

**МІНІСТЕРСТВО ОСВІТИ І НАУКИ УКРАЇНИ**  
**ЗАПОРІЗЬКИЙ НАЦІОНАЛЬНИЙ УНІВЕРСИТЕТ**  
**ФАКУЛЬТЕТ СОЦІАЛЬНОЇ ПЕДАГОГІКИ ТА ПСИХОЛОГІЇ**  
**КАФЕДРА ПСИХОЛОГІЇ**

**КВАЛІФІКАЦІЙНА РОБОТА МАГІСТРА**

на тему: **ПСИХОЛОГІЧНІ ОСОБЛИВОСТІ ОСІБ З МЕЖОВИМИ  
ПСИХІЧНИМИ СТАНАМИ ПІД ЧАС ВІЙНИ**

Виконав: студент 2 курсу, групи 8.0532  
спеціальності 053– Психологія  
Кривошاپка Максим Вячеславович  
Керівник: д.психол.н.,доц. Маліна О.Г  
Рецензент: д.психол.н.,професор Ткаліч М.Г.

МІНІСТЕРСТВО ОСВІТИ І НАУКИ УКРАЇНИ  
ЗАПОРІЗЬКИЙ НАЦІОНАЛЬНИЙ УНІВЕРСИТЕТ

Факультет соціальної педагогіки та психології

Кафедра психології

Рівень вищої освіти магістр

Спеціальність 053 Психологія

Освітня програма Психологія

**ЗАТВЕРДЖУЮ**

Завідувач кафедри \_\_\_\_\_

к.психол.н., доцент. Н.О. Губа

« \_\_\_\_ » \_\_\_\_\_ 2023 р.

**ЗАВДАННЯ**

**НА КВАЛІФІКАЦІЙНУ РОБОТУ СТУДЕНТЦІ**

Кривошопка Максим Вячеславович

Тема роботи Психологічні особливості осіб з межовими психічними станами під час війни

керівник роботи д.психол.н., доцент Маліна О.Г

затверджені наказом ЗНУ від «26» 09 2023 року № 1505-с

2. Строк подання студентом роботи \_\_\_\_\_
3. Вихідні дані до роботи аналіз психолого-педагогічної літератури.
4. Зміст розрахунково-пояснювальної записки: здійснений теоретичний аналіз межових психічних станів пі час війни ,проаналізовано формування та розвиток межової симптоматики
5. Перелік графічного матеріалу:
6. Консультанти розділів роботи

Розділ	Прізвище, ініціали та посада консультанта	Підпис, дата	
		Завдання Видав	Завдання прийняв
Вступ	Маліна О.Г доцент		
Розділ 1	Маліна О.Г доцент		
Розділ 2	Маліна О.Г доцент		
Розділ 3	Маліна О.Г доцент		
Висновки	Маліна О.Г доцент		

7. Дата видачі завдання \_\_\_\_\_

### КАЛЕНДАРНИЙ ПЛАН

№ з/п	Назва етапів кваліфікаційної роботи	Строк виконання етапів роботи	Примітка
1	Збір та систематизація матеріалу	січень –лютий 2023 р.	Виконано
2	Робота над вступом	березень 2023 р.	Виконано
3	Робота над першим розділом	квітень-травень 2023 р.	Виконано
4	Робота над другим розділом	липень 2023 р.	Виконано
5	Робота над третім розділом	червень -серпень 2023 р.	Виконано
6	Написання висновків	вересень 2023 р.	Виконано
7	Передзахист	жовтень 2023 р.	Виконано
8	Нормоконтроль	листопад 2023 р.	Виконано

Студент \_\_\_\_\_ М.В.Кривошопка

Керівник роботи \_\_\_\_\_ О.Г Маліна

**Нормоконтроль пройдено**

**Нормоконтролер \_\_\_\_\_ О. М. Грединарова**

## ЗМІСТ

ВСТУП.....	3
РОЗДІЛ 1-ЧИННИКИ ФОРМУВАННЯ МЕЖОВОГО РОЛАДУ ОСОБИСТОСТІ.....	3
1.1-Невротичний чинник.....	4
1.2-Історікокультурний чиннк.....	14
1.3-Приода афекту.....	17
РОЗДІЛ 2-ДІАГНОСТИЧНИЙ ЧИННИК .....	20
2.1 Біосоціальна теорія .....	20
2.2 Процеси Івалідації.....	29
2.3Статистичницьй чинник.....	42
2.4Межовий роззлал особтось у раньму віці.....	49
ВИСНОВКИ.....	54
СПИСОК ВИКОРИСТАНИХ ДЖЕРЕЛ.....	55

## ВСТУП

Зміни у часі військового стану, потрясіння, такі як пандемії, цифровізація та аналогічні явища, інтегрують та нас у певне межове положення. Де війна обумовлює та детермінує певні патопсихологічних прояви. Перед нами виникає актуальне питання, як людина з особливим сприйняттям чутливості, а саме з симптоматикою межового розладу особистості, може адаптуватися і якісно функціонувати в такий межовий період часу. Слід зазначити, що близько 1,6% людей стикаються з межовим розладом особи кожен окремий рік, і, за деякими оцінками, ця цифра може досягати до 6%. Межовий розлад особистості діагностується у жінок приблизно втричі частіше, ніж у чоловіків, що наголошує на актуальності проблеми.

Метою та завданням даного дослідження є психологічні особливості осіб з межовими психічними станами під час війни, теоретична перевірка, наукове зіставлення та взяття на новий рівень поведінково-емоційних особливостей, людей з межовим розладом особистості. В рамках дослідження також передбачається розуміння природи розладу, а також виявлення того, як сучасність вносить корективи у будову та організацію життя цих людей. Особливий акцент буде зроблено на вплив воєнних дій в Україні на зазначені фактори, а також на те, як воєнні дії впливають на напружені відносини із зовнішньою дійсністю у людей із межевою симптоматикою.

Крок за кроком передбачається простежити природу та особливості межового розладу особистості. Зрештою, сформулювати висновок на основі дев'яти пунктів симптомів, підсумовуючи їх в одну диверсифіковану одиницю афекту. На основі відчизняних наукових авторів Максименко С.Д., Чуприков А.П., Прокопович Є.М., Рожкова І.В., Лобанів С.О. будучи науковий світогляд. Також буде проаналізовано високу чутливість та сприйняття індивіда, а також вплив стигматизації у суспільстві на цей розлад та погляду на проблему від Фрейда, Ясперса формування від класичного розуміння неврозів до останніх нейрофізіологічних досліджень різних країн.

## РОЗДІЛ 1

### ЧИННИКИ ФОРМУВАННЯ МЕЖОВОГО РОЗЛАДУ ОСОБИСТОСТІ

#### 1.1. Невротичний чинник

Формування сьогоднішнім межовим середовищем та неврозо подібних станів. Існування людини в сучасній сьогоднішній, перебуваючи на зламі історії, зазнало значних змін порівняно з не таким дуже давнім минулим. Дивлячись на загальну історичну течію, вічна істота сучасника зазнає впливу двох істотних подій – вірусної епідемії та війни. Усупереч вічним законам людського буття, нині ми стикаємося з наслідками цих двох потрясінь.

Хоча в історичній реальності закладено осьову сутність як у матеріальному, і у психічному плані, це змінює сприйняття адаптаційних функцій людини XXI століття. Темп життя, принципи та методи адаптації до реального життя змінюються залежно від розвитку наукового прогресу та соціального середовища.

Щоденні зміни в емоційних, мовних та світоглядних процесах змушують людину відчувати постійний стрес, перевантаженість, створюючи цикл руйнування здоров'я. Агресивні та саморуйнівні стани викликають глибоку тривогу.

Людина XXI століття змушена радикально змінювати темп свого життя, підкоряючись тенденціям науково-технічної революції та динамічним соціально-економічним, політичним, культурним та освітнім трансформаціям. Зміни в адаптації до реального життя відображаються у постійній зміні слів, думок та емоцій, що призводить до повсякденної реальності психологічних навантажень. Стрес накладається на стрес, у результаті руйнується психологічне здоров'я людини.

Освітні програми XXI століття спрямовані на формування культуротворчої, вихованої та відповідальної особистості, здатної до

самоосвіти та саморозвитку. Однак вони також викликають серйозні побоювання через часті стресові, агресивні та інші невротичні стани у людини.

Аналізуючи теоретико-методологічні дослідження проведено на основі теоретичної літератури з даної проблеми. Ця «сліпа пляма» щодо внеску біології у розлади особистості зрозуміла з історичної точки зору. Люди в західній півкулі і, зокрема, в Україні додамо до впливу військових дій, залишеного не згладжуваною плямою на кожному жителі цієї країни, твердо вірять, що кожен може стати тим, ким хоче, якщо у нього є прагнення, бажання і воля. Навіть наша Конституція України, в якій йдеться про те, що «всі люди створені рівними», має тенденцію мінімізувати роль біології в індивідуальних відмінностях. Джон Б. Вотсон, один із найвпливовіших психологів в історії США, одного разу написав: «Дайте мені дюжину здорових, добре сформованих немовлят і мій власний певний простір, в якому я зможу їх виховати, і я гарантую, що візьму будь-кого з них за рік ». випадковим чином і навчити його, щоб він став будь-яким фахівцем, якого я міг би вибрати: лікарем, юристом, художником, торговцем і навіть жебраком і злодієм, незалежно від його талантів, нахилів, нахилів, здібностей, покликання та раси його предків. - Торс. Позиція Вотсона ясна: довкілля є основним чинником, визначальним життєвий шлях. Одночасно укоренився «психічний детермінізм» Фрейда. Хоча Фрейд був неврологом, він дійшов висновку, що проблеми людей насамперед кореняться у досвіді раннього дитинства, особливо у тому, як їх виховували батьки і як вирішували свої ранні конфлікти.

Зростаюча кількість наукових даних свідчить про переоцінку ролі батьків та оточення Фрейдом і Вотсоном, і навіть недооцінку інших чинників у формуванні особистості. Нещодавні дослідження переконливо демонструють, що батьки реагують на своїх дітей відповідно до їх темпераменту, і багато інших людей в оточенні також впливають на формування особистості. Фактори, не пов'язані з біологією, такі як взаємодія з ровесниками, відносини з вчителями, духовенством та культурні впливи, відіграють ключову роль у цьому процесі.

Помилковим є думка, що біологія грає лише другорядну роль формуванні особистості. Наукові дані свідчать, що біологічні чинники мають вирішальне значення. Психіатр та експерт з розладів особистості доктор Кен Сілк зазначає, що при аналізі витоків міжособистісної поведінки або моделей поведінки враховується приблизно рівний внесок генів та навколишнього середовища. Однак цей баланс може бути різним для різних рис особистості. Важливо розуміти, що взаємодія доквілля, така як поведінка батьків, може впливати на вроджені риси особистості, посилюючи чи послаблюючи їх.

Проблема формування особистості також розглядається з психологічної точки зору у контексті неврозів та інших психічних станів. Вчені, такі як В. М. Мясіщев, Д. Н. Ісаєв, А. Адлер, А. Маслоу, В. Франкл, К. Хорні, З. Фрейд та інші, у своїх працях розглядають питання психологічного детермінізму та впливу різних факторів, таких як стрес, тривога, і взаємини, формування особистості. Ці дослідження підкреслюють складність взаємодії між біологічними та психосоціальними аспектами формування особистості.

Важливо підкреслити, що різні форми нервово-психічних перенапружень можуть негативно впливати на психологічне здоров'я людини, викликаючи відхилення. У цьому контексті особливо актуальною є проблема межових станів, яка, на жаль, залишається недостатньо дослідженою у психологічній практиці. Межові стани поєднують кілька форм нервово-психічних розладів і зазвичай розглядаються у рамках патопсихології, медичної психології тощо.

Проте пропоную переглянути цей підхід, стверджуючи, що межові стани відіграють ключову роль вікової та педагогічної психології. Аргументація цієї точки зору заснована на роботі М. Д. Левітова "Про психічні стани людини", де він виділяє патологічні та межові стани, вважаючи, що останні не отримують достатньої уваги та повинні стати предметом вивчення спеціалізованих дисциплін.

На наш погляд, межові стани є унікальною сферою в негативній психологічній симптоматиці, яка потребує більш глибокого дослідження. Недостатня увага до цієї галузі може призвести до упущення істотних понять,



що впливають на психологічне здоров'я. Сучасні дослідження, засновані на роботах вчених, таких як В. А. Ганзен, В. М. Юрченко, А. М. Прихожин, В. М. Астапов, С. Д. Максименко та ін., підтверджують, що негативні емоції грають домінуючу роль у структурі граничних станів.

З урахуванням прогресивного розвитку цієї галузі можна припустити, що симптоматика межових станів, пов'язаних із психічною травмою та невротичним конфліктом, поширюватиметься. Вони можуть мати схожі риси з негативними емоціями, та їх походження буде глибше пов'язані з невротическим реагуванням.

Межові стани, згідно з психологічним словником, представляють слабкі, стерті форми нервово-психічних розладів, що знаходяться на межі між психічним здоров'ям та вираженою патологією. Важливо наголосити на принциповій необхідності уточнення змісту даного поняття.

У контексті психопатії наголошується, що аномалії у формуванні емоційної та мотиваційної сфери особистості можуть бути пояснені генетичними та спадковими факторами, а також впливом зовнішніх факторів у дитинстві. Психопатії супроводжуються посиленням чи ослабленням функціонування одного з рівнів базальної системи емоційного реагування, що визначає інтенсивність та спрямованість підсвідомої оцінки навколишнього середовища (на думку А. Микільської та М. Лібініч). Цей базальний емоційний тонус, своєю чергою, впливає побудова мотиваційних структур особистості та вольову регуляцію, пов'язану із завданнями адаптації.

Аналіз різних точок зору дослідників психопатії підкреслює, що цей граничний стан потребує детального вивчення в рамках патопсихології та інших спеціалізованих наук. Це дозволить більш глибоко зрозуміти та охарактеризувати походження та особливості межових станів, а також розробити ефективні методи їхньої діагностики та корекції.

Аналізуючи позицію, необхідно докладніше розглянути поняття реактивних станів як тимчасових оборотних розладів психічної діяльності, які у відповідь психічну травму. Сучасна психіатрична література пов'язує такі стани

з реактивними депресіями, які проявляються патологічними переживаннями, загальмованістю мислення та міміки, а також афективно-шоковими реакціями, що виникають внаслідок масових катастроф, військових дій, епідемічних загороз та панічних дій, що супроводжуються гальмівною реакцією людини.

Виділення неврозів у цьому контексті підкреслює залежність їх виникнення від специфічних рис особистості та характеру ситуації, як зазначено В. А. Гіляровським. Однак, важливо відзначити, що ключовим елементом залишається особливість самої людини та її здатність сприймати психічні травми.

Наступне поняття, яке потребує уваги, - це "стрес". У широкому значенні це сукупність захисних фізіологічних реакцій організму вплив несприятливих чинників. Констатуючи його сутність, важливо відзначити, що стрес веде до виснаження адаптаційної захисної системи організму, викликаючи безпорадність, безнадійність та депресію. Пасивна форма реагування на стрес охарактеризована цими емоціями.

