

МІНІСТЕРСТВО ОСВІТИ І НАУКИ УКРАЇНИ
УКРАЇНСЬКИЙ КАТОЛИЦЬКИЙ УНІВЕРСИТЕТ

Коваль Анна Вікторівна

**Адаптація опитувальника структури особистості на
клінічній вибірці**

Спеціальність 8.053 «Психологія»

Магістерська робота на здобуття кваліфікації магістра

Кафедра психології та
психотерапії
Науковий керівник
ПТ

Львів-2020

ЗМІСТ

ВСТУП.....	3
РОЗДІЛ 1 Теоретичне підґрунтя і сучасний підхід до діагностики розладів особистості	6
1.1. Розлади особистості. Сучасні підходи до розуміння і класифікації розладів особистості.....	6
1.1.1 Поняття межового розладу особистості.....	8
1.2. Підхід до діагностики розладів особистості.....	12
1.3. Діагностика розладів особистості. Діагностика бордерляйн структури.....	16
1.4. Опитувальник «ІРО-RT» : теоретична основа та психометричні показники	22
Висновки до першого розділу.....	25
РОЗДІЛ II Процедура та результати адаптації україномовної версії опитувальника.....	26
2.1. Характеристика методик дослідження. Особливості використаних методик для оцінки конструктивної валідності.....	26
2.2. Опис результатів адаптації методики	32
2.2.1 Особливості групи досліджуваних.....	32
2.2.2 Результати вивчення показників валідності опитувальника.....	33
Висновки до другого розділу.....	49
ВИСНОВКИ.....	50
СПИСОК ВИКОРИСТАНОЇ ЛІТЕРАТУРИ.....	53
ДОДАТКИ.....	59

ВСТУП

Актуальність дослідження: За даними ВООЗ, в наш час психічні розлади вражають 20-25% населення в світі, а щотижня кожен 6-й дорослий відчуває проблеми пов'язані із психічним здоров'ям. Зокрема, на розлади особистості зустрічаються у 6-9% населення України. Проте, вважаємо, що показники по Україні є заниженими, адже багато людей не звертаються за допомогою [1].

Розлади особистості викликають багато труднощів в особистій та соціальній сферах людини. Ознаки розладу проявляють у самопочутті, відносинах з оточуючими, роботі. Важко побудувати хороші й безпечні стосунки, люди не можуть впоратися з багатьма щоденними проблемами, що викликає ще більше стресу. Також, люди з розладом особистості можуть бути небезпечними для власної сім'ї та загалом, для суспільства. Крім того, розлад особистості може бути додатковим фактором ризику, передумовою розвитку інших психічних розладів.

Проблема особистісних порушень пронизує медичну, психологічну, соціальну, правову та економічну сфери суспільного життя. Саме тому на важливо розширювати розуміння розладу особистості та вдосконалювати діагностичний інструментарій. Постає питання не тільки якісної медичної, але й психологічної оцінки для глибшої диференційної діагностики.

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

Н.Мак-Вільямс виділяє мінімуму взаємозалежних переваг діагностики, це п'ять пунктів : “використання «діагнозу» для планування лікування та подальшого прогнозу, захист інтересів пацієнтів,

діагностичний процес може допомогти терапевтові в емпатії пацієнтові й, нарешті, діагноз може зменшити імовірність того, що деякі боязкі пацієнти ухиляться від лікування” [2].

На сьогоднішній день в світовій психіатрії щодо діагностики психічних розладів орієнтуються на DSM та МКХ (Міжнародний класифікатор хвороб). Окрім того, існує психодинамічний підхід в розумінні розладів особистості.

Зокрема, Отто Кернберг описував, що «без вивчення структурних особливостей психіки описовий і генетичний підходи не дають чіткої картини хвороби» [49]. Таким чином, в психоаналітичній він запроваджує структурний підхід до психічних розладів. Та розробляє інтерв'ю, яке спрямоване на визначення структурної організації особистості [3].

Об'єкт дослідження: структура особистості

Предмет дослідження: психометричні показники опитувальника «IPO-RT».

Мета дослідження: опис процедури адаптації україномовної методики вимірювання структури особистості для використання цієї методики у подальших психологічних дослідженнях.

Завдання:

1. Здійснити теоретичний огляд наукової літератури на тему розладів особистості, підходів до діагностики розладів особистості;
2. Перекласти методику для адаптації
3. Розрахувати показники надійності та валідності методики.

Група досліджуваних.

У опитуванні прийняло участь 254 людини. У роботі використані такі загальнонаукові методи як аналіз, синтез, індукція, дедукція та

моделювання; *емпіричний* метод проведення дослідження – тести, та *математико-статистичні* методи опрацювання результатів дослідження – кореляційний, порівняльний, кластерний та факторний аналіз.

Методики дослідження.

4 методики, а саме: Опитувальник Плутчика Келлермана Конте: тест для діагностики механізмів психологічного захисту; Методика визначення ясності Я-концепції (Self-Concept-Clarity - SCC) (Campbell, J. D.); скорочений опитувальник Міні-мульти; тест Кернберга.

Практичне значення одержаних результатів.

Отримані результати можуть бути застосовані у проведенні опитування в клінічних умовах.

Структура та обсяг роботи.

Робота складається зі вступу, двох розділів, висновків, 10 таблиць, 2 рисунків, списку використаних джерел (60 найменувань) та додатків на 61 сторінці. Загальний обсяг – 108 сторінок, основний зміст містить 70 сторінок.

РОЗДІЛ 1 Теоретичне підґрунття і сучасний підхід до діагностики розладів особистості.

1.1 Розлади особистості. Підходи до розуміння і класифікації розладів особистості.

Розлади особистості в цілому - це переважаючі, стійкі моделі сприйняття, реагування і поведінки, які доставляють значні страждання, або викликають функціональні порушення, дезадаптацію. Розлад особистості є тоді, коли особливості характеру стають дуже вираженими, ригідними та дезадаптованими, що порушують стиль життя людини, заважають роботі та впливають на міжособистісні відносини. Розлади особистості значно відрізняються один від одного за своїми проявами, проте вважається, що всі вони обумовлені поєднанням генетичних і екологічних факторів. Багато з них поступово зменшуються з віком, але деякі риси певною мірою можуть зберігатися і після ослаблення гострих симптомів, що призвели до постановки діагнозу. Діагноз ставиться на основі клінічних даних. Лікування - психосоціальна терапія і, іноді, медикаментозне лікування [4].

Поняття «розлад особистості» змінився за зістарілого терміну «психопатія», яку використовували в психіатрії радянських та російських часів в 1997 році [51]. Тоді думали, що психопатія походить від неповноцінності нервової системи, ще з дитинства, а зокрема під час пологів і впливають на плід. Зараз як фактори, що побуждують розлади особистості розглядають низку причин. Їх вплив залежить від розвитку та інтенсивності впливу розладу на життя людини [5].

Американська класифікація психічних розладів DSM 6 визначає розлади особистості як «тривало існуючі, глибокі і стійкі розлади характеру, дезадаптивні моделі поведінки, при яких зачіпають різні сфери психічної діяльності».

У МКБ-10 особистісні розлади зрілої особистості визначаються як «тяжке порушення характерологічної конституції і поведінкових тенденцій індивідуума, що включає декілька сторін особистості. Особистісні розлади виникають в цих випадках в пізньому дитинстві або підлітковому віці і тривають в періоді зрілості» [52].

Основним розладом при патологічних проявах характеру є «первинні» емоційно-вольові зміни, які можуть визначати переважні порушення в сфері мислення (шизоїдні і паранояльні особистості), емоційного реагування (збудливі, епілептоїдні, істеричні особистості), вольових процесів (нестійкі, астенічні, психастенические особистості) [6].

Розлади особистості діагностуються приблизно в 10% суспільства і майже у 50% госпіталізованих пацієнтів в психіатричних лікарнях. Не встановлено зв'язку між статтю, соціальним статусом і національністю. Але при соціопатії відношення чоловіків та жінок складає 6 до 1. При межевому розладу навпаки, на 3 жінки 1 чоловік (не тільки на клінічній вибірці).

Щоб пояснити розвиток дисфункції особистості, Кернберг ввів поняття організації особистості. Він виділив три рівні організації особистості: невротичний, межовий та психотичний рівень.

Основні розлади особистості, які занесені в сучасні класифікації, що використовують при діагностиці, наведено в таблиці “Основні розлади особистості згідно з МКХ-10 і DSM-5” (дод 1). Крім загальних особливостей, притаманних особистісним розладом, кожен із таких розладів має окремі характеристики.

1.1.1 Поняття межового розладу особистості.

В останні два десятиліття межовий розлад став предметом багатьох клінічних досліджень. Діагностична категорія даного розладу була включена тільки в 3 варіанті DSM в 1980 році [7].

Сучасна концептуалізація межового розладу переважає модель, представлена в четвертому випуску посібнику з психічних розладів Американської психіатричної асоціації (DSM – IV; Американська психіатрична асоціація, 1994), яка розглядає розлад як категоричну та єдине на наявність або відсутність якого у конкретного індивіда залежить від наявності або відсутності дев'яти критеріїв, або симптомів. Однак, ймовірно, що майбутній перегляд DSM призведе до чогось іншого, ніж чисто теоретично нейтральна, категорична модель для прикордонної особистості. Проект пропозиції п'ятої редакції (DSM-5) включає конструкції з декількох теоретичних характеристик як учасників діагнозу Б припускаючи, що розмірна, не категорична модель найкраще описує розподіл прикордонних ознак [8].

“Межовий розлад особистості становить серйозний ризик для здоров'я. Дослідження, як правило, оцінюють його поширеність у межах приблизно 1% -5% від загальної популяції” описував Нурнберг. Епідеміологічні дослідження показують, що статистика межового розладу протягом життя складає 1-2%. Ця хвороба частіше зустрічається у жінок.

Люди з даним розладом споживають велику кількість послуг з психічного здоров'я, складаючи понад 9% психіатричних амбулаторій (Zimmerman, Rothschild, & Chelminski, 2005) та 15% - 20% стаціонарних (Widiger & Frances, 1989). Насправді люди з пограничним розладом використовують більше служб психічного здоров'я будь-якого типу, ніж ті, у кого велика депресія (Bender et al., 2001). Близько 70% людей з БПД здійснюють повторні злочинні пошкодження (Кларкін, Відігер, Френсіс,

Херт, Гілмор, 1983), і до 10% зрештою вчинили самогубство (Стоун, 1993). значною мірою поєднується з іншими психічними розладами, і є дані, що наявність БПД негативно впливає на результат інакше ефективні методи лікування (Chambless, Renneberg, Goldstein, & Gracely, 1992; Cloitre & Koenen, 2001; Cooper, Coker, & Fleming, 1996; Mennin & Heimberg, 2000; Shea, Widiger, & Klein, 1992).

В системі Кернберга пацієнти, яким сьогодні ставлять діагноз прикордонного розлади особистості (ПРЛ), становили б лише 10-25% тих, хто підпадає під класифікацію ПОЛ. Пацієнт з діагнозом МРО вважається менш функціональним, більш нездоровим на тлі загального діагнозу МРО.

Межова організація особистості охоплює і інші захворювання Осі II з DSM-IV - характерологічні розлади, такі як параноїдний, шизоїдний, антисоціальний, істеричне і нарцистичний розлади особистості. Крім того, вона включає в себе obsесивно-компульсивний і хронічно тривожний розлад, тугу, фобії, сексуальні розлади і дисоціативні реакції (такі, як дисоціативний розлад особистості, також відоме як розлад множинної особистості) [9].

Запропоновані елементи прикордонної діагностики в даний час включають порушення функціонування і міжособистісного функціонування та різні патологічні особливості особистості.

Межовий розлад особистості дуже часто зустрічається при діагнозі і лікарській практиці та поширений серед населення в цілому. Термін «межовий» (borderline) має різноманітні значенні. Справа не тільки в тому, що депресивна людина з межовими рисами значно відрізняється від нарцистичної, параноїдної чи істероїдного межового пацієнта, а також в тому, що в категорії межового розладу є широкий діапазон важкості стану, що простягаєть від неврозу на одному полюсі до психозу з іншого [54] (Grinker 1968).

Люди з межовим розладом особистості діють імпульсивно і навіть саморуйнівної часто і може бути навіть раптово. Вони калічать себе, ведуть деструктивний спосіб життя, що може включати в себе надмірне вживання алкоголю, наркотиків, небезпечним сексом, роблять спроби самогубства і висока смертність саме з цієї причини. Найвищий ризик самогубства у 1-2 роки після діагностування межового розладу особистості. Можливо тому, що цей розлад не діагностується поки людина не переживає кризу [55].

