

**МІНІСТЕРСТВО ОСВІТИ І НАУКИ УКРАЇНИ  
МАРІУПОЛЬСЬКИЙ ДЕРЖАВНИЙ УНІВЕРСИТЕТ  
ПСИХОЛОГО-ПЕДАГОГІЧНИЙ ФАКУЛЬТЕТ  
КАФЕДРА ПРАКТИЧНОЇ ПСИХОЛОГІЇ**

До захисту допустити:

В.о. завідувача кафедри



Олена БЛАШКОВА

«15» травня 2026 р.

**«ПСИХОЛОГІЧНІ ОСОБЛИВОСТІ СУБ'ЄКТИВНОГО  
СПРИЙНЯТТЯ ЖИТТЯ В ОСІБ З ОЗНАКАМИ МЕЖОВОГО  
РОЗЛАДУ ОСОБИСТОСТІ»**

Кваліфікаційна робота здобувачки  
вищої освіти першого (бакалаврського)  
рівня вищої освіти освітньо-  
професійної програми

«Практична психологія»

**Чечеріної Тетяни Андріївни**

Науковий керівник:

**Деснова Ірина Сергіївна**

кандидат педагогічних наук,

доцент кафедри практичної психології

Рецензент: **Магдисюк Л.І.**

завідувачка кафедри практичної психології та  
психодіагностики, кандидат психологічних  
наук, доцент, Волинського національного  
університету ім. Лесі українки

Кваліфікаційна робота захищена

з оцінкою 76/С/добре

Секретар ЕК



Ольга РЕБРО

«11» червня 2026 р.

Київ – 2026 р.

## ЗМІСТ

|                                                                                                                                          |    |
|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----|
| ВСТУП                                                                                                                                    | 3  |
| РОЗДІЛ 1. ТЕОРЕТИЧНІ ЗАСАДИ ВИВЧЕННЯ СУБ'ЄКТИВНОГО СПРИЙНЯТТЯ ЖИТТЯ В ОСІБ З ОЗНАКАМИ МЕЖОВОГО РОЗЛАДУ ОСОБИСТОСТІ                       | 6  |
| 1.1. Суб'єктивне сприйняття життя як психологічний феномен                                                                               | 6  |
| 1.2. Психологічні ознаки межового розладу особистості                                                                                    | 14 |
| 1.3. Особливості суб'єктивного сприйняття життя в осіб з ознаками межового розладу особистості                                           | 20 |
| 1.4. Основні напрями психологічної підтримки осіб з ознаками межового розладу особистості                                                | 26 |
| Висновки до розділу 1                                                                                                                    | 33 |
| РОЗДІЛ 2. ЕМПІРИЧНЕ ДОСЛІДЖЕННЯ ПСИХОЛОГІЧНИХ ОСОБЛИВОСТЕЙ СУБ'ЄКТИВНОГО СПРИЙНЯТТЯ ЖИТТЯ В ОСІБ З ОЗНАКАМИ МЕЖОВОГО РОЗЛАДУ ОСОБИСТОСТІ | 35 |
| 2.1. Організація та методи емпіричного дослідження                                                                                       | 35 |
| 2.2. Аналіз показників суб'єктивного сприйняття життя в осіб з різним рівнем вираженості ознак межового розладу особистості              | 39 |
| 2.3. Рекомендації для фахівців щодо психологічної роботи з особами з ознаками межового розладу особистості                               | 45 |
| Висновки до розділу 2                                                                                                                    | 51 |
| ВИСНОВКИ                                                                                                                                 | 54 |
| СПИСОК ВИКОРИСТАНИХ ДЖЕРЕЛ                                                                                                               | 57 |
| ДОДАТКИ                                                                                                                                  | 63 |

## ВСТУП

**Актуальність теми.** Межовий розлад особистості є одним із найпоширеніших і найбільш клінічно значущих розладів, з якими стикається сучасна психологічна практика. Попри значний обсяг досліджень, присвячених його симптоматиці та терапії, питання про те, яким є суб'єктивний досвід людини з цим розладом зсередини, залишається недостатньо систематично вивченим. Саме цей вимір – не поведінкові прояви, а якість переживання власного буття – є тим, що визначає реальну глибину страждання і потребу в психологічній допомозі.

Актуальність теми посилюється в українському контексті, де тривалий воєнний конфлікт суттєво ускладнює клінічну картину розладів особистості і підвищує ризик їхньої декомпенсації. Люди з межовим розладом є особливо вразливою групою в умовах хронічного стресу, переміщення і втрат, оскільки їхнє суб'єктивне сприйняття є принципово нестійким і реагує на зовнішні загрози непропорційно інтенсивно. Водночас вітчизняна психологічна наука ще не має сформованої традиції системного дослідження суб'єктивного виміру ПРО, що суттєво обмежує можливості доказово обґрунтованої практики.

Дослідження суб'єктивного сприйняття при межовому розладі є важливим і з точки зору терапевтичного планування. Розуміння того, які саме виміри суб'єктивного досвіду є найбільш порушеними і яким чином вони пов'язані між собою, дозволяє визначати конкретні і диференційовані опори психологічної роботи. Без цього розуміння терапевтичні зусилля ризикують бути спрямованими на симптоми, що є видимими, але не на ті механізми, що підтримують страждання.

Суспільна значущість теми визначається також тим, що стигматизація цього розладу залишається поширеною як у побутовому, так і в частково фаховому середовищі. Дослідження суб'єктивного сприйняття людини з цим розладом є кроком до більш глибокого і людяного розуміння феномену, що стоїть за клінічними категоріями. Поширення цього розуміння у фаховій

спільноті є передумовою для підвищення якості і доступності психологічної допомоги цій групі.

Теоретичну основу дослідження склали праці, присвячені суб'єктивному благополуччю і суб'єктивному сприйняттю (І. Горбаль, А. Курова, О. Лукасевич, Т. Данильченко, Н. Лозинська), екзистенційним і феноменологічним аспектам переживання буття (І. Красильников, Н. Малиновська), психологічним особливостям межового розладу (Д. Кандалова, Г. Венгер, М. Маслова, Д. Матюніна, Л. Спицька), а також класичним і сучасним зарубіжним дослідженням цього розладу (М. Богус, Ф. Лейченрінг, Дж. Гандерсон, М. Лінехан, М. Занаріні). Питання суб'єктивного виміру межового розладу в їхній сукупності залишаються недостатньо систематизованими у вітчизняній науці, що і зумовило спрямованість цього дослідження.

**Мета дослідження** – теоретично обґрунтувати та емпірично дослідити психологічні особливості суб'єктивного сприйняття життя в осіб з ознаками межового розладу особистості.

**Завдання дослідження:**

1. Проаналізувати теоретичні положення до розуміння суб'єктивного сприйняття життя як психологічного феномену.
2. Схарактеризувати психологічні ознаки межового розладу особистості та їхній можливий зв'язок із суб'єктивним сприйняттям життя.
3. Емпірично визначити рівень вираженості ознак межового розладу особистості в учасників дослідження.
4. Порівняти показники задоволеності життям і труднощів емоційної регуляції в осіб з різним рівнем вираженості ознак межового розладу особистості.
5. Розробити практичні рекомендації щодо психологічного супроводу осіб з ознаками межового розладу особистості.

**Об'єкт дослідження:** суб'єктивне сприйняття життя особистості.

**Предмет дослідження:** психологічні особливості суб'єктивного сприйняття життя в осіб з ознаками межового розладу особистості.

**Гіпотеза дослідження:** припускаємо, що вищий рівень вираженості ознак межового розладу особистості пов'язаний із нижчим рівнем задоволеності життям, більш вираженими труднощами емоційної регуляції та нестабільнішим суб'єктивним сприйняттям власного життя.

**Методи дослідження.** Теоретичні: аналіз, синтез, систематизація та узагальнення наукових джерел. Емпіричні: тестування із застосуванням трьох стандартизованих методик – Шкали задоволеності життям (SWLS), Скринінгового інструменту Мак-Ліна (MSI-BPD) та Шкали труднощів регуляції емоцій (DERS).

**Практичне значення отриманих результатів та їх апробація.** Результати дослідження можуть бути використані у практиці психологів, що працюють із клієнтами з межовим розладом, для диференційованої оцінки суб'єктивного сприйняття і планування терапевтичних мішеней. Розроблені рекомендації для фахівців щодо психологічної роботи з особами з ознаками межового розладу особистості програма психологічного супроводу можуть застосовуватись у консультативній та психотерапевтичній практиці.

**Структура роботи.** Кваліфікаційна робота складається зі вступу, 3 розділів з 9 підрозділами, висновків та списку використаних джерел. Загальний обсяг роботи складає 66 сторінок.

## **РОЗДІЛ 1. ТЕОРЕТИЧНІ ЗАСАДИ ВИВЧЕННЯ СУБ'ЄКТИВНОГО СПРИЙНЯТТЯ ЖИТТЯ В ОСІБ З ОЗНАКАМИ МЕЖОВОГО РОЗЛАДУ ОСОБИСТОСТІ**

### **1.1. Суб'єктивне сприйняття життя як психологічний феномен**

Питання про те, як людина переживає власне буття зсередини, належить до тих проблем, що перебувають одночасно в зоні наукового аналізу і живого психологічного досвіду. Впродовж десятиліть воно розроблялося на перетині загальної, екзистенційної та клінічної психології, кожна з яких привносила власну оптику і власні методологічні акценти. Поступово ці зусилля сформували відносно самостійну дослідницьку традицію, спрямовану на осмислення того, що психологічна наука позначає поняттям суб'єктивного сприйняття. Розуміння цього феномену є передумовою для аналізу більш специфічних питань – зокрема того, яким чином суб'єктивне сприйняття трансформується при певних формах особистісної патології. Звернення до теоретичних основ цього поняття дозволяє окреслити ті аналітичні координати, в яких буде здійснено весь подальший аналіз.

Наукова традиція осмислення суб'єктивного виміру людського буття має глибокі коріння в екзистенційній філософії та ранній феноменологічній психології ХХ століття. К. Ясперс описував внутрішні суперечності суб'єктивного переживання як невід'ємний вимір людського існування, а не симптом відхилення від норми. І. Красильников, аналізуючи ці ідеї в психологічному контексті, показує, що екзистенційна конфліктність суб'єкта є конститутивним елементом самого суб'єктивного досвіду – тим фоном, на якому формується будь-яке ставлення людини до власного буття [12]. Поступово ці уявлення увійшли у простір емпіричної психології, де вони були переосмислені в термінах вимірюваних конструктів. Н. Лозинська, вивчаючи екзистенційні переживання у структурі суб'єктивного благополуччя, доводить, що саме ця

філософська спадщина залишається концептуальною основою сучасного розуміння суб'єктивного виміру людського буття [16].

Поняття суб'єктивного сприйняття життя не має єдиного загальноприйнятого визначення в психологічній науці, і ця термінологічна неоднозначність не є ознакою незрілості галузі. Вона відображає реальну складність феномену, що не піддається вичерпному опису через жодне з наявних понять. У широкому сенсі суб'єктивне сприйняття можна визначити як внутрішню репрезентацію людиною свого існування, що охоплює когнітивні оцінки, афективний фон і смислові орієнтири. І. Горбаль, аналізуючи суміжний конструкт суб'єктивного благополуччя, трактує його як переживання особистістю задоволеності від власного існування, що охоплює водночас афективний і когнітивний виміри [5]. Таке розуміння є достатньо широким, щоб охопити різні відтінки позитивного ставлення до власного буття, але не описує ситуацій, де переживання є принципово негативним. А. Курова уточнює, що задоволеність є когнітивним компонентом – результатом зіставлення наявного становища з внутрішніми стандартами, – але не вичерпує всього змісту суб'єктивного сприйняття [13].

Між суб'єктивним сприйняттям та суміжними поняттями – благополуччям і задоволеністю – існує принципова різниця, яку варто окреслити з методологічних міркувань. О. Лукасевич розглядає суб'єктивне благополуччя як феномен, глибоко вкорінений у базовому ставленні особистості до власного існування і сформований через увесь попередній досвід [18]. Суб'єктивне сприйняття є ширшим: воно включає також переживання страждання, порожнечі та відчуженості – тобто ті стани, де про благополуччя не йдеться. Т. Данильченко, обґрунтовуючи методологічні засади вивчення суб'єктивного соціального благополуччя, підкреслює, що будь-яка оцінювальна характеристика суб'єктивного досвіду є лише зафіксованим зрізом неперервного процесу [6].

Структурний аналіз наукових підходів до суб'єктивного сприйняття дозволяє виокремити декілька складових, що у реальному досвіді людини

нерозривно переплетені, але можуть бути аналітично розмежовані. Їхнє виділення є умовним кроком, що служить не схематизації живого переживання, а лише теоретичному впорядкуванню предмета дослідження. Ці складові взаємно зумовлюють одна одну, і особливості однієї неминуче відбивається на решті. До основних компонентів суб'єктивного сприйняття відносять:

- когнітивна складова – оцінка власного буття через зіставлення наявного з очікуваним;
- афективна складова – стійкий емоційний фон, що забарвлює переживання існування;
- екзистенційно-смилова складова – відчуття цілісності, автентичності та направленості власного буття;
- темпоральна складова – переживання часу власного буття як зв'язного наративу;
- соціальна складова – суб'єктивне відчуття власного місця серед інших людей.