Проте, важливо наголосити, що активний захисний процес передбачає зміну діяльності, різноманітні форми роботи та вміння застосовувати релаксаційні впливи для мобілізації психічного здоров'я. Стрес, таким чином, може стимулювати людину, підвищувати її працездатність та допомагати справлятися з надзвичайними ситуаціями.

Зрештою, зазначимо твердження Г. Сельє, який розглядав стрес не лише як негативний, а й як невід'ємний компонент життя людини, що сприяє його адаптації та підвищенню працездатності.

Протягом життя, від народження до смерті, організм людини піддається постійним змінам та різним станам, багато з яких можуть викликати стрес. Ірраціональні переконання, що вселяються у процесі виховання, можуть стати основною причиною стресу. Дітям часто нав'язують високі стереотипи поведінки та формують моральні цінності, які доросла реальність може зруйнувати, викликаючи у людини безліч розчарувань та сприяючи розвитку неврозоподібних станів.

Ігнорування стресових ситуацій або бездіяльність людини може призвести до виникнення фрустраційних станів. Фрустрація, як психологічний стан, походить з неможливості досягнення мети або виконання завдання, що може спричинити почуття пригніченості та тривоги. Дослідження К. К. Платонова пропонують пояснення фрустрації як дезорганізацію свідомості та діяльності особистості, спричинену об'єктивними, непереборними перешкодами. Повторювані фрустрації можуть призвести до формування негативних характеристик характеру, таких як агресивність і дратівливість. З урахуванням соціальних та економічних потрясінь у суспільстві більшість людей може перебувати у стані фрустрації, що в свою чергу може призвести до невротичних станів, а також прояву агресії та тривожності.

Виходячи з теоретичного обґрунтування, ми стверджуємо, що неврози є важливим елементом системи межових станів, особливо враховуючи їх генетичні корені, що починаються з дитинства. Теоретичний аспект сутності неврозу обговорюється з різних наукових напрямів, включаючи біологічне (нейрофізіологічне) та психологічне розуміння.

Психологічне напрям включає різні точки зору вчених, таких як О. І. Захарова, Д. Ісаєва, та інші, щодо причин і механізмів розвитку неврозів. Проте загальними особливостями у твердженнях багатьох учених є реакція особистості зміну обставин навколишнього світу, де психічна травма виступає важливою рушійною силою у виникненні та розвитку неврозу.

Центральним аргументом багатьох теорій є ідея про психічну травму як основну причину розвитку неврозів. Ця травма зазвичай пов'язана з невротичним конфліктом, який виникає з непродуктивного та нерационального вирішення протиріч між особистістю та важливими аспектами реальності. Цей конфлікт супроводжується складними переживаннями невдач, незадоволеності потреб, цілей життя та іншими аспектами.

Таким чином, аналіз теоретичних підходів до неврозів дозволяє виявити зв'язок між психічною травмою, невротичним конфліктом та розвитком неврозів у рамках системи межових станів.

Наголошується, що протиріччя, що призводять до неврозів, мають своє коріння в періоді дитинства, особливо у порушенні відносин із мікросоціальним оточенням, зокрема з батьками. Вивчення невротичного конфлікту у психологічній науці приділяє особливу увагу психоаналітичній концепції особистості.

У цьому контексті важливо звернути увагу на загальну теорію неврозів, яка є у фрейдизмі, де психоаналітична теорія симптомів неврозів розглядає їх як заміників задоволення сексуальних захоплень, що є фактором внутрішніх протиріч. У рамках цієї теорії наголошується на дуалістичній присутності сексуальних захоплень та інших інтересів.

Фрейд поділяє неврози на актуальні, такі як неврастенія, неврози страху та іпохондрії, і підкреслює психологічне походження тривоги. Фрейд також виділяє Едіпів комплекс, який пояснює емоційні зв'язки та конкурентні стосунки з батьками.

Згадані теоретичні концепції наголошують, що первинне джерело тривоги криється у фазі народження, у біологічній віддаленості від матері, що може призвести до травмуючого стану. Таким чином, тривога виникає як наслідок страху, що може призвести до розвитку невротичних станів.

приглушеною соціальною обстановкою, і навіть нереалізовані почуття переваги, що зумовлює появу комплексу меншинства.

У рамках теоретичних пошуків сутності невротичного конфлікту з'ясовується, що він являє собою внутрішню реакцію людини на суперечність між зовнішньою інформацією та внутрішніми очікуваннями та прагненнями. Наголошується, що невротичний конфлікт пов'язаний із неготовністю до сприйняття нової інформації та порушенням тимчасового модусу майбутнього.

Походження невротичного конфлікту обговорюється у працях різних вчених. Еге. Берн, наприклад, пов'язує розвиток неврозу з ситуаціями, у яких вирішуються " суперечки " із соціальним оточенням, що може призвести до психотравм. .Фромм вказує на конфлікт із силами соціуму та неможливість розвитку власних здібностей як фактор, що сприяє гострому неврозу. До.

Роджерс бачить корінь неврозу у незадоволеності потреби у самореалізації, В. Франкл пов'язує його з втратою сенсу життя, а А. Адлер пропонує концепцію багатосимптоматичного розладу, заснованого на відчутті неповноцінності та неправильному способі життя.

У контексті соціокультурної теорії К. Хорні, яка надає унікальні погляди на сутність тривоги, основний акцент робиться на стосунках між дітьми та батьками. К. Хорні виділяє кілька стилів реакції особистості тривожні ситуації, які можуть проводити формування невротичного конфлікту. Наприклад, вона описує структуру особистості, що включає компоненти "уникнення", "підпорядкування" та "агресію". Такі стратегії можна розвинути у ранньому дитинстві у відповідь певні структури сімейних відносин.

Підтримуючи цей погляд, можна припустити, що невроз може виникнути через довгострокові дисфункціональні взаємини в сім'ї, де формуються основні патерни поведінки та світогляд особистості. Наприклад, якщо дитина відчуває брак любові, уваги або підтримки з боку батьків, це може призвести до розвитку тривоги та формування невротичних рис у його особистості.

Також слід враховувати вплив культурних та суспільних факторів на формування невротичних станів. Наприклад, високі соціокультурні очікування чи стереотипи, які нав'язуються суспільством, можуть створити додатковий тиск на індивіда, сприяючи розвитку неврозів.

Таким чином, поєднання взаємодії внутрішніх (сімейних) та зовнішніх (соціокультурних) факторів може відігравати вирішальну роль у формуванні невротичного конфлікту у людини. Також таки фактором є віскові дії .

Теорії фізіологів та психотерапевтів з приводу походження неврозів надають додаткову перспективу цього питання. Розглянемо кілька ключових моментів, виділених у вказаному фрагменті.

Історія терміна "невроз" та психогенні аспекти:

Важливо відзначити, що термін "невроз" запроваджено професором В. Келленом у XVIII столітті і згодом став широко використовуватися для позначення психоневрологічних розладів. Наприкінці XIX століття склалося

уявлення про неврози як психогенні захворювання, тобто, пов'язані з психічними факторами, такими як стрес, травми та конфлікти.

К. Ясперс та характерні ознаки психічної травми: К. Ясперс наголосив на необхідності наявності характерних ознак психічної травми для визначення неврозу. Це свідчить про те, що, за його поглядами, неврози пов'язані з певними психічними травмами чи конфліктами.

Ясперс аналізує поведінку індивідів, які страждають на неврози, психози, злочинців і ексцентриків, як форму самообману, що випливає з добровільної відданості фіктивному буттю з метою уникнути реальності. Добровільна ізоляція сприймається як хибне явище, що супроводжується самообманом і обмеженістю, що призводить до відокремлення від фундаментальних основ буття, що виявляються через конкретну дійсність. Ясперс звертає увагу на загальнолюдську тенденцію до "життєвої брехні" та підкреслює обмеженість людської здатності до розуміння істини та реальності. Підхід, згідно з яким радикальний самообман обмежений психопатами, є однією з позицій, але Ясперс закликає уникати абсолютизації будь-якої з цих позицій і визнає складність проблеми. Він зазначає, що реальність включає елемент боротьби, і що людина, стикаючись з загрозою, може вдатися до самообману як способу захисту. У разі людина може усвідомлювати небезпеки і уникати боротьби з нею, волюючи йти у область самообману. Також наголошується, що людина часто не усвідомлює власні наміри, готуючись інстинктивно уникнути вимог ситуації, і може вдатися до використання хвороб, нещастя та страждання як засобів захисту. Важливим моментом є те, що як ситуація, так і установки індивіда можуть залишатися прихованими від свідомого, об'єктивного аналізу, і свідомість може суперечити несвідомому.

Межові ситуації як неминучі, непереборні аспекти людського буття, які виникають зрештою з усіх приватних ситуацій. У цих ситуаціях індивідуальне буття зазнає краху, одночасно набуваючи нових форм екзистенції. Емпірична психологія, згідно з Ясперсом, нездатна досліджувати ці граничні межі буття і відповісти на питання про те, як людина здатна реагувати на них. У свою чергу,

психопатолог, який вивчає зв'язки, бачить у психопатіях, неврозах та психозах не лише відхилення від норми, а й справжні джерела людських можливостей.

Ясперс вважає невроз "осічкою", допущеною в граничній (стресовій) життєвій ситуації. Мета терапії в такому контексті полягає в перетворенні самого себе через проходження граничної ситуації, при якому людина розкривається сама собі і стверджує свою справжню сутність перед світом навколишнім. Ясперс зазначає, що дана концепція має філософську цінність, оскільки узагальнена філософська істина в ній може бути застосована до невротики. Він підкреслює, що практична філософія, спрямована на порятунок від брехні, також може надавати терапевтичний вплив. Однак слід пам'ятати, що уникнення граничних ситуацій саме по собі не робить людину хворою, і цілком здорові люди можуть при цьому виявляти безчесність і боягузливість без аномальних явищ.

Відповідно до теорії І. П. Павлова, основу розвитку неврозів становлять зриви вищої нервової діяльності. Це перенапруга дратівливого чи гальмівного процесу, і навіть порушення їх рухливості можуть грати роль формуванні невротичних станів.

Ці теорії наголошують на важливості розуміння впливу як психічних, так і фізіологічних факторів на походження неврозів. Психогенні аспекти, такі як стрес, травми та конфлікти, можуть значно впливати на емоційне та психічне здоров'я людини, а фізіологічні фактори можуть бути пов'язані зі змінами в нервовій діяльності.

Слід зазначити, що у психології та психіатрії зазвичай приймається комплексний підхід до розуміння неврозів, включаючи як психічні, і фізіологічні аспекти.

Неврози який завжди виникають після дії психотравмуючого подразника, викликані перевантаженням своєї діяльності. У стані неврастенії може виявлятися розумова та фізична втома, зниження працездатності, погана концентрація уваги, безсоння, підвищена дратівливість.

Істерія, своєю чергою, часто пов'язані з проявом емоційних і психосоматичних симптомів без серйозних органічних змін. Це може включати напади мимовільних рухів, втрату свідомості, втрату контролю над частинами тіла та інші форми фізичної дезадаптації. Істерія часто пов'язана з емоційними конфліктами та стратегіями, за яких емоційна напруга виражається у формі фізичних симптомів.

Невроз прискіпливих станів характеризується надмірною тривожністю, занепокоєнням та надмірним фокусуванням на дрібницях та деталях, що може заважати нормальному функціонуванню та повсякденній діяльності.

Також відзначені інші види неврозів, такі як психастенія (пов'язана з надмірною тривожністю і соматичними страхами), фобічний невроз (пов'язаний з нав'язливими страхами), депресивний невроз (характеризується тривалим періодом пригніченого настрою і втратою інтересу до життя), і з приводу уявних хвороб), невроз тривоги (страху), синдром невротичної деперсоналізації (переживання зміни сприйняття свого тіла та власної особистості) та інші.

Узагальнюючи, неврози є різноманітні психічні розлади, пов'язані з переживанням емоційних і психологічних труднощів, їх симптоми та форми прояви можуть змінюватись в залежності від конкретного типу неврозу.

Істеричний невроз, як ви описуєте, справді може бути пов'язаний з певними формами неправильного виховання дитини, що може вплинути на формування її особи та поведінкових особливостей. Почуття неврозу прискіпливих станів може виникати з переживання емоційних труднощів і прагнення уникати відповідальності, важких завдань, переваги фантазій та уникнення реальності.

Крім того, зазначено, що соціальні ситуації та зміни у житті можуть зіграти роль у виникненні неврозів. Це може включати стресові події, зміни в сімейній або професійній сфері, втрату близької людини та інші життєві виклики. Неврози, в такому разі, можуть розглядатися як відповідь на негативні емоційні стани, що виникають внаслідок цих змін.



Важливо відзначити, що підхід до розуміння та лікування неврозів може змінюватись в залежності від школи психотерапії та медичної практики. Психотерапія, у тому числі когнітивно-поведінкова терапія, психоаналіз та інші методи, може бути використана для допомоги людям з неврозами у подоланні емоційних труднощів та зміні негативних патернів мислення та поведінки.

У цьому стверджуємо, що емоційні особливості людини характеризуються хвилюваннями і переживаннями, що відображають особливу форму страхів і пов'язані з негативними передчуттями суб'єктом наслідків власного буттєвості у виняткових та утруднених йому ситуаціях. Аналізуючи хвилювання, слід приділити увагу відповідним теоретичним обґрунтуванням, якими займалися німецькі психологи Фіш і Конрад, Р. Шелль, Ф. Хоппе та ряд інших учених.

Надійністю людини, потрібна наявність комплексу ситуаційних, смислових, особистісних та оціночних факторів.

Страх і хвилювання, хоч і тісно пов'язані, мають свої відмінності. Страх часто асоціюється з певним об'єктом чи подією, що викликає відчуття загрози чи небезпеки. Він є природною реакцією організму на потенційні загрози та має еволюційне обґрунтування. Хвилювання, з іншого боку, може бути загальнішим і не завжди прив'язане до конкретної небезпеки. Воно може відноситися до ширшого спектру ситуацій, включаючи очікування майбутніх подій, невизначеність чи соціальні аспекти.

Синдром хвилювання, як ви описали, може включати як фізіологічні, так і психологічні компоненти. Фізіологічні реакції можуть містити збільшення серцевого ритму, потовиділення, підвищене дихання та інші ознаки активації організму. Психологічні аспекти включають тривогу, занепокоєння, можливі когнітивні спотворення в мисленні.

Цікаво, що ви підкреслили вплив хвилювання на вищі психічні процеси, такі як мислення та пам'ять. Справді, стрес і хвилювання можуть негативно впливати на когнітивні функції, що ускладнює прийняття рішень, концентрацію уваги та запам'ятовування інформації.

## 1.2-Історікокультурний чинник

Час і сприйняття змін, що ставить нас у межові стани, є невід'ємною здатністю справлятися з дійсністю, що постає перед нами змінами суспільного соціокультурного підвалина. Навіть якщо уявити ідеальну картину, ідеального порядку нескінченного світового ландшафту постійного існування, що людство прийшло до умовного в ідеальному побутовому ладі, де соціально-культурне питання вирішилося, медицина прийшла до такого рівня, що санітарні заходи подолали епідеміологічні загрози, соціально-культурні конфліктні вичерпані, тому подібні проблеми вшили на полиці історичних відомостей. Людина та її ціле прибуває постійно стабільному існуванні.