Людам з цим розладом не відчувають сильного почуття власної гідності. Замість цього вони обирають ідентичність, яка зібрана з сукупних образів навколишнього середовища та ситуації. Вони готові і виглядає так, що їх цінності, цілі і думки можуть замінюватися примхами [55]. Також нестабільність є ключовою рисою характеру межової особистості. Настрій у таких людей є нестабільний і часто переслідують безпричинні приступи сильної депресії, тривожності та неконтрольованої агресії. У таких людей «Я» є нестабільним, невпевненим. Міжособові взаємини цих людей є також не постійними і можуть розхитуватись від ідеалізації до повного знецінення і відторження інших [10].

Межовий суб'єкт – той, хто страждає психічно більш ніж невротик, наприклад, проте не хворий психозом. Межова особистість це є особистість з значимими патологіями та дефектами у Его структурі.

Переживання реальності є для таких людей дуже болісне і нестерпне, і це відкриває для них єдиний варіант це «відмовитися» від бачення реальної картини такою, яка вона є. Така «уникаюча» поведінка може вести до виникнення власного придуманого світу, деколи з галюцінаціями або маренням. Людина не може ідентифікувати, що відбувається всередині неї і свій психологічний стан, а що – є зовні. Ця тонка для них межа між зовнішнім і внутрішнім стирається. Людина може та почуватись нестерпно страждаючи від внутрішніх імпульсів агресії і

фантазій, але не може зрозуміти, що вони є її\його особистими, а тому відчувати загрозу із зовнішнього світу [54].

Суть психодинамічна терапія людей з межовим розладом заключається в тому, щоб намагались допомогти клієнту\пацієнту розібратись зі своїми почуттями, показати як відбувається розщеплення почуттів і образів себе та інших, інтерпретувати відношення, що виникають між пацієнтом та терапевтом. Так само показати і навчити більш адаптованим методам вирішення повсякденних проблем, щоб світ не виглядав таким руйнівним.

Метою терапії, що проводиться з пацієнтами з бордерлайн структурою є розвиток цілісного, надійного, комплексного і позитивно значимого відчуття самого себе. Поруч з цим процесом відбувається розвиток здатності повноцінно любити інших людей, незважаючи на їхні вади та суперечності. Для межових людей можливе поступове просування від нестійкої реактивності до стабільного прийняття своїх почуттів, цінностей-повноцінно, як частина себе, не дивлячись на труднощі, які вони доставляю терапевту, особливо на ранніх стадіях лікування [11].

1.2. Підхід до діагностики розладів особистості

У світовій психіатричній практиці основним інструментом діагностики розладів особистості є напівструктуровані інтерв'ю. Їх використання істотно підвищує надійність діагностичної оцінки. Однак проведення інтерв'ю вимагає великих затрат часу (в середньому 1,5-2 години) і спеціальної підготовки. Тому в рутинній клінічній практиці використання напівструктурованих інтерв'ю для діагностики можливого супутнього розладу особистості у пацієнтів з психічними та поведінковими розладами утруднено. Дана проблема вирішується застосуванням спеціалізованих опитувальників, що виконують роль скринінгу. Тобто опитувальники покликані не встановити діагноз, а звужити рамки діагностичного пошуку і знизити тимчасові витрати, відібравши можливих «кандидатів» на діагноз [12].

Якщо діагностичне інтерв'ю є інструментом збору інформації, то діагнози в світовій психіатричній практиці виставляються відповідно до параметрів визначених в актуальній версії DSM-5 [56] та МКХ (Міжнародним класифікатором хвороб).

Розробники DSM-5 зосередилися на двох моделях діагностики розладів особистості: категоріальної та дименсіональної. Категоріальна модель заснована на діагностичні критерії, принципи яких викладені в більшості медичних моделей діагностики. При підозрі на наявність розладів особистості клініцисти оцінюють когнітивні, афективні, міжособистісні і поведінкові тенденції, використовуючи спеціальні діагностичні критерії. Встановлення діагнозу розладу особистості повинно відповідати певним критеріям:

- Недостатність адаптації має жорсткий і стійкий характер при наявності не менше двох ознак з числа наступних: сприйняття (спосіб інтерпретації себе, інших і оточення), емоційність, міжособистісна функціонування і контроль спонукань;
- Виражений розлад або порушення функціонування в результаті неадаптивної поведінки
- Відносна стабільність і ранній початок (принаймні, в підлітковому або ранньому юнацькому віці) цієї моделі поведінки

Також повинні бути виключені інші можливі причини прояви з симптомів (інші психічні розлади, вживання психоактивних речовин, черепно-мозкова травма) [13].

Фахівці в області психічного здоров'я відзначають зручність у використанні цієї моделі. Перевагами категоріального методу, домінуючого в діагностиці психічних розладів, вважаються: можливість встановлення чітких меж між різними психіатричними синдромами, простота використання в клінічній практиці з урахуванням дефіциту часу, можливість об'єднання різних симптомів всередині однієї діагностичної категорії. Однак дослідження показують, що клініцисти найчастіше ставлять діагноз розлади особистості в «імпресіоністичній манері», ґрунтуючись на першому враженні від хворого або його зовнішньому сприйнятті більше, ніж при використанні діагностичних критеріїв. Також дослідники вказують на те, що даний підхід в діагностиці не здатний передати рівень складності розладу.

Дименсіональний підхід дозволяє охоплювати набагато більше інформації щодо афективної лабільності, порушень контролю імпульсивності, рівня сприйняття власних порушень, міжособистісних відносин і стабільності Я-концепції. Ця різнобічна інформація не просто зводиться до діагнозу, а розширює розуміння хворого і сприяє точній діагностиці. Необхідною умовою аналізу є використання

стандартизованого оціночного інструменту, який дозволяє визначити значимість різних діагностичних ознак. Проте, даний підхід не здатний вирішити багато з ключових проблем існуючих класифікацій, серед яких можна виділити низьку достовірність постановки діагнозу і високу коморбідність психічних розладів [14].

Окрім описового підходу до діагностики розладів особистості, який використовується у психіатричній практиці і орієнтований на опис симптомів і спостереження за поведінкою, існує також психодинамічна діагностика. Даний підхід по-перше, є діагностикою структури особистості зі сторони та спектрів розвитку. Такий підхід забезпечує цілісний і усесторонній аналіз особистості.

3. Фройд вперше провів різницю між невротичним і психотичним рівнем функціонування. Перший рівень характеризується повним розумінням реальності, другий – повною її втратою. Невротичні особистості вважаються такими, що страждали від того, що їхні Его-захисти були надто ригідними і обмежували їх від енергії Ід. Психотичні ж розглядалися як хворі, у яких захисти надто слабкі і тому вони виявлялися затопленими примітивними силами Ід [15].

Сучасна дослідниця Ненсі Мак-Вільямс при психоаналітичній діагностиці пропонує орієнтуватися на певні критерії. Зокрема, визначають тип розладу особистості, вона пропонує для кожного опис наступних особливостей – Я пацієнта, провідних драйвів і афектів, захисних й адаптаційних процеси, об'єктних стосунків, переносу і контрпереносу [16].

На сьогоднішній день в психодинамічному підході діагностики важливе місце займає погляд Отто Кернберга. Психоаналітик класифікує розлади особистості за такими структурним показниками: патологія Я і Над-Я, патологія інтерналізованих об'єктних відносин, порушення розвитку дериватів лібідинозних і агресивних потягів. Відповідно до цієї

класифікації можна виявити різні організаційні рівні психічних структур [17].

Вищий структурний рівень. При таких розладах спостерігається добре інтегроване, але суворе, караюче Над-Я. Я пацієнта теж відрізняється хорошою інтегрованістю; у нього виробилися стабільна ідентичність Я, а також стабільні, інтегровані образи самості і об'єктів. Захист характеру найчастіше полягає у формуванні реакцій на витіснення інстинктивні бажання.

Середній структурний рівень. На цьому рівні Над-Я носить більш караючий характер, воно більш яскраво виражено і не так добре інтегровано, як на вищому структурному рівні. Над-Я може також заміщати в області Я-ідеалу магичні, ідеалізують уявлення. Хоча в центрі захисної структури як і раніше знаходиться витіснення, але захист характеру вже сильніше забарвлений інстинктивними потребами. Поряд з витісненням, присутні також механізми інтелектуалізації, заперечення і раціоналізації, а почасти й м'якші форми проєкції і розщеплення. У таких пацієнтів частіше проявляються догенітальні, перш за все оральні імпульси, сильніше виражена схильність до регресії.

Низький структурний рівень. Його основна ознака – синдром дифузії ідентичності. У пацієнта немає інтегрованої концепції самості або стабільних внутрішніх репрезентантів. Над-Я мінімально інтегровано. Головні механізми захисту – це розщеплення і проєктивна ідентифікація, а також ідеалізація і всемогутнє заперечення, які не тільки відповідають за зникаючі інтрапсихічні межі між Я і Над-Я і між репрезентантами самості і об'єктів, а й між самістю і зовнішніми об'єктами. Схильність до регресії максимальна. Відзначаються важкі ураження синтезуючої і організовуючої функцій Я, що виражається в швидкій зміні різних его-станів і об'єктних уявлень.

На основі вчення про структурні рівні функціонування особистості, Отто Кернберг з колегами для діагностики розробили структурне інтерв'ю [18]. В даному підході автори намагаються оцінити ступінь інтеграції ідентичності пацієнта (інтеграції Я – і об'єкт-репрезентацій), тип основних захистів і здатність до тестування реальності. Форма такого методу діагностики об'єднує традиційне психіатричне обстеження з психоаналітично-орієнтованим підходом, сфокусованим на взаємодії пацієнта і терапевта.

1.3. Діагностика бордерляйн структури. Діагностика межового розладу особистості.

В рамках МКБ-10 під межовим типом емоційно нестійкого розладу особистості (F60.31) розуміють розлад зрілої особистості, для якої властиві деякі характеристики емоційної не стійкості, нестійкості образу Я, намірів і внутрішніх переваг. Схильність бути включеним в напружені (нестійкі) відносини, що може призвести до повторних емоційних криз і супроводжуватися серією загроз і актів самоушкодження [19].

DSM 5-те видання подає наступні критерії діагностики межового розладу. Наявність п'яти і більше ознак свідчить про наявність розладу.

- Відчайдушні зусилля уникнути стану покинутості (реальної чи уявної)
- Нестабільні, інтенсивні відносини, з періодами ідеалізації і знецінювання іншого

- Нестабільна самооцінка або самовідчуття
- Імпульсивність в ≥ 2 сферах, в яких пацієнт може наносити собі шкоду (небезпечний секс, переїдання, небезпечне водіння)
- Періодична суїцидальна поведінку, жести, погрози, або самоушкодження
- Швидка зміна настрою, що триває зазвичай лише кілька годин і рідко більше декількох днів
- Стійке відчуття порожнечі
- Неадекватно сильний гнів або неконтрольований гнів
- Тимчасові параноїдальні думки або серйозні дисоціативні симптоми, викликані стресом [20].

Клініцист Джин Шук на основі власного досвіду називає основні клінічні прояви межового розладу особистості, серед яких основними є первазивний патерн нестабільних міжособистісних відносин, нестабільність власного іміджу і афекту, виражена імпульсивність, присутня в багатьох контекстах. А також підкреслює, що багато людей з межовим порушенням особистості мають біологічну схильність до цього захворювання, але формування його в більшій мірі пов'язане з впливом дисфункційної сім'ї та навколишнього середовища. У більшості пацієнтів можна описати індивідуальні історії психологічних травм, викликаних емоційними, фізичними і сексуальними знущаннями [21].

Окрім клінічного розуміння і діагностики межового розладу особистості, на сьогоднішній день важливе місце посідає психодинамічний підхід. Серед зарубіжних і вітчизняних науковців, які займаються вивченням межового розладу особистості з психодинамічного погляду Кернберг О., Малер М., Мак-Вільямс Н., Фільц О.О., Рождественський Д. та ін.

Рожественський Д. пише, що «межовий суб'єкт – той, хто психічно більш «хворий», ніж невротик, який не обтяжений або не хворіє психозом». Незважаючи на гадану простоту цього визначення, мабуть, немає в психоаналізі іншого діагностичного поняття, яке носило б настільки ж розпливчастий і неоднозначний характер» Рожественский, Д. С. Пограничная личность / Д. С. Рожественский – СПб: Б&К, 2006. – 160 с. Науковець і психотерапевт Фільц О. О вважає, що межові (borderline) розлади є великою групою психічних порушень, які на сьогодні ще не мають надійною діагностичної кваліфікації і визначеного чіткого місця в класифікації психічних хвороб [22].

