Тема 15. Порушення та розлади особистості: акцентуації, деформації, особистісні розлади

План лекції

15.1. Межі норми, особистісні труднощі та деформації особистості

15.2. Розлади особистості, їхні критерії та основні типи

15.3. Диференціація порушень особистості та підходи до допомоги

Література: [2, 3, 6, 13, 16]

15.1. Межі норми, особистісні труднощі та деформації особистості

Межі норми й порушень особистості. Між здоровою особистістю та розладом існує безперервний перехід: більшість людей мають окремі «слабкі місця» (підвищену тривожність, недовірливість, імпульсивність, перфекціонізм), які не заважають повноцінно жити. Про порушення йдеться, коли особливості стають ригідними, поширюються на різні сфери життя, спричиняють страждання або суттєво порушують стосунки, навчання чи працю. Тому оцінювання завжди спирається на кілька критеріїв: вираженість, тривалість, універсальність (прояв у різних ситуаціях), функціональні наслідки та відповідність культурним нормам.

Акцентуації характеру. Акцентуації – надмірна виразність окремих рис характеру, що не виходить за межі норми, але зумовлює вибіркову вразливість до певних впливів. К. Леонгард описав десять типів акцентуованих особистостей (демонстративний, педантичний, застрягаючий, збудливий, гіпертимний, дистимічний, тривожно-боязкий, циклотимний, афективно-екзальтований, емотивний), а А. Лічко – типи акцентуацій у підлітків. Акцентуація не є діагнозом: вона проявляється у вразливих ситуаціях і може зникати або посилюватися залежно від умов життя та виховання. Для практики

важливо, що знання про свої «слабкі місця» допомагає передбачати складні ситуації і розвивати компенсаторні навички [3; 6].

Особистісні проблеми й труднощі. Особистісні труднощі – стійкі, але не обов'язково патологічні утруднення: невпевненість, залежність від оцінок інших, труднощі у встановленні меж, надмірна самокритика, імпульсивність, труднощі довіри. Вони зазвичай пов'язані з ранніми стосунками, виховними стилями, досвідом приниження або надмірного контролю та формують стійкі схеми реагування. Для їх подолання зазвичай достатньо психологічного консультування, навчання навичок і підтримки, без залучення медичної допомоги, проте за наявності вираженого страждання чи ризику самоушкодження необхідна консультація лікаря.

Невротичний розвиток особистості. У психодинамічних та екзистенційних підходах невротичний розвиток описують як формування дезадаптивних способів зниження тривоги за тривалих внутрішніх конфліктів: надмірну залежність від схвалення, відхід від людей, прагнення до влади й домінування, перфекціонізм. Невротична особистість зазвичай усвідомлює свої труднощі, зберігає зв'язок з реальністю, але застосовує негнучкі захисти і страждає від внутрішнього напруження. Допомога передбачає виявлення конфліктів, зміну когнітивних схем, розвиток нових способів контакту із собою та іншими.

Деформації особистості. Деформація особистості – стійкі зміни ціннісних орієнтацій, ставлень, способів поведінки та емоційного реагування, що виникають під впливом тривалих несприятливих умов або специфіки діяльності. Виокремлюють професійні деформації (наприклад, надмірна підозрілість у фахівців правоохоронних органів, цинізм у медиків, черствість у фахівців допомоги), деформації внаслідок тривалого стресу чи травми (недовіра до людей, емоційна «притупленість», агресивність, песимізм) і деформації внаслідок тривалого насильства та ізоляції. Профілактика полягає у супервізії, ротації навантаження, підтримці ціннісних орієнтирів і відпочинку.

Емоційне вигорання. Вигорання – синдром, що виникає внаслідок хронічного стресу на роботі, який не вдалося успішно подолати, і характеризується трьома вимірами: виснаженням (емоційним і фізичним), цинізмом або деперсоналізацією (дистанціюванням від роботи й людей) та відчуттям зниженої ефективності. Сучасні дослідження підкреслюють, що причини вигорання лежать не лише в особистості, а й у ключових сферах роботи: навантаженні, контролі, винагородах, спільноті, справедливості та узгодженості цінностей. У МКХ-11 вигорання визначено як професійний феномен, а не медичний стан. Для фахівців допомоги вигорання – професійний ризик: його запобігання потребує організаційних заходів (розподіл навантаження, супервізія, підтримка колег) та особистих (відпочинок, межі, власна терапія).

