдину термінологію для медичної документації, виставлення рахунків, статистики та досліджень. DSM визначає психіатричні діагнози на основі досліджень та експертного консенсусу. Обидві класифікації до певної міри свідомо зблизили свої діагнози, але деякі відмінності все ж таки залишилися. Наприклад, МКХ-10 включив нарцисичний розлад особистості в групу інших специфічних розладів особистості, тоді як DSM-5 не включає стійкі зміни особистості після катастрофічного досвіду. У МКХ-10 шизотиповий розлад особистості за DSM-5 класифікується як форма шизофренії, а не як розлад особистості. Існують загальноприйняті діагностичні проблеми та суперечки щодо розмежування окремих категорій розладів особистості одна від одної. Дисоціативний розлад ідентичності, раніше відомий як множинна особистість, а також розлад множинної особистості, завжди класифікувався як дисоціативний розлад і ніколи не розглядався як розлад

особистості. В останньому п'ятому виданні "Діагностичного і статистичного посібника з психічних розладів" підкреслюється, що розлад особистості - це стійкий і негнучкий патерн тривалої тривалості, що призводить до значного дистресу або погіршення здоров'я і не пов'язаний з вживанням психоактивних речовин або іншим медичним станом. У DSM-5 розлади особистості перераховані так само, як і інші психічні розлади. У DSM-5 перераховано десять специфічних розладів особистості: параноїдальний, шизоїдний, шизотиповий, антисоціальний, пограничний, істеричний, нарцистичний, уникаючий, залежний і обсесивно-компульсивний розлади особистості. DSM-5 також містить три діагнози особистісних патернів, які не відповідають цим десяти розладам, але, тим не менш, мають характеристики розладу особистості. До таких розладів відносяться: зміна особистості через інший медичний стан - розлад особистості через прямий вплив медичного стану; інший уточнений стан- симптоми відповідають загальним критеріям, проте не відповідають характеристикам конкретного розладу, розлад має свою конкретну причину; неуточнений розлад особистості. Сучасна класифікація розладів особистості представлена на рис 1.1

Сучасна класифікація розладів особистості

	Кластер А
Параноїдний (F60.0)	Параноїдний
Шизоїдний (F60.1)	Шизоїдний
	Шизотиповий
	Кластер В
Дисоціальний (F60.2)	Антисоціальний
Емоційно нестійкий (F60.3): • Імпульсивний тип (F60.30) • Межовий тип (F60.31)	Межовий
Істеричний (F60.4)	Істеричний
Інші специфічні розлади особистості (F60.8): • Ексцентричний • Розгальмований • Незрілий • Нарцисичний • Пасивно-агресивний • Психоневротичний	Нарцисичний
	Кластер С
Тривожний (F60.6)	Унікаючий
Залежний (F60.7)	Залежний
Ананкастний (F60.5)	Обсесивно-компульсивний

Рис 1.1. Сучасна класифікація розладів особистості [24].

Одним із основних загальних діагностичних критеріїв розладів особистості, представлених у МКБ-10 та DSM-5, є значне відхилення внутрішніх переживань і поведінки індивіда від загальноприйнятих діапазонів (норм). Ця девіація має проявлятися більш ніж в одній із областей: когнітивна сфера (характер сприйняття та інтерпретації речей, людей і явищ, взаємозв'язок і формування образів «я» і «він»), когнітивна сфера емоційна (емоційний діапазон, інтенсивність і адекватність відповідей), контроль імпульсів і задоволення потреб, а також діапазон відносин з іншими (спосіб вирішення відносин). Відсутність гнучкості, здатності до адаптації або інші дисфункціональні риси, які спостерігаються в широкому діапазоні особистих і соціальних ситуацій в осіб з розладами особистості, що призводить до дистресу або негативно впливає на оточення.

Параноїдний розлад особистості характеризується підвищеною чутливістю до невдач, нездатністю прощати образи, параною та схильністю

неправильно тлумачити реальність. Нейтральну або дружню поведінка інших сприймається як ворожість або презирство. Такі люди часто вперто вірять у свою правоту, завищують свою самооцінку, надмірно зарозумілі. Ці особи схильні до безпідставних підозр у невірності дружини\чоловіка чи сексуального партнера, і часто захоплені тривіальними поясненнями «теорією змови» подій, які трапилися з ними або зі світом загалом [17]. Інші сумніви можуть стосуватися надійності друга (однолітка), передбачуваної шкоди, експлуатації чи обману з боку оточуючих. Параноїки неохоче відкриваються іншим, тому що вони мають ірраціональний страх, що інші використають це проти них.

Шизоїдний розлад особистості характеризується слабкою прихильністю та соціальною взаємодією, схильністю до фантазій, замкнутості та самоаналізу, а також обмеженою здатністю виражати почуття та відчувати задоволення. Люди з шизоїдними розладом особистості зазвичай не виявляють зацікавленості в сексуальних стосунках, віддають перевагу самотнім заняттям і мають мало (або взагалі не мають) близьких друзів і довірливих стосунків. Зазвичай їм подобається лише невелика кількість активності (або взагалі її немає). Ці люди часто виглядають емоційно апатичними, відстороненими та здаються байдужими до похвали чи критики.

Шизотиповий розлад особистості описується в DSM-5 як розгорнута модель соціального та міжособистісного дефіциту, що характеризується надзвичайним дискомфортом і зниженою здатністю до встановлення інтимних стосунків; у той же час людина відчуває когнітивні та перцептивні спотворення та демонструє нестабільну поведінку. Такі прояви починаються з молодого віку й проявляються в різних контекстах. [20]. Ключові симптоми цього розладу включають дивне образне або магічне мислення, яке впливає на поведінку та не відповідає субкультурним нормам (наприклад, віра в телепатію, ясновидіння); дивні думки та мову (наприклад, багатослівна, метафорична, надто детальна); підозрілі або параноїдальні думки ; незвичайний досвід сприйняття, включаючи тілесні ілюзії; ексцентричну

поведінку або зовнішній вигляд; відсутність близьких друзів або знайомих (окрім родичів); надмірну соціальну тривожність, що пов'язана, швидше, з параноїчними страхами, ніж з негативними судженнями про себе. Як зазначалося вище, в МКБ-10 шизотипові розлади включені до розладів шизофренічного спектру. Це пов'язано насамперед з тим, що розлад характеризується епізодичними короткочасними психотичними епізодами з галюцинаціями та маренням. Крім того, деякі дослідження показують, що шизотиповий розлад і шизофренія можуть мати спільну генетичну основу [21].

Три описані вище розлади особистості є частиною групи А DSM-5 і разом називаються «дивними або ексцентричними розладами». Загальними рисами цієї групи розладів є соціальна скутість і замкнутість, спотворене мислення. Група В (драматичні, емоційні або нестабільні розлади) включає антисоціальні, прикордонні, істеричні та нарцисичні розлади особистості. Загальною рисою цих розладів є проблеми з самоконтролем (імпульсивність) і регуляцією емоцій.