Одними з перших, хто оперували поняття «межовий» були Stern (1938) і Knight (1953). Вони сформулювали первинне клінічне уявлення про межовий конструкт, рисами якого є проєкція всемогутнього об'єкта (грандіозний, всемогутній і всезнаючий аналітик), виникнення страху, якщо помилкові дії терапевта заважають проєкції всемогутнього об'єкта, а також перетворення в цьому випадку всемогутнього хорошого об'єкта у ворожий (теорія розщеплення). У таких хворих було виявлено порушення ранніх стадій розвитку особистості, особливо, порушення стосунку «мати-дитина» [23].

Психоаналітик Джеральд Адлер з колегами відмітив у своїх пацієнтах з межовим розладом особистості одне ключове переживання – надзвичайно хворобливу самотність. «Цей емоційний стан часто включає переживання внутрішньої порожнечі поряд з наростаючою панікою і відчаєм; з плином часу у пацієнтів розвивається супутнє відчуття відчайдушною безнадійності, пов'язане з поданням, що описане емоційний стан ніколи не скінчиться» [24].

Також психоаналітик описує характерну для таких людей модель поведінки. Для полегшення або запобігання самотності у таких пацієнтів в діадних відносинах мобілізується інтенсивна потреба у

фізичній близькості, майже злиття з іншою людиною, вони вимагають, щоб їх обіймали, годували, пестили. Незадоволення цієї потреби викликає лють. Межові особистості з винятковою чуйністю вловлюють неприйняття, до пережитої ними латентної і хронічної самотності приєднується самотність, обумовлена деструктивними нападами люті. Крім того, вони побоюються близькості, до якої прагнуть, почасти тому, що злиття, якого вони так сильно бажають, тягне за собою загрозу взаємного знищення, а частково в силу страху перед неминучістю своєї деструктивної люті.

Щодо питання діагностики то Джеральд Адлер вказує те, що основні переживання особи з таким розладом може виявити лише психодинамічними шляхами [25].

Таким чином, особи з межовим розладом в психодинамічній парадигмі постають як такі, що переживають сильній біль самотності і потребу прийняття, але їхня поведінка часто зумовлює протилежний афект – їх відштовхують. А діагностувати, чи радше зрозуміти особистість з таким розладом допоможе безпосередній стосунок.

Варто зазначити також, що автори розрізняють поняття «межовий розлад особистості» та «межова структура особистості». Погляди різних авторів на глибинну суть феномену «межовий» настільки ж різноманітні, як і термінологічні визначення. Х. Когут визначає дане поняття як «дискретну і ясно відокремлену від нарцистичних особистісних розладів діагностичну сутність: межовий пацієнт – суб'єкт, що переживає хронічну загрозу незворотної дезінтеграції» [26].

Дональд Віннікот розглядав «межові випадки» пацієнтів, ядро порушень яких є психотичним, а психічна організація постійно схильна до неврозів або психосоматичних захворювань, які виникають при загрозі прориву психотичної тривоги [27].

Ненсі Мак-Вільямс визначає рівень функціонування особистості (психотичний, межовий, невротичний) та тип особистості. Дослідниця визначає певні діагностичні ознаки кожного із рівнів функціонування. Зокрема, яскравою характеристикою межової структури є використання примітивних механізмів психологічного захисту. “Крім того, межові пацієнти схожі і відрізняються сферою інтеграції ідентичності від психотиків. Відчуття та усвідомлення власного "Я" наповнене противоріччями. На прохання описати власну особистість, вони, схоже із психотиками, зазнають труднощів”. Автор підкреслює, що особистості з межовим рівнем функціонування, звісно, “можуть мати складності та проблеми з власною ідентичністю, але вони знають про її існування” [28].

Ще одним діагностичним критерієм межової структури особистості є якість об’єктних стосунків. Стабільність і глибина відносин зі значущими людьми проявляється в емпатії, розумінні, здатності до збереження комунікацій в періоди фрустрації і конфліктів. Рождественський зазначає, що саме в цих аспектах междова особистість відчуває у відносинах істотні труднощі, оскільки у неї не утворився константний об’єкт. Стосунки хаотичні і поверхневі, ніби «безконтактні». При досить високій потребі в об’єкті у межової особистості зазвичай відсутній справжній інтерес до інших людей: вони сприймаються в основному функціонально, через призму власних бажань і потреб [29].

Найбільш популярні в сучасному психоаналізі уявлення про межову структуру викладає Отто Кернберга у праці «Важкі особистісні розлади», де поєднуються погляду еґо-психології та психології об’єктних стосунків. Кернберґ вважає, що при діагностиці психічних розладів особистості доцільно використовувати структурний підхід. Таким чином, рівень психічної організації Отто Кернберґ з колегами визначають на основі ступеня інтеграції ідентичності особистості, типу його механізмів захисту, здатністю до тестування реальності.

З точки зору Кернберга, функція тестування реальності у межовій особистості досить розвинена, що може служити діагностичним критерієм відмінності її від особистості психотичної. Як і психотична структура, межова здебільшого використовує примітивні механізми психологічного захисту, головним з яких є розщеплення, а також такі межовий об'єкт характеризується синдромом «дифузної ідентичності». Дифузна ідентичність проявляється, зокрема, тоді, коли клієнт розповідає про важливих для нього\неї людей, а терапевт не може цілісно сформувати образи.

Окрім того, Кернберг описує такі ознаки межовій структури особистості, як неспецифічне виявлення слабкості Его. Ця ознака проявляється в нездатності витримувати тривогу, відсутності контролю над імпульсами, а також відсутності зрілих способів сублімації [30].

Таким чином, можемо сказати, що діагностика розладів особистості, зокрема, межового розладу мають два основних підходи – клінічний та психодинамічний. Клінічний метод визначає певні когнітивні, емоційні та поведінкові ознаки. Наявність п'яти і більше ознак буде свідчити про наявність розладу. Психодинамічний підхід є більш глибоким і базується, найперше, на стосунках терапевт-пацієнт. Зокрема, структурний підхід Отто Кернберга передбачає такий стосунок, де терапевт може розпізнати особливості функціонування свого пацієнта. Також в психоаналітичному погляді на межовий розлад і межова структура ототожнюються. Особам з межовою структурою найбільш характерні примітивні механізми захисту, синдром «дифузної ідентичності», але, на відміну, від психотичної структури, функція тестування реальності досить розвинена.

1.4 Опитувальник «ІРО-RT» : теоретична основа та психометричні показники.

З психодинамічної точки зору, одна з найбільш важливих характеристик розладів особистості пов'язана з тим, що вони являють собою сузір'я психологічних процесів, а не просто окремі симптоми. Крім того, ці розлади розташовані в континуумі, який варіюється від здорового до патологічного функціонування особистості, відображаючи глибоко вкорінені і стійкі до змін процеси [31].

Однією з найбільш часто використовуваних теорій, що охоплюють ці принципи, є структурна теорія особистості, розроблена Отто Ф. Кернберг. Він припускав, що розлади особистості походять від злиття нейробіологічних факторів та факторів оточуючого середовища. Щоб пояснити розвиток дисфункції особистості, Кернберг ввів концепцію структурної організації особистості, яка відповідає за психічне функціонування. У моделі Отто Кернберга рівень особистості організації визначається позицією особи на кожного з трьох окремих компоненти в багатовимірній моделі, а саме: примітивні психологічні засоби захисту, перевірка реальності та дифузія ідентичності [32].

До примітивних психологічних механізмів захисту О. Кернберг відносить такі захисні схильності (та їх поведінкові прояви), як проекція, заперечення, дисоціація чи розщеплення. Домінування цих засобів захисту свідчить про більш тяжку психопатологію і відрізняється від здорових

варіантів, таких як реактивне утворення, ізоляція, пригнічення, звичайно, витіснення.

Тестування реальності в цій моделі "стосується здатності диференціювати себе від інших, внутрішньо психічного від зовнішніх подразників та підтримувати співпереживання із звичайними соціальними критеріями реальності" (Kernberg). Крайній рівень погіршення тестування реальності виявляється повною дезорганізацією думки та поведінки при психотичних станах.

Клінічно "дифузна ідентичності" представлена поганою інтеграцією між концепцією Я (self) та значущими іншими. Постійне почуття пустоти, протиріччя сприйняття себе, непослідовність поведінки, бліде, плоске сприйняття інших – все це проявляє дифузну ідентичність. Діагностичним визнається те, що пацієнт не здатний донести свої значні стосунки з іншими і тому останній не може емоційно реагувати так, щоб переконатись, що він є власним і значущим іншим.

Невротична організація особистості визначається неушкодженим тестуванням реальності, зрілими захисними механізмами захисту, а також відсутністю дисфункцій ідентичності. Межова організація особистості характеризується збереженою здатністю до тестування реальності, переважанням примітивних механізмів захисту та вираженою дифузією ідентичності. Нарешті, для психотичної організації особистості характерні грубі порушення у всіх трьох вимірах.

На основі власної теоретичної моделі, Отто Кернберг разом з колегами розробили опитувальник IPO (The Inventory of Personality Organization–Revised), покликаний визначити рівень функціонування особистості [33].

Було визначено трьохфакторну модель опитувальника, де всі фактори мають міцну кореляцію (примітивні захисні механізми з дифузією ідентичності ($r= 0.97$), примітивні захисні сили з тестуванням реальності

($r = 0.71$) та дифузія ідентичності з тестуванням реальності ($r = 0.67$). Кожен фактор мав зв'язок із такими особистісними характеристиками як з депресія, тривожність, дратівливість, а також з психотичними симптомами. Інші дослідження показали зв'язки і з слабким самоконтролем та низьким задоволенням шлюбу [34].

Dirk J.M. Smits з колегами, на основі IPO розробили коротший облік з чіткою структурою та з мінімальною втратою інформації IPO-RT, що включає 41 запитання [35].

Дослідження проводилось на клінічній та не клінічній вибірках. До не клінічної вибірки увійшло 411 студентів першого курсу психології. Вибірка складала 79 чоловіків та 320 жінок (для 12 осіб стать невідома), що відображає гендерний розподіл серед студентів-психологів. Їх середній вік становив 18,49.

Клінічна група налічувала 176 пацієнтів психіатричних стаціонарів. Серед них 93 чоловіків та 66 жінок, для 17 пацієнтів, інформація про стать відсутня. У вибірці було щонайменше половина пацієнтів з діагнозом «особистісні розлади».

В ході адаптації коротшої версії опитувальника, автори визначили, що деякі питання мали низьке навантаження і не отримали необхідне високе завантаження ($> .40$). Тому була встановлена друга двофакторна модель. Після обробки результатів, опитувальник включав 11 запитань, що визначали рівень тестування реальності (RT) та 30 елементів, пов'язаних із вимірюванням примітивних захисні механізмів / дифузії ідентичності» (PD / ID). Автори зазначають, що не дуже тісна кореляція між факторами ($r = 0.62$). вказує на унікальний внесок кожного з них.

У дослідженні було виявлено відмінності в показниках IPO-R між здоровою вибіркою порівняно з клінічною та між пацієнтами різного ступеня важкості розладу. Однак, було встановлено також, що все ще існують деякі збіг між показниками різних вибірок, а це означає, що IPO-R

не може бути єдиним джерелом інформації для визначення особистості на один із трьох рівнів організація.

Отже, попередні дослідження, спрямовані на адаптацію опитувальника ІРО показали тісні внутрішні зв'язки та зв'язки із особистісними характеристиками та психотичними симптомами. Крім того, виявлена різниця між показниками клінічної та не клінічної вибірок. Таким чином, можемо сказати, що на англійська версія опитувальника має достатньо хороші психометричні показники.

Висновок до першого розділу.

Можна підсумувати, що у першому розділі висвітлено теоретичну сторону та основу розладів особистості, межового розладу більш детально. Важливість діагностики та актуальність дослідженні може виражатись та підтверджуватись кількістю людей, яким проводять діагностику для коректного ідентифікування розладу і лікуванні відповідно. Кількість розладів та їх класифікацію підтверджено та використовується у клініках для постановки діагнозу.

Адаптований опитувальник зможе допомогти у оцінці ступеня інтеграції ідентичності пацієнта (інтеграції Я – і об'єкт-репрезентацій), типі основних захистів і здатності до тестування реальності у клінічних умовах. Добре та достовірно опитувальник працює з межовим розладом особистості.