Когнітивний компонент суб'єктивного сприйняття розгортається через оцінювальну діяльність особистості, яка є здебільшого усвідомленою і відносно піддається рефлексії. М. Варій, аналізуючи психологічну структуру особистості, акцентує, що когнітивні схеми задають рамки не лише мислення, а й усього суб'єктивного досвіду людини [3]. Через ці схеми людина інтерпретує те, що з нею відбувається, наповнюючи події особистісним смислом. С. Максименко зауважує, що психічне відображення дійсності завжди активне та вибіркоче і детерміноване не лише зовнішніми стимулами, а й усім попереднім досвідом суб'єкта [18]. Звідси випливає, що деформація когнітивних схем при певних психічних станах веде до систематичного викривлення суб'єктивного сприйняття, яке людина сприймає не як викривлення, а як саму реальність.

Афективна складова є найбільш безпосередньою частиною суб'єктивного сприйняття і найменш підвладною свідомому контролю. Т. Кириленко розглядає емоційну сферу особистості як систему стійких диспозицій до переживання, що формуються в ході онтогенезу і набувають відносно автономного характеру [11].

Це означає, що емоційний фон суб'єктивного сприйняття несе в собі весь попередній досвід взаємодії людини зі світом і не є простою реакцією на поточні обставини. С. Томчук і М. Томчук доводять, що тривога та страх, вкорінившись у структурі особистості, звужують суб'єктивний простір людини і блокують доступ до позитивних переживань навіть тоді, коли для цього є зовнішні підстави [29].

Смислова складова суб'єктивного сприйняття не зводиться до вербально сформульованих переконань – вона є живим відчуттям того, що власне існування має певну направленість і внутрішню виправданість. Без цього відчуття навіть зовні впорядковане буття може сприйматися зсередини як порожнє і позбавлене ціни. Здатність людини будувати особистісний наратив і переживати власне буття як осмислене є передумовою психологічного здоров'я [46]. Ця здатність не є природженою – вона формується у досвіді, і насамперед у досвіді стосунків. Ми вважаємо, що саме смислова складова є тією ланкою, через яку деформації ідентичності найбільш глибоко і стійко відображаються на суб'єктивному сприйнятті загалом.

Темпоральний вимір суб'єктивного сприйняття описує те, яким чином людина переживає власний час і наскільки різні фрагменти свого буття вона відчуває як пов'язані між собою. Н. Малиновська, досліджуючи особливості сприйняття реальності в умовах психологічного навантаження, встановлює, що особливості темпоральної структури суб'єктивного досвіду дезорієнтують особистість і позбавляє її відчуття неперервності власного Я [21]. Коли різні відрізки власного досвіду не складаються в єдине переживання, зникає можливість вибудовувати стратегії і сприймати теперішнє як продовження себе. Науковці розглядають здатність до темпорального синтезу власного досвіду як одну з ключових характеристик особистості, що здатна до самопроекування [32].

Суб'єктивне сприйняття не формується у соціальному вакуумі і не є суто внутрішнім монологом особистості – стосунки з іншими людьми є не зовнішнім контекстом, а внутрішньо присвоєним змістом суб'єктивного досвіду. І.

Назаренко, аналізуючи соціально-психологічну адаптацію особистості в нових умовах, показує, що якість соціальних зв'язків безпосередньо відбивається на тому, яким людиною відчуває власне буття [24]. Відчуття відторгнення або хронічної самотності здатне кардинально перебудувати всю внутрішню картину власного існування. Н. Родіна і О. Бабій фіксують нерозривний зв'язок між суб'єктивною безпекою особистості та характером її ментального здоров'я, підкреслюючи, що переживання хронічного відторгнення деформує суб'єктивне сприйняття системно і стійко [25]. Відчуття соціальної непридатності чи самотності здатне кардинально перебудувати всю внутрішню картину власного існування.

Між усіма виділеними складовими суб'єктивного сприйняття існує динамічна взаємозалежність, що виключає можливість розгляду кожної з них у відриві від інших. Деформація одного компонента неодмінно відлунує в решті: людина, яка переживає власне буття як позбавлене смислу, практично не здатна утримати стабільний позитивний афективний фон. Так само особливості здатності пов'язувати різні відрізки власного часу руйнує можливість будувати зв'язний образ себе. Суб'єктивне сприйняття є системним феноменом, а не сумою окремих психічних процесів.

Методологічна проблема вимірювання суб'єктивного сприйняття пов'язана з принциповою суб'єктивністю того, що підлягає дослідженню. І. Горбаль вказує, що стандартизовані опитувальникові методи здатні фіксувати лише усвідомлений, вербально представлений шар суб'єктивного досвіду, тоді як глибинні пласти цього феномену залишаються недоступними для прямого вимірювання [5]. Водночас відмова від операціоналізованого вивчення позбавляє дослідження можливості порівняльного аналізу. П. Кучер пропонує розглядати феноменологічні і психометричні підходи як взаємодоповнювальні стратегії, що разом забезпечують повніше охоплення досліджуваного явища [15].

Зв'язок між суб'єктивним сприйняттям та ментальним здоров'ям є двосторонньо детермінованим і не може бути зведений до простої причинно-наслідкової схеми. С. Дубич, систематизуючи підходи до поняття ментального

здоров'я, фіксує, що більшість сучасних концепцій розуміє здоров'я не через відсутність симптомів, а через якість суб'єктивного переживання власного буття [7]. Звідси випливає, що деформоване суб'єктивне сприйняття є водночас проявом нездоров'я і чинником його поглиблення. На нашу думку, цей зв'язок особливо виразний у тих станах, де особливості ідентичності і самосприйняття є основним механізмом розладу.

Наукові підходи до вивчення суб'єктивного сприйняття формувалися в різних дослідницьких традиціях, які розставляли власні акценти у розумінні природи і механізмів цього феномену. Вони не є взаємовиключними – кожен із них описує реальні аспекти явища, але жоден не претендує на його вичерпне пояснення. Поєднання різних перспектив є необхідністю, а не еkleктикою. Серед основних теоретичних підходів до вивчення суб'єктивного сприйняття виокремлюють:

- феноменологічний підхід – аналізує внутрішню структуру суб'єктивного переживання, не зводячи його до зовнішніх детермінант;
- екзистенційно-гуманістичний підхід – вивчає смисл, автентичність і свободу як умови психологічно здорового сприйняття;
- когнітивно-поведінковий підхід – пояснює суб'єктивне сприйняття через систему когнітивних схем та їхніх афективних наслідків;
- психодинамічний підхід – розглядає суб'єктивне сприйняття як результат взаємодії усвідомлюваних і неусвідомлюваних психічних процесів;
- наративно-дискурсивний підхід – трактує суб'єктивне сприйняття як текст, що людина творить про власне існування.

Феноменологічний підхід принципово відмовляється від пояснення суб'єктивного досвіду через зовнішні причини і зосереджується на тому, яким є це переживання як таке – яку форму має відчуття порожнечі, розірваності або повноти буття. Феноменологічна традиція залишається незамінним методологічним ресурсом для розуміння суб'єктивного страждання людини. Саме вона дозволяє підійти до переживання з боку його якості, а не лише кількісних показників. Цей підхід є особливо продуктивним у клінічному

контексті, де стандартизований вимір нерідко не вловлює того, що є суттєвим у суб'єктивному досвіді клієнта. Феноменологічний аналіз відкриває ті шари переживання, які залишаються прихованими за усередненими показниками.

Когнітивно-поведінковий підхід пояснює суб'єктивне сприйняття через систему переконань і схем, що фільтрують та інтерпретують досвід, задаючи йому певний суб'єктивний смисл. О. Бондаренко, описуючи механізми психологічної допомоги особистості, підкреслює, що когнітивне переструктурування змінює не лише спосіб мислення, а й якість суб'єктивного переживання власного буття [2]. Ці схеми формуються переважно у ранньому досвіді і з часом набувають характеру автоматичних патернів, що вже не усвідомлюються як такі. І. Вітенко і Т. Вітенко зауважують, що саме ця автоматичність робить сформовані когнітивні структури особливо резистентними до свідомих спроб їх змінити [4].

Психодинамічний підхід розглядає суб'єктивне сприйняття як продукт взаємодії усвідомлюваних і неусвідомлюваних психічних процесів, де останні нерідко є визначальними. Д. Матюніна, аналізуючи рівні організації особистості у психодинамічній парадигмі, показує, що інтеграція самості є базовою передумовою стабільного і зв'язного суб'єктивного сприйняття [23]. Там, де ця інтеграція порушена – наприклад, унаслідок раннього травматичного досвіду – суб'єктивний досвід людини стає фрагментованим і суперечливим. Неусвідомлені конфлікти проявляються передусім у якості суб'єктивного переживання – у ставленні людини до себе і власного буття. Психодинамічне розуміння є особливо цінним у роботі з особистісними розладами, де ці глибинні рівні є найбільш ураженими.

Наративно-дискурсивний підхід трактує суб'єктивне сприйняття як результат неперервного процесу самоосмислення через розповідь, де людина є одночасно автором і персонажем власної історії. Н. Чепелева, досліджуючи самопроекування особистості у дискурсивному просторі, показує, що ідентичність і суб'єктивне сприйняття власного буття будуються одночасно у процесі того, як людина розповідає собі та іншим про своє існування [30].

Розрізненість внутрішнього наративу – нездатність вписати різні аспекти власного досвіду в єдину розповідь – є ознакою серйозної особливості суб'єктивного сприйняття. Погоджуючись з думкою авторів цього підходу, зазначимо, що наративна перспектива відкриває практично значущий терапевтичний горизонт: реорганізація мови самоопису є одним із шляхів до зміни суб'єктивного сприйняття як такого.

Суб'єктивне сприйняття суттєво варіює не лише між різними людьми, а й у межах досвіду однієї особистості залежно від її психологічного стану, і при певних формах особистісної патології ця варіативність набуває крайньої клінічно значущої форми. О. Зазимко, описуючи психологічні особливості розладів особистості, фіксує, що нестабільність суб'єктивного сприйняття власного Я є одним із ключових психологічних механізмів цих розладів [8]. Це нестабільне сприйняття не дозволяє людині мати стійке відчуття того, ким вона є, і породжує переживання хронічної внутрішньої порожнечі. М. Маслова, досліджуючи особливості межового розладу особистості в підлітковому віці, показує, що нестабільне самосприйняття у таких випадках поєднується з глибоким особливостям суб'єктивного переживання стосунків [22]. Саме ця нестабільність стає джерелом хронічного страждання, яке не припиняється навіть за умов відносно стабільного зовнішнього функціонування.

Розуміння деформованого суб'єктивного сприйняття набуває особливої клінічної ваги там, де патологія особистості є основним механізмом страждання. Суб'єктивне переживання симптомів нерідко суттєво відрізняється від об'єктивних клінічних показників, і саме воно визначає реальну потребу в допомозі [19]. Цей розрив між зовнішнім і внутрішнім є не рідкісним винятком, а типовою рисою клінічної картини при розладах особистості. О. Карагодіна і Л. Степаненко наголошують, що терапевтичний контакт може бути ефективним лише тоді, коли психолог здатний досягнути суб'єктивного світу клієнта зсередини [10].

Практична значущість розуміння суб'єктивного сприйняття для психологічної роботи не зменшується від того, що феномен залишається

теоретично дискусійним. С. Максименко, описуючи психологію особистості, підкреслює, що кожна людина вибудовує унікальний простір суб'єктивного досвіду, де загальнопсихологічні закономірності набувають індивідуального забарвлення [18]. Ця унікальність не перешкоджає науковому вивченню, але вимагає методологічної гнучкості і готовності до того, що жодна теорія не охоплює всього. Розуміння суб'єктивного сприйняття є не кінцевим пунктом, а відправною точкою для осмислення конкретних форм психологічного страждання.

Суб'єктивне сприйняття життя є складним психологічним феноменом, що не вичерпується жодним із наявних визначень і не зводиться до жодного окремого компонента. Воно охоплює когнітивні, афективні, смислові, темпоральні та соціальні виміри, що у реальному досвіді людини нерозривно переплетені і можуть бути розмежовані лише аналітично. Теоретичний огляд основних підходів до вивчення цього феномену засвідчив, що кожен із них описує реальні його аспекти, і лише їхнє поєднання дозволяє наблизитися до цілісного розуміння. Для клінічної психології суб'єктивне сприйняття є тією точкою, де теоретичне розуміння особистості перетинається з реальним досвідом страждання – і саме тому його вивчення є необхідним підґрунтям для аналізу будь-якого розладу особистості. Розгляд специфіки межового розладу особистості, що буде здійснений у наступних підрозділах, спирається на це розуміння суб'єктивного сприйняття як на відправний теоретичний орієнтир.