Анτισоціальний розлад особистості характеризується зневагою до соціальних норм, байдужістю до інших, імпульсивністю, агресивністю та надзвичайно обмеженою здатністю формувати прихильності. Ці люди погано переносять невдачі, схильні до агресії (включаючи вдавання до насильства), схильні звинувачувати інших, брехати та надавати правдоподібні пояснення своїх агресивних дій, що призводить до конфлікту з суспільством. Поведінку асоціальних особистостей важко змінити на основі досвіду. Зазвичай покарання не допомагають, тому що вони не відчують себе винними. Антисоціальний розлад особистості, як і всі інші, можна діагностувати у віці від 18 років, але є все більше доказів того, що стійкий розлад сексуальної поведінки розвивається в дитинстві та підлітковому віці, а пізніше переростає в цей розлад.

Відповідно до МКБ-10 емоційно нестійкий розлад особистості характеризується схильністю до імпульсивних дій без огляду на наслідки,

емоційними спалахами, емоційною непередбачуваністю, нездатністю контролювати «вибухову» поведінку. Конфліктність найбільш яскраво проявляється коли інші критикують або намагаються стримувати імпульсивну поведінку. У класифікації виділяють два типи розладів: імпульсивний тип, який більшою мірою характеризується емоційною лабільністю та відсутністю емоційного контролю, і прикордонний тип, який додатково характеризується порушеннями самосприйняття та внутрішнього бажання, хронічною тривогою, відчуттям порожнечі, напруженими та нестабільними відносинами та саморуйнівною поведінкою (включаючи суїцидальну поведінку). Прикордонний розлад особистості, як описано в DSM-5, характеризується схильністю докладати надмірних зусиль, щоб уникнути реальних або уявних загроз бути покинутими, порушенням ідентичності (нестабільний образ «Я»), схильністю до імпульсивних дій, схильність до ризикових дій (зловживання психоактивними речовинами, системного переїдання, порушення правил дорожнього руху тощо), а також емоційна нестабільність і суїцидальна поведінка. Міжособистісні стосунки цих індивідів являють собою чергування крайніх варіантів від ідеалізації до знецінення [18]. Загалом, згідно з DSM-5, розлад має риси, подібні до прикордонного емоційно нестабільного розладу особистості в МКХ-10.

Істеричний розлад особистості характеризується схильністю до драматизації, драматичною поведінкою, надмірною емоційністю і схильністю до навіювання, егоцентризмом, постійним бажанням бути в центрі уваги і досягти успіху. Коли ці люди не в центрі уваги, вони відчуваються некомфортно. Їх поведінка часто надмірно приваблива, вони використовують свій зовнішній вигляд, щоб привернути увагу, і демонструють поверхневі емоції, які швидко змінюються. Вони схильні думати, що їхні стосунки важливіші ніж вони самі; страх самотності. Відповідно до DSM-5, нарцисичний розлад особистості характеризується неадекватно завищеною самооцінкою, вірою у власну «винятковість», потребою в надмірному захопленні та проявом вищої поведінки та ставлення до інших. Такі люди

часто використовують інших для досягнення власних цілей, не вміють співпереживати, заздрять іншим і вважають, що інші заздрять їм самим. Вони можуть віддаватися фантазіям про безмежний успіх, владу, красу чи ідеальне кохання. Нарцисам важко усвідомити, що їхні можливості такі ж, як і в інших: у таких ситуаціях вони часто відчують гнів або сором, що може призвести до агресії по відношенню до інших [12]. У МКБ-10 категорія «Інші уточнені розлади особистості (F60.8)» включає 5 або більше розладів особистості на додаток до нарцисизму.

Для ексцентричного розладу особистості характерна переоцінка власних звичок і думок, фанатичний і впертий захист власної правоти. Розгальмований («неконтрольований») розлад особистості характеризується поганим контролем над потребами, імпульсами і бажаннями; для незрілого (дитячого) характерні відсутність емоційної рівноваги та прояви «дитячих» рис. Пасивно-агресивний розлад особистості проявляється у вигляді загальної депресії, схильності до сварок, гніву та ревнощів до більш успішних людей, а також психоневрозу, що виражається у вигляді підвищеної збудливості з вираженою тенденцією до виснаження та зниження працездатності.

Унікаючі, залежні та обсесивно-компульсивні розлади особистості класифікуються як група С у DSM-5 і називаються «тривожними та панічними (страховими) розладами». Загальною рисою розладів у цьому кластері є висока тривожність.

Ананкастний розлад (обсесивно-компульсивний розлад, ОКР) особистості характеризується невпевненістю в собі, надмірною педантичністю, стриманістю і увагою до деталей, обережністю і впертістю. Така людина зазвичай вимагає, щоб все було зроблено саме так, і відмовляється від співпраці, якщо хтось не згоден. Через свій перфекціонізм цим людям важко дотримуватись термінів: вони губляться в деталях. Комппульсивні думки та спонукання до дії можуть бути присутніми [11].

Розділ розладів особистості в МКХ-11 суттєво відрізняється від попереднього видання МКХ-10. Всі окремі розлади були об'єднані в один: Розлад особистості (6D10), який може кодуватися як легкий (6D10.0), помірний (6D10.1), тяжкий (6D10.2) або тяжкість не визначена (6D10.Z). Існує також додаткова категорія "Труднощі особистості" (QE50.7), яка може бути використана для опису особистісних рис, які є проблематичними, але не відповідають діагностичним критеріям для розладу особистості. Особистісний розлад або труднощі можуть бути визначені однією або кількома провідними рисами або моделями особистості (6D11). В МКХ-11 використовується п'ять типів розладів. 1.Негативна афективність (6D11.0) - включає тривожність, невпевненість у розлучі, недовірливість, відчуття нікчемності та емоційну нестабільність. 2. Відчуженість (6D11.1) - включаючи соціальну відчуженість та емоційну холодність. 3.Дисоціальність (6D11.2) - в т.ч. пихатість, егоцентризм, обман, експлуататорство та агресивність. Розгальмування (6D11.3) - включаючи схильність до ризику, імпульсивність, безвідповідальність і відволікання уваги. Ананкастія (6D11.4) - включає жорсткий контроль над поведінкою та афектами, а також жорсткий перфекціонізм. Безпосередньо під цим переліком знаходиться прикордонний синдром (6D11.5), категорія, схожа на прикордонний розлад особистості. Це не риса сама по собі, а поєднання п'яти рис з певним ступенем вираженості [23].