Але постійне стабільне буття існування не можливе так як є в собі не завершене буття виводить нас за межі досліджуваного не витончиться наша мембрана перед глибокими космічними силами природи і не вийдемо ми на поріг нових більш лякаючих сприйняття проблем, пов'язаних безпосередньо з високого рівня чутливості. базові захисні принципи еволюційного підходу навряд чи будуть змінені, а це є, що базові захисні принципи еволюції (наприклад, завмирання або уникнення) можуть залишатися незмінними, але людська свідомість, можливо, зможе диференціювати їх і краще справлятися з викликами, перед якими ставить нас дійсність. Можливо боротьба з хворобами виведе на межі нових невіданих захворювань. А світ психічної людини поставить вас перед новими питаннями душевного здоров'я, які все більше лякають.

І для того що б зазирнути в питання, що стоять перед нами, пропоную торкнутися, і визначити базові поняття формування та еволюційного підходу в основі структури психопатичних проявів, які є особливими конституційними особливостями симптому та синдрому Н. Jackson (1932) розглядав психічну структуру як безпосередній наслідок еволюційних процесів як функціональна структурна система з яких еволюційні процеси походять від більш низьких до більш високих, від більш простих за морфологічною будовою систем до

складніших Ушкодження нижчих функцій не завжди може позначати порушення вищих функцій. Межовий розлад особистості відноситься до групи психічних розладів і характеризується широким спектром симптомів, включаючи нестабільність у відносинах, чуттєвість до відмови, непостійність у самооцінці, почуття порожнечі, суїцидальні думки та поведінка, а також інтенсивні емоції.

Еволюційні особливості та захисні адаптивні механізми, пов'язані з межовим розладом особистості, не є чітко вираженими або однозначно визначеними, оскільки межовий розлад особистості швидше за все зумовлений взаємодією генетичних, нейробіологічних, психологічних та навколишніх факторів. Однак можна припустити про еволюційні аспекти та захисні механізми, пов'язані з цим розладом:

Гіперактивність емоцій: Еволюційна перспектива припустимо, що висока чутливість до емоцій і швидкі зміни настрою могли мати еволюційне значення. Наприклад, швидкі та інтенсивні емоційні реакції могли допомогти індивідуумам швидше адаптуватися до змін у навколишньому середовищі.

Захисний механізм: Інтенсивні емоційні реакції можуть бути захисним механізмом, дозволяючи індивідууму висловлювати свої потреби та привертати увагу оточуючих.

Нестабільність у відносинах: Еволюційна перспектива: Деякі аспекти нестабільності у відносинах можуть бути пов'язані з еволюційною необхідністю пошуку відповідного партнера для розмноження та забезпечення захисту потомства.

Самоприниження та почуття порожнечі: Еволюційна перспектива: Деякі дослідники припускають, що самоприниження та почуття порожнечі могли бути пов'язані з необхідністю підпорядкування групі та запобіганням конфліктам усередині соціальних структур. Захисний механізм: Самознищення може бути захистом від потенційних загроз з боку інших та привертати увагу та підтримку.

Загалом дослідники історіогенезу емоцій. Більшість дослідників історіогенезу емоцій та афективних станів вважають базисні емоції людини в його історії такими ж, як і в далекому минулому; змінюється лише ступінь вираження деяких емоцій. Першим страх із минулим станом людства пов'язав Демокрит, стверджуючи, що цей страх релігії. Аналогічно міркував Т. Gobbs, який відносив причини релігії: і є основою до психологічних потреб людини шукати причину, що надалі було названо етіологізмом архаїчного мислення; страх перед «невідомими силами»; занепокоєння і тривогу за майбутнє схильність створювати за аналогією, виражену, зокрема, у персоніфікації сил природи. Отже, Т. Gobbs пов'язував особливості емоцій давніх зі своїми мисленням.

Насправді й у сучасному житті саме інтенсивне емоційне переживання сприяє прояву дологічного, синкретичного мислення, мислення у комплексах, як зазначав і С.М. Ейзенштейн. В архаїчному мисленні, на думку F. Klix (1983), афекти страху і гніву майже завжди впливали формування пам'яті, що опосередковано свідчить про зміни свідомості при гострих емоційних (афективних) станах у минулому. Так виявляється синкретизм емоцій та свідомості.

Індукція емоцій. Характерною для архаїчних, особливо гомерівських текстів особливістю є висока індуктивність емоцій. Джерелами поширення емоційного стану є міміка, поведінка героя, його сльози та висловлювання. У гомерівських текстах індукуються негативні емоції; причому, ступінь їхньої виразності у реципієнтів значно вищий, ніж у індукторів; первісна імітація емоцій навіть приводить реципієнтів до аутоагресивних акцій.

Ступінь виразності емоцій. Усі переживання гомерівських героїв афективно насичені; сучасному представленні вони іноді нагадують патологічні афекти непрогнозованістю вчинків і тенденціями до агресії та аутоагресії. У поведінці постійно відзначаються самопожертви, вигуки, стогін, сльози, вегетативні прояви, наприклад, серцебиття. Особливу увагу слід приділити

самоушкодження. Поняття «душевних мук», мабуть, раніше мало буквальне значення

Важливо, що ці гіпотези є однозначними і вимагають додаткових досліджень більш повного розуміння зв'язок між еволюцією і межовим розладом особистості. Більш конкретні фактори, такі як генетика, виховання, травми та стрес, також відіграють істотну роль у розвитку цього розладу.

### **1.3-Природа афекту**

Людина - істота, здатна переживати і співпереживати, отже, вона переживає. Всі наші переживання та вчинки залишають відбиток у нашому психічному житті, поступово змінюючи наші нахили. Люди з однаковими вродженими нахилами, зрештою, можуть досягти абсолютно різних результатів у житті; це залежить від їхньої біографії, переживань, виховання та самовиховання. Коли починається розвиток, зворотний рух стає неможливим. Саме тут полягає елемент особистої відповідальності, який невіддільний від кожного окремого переживання.

Звички, часто залишаючись непомітними, становлять основу нашої поведінки, впливають наші рішення і формують наші характери. Навіть якщо деякі з цих звичок можуть бути шкідливими, вони часто стають невід'ємною частиною нашої повсякденної рутини і важко піддаються змінам, а отже підводять порог тому самому прикордонному психічному стану, який змінює структуру самої особистості, там порушуючи і обтяжуючи її існування, підійшовши до межі самої патології.

Звички мають силу впливу не тільки на наші дії, але і на наше сприйняття навколишнього світу. Ми перестаємо помічати звичайні речі у нашому житті, і вони стають частиною нашої норми. Це може бути як позитивним, і негативним, залежно від характеру цих звичок.

Ідея про те, що звички формують нашу "другу натуру" і є дисциплінуючим фактором, становить особливий інтерес. Вони здатні

забезпечувати стабільність і порядок у нашому житті, але водночас викликати сліпу прихильність до звичного, незважаючи на його якість.

Наслідки емоційно забарвлених переживань, особливо неприємних, можуть мати два види. Емоційні реакції, як і звички, можуть виникнути через асоціативних зв'язків, сформованих у результаті певних переживань. Коли ми стикаємося з елементом або ситуацією, пов'язаними з певним емоційним досвідом, асоціації можуть автоматично активуватись, викликаючи схожі емоційні стани.

Цей процес може іноді призвести до того, що настрої чи емоції виникають "безпідставно" або здаються незрозумілими з першого погляду. Насправді вони можуть бути пов'язані з попереднім досвідом чи асоціаціями, які завжди усвідомлюються лише на рівні свідомості.

в контексті війни в Україні, асоціації та емоційні реакції можуть бути пов'язані з різними аспектами конфлікту. Наприклад, у людей можуть виникнути асоціації з певними місцями, подіями чи навіть із загальним станом напруженості та занепокоєння.

У контексті ваших попередніх питань про звички та афекти, можна розглянути, як воєнні дії та обставини впливають на формування звичок та емоційних реакцій у людей. Наприклад, поява постійного стресу та небезпеки може сформувати стійкі звички виживання, а асоціації з певними звуками чи подіями можуть викликати сильні емоційні реакції.

Крім того, в контексті війни в Україні може бути важливим обговорювати вплив конфлікту на психологічний добробут людей, на формування їх емоційних станів та можливість створення нових звичок для подолання труднощів.

Однак важливо врахувати, що кожна людина індивідуальна, і її ставлення до війни може бути унікальним. Кожен може мати свої асоціації, емоції та стратегії справлення в умовах конфлікту.

Розуміння та усвідомлення цих асоціацій є важливим компонентом самопізнання. Це може допомогти глибше зрозуміти та контролювати свої

емоційні реакції. Аналогічно звичкам, усвідомлення асоціативних зв'язків дає можливість змінити реакцію певні ситуації та розвивати здоровіші емоційні стратегії.

Афекти можуть передаватися: об'єкти, що асоціюються з неприємними (або приємними) переживаннями, можуть набувати відповідних емоційних відтінків. Звідси впливають суб'єктивні емоційні цінності, якими об'єкти навколишнього світу наділяються у власних очах окремих людей у з їх випадковими переживаннями. Перенесення може відбуватися навіть тоді, коли афекти виникають виключно асоціативним чином, без конкретної нової основи у вигляді об'єкта; отже, суб'єктивний емоційний відтінок, який об'єкт набуває у власних очах індивіда, то, можливо обумовлений чимось, що не піддається виявленню ні самим індивідом, ні психологом, аналізуючим його. Проте при ретельній роботі над активізацією асоціативних зв'язків у деяких випадках вдається досягти певного рівня психологічного розуміння.

Процес переробки неприємних переживань може протікати різними шляхами. Людина може дозволити своїм емоціям висловитися через сльози, вчинки, іронію, захисні реакції, творчість, висловлювання чи визнання, цим звільняючи їх і завершуючи цикл (процес відпрацювання). Або ж, у разі появи перешкод для вільного вираження емоцій, він може виробляти їхню інтелектуальну обробку: проводити аналіз, оцінювати в запозичення, виносити судження та приймати рішення.

Спогади про певні події створюють глибокі відбитки у пам'яті, що дозволяє повторно переживати ці моменти у своєму спогаді.

Спрощення повторення психічних подій через їхню систематичну практику, наприклад, через повторювані вправи.

Скорочення усвідомлюваних явищ шляхом стиснення подій, що повторюються, що призводить до автоматизації або механізації. Наприклад, у процесі освоєння водіння на велосипеді людина починає усвідомлювати рухи, але поступово довіряє руховому механізму, який стає свого роду набутих інстинктом.

Тенденція до повернення до раніше пережитих психічних станів, що виявляється у формі звичок.

Емоційно насичені переживання можуть непомітно впливати на інші аспекти психічного життя, такі як почуття, цінності, поведінкові реакції та спосіб життя загалом, створюючи комплексні ефекти.



## РОЗДІЛ 2

### ДІАГНОСТИЧНИЙ ЧИННИК

#### 2.1- Біосоціальна теорія

Біосоціальна теорія, запропонована Marsha M. Linehan, є комплексним підходом до розуміння межового розладу особистості, що включає біологічні та соціальні аспекти. Основний акцент робиться на порушенні регуляції емоцій як ключового аспекту цього розладу.

**Біологічний аспект: Емоційна вразливість:** Клієнти з межовим розладом особистості можуть мати високу чутливість до емоційних стимулів, інтенсивну реакцію на них і повільне повернення до вихідного емоційного рівня. Ці характеристики роблять їх більш уразливими до емоційних впливів, що може бути обумовлено біологічними факторами.

**Модуляція емоцій:** Порушення регуляції емоцій також пов'язані з тим, що клієнти відчувають труднощі у модуляції емоцій. Це включає неможливість придушення неадекватної поведінки, організації себе для скоординованих дій, самостійного заспокоєння і переорієнтації уваги при сильних емоціях.

**Біологічна основа:** Порушення регуляції емоцій має біологічну основу, яка може виявлятися через спадковість або дисфункцію різних частин системи регуляції емоцій.

**Соціальний аспект: Взаємодія з навколишнім середовищем:** Біосоціальна теорія наголошує на важливості взаємодії між біологічною схильністю та контекстом навколишнього середовища під час розвитку. Соціальні чинники можуть проводити формування адаптивних чи неадаптивних стратегій регуляції емоцій.

**Емоційна дисрегуляція як результат взаємодії:** На тлі біологічної вразливості взаємодія з несприятливим соціальним контекстом може призвести до системної дисрегуляції емоцій.

Асоціація з прикордонним розладом особистості: Біологічна схильність варіює: Оскільки біологічна схильність може різнитися в різних людей, теорія передбачає, що з різних індивідуумів може бути різні біологічні основи для початкової емоційної вразливості.

Відсутність універсальної біологічної аномалії: Теорія зазначає, що мало ймовірно знайти єдину біологічну аномалію, лежачу основу всіх випадків межовим розладом особистості, оскільки порушення регуляції емоцій багатогранно може бути зумовлено різними чинниками.

Ця теорія наголошує на складній взаємодії між біологічними та соціальними факторами у формуванні межовим розладом особистості і акцентує увагу на необхідності комплексного підходу до лікування цього розладу.

Вивчаючи праці з межовим розладом особистості, написані Нілом Р. Бокіаном, доктором філософії, який, у свою чергу, аналізує симптоматику з використанням DSM-IV та звертаючи увагу на подальше V видання, ми також плануємо провести аналіз кожного з 9 симптомів. Для цього ми розглянемо природу та суть кожного з них на основі витримок з особистих інтерв'ю та діагностичних зустрічей у контексті неформальних бесід із кількома людьми, які підозрюють наявність даного діагнозу. Ми також розглянемо, як воєнний час впливає на стан та прояв цих симптомів, а також як особистісні розлади, включаючи домінуючі, стійкі моделі мислення, сприйняття, реагування та поведінки, можуть призвести до значних страждань або викликати функціональні порушення, особливо у контексті військових подій.

Розлади особистості суттєво різняться за своїми проявами, проте вважається, що їх коріння полягає у поєднанні генетичних та навколишніх факторів. Більшість їх зазвичай зменшуються з віком, але деякі риси можуть зберігатися навіть після ослаблення гострих симптомів, які призвели до встановлення діагнозу. Діагноз ґрунтується на клінічних критеріях, і лікування включає психосоціальні терапії, а іноді і медикаментозні методи.

Наше завдання полягає у виявленні циклічної природи цих проявів, особливо у разі межовим розладом особистості. Цей розлад характеризується переважною нестабільністю, високою чутливістю у міжособистісних відносинах, мінливою самооцінкою, частими коливаннями настрою та імпульсивністю. Діагноз встановлюється з урахуванням клінічних критеріїв, що визначає необхідність подальших кроків. У ході цієї емоційно насиченої та водночас міркуючої інтелектуальної роботи, за умови її справжності, формуються риси характеру та базові установки на майбутнє.