## **1.2. Психологічні ознаки межового розладу особистості**

Межовий розлад особистості посідає особливе місце у сучасній клінічній психології – не лише через різноманітність своїх проявів, а й через ту концептуальну складність, яку він ставить перед дослідниками та практиками. Протягом десятиліть ставлення до нього змінювалося: від уявлення про хронічний, майже невиліковний стан до обережного оптимізму щодо перспектив психологічних змін. Поступово «прикордонний» характер розладу отримав нове

тлумачення: не межа між неврозом і психозом, а межа між стабільністю та нестабільністю – у стосунках, у самосприйнятті, в емоційному стані. Д. Кандалова і Г. Венгер фіксують, що саме ця фундаментальна нестабільність є тим спільним знаменником, що об'єднує різноманітні прояви розладу [10]. Системна психологічна характеристика межового розладу є необхідною основою для розуміння того, яким чином він трансформує суб'єктивне сприйняття людини.

Центральним психологічним механізмом межового розладу особистості є нестабільність ідентичності – переживання себе як такого, що не має стійкого, зв'язного ядра. Людина з ознаками межового розладу може відчувати себе кардинально різними людьми в різних контекстах, і ці версії себе не інтегруються в єдиний образ. Д. Матюніна, аналізуючи рівні організації особистості у психодинамічній парадигмі, показує, що дефіцит інтеграції самості є психодинамічним підґрунтям того хаосу у самосприйнятті, що є характерним для людей з межовим розладом [25]. Ця нестабільність проявляється не лише у непослідовності поведінки, а й у глибокому суб'єктивному переживанні відсутності власного Я. Погоджуючись з думкою авторів психодинамічного підходу, додамо, що саме ця суб'єктивна порожнеча є, мабуть, найтяжчим компонентом страждання при межовому розладі особистості.

Нестабільність ідентичності при межовому розладі охоплює і тілесний вимір: людина може переживати власне тіло як чуже, ненависне або нереальне. В. Майнич, описуючи клінічні прояви особистісних розладів, наголошує, що дисоціативні симптоми – зокрема деперсоналізація і дереалізація – є значно частішими при межовому розладі, ніж фіксується у первинних скаргах людини [19]. Ці феномени суттєво впливають на суб'єктивне сприйняття власного буття: людина відчуває себе сторонньою спостерігачкою власного існування. На нашу думку, саме тілесне відчуження є тим виміром межового розладу, що найбільш безпосередньо деформує суб'єктивний образ власного Я як цілісного і реального.

Емоційна дисрегуляція є одним із найбільш виразних психологічних вимірів межового розладу особистості і нерідко є тим, що найбільш відчутно

визначає суб'єктивне переживання людиною власного буття. М. Богус, Й. Штоферс-Вінтерлінг, К. Шарп і колеги описують емоційну нестабільність при межовому розладі як крайню реактивність на міжособистісні стимули, що породжує інтенсивні, швидкоплинні афективні стани [34]. Ці стани переживаються людиною як абсолютні і всеохоплювальні – в момент інтенсивного болю неможливо пригадати, що колись було інакше і буде інакше. Саме ця неможливість зберегти часову перспективу в момент афективного стану робить емоційну дисрегуляцію при межовому розладі особливо руйнівною для суб'єктивного сприйняття власного життя як такого, що має певну тяглість і смисл.

Когнітивні особливості межового розладу особистості є не менш значущими для розуміння того, яким чином людина конструє суб'єктивний образ свого життя. Дихотомічне, або «чорно-біле», мислення є одним із найбільш характерних когнітивних стилів: людина з ознаками межового розладу схильна сприймати себе, інших і ситуації у крайніх категоріях без проміжних варіантів. Г. Габбард пов'язує це з механізмом розщеплення – захисною операцією, що запобігає одночасному утриманню суперечливих образів і тим самим захищає від тривоги [36]. Джон Гандерсон і Пол Лінкс зауважують, що когнітивне розщеплення при межовому розладі є не просто психологічним захистом, а глибинною особливістю здатності інтегрувати амбівалентний досвід [37]. Наслідком цього стає фрагментований суб'єктивний образ реальності, у якому люди й події поперемінно постають як абсолютно гарні або абсолютно погані, а стабільне й нюансоване сприйняття залишається недосяжним.

Психологічні виміри межового розладу особистості та їх зв'язок із суб'єктивним сприйняттям життя подано у таблиці 1.2. Перш ніж звернутися до неї, варто зазначити, що наведені характеристики не є ізольованими симптомами – вони утворюють взаємопов'язану систему, у якій кожен вимір підсилює та відтворює інші, формуючи цілісний спосіб суб'єктивного переживання дійсності.

Таблиця 1.2

**Психологічні виміри межового розладу особистості та їх прояви у суб'єктивному сприйнятті життя**

| Психологічний вимір         | Психологічний зміст                                 | Прояв у суб'єктивному сприйнятті                                                               |
|-----------------------------|-----------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------|
| Нестабільність ідентичності | Відсутність стійкого, зв'язного образу себе         | Переживання власного Я як фрагментованого, непередбачуваного, нереального                      |
| Емоційна дисрегуляція       | Крайня реактивність, нездатність регулювати афект   | Відчуття підпорядкованості емоціям, відсутність відчуття безпеки у власному внутрішньому світі |
| Дихотомічне мислення        | Сприйняття у крайніх категоріях без нюансів         | Нестабільне й полярне сприйняття себе, інших і подій свого життя                               |
| Нестабільність стосунків    | Чергування ідеалізації та знецінення                | Переживання близькості як загрози, нездатність відчувати стосунки як надійне підґрунтя         |
| Страх покинутості           | Інтенсивна реакція на реальну чи уявну відкинутість | Хронічне тло тривоги, відчуття власної непотрібності та незахищеності                          |
| Внутрішня порожнеча         | Хронічне відчуття відсутності смислу і наповненості | Переживання власного існування як беззмістовного та позбавленого цілісності                    |

Наведені у таблиці 1.2 психологічні виміри переконливо свідчать, що межовий розлад особистості є не сукупністю розрізнених симптомів, а цілісною організацією суб'єктивного досвіду, що пронизує всі рівні сприйняття людиною власного буття. Нестабільність у міжособистісних стосунках є невіддільним виміром межового розладу особистості і водночас тим, що найбільш відчутно визначає місце людини у власному суб'єктивному світі. Вона проявляється у характерному патерні ідеалізації і знецінення партнера по стосунках, який відтворюється у різних контекстах незалежно від конкретної людини. Дж. Герман, Дж. Перрі і Б. ван дер Колк описали зв'язок цього патерну з раннім травматичним досвідом, показавши, що схеми, засвоєні у ранніх стосунках, відтворюються у дорослих прив'язаностях [41]. Р. Бізкін і Ж. Паріс вказують, що міжособистісна нестабільність при межовому розладі нерідко відтворює патерни ранніх небезпечних прив'язаностей [1].

Страх покинутості – реальний чи уявний – є тим тригером, що запускає як інтенсивні спроби утримати стосунки, так і руйнівну реакцію на відчуту

відкинутість. Цей страх формує специфічне суб'єктивне переживання близькості як невідвортної загрози: людина одночасно відчайдушно прагне стосунків і переживає їх як джерело небезпеки. С. Томчук і М. Томчук підкреслюють, що тривога та страх відкинутості при розладах особистості набувають характеру організуючих принципів усього соціального функціонування [50]. Цей парадокс прагнення і страху близькості є одним із найбільш виснажливих аспектів суб'єктивного переживання власного існування при межевому розладі.

Переживання внутрішньої порожнечі є одним із найбільш стійких і водночас найменш видимих суб'єктивних вимірів межевого розладу особистості. Воно виявляється не як ситуативний емоційний стан, а як хронічне тло – відчуття відсутності наповненості, смислу і власного місця у світі. І. Назаренко, аналізуючи психологічну адаптацію в складних умовах, фіксує, що нестабільні прив'язаності і дифузна ідентичність суттєво ускладнюють адаптацію до будь-яких соціальних змін, що додатково посилює відчуття безпорадності та безперспективності [26]. Імпульсивна поведінка, що нерідко супроводжує межевий розлад, є не лише поведінковим симптомом, а й спробою заповнити цю порожнечу або перервати нестерпне внутрішнє страждання.

Ранній травматичний досвід відіграє вагомий роль у формуванні психологічної організації, характерної для межевого розладу, хоча і не є обов'язковою умовою. Дж. Герман, Дж. Перрі і Б. ван дер Колк показали, що діти, які пережили хронічне насилля або занедбання у ранніх стосунках, демонструють значно вищий ризик розвитку межевого розладу [41]. К. Хехт, Д. Чіккетті, Ф. Рогош і Н. Крік встановили, що тип, час і хронічність жорстокого поводження в дитинстві суттєво впливають на те, які саме прояви межевого розладу стануть провідними [40]. С. Портер, Дж. Палмье-Клос, А. Бранітські і колеги у метааналізі підтвердили статистично значущий зв'язок між дитячими труднощами і межевим розладом особистості [47]. Проте біологічні фактори, зокрема темперамент і нейробіологічна схильність до емоційної реактивності, також відіграють роль, що не дозволяє зводити психологічне підґрунтя розладу виключно до травматичного досвіду.

Психоаналітична традиція зробила значний внесок у розуміння психологічних механізмів межового розладу, описавши характерні захисні операції – розщеплення, проєктивну ідентифікацію, ідеалізацію і знецінення. Г. Габбард описує розщеплення як організуючу вісь психодинаміки межового розладу: неможливість інтегрувати суперечливі аспекти досвіду визначає характерну нестабільність у стосунках, у самоприйнятті і в афективній сфері [36]. Робота з глибинними захисними механізмами вимагає особливої терапевтичної чутливості, оскільки вони є не просто симптомами, а способом виживання в умовах психологічного болю [32]. Погоджуючись з думкою авторів, додамо, що саме ці механізми визначають специфічний спосіб, у який людина з ознаками межового розладу конструює і переживає власну суб'єктивну реальність.

Соціальний вимір межового розладу особистості виявляється у тому, як його психологічні особливості впливають на якість стосунків і суб'єктивне відчуття власного місця у людській спільноті. Страждання людини з межовим розладом є реальним і глибоким – це не маніпуляція і не ознака слабкості характеру, а вираз психологічного болю, що не знаходить іншого виходу. О. Бондаренко наголошує, що справжня психологічна допомога починається з готовності витримати поруч зі страждаючим, не намагаючись нейтралізувати його переживання поспішними інтервенціями [2]. Розуміння цього є принциповим не лише для психологічної практики, а й для наукового осмислення суб'єктивного досвіду людей з ознаками межового розладу.

Отже, психологічна характеристика межового розладу особистості розкриває феномен, що поєднує в собі нестабільність ідентичності, емоційну дисрегуляцію, дихотомічне мислення, міжособистісну нестійкість, страх покинутості та переживання внутрішньої порожнечі у єдину картину глибокого суб'єктивного страждання. Кожен із цих психологічних вимірів є не ізольованим симптомом, а складником цілісної організації суб'єктивного досвіду – того способу, у який людина сприймає себе, інших і власне буття. Розуміння цих механізмів є передумовою для осмислення того, яким саме чином межовий

розлад трансформує суб'єктивне сприйняття людиною власного життя. Саме цьому питанню буде присвячений наступний підрозділ.

### **1.3. Особливості суб'єктивного сприйняття життя в осіб з ознаками межового розладу особистості**

Суб'єктивне сприйняття життя є тим психологічним виміром, у якому теоретичні характеристики розладу перетворюються на живий, неповторний досвід страждання конкретної людини. В осіб з ознаками межового розладу особистості цей вимір набуває особливої якості – не просто відхиленої від норми, а принципово інакше організованої. Ключові психологічні ознаки межового розладу – нестабільне самосприйняття, труднощі емоційної регуляції, страх відкинутості та нестабільність стосунків – не є ізольованими симптомами, а системно деформують усі рівні суб'єктивного переживання власного буття. Н. Лозинська, аналізуючи екзистенційні переживання у структурі суб'єктивного благополуччя, підкреслює, що відчуття тимчасовості власного стану є принципово недоступним там, де екзистенційна перспектива зруйнована [16]. Саме тому суб'єктивне сприйняття життя при ознаках межового розладу потребує окремого аналізу як самостійний психологічний феномен.

Нестабільне самосприйняття є тією ознакою межового розладу особистості, що найбільш безпосередньо визначає загальну якість суб'єктивного переживання власного Я і власного місця у світі. Д. Матюніна, описуючи рівні організації особистості у психодинамічній парадигмі, наголошує, що дефіцит інтеграції самості проявляється насамперед у суб'єктивному переживанні – як відчуття власної нереальності, порожнечі або невпізнаності себе самому [23]. Якщо у більшості людей ставлення до себе коливається у відносно вузькому діапазоні залежно від зовнішніх обставин, то при ознаках межового розладу ці коливання досягають крайніх значень – від ідеалізованого образу себе до глибокого самозневаження.

Дж. Гандерсон і П. Лінкс описують цей феномен як дифузну ідентичність: людина не має стійкого уявлення про власні цінності, уподобання та переконання, що позбавляє її внутрішнього орієнтиру і робить суб'єктивну самооцінку вкрай залежною від зовнішніх підтверджень [37]. Д. Кандалова і Г. Венгер фіксують, що нестабільний образ Я при межовому розладі є не просто когнітивним феноменом, а глибинним екзистенційним переживанням власної неповноцінності або непевності у праві на існування [9].