Згідно з МКХ-11, будь-який розлад особистості повинен відповідати всім наступним критеріям:

- стійкий розлад, що характеризується проблемами у функціонуванні окремих аспектів особистості (наприклад, ідентичність, самооцінка, точність самооцінки, самоспрямованість) та/або міжособистісною дисфункцією (наприклад, здатністю розвивати та підтримувати близькі та взаємовигідні стосунки, здатність розуміти точку зору інших людей та керувати конфліктами у стосунках);

- порушення зберігається протягом тривалого періоду часу (наприклад, 2 роки або більше);
- порушення проявляється у моделях пізнання, емоційного досвіду, емоційного вираження та поведінки, які є неадаптивними (наприклад, негнучкими або погано регульованими);
- розлад проявляється в різних особистих і соціальних ситуаціях (тобто не обмежується конкретними стосунками або соціальними ролями), хоча він може постійно викликатися певними типами обставин;
- симптоми не пов'язані з прямим впливом ліків або речовин, включаючи синдром відміни, і не можуть бути пояснені іншим психічним розладом, захворюванням нервової системи або іншим медичним станом;
- розлад пов'язаний зі значним дистресом або значними порушеннями в особистій, сімейній, соціальній, освітній, професійній або інших важливих сферах функціонування.

Розлад особистості не слід діагностувати, якщо патерни поведінки, що характеризують розлад особистості, відповідають рівню розвитку (наприклад, проблеми, пов'язані з встановленням незалежної самоідентичності в підлітковому віці) або можуть бути пояснені в першу чергу соціальними або культурними факторами,

Висновок до розділу I

Розлади особистості можуть бути викликані різними факторами, що впливають на психічний стан людини, включаючи: різні генетичні розлади, пошкодження ділянок мозку, наркотичні речовини, алкоголь, інші токсини, патологічний внутрішньоутробний розвиток, патологічний розвиток мозку, несприятливе соціальне виховання, сім'я та інші травми.

Особливу роль у розвитку проблем відіграє дитячий досвід, який є каталізатором розладів особистості. Однак визначити точну причину

проблеми можна лише за допомогою правильної діагностики професійного психіатра.

Особистість - це поєднання думок, емоцій та поведінки, які роблять її унікальними. Це те, як людина бачить, розуміє і ставиться до зовнішнього світу, а також те, як людина бачить себе. Особистість формується в дитинстві через взаємодію генів й оточення.

Уважається, що розлади особистості спричинені поєднанням генетичних і середовищних впливів. Гени можуть зробити людину вразливою до розвитку розладу особистості, а життєва ситуація може спровокувати його розвиток. Хоча точна причина розладів особистості не відома, певні фактори, схоже, збільшують ризик розвитку або провокують розлади особистості, в тому числі, сімейний анамнез розладів особистості або інших психічних захворювань, жорстоке, нестабільне або хаотичне сімейне життя в дитинстві, діагноз дитячого розладу поведінки в дитинстві, зміни в хімії та структурі мозку.

Наразі не існує остаточно доведених причин розладів особистості. Однак існує безліч можливих причин і відомих факторів ризику, підтверджених науковими дослідженнями, які варіюються залежно від розладу, людини та обставин.

Загалом, результати досліджень показують, що генетична схильність і життєвий досвід, наприклад, травми та жорстоке поводження, відіграють ключову роль у розвитку розладів особистості.

Жорстоке поводження з дітьми та нехтування ними постійно виявляються факторами ризику розвитку розладів особистості в дорослому віці.

РОЗДІЛ II. ЕМПІРИЧНЕ ДОСЛІДЖЕННЯ ВИЗНАЧЕННЯ ОСОБИСТІСНИХ РОЗЛАДІВ

2.1 Організація та методи емпіричного дослідження

Ми використали теоретичне положення, викладене в розділі 1.

Опис етапу дослідження: 1. На першому етапі ми визначаємо залежності та проблеми дослідження. Ми вивчаємо релевантність, яка визначається ймовірністю розвитку розладу особистості. 2. На другому етапі були обрані методичні інструменти: цілі, завдання, об'єкт, суб'єкт. 3. На третьому етапі ми визначили вибірку досліджуваних. 4. Четвертий етап дослідження полягає у виборі методів дослідження. 5. П'ятий етап - проведення дослідження в малих групах. 6. На шостому етапі відбувається обробка даних. Ми визначаємо кількісні показники виразності ознак. Виконано статистичний аналіз даних.

Характеристика вибірки В дослідженні прийняли участь 30 молодих людей у віці від 18 до 22 років, які навчаються в Криворізькому педагогічному університеті на психолого – педагогічному факультеті (ППФ), факультеті іноземних мов (ФІМ) та на факультеті географії, туризму та історії (ФГТІ). В дослідженні прийняли участь 20 дівчат і 10 юнаків. Гендерний склад учасників дослідження представлено на рисунку 2,1.



Рис. 2.1. Гендерний склад учасників дослідження

Віковий склад учасників дослідження представлено в таблиці 2.1

Табл.2.1

Віковий склад учасників дослідження

Вік	Хлопці	Дівчата
18-19	3	7
20-21	4	8
22-23	3	5

Візуально віковий склад учасників дослідження представлено на рис2.2.

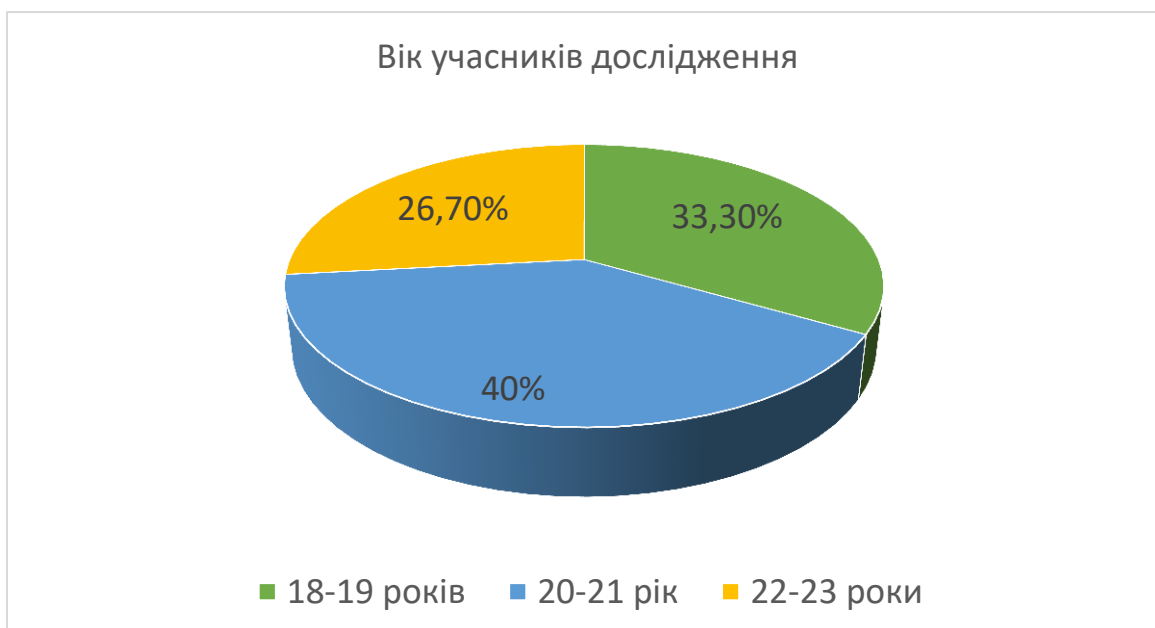


Рис. 2.2. Віковий склад учасників дослідження

Розподіл учасників дослідження в залежності від факультету навчання представлено в таблиці 2.2 і на рисунку 2.3