Вторинна травматизація та емпатійна втома. Фахівці, які постійно працюють із людьми у горі та травмі, ризикують відчувати симптоми, схожі на ПТСР (нав'язливі образи, тривога, уникання), і втрату здатності співпереживати. Це не слабкість, а закономірний наслідок тривалої емпатійної роботи без достатнього відновлення. Профілактика полягає у чіткому розмежуванні робочого й особистого часу, регулярній супервізії, обмеженні кількості складних випадків, фізичній активності та підтримці соціальних зв'язків.

Стійкі зміни особистості після екстремальних подій. У МКХ-10 існувала окрема категорія «стійка зміна особистості після катастрофічного досвіду»; у МКХ-11 такі стани здебільшого описують через комплексний посттравматичний стресовий розлад із порушеннями саморегуляції. Практично це означає, що в людей із довгостроковими змінами після травми потрібно ретельно оцінювати як особливості особистості, так і травматичні симптоми і не ставити діагноз «розладу особистості» людині, чиї труднощі виникли внаслідок травми.

Профілактика вигорання: рівні втручання. Оскільки причини вигорання лежать і в особистості, і в умовах праці, профілактика має бути багаторівневою. На рівні організації – реалістичне навантаження, зрозумілі ролі, можливості впливати на рішення, справедливість, визнання внеску, ротація та відпочинок після інтенсивних подій. На рівні команди – підтримка колег, супервізія, обговорення складних випадків. На рівні особи – режим сну й харчування, фізична активність, межі між роботою та приватним життям, розвиток компетентності, звернення по допомогу на ранніх етапах. Покладатися лише на «самодопомогу» і не змінювати умов праці – неефективно та несправедливо щодо працівника.

Ознаки деформації особистості фахівця. До типових проявів належать цинізм щодо клієнтів або колег, знецінення чужих переживань, зловживання владою, надмірна контрольованість, звуження інтересів до професійної ролі, емоційна «притупленість», труднощі зі спонтанними проявами у приватному житті. Для розпізнавання корисні зворотний зв’язок від довірених колег і близьких, самоспостереження після складних випадків, особисте консультування. Профілактика містить розвиток рефлексії, підтримку різноманітних інтересів, обмін досвідом у спільноті та дотримання етичних кодексів.

Інтернет та самодіагностика. Люди дедалі частіше шукають пояснення своїх труднощів в Інтернеті, де самодіагностичні тести та короткі відео можуть створювати хибні уявлення («у мене всі симптоми»). Психолог не висміює такі пошуки, а розглядає їх як вияв потреби зрозуміти себе; пояснює, що онлайн-опитувальники мають обмежену точність, що однакові ознаки можуть мати різні причини, а діагноз ставить фахівець після ґрунтовного обстеження. Корисно разом переглянути достовірні джерела інформації та обговорити, що саме турбує людину.

15.2. Розлади особистості, їхні критерії та основні типи

Розлади особистості: поняття та критерії. Розлад особистості – стійкий, ригідний, всеохопний тип внутрішнього переживання й поведінки, що суттєво відхиляється від очікувань культури, виникає в підлітковому або ранньому дорослому віці, зберігається протягом часу та призводить до страждання чи порушення функціонування в кількох сферах (самосприйняття, емоції, стосунки, контроль імпульсів). Критерії також передбачають, що стан не пояснюється іншим психічним розладом, вживанням речовин чи соматичним захворюванням. Розлади особистості поширені в популяції і асоційовані з вищим ризиком супутніх розладів і несприятливих результатів.

Підходи до класифікації. У DSM-5 діє категоріальна модель із десятьма типами, об’єднаними у три кластери: A («дивний», ексцентричний: параноїдний, шизоїдний, шизотипальний), B («драматичний», емоційний: дисоціальний, межовий, гістріонічний, нарцисичний) та C («тривожний»: уникаючий, залежний, ананкастний), а також альтернативна модель, що оцінює рівень функціонування особистості та патологічні риси. У МКХ-11 здійснено перехід до дименсійного підходу: діагноз розладу особистості встановлюють за ступенем тяжкості (легкий, помірний, тяжкий), а за потреби вказують домінувальні риси (негативна афективність, відстороненість, дисоціальність, розгальмованість, ананкастність) і можливий «межовий» патерн. Перевага дименсійного підходу – відсутність штучного поділу на «норму» і «хворобу» та краще урахування різноманітності проявів.

Кластер A: дивні та ексцентричні. Параноїдний розлад характеризується стійкою недовірою й підозрілістю до інших, схильністю тлумачити їхні наміри як ворожі; шизоїдний – відстороненістю від стосунків, обмеженим діапазоном емоцій, перевагою самотньої діяльності; шизотипальний – дивними переконаннями, незвичним мисленням і поведінкою та труднощами в близьких стосунках. Люди з такими рисами часто мало звертаються по допомогу, коли ж

звертаються – потребують повільного, безпечного формування довіри з боку фахівця.