Нестабільна самооцінка при ознаках межового розладу безпосередньо відображається на задоволеності власним життям – одному з ключових індикаторів суб'єктивного благополуччя. І. Горбаль фіксує, що суб'єктивне благополуччя за таких умов не формується навіть у разі відсутності об'єктивних негативних чинників [5]. Це означає, що навіть тоді, коли зовнішні обставини є відносно сприятливими – є робота, стосунки, відсутність матеріальної скрути – людина з ознаками межового розладу може переживати глибоку незадоволеність власним існуванням. Погоджуючись з думкою дослідників, варто додати, що саме нестабільність самосприйняття робить суб'єктивну задоволеність життям особливо вразливою до мінливих зовнішніх подій і міжособистісних ситуацій.

Труднощі емоційної регуляції є ще однією ключовою ознакою межового розладу особистості, що системно деформує суб'єктивне переживання власного буття. М. Богус, Й. Штоферс-Вінтерлінг, К. Шарп і колеги описують емоційну нестабільність при межовому розладі як крайню реактивність на міжособистісні стимули, що породжує інтенсивні, швидкоплинні афективні стани [34]. Ф. Лейченрінг і колеги характеризують це як «емоційний гіперболізм» – стани, що переживаються як абсолютні і всеохоплювальні, без здатності утримати в пам'яті, що вони минуть [43]. У момент інтенсивного болю людина з ознаками межового розладу не просто «відчуває гнів» – вона є цим гнівом, і жодна раціональна перспектива не є доступною їй зсередини цього стану. Наслідком стає суб'єктивне відчуття підпорядкованості власним емоціям – як чомусь зовнішньому і всемогутньому, а не як власним внутрішнім станам, якими можна певною мірою керувати.

Вплив труднощів емоційної регуляції на суб'єктивне сприйняття відчуття цілісності та часової перспективи є принциповим і потребує окремого розгляду. Н. Малиновська, аналізуючи особливості сприйняття реальності в умовах психологічного навантаження, встановлює, що звуження часової перспективи є типовою характеристикою порушеного суб'єктивного сприйняття [21]. При ознаках межового розладу ця звуженість досягає крайнього виразу: людина здебільшого живе у «вічному теперішньому», де гостре переживання поточного моменту витісняє і минуле, і майбутнє. Здатність до темпорального синтезу власного досвіду – переживання себе як єдиного впродовж часу – при межовому розладі є суттєво порушеною [35]. Без цієї здатності формування стійкого відчуття цілісності власного Я і власного життя стає практично недосяжним.

Для наочного представлення того, як окремі психологічні ознаки межового розладу відображаються на різних вимірах суб'єктивного сприйняття життя, пропонується кругова діаграма (рис. 1.3).

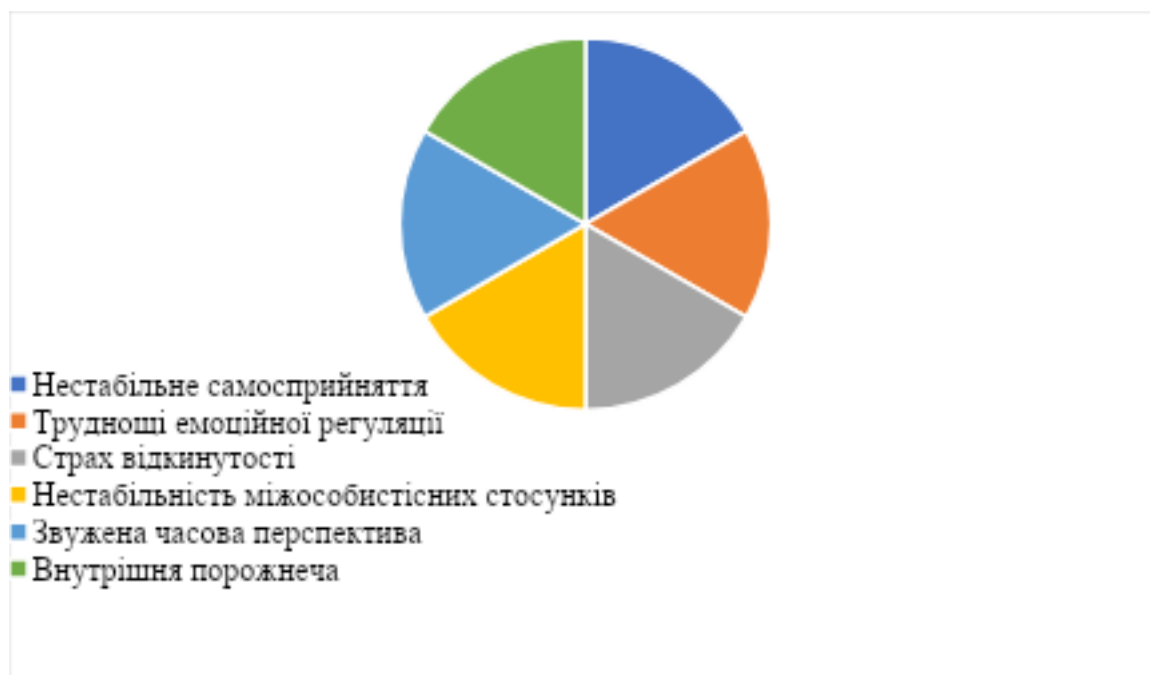


Рис. 1.3. Структура впливу психологічних ознак межового розладу особистості на суб'єктивне сприйняття життя

Страх відкинутості є тією психологічною ознакою межового розладу особистості, що найбільш відчутно визначає суб'єктивне соціальне самопочуття

людини – її переживання власного місця серед інших і якість суб'єктивно сприйнятих стосунків. Р. Бізкін і Ж. Паріс описують характерний парадокс: людина водночас робить все можливе, щоб утримати близьку людину, і власною поведінкою підштовхує її до відходу [33]. Кожне сприйняте віддалення переживається як підтвердження найглибшого страху – що вона є непридатною для любові і буде покинута. Тривога та страх відкинутості при розладах особистості набувають характеру організуючих принципів усього соціального функціонування [50]. Наслідком є хронічна тривожна пильність у стосунках, що перетворює соціальне оточення на постійне джерело загрози, а не опори.

Нестабільність міжособистісних стосунків при ознаках межового розладу суттєво деформує суб'єктивне сприйняття соціального виміру власного буття і безпосередньо підриває соціальне самопочуття людини. Дж. Герман, Дж. Перрі і Б. ван дер Колк показали, що схеми, засвоєні у ранніх стосунках, відтворюються у дорослих прив'язаностях, формуючи специфічний спосіб суб'єктивного переживання близькості [41]. Когнітивний вимір цього переживання організований через механізм дихотомічного мислення, що ділить весь досвід на два несумісних полюси: люди навколо сприймаються або як абсолютно добрі, або як абсолютно погані, і ця оцінка може змінитися раптово під впливом найменшого розчарування. М. Маслова, досліджуючи межовий розлад у підлітковому віці, фіксує, що дихотомічне сприйняття поширюється не лише на стосунки, а й на самосприйняття і на осмислення власного майбутнього [22]. Наслідком є суб'єктивна картина соціального світу як непередбачуваного і небезпечного, де стабільна близькість є недосяжною.

У таблиці 1.3 систематизовано ключові психологічні ознаки межового розладу особистості та їх специфічний вплив на окремі виміри суб'єктивного сприйняття життя. Ця систематизація є аналітичним інструментом, а не спробою ствердити жорстку бінарну межу між нормою і патологією – адже кожен з описаних впливів реалізується індивідуально залежно від виразності ознак і особистісних ресурсів людини.

Таблиця 1.3

**Вплив психологічних ознак межового розладу особистості на виміри  
суб'єктивного сприйняття життя**

| Психологічна ознака          | Вимір суб'єктивного сприйняття                  | Характер впливу                                                                                          |
|------------------------------|-------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| Нестабільне самосприйняття   | Самооцінка, задоволеність собою                 | Різкі коливання від ідеалізації до глибокого самозневаження; суб'єктивна невизначеність власної цінності |
| Труднощі емоційної регуляції | Відчуття цілісності, внутрішня безпека          | Підпорядкованість інтенсивним афектам; переживання себе як такого, що не здатен керувати власним станом  |
| Страх відкинутості           | Соціальне самопочуття, сприйняття стосунків     | Хронічна тривожна пильність; суб'єктивне переживання близькості як загрози                               |
| Нестабільність стосунків     | Задоволеність соціальним оточенням              | Дихотомічне сприйняття інших; нездатність сформувати стійкий образ стосунків як надійної опори           |
| Звужена часова перспектива   | Відчуття смислу і безперервності власного буття | Домінування теперішнього; суб'єктивна закритість майбутнього; послаблений зв'язок із власним минулим     |
| Внутрішня порожнеча          | Загальна задоволеність життям                   | Хронічне відчуття беззмістовності незалежно від зовнішніх обставин                                       |

Наведені у таблиці 1.3 взаємозв'язки переконливо свідчать, що психологічні ознаки межового розладу особистості формують системну зміну суб'єктивного сприйняття, яка охоплює усі ключові виміри переживання власного буття. П. Стефанату, Л. Ксенакі, Г. Константакопулос і колеги встановили, що рівень суб'єктивного відчуття якості життя при межовому розладі є значно нижчим за середній навіть після врахування супутніх станів [48]. О. Лукасевич наголошує, що суб'єктивне благополуччя завжди є результатом унікального поєднання особистісних ресурсів і досвіду людини [17]. При ознаках межового розладу ця конфігурація організована навколо дефіциту інтегрованості самості, що і визначає специфічну якість суб'єктивного сприйняття за всіма виокремленими вимірами.

Переживання хронічної внутрішньої порожнечі є одним із найбільш болісних і водночас найменш видимих ззовні аспектів суб'єктивного сприйняття при ознаках межового розладу особистості. Г. Габбард описує цей феномен як суб'єктивне відчуття відсутності внутрішнього змісту, ніби людина є порожньою

оболонкою, наповненою лише болем, але не власною сутністю [36]. Ця порожнеча не має конкретного об'єкта – на відміну від суму за чимось конкретним, вона є перманентним фоном, що не зникає навіть тоді, коли зовнішні обставини є відносно сприятливими. С. Дубич зазначає, що ментальне здоров'я і суб'єктивна якість життя є взаємно пов'язаними конструктами, де погіршення одного неодмінно відображається на іншому [7]. Внутрішня порожнеча при ознаках межового розладу є саме тим механізмом, що найбільш стійко утримує загальну задоволеність життям на низькому рівні незалежно від поточних обставин.

Дисоціативні феномени – деперсоналізація і дереалізація – є додатковим виміром суб'єктивного сприйняття, що суттєво підриває відчуття цілісності власного буття при ознаках межового розладу. Деперсоналізація – переживання себе як стороннього спостерігача власного досвіду – є поширеним явищем при межовому розладі і суттєво ускладнює формування стійкого відчуття Я [46]. Ставлення до власного тіла при ознаках межового розладу також є специфічним виміром суб'єктивного сприйняття: тіло може переживатися як чуже, непривабливе або ненависне. Т. Томчук і М. Томчук, описуючи тілесні прояви тривоги та страху при особистісних розладах, підкреслюють, що тіло нерідко стає ареною, на якій розгортаються внутрішні конфлікти, що не знаходять іншого виразу [29]. І. Горбаль зауважує, що тілесне благополуччя є невід'ємним виміром суб'єктивного благополуччя загалом, і зміни тілесного самосприйняття безпосередньо підриває цілісність суб'єктивного переживання [5].

Суб'єктивне сприйняття власного майбутнього при ознаках межового розладу нерідко є принципово порушеним і безпосередньо пов'язане з нестабільним образом Я у теперішньому. М. Занаріні, Ф. Франкенбург, Д. Райх і Г. Фіцморіс у своєму лонгітюдному дослідженні виявили, що для більшості учасників із межовим розладом характерне переживання майбутнього як закритого і безперспективного [49]. Цей феномен не є просто песимістичним мисленням – він відображає нездатність побудувати стійкий внутрішній образ себе у майбутньому через відсутність стабільного образу себе у теперішньому.

Погоджуючись з думкою авторів цього дослідження, зазначимо, що саме ця суб'єктивна закритість майбутнього є одним із механізмів, що найбільш суттєво знижує загальну задоволеність власним життям і відчуття його смислу.

Н. Родіна і О. Бабій, аналізуючи зв'язок ментального здоров'я і суб'єктивної безпеки, вказують, що неможливість вербалізувати власний стан посилює ізолюваність і підриває відчуття безпеки у стосунках [25]. Ця «невимовність» страждання є характерною особливістю суб'єктивного сприйняття при ознаках межового розладу – людина нерідко не здатна описати своє страждання словами або відчуває, що жодні слова не передають його справжньої інтенсивності. І. Назаренко, аналізуючи адаптаційні можливості особистості в складних умовах, акцентує, що суб'єктивне сприйняття є одним із найважливіших ресурсів і водночас найвразливіших точок особистості [24]. На нашу думку, саме ця невимовність є виразом найглибшого соціального страждання при межовому розладі – переживання власної принципової незрозумілості для оточуючих.