Табл.2.2

Факультет навчання учасників дослідження

Факультет навчання	Кількість здобувачів вищої освіти, що прийняли участь в дослідженні
Психолого- педагогічний	16
Іноземних мов	5
Факультеті географії, туризму та історії	9

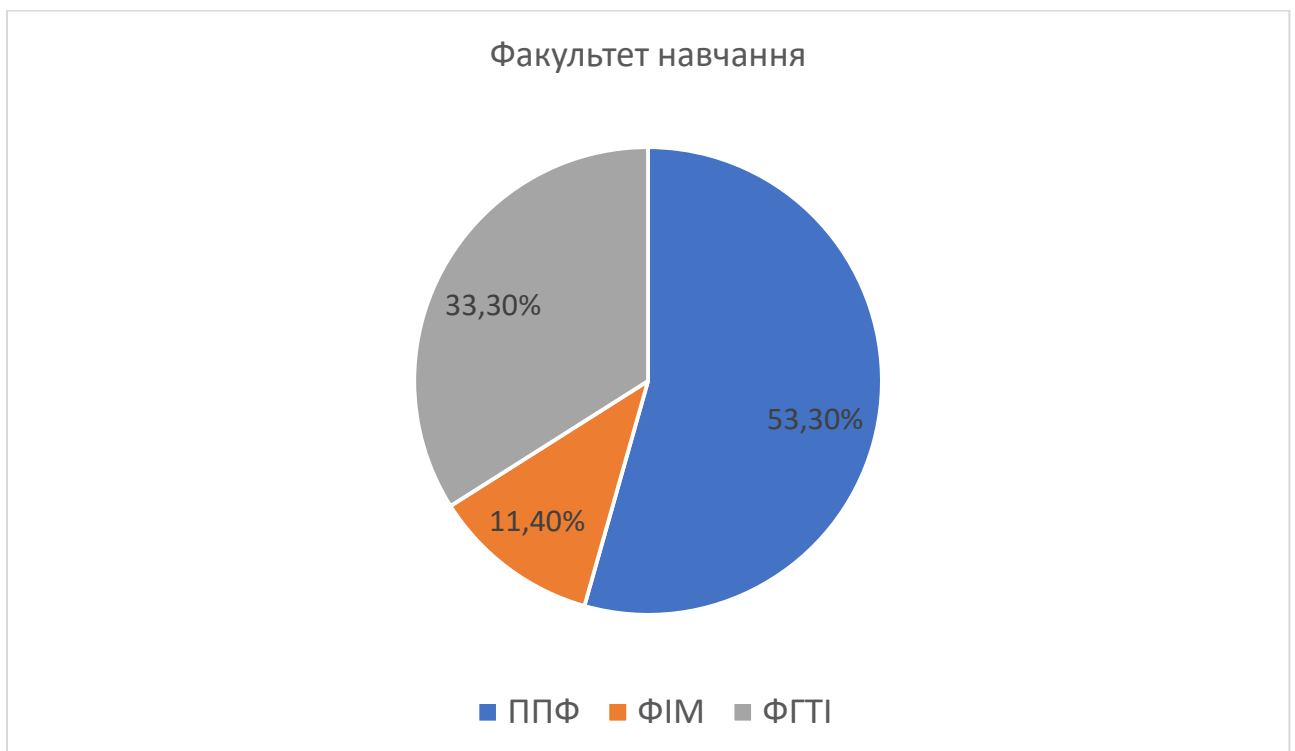


Рис. 2.3. Розподіл учасників дослідження в залежності від факультету навчання

Було використано такі методики:

1. Шкалою депресії Бека (BDI) користуються мільйони психологів і психіатрів по всьому світу для діагностики депресивних станів. Ааарон Бек, творець когнітивної терапії, опублікував її 1980 року. Шкала містить 21

запитання, що дає змогу виявити найбільш значущі симптоми депресії. Кожне запитання складається з 5 тверджень. Ці твердження ранжовані в міру збільшення внеску симптому в загальний ступінь тяжкості депресії. Результат розраховується так: кожна відповідь оцінюється від 0 до 3, залежно від тяжкості симптому. Сумарний бал становить від 0 до 63 і знижується відповідно до поліпшення стану. В цілому дану шкалу можна розділити на дві субшкали: одна відповідає за соматичне прояв психічного розладу (розлад прийому їжі, сну, статевого життя), а друга — за афективно-когнітивний (маніакально-депресивний психоз). При цьому перша з них розташована між пунктами 14-21, а друга — 1-13. Для відстеження динаміки депресії необхідно проходити тестування регулярно, раз на 1-2 тижні (Додаток А).

2. Шкала тривожності маніфесту Тейлора, яку часто скорочують до TMAS, є тестом на тривожність як рису особистості, її створила Джанет Тейлор 1953 року для виявлення суб'єктів, що можуть бути корисними під час вивчення тривожних розладів. Спочатку TMAS складався з 50 істинних або помилкових запитань, на які людина відповідає, розмірковуючи про себе, щоб визначити рівень своєї тривожності. Джанет Тейлор провела свою кар'єру в галузі психології, вивчаючи тривожність і гендерний розвиток. Її шкала часто використовувалася для відокремлення нормальних учасників від тих, у кого рівень тривожності вважався патологічним. Показано, що TMAS має високу надійність при повторних випробуваннях. Тест призначений для дорослих, але 1956 року було розроблено дитячу форму. Тест був дуже популярний протягом багатьох років після його розробки, але зараз використовується нечасто. Шкала тривожності маніфесту Тейлора - (Додаток Б).

2.2 Аналіз отриманих результатів

2.2.1. Результати визначення депресії за шкалою А. Бека представлено в таблиці

2.3. та на рисунку 2.4

Табл. 2.3

Ступень депресії в учасників дослідження

Кількість учасників дослідження	Ступень депресії
7	відсутня
12	легка
7	помірна
3	середньої важкості
1	важка