Кластер В: драматичні й емоційні. Дисоціальний розлад – зневага до прав та почуттів інших, обман, імпульсивність, агресивність, відсутність жалю; емоційно нестабільний (межовий) – нестійкі стосунки, самооцінка та афекти, страх покинутості, імпульсивність, самоушкодження; гістріонічний – надмірна емоційність і прагнення уваги; нарцисичний – грандіозність, потреба в захопленні, брак емпатії за вразливої самооцінки. Люди цього кластера часто мають значні труднощі в стосунках і ризик суїцидальної поведінки, що вимагає особливої уваги до безпеки.

Кластер С: тривожні й боязкі. Уникаючий розлад – соціальне гальмування, відчуття недостатності, гіперчутливість до негативної оцінки; залежний – надмірна потреба в піклуванні, нездатність приймати рішення без підтримки; ананкастний (обсесивно-компульсивний) розлад особистості – перфекціонізм, ригідність, надмірна заклопотаність правилами й контролем, що заважають гнучкості та ефективності. Ці риси близькі до акцентуацій, тому потребують ретельної диференціації за ступенем порушення функціонування.

Риси особистості й розлади. Багато даних свідчать, що розлади особистості добре описуються поєднанням широких рис: переважає високий нейротизм і низька згідливість (особливо в кластерах А та В), низька сумлінність за імпульсивних розладів, низька екстраверсія за відсторонених форм; дослідження показують, що кожен розлад має типовий профіль рис Великої п’ятірки [13]. Це підтримує дименсійний підхід та пояснює, чому в клінічній практиці нерідко поєднуються ознаки різних розладів (коморбідність).

Етіологія: біопсихосоціальна модель. Розлади особистості виникають у результаті взаємодії біологічних (спадковість, особливості темпераменту й нервової системи), психологічних (особливості прив’язаності, ранні моделі стосунків, захисні стратегії) і соціальних чинників (травма, зневага,

нестабільність родини, насильство, культурне середовище). Поведінкова генетика демонструє значний вплив спадковості на риси особистості, а несприятливий досвід дитинства підвищує ризик виникнення розладів. Жоден чинник не є достатнім: ризики накопичуються і взаємодіють, тоді як захисні чинники (надійна підтримка, нова безпечна прив'язаність) можуть зменшувати їхній вплив.

Роль раннього досвіду й прив'язаності. У підходах, що спираються на теорію прив'язаності та ментализацію, особливо у випадку емоційно нестабільного розладу, ключовою вважають складність розуміння власного й чужого психічного стану (ментализації) під впливом сильних емоцій, що походить із ранніх стосунків, де емоції дитини не були адекватно відображені та підтримані. Така модель пояснює імпульсивність, чутливість до відкидання та нестабільність образу себе, а також обґрунтовує терапію, спрямовану на зміцнення ментализації [16].

Динаміка, перебіг і коморбідність. Розлади особистості формуються в підлітковому або ранньому дорослому віці та у багатьох випадках зі зрілістю й терапією пом'якшуються, особливо виражені імпульсивність і нестабільність; водночас міжособистісні труднощі можуть зберігатися довше. Часто спостерігається коморбідність із депресією, тривожними розладами, залежностями, ПТСР, розладами харчової поведінки. Тому під час оцінювання необхідно з'ясовувати, які симптоми належать до епізодичних станів, а які – до стійкого особистісного функціонування [13].

Типові помилки в роботі з темою розладів особистості. Студенти-початківці часто: (1) «діагностують» знайомих за ознаками з підручника; (2) вважають, що розлад видно за зовнішніми ознаками; (3) ототожнюють риси характеру з діагнозом («він такий вередливий, отже у нього істеричний розлад»); (4) забувають про вік, культуру й обставини; (5) довіряють результатам одного тесту. Протидія цим помилкам – навчання застосовувати критерії, ознайомлення з диференціальною діагностикою, підкреслення того,

що діагностика розладів належить до компетенції лікаря-психіатра й клінічного психолога, а також етичне правило: не ставити діагнозів за межами професійної ролі.

Ментализація: що це і чому вона важлива. Ментализація – здатність розуміти власну та чужу поведінку через психічні стани (почуття, потреби, наміри, переконання). Вона розвивається в безпечних стосунках і хитається за сильного збудження: у стані стресу людина легше приписує іншим вороже ставлення, робить швидкі висновки, діє імпульсивно. Терапія, що спирається на ментализацію, допомагає людині зупинятися, помічати, що відбувається всередині, і цікавитися станами інших замість категоричних тлумачень. Сам терапевт моделює таку позицію: допитливу, неосудливу й терпляче налаштовану.