Коли неприємні переживання спочатку пригнічуються, "ковтаються", заперечуються, навмисно відсуваються убік і забуваються, тобто витісняються без будь-якої інтелектуальної переробки, вони виявляють тенденцію до надзвичайно сильного післядії. У таких випадках асоціативне "воскресіння" переживань та їх емоційне "перенесення" - які завжди є результатом - виявляють особливо високий ступінь інтенсивності та обширності. Однак витіснення може відбуватися і без подібних наслідків, особливо якщо характер людини відрізняється байдужістю та емоційною тупістю.

Відповідно до DSM-V, ознаки межовим розладом особистості включають виражену нестабільність міжособистісних відносин, образу Я, емоційну нестійкість, і навіть виражену імпульсивність. Ці ознаки зазвичай проявляються у ранньому віці та існують у різних ситуаціях. Для встановлення діагнозу необхідно, крім загальних критеріїв розладу особистості, наявність п'яти (або більше) з наступних ознак:

Межовим розладом особистості відноситься до категорії психічних розладів і характеризується різноманітністю симптомів, включаючи нестабільність у відносинах, чутливість до відмови, мінливість самооцінки, відчуття порожнечі, суїцидальні думки та поведінку, а також інтенсивні та нестабільні емоції.

Еволюційні особливості та захисні адаптивні механізми, пов'язані з межовим розладом особистості, не мають чіткого виразу чи однозначного

визначення, оскільки ймовірно, що межовим розладом особистості обумовлено взаємодією генетичних, нейробіологічних, психологічних та навколишніх факторів. Проте, деякі дослідження висунули кілька гіпотез щодо можливих еволюційних аспектів та захисних механізмів, пов'язаних із цим розладом:

**Гіперактивність емоцій: Еволюційна перспектива:** Деякі дослідники припускають, що висока чутливість до емоцій та швидкі зміни настрою могли мати еволюційне значення. Наприклад, швидкі та інтенсивні емоційні реакції могли допомогти індивідуумам швидше адаптуватися до змін у навколишньому середовищі.

**Захисний механізм:** Інтенсивні емоційні реакції можуть бути захисним механізмом, дозволяючи індивідууму висловлювати свої потреби та привертати увагу оточуючих. Цей механізм може грати роль у забезпеченні виживання та взаємодії із соціальним середовищем, оскільки він сприяє більш ефективній комунікації своїх емоційних станів та запитів.

**Нестабільність у відносинах: Еволюційна перспектива:** Деякі аспекти нестабільності у відносинах можуть бути пов'язані з еволюційною необхідністю пошуку відповідного партнера для розмноження та забезпечення захисту потомства.

**Захисний механізм:** Нестабільні відносини можуть бути використані як спосіб уникнення близькості, щоб запобігти потенційним ушкодженням або відмові. Цей захисний механізм може виникнути як реакція на досліди або травми у попередніх відносинах, спонукаючи індивіда зберігати емоційну відстань для власного захисту.

**Захисний механізм:** Самознищення може бути захистом від потенційних загроз з боку інших та привертати увагу та підтримку. Цей механізм може виникнути як стратегія виживання у тих соціальних взаємодіях, де прояв слабкості чи потреби може мобілізувати підтримку від оточуючих.

Важливо, що ці гіпотези є однозначними і вимагають додаткових досліджень більш повного розуміння зв'язок між еволюцією і межовим

розладом особистості. Більш конкретні фактори, такі як генетика, виховання, травми та стрес, також відіграють істотну роль у розвитку цього розладу.

DSM-V (Діагностичний та статистичний посібник з психічних розладів, п'ята редакція) встановлює критерії для діагностики межовим розладом особистості. Відповідно до DSM-V, для встановлення діагнозу межовим розладом особистості необхідно, щоб індивід мав такі ознаки:

Ефективне діагностування:

Виражена нестабільність міжособистісних відносин: Часті інтенсивні відносини із крайніми переходами від ідеалізації до депрекації. Ці відносини можуть бути характеризовані інтенсивністю та нестабільністю.

Виражена нестабільність образу Я: Надмірні та непостійні зусилля щодо підтримки стабільності образу себе, часті зміни цінностей, ідентифікації та цілей.

Емоційна нестійкість: Інтенсивні емоційні реакції, які можуть бути виражені у формі депресії, подразнення, тривоги. Чи можуть бути часті переходи між різними емоційними станами.

Виражена імпульсивність: Імпульсивні рішення та дії, які можуть призвести до серйозних наслідків, таких як грошові втрати, складнощі у відносинах, шкода самому собі.

Початок у молодому віці: Ознаки межовим розладом особистості зазвичай виявляються у ранньому дорослому житті.

Прояв у різних ситуаціях: Ознаки межовим розладом особистості не обмежуються конкретними контекстами і можуть виявлятися за різних обставин.

П'ять (або більше) з наступних ознак:

Схильність докладати надмірних зусиль з метою уникнути залишення.

Інтенсивні та нестабільні міжособистісні стосунки.

Нестійкість образу Я.

Надмірна реакція на потенційні втрати чи відмову у відносинах (наприклад, сильний страх залишатися одним).

Самопошкоджуюча активність, суїцидальна поведінка або загрози суїцидом.

Імпульсивність у споживанні речовин, сексуальних відносинах, очікуваннях безпеки.

Інтенсивні емоції, які можуть бути складними для контролю.

Почуття порожнечі чи нудності, що може призвести до дослідження екстремальних ситуацій заповнення цього почуття.

Для встановлення діагнозу Прл необхідно, щоб ці ознаки були стабільними і тривалими, що вони викликають значні труднощі у повсякденному житті індивіда і що виключені інші можливі психічні розлади, які могли б пояснити подібні симптоми.

Так, ваше уточнення стосується одного з критеріїв для діагностики межовим розладом особистості згідно з DSM-V. Ось докладніше пояснення цього критерію:

2. Схильність залучатися до інтенсивних, напружених і нестабільних взаємин, що характеризуються чергуванням крайнощів — ідеалізації та знецінення.

Ця ознака відображає характерні риси міжособистісних відносин у людей з прикордонним розладом особистості. Індивіди з межовим розладом особистості можуть відчувати інтенсивні та емоційно заряджені відносини з іншими, які можуть характеризуватись чергуванням двох крайніх полюсів: ідеалізації та знецінення.

Ідеалізація: Це виявляється в тому, що людина з межовим розладом особистості може розпочати відносини з вкрай високою оцінкою партнера, бачачи в ньому ідеальну, майже досконалу людину.

Знецінювання: Однак у наступний момент або в певних умовах, індивід може раптово змінити свою оцінку та стати надмірно критичним, знецінюючи партнера, бачачи у ньому лише негативні якості та недоліки.

Ці крайнощі можуть призводити до нестабільності у відносинах, ускладнювати підтримку довгострокових та стійких зв'язків, а також вносити

додатковий стрес у повсякденне життя людини . Ця ознака наголошує на емоційній нестійкості та складності в міжособистісних взаємодіях, характерних для межовим розладом особистості.

Третій критерій для діагностики межовим розладом особистості згідно з DSM-V відноситься до розладу ідентичності. Ось детальніше пояснення цього критерію:

3. Розлад ідентичності: помітна та стійка нестійкість образу чи почуття Я.

Цей критерій свідчить про те, що з людей з межовим розладом особистості може бути утруднено формування стабільного, постійного образу себе. Вони можуть часто переживати непостійність у тому, хто вважають себе, своїми цінностями, інтересами, ідентифікацією.

Нестійкість образу Я: Люди з межовим розладом особистості можуть зазнавати частих змін у тому, як вони бачать себе. Вони можуть сприймати себе в різних світлах в різні моменти часу або в різних обставинах.

Почуття нестабільності в ідентифікації: Можуть виникнути труднощі у чіткому визначенні своїх цінностей, цілей та ідентифікації. Це може виявлятися у непостійності у виборі професійного шляху, поглядах на життя, у відношенні до себе та оточуючих.

Ця ознака підкреслює ще один аспект нестійкості, характерної для межовим розладом особистості, та пов'язаний із загальною тенденцією до емоційної нестійкості та труднощами у встановленні стійкої особистої ідентичності.

П'ятий критерій для діагностики прикордонного розладу особистості межовим розладом особистості згідно з DSM-V стосується імпульсів у певних сферах, які можуть припускати заподіяння шкоди самому собі. Ось детальніше пояснення цього критерію:

Еволюційна перспектива: Деякі дослідники припускають, що самоприниження та почуття порожнечі могли бути пов'язані з необхідністю підпорядкування групі та запобіганням конфліктам усередині соціальних

структур. Захисний механізм: Самознищення може бути захистом від потенційних загроз з боку їх і привертати увагу та підтримку.

Цей критерій наголошує на тенденції до імпульсивних дій, які можуть становити небезпеку для самого індивіда. Ознаки імпульсивності можуть виявлятися в різних сферах життя, таких як:

Витрата денег- Наприклад, надмірні витрати, безконтрольні покупки, які можуть призвести до фінансових труднощів.

Сексуальна поведінка: Наприклад, безвідповідальні сексуальні стосунки, невикористання протизаплідних засобів, що може спричинити ризик захворювань і небажаної вагітності.

Зловживання психоактивними речовинами: Наприклад, вживання наркотиків чи алкоголю без відповідного контролю.

Порушення правил дорожнього руху: Наприклад, різка зміна швидкості, порушення правил, що може призвести до аварій.

Систематичне переїдання: Наприклад, імпульсне переїдання без урахування потреб організму.

Важливо, що суїцидальна поведінка та акти самоушкодження не включаються до цього критерію, оскільки вони розглядаються окремо в інших частинах діагностичних критеріїв межовим розладом особистості.

Шостий критерій для діагностики межовим розладом особистості згідно з DSM-V стосується рецидивуючої суїцидальної поведінки, натяків чи загроз самогубства, а також актів самоушкодження. Ось детальніше пояснення цього критерію:

6. Рецидивна суїцидальна поведінка, натяки чи загрози самогубства, акти самоушкодження.

Цей критерій вказує на наявність серйозних проблем у галузі психічного здоров'я, пов'язаних із саморуйнівною поведінкою. Ці дії можуть включати:

Рецидивна суїцидальна поведінка: Повторні спроби суїциду або серйозні загрози самогубству. Це може включати різноманітні форми суїцидальних спроб, від думок і планів до конкретних дій.



Натяки чи загрози самогубства: Висловлювання чи жести, що вказують на те, що індивід роздумує про самогубство або висловлює намір вчинити суїцид.

Акти самоушкодження: Фізичні ушкодження, завдані собі свідомо, але з метою суїциду. Це може включати різання, удари, удари, вживання речовин, що викликають шкоду організму, та інші форми самоушкодження.

Цей критерій свідчить про серйозність розладу та наголошує на необхідності належної оцінки та підтримки щодо ризику саморуйнівної поведінки. Він також наголошує на важливості забезпечення безпеки та підтримки для людей, які страждають на межові розлади особистості, щоб запобігти можливим негативним наслідкам.

Сьомий критерій для діагностики межовим розладом особистості згідно з DSM-V стосується афективної нестійкості та мінливого настрою. Ось детальніше пояснення цього критерію:

7. Афективна нестійкість, дуже мінливий настрої (наприклад, періоди інтенсивної дисфорії, дратівливості чи тривоги, які зазвичай тривають протягом кількох годин і лише зрідка кілька днів і більше).

Цей критерій виділяє характерну рису прикордонного розладу особистості - інтенсивну емоційну нестійкість. Суб'єкти з межовим розладом особистості часто переживають короткострокові, але виражені періоди інтенсивної дисфорії, дратівливості або тривоги, які можуть тривати протягом кількох годин.

Емоційні коливання можуть бути сильними і швидко змінюватися. Це створює складнощі для індивіда у підтримці стабільного емоційного стану та у відносинах з оточуючими. Такі короткострокові, але інтенсивні емоційні переживання можуть також супроводжуватися неадекватними реакціями на події.

Цей критерій підкреслює, наскільки емоційна нестійкість відіграє ключову роль клінічній картині межовим розладом особистості і як впливає функціонування індивіда у повсякденні.

Восьмий критерій для діагностики межовим розладом особистості згідно DSM-V стосується почуття спустошеності, що постійно відчувається. Ось детальніше пояснення цього критерію:

#### 8. Постійне почуття спустошеності.

Цей критерій вказує на часте та стійке почуття порожнечі чи безпорадності, яке періодично може охоплювати людину з прикордонним розладом особистості. Це почуття може бути складно описати, але воно охоплює індивіда, створюючи відчуття, що щось відсутнє у його житті, навіть якщо він не може ясно визначити, що саме.

Це постійне почуття спустошеності може призводити до спроб заповнити це відчуття, наприклад через інтенсивні міжособистісні відносини, акти саморуйнування, вживання речовин або інші екстремальні дії. Емоційний стан спустошеності може викликати тривалі періоди депресії та потребує спеціалізованої допомоги для лікування.

Цей критерій наголошує на ще одному аспекті психологічного страждання, пов'язаного з межовим розладом особистості, і дозволяє лікарям і психотерапевтам більш точно визначити характер розладу у конкретного клієнта.

#### Дев'ятий критерій для діагностики межовим розладом особистості

згідно DSM-V відноситься до неадекватних проявів сильного гніву або труднощів, пов'язаних із необхідністю контролювати почуття гніву. Ось детальніше пояснення цього критерію:

9. Неадекватні прояви сильного гніву або труднощі, пов'язані з необхідністю контролювати почуття гніву (наприклад, часті випадки прояву дратівливості, постійний гнів, бійки, що повторюються).

Цей критерій відображає тенденцію до інтенсивних проявів гніву, які можуть бути неадекватними та невідповідними до ситуації. Індивіди з межовим розладом особистості можуть стикатися з труднощами у контролі почуття гніву, що може виявлятися в наступних формах:

Часті випадки прояву дратівливості: Це може включати швидку і запеклу реакцію на дрібні або несуттєві приводи.

Постійний гнів: Постійне почуття гніву, яке присутнє протягом більшої частини часу.

Бійки, що повторюються: Участь у фізичних або вербальних конфліктах, які можуть бути неадекватними і призвести до негативних наслідків.

Цей критерій наголошує, як емоційна нестійкість, включаючи нездатність ефективно управляти почуттями гніву, є важливим аспектом прикордонного розладу особистості. Пацієнти з межовим розладом особистості можуть відчувати великі труднощі у підтримці здорових міжособистісних відносин через ці неадекватні прояви гніву.

## **2.2 Івалідізація**

Якщо ми маємо можливість придивитись біологію межовим розладом особистості. Практично який формує і соціалізує за допомогою виховання більше однієї людини знає, що помітні відмінності присутні практично з народження не тільки людини а будь-якого живого організму. Одна дитина уроджені характеристики відомі як темперамент. Темперамент можна визначити як «конституційну схильність людини до активності та емоційності».

В останні роки відбувся значний розвиток у галузі нейробіології розладів особистості. Незважаючи на те, що ще недавно батьки розглядалися як основний фактор формування особистості, біологічні дослідження в цій галузі практично відсутні. Це пояснювалося тим, що особистість розглядалася як результат впливу навколишнього середовища на відміну від депресії, шизофренії та інших розладів, які пов'язувалися з біологічними факторами.