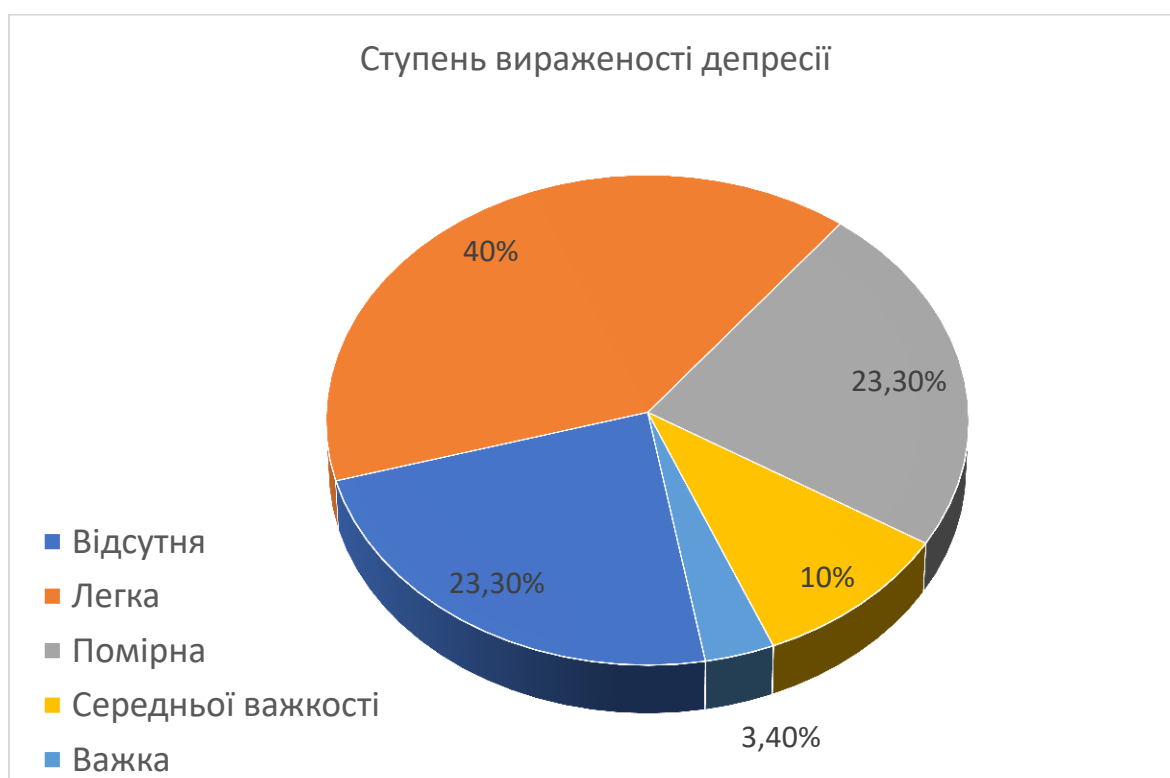


Рис. 2.4 Ступень вираженості депресії у здобувачів вищої освіти

Як можна бачити, у 23,3% відсутні ознаки депресії, у 40 % здобувачів вищої освіти діагностована легка депресія. Однак, варто звернути увагу, що у 23,3% визначена помірна депресія, у 10%- депресія середнього ступеня важкості, а у 1здобувача вищої освіти визначена важка депресія. Тобто цей здобувач вищої освіти потребує консультації психіатра. Загалом, 37% учасників дослідження мають достатньо виражені симптоми депресії, що, скоріш за все обумовлено складною ситуацією в країні, особистими втратами,

незрозумілістю майбутнього як в особистісному, так і в професійному плані, бо «невідомо, коли закінчиться війна, де і як можна буде заробляти гроші, якщо працювати за фахом». Тобто, ті учасники дослідження в яких виявлено помірну, середньої важкості та важку депресію потребують подальшого спостереження, з'ясування причин та усвідомлення всіх небезпек, які може принести депресія, якщо її не лікувати.

При депресії людина відчуває брак енергії - не має сили робити те, з чим раніше не було жодних клопотів. Відчуття безсилля навіть у тих речах, які раніше приносили задоволення. Може бути також втрата смаку. Або ж навпаки - передавання, "заїдання" їжею проблем. Втрата ваги або швидкий набір маси в короткі терміни. Також спостерігаються проблеми із засинанням, нічні напливи думок, що не дають заснути. Раннє прокидання, що повторюється. Або ж навпаки, постійна сонливість і бажання спати протягом робочого дня. Тривога - відчуття, що може трапитися щось погане без обґрунтованих доказів. Метушливість і надмірне занепокоєння. Зниження концентрації та проблеми з пам'яттю. Людині дедалі важче виконувати буденну і вже давно відому роботу, постійне відволікання і як наслідок - забудькуватість. Важко згадати, що хотів зробити і що робив перед тим. Про що був фільм, який переглянув нещодавно, які вказівки до роботи дав шеф. Про що щойно запитував сусід чи колега на роботі. Нерішучість і почуття провини з відчаєм. Під час депресії спостерігається відчуття власної безпорадності, напливи думок "я нічого не вартий", "я невдаха", "краще було цього не робити, і так одразу знав, що не вдасться". Можливий відчай і відчуття внутрішньої порожнечі. Також думки про заподіяння собі шкоди або навіть самогубство. Часто в людей, які страждають на депресію, є й інші фізичні скарги, зокрема, біль незрозумілого походження. Що, своєю чергою, призводить до походів до різних лікарів, значних витрат на обстеження та зовсім не потрібного лікування. Найгірше, що через депресивне мислення людина не відчуває простих, але таких необхідних радощів. Зрештою, нагромадження проблем, відсутність позитиву та підтримки з боку рідних і

близьких, а також відсутність кваліфікованої допомоги може призвести до ще більшої руйнації, а навіть і самогубства. Крім впливу на психічне здоров'я, депресія може привести до соматичних захворювань. Дослідження показують, що депресія може призвести до розвитку захворювань серця або до погіршення вже наявних проблем із серцево-судинною системою, а також ускладнити шлях до одужання. Депресія може збільшити ризик виникнення серцевого нападу. Для людей із депресією ризик смерті в перші шість місяців після серцевого нападу підвищений майже на 20 %. Спосіб життя і звички, такі як погане харчування, куріння, алкоголь, відмова від фізичних вправ, часто супроводжують депресію і погано позначаються на стані серця. Якщо у людини депресія, вона може почати погано харчуватися, багато палити, пропускати тренування і набирати зайву вагу - все це може збільшити ризик розвитку діабету 2 типу. Якщо у людини уже є діабет або переддіабет, депресія часто заважає дотримуватися певних правил, які допомагають тримати захворювання під контролем. Незалежно від того, що стоїть на першому місці, статистика показує, що близько 20 % людей з діабетом також страждають і від депресії. За відсутності лікування комбінація депресія плюс діабет дуже небезпечна. Якщо людина страждає на депресію, у неї підвищений ризик розвитку ожиріння. Насправді депресія збільшує ризик розвитку ожиріння на 58 %. Якщо людина страждає на ожиріння, то ризик розвитку депресії для неї також досить високий. Це почасти тому, що є способи, які допомагають скинути зайву вагу самостійно, але почуття пригніченості заважає людині займатися собою. Крім того, депресія може призвести до підвищеної секреції гормонів стресу, які сприяють накопиченню жиру в ділянці живота. Тривала депресія призводить до зменшення об'єму мозку. Це твердження особливо вірне для літніх людей. Сканування мозку літніх людей, які страждають на депресію, показало більшу усадку в певних областях мозку, ніж у літніх людей без депресії. Якщо депресію своєчасно не лікувати, вона призводить до підвищення ризику розвитку хвороби Альцгеймера, старечого недоумства та інсульту. Що більше протягом життя