Різні розлади мають різну симптоматику і фактори виникнення. Для того, щоб проаналізувати розвиток дисфункції особистості, Кернберг ввів концепцію структурної організації особистості, яка відповідає за психічне функціонування. Зробивши та проаналізувавши примітивні психологічні засоби захисту, перевірку реальності та дифузії ідентичності, він став автором початкової версії Структурного інтерв'ю, а потім на базі цього розробили методику, що далі буде представлена і статистично описана.

РОЗДІЛ II Процедура та результати адаптації україномовної версії опитувальника.

2.1 Характеристика методик дослідження.

Збір даних відбувався за допомогою використання онлайн форми проведення опитування, на платформі Google Forms.

У роботі використано форму закритих запитань з варіантами відповідей.

Для проведення дослідження застосовано 4 методики, а саме: Опитувальник Плутчика Келлермана Конте: тест для діагностики механізмів психологічного захисту; Методика визначення ясності Я-концепції (Self-Concept-Clarity - SCC) (Campbell, J. D.); скорочений опитувальник Міні-мульти; тест Кернберга.

Дослідження спрямоване на адаптацію опитувальника IPO-RT (The Inventory of Personality Organization–Revised), який має на меті визначити рівень структурної організації особистості (Додаток 2).

Для перевірки методики IPO-RT на контекстуальну валідність в дослідженні використано методику для діагностики механізмів психологічного захисту (Додаток Б), методику на визначення ясності Я-концепції (Додаток В), опитувальник, спрямований на оцінку властивостей особистості (Додаток Г).

Методика на визначення структурної організації особистості

Отто Кернберг вважав, що рівень організації особистості можна описати трьома вимірами: (1) тестування реальності, яка стосується "здатності диференціювати себе від себе, внутрішньо психічні стимули від зовнішніх та підтримувати емпатію із звичайними соціальними критеріями реальності; (2) використання в основному примітивних механізмів захисту, таких як проєкція, заперечення, дисоціація або розщеплення; та (3) дифузія ідентичності, що стосується тих психологічних та поведінкових показників, які впливають із погано інтегрованої ідентичності, особливо погано інтегрованих понять "Я" та інших [36].

На основі цього Отто Кернберг разом з колегами розробили опитувальник **IPO** (The Inventory of Personality Organization–Revised), покликаний допомогти в оцінці поведінки та психологічних особливостей, що відображають ці три виміри у клінічній та неклінічній групах населення [37].

Dirk J.M. Smits з колегами, на основі IPO розробили коротший облік з чіткою структурою (без перехресних навантажень) та з мінімальною втратою інформації, що включає 41 елемент, 30 для шкали Identity diffusion\Primitive Defenses та 11 для шкали Reality testing [38]. Відповіді

вказують на згоду чи незгоду з твердженнями. У подальшому підрахунку “так” – це 1, а “ні” – 0 балів.

Методика для діагностики механізмів психологічного захисту

Методика IPO-RT, що проходить адаптацію включає в себе шкалу «Примітивні механізми захисту/дифузія ідентичності». Для перевірки її на конвергентну валідність нами була підібрана методика, яка ймовірно буде корелювати з даною шкалою.

«Індекс живого стилю (Life Style Index)» (LSI) був розроблений в 1979 р. Р. Плутчиком в співавторстві з Г. Келлерманом і Х. Контом для дослідження специфіки та рівня активних механізмів психологічної захисту. В 1985 р. методика була адаптована для російськомовної вибірки Е. Романовою и Л. Гребенніковою. В 2019 році дослідницею Бельською Н. А було доведено діагностичну придатність і психометричну валідність перекладеної на українську мову російськомовної версії «Індексу живого стилю» [39].

Така методика базується на структурній теорії его-захисту Р. Плутчика, згідно з якою «психологічний захист виступає як послідовне спотворення когнітивної і емоційної складових образу реальної конфліктної ситуації з метою зменшення емоційної напруженості» [40]. Опитувальник включає 92 твердження, які формують вісім шкал захисних механізмів, які є регуляторами основних емоцій.

Витіснення - це захисний механізм, за допомогою якого імпульси, неприйнятні для людини: бажання, думки, почуття, що викликають тривогу, витісняються у несвідомість.

Регресія проявляється в тому, що людина у своїх поведінкових реакціях прагне уникнути занепокоєння, переходить до більш ранніх стадій розвитку лібідо.

Дія захисного механізму *заміщення* виявляється у розряді придушених емоцій (найчастіше це злості і гніву), які людина відчуває

стосовно об'єкта, які менш небезпечні чи доступніші, ніж ті, що викликали негативні емоції та почуття.

Проекція базується на процесі, за допомогою якого не ідентифіковані та неприйнятні для людини почуття, думки, риси, що сприймаються з оточення, стають ніби інших людей і, так способом, стають ніби вторинним і не належать самій людині.

Компенсація часто поєднується з ідентифікацією. Це проявляється у спробах знайти підходящу заміну справжнього чи уявного дефекту, дефекту нестерпного почуття іншою якістю, почуттям.

Захисний механізм *раціоналізація* використовується для створення логічних (псевдо раціональних), але правдоподібні виправдання своєї чи іншої поведінки, дій чи переживань, викликані причинами, які людина не може визнати через загрозу втрати самооцінки.

Механізм психологічного захисту *заперечення*, за допомогою якого людина заперечує травматичні, тривожні обставини, певний внутрішній порив або заперечує частину себе.

Інтенсивність кожного психологічного захисту обчислюється за данною формулою $n / N \times 100\%$, де n – к-ть відповідей «так» за шкалою цього захисту, N - кількість усіх тверджень, пов'язаних з цією шкалою. Тоді сумарна напруга всіх захисних сил (ОНЗ) обчислюється за формулою $n / 92 \times 100\%$, де n - сума всіх позитивних відповідей на анкету [57].

Методика спрямована на оцінку властивостей особистості

Опитувальник Міні-мульти є скороченим варіантом ММРІ, має 71 питання, 11 шкал, з них 3 ті, що оцінюють. Ті 3 шкали оцінювання вимірюють щирість того, кого опитують, рівень достовірності отриманих результатів тестування і якою є величина корекції, що вноситься сильною й інтенсивною обережністю. 8 інших шкал є базисними.

Дані збираються таким чином, що респондент погоджується з твердженням, обираючи знак «+» («так», «вірно»), якщо не погоджується - знак «-» («ні», «невірно»).

Шкала брехні (L) оцінює щирість респондента.

Шкала вірогідності (F) ідентифікує недостовірні відповіді. Вищі значення за цією шкалою, показують найменш достовірні результати.

Шкала корекції (K) регулює спотворення, що виникають при черезмірною обережністю і пильним контролем досліджуваного за час тестування. Нерегульований контроль показує високі результати. Шкалу застосовують при корекції базисних шкал, які прямо залежать від величини самої шкали[47].

Базисні шкали.

Іпохондрія (Hs). Відношення опитуваного до астено невротичного типу особистості. Люди, що мають високі оцінки є повільними, розміреними та пасивними з низьким рівнем пристосованості.

Депресія (D). Високі показники показують чутливість, сенситивність особи, схильність до тривоги, сором'язливість. У справах вони старанні, сумлінні, високоморальні.

Істерія (Hy). Ідентифікує осіб, схильних до захисних реакцій, що належать до неврологічних конверсійного типу. Вони використовують симптоми фізичної хвороби як засіб уникнення відповідальності. Мають схильність до психосоматики.

Психопатія (Pd). Показує бали за що відповідають за соціальну дезадаптацію. Такі люди ведуть себе агресивно, легко провокуєть на конфлікт та не зважають на соціальні норми. Настрій у них нестабільний, вони зворушливі, збудливі та чутливі.

Паранойяльність (Pa). Показники за цією шкалою демонструють схильність до формування надцінних ідей [58]. Ці люди однобічні, агресивні та мстиві. Їх погляди стараються бути активно нав'язані іншим, що часто може провукувати конфлікти. Свої найменші успіхи вони завжди переоцінюють.

Психастенія (Pt). Високий показник в осіб з тривожним типом характеру, для яких характерні тривожність, боязкість, нерішучість, постійні сумніви.

Шизоїдність (Se). Особи з високими показниками за цією шкалою характеризуються шизоїдним типом поведінки. Такі особистості здатні

дуже точно відчувати і сприймати образи абстрактні, але буденні радощі і скорботи не викликають особливих емоцій у них.

Гіпоманія (Ma). Люди з високими оцінками за цією шкалою характеризуються високим настроєм незалежно від оточення. Такі люди є активними, енергичними та радіють життю. Вони люблять працювати в середовищі змін, контакт та взаємини з іншими людьми, але їхні інтереси поверхневі та нестабільні, їм не вистачає витривалості та наполегливості [41].

Методика на визначення ясності Я-концепції

Для перевірки методики IPO-RT на дискримінантну валідність нами була підібрана методика, яка ймовірно буде корелювати з шкалами цієї методики.

Методика Ясність Я-концепції (Self-Concept-Clarity - SCC) була розроблена Кемпбеллом та його колегами. «Ясність уявлення про себе» відображає те, наскільки чіткі і визначені уявлення людини про себе, наскільки вони внутрішньо узгоджені і стабільні. Розглядається, що дана риса показує характеристику особистості, а саме- рівня самоповаги [42].

Містить 12 тверджень. Оцінюють їх, використовуючи 5-бальну шкалу:

- 1 — абсолютно не погоджуюсь
- 2 — не погоджуюсь
- 3 — частково погоджуюсь, частково не погоджуюсь
- 4 — погоджуюсь
- 5 — абсолютно погоджуюсь

Поряд з твердженнями опитуваний ставить свою відповідь у формі балів, а потім результат підраховується сумою цих балів.

Інтерпретація отриманих результатів:

12-20 балів - вкрай висока ясність Я-концепції.

21-32 бали - середня ясність Я-концепції, ближче до високої.

33-39 балів - середня ясність Я-концепції.

40-51 балів - середня ясність Я-концепції, ближче до низької.

52-60 балів - вкрай низька ясність Я-концепції.

2.2.2 Опис результатів адаптації методики.

2.2.1 Особливості методик і групи досліджуваних.

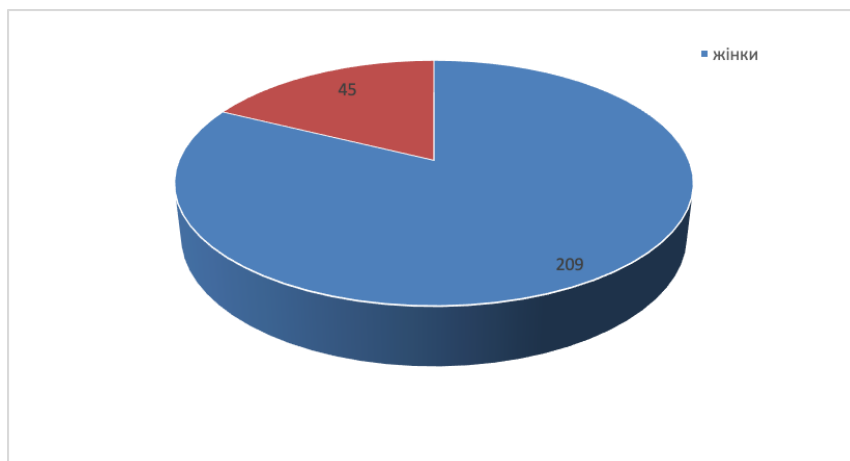
Виклад основного матеріалу дослідження з повним обґрунтуванням отриманих наукових результатів.

У дослідженні приймали участь 254 респондентів, з них 209 жінки і 45 чоловіків. Середній вік респондентів становить 32 роки. Діапазон віку від найменшого показника- 17 років, до найбільшого 60.

Стать

254 відповіді.

рис.1



Методи аналізу даних.

3

використанням програм STATISTICA 8 та Microsoft Excel були проведені відповідні статистичні обчислення для визначення внутрішньої узгодженості, надійності та валідності перекладеної українською мовою версії опитувальника. Обробляла критерії і методи аналізу даних в статистиці, використала кореляцію, середнє значення, медіану, моду, стандартне відхилення.

2.2.2 Результати вивчення показників валідності опитувальника.

Лінгвістична валідність.

Для перевірки методики на лінгвістичну валідність були залучені 2 експерти, які займались перекладом, оцінкою якості кінцевої версії методики. Також було здійснено процедуру зворотного перекладу тексту. Після перевірки методики експертами було усунено всі неточності. Остаточна версія методики застосовувалась у подальших дослідженнях [48].