Цю "сліпу пляму" в дослідженнях впливу біології на розлади особистості можна зрозуміти з історичної точки зору. Люди, особливо на Заході та в Україні, під впливом військових подій, стверджували, що кожен може стати будь-ким, якщо у нього є прагнення, бажання і воля. Навіть Конституція

України, заявляючи, що "всі люди створені рівними", схильна зменшувати роль біології у індивідуальних відмінностях.

Видатний американський психолог Джон Б. Вотсон висловив упевненість у тому, що навколишнє середовище відіграє ключову роль у формуванні особистості. Він стверджував, що, надавши йому здорових немовлят, він зміг би виховати їх у будь-яких фахівців, незалежно від їхніх вроджених талантів та нахилів. Ця думка Вотсона висловлює ідею, що оточення визначає життєвий шлях.

У той самий період Фрейд, хоча сам був неврологом, зосереджував увагу до психічному детермінізмі. Він стверджував, що проблеми людей пов'язані насамперед із досвідом раннього дитинства, вихованням батьків та вирішенням конфліктів у цей період.

Обсяг наукових даних, що збільшується, вказує на те, що роль батьків і оточення, як її представляли Фрейд і Вотсон, може бути переоцінена. Наявні дані переконливо свідчать, що батьки реагують на своїх дітей, враховуючи їх темперамент, а також багато інших людей в оточенні людини. Важливо підкреслити, що існує низка факторів, які не можна звести до біології, такі як взаємодія з однокласниками, відносини з вчителями та духовенством, а також культурні впливи, які відіграють значну роль у формуванні остаточної особистості людини.

Фактично думка у тому, що біологія грає у особистості лише другорядну роль, є хибним. Наукові дані підтверджують, що біологічні чинники мають вирішальне значення. Погляд психіатра та фахівця з розладів особистості, доктора Кена Сілка, наголошує на цьому аспекті:

"Якщо клініцист спробує аналізувати витоки будь-якої конкретної міжособистісної поведінки або моделі поведінки, доступні дані вказують на можливий рівний або майже рівний внесок генетики та навколишнього середовища, хоча це співвідношення може не бути однаковим для всіх рис особистості. Хоча наближений поділ 50/50 пропонує відповідь на вічну дискусію, у клініцистів поки немає переконливих даних про те, як вплив

навколишнього середовища, наприклад, поєднання конкретних рис у батьків або опікунів, може змінювати, пом'якшувати або посилювати вроджені риси потомства. Темпераментом виникне прикордонний розлад особистості. Для розвитку розладу особистості (наприклад, шизоїдного розладу особистості) необхідна наявність схильності в цьому напрямку."

Патогенез порушення регуляції емоцій може бути пояснений виходячи з теорії, представлені Маккобі (1980), за якою гальмування дії є основою організації будь-якої поведінки. Розвиток репертуару саморегуляції, особливо здатності придушувати та контролювати афекти, відіграє важливу роль у процесі формування особистості дитини.

Здатність регулювати переживання та вираження емоцій має критичне значення, оскільки її відсутність може призвести до порушення цілеспрямованої та просоціальної поведінки. За відсутності ефективної регуляції емоцій можливе порушення поведінки, як і нездатність адекватно контролювати свої емоції.

Сильні емоції, згідно з теорією, можуть організовувати або перенаправляти поведінку, що готує людину до дій, що конфліктують з її неемоційним або менш емоційним поведінковим репертуаром. Таким чином, відхилення у регуляції емоцій можуть позначатися на різноманітних аспектах поведінкового спектру, впливаючи на соціальну взаємодію та адаптацію у суспільстві.

Поведінкові характеристики у людей межовим розладом особистості можуть бути розглянуті як результати порушення регулювання емоцій та застосування неадаптивних стратегій її регулювання. Імпульсивна поведінка, особливо акти самоушкодження, може розглядатися як неадаптивна, але водночас ефективна стратегія регулювання емоцій. Наприклад, парасуїцид може призвести до тривалих періодів сну, що сприяє зниження емоційної напруженості.

Хоча механізм, за допомогою якого самоушкодження надає емоційне полегшення, не зрозумілий, люди з межовим розладом особистості часто

повідомляють про суттєве покращення свого емоційного стану після таких дій. Суїцидальна поведінка також може ефективно привернути увагу та підтримку з боку оточуючих, що може бути використане для уникнення або зміни ситуацій, що спричиняють емоційний біль. Наприклад, суїцидальна поведінка часто є ефективним методом досягнення госпіталізації до психологічного для людей без психотичних розладів.

Дослідження також показують, що участь в актах самоушкодження та подальші реакції суспільства можуть сприяти зниженню інтенсивності негативних емоцій, надаючи сильне відволікання від психологічного болю.

Нездатність регулювати емоційне збудження також негативно впливає в розвитку і підтримку почуття власної гідності. Зазвичай це почуття формується через спостереження у себе і реакції оточуючих свої дії. Емоційна послідовність та передбачуваність у поведінці у різних ситуаціях є ключовими факторами для стабільного розвитку особистості. Непередбачувана емоційна лабільність призводить до нестабільності у поведінці та когнітивній непослідовності, що, у свою чергу, ускладнює формування особистості.

Схильність прикордонних людей придушувати чи намагатися придушувати свої емоційні реакції може призвести до відсутності чіткого почуття ідентичності. Заціпеніння, пов'язане з пригніченими емоціями, часто сприймається як порожнеча, що додатково посилює відсутність чіткої самосвідомості. Також, якщо сприйняття того, що відбувається, постійно коливається між "неправильним" і непередбачувано "правильним" (особливо в знецінювальному середовищі), то це може призвести до надмірної залежності від оцінок та думки інших.

Ефективні міжособистісні стосунки залежать від двох важливих факторів: стабільного самовідчуття та здатності до спонтанного вираження емоцій. Успішні відносини також вимагають вміння ефективно регулювати свої емоції та терпіти емоційно-болючі стимули. Труднощі з регуляцією емоцій створюють перешкоди для формування стабільного самовідчуття та нормального

вираження емоцій. Люди з прикордонним розладом ці навички часто відсутні, що призводить до хаотичних відносин.

Межові люди зазнають труднощів у контролі імпульсивної поведінки та вираженні крайніх негативних емоцій, що часто призводить до руйнування відносин. Особливо складно підтримувати стабільні відносини в контексті труднощів із гнівом та його адекватним виразом. Емоційні перепади та нездатність ефективно керувати своїми емоціями можуть створювати нестабільність у відносинах та ускладнювати спілкування з оточуючими. Отже, розробка навичок регулювання емоцій відіграє важливу роль у поліпшенні якості міжособистісних взаємодій у людей із межовим розладом. Інвалідизуючі фактори, особливо у формі оточення, що знецінює, відіграють важливу роль у порушенні регуляції емоцій. Це є ключовим фактором, що сприяє дисрегуляції емоцій, особливо у тих, хто має високу емоційну вразливість, особливо у дитстві.

Знецінююче оточення надає руйнівний вплив на розвивається дитина, створюючи умови, в яких його емоційні реакції та досвід стають недійсними або незадовільними в очах оточуючих. Емоційно вразлива дитина, у відповідь на неадекватні реакції оточуючих, може зіткнутися зі знеціненням, що додатково посилює його емоційну вразливість та дисрегуляцію.

Характеристики знецінюючої середовища включають нечутливе та безладне реагування на приватний досвід людини, такої як переконання, думки, почуття та відчуття. Ця среда не визнає та не поважає приватного досвіду, що може призвести до почуття невалідації та недооцінки. Крім того, знецінююча среда може реагувати крайнім чином – надто остро чи недостатньо – на приватний досвід, що створює додаткові труднощі у регуляції емоцій.

На відміну від адаптивніших середовищ, знецінююча среда не сприяє формуванню здорових навичок регуляції емоцій, що в кінцевому підсумку може позначитися на розвитку прикордонних моделей поведінки у людей, які зазнали такого впливу.

В оптимальній сім'ї відбувається активна та уважна взаємодія з особистим досвідом дитини. Це проявляється через публічне підтвердження та повагу до приватного досвіду, що сприяє здоровому розвитку дитини та формуванню у неї позитивних міжособистісних навичок.

У такій сім'ї приділяється увага перевагам дитини, чи то вибір кольору кімнати, занять чи одягу. Батьки сприймають переконання і думки дитини серйозно, яке емоції розглядаються як важливі засоби комунікації. Наприклад, коли дитина висловлює бажання пити, їй дають можливість випити, і важливість її потреби враховується, а не заперечується. Коли дитина плаче, батьки прагнуть зрозуміти причину її горя, замість дискредитувати її почуття.

У оптимальній сім'ї дотримується взаємність передачі досвіду. Реакції батьків на вираження емоцій та потреб дитини змінюються відповідно до її особистого досвіду. Позитивні та неаверсивні реакції сімейних членів сприяють розвитку у дітей навичок розрізнення своїх власних емоцій та емоцій оточуючих. Цей процес також збільшує ймовірність задоволення потреб дитини та знижує ризик негативних наслідків.

У недійсній сім'ї виникають серйозні проблеми через те, що реакції оточуючих на передачу переваг, думок та емоцій дитини не відповідають або є неадекватними порівняно з тим, що очікується у більш підтримуючому соціальному середовищі. Це призводить до посилення відмінностей між особистим досвідом емоційно вразливої дитини та тим, що соціальне середовище фактично підтримує і на що реагує.

Відсутність відгуку або надмірні реакції на вираження переваг, думок та емоцій дитини в недійсній сім'ї посилюють її емоційну вразливість та можуть сприяти появі проблем у поведінці, пов'язаних із межовим розладом особистості). Невідповідності між особистим досвідом дитини та тим, що оточуючі очікують або як вони реагують, формують фундаментальне середовище навчання, яке є важливим для розуміння багатьох поведінкових проблем, пов'язаних з межовим розладом особистості.



Така динаміка може створювати довгострокові труднощі в адаптації, самовизначенні та формуванні стійкого почуття особистої ідентичності у дитини, що є ключовим фактором у розумінні та лікуванні проблем, пов'язаних із межовим розладом особистості.

Знецінююче середовище, крім ранніх нездатностей до оптимальної реакції, також акцентує контроль над емоційною виразністю, особливо щодо вираження негативного афекту. У такому середовищі хворобливі переживання зазнають применшення та пояснюються негативними рисами, такими як відсутність мотивації, дисципліни чи нездатність прийняти позитивний настрій. Це створює оточення, у якому діти почуваються нездатними висловлювати свої справжні емоції та переживання, які негативні почуття може бути спотворені чи відкинуті.

Сильні позитивні емоції та пов'язані з ними переваги можуть бути пов'язані з негативними рисами характеру, такими як відсутність суджень, роздумів або імпульсивність. Це може створювати додаткові складності для дітей у розумінні та вираженні своїх почуттів та переваг.

Інші характеристики недійсного середовища включають обмеження вимог, які дитина може пред'являти до середовища, дискримінацію за ознакою статі або інших довільних характеристик, а також застосування покарань, аж до фізичного та сексуального насильства для контролю за поведінкою. Ці елементи створюють шкідливе оточення, яке обмежує свободу вираження, адаптації та розвитку здорових стратегій регулювання емоцій у дітей.

Інвалідуюче середовище сприяє порушенню регуляції емоцій, не навчаючи дитини маркувати та модулювати свої емоційні стани, терпіти дистрес та довіряти своїм власним емоційним реакціям як достовірну інтерпретацію подій. Замість того, щоб вчити дитину займатися саморегуляцією, інвалідне середовище стимулює її знецінювати свій власний досвід, змушуючи сканувати навколишнє середовище для визначення, як потрібно діяти та відчувати. Крім того, надто спрощуючи складності вирішення життєвих проблем, вона не сприяє формуванню у дитини реалістичних цілей.

Караючи за вираз негативних емоцій і реагуючи емоційно лише після ескалації з боку дитини, сімейна динаміка формує стиль емоційного вираження, який коливається між крайнім придушенням та крайнім проявом емоцій. Іншими словами, звичайні емоційні реакції сім'ї підбивають комунікативну функцію емоцій, створюючи атмосферу, де дитина відчуває труднощі в адекватному вираженні своїх почуттів та сприйнятті їх значення у спілкуванні з оточуючими.

Емоційне знецінення, особливо щодо негативних емоцій, є характерним для взаємодії у суспільствах, де цінується індивідуалізм, самоконтроль та індивідуальні досягнення, що часто характерно для західної культури. Деякий ступінь знецінення, звичайно, може бути необхідним для формування у дітей самоконтролю. Не всі емоційні висловлювання, уподобання і переконання можна реагувати позитивно, і діти повинні вчитися контролювати свої емоції.

Проте інвалідація може бути ефективною у тимчасовому придушенні емоційного вираження. Разом з тим знецінююче середовище надає різний вплив на різних дітей. Стратегії контролю емоцій, що використовуються в таких сім'ях, можуть мати негативний вплив або навіть бути корисними для деяких дітей, які здатні фізіологічно до ефективного регулювання своїх емоцій. Однак вважається, що для емоційно вразливих дітей такі стратегії можуть бути руйнівними. Взаємодія між біологією та довкіллям вважається ключовим фактором, що призводить до розвитку розладів особистості.

Транзакційний погляд на прикордонний розвиток передбачає взаємодію між біологічними факторами та навколишнім середовищем, і важливо не применшувати роль травмуючого середовища, такого як сексуальне насильство в дитинстві, в етіології схильності до межовим розладом особистості.

Дослідження підтверджують, що сексуальне насильство в дитинстві може бути одним із найбільш травмуючих переживань, що сприяють розвитку межовим розладом особистості. Дані вказують на те, що до 75% людей з межовим розладом особистості у дитинстві зазнавали сексуального насильства.

Такі дослідження травмують особистість, впливаючи на її емоційний та психологічний стан.

Однак важливо відзначити, що зв'язок між сексуальним насильством та розвитком ПРЛ може бути складним. Насильство може бути як результатом сімейної дисфункції та інвалідності, так і передувати розвитку прикордонних патернів. Дослідники досі шукають більш глибоке розуміння цього взаємозв'язку та того, як фактори розвитку взаємодіють один з одним.

Таким чином, хоча сексуальне насильство в дитинстві є важливим фактором у розвитку межовим розладом особистості, видається, що це взаємодія між різними обставинами розвитку, а не просто однозначна причина.

Найбільша частина мозку - це великий мозок, верхня частина, де ми інтерпретуємо інформацію, що надходить від наших органів почуттів, контролюємо довільні рухи і думаємо. Головний мозок складається з двох половин (лівої та правої півкуль) і розділений на чотири частки. Лобна частка, розташована біля чола, бере участь у свідомості, судженні, плануванні, емоційних реакціях, довільних рухах та мовленні. Тіменна частка, розташована відразу за лобовою часткою, бере участь у зоровій увазі, сенсорному сприйнятті та сенсорній інтеграції. Скронева частка, розташована під лобовою часткою та частиною тім'яної частки, контролює слух, пам'ять та деякі аспекти категоризації. Зрештою, потилична частка, яка знаходиться в задній частині головного мозку, контролює зір. Головний мозок покриває оболонка сірої речовини, яка називається корою головного мозку. Під ним біла речовина містить нервові волокна, які передають повідомлення між сірими клітинами та іншими нервовими центрами головного та спинного мозку. Префронтальна кора головного мозку, розташована в передній частині головного мозку, контролює концентрацію, планування та вирішення проблем.