Отже, психологічні особливості суб'єктивного сприйняття життя в осіб з ознаками межового розладу особистості є не сукупністю розрізнених симптомів, а системно організованим способом переживання власного буття. Нестабільне самосприйняття деформує самооцінку і задоволеність собою; труднощі емоційної регуляції руйнують відчуття цілісності і підпорядковують суб'єктивне сприйняття афективним коливанням; страх відкинутості перетворює соціальний простір на постійне джерело загрози; нестабільність стосунків позбавляє людину опори у соціальному оточенні; звужена часова перспектива підриває відчуття смислу і безперервності власного буття; а хронічна внутрішня порожнеча знижує загальну задоволеність життям незалежно від зовнішніх обставин. Розуміння цих взаємозв'язків є необхідним підґрунтям для емпіричного дослідження суб'єктивного сприйняття життя в осіб з ознаками межового розладу, якому буде присвячений наступний розділ роботи.

#### **1.4. Основні напрями психологічної підтримки осіб з ознаками межового розладу особистості**

Психологічна робота з особами, що мають виражені ознаки межового розладу особистості, є одним із найскладніших і водночас найбільш концептуально насичених напрямів психологічної практики. Складність полягає не лише у вираженості симптоматики, а й у тому, що самі терапевтичні стосунки стають простором, де відтворюються центральні патерни суб'єктивного досвіду клієнта – страх покинутості, дихотомічне сприйняття, нестабільність прив'язаності. Психолог у цьому процесі є не нейтральним спостерігачем, а учасником, що утримує консультативний простір попри інтенсивний емоційний тиск. Розуміння того, яким чином виражені ознаки межового розладу пов'язані з особливостями суб'єктивного сприйняття, встановлене у попередніх розділах, безпосередньо визначає логіку вибору напрямів і форматів психологічного супроводу.

Принципово важливо зазначити, що психологічна робота з особами з ознаками межового розладу особистості не є і не може бути заміником спеціалізованої психіатричної або психотерапевтичної допомоги. Психолог-консультант, що взаємодіє з такою особою, має чітко розуміти межі власної компетенції і забезпечувати перенаправлення до клінічного психолога, психотерапевта або психіатра у випадках вираженої емоційної нестабільності, ризикової поведінки або ознак гострої кризи. Описані у цьому розділі напрями роботи слід розглядати як орієнтовні психоосвітні та консультативні підходи, що можуть бути частиною комплексного супроводу, а не як самостійний психотерапевтичний протокол. Ця застереження є принциповим і визначає всю подальшу логіку опису напрямів роботи.

Сучасна доказова база психологічного супроводу осіб з ознаками межового розладу є значно ширшою, ніж два десятиліття тому, – і це зміщення відбулося паралельно зі зміною розуміння природи самого розладу. Визнання того, що межовий розлад є станом із реальними перспективами для

психологічних змін, а не хронічно незмінною особистісною структурою, відкрило простір для розвитку цілої низки специфічних підходів. Кожен із них наголошує на різних механізмах і ставить дещо різні цілі, але всі вони поділяють спільну передумову: зміна суб'єктивного сприйняття в осіб з ознаками межового розладу є можливою і досяжною. Питання полягає у тому, через які конкретні напрями і механізми ця зміна відбувається найбільш ефективно.

Діалектично-поведінкова терапія (ДПТ) залишається на сьогодні найбільш розробленим і доказово підтвердженим підходом у роботі з особами з ознаками межового розладу особистості. Її центральна ідея – баланс між прийняттям і змінами – безпосередньо відповідає тій амбівалентності, що пронизує суб'єктивний досвід при цьому розладі. ДПТ структурована навколо чотирьох модулів навичок: майндфулнес, міжособистісна ефективність, регуляція емоцій і толерантність до дистресу. Саме ці модулі спрямовані на ті аспекти суб'єктивного сприйняття, що виявились найбільш пов'язаними зі зниженою задоволеністю буттям у проведеному дослідженні: недостатній доступ до регулятивних стратегій, нестабільність у стосунках і звужена здатність витримувати емоційний дискомфорт без руйнівного розрядження.

Терапія, що базується на менталізації (MBT), розроблена Пітером Фонагі і Ентоні Батеманом, пропонує принципово інший кут зору на механізм психологічної зміни. Менталізація – здатність розуміти власні і чужі психічні стани як такі, що визначають поведінку, – при вираженій симптоматиці межового розладу суттєво знижується під час емоційного збудження. MBT спрямована на поступове відновлення цієї здатності через терапевтичну взаємодію, де психолог моделює менталізуючу позицію і поступово допомагає клієнту утримувати її самостійно. Для суб'єктивного сприйняття це означає поступове формування здатності бачити власний досвід не як абсолютну реальність, а як інтерпретацію, що піддається переосмисленню.

Схема-терапія, розроблена Джеффри Янгом як розширення когнітивно-поведінкової терапії, зосереджується на ранніх дезадаптивних схемах – стійких паттернах сприйняття себе, інших і світу, що сформувались у відповідь на

незадоволені базові потреби. При ознаках межового розладу найбільш характерними є схеми покинутості, дефектності, недовіри і підкореності, і саме вони безпосередньо визначають якість суб'єктивного сприйняття стосунків і самосприйняття. Схема-терапія пропонує конкретні засоби для роботи з цими структурами – зокрема роботу з режимами і техніки переробки образних спогадів, – що дозволяє не лише когнітивно переосмислити ранній досвід, а й емоційно перепережити його у безпечному контексті. Для клієнта з вираженими ознаками межового розладу це відкриває можливість зрозуміти, чому він сприймає реальність так, як сприймає, і поступово отримати доступ до альтернативних способів переживання.

Терапія, що базується на переносі (ТФП), розроблена Отто Кернбергом, є психодинамічним підходом, що використовує саму терапевтичну взаємодію як основне поле роботи. ТФП виходить з уявлення, що при ознаках межового розладу центральною психологічною особливістю є нездатність інтегрувати суперечливі уявлення про себе та інших, і що саме у стосунках з психологом ця особливість проявляється найбільш безпосередньо. Через послідовну роботу з переносом психолог допомагає клієнту поступово інтегрувати роздроблений внутрішній досвід і формувати більш стабільне і цілісне відчуття себе. Цей підхід є особливо значущим для тих вимірів суб'єктивного сприйняття, що пов'язані з нестабільністю самосприйняття і дихотомічним сприйняттям стосунків.

Для зручності порівняльного аналізу основних підходів до роботи з особами з ознаками межового розладу особистості пропонується таблиця 1.4, де систематизовано ключові характеристики кожного підходу з позиції психологічних напрямів роботи. Перед зверненням до неї варто зазначити, що ця систематизація є аналітичним інструментом, а не спробою ієрархізувати підходи за ефективністю – кожен із них має власні сильні сторони залежно від конкретного завдання і індивідуального профілю клієнта.

Таблиця 1.4

**Порівняльна характеристика підходів до психологічної роботи з особами з ознаками межового розладу особистості**

| Підхід                                | Центральний механізм зміни            | Основні напрями роботи                                             | Роль психолога             |
|---------------------------------------|---------------------------------------|--------------------------------------------------------------------|----------------------------|
| Діалектично-поведінкова терапія (ДПТ) | Навчання навичок регуляції            | Емоційна дисрегуляція, імпульсивність, міжособистісна ефективність | Тренер навичок і валідатор |
| Терапія на основі менталізації (МВТ)  | Відновлення менталізуючої здатності   | Порушена менталізація, нестабільність прив'язаності                | Менталізуючий партнер      |
| Схема-терапія                         | Переробка дезадаптивних схем          | Ранні схеми, незадоволені потреби, режими                          | Обмежений батько і тренер  |
| Терапія на основі переносу (ТФП)      | Інтеграція роздроблених репрезентацій | Нестабільне самосприйняття, дихотомічне сприйняття стосунків       | Нейтральний інтерпретатор  |
| Інтегративний підхід                  | Поєднання механізмів різних підходів  | Індивідуально визначені напрями                                    | Гнучкий і адаптивний       |

Аналіз даних таблиці 1.4 дозволяє зробити практично значуще спостереження: попри відмінності у механізмах і акцентах, всі підходи так чи інакше спрямовані на ті самі базові виміри суб'єктивного сприйняття – нестабільність самосприйняття, емоційну дисрегуляцію і порушені патерни прив'язаності. Різниця полягає у тому, через який вхід у цю систему здійснюється психологічна робота. На нашу думку, вибір підходу має визначатися не теоретичними уподобаннями фахівця, а індивідуальними характеристиками клієнта, рівнем його функціонування і тим, які саме виміри суб'єктивного сприйняття є найбільш вираженими у його конкретному досвіді.

Незалежно від обраного підходу, існує ряд загальних принципів, дотримання яких є необхідною умовою ефективної психологічної роботи з особами з ознаками межового розладу особистості. Ці принципи є не технічними правилами, а відображенням розуміння специфіки суб'єктивного досвіду при вираженій симптоматиці. До таких принципів належать: консистентність і передбачуваність взаємодії як чинник зниження страху покинутості; валідація суб'єктивного досвіду як первинна функція, що передуює будь-яким спробам його змінити; уникнення надмірної теплоти та надмірної дистанції на користь обміркованої психологічної близькості; зосередженість на теперішньому

моменті взаємодії; підтримка робочого альянсу як пріоритетного завдання у ситуаціях розривів і криз.

Стабільна і передбачувана взаємодія при роботі з особами з ознаками межового розладу є не формальністю, а психологічним інструментом першого порядку. Чіткі межі щодо формату й частоти контактів і передбачувана реакція психолога на кризові стани клієнта утворюють той безпечний простір, всередині якого людина може поступово навчатися переживати стосунки без катастрофічних наслідків. Для клієнта, чиє суб'єктивне сприйняття стосунків організоване навколо очікування відкинутості, сам факт того, що психолог з'являється стабільно і реагує передбачувано, є корективним досвідом, що поступово збагачує внутрішні уявлення про те, якими стосунки можуть бути.

Валідація є тим аспектом психологічної роботи, якому приділяється найбільше уваги у рамках ДПТ, але який є значущим незалежно від підходу. Валідувати переживання клієнта означає визнати, що його суб'єктивна реакція на певну ситуацію є зрозумілою і людською – навіть якщо вона є дисфункціональною за своїми наслідками. Для особи з вираженими ознаками межового розладу, яка нерідко переживала середовище, що заперечувало або применшувало її переживання, ця валідація є не просто підтримкою, а корективним досвідом базового визнання. Без неї будь-які психологічні втручання ризикують сприйматися як ще одна спроба змінити те, що є «неправильним» у клієнті, а не допомогти йому.

Розвиток навичок емоційної саморегуляції є центральним напрямом психологічної роботи при вираженій симптоматиці межового розладу і водночас тим виміром, де ця робота стикається з найбільшими труднощами. Ці труднощі пов'язані не зі свідомим небажанням змінюватися, а з неможливістю застосовувати навчені навички у стані гострого афекту – саме тоді, коли вони найбільше потрібні. Вирішення цієї проблеми полягає у поступовому нарощуванні здатності клієнта зберігати доступ до регулятивних ресурсів навіть у стані помірного емоційного збудження. Цей процес є тривалим і нелінійним:

відкати є нормою, а не ознакою невдачі, і їхнє спільне осмислення є не менш важливою частиною роботи, ніж навчання самих навичок.

Психологічна робота з темпоральним виміром суб'єктивного сприйняття – підтримка відчуття зв'язку між минулим, теперішнім і майбутнім – є самостійним і нерідко недооціненим напрямом роботи з особами з ознаками межового розладу. Клієнт, що перебуває у «вічному теперішньому» інтенсивних афектів, не здатний у момент болю пригадати, що колись було інакше, і не здатний уявити, що буде інакше у майбутньому. Наративні підходи і техніки роботи з автобіографічною пам'яттю спрямовані саме на відновлення цього темпорального зв'язку, що є передумовою для формування стабільнішого суб'єктивного сприйняття власного буття. Поступово у клієнта формується здатність утримувати перспективу: розуміти, що поточний стан є лише одним із можливих, а не всією реальністю.

Групова робота є окремим і цінним форматом психологічного супроводу, що доповнює індивідуальний процес. Вона пропонує унікальний ресурс: можливість опрацьовувати міжособистісні патерни у реальному, а не змодельованому соціальному середовищі. У рамках ДПТ групова робота є невід'ємним компонентом і здійснюється у форматі психоосвіти та навчання навичок. В інших підходах груповий формат організовується як простір для опрацювання міжособистісних труднощів у реальному часі, де психолог-фасилітатор допомагає учасникам звернути увагу на те, що відбувається між ними тут і зараз. Для осіб з вираженими ознаками межового розладу груповий формат є особливо значущим, оскільки він створює умови для отримання корективного соціального досвіду у контрольованих і безпечних умовах.

Вибір конкретного напрямку і формату психологічної роботи є не алгоритмічним, а клінічним рішенням, що ґрунтується на індивідуальній оцінці клієнта, рівні його функціонування, наявних ресурсах і тих аспектах суб'єктивного сприйняття, що є найбільш вираженими. Жоден підхід не є універсальним, і найбільш ефективна практика, як правило, є інтегративною –

вона поєднує методологічні здобутки різних шкіл у єдину стратегію, що відповідає унікальному профілю суб'єктивного сприйняття конкретної людини.