Нормативні показники методики.

1)Перевірка методики на внутрішню (конституційну) надійність.

Внутрішня надійність – передбачає перевірку методики на її основні статистичні показники, тобто перевірка нормальності розподілу, частоти, дисперсії, моди, медіани [48]. За даними обчислень мір центральної тенденції для загальної вибірки отриманні результати не мають різких стрибків значень. Показники середнього значення, медіани та моди відображенні у табл.1

Для кількості респондентів

	Valid N	Mean	Median	Mode	Frequency - of Mode	Minimum	Maximum	Std.D ev.
--	----------------	-------------	---------------	-------------	--------------------------------	----------------	----------------	----------------------

Primitive Defenses/Identity Diffusion	254	9,71	9,00	3,00	20	0,00	27,00	5,99
Reality Testing	254	2,74	2,00	0,00	51	0,00	11,00	2,32

Для респондентів-жінок:

таб.2

	Valid N	Mean	Median	Mode	Frequency - of Mode	Minimum	Maximum	Std.Dev
Примітивні захисти	209	9,88	9,00	3,00	17	0,00	26,00	5,81
Тестування реальності	209	2,72	2,00	3,00	40	0,00	9,00	2,22

Для респондентів-чоловіків:

таб.3

	Valid N	Mean	Median	Mode	Frequency - of Mode	Minimum	Maximum	Std.Dev.
Primitive	38	7,21	6,50	4,00	6	1,00	13,00	3,39
Reality testing	45	8,96	8,00	4,00	8	0,00	27,00	6,80

Відсутність нормального розподілу може бути у опитувальнику для клінік.

2) Перевірка методики на наявність зв'язків між шкалами методики.

Дослідження показали, що методика володіє високими показниками внутрішніх кореляцій між питаннями і між шкалами методики. Сила кореляційних зв'язків між шкалами методик вказує на високу валідність методики [48] (Таблиця 1.).

Таблиця 4

Кореляційна валідність методики опитувальника **IPO-RT** (The Inventory of Personality Organization–Revised)

	Примітивні механізми захисту / дифузія ідентичності	Тестування реальності
Примітивні захисні сили / дифузія ідентичності	1,000	0,598
Тестування реальності	0,598	1,000

Отже, перевірка кореляційних зв'язків всередині методики вказує на те, що методика володіє хорошою валідністю [48].

3)Перевірка методики на факторну валідність

З метою перевірки адекватності україномовної версії і стійкості вихідної структури чинника дані, отримані в ході тестування, були піддані факторному аналізу (Таблиця 2.):

До фактору 1 (примітивні механізми захисту/дифузія ідентичності) увійшли питання: 1, 3, 12, 19, 28, 37. Цей фактор пояснює 17% дисперсії даних.

До фактору 2 (тестування реальності) увійшли питання 13, 17, 18, 20, 24, 40, 41). Цей фактор пояснює 6% дисперсії даних.

Таблиця 5

Факторний аналіз

	Фактор - 1	Фактор - 2
1.Я не можу пояснити зміни в своїй поведінці.	0,502626	-0,109648
2. Коли я знервований чи збентежений , мені здається, наче речі в зовнішньому світі також не мають сенсу.	0,481026	0,081699
3. Я почуваюсь так, наче я інша людина вдома, порівняно з тим, який я на роботі чи в школі	0,513884	-0,019664
4. Я відчуваю, що не отримую те, чого хочу.	0,495560	0,074234
5. Я помічаю, що роблю щось, що засмучує інших і не знаю, чому це їх засмучують.	0,214838	0,217444

6. Деякі з моїх друзів здивувалися б, наскільки по-різному я поведжусь в різних ситуаціях.	0,481382	0,038722
7. Я відчуваю, що мої смаки та погляди не зовсім мої власні, а наче запозичені від інших.	0,454680	0,019946
8. Я відчуваю, що мої бажання чи думки можуть здійснитись якимось магічним чином.	0,124728	0,289695
9. Люди кажуть мені, що я провокую чи обманюю їх щоб досягти свого.	-0,013760	0,341196
10. Я не впевнений, що голос, який я чув, чи щось, що я бачив - це плід моєї уяви чи реальність.	0,235841	0,263950
11. Я думаю, що бачу речі, які, коли я придивлюсь ближче, виявляються чимось іншим.	0,274978	0,378258
12. Я не можу пояснити зміни в своїй поведінці.	0,551354	0,109740
13. Я можу бачити і чути речі, які ніхто інший не може побачити чи почути.	-0,015403	0,685702
14. Я помічаю, що роблю щось, що в інші моменти вважаю не надто мудрим, як, наприклад випадковий секс, брехня, вживання алкоголю, істерики чи дрібне порушення закону.	0,452178	0,034164

15. Мені кажуть, що я поведжусь суперечливо.	0,341547	0,258119
16. Я не можу визначити, чи певні фізичні відчуття, які я переживаю, є реальними, чи я їх вигадую	0,466934	0,104784
17. Я чую речі, про які інші кажуть, що їх немає.	-0,133409	0,522783
18. Те, як я поведжусь, здається іншим непередбачуваним і непостійним.	0,171514	0,527291
19. Люди мають схильність використовувати мене, якщо я цього не контролюю	0,511656	0,217434
20. Я розумію і знаю речі, які ніхто інший не здатен зрозуміти чи знати.	0,017716	0,684373
21. Якби моє життя було книжкою, воно б радше було збіркою оповідань, написаних різними авторами, ніж довгим романом.	0,268257	0,396965
22. У моєму житті є люди, якими не лише захоплююсь, але і майже ідеалізую.	0,420923	0,118681
23. У мене з'являються хобі та інтереси, але я їх кидаю.	0,234794	0,098521
24. Я бачив речі, які не існують в реальності.	-0,050967	0,540977

25. Я помічаю, що роблю щось, що здається мені нормальними в той момент, коли я це роблю, але пізніше мені важко повірити, що я це робив.	0,480941	0,367957
26. Навіть люди, які добре мене знають, не можуть передбачити мою поведінку	0,321968	0,447426
27. Я чув і бачив речі навіть коли немає очевидної на це причини.	0,207208	0,431359
28. Мені важко бути впевненим у тому, що про мене думають інші люди, навіть ті, хто добре мене знає.	0,563880	0,141590
29. Люди схильні відповідати мені або надмірною любов'ю, або покиданням.	0,452409	0,353091
30. Я маю схильність відчувати дещо загострено: або величезну радість, або сильний відчай.	0,420096	0,424888
31. Я бачу себе геть по-різному в різних ситуаціях.	0,489158	0,327620
32. Я боюсь втратити себе в процесі інтимних стосунків.	0,407018	0,108837
33. Мої життєві цілі часто змінюються з року в рік.	0,398028	0,144624

34. Я часто щось вихваляю, навіть якщо потім виявляюся неправим у своїх судженнях.	0,436683	0,240532
35. Я коливаюсь між тим, щоб бути теплим та відданим в деякі моменти, і холодним та байдужим в інші моменти.	0,392389	0,205127
36. Я імпульсивно роблю щось, що вважаю соціально неприйнятним.	0,305672	0,366455
37. Мої цілі постійно змінюються	0,502826	0,163235
38. Коли все навколо мене неспокійне і заплутане, я відчуваю те саме всередині себе.	0,398768	0,044283
39. Люди вважають мене грубіяном та нетактовним, і я не знаю, чому.	0,078614	0,220793
40. Я почуваюсь так, наче був десь раніше, де насправді не бував чи робив щось таке, чого насправді не робив.	0,217251	0,575899
41. Я вірю, що щось може статись просто якщо я подумаю про це.	0,111750	0,612035

Як видно з таблиці, збережена вихідна двофакторна модель, причому в кожен фактор потрапили відповідні твердження, проте з не надто високими навантаженнями.

Загалом, факторна структура методики пояснює 25% розкиду даних, що є незначним показником.

Таблиця 6

Факторний аналіз

	Eigenvalue	% Total - variance	Cumulative - Eigenvalue	Cumulative - %
1	7,652335	18,66423	7,65233	18,66423
2	2,582392	6,29852	10, 23473	24, 96275

4) Перевірка методики на контекстуальну (дискримінантні та конвергентну) валідність.

Конструктивна валідність, яка виражається у двох видах – конвергентна та дискримінантна, що передбачає і показує, наявність зв'язку із змінними, які за теоретичним припущенням повинні корелювати із змінними методики, що проходить адаптацію. Конвергентна валідність, передбачає наявність зв'язку із показниками до яких вони повинні бути подібними, дискримінантна – відсутність зв'язку із шкалами від яких вони повинні відрізнитись [48]. Ми припускаємо, що шкали («Primitive Defenses/Identity Diffusion»; «Reality Testing») опитувальника IPO-RT мають прямий зв'язок з такими захисними механізмами як витіснення, регресія, заміщення, проекція, компенсація, раціоналізація, гіперкомпенсація, заперечення. А також матимуть зворотній зв'язок зі шкалом «Ясність Я-концепції».

Таблиця 7

Кореляційний аналіз

	Заперечення	Заміщення	Проекція	Компенсація	Гіперкомпенсація	Раціоналізація	Витіснення	Регресія
Primitive Defenses/Identity Diffusion	0,15	0,58	0,39	0,36	0,30	0,02	0,16	0,64
Reality Testing	0,28	0,27	0,19	0,22	0,23	0,12	0,14	0,37

Таблиця 8

Кореляційний аналіз

	Епіхондрія	Депресія	Істерія	Паранояльність	Шизоїдність	Психастенія	Гіпоманія
Primitive Defenses/Identity Diffusion	0,52	0,50	0,29	0,53	0,69	0,70	0,62

Reality Testing	0,34	0,21	0,18	0,39	0,50	0,42	0,45
-----------------	------	------	------	------	------	------	------

Встановлено **пряму кореляцію** між:

- шкалою «Primitive Defenses/Identity Diffusion» та шкалами: «Заперечення» ($r = 0,28$; $p \leq 0,01$), «Заміщення» ($r = 0,27$; $p \leq 0,01$), «Проекція» ($r = 0,19$; $p \leq 0,01$), «Компенсація» ($r = 0,22$; $p \leq 0,01$), «Гіперкомпенсація» ($r = 0,23$; $p \leq 0,01$) «Витіснення» ($r = 0,14$; $p \leq 0,01$), «Регресія» ($r = 0,64$; $p \leq 0,01$), «Іпохондрія» ($r = 0,52$; $p \leq 0,01$), «Депресія» ($r = 0,50$; $p \leq 0,01$), «Істерія» ($r = 0,29$; $p \leq 0,01$), Паранояльність» ($r = 0,53$; $p \leq 0,01$), «Шизоїдність» ($r = 0,69$; $p \leq 0,01$), «Психастенія» ($r = 0,70$; $p \leq 0,01$), «Гіпоманія» ($r = 0,62$; $p \leq 0,01$).
- шкалою «Reality Testing» та шкалами: «Заперечення» ($r = 0,15$; $p \leq 0,01$), «Заміщення» ($r = 0,58$; $p \leq 0,01$), «Проекція» ($r = 0,39$; $p \leq 0,01$), «Компенсація» ($r = 0,36$; $p \leq 0,01$), «Гіперкомпенсація» ($r = 0,30$; $p \leq 0,01$), «Витіснення» ($r = 0,16$; $p \leq 0,01$), «Регресія» ($r = 0,37$; $p \leq 0,01$), «Іпохондрія» ($r = 0,34$; $p \leq 0,01$), «Депресія» ($r = 0,21$; $p \leq 0,01$), «Істерія» ($r = 0,18$; $p \leq 0,01$), Паранояльність» ($r = 0,39$; $p \leq 0,01$), «Шизоїдність» ($r = 0,50$; $p \leq 0,01$), «Психастенія» ($r = 0,42$; $p \leq 0,01$), «Гіпоманія» ($r = 0,45$; $p \leq 0,01$).

Дані, відображені в таблиці, свідчать про те, що шкали «Примітивні захисні сили / дифузія ідентичності» та «Тестування реальності» мають прямий зв'язок із незрілими механізмами психологічного захисту (заперечення, проекція), а також із зрілими (заміщення, компенсація, гіперкомпенсація, витіснення, регресія) [43]. Тут варто зазначити, що Отто

Кернберг має інше бачення класифікації механізмів захисту. Про використання вищих механізмів захисту, за О. Кернбергом варто говорити тоді, коли особистість здатна до символізації та до усвідомлення власних емоційних переживань, суб'єктивних станів.