Лімбичну систему, розташовану в центрі мозку, іноді називають «емоційним мозком». Він складається з мигдалеподібного тіла, гіпокампу, таламуса, гіпоталамуса та частин стовбура мозку. Гіпоталамус - це частина мозку, що

відповідає за апетит, лібідо та сон; гіпокамп обробляє та сортує спогади, переміщуючи їх із короткострокового сховища в довгострокове.

Ви абсолютно праві. Неінвазивні методи сканування мозку, такі як комп'ютерна томографія (КТ), магнітно-резонансна томографія (МРТ) та позитронно-емісійна томографія стали потужними інструментами для дослідження структури та функції мозку. Ось деякі додаткові деталі щодо кожного з цих методів:

Комп'ютерна томографія (КТ):Принцип роботи: Використовує рентгенівське проміння для створення поперечних зрізів тіла або мозку.

Застосування: Забезпечує зображення базової структури мозку, відображає кістки, судини та інші тканини.

Магнітно-резонансна томографія (МРТ):Принцип роботи: Використовує магнітні поля та радіохвилі для створення детальних тривимірних зображень.

Дозволяє докладніше вивчати м'які тканини, такі як мозок, і виявляти структурні особливості.

Позитронно-емісійна томографія (ПЕТ):Принцип роботи: Вимірює рівень активності тканин із використанням радіоактивних маркерів, введених в організм.

Застосування: Дозволяє вивчати ділянку мозку, активність яких пов'язана з метаболічною активністю, наприклад, з рівнем споживання глюкози.

Ці методи не лише надають детальні структурні знімки мозку, але й дозволяють дослідникам аналізувати активність мозку в реальному часі. Порівняння даних від людей з межовим розладом особистості та тих, у кого його немає, може дати розуміння структурних та функціональних відмінностей у мозку, пов'язаних із цим розладом.

Пітер Гойер та його колеги вивчили групу з 17 пацієнтів, у яких було діагностовано розлад особистості. 18 Шість пацієнтів страждали на межовим розладом особистості, ще шість мали антисоціальний розлад особистості (який пов'язаний з імпульсивністю та агресивністю), а решта п'ять мали інші розлади особистості. Слуховий стимул використовувався, щоб спровокувати реакцію

мозку, а потім було проведено ПЕТ-сканування. Було виявлено помірно виражену кореляцію між агресією протягом життя та зниженням активності лобових часток. Пізніша робота Гойєра та його колег показала, що ці результати підтвердилися, якщо взяти до уваги стать і вік. 19

Пізніші роботи підтвердили ці висновки. Пол Солофф, доктор медичних наук, та його колеги використали ПЕТ-сканування п'яти пацієнтів з прикордонним розладом особи та восьми здорових людей з контрольної групи. Він мав дві умови для кожного суб'єкта: плацебо і фенфлурамін (препарат, що підвищує рівень серотоніну). У групі плацебо в учасників контрольної групи спостерігалася більш висока активність у частинах лобової та скроневої часткою порівняно з групою, яка приймала межовим розладом особистості. У відповідь на фенфлурамін у учасників контрольної групи збільшилася активність префронтальної кори правої півкулі мозку і кілька областей на лівій стороні. У жодному разі був відзначено підвищеної активності мозку в суб'єктів з межовим розладом особистості. Солофф коротко робить висновок: «У пацієнтів з межовим розладом особистості знижено реакцію на серотонінергічну стимуляцію в областях префронтальної кори, пов'язаних з регуляцією імпульсивної поведінки».

Дослідження, проведене Марко Лейтоном та його колегами, додає до нашого розуміння зв'язку між прикордонним розладом особистості межовим розладом особистості та мозковою активністю. Результати підтверджують роль серотонінової системи в патофізіології межовим розладом особистості і надають додаткові дані про низьку активність в області лобових часток у людей із цим розладом. Завдання зі стримуванням імпульсів: Учасники з межовим розладом особистості виявляли більш виражену імпульсивність порівняно з контрольною групою.

Це свідчить про труднощі з контролем імпульсів, що є характерною ознакою межовим розладом особистості. Мозкова активність: Більш низькі рівні мозкової активності були виявлені в області лобових часток у учасників із межовим розладом особистості. Ці результати відповідають попереднім

дослідженням, наголошуючи на важливості лобових часток у регуляції поведінки та емоцій. Роль серотоніну: Рівні мозкової активності досліджувалися в багатих серотоніних галузях мозку. Низька здатність синтезу серотоніну у цих галузях то, можливо пов'язані з імпульсивним поведінкою в людей з межовим розладом особистості. Ці результати підтверджують складну взаємодію між біологічними факторами, такими як активність мозку та рівні серотоніну, та проявом психопатології у вигляді межовим розладом особистості.

Це дослідження надає цікаві дані про нейроанатомічні відмінності у жінок з межовим розладом особистості порівняно з тими, хто не має психічних розладів. Важливо відзначити, що результати вимагають додаткових досліджень для глибшого розуміння причин та наслідків цих відмінностей. Ось кілька ключових аспектів цього дослідження:

Об'єм гіпокампу: У жінок з межовим розладом особистості виявлено майже на 16% менше обсягу гіпокампу в порівнянні з тими, хто не страждає від психічних розладів.

Гіпокамп грає важливу роль у пам'яті та емоційному регулюванні. Зменшення його обсягу може бути пов'язане з дефіцитами у цих функціях. Об'єм мигдалеподібного тіла: Середній обсяг мигдалеподібного тіла у жінок з межовим розладом особистості був більш ніж на 7,5% менше. Мигдалеподібне тіло пов'язане з емоційним функціонуванням та соціальною поведінкою. Зменшення його обсягу може вказувати на зміни в емоційній обробці. Зв'язок із попереднім насильством: Дослідники поставили питання про те, чи пов'язані ці нейроанатомічні відмінності з попереднім насильством, яке зазнавали люди з межовим розладом особистості. Докази зв'язку виявилися неясними, і потрібні додаткові дослідження визначення можливих взаємозв'язків. Інтерес до впливу попереднього насильства на нейроанатомічні особливості наголошує на необхідності комплексного дослідження факторів, що впливають на структуру мозку у людей з межовим розладом особистості.

Загалом, сучасні дослідження зі сканування мозку вказують на зниження активності мозкових областей, відповідальних за контроль імпульсивності та

агресії, у людей з виявленими труднощами у цьому контексті. Цей ефект спостерігається незалежно від того, чи враховувалася історія імпульсивних чи агресивних дій протягом усього життя, чи поточний рівень імпульсивності під час виконання завдань. Збільшення рівня агресії пов'язане з низькою активністю лобової кори, а також зі зменшенням активності лімбічної системи. Низький рівень серотоніну також пов'язаний із виявленою агресією. Можна уявити лобові частини мозку як паркан, що визначає межі, а імпульси як дикого кінька. У разі пошкодження лобових частин чи слабого забору, імпульси можуть виходити з-під контролю. Імпульсивність та агресія також пов'язані з лімбічною системою, що відіграє роль у поєднанні емоцій із сенсорною інформацією з оточуючої середовища. Ця інформація потім передається до лобових частин, які відповідають за інтерпретацію цих даних. Схоже на розвідувальну операцію, де точні дані збираються, відправляються до штабу та інтерпретуються для отримання точного уявлення про ситуацію та реагування на неї. Нерозумні та імпульсивні дії шпигуна можуть піддавати місію ризику. У людей з порушеннями у функціонуванні різних систем, що відповідають за збір, передачу та обробку інформації, ймовірність помилок підвищується. У наступному розділі буде обговорено, як препарати, що підвищують рівень серотоніну, можуть зменшити прояви агресії та імпульсивності.

Таким чином, робота мозку та індивідуальний стиль навчання є факторами, що сприяють виникненню різних труднощів, що виявляються при прикордонному розладі особистості. Наприклад, порушення у візуальному розпізнаванні та фільтрації інформації можуть призвести до труднощів в інтерпретації навколишнього середовища. Особи з межовим розладом особистості можуть відчувати труднощі у виборі істотних аспектів з багатьох неважливих (недостатня фільтрація), що сприяє ускладненню ситуацій. Проблеми з фільтрацією можуть бути пов'язані з поляризацією (надлишок впливу контексту на шкоду "внутрішньому компасу") та нечіткими межами, що є характерними клінічними ознаками прикордонного розладу особистості. Розсіяна дисфункція, яка виявлена в різних дослідженнях, також може бути

асоційована з дисоціацією, яка часто спостерігається у індивідів з прикордонним розладом особистості, незалежно від наявності історії жорстокого поводження.

Встановлено, що в індивідів, які страждають від межовим розладом особистості виявляються труднощі як з вербальної, так і з зорової пам'яттю, особливо щодо комплексного матеріалу. Труднощі у запам'ятовуванні складного матеріалу можуть перешкоджати самостійному навчанню. Це відповідає клінічним спостереженням, що вказують на помилки, що повторюються, у багатьох індивідів з межовим розладом особистості. Некоректне кодування інформації може призвести до перекрученої інтерпретації протягом невизначеного часу. Для кращого розуміння розглянемо аналогію з ученицею, яка неправильно сприймає або не усвідомлює матеріал на уроці, записуючи дезінформацію до своїх конспектів. У ході підготовки до іспиту вона може відтворити написане, але все одно припуститися помилок. Ефективне кодування є ключовим аспектом навчання.

Проблеми відновлення пам'яті можуть породжувати подібні труднощі. Наприклад, студент, можливо, вірно переніс інформацію до конспектів, але не може згадати її. Результат на іспиті залишається тим самим. Поки не ясно, чи виникають у індивідів з межовим розладом особистості труднощі з відтворенням, спогадом або тим, і іншим. У будь-якому випадку це може представляти складності, особливо якщо проблема не усвідомлюється.

Оскільки пам'ять, здавалося б, функціонує автоматично, особливо в соціальних ситуаціях, багато хто може припускати, що людина, яка допускає певні помилки, виявляє норовливість, неухважність або має характерні недоліки. Насправді, можливо, цей індивід має проблеми з обробкою інформації. Такі труднощі можуть також позначатися на самооцінці, впливаючи на здатність підтримувати постійне почуття себе та ефективно використати минулий досвід для реагування на поточні події та прогнозування майбутніх наслідків. У цьому контексті нейропсихологічні дані, що відносяться до індивідів з межовим розладом особистості, набувають істотного значення для розробки методів



лікування. Як підкреслюють О'Лірі та Каудрі, "такий дефіцит пам'яті може сприяти труднощам, які зазнають межові пацієнти у підтримці постійного почуття себе та використанні минулого досвіду для ефективної реакції на поточні події та передбачення майбутніх наслідків".

Незалежно від етіології, психоосвітній підхід може бути корисним напрямом у лікуванні. Для медичних фахівців може бути доцільним припущення, що проблеми з когнітивною обробкою є невід'ємною частиною цього розладу, при цьому пацієнт може сприймати сцену некоректно або упускати важливі елементи історії. Як і у всіх психоосвітніх підходах, заснованих на біологічних або неврологічних основах для розуміння розладу, мета полягає не в тому, щоб позбавити пацієнтів відповідальності за свої вчинки чи помилки, а, швидше, у тому, щоб підвищити їхню поінформованість про власні тенденції. Це дозволяє пацієнтам краще впоратися зі своїми вразливістю та вносити зміни до своєї поведінки.

Застосування стратегій, таких як самооцінка, ведення нотаток та підтримка щоденника з метою покращення запам'ятовування, може значно сприяти адаптації індивіда, який постраждав від прикордонного розладу особистості. У певних випадках терапевт може запропонувати використання таких стратегій у ході терапевтичних зустрічей. Наприклад, клієнт може здійснювати записи під час сесії, які зберігаються на аудіозаписі. Надалі клієнт може розглянути свої записи та зіставити їх із магнітофонним записом. Хоча такий підхід вимагає додаткових зусиль і не є стандартним методом лікування, він може виявитися ефективним для ілюстрації труднощів обробки інформації та помилкових інтерпретацій у формі, яка є корисною та інформативною.

### **2.3. Статистичний чинник**

Межова особистість є значним психічним розладом з оціненою поширеністю близько 4% у суспільстві, що збільшується до 20%. Її складність у лікуванні та недостатнє розуміння з нею пов'язані. Однак за останні десятиліття

було досягнуто значних прогресів. Починаючи з теоретичної концепції психоаналізу, спочатку критикованої більшістю психіатрів, вона перетворилася на широко визнану клінічну сутність. Від стигматизації як категорії для менш привабливих пацієнтів вона стала чітко визначеною діагностичною категорією.

Розлад, який раніше мало вивчався, став одним з найбільш інтенсивно досліджуваних з точки зору діагностики, епідеміології, генетики, психології розвитку, біологічних корелятивів, патофізіології та методів лікування. Це стало особливо значущим, оскільки існують ефективні методи лікування, обґрунтовані на даних фактичних досліджень, що переводить прогноз із безнадійного на обнадійливий.

Існують два фундаментально різні тлумачення значущості терміна "межовий". Стародавніший підхід, що йде до первісного використання цього терміна в психоаналітичній літературі, асоціює його з великою категорією клієнтів, чия базова психологія позбавлена хаосу, дезорганізації або дефектів у реальності, характерних для психотичних клієнтів. Однак вона також позбавлена інтеграції, стабільності відносин та регуляції афектів, які притаманні невротичним пацієнтам. За ступенем тяжкості ця група знаходиться в середньому між психозом і неврозом, діагностично пов'язана з більш серйозними розладами особистості, проявляючи себе через мінливі, нестабільні або полісимптомні прояви розладів осі I. Зазначимо, що її характер визначається психологічною структурою, що лежить в основі, а не поверхневою феноменологією.

В рамках DSM, представники першого типу можуть класифікуватися як істеричні, нарцисичні, антисоціальні, що належать до груп А або С, або, в деяких випадках, класифікуватися як не зазначені інакше. Слід зазначити, що в багатьох американських психологів існує розмите уявлення, що знаходиться десь посередині між цими двома точками зору, де ті, орієнтовані на психоаналіз, ближчі до першої, тоді як інші ближчі до другої.

У літературі з межової особи виділяється друга тема, пов'язана з етіологією, навколо якої існують два різні підходи. Перший підхід, популярний

серед психотерапевтів та ранніх психоаналітичних мислителів, акцентує увагу на ранньому досвіді. Загальні терміни включають доедипальний період та процес сепарації-індивідуації. Тут підкреслюється відсутність емпатії з боку батьків, наявність травматичних переживань, проблеми в «збігу» матері та дитини тощо.

Другий підхід, популярний серед дослідників, наголошує на конституційних факторах, таких як генетичні зв'язки з біполярним або афективним захворюванням, а також характеристики темпераменту, такі як імпульсивність або афективна дисрегуляція, аномалії головного мозку та інше. В даний час робляться спроби об'єднати ці дві точки зору, як це відбувається в інших галузях психології. Наприклад, батьки, які можуть успішно справлятися з вихованням дитини з помірним темпераментом, можуть зіткнутися з серйозними труднощами при вихованні дитини з неврівноваженим темпераментом, що може призвести до неемпатичних та травматичних взаємодій.