## **Висновки до розділу 1**

Теоретичний аналіз наукових джерел засвідчив, що суб'єктивне сприйняття життя є багатовимірним психологічним феноменом, що не зводиться до жодного з окремих конструктів – ані до суб'єктивного благополуччя, ані до задоволеності, ані до смислових орієнтирів – а охоплює весь внутрішній простір переживань людини у його когнітивному, афективному, смисловому, темпоральному та соціальному вимірах. Розгляд основних теоретичних підходів – феноменологічного, екзистенційно-гуманістичного, когнітивно-поведінкового, психодинамічного та наративно-дискурсивного – показав, що кожен із них описує реальні аспекти феномену і жоден не є вичерпним. Ці підходи є не взаємовиключними, а взаємодоповнювальними, і лише їхнє поєднання дозволяє наблизитися до цілісного розуміння суб'єктивного сприйняття як предмета психологічної науки.

Межовий розлад особистості виявився феноменом, що поєднує у єдину клінічну картину нестабільність ідентичності, емоційну дисрегуляцію, дихотомічне мислення, міжособистісну нестійкість та імпульсивну поведінку, ядром якої є глибоке суб'єктивне страждання. Огляд діагностичних критеріїв, механізмів розладу, його етіології і перебігу дозволив сформулювати цілісне уявлення про межовий розділ як про стан, що потребує розуміння не лише на рівні поведінкових проявів, а й на рівні психологічних механізмів, що їх породжують. Аналіз досліджень показав, що цей розлад є не хронічно незмінним станом, а таким, що за умов адекватного терапевтичного втручання демонструє можливості для суттєвого покращення.

Вивчення особливостей суб'єктивного сприйняття при межовому розладі виявило, що воно є принципово відмінним від нормативного за всіма виділеними вимірами: образ Я є нестабільним і дифузним, афективний фон – інтенсивним і

непередбачуваним, темпоральна перспектива – звуженою до теперішнього, переживання стосунків – дихотомічним і пронизаним страхом відкинутості, а смислова складова – хиткою і нерідко замінюється переживанням хронічної порожнечі. Ці особливості формують специфічний спосіб переживання власного буття, що не є просто «поганим настроєм» або «складним характером», а глибинно організованим патерном суб'єктивного сприйняття. Встановлені теоретичні положення слугуватимуть концептуальною основою для емпіричного дослідження, що буде здійснено у другому розділі роботи.

## **РОЗДІЛ 2. ЕМПІРИЧНЕ ДОСЛІДЖЕННЯ ПСИХОЛОГІЧНИХ ОСОБЛИВОСТЕЙ СУБ'ЄКТИВНОГО СПРИЙНЯТТЯ ЖИТТЯ В ОСІБ З ОЗНАКАМИ МЕЖОВОГО РОЗЛАДУ ОСОБИСТОСТІ**

### **2.1. Організація та методи емпіричного дослідження**

Емпіричне дослідження психологічних особливостей суб'єктивного сприйняття життя в осіб з ознаками межового розладу особистості проводилося з використанням комплексу психодіагностичних методик, що охоплюють різні виміри досліджуваного явища. Вибір методів зумовлений специфікою предмета дослідження – суб'єктивне сприйняття поєднує когнітивний, афективний та екзистенційний виміри, тому жодна окрема методика не здатна відобразити його повною мірою. Методологічна стратегія будувалася на принципі поєднання трьох взаємодоповнювальних інструментів, кожен з яких вимірює окремий, але пов'язаний аспект суб'єктивного досвіду. Такий підхід дозволяє отримати цілісну картину суб'єктивного сприйняття, а не окремий її зріз.

Дослідження не передбачало встановлення клінічного діагнозу. Основну групу склали особи з вираженими ознаками межового розладу особистості, виявленими за допомогою скринінгової методики MSI-BPD, а не на підставі психіатричного діагнозу – такий підхід є обґрунтованим для психологічного дослідження, оскільки дозволяє вивчати суб'єктивне сприйняття у осіб з клінічно значущими ознаками розладу без залучення виключно психіатричного контингенту. Усі посилання на «осіб з ознаками межового розладу» у цій роботі слід розуміти саме як осіб, що перевищили граничний показник скринінгової методики, а не як осіб із верифікованим клінічним діагнозом. Це розмежування є принциповим для коректної інтерпретації отриманих результатів.

Дослідження проводилося впродовж 2024–2025 років у межах консультативно-психологічної практики та залучало осіб, що добровільно погодилися взяти в ньому участь. Уся процедура здійснювалася з дотриманням основних етичних принципів: добровільності, конфіденційності, інформованої

згоди та права на відмову від участі на будь-якому етапі без будь-яких наслідків. Кожен учасник до початку дослідження отримував роз'яснення його мети та процедури й підписував форму інформованої згоди. Персональні дані учасників зберігалися окремо від дослідницьких матеріалів і не використовувалися для ідентифікації у результатах, що забезпечувало повну анонімність.

Вибірку дослідження склали 45 осіб, розподілених на дві групи. Основну групу склали 30 осіб – 19 жінок і 11 чоловіків у віці від 19 до 38 років, – у яких за результатами скринінгу MSI-BPD виявлено виражені ознаки межового розладу особистості (7 і більше позитивних відповідей із 10); середній вік учасників основної групи склав 26,4 року. Контрольну групу склали 15 осіб без клінічно значущих ознак межового розладу, зіставних з основною групою за віком і статтю; середній вік у контрольній групі – 25,8 року. Такий обсяг вибірки є обґрунтованим для прикладного психологічного дослідження, де пріоритетом є глибина аналізу.

Формування вибірки здійснювалося на основі чітко визначених критеріїв включення та виключення. До критеріїв включення до основної групи належали: вік від 18 до 45 років, результат за MSI-BPD на рівні 7 і більше позитивних відповідей, достатній рівень грамотності для самостійного заповнення опитувальників, добровільна інформована згода та відсутність гострого психотичного епізоду на момент дослідження. До критеріїв виключення належали: наявність важкого неврологічного захворювання, активна залежність від психоактивних речовин як основна клінічна проблема, перебування у стані гострої психологічної кризи та відмова підписати форму інформованої згоди. Дотримання цих критеріїв забезпечило однорідність основної групи і коректність подальшого порівняльного аналізу.

Першою з використаних методик є Шкала задоволеності життям (Satisfaction with Life Scale, SWLS), розроблена Е. Дінером та колегами у 1985 році (див. Додаток А). Методика складається з п'яти тверджень, оцінюваних за семибальною шкалою, і вимірює, наскільки людина загалом задоволена власним життям. Загальний бал відображає когнітивну оцінку людиною власного

становища – один із ключових компонентів суб'єктивного сприйняття якості буття. Лаконічність методики знижує ризик стомлення учасників, що є особливо важливим при роботі з особами, які переживають хронічне психологічне навантаження.

Другою методикою є Скринінговий інструмент для виявлення ознак межового розладу Мак-Ліна (McLean Screening Instrument for BPD, MSI-BPD) (див. Додаток Б). Методика містить 10 дихотомічних питань, кожне з яких відповідає одному з основних вимірів межового розладу – нестабільності ідентичності, емоційній дисрегуляції, імпульсивності, страху покинутості та іншим. У цьому дослідженні MSI-BPD виконувала дві функції: скринінгову – для формування основної групи, та оцінювальну – для визначення ступеня вираженості ознак розладу. Граничне значення у 7 і більше позитивних відповідей із 10 вказує на ймовірну наявність вираженої симптоматики, хоча не замінює клінічної діагностики.

Третьою методикою є Шкала труднощів регуляції емоцій (Difficulties in Emotion Regulation Scale, DERS), розроблена К. Грацем та Л. Ромер у 2004 році (див. Додаток В). Методика містить 36 тверджень, згрупованих у шість субшкал: нерозуміння власних емоцій, нездатність до цілеспрямованої діяльності під час переживання, труднощі з контролем імпульсів, обмежений доступ до стратегій регуляції, неприйняття власних емоційних реакцій та відсутність емоційної ясності. На нашу думку, саме DERS дозволяє найточніше описати той механізм, через який межовий розлад деформує суб'єктивне сприйняття, – адже емоційна дисрегуляція є його центральним психологічним чинником. Кожна субшкала вимірює окремий аспект труднощів, і разом вони формують повноцінний профіль дисрегуляції учасника.

Процедура збору даних здійснювалася в індивідуальному або малогруповому форматі залежно від стану учасника; кожна сесія тривала від 40 до 60 хвилин. Перед заповненням опитувальників дослідник проводив коротку бесіду для встановлення контакту і перевірки розуміння процедури. Порядок пред'явлення методик був стандартизованим для всіх учасників: спочатку

SWLS, потім MSI-BPD і наприкінці DERS – від загальних оцінок до більш специфічних і емоційно насичених питань. Після завершення проводилася дебрифінгова бесіда, під час якої учасник міг поставити запитання і отримати інформацію про ресурси психологічної підтримки.

Обробка первинних даних здійснювалася у кілька кроків: перевірка бланків на повноту заповнення, підрахунок балів відповідно до авторських ключів та зведення даних у таблицю для подальшого аналізу. Бланки з більш ніж двома пропущеними відповідями в одній методиці виключалися з аналізу. Для опису результатів використовувалися методи описової статистики та порівняльний аналіз показників двох груп. Надійність отриманих даних забезпечувалась стандартизацією процедури збору, а також дотриманням умов конфіденційності та добровільності, що знижувало ризик соціально бажаних відповідей.

Дослідження має певні обмеження, які необхідно враховувати під час інтерпретації результатів. Відносно невеликий обсяг вибірки потребує обережності у перенесенні висновків на всю популяцію осіб з ознаками межового розладу. Самозвітні методики фіксують лише усвідомлений шар суб'єктивного досвіду, тоді як глибинні переживання залишаються недоступними для прямого вимірювання. Поперечний дизайн дослідження дозволяє описати наявний стан суб'єктивного сприйняття, проте не дає змоги простежити його зміни в часі. Погоджуючись із думкою авторів, які досліджували подібні вибірки, зазначимо, що ці обмеження є типовими для прикладних психологічних студій і не знецінюють практичної значущості отриманих даних.

Методологічна основа дослідження поєднує три стандартизовані психодіагностичні інструменти, зорієнтовані на різні виміри суб'єктивного досвіду, що дозволяє отримати цілісну картину суб'єктивного сприйняття в осіб з ознаками межового розладу. Дотримання етичних принципів добровільності, анонімності та інформованої згоди забезпечує як наукову коректність, так і психологічну безпеку учасників. Чітке розмежування між скринінговим і

діагностичним підходом є принциповою умовою для коректної інтерпретації всіх наступних результатів.

## **2.2. Аналіз показників суб'єктивного сприйняття життя в осіб з різним рівнем вираженості ознак межового розладу особистості**

Результати дослідження дозволяють порівняти показники двох груп учасників і виявити основні відмінності між ними. Аналіз проводився за трьома методиками: SWLS, MSI-BPD та DERS. Отримані дані свідчать про те, що особи з ознаками межового розладу суттєво відрізняються від контрольної групи за всіма досліджуваними показниками. При цьому різні виміри суб'єктивного сприйняття виявились пов'язаними між собою: нижча задоволеність життям поєднується з вищим рівнем труднощів емоційної регуляції.

Аналіз результатів за Шкалою задоволеності життям (SWLS) виявив значну різницю між групами. Середній бал у групі осіб із межовим розладом склав 11,8 із 35 можливих, що становить 33,7% від максимального значення шкали і відповідає рівню «незадоволеність». У контрольній групі середній бал дорівнював 25,4, тобто 72,6% від максимуму. Отже, учасники основної групи оцінили своє задоволення життям приблизно вдвічі нижче, ніж учасники контрольної групи. На нашу думку, це є одним із найбільш показових результатів дослідження, який наочно демонструє, як ознаки межового розладу впливають на загальне сприйняття власного буття.

Розподіл показників SWLS між групами виявив такі результати: 73,3% учасників основної групи потрапили до категорій «незадоволеність» або «крайня незадоволеність», тоді як у контрольній групі цей показник склав лише 13,3%. Жоден учасник основної групи не досяг рівня «висока задоволеність», тоді як у контрольній групі цей рівень показали 40,0% досліджуваних. Лише 6,7% учасників основної групи отримали показники помірної задоволеності – і здебільшого це були особи з досвідом психотерапії. Ці дані підтверджують, що

низька задоволеність життям є характерною ознакою для переважної більшості осіб із межовим розладом.

Порівняльна характеристика середніх показників за всіма трьома методиками у двох групах представлена у таблиці 2.2. Наведені дані дозволяють побачити загальну картину відмінностей між групами.

Таблиця 2.2.