було епізодів депресії, то вищий ризик розвитку недоумства в похилому віці. Якщо депресію не лікувати своєчасно, у багатьох може виникнути бажання позбутися її симптомів за допомогою наркотиків або алкоголю. Але це не допомагає, і ба більше, ці речовини призводять до поглиблення депресивного стану і ускладнюють лікування. Правда і те, що початкове зловживання наркотиками або алкоголем може призвести до депресії. У будь-якому разі, наркотики, алкоголь і депресія - дуже небезпечне поєднання. Тому так важливо якомога швидше розпочати лікування депресії та позбутися зловживання психоактивними речовинами. До 25 % людей, які страждають на онкологічні захворювання, перебувають у депресії. Деякі дослідження показують, що вплив депресії на імунну систему може прискорити розвиток раку. В одному дослідженні було встановлено, що у пацієток із раком молочної залози, які також страждали і від депресії, ризик рецидиву раку та передчасної смерті був вищим, ніж у пацієток без депресії. Дослідження також показують, що у пацієнтів з депресією і раком високий темп росту пухлини. Лікування депресії та участь у групах підтримки під час курсу лікування від раку допомагає підвищити настрій і зменшити емоційний дистрес. Хронічний біль може призвести до депресії, і якщо не лікувати депресію, біль може посилитися. У людей з депресією напади мігрені бувають утричі частіше. Дослідження показують, що люди, які страждають на депресію, на прийомі у лікаря скаржаться на фізичні симптоми, такі як біль, на 50 % частіше. Депресія ускладнює лікування болю. А біль посилює депресію. Стресове поєднання болю і депресії може призвести до ізоляції та посилення депресії. Якщо депресію не лікувати, ризик самогубства зростає в рази. Дві третини всіх самогубств спричинені депресією. Якщо ви коли-небудь ловили себе на думці про смерть або самогубство, вам потрібна негайна допомога. Попереджувальними ознаками, які можуть підказати, що людина, яка страждає на депресію, готується до самогубства, може бути роздача улюблених речей, раптові напади веселощів, розмови про смерть як про втечу

від самого себе. Якщо самогубство здається єдиним виходом, потрібно терміново звернутися по допомогу [19].

2.2.2. Результати визначення тривожності за шкалою Дж. Тейлор представлено в таблиці 2.4 та на рисунку 2.5

Табл.2.4.

Рівень тривожності в учасників дослідження

Рівень тривожності	Кількість учасників дослідження
Дуже високий	2
Високий	9
Середній, прагне до високого	8
Середній, прагне до низького	11

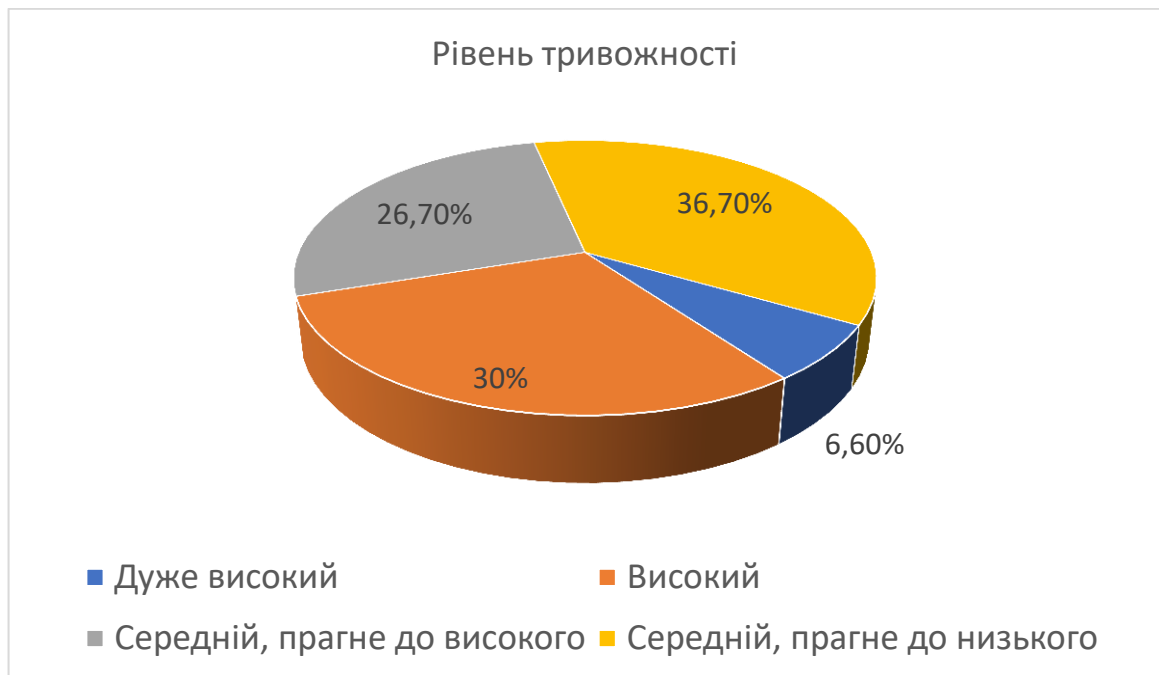


Рис. 2.5. Рівень тривожності у здобувачів вищої освіти

Як можна бачити, 63,5% здобувачів вищої освіти, які приймали участь в дослідженні мають середній рівень тривожності, тобто той рівень тривожності що дозволяє ефективно адаптуватися до змін навколишнього середовища. Варто звернути увагу, що 30% учасників дослідження мають високий рівень тривожності. У цю групу входять люди зі зниженою самооцінкою і високою

емоційністю. Вони не прагнуть висловлювати свою думку, частіше намагаються уникати таких ситуацій. Почуття такі люди ховають глибоко всередині, побоюючись бути незрозумілими. Дуже сприйнятливі до критики, навіть якщо вона конструктивна. Стрессова ситуація для них стає причиною дискомфорту, працездатність знижується. Тим не менш, люди з високим рівнем тривожності потребують визнання своїх талантів. 6,6% учасників дослідження мають дуже високий рівень тривожності. На думку Дж. Тейлор, дуже високий рівень тривожності дозволяє припускати наявність психічних порушень. Підвищена самокритичність, складнощі з адаптацією в соціумі, труднощі в роботі та навчанні. Людина постійно відчуває загрозу і занепокоєння навіть у тих ситуаціях, де жодних ознак такого немає. Страждає від надмірної пітливості, частого прискореного серцебиття і загальної слабкості.