Загалом, розвиток є складним процесом, що включає в себе взаємодію природи та виховання. У крайніх випадках одна з них може стати домінуючим фактором у патології, але ймовірніше, що розвиток ускладнений взаємодією обох сторін, особливо у випадку прикордонної особистості.

Як обмежений "поверхневий" діагноз межового розладу особистості і більш широка психодинамічна концепція "глибинної структури" є значними труднощами. Насправді описові критерії прикордонного розладу особистості часто супроводжуються супутніми важкими розладами особистості, що становить приблизно 60% випадків і вказує на загальні риси особистості. Психодинамічне визначення, спочатку засноване на гіпотезах щодо поширених несвідомих конфліктів, що виникають у ранньому дитинстві, не може бути точно клінічно описано, виключаючи відсутність емпіричної дослідницької підтримки. Клінічно не можна заперечувати, що різні "поверхневі" риси особистості можуть відповідати різним "глибоким" психологічним значенням: соціальна боязкість, наприклад, може бути реакцією на формування проти

ексгібіціоністських тенденцій, проявом параноїдальних тенденцій або шизоїдним симптомом. Спроби знайти зв'язок між поверхневими особливостями і психологічними або нейробіологічними структурами, що лежать в їх основі, призводять до спрощень, які не відображають складність психопатологічних станів.

Як обмежений "поверхневий" діагноз межового розладу особистості і більш широка психодинамічна концепція "глибинної структури" є значними труднощами. Насправді описові критерії межового розладу особистості часто супроводжуються супутніми важкими розладами особистості, що становить приблизно 60% випадків і вказує на загальні риси особистості. Психодинамічне визначення, спочатку засноване на гіпотезах щодо поширених несвідомих конфліктів, що виникають у ранньому дитинстві, не може бути точно клінічно описано, виключаючи відсутність емпіричної дослідницької підтримки. Клінічно не можна заперечувати, що різні "поверхневі" риси особистості можуть відповідати різним "глибоким" психологічним значенням: соціальна боязкість, наприклад, може бути реакцією на формування проти ексгібіціоністських тенденцій, проявом параноїдальних тенденцій або шизоїдним симптомом. Спроби знайти зв'язок між поверхневими особливостями і психологічними або нейробіологічними структурами, що лежать в їх основі, призводять до спрощень, які не відображають складність психопатологічних станів. Як обмежений "поверхневий" діагноз прикордонного розладу особистості і більш широка психодинамічна концепція "глибинної структури" є значними труднощами. Насправді описові критерії межовий розладу особистості часто супроводжуються супутніми важкими розладами особистості, що становить приблизно 60% випадків і вказує на загальні риси особистості. Психодинамічне визначення, спочатку засноване на гіпотезах щодо поширених несвідомих конфліктів, що виникають у ранньому дитинстві, не може бути точно, описано, виключаючи відсутність емпіричної дослідницької підтримки. Клінічно не можна заперечувати, що різні "поверхневі" риси особистості можуть відповідати різним "глибоким"

психологічним значенням: соціальна боязкість, наприклад, може бути реакцією на формування проти ексгібіціоністських тенденцій, проявом параноїдальних тенденцій або шизоїдним симптомом. Спроби знайти зв'язок між поверхневими особливостями і психологічними або нейробіологічними структурами, що лежать в їх основі, призводять до спрощень, які не відображають складність психопатологічних станів.

Основною труднощами на шляху подальшого прогресу у формуванні категорії прикордонної особистості є спокуса розглядати розлади особистості як відображення або нейробіологічних структур, що лежать в їх основі, або психологічних структур, відірваних від свого нейробіологічного коріння. У разі прикордонного розладу особистості спостерігається підвищена чутливість до негативних стимулів та надмірна активація негативних емоцій, пов'язана з гіперактивністю мигдалеподібного тіла та пов'язаними з ним структурами лімбічної системи, а водночас відсутністю здатності до когнітивної контекстуалізації та емоційної регуляції. Контроль, пов'язаний із зменшенням функціональності префронтальної та преорбітальної кори, а також передньої поясної області, є важливими нейробіологічними корелятами цієї патології. З цієї точки зору описові симптоми прикордонного розладу особистості виражають цю патологію в системах мозку та породжують відповідні поведінкові взаємодії з довкіллям під її впливом. З психодинамічної точки зору спільними рисами прикордонного розладу особистості та тяжких розладів особистості, які часто супроводжують йому, є відсутність інтеграції концепції "Я", викликана відсутністю узгодження самоуявлень та уявлень про об'єкт у суперечливих станах кохання та ненависті. Таким чином, суб'єктивне життя пацієнта залишається суперечливим і хаотичним, з серйозними проблемами ідентичності і тісно пов'язаною з цим нездатністю інтегрувати сприйняття значимих інших, що породжує уривчасту, хаотичну та суперечливу соціальну поведінку. Обидва ці нейробіологічні та психологічні структурні припущення відповідають даним клінічних та емпіричних досліджень, проте належить ще

прояснити, як нейробіологічні схильності та структури пов'язані з психологічним розвитком та похідними від нього структурами.

Розлад особи з межовими рисами виявляється приблизно у 6% клієнтів первинної консультативної допомоги та у вибірках на рівні спільноти, а також у 15–20% пацієнтів психіатричних лікарень та амбулаторних клінік. У клінічних умовах приблизно 75% людей з межовим розладом особистості звертаються за консультативною допомогою після спроб самогубства або епізодів навмисного членушкодження.

Критерії діагностики межового розладу особи включають повторювані суїцидальні загрози або дії, а також страх бути покинутим, що є переконливими індикаторами діагнозу. Незважаючи на наявність цих характерних критеріїв, розпізнавання межового розладу особистості часто недооцінюється. Це пов'язано з тим, що кризи, що повторюються, емоційна нестабільність і самоушкоджуюча поведінка, характерні для пацієнтів з межовим розладом особистості, можуть сприйматися як навмисні та маніпулятивні епізоди, а не як ознаки психічного розладу.

Межовий розлад особистості має значний рівень успадкованості, з часткою генетичних факторів, що становить від 42 до 68% дисперсії. Основні компоненти цього розладу, такі як міжособистісна гіперчутливість, афективна дисрегуляція та імпульсивність також піддаються дослідженням. Дослідження, що включають магнітно-резонансну томографію та позитронно-емісійну томографію у пацієнтів з межовим розладом особистості, демонструють гіперреактивність мигдалеподібного тіла та порушення гальмування префронтальної кори в контексті завдань, пов'язаних із сприйняттям виразів обличчя, реакціями на емоційно заряджені слова та міжособово.

Існують також дані, що вказують на те, що нейрогормони, такі як окситоцин та опіоїди, відіграють посередницьку роль у формуванні перебільшеного страху перед відкиданням та залишенням, характерного для межового розладу особистості. Вплив навколишнього середовища також має важливе значення в патогенезі межового розладу особистості, де ненадійна

прихильність, зневага або травми в дитинстві, а також сімейно-шлюбні чи психіатричні проблеми розглядаються як визнані фактори.

Всупереч тривалому сприйняттю межового розладу особистості як хронічного та значною мірою невиліковного захворювання, останні дані свідчать про високий рівень ремісії. Приблизно 45% клієнтів досягають ремісії до 2 років, а 85% – до 10 років. Ремісія визначається відповідністю не більше ніж двом діагностичним критеріям протягом менше 12 місяців та низькою частотою рецидивів (приблизно 15%). У той час, як ці дані приносять певний оптимізм, прогноз в інших аспектах залишається невтішним. Рівень самогубств варіює від 8 до 10%, що особливо високо для молодих жінок, які зазвичай мають нижчий рівень самогубств.

Найбільш характерними рисами клієнтів з межовим розладом особистості є гіперчутливість до заперечення та боязка заклопотаність майбутньою відмовою. Ці клієнти часто вважають, що їхнє життя позбавлене сенсу, якщо у них немає емоційного зв'язку з кимось, кого вони сприймають як істинно "дбайливого". Проте їхнє уявлення про "турботи" часто пов'язане з нереалістичним рівнем доступності та контролю. У таких відносинах початкова ідеалізація може швидко змінитися знецінення при сприйнятті заперечення. Крім зовнішнього "розщеплення", пацієнти з межовим розладом особистості зазвичай відчувають внутрішнє розщеплення, яке може проявлятися в саморуйнівній або навіть суїцидальній поведінці. Це внутрішнє розщеплення також проявляється у дихотомічному мисленні "чорне-біле" або "все чи нічого".

Межовий розлад особистості зазвичай виявляється у молодому віці, хоча його ознаки часто стають очевидними під час підліткового віку. Ранні індикатори включають проблеми з образом тіла, сильний сором, прагнення до встановлення виняткових відносин, виражену чутливість до заперечення та поведінкові проблеми, у тому числі навмисне членушкодження. Незважаючи на те, що ці ознаки можуть виявлятися у підлітків без межовим розладом

особистості, їхня присутність служить предиктором довгострокової соціальної неієздатності та збільшує ризик розвитку ПРЛ у дорослих у дев'ять разів.

Діагноз межовим розладом особистості легше встановлюється, звернувшись до клієнтів із питанням, чи вважають вони, що критерії розладу характеризують їх. Досвід показує, що активна участь клієнтів у діагностичному процесі сприяє вищому ступеню визнання розладу. Терапевтичний досвід також демонструє, що пацієнти та їхні сім'ї можуть відчувати полегшення, дізнавшись, що існують інші люди з аналогічними симптомами та існують ефективні методи терапії.

Часто межовий розлад особистості спочатку діагностується помилково як депресія чи біполярний розлад, що призводить до призначення антидепресантів чи стабілізаторів настрою. Це відбувається, незважаючи на те, що відрізнити межовим розладом особистості від таких розладів настрою зазвичай не важко. На відміну від великого депресивного розладу, депресивні епізоди у пацієнтів із межовим розладом особистості характеризуються спустошеністю, соромом та довгостроковою негативною самооцінкою. На відміну від пацієнтів із біполярним розладом, у них не спостерігаються періоди манії чи захоплення, і вони виявляють надзвичайну чутливість до відторгнення.

Чотири раціонально обґрунтовані методи терапії межового розладу особистості виявляються в наукових дослідженнях. Основним засобом лікування межовим розладом особистості є психотерапія. Рандомізовані дослідження, проведені за участю пацієнтів, які страждають від межовим розладом особистості, підтверджують ефективність кількох форм психотерапії. Найбільш вивченим із цих методів є діалектична поведінкова терапія.

Тим не менш, є кілька загальних принципів, характерних для ефективних форм психотерапії, які можна застосовувати у консультаційній практиці. Ці принципи є ключовими елементами для більш доступної і менш інтенсивної терапії, відомої як загально психіатричне лікування. Це лікування, підтвержене великими багатоцентровими дослідженнями, знижує необхідність інших методів терапії та зменшує частоту епізодів членошкідництва або



суїцидальної поведінки, аналогічних тим, які спостерігаються у пацієнтів, які проходять діалектичну поведінкову терапію.

Принципи, які з ефективних методів лікування, мають значення всім терапевтів, котрі займаються лікуванням клієнтів з межовим розладом особистості. Первинні візити повинні включати обговорення діагнозу, висловлення занепокоєння, визнання страждання клієнта і встановлення короткострокових і здійснених цілей для внесення змін. Приклади таких цілей включають вживання заходів для поліпшення стану (наприклад, управління сильним стресом), звернення за допомогою до втрати контролю, покращення режиму сну або фізичної активності, відвідування груп самопомоги (наприклад, Анонімних Алкоголіків) та відновлення спілкування з відчуженими друзями або членами сім'ї. Досвід показує, що такі базові інтервенції на початковому етапі можуть виявитися напрочуд ефективними.

Можливо, для постачальників терапевтичних послуг є найбільш складними завданнями управління навмисною самоушкоджувальною поведінкою, імпульсивними актами з потенційно небезпечними наслідками (наприклад, керування транспортним засобом у стані алкогольного сп'яніння або зайняття незахищеним сексом) і суїцидальними загрозами, що повторюються. Така поведінка часто викликає занепокоєння щодо суїцидальних намірів або планів, але найчастіше вона є формою самопокарання або стратегією управління емоціями, виникаючи часто у зв'язку з впливом речовин. Розрізнення може бути здійснено через діалог щодо намірів пацієнта. У разі підтвердження суїцидальних намірів безпека клієнта стає пріоритетом, можливо буде потрібно госпіталізація та взаємодія з сім'єю клієнта, навіть заперечення самого клієнта. У разі заперечення суїцидальних намірів, самоушкоджуюча поведінка чи загрози можуть бути ефективно керованими через уважне спостереження (включаючи увагу з боку осіб, пов'язаних із клієнтом, а також терапевта) та розробку кризового управління.

Гени, відповідальні за схильність до навмисного самоушкодження, поки що не визначені. Для виявлення чинників ризику навмисного самоушкодження

в дітей віком і підлітків необхідні додаткові дослідження. Аналіз того, як ці фактори взаємодіють із генетичними факторами, може виділити дітей у групі ризику та сприяти розробці стратегій раннього втручання. Також потрібні додаткові дослідження для виявлення предикторів несприятливих результатів, таких як суїцид або хронічний перебіг. Наше розуміння нейробіології навмисного самоушкодження залишається неповним. Ефективне лікування також необхідне супутньої соціальної дисфункції. Підвищення поінформованості про вид психотерапії, ефективність якої підтверджена у випадках навмисного самоушкодження, є виправданим з огляду на обмежену доступність.

#### **2.4. Межовий розлад особистості у ранньому віці**

В даний час активно обговорюється проблема межових розладів особистості у підлітків, дослідження якої просуваються вперед. Згідно з останніми даними досліджень, більш точно визначено діагностичні критерії та методи лікування межовим розладом особистості у підлітків. Цей розлад включає емоційний компонент, що виявляється в афективній нестабільності та неадекватному, інтенсивному гніві, а також екстерналізований компонент, що включає імпульсивність, суїцидальну та членошкідливу поведінку, а також нестабільність міжособистісних відносин.

Афективна нестабільність відображає гіпердільність та афективну гіперреактивність, виявляючись у нестабільному емоційному стані, що залежить від зовнішніх впливів, взаємодій та реакцій суб'єкта, викликаних його запитами та поведінкою. Цей аспект може відігравати ключову роль підлітків. Діагностика характеризується загальною нестабільністю, причому інтенсивність та тривалість симптомів варіюються залежно від афективного контексту та сприйняття ситуації підлітком як стресової.

У кількох дослідженнях проводилася оцінка підлітків щодо когнітивних і нейрональних кореляцій межового розлади особистості, аналогічних тим, які у

дорослих. Щодо когнітивної обробки інформації, у підлітків не виявлено схильності до негативної інтерпретації нейтральних або неоднозначних мимічних виразів оточуючих. Такі особливості можуть бути характерними лише для важких форм межовим розладом особистості або в її пізніх стадіях розвитку.