**Порівняльна характеристика середніх показників за методиками  
SWLS, MSI-BPD та DERS у групах осіб із межовим розладом та  
контрольній групі**

| Методика та показник               | Група осіб з вираженими ознаками МРО | Контрольна група |
|------------------------------------|--------------------------------------|------------------|
| SWLS (загальний бал, 5–35)         | 11,8 (33,7%)                         | 25,4 (72,6%)     |
| MSI-BPD (загальний бал, 0–10)      | 8,1 (81,0%)                          | 2,2 (22,0%)      |
| DERS (загальний бал, 36–180)       | 121,4 (67,4%)                        | 70,6 (39,2%)     |
| DERS: неприйняття емоцій           | 22,7 (75,7%)                         | 11,3 (37,7%)     |
| DERS: труднощі з цілеспрямованістю | 19,2 (64,0%)                         | 10,4 (34,7%)     |
| DERS: імпульс-контроль             | 21,9 (76,5%)                         | 10,8 (37,8%)     |
| DERS: емоційна ясність             | 13,8 (69,0%)                         | 8,1 (40,5%)      |

Як видно з таблиці 2.2, найбільша різниця між групами спостерігається за загальним показником DERS – 50,8 балів, або 28,2 відсоткових пункти від максимуму шкали. Це означає, що особи з ознаками межового розладу мають значно більше труднощів із регуляцією своїх емоцій порівняно з учасниками контрольної групи. Показники за MSI-BPD підтверджують, що учасники основної групи відповідали скринінговим критеріям межового розладу (81% від максимального балу), тоді як у контрольній групі цей показник склав лише 22%. Учасники з найвищими балами за DERS, як правило, мали й найнижчі показники за SWLS, що вказує на зв'язок між труднощами емоційної регуляції та низькою задоволеністю життям.

Результати MSI-BPD дозволили оцінити, які саме ознаки межового розладу найчастіше зустрічались у вибірці. Середній бал по основній групі склав 8,1 з 10. Найчастіше підтверджувались такі пункти: нестабільні стосунки – 93,3% учасників, страх покинутості – 90,0%, хронічне відчуття порожнечі – 86,7%. Рідше підтверджувались пункти про параноїдні ідеї та дисоціативні симптоми – 63,3% і 66,7% відповідно.

Профіль підтверджених пунктів MSI-BPD у групі із межовим розладом свідчить про таку ієрархію вираженості окремих ознак розладу серед учасників дослідження:



Рис. 2.2. Розподіл учасників групи з вираженими ознаками межового розладу особистості за провідною формою суб'єктивного страждання, що визначає загальну якість сприйняття власного буття (n=30)

\*Примітка. Категорії визначались на основі домінуючого патерну суб'єктивного переживання, виявленого через комплексний аналіз трьох методик. Один учасник належить до однієї категорії.

Аналіз субшкал DERS дозволив детальніше розглянути, які саме труднощі з емоціями є найбільш вираженими при межовому розладі. Найвищий показник у основній групі отримала субшкала «неприйняття власних емоційних реакцій»

– 75,7% від максимального балу. Це означає, що особи з ознаками межового розладу не просто переживають сильні емоції, а ще й засуджують себе за те, що їх відчують. Субшкала «труднощі з контролем імпульсів» виявила показник 76,5% від максимуму, що свідчить про значні труднощі із контролем своєї поведінки під час емоційного збудження.

Субшкала «нездатність до цілеспрямованої діяльності під час переживання» склала 64,0% від максимального балу. Це означає, що під час сильних емоцій учасники основної групи важко могли зосереджуватись і діяти відповідно до своїх цілей. Субшкала «відсутність емоційної ясності» показала 69,0% від максимуму, що також суттєво перевищує показник контрольної групи – 40,5%. Погоджуючись із думкою авторів, які досліджували цей феномен, зазначимо: частина осіб із межовим розладом може назвати свої емоції, але це не полегшує їхнє переживання.

Порівняльний аналіз субшкал DERS залежно від рівня вираженості ознак межового розладу представлений у таблиці 2.2.2. Учасників основної групи розподілили на дві підгрупи: з помірною вираженістю (7–8 позитивних відповідей за MSI-BPD) та з високою вираженістю (9–10 відповідей).

Таблиця 2.2.2.

**Порівняльний профіль субшкал DERS залежно від рівня вираженості  
ознак межового розладу особистості за MSI-BPD**

| Субшкала DERS                 | Помірна вираженість МРО | Висока вираженість МРО |
|-------------------------------|-------------------------|------------------------|
| Неприйняття емоцій            | 18,9 (63,0%)            | 25,8 (86,0%)           |
| Цілеспрямованість             | 16,3 (54,3%)            | 21,6 (72,0%)           |
| Імпульс-контроль              | 18,7 (65,4%)            | 24,6 (86,0%)           |
| Обмежений доступ до стратегій | 21,4 (53,5%)            | 27,9 (69,8%)           |
| Емоційна ясність              | 12,1 (60,5%)            | 15,2 (76,0%)           |
| Загальний бал DERS            | 108,2 (60,1%)           | 132,7 (73,7%)          |
| SWLS (загальний бал)          | 14,3 (40,9%)            | 9,8 (28,0%)            |

Дані таблиці 2.2.2 показують, що зі збільшенням кількості ознак межового розладу показники DERS зростають, а показник SWLS знижується. Найбільша різниця між підгрупами виявлена за субшкалою «неприйняття емоцій» – 23,0 відсоткових пункти. Це свідчить про те, що самозасудження за власні

переживання є тим, що найбільше відрізняє осіб із більш вираженою симптоматикою. Найменша різниця – за субшкалою «емоційна ясність» (15,5 відсоткових пункти), що вказує на те, що розуміння своїх емоцій менше залежить від тяжкості розладу, ніж інші аспекти дисрегуляції.

Гендерний аналіз показав певні відмінності між жінками і чоловіками в основній групі, хоча їх слід сприймати обережно через нерівний розподіл статей у вибірці. Жінки продемонстрували дещо нижчий рівень задоволеності за SWLS – 32,0% від максимуму, проти 36,9% у чоловіків. За субшкалою «неприйняття емоцій» жінки отримали вищий результат (78,0%) порівняно з чоловіками (72,0%), тоді як за «імпульс-контролем» різниця між статями була мінімальною. Ці результати загалом збігаються з тим, що описано у дослідженнях гендерних відмінностей при межевому розладі.

Аналіз вікових підгруп виявив таку тенденцію: учасники старшої підгрупи (31–38 років) показали вищий рівень задоволеності за SWLS – 39,1% від максимуму, тоді як у молодшій підгрупі (19–25 років) цей показник склав 29,1%. Показники DERS у старших учасників також були нижчими, що може вказувати на поступове формування кращих способів справлятися з емоціями з часом. На нашу думку, слід враховувати, що всі учасники старшої підгрупи мали досвід психотерапії, тому важко відокремити вплив віку від впливу терапії.

Під час збору даних були зроблені деякі якісні спостереження, які доповнюють кількісні результати. Учасники основної групи частіше зупинялися і довше обдумували відповіді на питання про своє майбутнє або минуле. Це може свідчити про те, що їм важче сприймати своє життя як єдину послідовну історію. Таке спостереження не вимірювалося безпосередньо, але є корисним для розуміння особливостей суб'єктивного сприйняття при межевому розладі.

Аналіз пункту «страх покинутості» MSI-BPD виявив важливу закономірність. Учасники, що підтвердили цей пункт, показали нижчий рівень задоволеності за SWLS навіть у межах основної групи – 30,3% від максимуму проти 43,1% у тих, хто цей пункт не підтвердив. Це свідчить про те, що страх покинутості суттєво впливає на загальне сприйняття якості свого життя.

Погоджуючись із думкою авторів, які досліджували цей феномен, зазначимо, що цей страх пронизує весь суб'єктивний досвід людини і є одним із найруйнівніших переживань при межовому розладі.

Субшкала DERS «обмежений доступ до стратегій емоційної регуляції» показала 62,8% від максимального балу в основній групі. Цей результат пояснює, чому при межовому розладі люди часто використовують дисфункціональні способи справлятися з емоціями: людина не знаходить у себе ефективних способів заспокоїтися в момент кризи і вдається до будь-якого доступного засобу. Самоушкодження або інші проблемні дії є не проявом деструктивності, а спробою хоч якось впоратися з нестерпним емоційним станом.

Порівняння учасників з досвідом психотерапії (n=17) і без нього (n=13) виявило помітні відмінності. Учасники з терапевтичним досвідом отримали нижчий загальний бал DERS – 63,5% від максимуму проти 72,3% – і вищий показник SWLS – 37,4% проти 28,9%. Це не означає, що терапія автоматично покращує стан, але вказує на те, що ті, хто мав такий досвід, у середньому краще сприймають своє життя. Ця тенденція є важливою для розуміння можливостей допомоги особам із межовим розладом.

Загалом результати дослідження показують, що суб'єктивне сприйняття якості життя в осіб із ознаками межового розладу є суттєво нижчим порівняно з контрольною групою. Найбільш пов'язаними з низькою задоволеністю виявились труднощі емоційної регуляції, зокрема неприйняття власних емоцій та обмежений доступ до стратегій регуляції. Страх покинутості і хронічна порожнеча виявились тими ознаками розладу, що найбільше знижують суб'єктивне сприйняття. Наявність досвіду психотерапії та старший вік пов'язані з відносно вищими показниками задоволеності, що є підставою для оптимістичних висновків щодо можливості позитивних змін. Ці результати будуть враховані при формулюванні рекомендацій у наступному підрозділі.

### **2.3. Рекомендації для фахівців щодо психологічної роботи з особами з ознаками межового розладу особистості**

Рекомендації, що формуються у цьому підрозділі, є практичними орієнтирами, що впливають із поєднання теоретичного аналізу, даних власного дослідження і логіки провідних психологічних підходів до роботи з особами з ознаками межового розладу особистості. Вони адресовані передусім практикуючим психологам-консультантам, але можуть бути корисними і для суміжних фахівців – соціальних працівників і фахівців кризових служб, що стикаються з цією категорією клієнтів. Жодна рекомендація не є абсолютним правилом: кожна з них потребує фахового судження і адаптації до конкретної ситуації. Разом вони утворюють систему орієнтирів, що дозволяє психологу рухатися у складному консультативному просторі з більшою впевненістю і методологічною обґрунтованістю. Водночас необхідно наголосити: у випадках вираженої емоційної нестабільності, ризикової поведінки або гострої кризи психолог-консультант зобов'язаний забезпечити перенаправлення до клінічного психолога, психотерапевта або психіатра.

Перше і найбільш фундаментальне, що варто зрозуміти будь-якому фахівцю, що починає роботу з клієнтом з ознаками межового розладу: поведінка, що здається маніпулятивною, є насправді комунікацією страждання, що не знайшло іншого виразу. Різкі обвинувачення на адресу психолога, раптові відмови від роботи, виражені емоційні реакції – все це є не спробами контролювати фахівця, а проявом психіки, що не має більш адаптивних засобів для вираження нестерпного болю. Зміна цієї базової інтерпретативної рамки є передумовою для збереження психологічної позиції у найбільш складні моменти роботи. Без неї навіть технічно компетентний фахівець ризикує реагувати на поведінку клієнта з позиції захисту, а не з позиції розуміння.

Розуміння власних реакцій на клієнта є однією з найважливіших компетентностей при роботі з особами з вираженими ознаками межового розладу особистості. Психолог може відчувати всепоглинаючу турботу і

бажання «врятувати», виснаження і відчуження, гнів від відчуття маніпуляції або провини від власних негативних реакцій. Жодна з цих реакцій не є патологічною або свідченням професійної непридатності – всі вони є інформацією про внутрішній світ клієнта, що передається через міжособистісний канал. Навчитися помічати ці реакції, не злипаючись із ними і не відреаговуючи на них прямо, є завданням, що потребує систематичної супервізії і особистої терапії фахівця.

Наступним принципово важливим орієнтиром є дотримання чіткої і послідовної консультативної рамки. При вираженій симптоматиці межового розладу стабільна рамка є не формальністю, а психологічним середовищем, всередині якого може відбуватися корективний досвід передбачуваних стосунків. Стабільний розклад, передбачувана реакція на пропуски і запізнення, чіткі домовленості щодо позасесійних контактів – все це формує той рівень передбачуваності, якого клієнт з ознаками межового розладу здебільшого не мав у своєму досвіді. Зміни рамки мають обговорюватись заздалегідь, а не оголошуватись несподівано: несподіваність є тригером страху покинутості і здатна дестабілізувати весь консультативний процес.

До ключових принципів психологічної позиції при роботі з особами з ознаками межового розладу особистості, недотримання яких системно підриває ефективність роботи, належать:

- незмінність психологічної присутності попри інтенсивний емоційний тиск з боку клієнта;
- здатність витримувати ідеалізацію без злиття з нею і знецінення без захисної ізоляції;
- готовність прямо і відкрито обговорювати те, що відбувається між клієнтом і психологом тут і зараз;
- уникнення як надмірної теплоти, що живить злиття, так і надмірної холодності, що підтверджує страх відкинутості;
- послідовне відновлення робочого контакту після кожного розриву як пріоритет перед будь-якими технічними втручаннями;

– чесне і неапологетичне визнання власних помилок, де вони сталися, без самобичування і без заперечення.

Валідація є не технікою, а позицією, і її засвоєння потребує перебудови базових інтуїцій психолога щодо того, що є «допомогою». Природний порив допомогти нерідко виражається у спробі переконати клієнта, що ситуація «не така вже погана» або що він «може це пережити». Для клієнта з вираженими ознаками межового розладу такі відповіді є черговим проявом середовища, що не визнає його переживань як справжніх. Натомість валідаційна відповідь визнає переживання як реальне і зрозуміле, перш ніж пропонувати будь-яку альтернативну перспективу. Ця послідовність – спочатку визнання, потім можлива зміна – є принципово важливою і нерідко є прямо протилежною до того, що є інтуїтивно природним для психолога.