Як було зазначено вище, дуже висока тривожність може бути однією з ознак депресії. Для встановлення зв'язку між ступенем депресії та рівнем тривожності, був проведений кореляційний аналіз. Розрахунок може бути проведений за формулою, або, за допомогою спеціальних програм.

$$r = \frac{\sum_{i=1}^n ((x_i - \bar{x})(y_i - \bar{y}))}{\sqrt{\sum_{i=1}^n (x_i - \bar{x})^2 \sum_{i=1}^n (y_i - \bar{y})^2}}$$

В цьому дослідженні розрахунок проводився за допомогою використання функцій програми Excel. Коефіцієнт кореляції $r = 0,757$ свідчить про наявність прямого сильного зв'язку між ступенем депресії та рівнем тривожності. Тобто, підвищення ступеня депресії супроводжується збільшенням тривожності

Висновок до розділу 2

В результаті проведеного дослідження, в якому прийняли участь 30 здобувачів вищої освіти було встановлено, що у 23,3% відсутні ознаки депресії, у 40 % здобувачів вищої освіти діагностована легка депресія. Однак, варто звернути увагу, що у 23,3% визначена помірна депресія, у 10%- депресія середнього ступеня важкості, а у 1 здобувача вищої освіти визначена важка депресія. Тобто цей здобувач вищої освіти потребує консультації психіатра.

Загалом, 37% учасників дослідження мають достатньо виражені симптоми депресії, що, скоріш за все обумовлено складною ситуацією в країні, особистими втратами, незрозумілістю майбутнього як в особистісному, так і в професійному плані, бо «невідомо, коли закінчиться війна, де і як можна буде заробляти гроші, якщо працювати за фахом».

63,5% здобувачів вищої освіти, що приймали участь в дослідженні мають середній рівень тривожності, тобто той рівень тривожності що дозволяє ефективно адаптуватися до змін навколишнього середовища.

Варто звернути увагу, що 30% учасників дослідження мають високий рівень тривожності. Також, за допомогою кореляційно аналізу було встановлено, що підвищення ступеня депресії супроводжується збільшенням тривожності.

ВИСНОВКИ

Розлад особистості - це тип психічного розладу, при якому у людини спостерігається ригідний і нездоровий спосіб мислення, функціонування та поведінки. Людина з розладом особистості має проблеми зі сприйняттям і ставленням до ситуацій і людей. Це спричиняє значні проблеми та обмеження у стосунках, соціальній активності, роботі та навчанні. У деяких випадках людина може не усвідомлювати, що у неї розлад особистості, тому що ваш спосіб мислення і поведінки здається вам природним. І вона може звинувачувати інших у проблемах, з якими стикається. Розлади особистості зазвичай починаються в підлітковому або ранньому дорослому віці. Існує багато типів розладів особистості. Деякі з них можуть ставати менш очевидними в середньому віці. Типи розладів особистості згруповані в три кластери на основі схожих характеристик і симптомів. У DSM-5 перераховано 10 типів розладів особистості, хоча більшість пацієнтів, які відповідають критеріям одного типу, також відповідають критеріям одного або декількох інших. Деякі типи (наприклад, антисоціальні, пограничні) мають тенденцію зменшуватися або зникати з віком; інші наприклад, obsесивно-компульсивні, шизотипові майже ніколи не зникають, а на жаль, навпаки, лише погіршуються з плином часу. В результаті проведеного дослідження, в якому прийняли участь 30 здобувачів вищої освіти було встановлено, що, у 23,3% відсутні ознаки депресії, у 40 % здобувачів вищої освіти діагностована легка депресія. Однак, варто звернути увагу, що у 23,3% визначена помірна депресія, у 10%- депресія середнього ступеня важкості, а у 1 здобувача вищої освіти визначена важка депресія. Тобто цей здобувач вищої освіти потребує консультації психіатра. Загалом, 37% учасників дослідження мають достатньо виражені симптоми депресії, що, скоріш за все обумовлено складною ситуацією в країні, особистими втратами, незрозумілістю майбутнього як в особистісному, так і в професійному плані, бо «невідомо, коли закінчиться війна, де і як можна буде заробляти гроші, якщо працювати за фахом». 63,5%

здобувачів вищої освіти, що приймали участь в дослідженні мають середній рівень тривожності, тобто той рівень тривожності що дозволяє ефективно адаптуватися до змін навколишнього середовища. Варто звернути увагу, що 30% учасників дослідження мають високий рівень тривожності. Також, за допомогою кореляційно аналізу було встановлено, що підвищення ступеня депресії супроводжується збільшенням тривожності.

Існує цілий ряд методів лікування, які можуть допомогти людині, якщо вона відчуває симптоми, характерні для розладу особистості. Лікування, яке найкраще підійде конкретній людині, залежить від розладу особистості, його тяжкості та життєвої ситуації. Часто потрібен командний підхід, щоб переконатися, що всі психіатричні, медичні та соціальні потреби будуть задоволені. Оскільки розлади особистості є за давніми, лікування може тривати місяцями або роками. До лікувальної команди може входити сімейний лікар а також психіатр, психолог, соціальний працівник. Психотерапія, є основним способом лікування розладів особистості. Під час психотерапії з людина можете дізнатися про свій стан і поговорити про свій настрій, почуття, думки та поведінку. Вона може навчитися справлятися зі стресом і керувати своїм розладом. Психотерапія може надаватися в рамках індивідуальних сеансів, групової терапії або сеансів за участю сім'ї чи навіть друзів. Також можна пройти тренінг з розвитку соціальних навичок. Під час цього тренінгу людина зможе використати отримані знання, щоб навчитися здоровим способам контролювати свої симптоми та зменшити поведінку, яка заважає функціонуванню та стосункам.

СПИСОК ВИКОРИСТАНИХ ДЖЕРЕЛ:

1. 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.
2. Війна в Україні та її вплив на психічне здоров'я людей – які ризики стоять перед країною | РБК-Україна (rbc.ua)
3. ДеЯнг, К., Хірш, Дж. Б., Шейн, М.С., Пападеметріс, Х., Радживан, Н., і Грей, Дж. (2010). Тестування прогнозів з неврології особистості: Структура мозку та Велика п'ятірка. Психологічна наука, 21, 820—828.
4. Зливков В. Л. Психодіагностика особистості у кризових життєвих ситуаціях / В.Л.Зливков, С.О. Лукомська, О.В. Федан. – К.: Педагогічна думка, 2016. – 219 с.
5. Кутько І. І. Афективні розлади // Психіатрія / Під ред. проф. О.К. Напрєєнка. – К.: Здоров'я, 2001. – С. 353-372.
6. Напрєєнко О. К., Особливості клініки та фармакотерапії депресій з урахуванням сучасних патопластичних факторів // Архів психіатрії. – 2004. – Т. 10, №1 (31). – С. 9 – 10
7. Скрипніков А. М., Сонник Г.Т., Рудь В.О. Роль психофармакологічних факторів в патоморфозі депресивних станів з бісуїцидальними проявами / Журнал психиатрии и медицинской психологии. №1 (10), 2003. – С. 20–22
8. 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.
9. 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.