З точки зору нейрональних аспектів, спостерігається гіперактивність мигдалеподібного тіла та гіпокампа не тільки у дівчаток-підлітків з повторним членюшкідництвом і депресією, навіть за відсутності депресивних симптомів. Вплив стресорів із довкілля призводить до зміни активації цих нейронних мереж, особливо мигдалеподібного тіла.

Дослідження також виявили закономірності реактивності на стресори, з гіперреактивністю кортикотропної осі, наступною гіпореактивністю (при хронічному впливі стресорів) або збереженням гіперреактивності, коли межовим розладом особистості поєднується з депресією. Активність цих нейронних мереж, зокрема мигдалеподібного тіла, визначається як впливом чинників стресу довкілля, а й генетичними чинниками вразливості. Декілька генетичних факторів-кандидатів, включаючи поліморфну область, пов'язану з транспортером серотоніну (5-HTTLPR), і ген NR3C1, що кодує рецептор глюкокортикоїду, були досліджені в контексті їхньої ролі в реакції на стрес через епігенетичні механізми.

Взаємозв'язок між механізмами розвитку та факторами вразливості, включаючи генетичні та екологічні, потребує розгляду з урахуванням перспективи процесу розвитку. Ці взаємини є двосторонніми та мінливими, оскільки вони посилюються або послаблюються під час взаємодії підлітка з сім'єю та однолітками. Ранні несприятливі умови, включаючи жорстоке поводження та розлучення з матір'ю, корелюють з розвитком межовим розладом особистості. Ці ранні фактори ризику порушують прихильність, що у свою чергу може призвести до виникнення психопатологічних станів, таких як межовим розладом особистості.

У сімейному середовищі, що характеризується ранньою нестабільністю відносин, жорстоким поведінням, відсутністю структурованого батьківського виховання та дезорганізованою прихильністю, прогрес дитини залежить від її здатності побудувати послідовну самооцінку. Збереження дезорганізованого стилю прихильності може перешкоджати розвитку здібностей до менталізації, а дитина відчуває труднощі у зв'язуванні емоційних переживань із сімейними та дружніми взаємини.

Психологічний аспект, що розглядається з психодинамічної точки зору, є наслідком нездатності інтеріоризувати та ідентифікувати себе з обнадійливими, емоційно насиченими та структуруючими об'єктами. Це призводить до почуття порожнечі та нісенітності, а також внутрішньої деструктивності. Психологічне функціонування організовано навколо постійно нестабільних відносин із зовнішніми об'єктами замість внутрішнього конфлікту. Це може спричинити порушення ідентичності згідно з критеріями DSM-V. Підліток відчувається незв'язаним у певні періоди часу та у різних життєвих ситуаціях, що впливає на його взаємодію з оточуючими, призводячи до неадекватного сприйняття кордонів між власними ідеями, емоціями та думками інших людей.

Декілька значущих епідеміологічних досліджень, заснованих на національних реєстрах, документували тренд, що зростає, за кількістю випадків прикордонного розладу особистості межовим розладом особистості, включаючи підлітків. Датське дослідження, проведене протягом періоду з 1970 по 2009 рік, виявило лінійне зростання захворюваності на межовим розладом особистості у жінок віком 15 років і старше. Канадське дослідження, що збирало діагностичну інформацію через систему державного медичного страхування, також виявило стійке зростання захворюваності на межовим розладом особистості серед дівчаток віком від 14 до 17 років у період з 2000 по 2012 рік.

Зазначені дослідження включали дані про осіб, які отримали допомогу в системі державних лікарень, але виключали випадки з найменшими та межових приватному секторі. Важливо підкреслити, що ці дослідження також вказують на готовність клініцистів, що зменшується, діагностувати межовим розладом особистості у підлітків. Це було відзначено на основі діагностичних даних, зібраних від лікарів підлітків. Таким чином, вони наголошують на важливості усвідомлення тенденції до недооцінки розпізнавання розладу харчової поведінки у цій віковій групі.

Існує недостатньо досліджень з межовим розладом особистості у загальній популяції, особливо серед підлітків. Епідеміологічні дослідження, проведені в різних країнах, розрізняються за критеріями DSM, охоплення та структури вибірки.

В одному з перших досліджень, проведених на випадковій вибірці з 733 американських підлітків віком 9–19 років, використовувалися два рівні тяжкості залежно від кількості симптомів. Поширеність важкої форми межовим розладом особистості склала 2,8% у хлопчиків та 3,8% у дівчаток віком 11–14 років, а помірної – 8,3% у хлопчиків та 11,5% у дівчаток. Пізніше дослідження у тій зоні обслуговування виявило нижчу поширеність (0,9%) у віці 14 і 16 років.

У канадському дослідженні на репрезентативній вибірці з 799 підлітків віком 12–14 років використовувалися різні пороги тяжкості, включаючи критерії DSM та Columbia Impairment Scale (CIS). Поширеність варіювала від 6,3% без CIS до 3,2% із найвищим порогом CIS. Серед найлегших випадків поширеність склала 2,6% у хлопчиків та 3,9% у дівчаток, а у підлітків з найбільш тяжкими порушеннями – 1,3% у наймолодшій групі (12 років).

Французьке дослідження на випадковій вибірці 14-річних дітей з використанням Diagnostic Interview for Borderlines-Revised (DIB-R) виявило поширеність у 11% у хлопчиків та 26% у дівчаток. Однак це висока поширеність може частково пояснюватися відсутністю додаткових критеріїв порушення.

Останнє дослідження у Великобританії на когорті з 6330 дітей віком 11 років виявило аналогічні значення (2,8% серед хлопчиків, 3,6% серед дівчаток та 3,2% у спільній вибірці). Дослідження підлітків у Гонконгу виявило поширеність 2%.

Перший висновок, який випливає з результатів цих популяційних досліджень, пов'язаний з значними відмінностями, що спостерігаються в рівнях поширеності, як між різними дослідженнями (наприклад, від 0,9% до 26% серед підлітків у віці 14 років), так і при порівнянні досліджень в одній і тій же області охоплення (від 0,9 до діапазону 2,8-11,5%). Ці відмінності можна пояснити відмінностями в епідеміологічних цілях, використаних діагностичних інструментах (хоча вони були відносно однорідними) і особливо в алгоритмах, які застосовуються для визначення порогів тяжкості та значень поширеності.

Наприклад, дослідження Johnson et al охоплювало загальну поширеність межовим розладом особистості, тоді як багато інших досліджень фокусувалися на показниках поширеності для конкретних вікових груп. Це важлива відмінність, оскільки алгоритм Johnson et al враховував відповіді як підлітка у віці 14 років, а й той самий підліток через два роки. Таким чином, рівень 0,9% відповідав особам, у яких було підтверджено діагноз межовим розладом особистості протягом усього періоду спостереження (14-16 років).

Крім того, оцінка поширеності залежить не тільки від кількості використаних діагностичних критеріїв, а й від того, чи були додані додаткові критерії. Наприклад, включення критерію серйозності покращує достовірність оцінки. Відмінності також існують у методології визначення порогових значень, де внутрішні методології, такі як кількість діагностичних критеріїв, можуть впливати на вимірювання тяжкості і бути пов'язані з діагностичними вимірюваннями. На противагу цьому, канадське дослідження використовувало межові значення, засновані на шкалі порушень, що дозволило проводити незалежні вимірювання та відповідати критеріям DSM-V для розладів особистості та критерію G альтернативної моделі DSM-5. Відсутність

додаткового критерію порушень, як у разі дослідження Шаброля та співавторів, могла сприяти високому рівню поширеності (26%).

Враховуючи, що не всі дослідження систематично надавали розподіл своїх поширених оцінок за віком та статтю, визначення відносного впливу цих двох факторів на виявлені відмінності між дослідженнями є непростим завданням. У межах канадського дослідження виявлено, що поширеність проявів межових характеристик особистості зростає з віком; у випадках виражених проявів спостерігався діапазон від 1,3% серед наймолодшої групи (12 років) до 4,5% серед найстаршої групи (14 років). Загальні спостереження також вказують, що підлітки віком 11 або 12 років здатні досить точно описувати поведінкові прояви, характерні для межовим розладом особистості, забезпечуючи підстави для постановки даного діагнозу.

Ці результати відповідають клінічним спостереженням, де, незважаючи на те, що діагноз межовим розладом особистості рідко встановлюється у дитячому віці, його клінічна значущість у підлітковому періоді добре документована. Згідно з цими висновками, значна частина підлітків, включаючи тих у віці 11 або 12 років, може продовжувати відчувати у зрілому віці, пов'язаними з негативними наслідками та високою ймовірністю відсутності своєчасної психологічної допомоги. Враховуючи виявлений рівень поширеності серед 11- та 12-річних підлітків у британських та канадських дослідженнях відповідно, пропонується направити профілактичні зусилля на фахівців, які працюють із підлітками, особливо на молодіжних та соціальних працівників, а також медичний персонал шкіл, надаючи їм інформацію про ранні прояви межових рис особистості та методи їх виявлення.

Таким чином, дослідження на рівні місцевих угруповань свідчать про можливість виявлення проявів межових рис особистості вже у віці 11 років серед підлітків. Однак клінічні дослідження демонструють набагато вищі та мінливі показники поширеності. Діапазон починається з 11% у зразках органічних розладів особистості та досягає піку на рівні 78% серед підлітків із суїцидальними нахилами, спрямованих у відділення невідкладної допомоги.

Важливо відзначити, що не всі дослідження про поширеність систематично надавали дані про статеві характеристики. Однак в одному клінічному та трьох епідеміологічних дослідженнях було відзначено значно більшу поширеність серед дівчаток.



## ВИСНОВОК

Висновок здійсненої роботи вказує на те, що межови розлад особистості є високоінтегрованими та складними психопатологічними процесами. Теоретичний аналіз даного розладу надає лише поверхнєве розуміння, охоплюючи обмежену частину існуючого наукового корпусу. У зв'язку з цим потрібне додаткове дослідження для глибшого проникнення у сутність цього явища. Незважаючи на певний прогрес у дослідженнях, залишаються невирішеними багато аспектів прикордонного розладу особистості, що підкреслює необхідність подальших наукових зусиль.

Проте важливими доповненнями до загального розуміння цього складного феномену може бути аналіз невротичних соціальних та підліткових факторів. Дослідження впливу цих факторів може сприяти більш глибокому розумінню взаємодії особистісних та соціальних аспектів у контексті межового розладу, де війна в Україні є детермінуючим явищем, що відкриває перспективи для подальших досліджень та розвитку ефективних підходів у досліджувальній практиці.

## СПИСОК ВИКОРИСТАНИХ ДЖЕРЕЛ

1- New Hope for People with Borderline Personality Disorder: Your Friendly, Authoritative Guide to the Latest in Traditional and Complementar Y Solutions  
Валері Ма Порр, Нора Елізабет Віллагран, і Ніл Р. Бокіан 2002

2- Skills Training Manual for Treating Borderline Personality Disorder автор  
Марша М. Лайнхен 1993

3- Human Aggression Robert A. Baron Deborah R. Richardson

4- Borderline Personality Disorder and Suicidality John M. Oldham, M.D.

Published Online: 1 Jan 2006 <https://doi.org/10.1176/appi.ajp.163.1.20>

5- Clarkin JF, Widiger T, Frances A, Hunt SW, Gilmore M: Prototypic typology and the borderline personality disorder. *Abnorm Psychol* 1983; 92:263–275  
Crossref, Medline, Google Scholar

6- Oldham JM: Integrated treatment planning for borderline personality disorder, in *Integrated Treatment of Psychiatric Disorders*. Edited by Kay J. Washington, DC, American Psychiatric Publishing, 2001, pp 51-77  
Google Scholar

7- Allgemeine Psychopathologie - Карл Ясперс

8- Borderline personality disorder in adolescents: prevalence, diagnosis, and treatment strategies

Jean Marc Guilé, Laure Boissel, Stéphanie Alaux-Cantin & Sébastien Garny de La Rivière

Published online: 05 Dec 2022

9- Guilé JM Greenfield B Introduction personality disorders in childhood and adolescence *Can Child Adolesc Psychiatr Rev* 2004;13:351-5219030499

10- Kaess M, Brunner R, Chanen A. Borderline personality disorder in adolescence. *Pediatrics*. 2014;134(4):782–793

11- Sharp C, Fonagy P. Practitioner review: borderline personality disorder in adolescence – recent conceptualization, intervention, and

implications for clinical practice. *J Child Psychol Psychiatry*. 2015;56(12):1266–1288

12- Speranza M, Pham-Scottez A, Revah-Levy A, et al. Factor structure of borderline personality disorder symptomatology in adolescents. *Can J Psychiatry*. 2012;57(4):230–237

13- Skodol AE Gunderson JG Pfohl B Widiger TA Livesley WJ Siever LJ The borderline diagnosis I: psychopathology, comorbidity, and personality structure. *Biol Psychiatry*. 2002; 51: 936-950

14- Borderline Personality Disorder List of authors. John G. Gunderson, M.D.

15- Gross R, Olsson M, Gameroff M, et al. Borderline personality disorder in primary care. *Arch Intern Med* 2002;162:53-60

16- Gunderson JG, Links PS. *Borderline personality disorder: a clinical guide*. 2nd ed. Washington, DC: American Psychiatric Press, Inc., 2008.

17- Theta burst stimulation add on to dialectical behavioral therapy in borderline-personality-disorder: methods and design of a randomized, single-blind, placebo-controlled pilot trial Original Paper Open access Published: 15 September 2023

18- Gunderson JG, Herpertz SC, Skodol AE, Torgersen S, Zanarini MC (2018) Borderline personality disorder. *Nat Rev Dis Primers* 4:1–20. <https://doi.org/10.1038/nrdp.2018.29>

19- Konstantinou GN, Trevizol AP, Downar J, McMains SF, Vila-Rodriguez F, Daskalakis ZJ, Blumberger D (2021) Repetitive transcranial magnetic stimulation in patients with borderline personality disorder: a systematic review. *Psychiatry Res* 304:114145. <https://doi.org/10.1016/j.psychres.2021.114145>

20-Degasperi G, Cristea IA, Di Rosa E, Costa C, Gentili C (2021) Parsing variability in borderline personality disorder: a meta-analysis of neuroimaging studies. *Transl Psychiatry* 11:1–13. <https://doi.org/10.1038/s41398-021-01446-z>

21-Gündoğmuş I, Örnek BY, Altınyay N (2019) Effectiveness of repetitive transcranial magnetic stimulation (rTMS) on borderline personality disorder

symptoms: a case report. *PBS* 9:53–56.

<https://doi.org/10.5455/PBS.20180702035133>

22-Lisoni J, Miotto P, Barlati S et al (2020) Change in core symptoms of borderline personality disorder by tDCS: a pilot study. *Psychiatry Res* 291:113–261.

<https://doi.org/10.1016/j.psychres.2020.113261>

23-Kernberg OF: *Borderline Conditions and Pathological Narcissism*. New York, Jason Aronson, 1975 Google Scholar

24-K.Horney. *The Neurotic Personality of Our Time*. N.Y.: W.W.Norton & Co, 1937 M.: "Progress-Univers", 1993

25-JASPERS, KARL (1953). *The Origin and Goal of History*. Translated by Michael Bullock. New Haven, CT: Yale University Press.