Найбільш міцний зв'язок шкали «Примітивні захисні сили /дифузія ідентичності» встановлено із захисним механізмом регресія ($r = 0,64$). Тобто, чим більше особистість уникає занепокоєння, шляхом переходу до більш ранніх стадій розвитку лібідо, тим в більшій мірі йдеться про дифузність її ідентичної. Можемо припускати, що особистість немає чіткої і цілісної ідентичності, тому при тривожних, проблемних ситуація вдається до функціонування на більш ранніх стадіях.

Цікаво, що регресія за Ненсі Мак-Вільямс є зрілим захистом. Однак, дослідник Максименко О.Г., на основі ідей О. Кернберга, визначає, що регресія як психологічний захист утворюється у період з 3-ох до 6-ти років, що свідчить про його незрілість, порівняно з іншими механізмами [44]. В класифікації Р. Плутчика, заперечення, регресія і проекція – це дуже примітивні механізми захист [45].

В свою чергу, найменш міцний зв'язок встановлено між шкалою «Примітивні захисні сили /дифузія ідентичності» запереченням та витісненням. Тобто, чим вищий рівень дифузії ідентичності, тим в більшій мірі особистість ігнорує потенційно тривожну інформацію та витісняє неприйнятні для неї імпульси. Цей результат може бути свідченням того, що особистість з менш дифузною ідентичністю вдається в більшій мірі не до регресії, а до заперечення і витіснення, таким чином, залишаючись функціонувати на актуальному рівні розвитку лібідо.

За Ненсі Мак-Вільямс заперечення належить до первинних механізмів захисту, а витіснення до вторинних. Результат статистичної перевірки показує нам, що чим менш структура особистості є чіткою і цілісною, тим більше вона використовує як заперечення так і витіснення, а

ще в більшій мірі – регресію і заміщення (Таблиця 2. 2). Таким чином, дана класифікація може бути переглянута.

Найменш статистично значущий зв'язок встановлено між шкалою «Тестування реальності» та витісненням ($r = 0,14$). Тобто, чим більше особа вдається до витіснення неприйнятних імпульсів, бажань тощо, тим вищий рівень спотворення реальності.

Найбільш статистично значущий зв'язок встановлено між шкалою «Тестування реальності» та регресією ($r = 0,37$).

На основі отриманих результатів, можемо припускати, що використовуючи витіснення як захисний механізм, особистість в меншій мірі здатна до спотворення реальності, в порівнянні тоді, коли використовує регресію.

Встановлено статистично значущий зв'язок між шкалами «Тестування реальності» і «Проекція». Тобто, чим в більшій мірі особистість локалізує назовні не ідентифіковані та неприйнятні для себе почуття, думки, риси, тим більш спотворене її тестування реальності. Таким чином, це є підтвердженням думки Отто Кернберга, про те, що проекція вимагає досягнення більш високого рівня розвитку, є адаптивним варіантом захисту, але на ранніх стадіях розвитку. В більш зрілому віці в результаті проекції відбувається викривлення реальності [46].

Не було встановлено статистично значущого зв'язку між шкалами опитувальника IPO-RT та захисним механізмом раціоналізацією. За Ненсі Мак-Уільямс та Отто Кернбергом, даний механізм психологічного захисту відноситься до вторинних, зрілих механізмів. Таким чином, даний результат можна розглядати теж як підтвердження контекстуальної валідності, адже шкали методики IPO-RT спрямовані на виявлення ознак примітивних захистів та спотворення тестування реальності.

В підсумку, можемо сказати, що тісний зв'язок шкал опитувальника з такими механізмами захисту як заперечення, заміщення, компенсація, гіперкомпенсація, проекція, витіснення, регресія та відсутність такого зв'язку з раціоналізацією, може бути свідченням контекстуальної валідності адаптованої версії методики IPO-RT. За умови перегляду рівня зрілості таких механізмів як регресія, витіснення.

Статистично значущу кореляцію встановлено між шкалами опитувальника та базисні особистісними особливостями.

Найміцніший зв'язок виявлено між шкалою «Примітивні захисні сили /дифузія ідентичності» та психастенією ($r = 0,70$), шизоїдністю ($r = 0,69$). Тобто, чим більше в особистості виражена тенденція до тривожності, боязкості, нерішучості, постійних сумнівів, а також емоційно відстороненості, закритості тим в більшій мірі можемо говорити про вираження дифузності ідентичності, відсутності цілісності й чіткості ідентичності. Особи з вираженою психастенією мають низьку самооцінку, не впевнені в собі, погано справляються з труднощами. Тобто, присутній дефіцит цілісності й чіткості структури. Можемо сказати, що за О. Кернбергом такі особистості мають вищий рівень дифузності ідентичності, адже не здатні інтегрувати Я.

Особи з вираженою шизоїдністю характеризуються труднощами соціалізації та комунікації з іншими. Тоді, ймовірно, такі особистості мають дефіцит структури з боку інтеграції значимих Інших.

Найменш тісний зв'язок шкали «Примітивні захисні сили /дифузія ідентичності» з істерією ($r = 0,29$). Ймовірно, зв'язок з істерією є менш міцний тому, що даний тип особистості частіше відносять до більш невротичного рівня функціонування. Істеричні особистості є яскравими, але не здатними до глибоких переживань. Однак, в більшій мірі здатні до чіткості й цілісності особистості, невідмінну від шизоїдних та психастенічних. Дану думку можна підтвердити тим, що було виявлено

найменш тісний зв'язок між «Тестуванням реальності» та істерією ($r = 0,18$), а найбільш тісний з шизоїдністю ($r = 0,50$).

таблиця 9

Кореляційний аналіз

	Primitive Defenses/Identity Diffusion	Reality Testing
Ясність Я-концепції	-0,72	-0,42

У процесі дослідження було також встановлено **обернену кореляцію** між шкалами «Ясність Я концепції» і «Primitive Defenses/Identity Diffusion» ($r = -0,72$; $p \leq 0,01$) та шкалою «Reality Testing» ($r = -0,42$; $p \leq 0,01$).

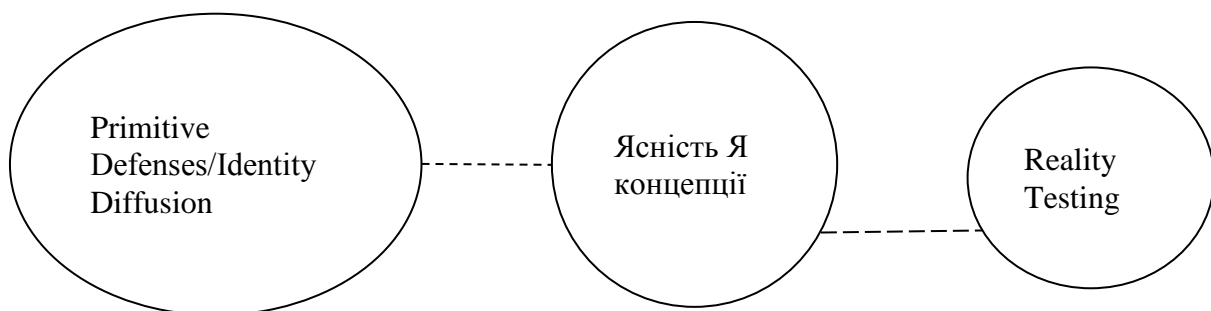


рис.2

Рисунок 2. Кореляційна плеяда: зв'язок шкали «Ясність Я-концепції» з шкалами «Primitive Defenses/Identity Diffusion» та Reality Testing»

Таким чином, можемо стверджувати, що шкали україномовної версії опитувальника IPO-RT високу контекстуальну валідності.

5) Перевірка методики на внутрішню надійність методом Альфа-Кронбаха.

Коефіцієнт Альфа Кронбаха – найпопулярніший спосіб вимірювання надійності тесту. Цей метод вказує наскільки є узгодженими запитання всередині окремої шкали (вважається маркером внутрішньої узгодженості оцінки достовірності результатів тестів) [48]. Альфа Кронбаха побічно вказує на ступінь того, наскільки всі пункти дійсно вимірюють однакові властивості.

Дослідження адаптації методики IPO-RT показало, що всі шкали україномовної версії методики володіють високою надійністю (Таблиця 2.7).

Таблиця 10

	Показник α
Primitive Defenses/ Identity Diffusion	$\alpha=0,864$
Reality Testing	$\alpha=0,735$

Висновки до 2 розділу.

В нашому дослідженні було описано процедуру адаптації україномовної методики вимірювання структурної організації особистості. Основними процедурами адаптації методики IPO-RT були: перевірка на валідність (лінгвістична валідність, факторна валідність, кореляційна валідність, контекстуальна валідність) та перевірка на надійність (конституційна надійність, внутрішня надійність) [48].

За допомогою факторного аналізу було встановлено, що україномовна версія опитувальника IPO-RT має збережену вихідну двофакторна модель, причому в кожен фактор потрапили відповідні твердження, однак з не надто високими навантаженнями.

Дослідження показало, що методика володіє високими показниками внутрішніх кореляцій між питаннями і між шкалами методики. Сила кореляційних зв'язків між шкалами методик вказує на високу валідність методики [48].

Для перевірки опитувальника на контекстуальну валідність були підбрані методики, які за теоретичним припущенням повинні корелювати із змінними методики, що проходить адаптацію [48]: «Індекс життєвого стилю (Life Style Index)», MMPI, Ясність Я-концепції (Self-Concept-Clarity – SCC).

Було встановлено тісний зв'язок шкал опитувальника з такими механізмами захисту як заперечення, заміщення, компенсація,

гіперкомпенсація, проекція, витіснення, регресія та відсутність такого зв'язку з раціоналізацією,

Виявлено прямий зв'язок між такими властивостями особистості як іпохондрія, депресія, істерія, паранояльність, психастенія, гіпоманія.

Кореляційний аналіз також показав, що шкали опитувальника IPO-RT мають обернений зв'язок із шкалою «Ясність Я-концепції».

Дані результати є свідченням контекстуальної валідності україномовної версії методики IPO-RT.

Дослідження адаптації методики IPO-RT показало також, що всі шкали україномовної версії володіють високою надійністю.

Загалом, україномовна адаптована версія опитувальника IPO-RT володіє високими психометричними показниками, що дозволяє використовувати його у подальших дослідженнях структурної організації особистості.

Висновки.

Якісний підхід до розуміння і діагностики стану психічного та психологічного здоров'я є критерієм професіоналізму психіатрів,

психотерапевтів, психологів. Тому важливою є розробка і вдосконалення діагностичного інструментарію надійної оцінки стану пацієнтів.

Аналіз літератури був сфокусований на дослідженні сучасних підходів до діагностики психічних порушень, зокрема розладів особистості. В сучасній світовій практиці в сфері психічного здоров'я існують два основних підходи до діагностики розладів особистості – клінічний й психодинамічний. Так психіатри чи клінічні психологи при підозрі на наявність розладу особистості орієнтуються на оцінку когнітивних, афективних, міжособистісних і поведінкових тенденцій, використовуючи спеціальні діагностичні критерії, описані в DSM (Довідник Американської психіатричної асоціації з діагностики і статистики психічних розладів) та МКХ (Міжнародний класифікатор хвороб).

Окрім описового підходу до діагностики розладів особистості, який використовується у психіатричній практиці і орієнтований на опис симптомів і спостереження за поведінкою, існує також психодинамічна діагностика. Даний підхід є більш глибоким і не обмежується лише клінічними проявами розладу, діагностика спрямована в більшій мірі на розуміння особистості, зокрема її ідентичності, якості інтерналізованих об'єктних відносин, провідних механізмів захисту тощо. Відповідно, на основі дослідження таких особистісних особливостей можна виявити різні організаційні рівні психічних структур, що і буде діагнозом в психоаналітичному розумінні. Розрізняють невротичний, межовий та психотичний рівні структурної організації психіки. Зокрема, межовий рівень чи межовий розлад особистості, за Отто Кернбергом, характеризується досить розвиненою функцією тестування реальності, що може служити діагностичним критерієм відмінності її від психотичної особистості. Межова структура, як і психотична здебільшого використовує примітивні механізми психологічного захисту, головним з яких є

розщеплення, а також ознакою межового розладу особистості є синдромом «дифузної ідентичності».

Теоретична модель Отто Кернберга, спрямована на розуміння структурної організації особистості лягла в основу розробки діагностичного інструментарію The Inventory of Personality Organization– Revised, покликаного допомогти в оцінці поведінки та психологічних особливостей, що відображають ці три структурні виміри у клінічній та не клінічній групах населення.