Приклад випадку: нестабільні стосунки. Дівчина 24 років описує бурхливі стосунки, схильна різко змінювати оцінку близьких людей (від ідеалізації до відчуття зради), боїться залишитися сама, у моменти конфліктів діє імпульсивно (зникає, надсилає образливі повідомлення). Практикант не ставить діагнозів і не пояснює її поведінку «характером». Він уточнює історію, ресурси та ризики, розпитує про безпеку, пояснює, що описані переживання часто виникають за високої чутливості до відкидання, і пропонує звернутися до психіатра чи психотерапевта для поглибленої оцінки. Паралельно допомагає вибудувати прості стратегії самозаспокоєння та пошуку підтримки.

15.3. Диференціація порушень особистості та підходи до допомоги

Диференціація акцентуацій, розладів особистості та станів після травми. Акцентуація відрізняється від розладу за ступенем: вона не призводить до стійкого значного порушення функціонування і виявляється вибірково. Розлад особистості виражений у різних контекстах, стабільний у часі й має початок у підлітковому/ранньому дорослому віці. Стан після травми (ПТСР, розлад адаптації, гостра реакція) пов’язаний з певною подією, має характерні

симптоми (флешбеки, уникання, збудливість) і починається після неї, тому змінює колишнє функціонування. Складнощі виникають, коли травма відбулася в дитинстві чи була тривалою: тоді особливості саморегуляції й стосунків можуть нагадувати розлад особистості, що потребує ретельного збору анамнезу та співпраці з лікарем [2].

Алгоритм оцінювання. Психолог збирає інформацію з кількох джерел: біографічна бесіда, оцінювання актуальних скарг, функціонування в ролях, стосунків, ризиків (самоушкодження, суїцидальні думки, насильство), психодіагностичні методи (опитувальники рис і розладів, клінічні шкали), спостереження, дані від близьких за згодою. Аналізують часову лінію (коли почалось), контекст (ситуація чи завжди), вплив речовин і соматичні причини. Висновок формулюють описово, акцентуючи на ресурсах, а не лише на дефіцитах.

Підходи до допомоги. Для більшості розладів особистості першою лінією допомоги є психотерапія: діалектична поведінкова терапія, терапія на основі ментализації, терапія, сфокусована на схемах, трансферентно-сфокусована терапія та інші структуровані підходи. Метааналіз показав, що психодинамічна терапія за ефективністю порівнянна з іншими емпірично підтриманими методами лікування; терапія на основі ментализації має докази ефективності, зокрема в разі межового розладу. Загальні принципи: надійна терапевтична взаємодія, структура й межі, послідовність, увага до безпеки, робота з емоційною регуляцією та стосунками, довготривалість. Фармакотерапія допоміжна: її призначають за показаннями для лікування супутніх станів.

Взаємодія з лікарем і мультидисциплінарна команда. Діагностику розладів та призначення лікування здійснює лікар у межах своєї компетенції відповідно до чинного законодавства; психолог проводить психологічне оцінювання, надає психологічну допомогу і за потреби направляє до лікаря. Необхідні взаємна повага, обмін інформацією за згодою людини, чіткий розподіл ролей, спільне планування кризового реагування. Для людей із високим ризиком (суїцид,

самоушкодження) розробляють план безпеки, залучають близьких і службу екстреної допомоги.

Стигма і небезпека ярликів. Діагнози психічних розладів, а особливо «розлад особистості», нерідко супроводжуються стигмою – упередженими уявленнями («маніпулятор», «безнадійний») серед громадськості та фахівців. Стигма знижує готовність звертатися по допомогу, призводить до дискримінації та ускладнює відновлення. Доповідь Комісії журналу «Lancet» підкреслює потребу в стратегіях зменшення стигми, зокрема в залученні людей із особистим досвідом, соціальних контактах і структурних змінах. Етичні вимоги до психолога: не ставити ярликів у побутовому спілкуванні, використовувати мову, що відображає людину («людина з розладом»), а не діагноз, пояснювати результати зрозуміло та з повагою, враховувати культурні й соціальні контексти.

Особливості для екстремальної та клінічної практики. У військових, рятувальників, працівників служб екстреного реагування особистісні риси (імпульсивність, підвищена тривожність, ригідність) взаємодіють зі стресом і травмою; тому оцінювання придатності та супровід мають бути обережними, без стигматизації. У клініці необхідно відрізняти розлади особистості від афективних та психотичних розладів, залежностей, органічних уражень. В реабілітації важливо враховувати вплив особистісних особливостей на дотримання лікування й стосунки з командою.