10. Харе, Р.Д., Нейман, К.С., & Відігер, Т.А. Психопатія. У Т. Відігер (ред.), Оксфордський довідник розладів особистості (стор. 478—504). Нью-Йорк, Нью-Йорк: Преса Оксфордського університету. – 2012.
11. American Psychiatric Association. «Personality Disorders». Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (Fifth ed.), 2013.
12. Beckwith H, Moran PF, Reilly J (May 2014). "Personality disorder prevalence in psychiatric outpatients: a systematic literature review". *Personality and Mental Health*. 8 (2): 91–101. doi:10.1002/pmh.1252. PMID 24431304
13. DSM-5: What It Is & What It Diagnoses (clevelandclinic.org)
14. Hoermann, Simone, Zupanick, Corinne E., Dombeck M. DSM-5: The Ten Personality Disorders: Cluster A. Online resource [MentalHelp.net], 2013.
15. ICD-11 Beta Draft – Mortality and Morbidity Statistics. Online resource [icd.who.int]
16. Linehan M. M. Cognitive behavioral treatment of borderline personality disorder. New York, Guilford Press, 2003.
17. Overview of Personality Disorders - Psychiatric Disorders - MSD Manual Professional Edition (msdmanuals.com)
18. Personality Disorders: Theory, Research, and Treatment (apa.org)
19. Prevalence and co-occurrence of substance use disorders and independent mood and anxiety disorders: results from the National Epidemiologic Survey on Alcohol and Related Conditions - PubMed (nih.gov)
20. Saß H (2001). "Personality Disorders". *International Encyclopedia of the Social & Behavioral Sciences*: 11301–11308. doi:10.1016/B0-08-043076-7/03763-3. ISBN 9780080430768
21. Tasman A. et al. *Psychiatry*. Third Edition. John Wiley & Sons, Ltd, 2008.
22. What causes personality disorders? (archive.org)
23. World Health Organisation. *The ICD-10 Classification of Mental and Behavioral Disorders. Diagnostic criteria for research.* – Geneva.

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.

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

- До 10 балів - відсутність симптомів цього захворювання.
- Від 10 до 15 балів - наявність розлади легкого ступеня.
- Від 16 до 19 балів - помірна депресія.
- Від 20 до 29 балів - депресія середньої тяжкості, має чітко виражений характер.
- Від 30 до 63 - важка депресія.

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 пiтливiсть.
26. У мене неспокiйний i переривчастий сон.
27. В iграх я волiю скорiше виграти, нiж програти.
28. Я бiльш чутливий за iнших людей.
29. Буває, що нескромнi жарти та гостроти викликають у мене смiх.
30. Я хотiв би бути так само задоволений своїм життям, як, мабуть, задоволенi iншi.
31. Мiй шлунок сильно турбує мене.
32. Я постійно заклопотаний своїми матерiальними та службовими справами.
33. Я насторожено ставлюся до деяких людей, хоча знаю, що вони не можуть заподiяти менi шкоди.
34. Менi часом здається, що передi мною нагромадженi такi труднощi, яких менi не подолати.
35. Я легко нiяковiю.
36. Часом я стаю настiльки збудженим, що це заважає менi заснути.
37. Я вважаю за краще ухилятися вiд конфлiктiв i скрутних ситуацiй.
38. У мене бувають напади нудоти та блювоти.
39. Я нiколи не спiзнювався на побачення або роботу.
40. Часом я вiдчуваю, що вiд мене немає нiякої користi.
41. Iнодi менi хочеться вилятися.
42. Майже завжди я вiдчуваю тривогу у зв'язку з чим-небудь або з ким-небудь.
43. Мене турбують можливі невдачі.
44. Я часто боюся, що ось-ось почервонiю.
45. Мене нерiдко охоплює вiдчай.
46. Я – людина нервова i 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 якій-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.

Шкала вимірювання рівня тривожності Дж. Тейлора передбачає п'ять груп у градації тривожності.

50-60 балів. Перша група - сумарна оцінка 50-60 балів - відноситься до дуже високого рівня тривожності. Тут у людини можна припускати наявність психічних порушень. Підвищена самокритичність, складнощі з адаптацією в соціумі, труднощі в роботі та навчанні. Людина постійно відчуває загрозу і занепокоєння навіть у тих ситуаціях, де жодних ознак такого немає. Страждає від надмірної пітливості, частого прискореного серцебиття і загальної слабкості.

25-50 балів. Високий рівень тривожності. У цю групу входять люди зі зниженою самооцінкою і високою емоційністю. Вони не прагнуть висловлювати свою думку, частіше намагаються уникати таких ситуацій. Почуття такі люди ховають глибоко всередині, побоюючись бути

незрозумілими. Дуже сприйнятливі до критики, навіть якщо вона конструктивна. Стрессова ситуація для них стає причиною дискомфорту, працездатність знижується. Тим не менш, люди з високим рівнем тривожності потребують визнання своїх талантів.

15-25 балів. Середній рівень, який прагне високого. Результат від 15 до 25 балів. Таким людям притаманна спокійна емоційність, товариськість і помірна самооцінка. Незважаючи на те, що внутрішній душевний стан таких людей досить спокійний і помірний, їм все ж властиво відчувати деяке безпідставне занепокоєння.

Середній рівень, який прагне до низького. 5-15 балів за методикою вимірювання рівня тривожності Тейлора. Людина, яка має свою власну думку з будь-яких питань і вміє її відстоювати в суперечках і дискусіях. Незалежний погляд і висока самооцінка властиві людям із середнім рівнем тривожності. Критику такі люди сприймають спокійно і з великою увагою до сказаного. Занепокоєння відвідує таких людей нечасто і тільки за фактом. Схильність до льону є одним з негативних факторів у їхній поведінці.

Додаток В

Результати визначення ступеня важкості депресії за методикою А. Бека

№	Бал	Ступень депресії
1	23	Середньої важкості
2	7	Відсутня
3	16	Помірна
4	11	Легка
5	18	Помірна
6	9	Відсутня
7	13	Легка
8	8	Відсутня
9	14	Легка
10	7	відсутня
11	11	Легка
12	12	Легка
13	17	Помірна
14	12	легка
15	18	Помірна
16	13	Легка
17	18	Помірна
18	8	Відсутня
19	25	Середньої важкості
20	12	Легка
22	40	Важка
23	11	Легка
24	27	Помірна
25	6	Відсутня
26	14	Легка
27	21	Середньої важкості
28	12	Легка
29	7	Відсутня
30	12	Легка

Додаток Г

Результати визначення тривожності за методикою Дж. Тейлора

№	Бал	Ступень депресії
1	45	високий
2	5	Середній, прагне до низького
3	18	Середній, прагне до високого
4	22	Середній, прагне до високого
5	20	Середній, прагне до високого
6	18	Середній, прагне до високого
7	38	високий
8	8	Середній, прагне до низького
9	32	високий
10	8	Середній, прагне до низького
11	21	Середній, прагне до високого
12	20	Середній, прагне до високого
13	34	високий
14	10	Середній, прагне до низького
15	28	високий
16	12	Середній, прагне до низького
17	24	Середній, прагне до високого
18	21	Середній, прагне до високого
19	51	Дуже високий
20	11	Середній, прагне до низького
22	52	Дуже високий
23	12	Середній, прагне до низького
24	32	високий
25	10	Середній, прагне до низького
26	13	Середній, прагне до низького
27	34	високий
28	6	Середній, прагне до низького
29	8	Середній, прагне до низького
30	43	високий