Інші науковці Dirk J.M. Smits та Claes H. Vertommen, на основі IPO розробили коротший облік з чіткою структурою (без перехресних навантажень) та з мінімальною втратою інформації, що включає 41 елемент, 30 для шкали Identity diffusion\Primitive Defenses та 11 для шкали Reality testing. У нашій роботі була проведена адаптація україномовної версії саме цього опитувальника, який спрямований на визначення типу провідних механізмів захисту наявності чи відсутності синдрому «дифузної ідентичності» та рівня тестування реальності.

Основними процедурами адаптації методики IPO-RT були: перевірка на валідність (лінгвістична валідність, факторна валідність, кореляційна валідність, контекстуальна валідність) та перевірка на надійність (конституційна надійність, внутрішня надійність).

За допомогою факторного аналізу було встановлено, що україномовна версія опитувальника IPO-RT має збережену вихідну двофакторна модель.

Дослідження показало, що методика володіє високими показниками внутрішніх кореляцій між питаннями і між шкалами методики, що свідчить про високу валідність методики.[48]

Для перевірки опитувальника на контекстуальну валідність були підбрані методики, які за теоретичним припущенням повинні корелювати

із змінними методики. Таким чином, було виявлено контекстуальну валідності україномовної версії методики IPO-RT.

Показники коефіцієнта альфа-Кронбаха шкал опитувальника засвідчили, що всі шкали україномовної версії володіють високою надійністю.

Отже, україномовна адаптована версія опитувальника IPO-RT володіє високими психометричними показниками, що дозволяє використовувати його у подальших дослідженнях структурної організації особистості.

Використані джерела.

- [1] Расстройство личности [Електронний ресурс] – Режим доступу до ресурсу: <https://medlux.net.ua/rasstrojstvo-lichnosti.html>., Аврамчук О. Спростовання міфів про психічне здоров'я людини [Електронний ресурс] / Олександр Аврамчук. – 2016. – Режим доступу до ресурсу: <https://ucu.edu.ua/news/likar-psyholog-oleksandr-avramchuk-sprostovuye-mify-pro-psyhichne-zdorov-ya-lyudyny/>.
- [2] (Мак-Вильямс Н. Психоаналитическая диагностика: Понимание структуры личности в клиническом процессе / Н. Мак-Вильямс; [пер. С англ. Под ред])
- [3] Кернберг О. Тяжелые личностные расстройства: стратегии психотерапии [Електронний ресурс] / Отто Кернберг – Режим доступу до ресурсу: <https://litlife.club/books/48508/read?Page=8>
- [4] (Ел.ресурс: стаття “Overview of Personality Disorders” Andrew Skodol)
- [5] (Електронний ресурс <https://health-ua.com/article/36225-rozladi-osobistost-rozvitok-uyavlen-suchasnklasifikatc-poglyadi-na-terapyu>).
- [6] Александровский Ю.А. Краткий психиатрический словарь. М.: РЛС-2009, 2008. — 128 с.
- [7] Введение в психологию: Учебник для студентов университетов В.П Зинченко.
- [8] (американська Психіатрична асоціація, 2011a; Skodol & Bender, 2009).
- [9] Введение в психологию: Учебник для студентов университетов В.П Зинченко.
- [10] (Введение в психологию: Учебник для студентов университетов В.П Зинченко)
- [11] (Мак-Вильямс Н. Психоаналитическая диагностика)
- [12] Дерман Е.В. Алгоритм диагностики расстройств личности у пациентов с коморбидными психическими и поведенческими

расстройствами [Электронный ресурс] / Дерман Е.В. // Медицинские новости. – 2014. – Режим доступа до ресурсу: <https://cyberleninka.ru/article/n/algorithm-diagnostiki-rasstroystv-lichnosti-u-patsientov-s-komorbidnymi-psihicheskimi-i-povedencheskimi-rasstroystvami/viewer>.

[13] Скодол А. Обзор расстройств личности (Overview of Personality Disorders) [Электронный ресурс] / А. Скодол. – 2018. – Режим доступа до ресурсу:

<https://www.msmanuals.com/ru/%D0%BF%D1%80%D0%BE%D1%84%D0%B5%D1%81%D1%81%D0%B8%D0%BE%D0%BD%D0%B0%D0%BB%D1%8C%D0%BD%D1%8B%D0%B9/%D0%BD%D0%B0%D1%80%D1%83%D1%88%D0%B5%D0%BD%D0%B8%D1%8F-%D0%BF%D1%81%D0%B8%D1%85%D0%B8%D0%BA%D0%B8/%D1%80%D0%B0%D1%81%D1%81%D1%82%D1%80%D0%BE%D0%B9%D1%81%D1%82%D0%B2%D0%B0-%D0%BB%D0%B8%D1%87%D0%BD%D0%BE%D1%81%D1%82%D0%B8/%D0%BE%D0%B1%D0%B7%D0%BE%D1%80-%D1%80%D0%B0%D1%81%D1%81%D1%82%D1%80%D0%BE%D0%B9%D1%81%D1%82%D0%B2-%D0%BB%D0%B8%D1%87%D0%BD%D0%BE%D1%81%D1%82%D0%B8-overview-of-personality-disorders>.

[14] Диденко А. Дименциональный подход в оценке расстройств личности у осужденных с использованием метода расчета психодинамических коэффициентов цветовых предпочтений по Д. В. Сочивко / А. ДИДЕНКО, О. СОЧИВКО. // Психологические науки. – 2016. – С. 68–74.

[15] Бурлачук Л. Ф. Психотерапия: Учебник для вузов. [Электронный ресурс] / Л. Ф. Бурлачук, А. С. Кочарян // Питер. – 2015. – Режим доступа до ресурсу:

https://books.google.com.ua/books?Id=a9zldaaqbj&pg=PA57&lpg=PA57&dq=%D0%BF%D1%81%D0%B8%D1%85%D0%BE%D0%B4%D0%B8%D0%BD%D0%B0%D0%BC%D0%B8%D1%87%D0%B5%D1%81%D0%BA%D0%BE%D0%B5+%D0%BF%D0%BE%D0%B4%D1%85%D0%BE%D0%B4+%D0%BA+%D0%B4%D0%B8%D0%B0%D0%B3%D0%BD%D0%BE%D1%81%D1%82%D0%B8%D0%BA%D0%B5+%D1%80%D0%B0%D1%81%D1%81%D1%82%D1%80%D0%BE%D0%B9%D1%81%D1%82%D0%B2+%D0%BB%D0%B8%D1%87%D0%BD%D0%BE%D1%81%D1%82%D0%B8&source=bl&ots=nd_ehzvleh&sig=acfu3u0ifws4memjjum5wij2o4qqcrct3a&hl=uk&sa=X&ved=2ahukewii4ua2vldpahxowoskhwqcafc4chdoatabegqichab#v=onepage&q=%D0%BF%D1%81%D0%B8%D1%85%D0%BE%D0%B4%D0%B8%D0%BD%D0%B0%D0%BC%D0%B8%D1%87%D0%B5%D1%81%D0%BA%D0%BE%D0%B5%20%D0%BF%D0%BE%D0%B4%D1%85%D0%BE%D0%B4%20%D0%BA%20%D0%B4%D0%B8%D0%B0%D0%B3%D0%BD%D0%BE%D1%81%D1%82%D0%B8%D0%BA%D0%B5%20%D1%80%D0%BE%D0%B9%D1%81%D1%82%D0%B2+%D0%BB%D0%B8%D1%87%D0%BD%D0%BE%D1%81%D1%82%D0%B8-overview-of-personality-disorders.

[B0%D1%81%D1%81%D1%82%D1%80%D0%BE%D0%B9%D1%81%D1%82%D0%B2%20%D0%BB%D0%B8%D1%87%D0%BD%D0%BE%D1%81%D1%82%D0%B8&f=false.](#)

[16] Мак-Вильямс Н. Психоаналитическая диагностика: Понимание структуры личности в клиническом процессе / Пер. С англ. — М.: Независимая фирма “Класс”, 2001. — 480 с. — (Библиотека психологии и психотерапии, вып. 49).

[17] Куттер. П. Современный психоанализ. Введение в психологию бессознательных процессов [Электронный ресурс] / Петер Куттер.. – 1997. – Режим доступа до ресурсу: <http://www.lib.ru/PSHO/KUTTER/psihoanaliz.txt>.

[18] Кернберг О.Ф. Тяжелые личностные расстройства: Стратегии психотерапии / Пер. С англ. М.И. Завалова. - М.: Независимая фирма "Класс", 2000. - 464 с.

[19] Всесвітня організація охорони здоров'я. Міжнародна класифікація хвороб (10-й перегляд) .- спб, «Оверлайд», 1994 - стор. 202

[20] Skodol A. Пограничное расстройство личности (ПРЛ) [Электронный ресурс] / Andrew Skodol // СПРАВОЧНИК MSD Профессиональная версия – Режим доступа до ресурсу: <https://www.msmanuals.com/ru>

[21] Шук Д. «Пациенты с пограничным расстройством личности больше не относятся к числу безнадежных, как было принято считать раньше» [Электронный ресурс] / Джин Шук // Нейронews. – 2012. – Режим доступа до ресурсу: <https://neuronews.com.ua/ru/archive/2012/8%2843%29/article-709/dzhin-shuk-pacienty-s-pogranichnym-rasstroystvom-lichnosti-bolshe-ne-otnosyatsya-k-chislu-beznadezhnyh-kak-bylo-prinyato-schitat-ranshe-#gsc.tab=0>.

[22] Пограничні розлади (borderline): історія питання, власна концепція, і терапевтичні пропозиції [Електронний ресурс] // Медицина світу. – 2001. – Режим доступа до ресурсу: <http://msvitu.com/pages/appendices/1-POG.pdf>.

[23] Залуцкая Н. М. Пограничное расстройство личности: вопросы диагностики и терапии [Электронный ресурс] / Наталья Михайловна Залуцкая – Режим доступа до ресурсу: <https://psypharma.ru/ru/pogranichnoe-rasstroystvo-lichnosti-voprosy-diagnostiki-i-terapii#>

[24] Адлер Д. Одиночество и пограничная психопатология: отсылка к детскому развитию [Электронный ресурс] / Джеральд Адлер. – 2018. – Режим доступа до ресурсу: <https://psychoanalysis.by/tag/%D0%BF%D0%BE%D0%B3%D1%80%D0%B0%D0%BD%D0%B8%D1%87%D0%BD%D0%BE%D0%B5-%D1%80%D0%B0%D1%81%D1%81%D1%82%D1%80%D0%BE%D0%B9%D1%81%D1%82%D0%B2%D0%BE/>.

[25] Адлер Д. Одиночество и пограничная психопатология: отсылка к детскому развитию [Электронный ресурс] / Джеральд Адлер. – 2018. –

Режим доступа до ресурсу:
<https://psychoanalysis.by/tag/%D0%BF%D0%BE%D0%B3%D1%80%D0%B0%D0%BD%D0%B8%D1%87%D0%BD%D0%BE%D0%B5-%D1%80%D0%B0%D1%81%D1%81%D1%82%D1%80%D0%BE%D0%B9%D1%81%D1%82%D0%B2%D0%BE/>

[26] Kohut, 1972 — Н. Kohut. Thoughts on narcissism and narcissistic rage. — The Psychoanalytic Study of the Child, 27. New Haven: Yale University Press. P. 360 400.

[27] Winnicott, 1969 — D. Winnicott. The use of an object. — International Journal of Psychoanalysis, 50. P. 711 716

[28] Мак-Вильямс Н. Психоаналитическая диагностика: Понимание структуры личности в клиническом процессе / Н. Мак-Вильямс; [пер. С англ. Под ред.]

[29] Рождественский, Д. С. Пограничная личность / Д. С. Рождественский — спб: Б&К, 2006. — 160 с.

[30] Кернберг О. Тяжелые личностные расстройства: стратегии психотерапии [Электронный ресурс] / Отто Кернберг — Режим доступа до ресурсу: <https://litlife.club/books/48508/read?Page=8>.

[31] Silveira L. Validity Evidences of the Inventory of Personality Organization - Brasil (IPO-Br): Its Relation with the Five-Factor Model of Personality [Электронный ресурс] / L. Silveira, D. Bandeira // Trends in Psychology. — 2018. — Режим доступа до ресурсу: https://www.scielo.br/scielo.php?Script=sci_arttext&pid=S2358-18832018000401875&lng=en&nrm=iso&tlng=en#B41.