Етичні межі та самоспостереження психолога. Студент-психолог, який вивчає розлади, часто знаходить «симптоми» у себе й близьких. Це нормальний етап навчання, проте самодіагностика й діагностика знайомих є неетичними та небезпечними. Корисно звертатися до супервізії та власної терапії; поважати межі компетентності та пам’ятати, що знання про розлади потрібні для допомоги, а не для оцінювання людей «з відстані».

Практичні висновки для клінічної, реабілітаційної та екстремальної психології. По-перше, особистісні особливості розташовані на континуумі, й

межі норми визначаються функціонуванням та страждання. По-друге, акцентуації, розлади особистості й посттравматичні стани потребують диференціації на основі історії, динаміки й контексту. По-третє, допомога у разі розладів особистості потребує тривалого, структурованого підходу й міждисциплінарної співпраці. По-четверте, стигму і ярлики слід зменшувати у мові та у практиці.

Алгоритм направлення до лікаря. Негайне залучення медичної допомоги потрібне, якщо людина виявляє виражені психотичні симптоми, сильне збудження або агресію, намір завдати шкоди собі чи іншим, ознаки тяжкої інтоксикації, раптові різкі зміни стану. У таких ситуаціях не залишають людину наодинці, повідомляють відповідних осіб згідно з протоколом закладу, фіксують спостереження. Для планових випадків надають інформацію про можливості обстеження та лікування, допомагають записатися до фахівця, підтримують готовність звернутися. Мета направлення – безпека та доступ до належної допомоги, а не «позбутися складного випадку».

Зменшення стигми в навчальних групах. Дослідження стигми показують, що найкраще працюють поєднані заходи: достовірна інформація, контакт із людьми, які мають власний досвід психічних труднощів і відновлення, критична рефлексія над стереотипами та зміни в політиці закладів (недискримінація, доступність допомоги). На заняттях доцільно використовувати мову, що не зводить людину до діагнозу («людина з розладом», а не «психічно хворий»), уникати жартів про психічні розлади, залучати до обговорення приклади успішного відновлення й роботи з підтримкою.

Самоперевірка студента-психолога. Перед виходом на практику корисно відповісти на запитання: чи розумію я межі своєї компетентності; чи знаю, до кого звернутися в разі ризику; чи можу я розрізнити нормальні реакції від станів, що потребують лікування; які ситуації найсильніше вмикають в мене надмірні емоції; чи є в мене регулярна супервізія й власні ресурси відновлення;

чи володію я правилами конфіденційності. Чесна відповідь на ці запитання – ознака професійної зрілості, а не слабкості.

Співпраця з родиною людини з особистісними труднощами. Близькі часто виснажені, відчувають провину чи безсилля. Психолог дає їм достовірну інформацію про природу труднощів, навчає спокійної комунікації (чіткі й послідовні межі, уникання принизливих оцінок, підтримка спроб людини змінити поведінку), розповідає про можливості догляду та допомоги, нагадує про власні ресурси родини. Важливо не перекладати відповідальності ні на людину, ні на родину, а шукати способи співпраці. За потреби членам родини пропонують окрему консультацію чи групу підтримки.

Ключові поняття теми: *межа норми; акцентуація; типи акцентуацій (Леонгард, Лічко); особистісні труднощі; невротичний розвиток; деформація особистості; професійна деформація; емоційне вигорання (виснаження, цинізм, зниження ефективності); вторинна травматизація; розлад особистості; критерії розладу; МКХ-11 (ступінь тяжкості, рисові специфікатори); DSM-5 (кластери A, B, C); параноїдний, шизоїдний, дисоціальний, емоційно нестабільний, гістріонічний, нарцисичний, ананкастний, тривожний, залежний розлади; біопсихосоціальна модель; ментализація; коморбідність; диференціація акцентуацій, розладів та посттравматичних станів; діалектична поведінкова терапія; терапія на основі ментализації; стигма; ярлики.*

Питання для самоперевірки

1. За якими критеріями відрізняють норму, акцентуацію та розлад особистості?

2. Що таке акцентуації характеру та які типи описав К. Леонгард?

3. Що таке деформації особистості та емоційне вигорання, які фактори ризику й профілактики?

4. Які підходи до класифікації розладів особистості існують у DSM-5 та МКХ-11?

5. Які основні типи розладів особистості виокремлюють кластери A, B і C?

6. Яку роль у виникненні розладів особистості відіграють біологічні, психологічні й соціальні чинники та рання прив’язаність?

7. Як диференціюють акцентуації, розлади особистості та стани після травми і яких принципів дотримуються під час допомоги?