[32] The Inventory of Personality Organization: Psychometric properties, factorial composition, and criterion relations with affect, aggressive dyscontrol, psychosis proneness, and self-domains in a nonclinical sample. / Lenzenweger M. F, Kernberg O. F, Clarkin J. F, Foelsch P. A.. // Psychological Assessment. — 2001. — №13. — С. 577–591.

[33] Kernberg, O.F.,. The inventory of personality organization / Kernberg, O.F.,, Clarkin, J.F.. // White Plains, NY: The New York Hospital-Cornell Medical Center. — 1995.

[34] Verreault, M.,. Assessment of personality organization in couple relationships: Factorial structure of the inventory of personality organization and incremental validity over neuroticism / Verreault, M.,, Sabourin, S.,, Clarkin, J. F. // Journal of Personality Assessment. — 2013. — №95. — С. 85–95.

[35] Smits D. The Inventory of Personality Organization—Revised Construction of an Abridged Version [Электронный ресурс] / D. Smits, L. Claes, H. Vertommen // European Journal of Psychological Assessment. — 2009. — Режим доступа до ресурсу: <https://mail.google.com/mail/u/0/?Tab=rm#inbox/qgrcjhrnsbcvbjtzcbstnjbrrclcvxscq?Projector=1&messagepartid=0.1>

- [36] Smits D. The Inventory of Personality Organization–Revised Construction of an Abridged Version [Електронний ресурс] / D. Smits, L. Claes, H. Vertommen // European Journal of Psychological Assessment. – 2009. – Режим доступу до ресурсу: <https://mail.google.com/mail/u/0/?Tab=rm#inbox/qgrcjhrnsbcvbjtzcbstnjbrrclcvsxq?Projector=1&messagepartid=0.1>
- [37] Kernberg, O.F.,. The inventory of personality organization / Kernberg, O.F., Clarkin, J.F.. // White Plains, NY: The New York Hospital-Cornell Medical Center. – 1995.
- [38] Smits D. The Inventory of Personality Organization–Revised Construction of an Abridged Version [Електронний ресурс] / D. Smits, L. Claes, H. Vertommen // European Journal of Psychological Assessment. – 2009. – Режим доступу до ресурсу: <https://mail.google.com/mail/u/0/?Tab=rm#inbox/qgrcjhrnsbcvbjtzcbstnjbrrclcvsxq?Projector=1&messagepartid=0.1>
- [39] Бельская Н. А. исследование диагностико-психометрических возможностей теста р. Плутчека – г. Келлермана «индекс жизненного стиля (life style index)» и его стандартизация на выборке украинских учащихся старших класов / Наталья Анатольевна Бельская. // Освіта та розвиток обдарованої особистості. – 2019. – С. 20–29.
- [40] Каменская В.Г. Психологическая защита и мотивация в структуре конфликта / В.Г. Каменская. – спб.: Питер. – 1999. – 317 с.
- [41] Кокун О.М., Пішко І.О., Лозінська Н.С., Копаниця О.В., Малхазов О.Р. Збірник методик для діагностики психологічної готовності військовослужбовців військової служби за контрактом до діяльності у складі миротворчих підрозділів: Методичний посібник. – К.: НДЦ ГП ЗСУ, 2011. – 281 с.
- [42] Бурлачук Л. Ф. Словарь-справочник по психологической диагностики [Електронний ресурс] / Бурлачук Л. Ф., Морозов С.. – 1987. – Режим доступу до ресурсу: <https://studfile.net/preview/4583053/>.
- [43] (Мак-Вильямс Н. Психоаналитическая диагностика: Понимание структуры личности в клиническом процессе / Н. Мак-Вильямс; [пер. С англ. Под ред).
- [44] Максименко О. Г. Особливості становлення системи психологічного захисту особистості в процесі онтогенезу [Електронний ресурс] / О. Г. Максименко – Режим доступу до ресурсу: <http://www.apppsychology.org.ua/data/jrn/v10/i15/32.pdf> .
- [45] Plutchik R. A structural theory of ego defenses and emotions / Plutchik R., Kellerman H., Conte H. R. // Izard C. Emotions in personality and psychopathology. – New York: Plenum Press, 1979/ - P. 229-257.
- [46] Максименко О. Г. Особливості становлення системи психологічного захисту особистості в процесі онтогенезу [Електронний ресурс] / О. Г.

Максименко – Режим доступу до ресурсу:
<http://www.apppsychology.org.ua/data/jrn/v10/i15/32.pdf>

[47] [Електронний ресурс]
https://psylab.info/index.php?title=Сокращенный_многофакторный_опросник_для_исследования_личности&redirect=no&fbclid=IwAR3uImxDyANwQmBUKAu3w0mIrmYX9KY_d3o4MxmdmfgEQkxICf24gMoBUz-0

[48] Семків І. Психометричні показники та адаптація методики Р. Стили «КРИКС» (українська версія: опитувальник вимірювання індивідуального соціального капіталу (ОВІСК) адаптація І.Семків) / І.І. Семків // Гуманітарний вісник з психології ДВНЗ «Переяслав-Хмельницький Державний педагогічний університет ім.Г. Сковороди»: збірник наукових праць. – Переяслав-Хмельницький, 2015. – Вип. 37. Психологія. – С.136-147

[49] [Електронний ресурс] <http://um.co.ua/6/6-4/6-40015.html>

[50] [Електронний ресурс] <https://www.health-ua.com/article/36225-rozladi-osobistost-rozvitok-uyavlen-suchasnklasifikatc-poglyadi-na-terapyu>

[51] [Електронний ресурс] <https://www.health-ua.com/article/36225-rozladi-osobistost-rozvitok-uyavlen-suchasnklasifikatc-poglyadi-na-terapyu>

[52] [Електронний ресурс] <http://weblib.pp.ua/klinicheskie-variantyi-rasstroystv-lichnosti-19708.html>

[53] Аврамчук О.С., Житомирська обласна психіатрична лікарня №1 УДК 159.9.072.43-159.972-616.89-616-052

[54] [Електронний ресурс] <http://psycheya.com.ua/articles/22-psykholohichni-osoblyvosti-mezhovoyi-struktury-osobystosti>

[55] [Електронний ресурс] <https://znaj.ua/zdorovya/199687-mezhoviy-rozlad-osobistosti-shcho-ce-take-i-chim-zagrozhuje>

[56] [Електронний ресурс] <https://psichiatria.org/rozlad-osobistosti-simptomi-i-diagno/>

[57] [Електронний ресурс] <https://naurok.com.ua/zahisni-mehanizmi-osobistosti-111931.html>

[58] [Електронний ресурс]
https://lib.iitta.gov.ua/11049/1/%D0%94%D1%96%D0%B0%D0%B3%D0%BD%D0%BE%D1%81%D1%82_%D0%BF%D1%81%D0%B8%D1%85%D0%BE%D0%BB_%D0%B3%D0%BE%D1%82%D0%BE%D0%B2%D0%BD%D0%BE%D1%81%D1%82%D1%96.pdf

Додатки.

дод.1

Таблиця. Основні розлади особистості згідно з МКХ-10 і DSM-5	
МКХ-10. Специфічні розлади особистості (F60)	DSM-5. Розлади особистості
	Кластер А
Параноїдний (F60.0)	Параноїдний
Шизоїдний (F60.1)	Шизоїдний
	Шизотиповий
	Кластер В
Дисоціальний (F60.2)	Антисоціальний
Емоційно нестійкий (F60.3): • Імпульсивний тип (F60.30) • Межовий тип (F60.31)	Межовий
Істеричний (F60.4)	Істеричний
Інші специфічні розлади особистості (F60.8): • Ексцентричний • Розгальмований • Незрілий • Нарцисичний • Пасивно-агресивний • Психоневротичний	Нарцисичний
	Кластер С
Тривожний (F60.6)	Унікаючий
Залежний (F60.7)	Залежний
Ананкастний (F60.5)	Обсесивно-компульсивний

Структурне інтерв'ю. Перевірений перекладачами.

1. Я почуваюсь так, наче я фальшивка чи самозванець, наче інші бачать мене інакшим, ніж я насправді є.
2. Коли я знервований чи збентежений, мені здається, наче речі в зовнішньому світі також не мають сенсу.
3. Я почуваюсь так, наче я інша людина вдома, порівняно з тим, який я на роботі чи в школі.
4. Я відчуваю, що не отримую те, чого хочу.
5. Я помічаю, що роблю щось, що засмучує інших і не знаю, чому це їх засмучують.
6. Деякі з моїх друзів здивувалися б, наскільки по-різному я поведжусь в різних ситуаціях.
7. Я відчуваю, що мої смаки та погляди не зовсім мої власні, а наче запозичені від інших.
8. Я відчуваю, що мої бажання чи думки можуть здійснитись якимось магічним чином.
9. Люди кажуть мені, що я провокую чи обманюю їх щоб досягти свого.
10. Я не впевнений, що голос, який я чув, чи щось, що я бачив - це плід моєї уяви чи реальність.
11. Я думаю, що бачу речі, які, коли я придивлюсь ближче, виявляються чимось іншим.
12. Я не можу пояснити зміни в своїй поведінці.
13. Я можу бачити і чути речі, які ніхто інший не може побачити чи почути.
14. Я помічаю, що роблю щось, що в інші моменти вважаю не надто мудрим, як, наприклад випадковий секс, брехня, вживання алкоголю, істерики чи дрібне порушення закону.

15. Мені кажуть, що я поводжусь суперечливо.
16. Я не можу визначити, чи певні фізичні відчуття, які я переживаю, є реальними, чи я їх вигадую.
17. Я чую речі, про які інші кажуть, що їх немає.
18. Те, як я поводжуся, здається іншим непередбачуваним і непостійним.
19. Люди мають схильність використовувати мене, якщо я цього не контролюю
20. Я розумію і знаю речі, які ніхто інший не здатен зрозуміти чи знати.
21. Якби моє життя було книжкою, воно б радше було збіркою оповідань, написаних різними авторами, ніж довгим романом.
22. У моєму житті є люди, якими не лише захоплююсь, але і майже ідеалізую.
23. У мене з'являються хобі та інтереси, але я їх кидаю.
24. Я бачив речі, які не існують в реальності.
25. Я помічаю, що роблю щось, що здається мені нормальними в той момент, коли я це роблю, але пізніше мені важко повірити, що я це робив.
26. Навіть люди, які добре мене знають, не можуть передбачити мою поведінку
27. Я чув і бачив речі навіть коли немає очевидної на це причини.
28. Мені важко бути впевненим у тому, що про мене думають інші люди, навіть ті, хто добре мене знає.
29. Люди схильні відповідати мені або надмірною любов'ю, або покиданням.
30. Я маю схильність відчувати дещо загострено: або величезну радість, або сильний відчай.
31. Я бачу себе геть по-різному в різних ситуаціях.
32. Я боюсь втратити себе в процесі інтимних стосунків.
33. Мої життєві цілі часто змінюються з року в рік.
34. Я часто щось вихваляю, навіть якщо потім виявляюся неправим у своїх судженнях.
35. Я коливаюсь між тим, щоб бути теплим та відданим в деякі моменти, і холодним та байдужим в інші моменти.
36. Я імпульсивно роблю щось, що вважаю соціально неприйнятним.
37. Мої цілі постійно змінюються.
38. Коли все навколо мене неспокійне і заплутане, я відчуваю те саме всередині себе.
39. Люди вважають мене грубіяном та нетактовним, і я не знаю, чому.
40. Я почуваюсь так, наче був десь раніше, де насправді не бував чи робив щось таке, чого насправді не робив.
41. Я вірю, що щось може статись просто якщо я подумаю про це.

Методика визначення ясності Я-концепції (Self-Concept-Clarity - SCC)
(Campbell, J. D.)

1. Мої думки часто протирічать одна одній.*
2. Одного дня я можу мати одну думку про себе, наступного - іншу.*
3. Я витрачаю багато часу, переймаючись тим, якою людиною насправді я є.*
4. Часом я відчуваю, що не є дійсно тією людиною, якою покликаний бути.*
5. Коли я намагаюсь згадати, якою людиною я був у минулому, мені важко це відтворити.*
6. Я рідко переживаю конфлікти між різними сторонами моєї особистості.
7. Часом я думаю, що знаю інших людей краще, ніж себе самого.*
8. Мої уявлення про себе, здається, змінюються досить часто.*
9. Якби мене попросили описати мою особистість, мій опис щоразу міг би закінчуватись по-різному.*
10. Навіть якби я хотів, не думаю, що зміг би комусь висловити, ким я насправді є.*
11. Загалом я маю чітке відчуття, хто я і ким я є.
12. Мені часто буває важко скласти власну думку про різні речі, тому що не знаю насправді чого я хочу.*