Таблиця 2.3 систематизує найбільш поширені помилки у роботі з особами з ознаками межового розладу особистості, їхні можливі причини і рекомендовані альтернативи. Звернення до неї є доречним на будь-якому етапі роботи – не лише для початківців, а й для досвідчених фахівців, що стикаються зі специфічними труднощами.

Таблиця 2.3

**Типові помилки у психологічній роботі з особами з ознаками  
межового розладу особистості та рекомендовані альтернативи**

| Типова помилка                                | Можлива причина                             | Наслідок для клієнта                                                  | Рекомендована альтернатива                            |
|-----------------------------------------------|---------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------|
| Надмірна гнучкість рамки у відповідь на кризи | Страх втратити клієнта або спричинити шкоду | Підтвердження переконання, що через кризу можна отримати більше уваги | Чітка рамка з одночасною валідацією стану клієнта     |
| Спроба «врятувати» клієнта від страждання     | Тривога психолога перед болем клієнта       | Підрив автономії, посилення відчуття безпорадності                    | Підтримка здатності клієнта витримувати і долати      |
| Інтерпретація поведінки як маніпуляції        | Власне відчуття контролю або використання   | Стигматизація, підтвердження страху відкинутості                      | Розуміння поведінки як комунікації страждання         |
| Реагування на знецінення з позиції захисту    | Зачеплена самооцінка психолога              | Ескалація конфлікту, розрив робочого контакту                         | М'яке називання того, що відбувається, без контратаки |

|                                                                       |                                                  |                                                |                                                                     |
|-----------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------|------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------|
| Обговорення<br>болісного матеріалу<br>без попередньої<br>стабілізації | Прагнення<br>«дістатися до<br>кореня»            | Ретравматизація,<br>декомпенсація              | Спочатку<br>стабілізація, потім –<br>поглиблена робота              |
| Надмірне<br>самозвинувачення<br>після помилок                         | Перфекціонізм<br>або ідентифікація<br>з клієнтом | Нестабільність<br>психологічної<br>присутності | Модель<br>відповідального<br>визнання помилки<br>без зайвого сорому |

Питання меж при роботі з особами з ознаками межового розладу особистості є одним із найбільш практично складних. Межі нерідко порушуються не з необережності, а з надмірного бажання допомогти – психолог погоджується на позасесійні дзвінки «лише в цьому разі», продовжує зустріч, бо «клієнт у кризі», поступово стає єдиним ресурсом підтримки для людини. Парадокс полягає в тому, що саме ці поступки – хоч і продиктовані турботою – підривають консультативний процес: вони посилюють залежність, не дають клієнту розвивати власні регулятивні ресурси і руйнують ту стабільну рамку, що є умовою безпечних стосунків. Говорити про межі відкрито – не як про правила, а як про умову здорових стосунків – є психологічно правильнішим, ніж їх мовчки підтримувати або мовчки порушувати.

Позасесійні кризи є реальністю роботи з особами з вираженими ознаками межового розладу, і вони потребують заздалегідь розробленого протоколу. Психолог має чітко визначити для себе і для клієнта: що є доступним у позасесійний час, за яких умов і у якій формі. Чіткість цих домовленостей сама по собі є психологічним чинником – вона зменшує тривогу клієнта щодо того, що станеться у кризовій ситуації, і тим самим знижує вірогідність самої кризи як способу «перевірити» доступність психолога. У ситуаціях вираженого ризику психолог-консультант зобов'язаний залучати фахівців відповідного рівня компетенції, а не намагатися самотійно утримувати кризу.

Супервізія при роботі з особами з ознаками межового розладу є не факультативним доповненням до практики, а методологічною необхідністю. Без регулярного погляду ззовні психолог ризикує поступово втратити усвідомленість щодо того, що відбувається у консультативних стосунках.

Супервізія надає цей зовнішній погляд і виконує ще одну важливу функцію: вона є простором, де психолог може відкрито говорити про власні труднощі у роботі без страху оцінювання. Це стосується і почуття виснаження, і реакцій гніву або відчуження щодо клієнта – речей, про які у фаховому середовищі нерідко мовчать на шкоду власному благополуччю і якості роботи.

Міждисциплінарна взаємодія є невід’ємним компонентом якісного супроводу осіб з ознаками межового розладу особистості. Психолог, що працює з такими клієнтами, за необхідності підтримує контакт із психіатром або психотерапевтом, що здійснює спеціалізований супровід, а також із іншими фахівцями – соціальним працівником, спеціалістом з харчових розладів тощо. Ця координація здійснюється на основі поінформованої згоди клієнта і є умовою безпечного і послідовного ведення. Неузгодженість між різними фахівцями нерідко відтворює знайому для особи з ознаками межового розладу динаміку, де один фахівець ідеалізується, а інший знецінюється, і команда опиняється у конфлікті; регулярна комунікація між фахівцями є профілактикою цього феномену.

Самопідкування психолога є темою, що традиційно недостатньо представлена у фаховій підготовці, попри те що виснаження і вторинна травматизація є реальними ризиками тривалої роботи з особами з вираженою симптоматикою межового розладу. Ознаками того, що психолог потребує уваги до власного стану, є: наростаюче відчуття відповідальності за «врятування» клієнта; думки про клієнтів поза зустрічами, що стають нав’язливими; відчуття безнадії щодо можливості змін; або ж – навпаки – ейфоричне відчуття особливої важливості саме цих стосунків. Кожна з цих ознак є сигналом, а не провиною, і потребує не самокритики, а звернення до супервізора або власного терапевта. До практичних орієнтирів для фахівців щодо підтримки власного благополуччя відносять:

- обмеження кількості клієнтів з вираженими ознаками межового розладу до рівня, що не перевищує індивідуальну ресурсність фахівця;

- регулярна супервізія як обов'язкова складова практики, а не антикризовий захід;
- власна особиста терапія як простір для переробки матеріалу, що виникає у консультативній роботі;
- чіткий особистий розпорядок, що розмежовує робочий і неробочий час;
- культивування джерел відновлення поза консультативною роботою;
- відкрита фахова спільнота як ресурс обміну досвідом і нормалізації труднощів.

Культурний і соціальний контекст клієнта є виміром, що нерідко залишається поза увагою у стандартних підходах, але є принципово значущим для розуміння суб'єктивного сприйняття при вираженій симптоматиці межового розладу. В українському контексті, де значна частина клієнтів має досвід переміщення, втрат і хронічного стресу, пов'язаного з воєнними подіями, психологічна картина може бути суттєво ускладнена шарами травматичного досвіду. Психолог має бути здатним розрізняти, де виражені ознаки межового розладу перетинаються з посттравматичними реакціями або з актуальними зовнішніми загрозами, – адже ця диференціація безпосередньо впливає на пріоритети роботи і на вибір методів.

Стигма щодо осіб з ознаками межового розладу у фаховому середовищі є реальною проблемою, що безпосередньо впливає на доступність і якість психологічної допомоги. Нерідко у психологічних спільнотах зустрічаються погляди на таких клієнтів як на «важких» або «маніпулятивних» – установки, що є рефлексом нерозуміння і виснаження, а не фахового знання. Подолання цієї стигми починається з психологічної освіти і поширення доказових знань про природу і перспективи роботи з вираженою симптоматикою межового розладу. Психолог, що обирає роботу з цією групою клієнтів, має внутрішньо відмовитися від стигматизуючих концепцій – не лише з гуманістичних міркувань, а й тому що вони є клінічно хибними і руйнують консультативну роботу.

Готовність до тривалості роботи є, мабуть, однією з найважливіших особистісних характеристик фахівця, що обирає супровід осіб з ознаками

межового розладу особистості. Швидких результатів не варто очікувати – і це не є ознакою неефективної роботи. Зміна суб'єктивного сприйняття є поступовим процесом, що вимірюється не тижнями, а місяцями і роками. Психолог, що розуміє це, не буде зневірюватися від відсутності видимого прогресу у перші місяці і не буде переоцінювати тимчасові покращення як стійку динаміку. Ця здатність утримувати довгострокову перспективу є не лише методологічною компетентністю – вона є важливим ресурсом для клієнта, що не звик до того, щоб хтось залишався поруч достатньо довго.

Практика роботи з особами з вираженими ознаками межового розладу особистості є одним із найбільш інтенсивних і водночас найбільш збагачуючих напрямів психологічної практики. Ті самі виклики, що роблять цю роботу складною – інтенсивність міжособистісної динаміки, непередбачуваність кризових станів, тривалість психологічного шляху, – є і тим, що робить її глибокою і людяно значущою. Фахівець, озброєний конкретними методологічними орієнтирами і здатний до рефлексії власних реакцій, може стати для клієнта тим стабільним і розуміючим присутнім, якого той так довго шукав. Саме ця людська присутність – підкріплена знаннями і методами, але в основі своїй глибоко людська – є серцевиною ефективного психологічного супроводу осіб з ознаками межового розладу особистості.

## **Висновки до розділу 2**

Емпіричне дослідження психологічних особливостей суб'єктивного сприйняття життя в осіб з ознаками межового розладу особистості засвідчило виразні відмінності між основною та контрольною групами за всіма досліджуваними показниками. Середній бал задоволеності життям за шкалою SWLS в основній групі склав лише 33,7% від максимального значення, тоді як у контрольній групі цей показник досяг 72,6%. Понад дві третини учасників основної групи потрапили до категорій незадоволеності або крайньої незадоволеності, тоді як жоден із них не досяг рівня високої задоволеності. Ці

результати підтверджують, що суб'єктивне сприйняття якості власного буття при вираженій симптоматиці межового розладу є системно та глибоко порушеним, а не ситуативно зниженим.

Аналіз показників за шкалою DERS виявив, що труднощі емоційної регуляції є центральним механізмом, через який ознаки межового розладу деформують суб'єктивне сприйняття. Загальний бал за DERS в основній групі перевищив показник контрольної групи на 50,8 балів, а найбільш вираженими виявились субшкали неприйняття власних емоційних реакцій та труднощів контролю імпульсів. Порівняльний аналіз підгруп із помірною та високою вираженістю ознак розладу підтвердив закономірність: зі збільшенням кількості підтверджених ознак за MSI-BPD показники дисрегуляції зростають, а задоволеність життям знижується. Таким чином, між тяжкістю симптоматики, рівнем емоційної дисрегуляції та якістю суб'єктивного сприйняття існує послідовний і внутрішньо узгоджений зв'язок.

Додатковий аналіз за окремими ознаками межового розладу дозволив встановити, що страх покинутості та хронічне відчуття порожнечі є тими переживаннями, які найбільшою мірою знижують загальну якість сприйняття власного життя. Учасники, що підтвердили пункт страху покинутості, продемонстрували суттєво нижчий рівень задоволеності навіть у межах основної групи. Водночас порівняння учасників з досвідом психотерапії та без нього засвідчило, що терапевтичний досвід пов'язаний із відносно вищими показниками задоволеності та нижчим рівнем дисрегуляції, що вказує на реальний потенціал позитивних змін при цілеспрямованій психологічній роботі.

Сформульовані за результатами дослідження рекомендації для фахівців окреслюють систему методологічних орієнтирів, що охоплюють як технічні аспекти консультативної роботи, так і особистісну позицію психолога. Встановлено, що ефективна робота з цією групою клієнтів вимагає стабільної консультативної рамки, розвиненої здатності до валідації, усвідомленого управління власними контрпереносними реакціями та регулярної супервізії. Готовність до тривалої роботи без очікування швидких результатів і здатність

утримувати стабільну психологічну присутність попри інтенсивний міжособистісний тиск визначено як ключові особистісні характеристики фахівця, що обирає супровід осіб з ознаками межового розладу особистості.

## ВИСНОВКИ

Теоретичний аналіз наукових підходів до феномену суб'єктивного сприйняття життя засвідчив, що це поняття є багатовимірним психологічним конструктом, який охоплює когнітивний, афективний, екзистенційно-смысловий, темпоральний та соціальний виміри. Жоден із наявних теоретичних підходів – феноменологічний, екзистенційно-гуманістичний, когнітивно-поведінковий, психодинамічний або наративно-дискурсивний – не є вичерпним, проте кожен описує реальні аспекти феномену, і лише їхнє поєднання дозволяє наблизитися до цілісного розуміння. Принциповим теоретичним висновком є те, що суб'єктивне сприйняття є системним утворенням, де деформація одного компонента неодмінно відлунує в усіх інших, а зв'язок між суб'єктивним сприйняттям і ментальним здоров'ям є двосторонньо детермінованим.

Психологічна характеристика межового розладу особистості розкрила його як цілісну організацію суб'єктивного досвіду, а не сукупність розрізнених симптомів. Центральними психологічними механізмами розладу є нестабільність ідентичності, емоційна дисрегуляція, дихотомічне мислення, нестабільність міжособистісних стосунків, страх покинутості та переживання хронічної внутрішньої порожнечі. Кожен із цих вимірів безпосередньо деформує суб'єктивне сприйняття: нестабільне самосприйняття породжує різкі коливання самооцінки і задоволеності собою; емоційна дисрегуляція підпорядковує весь суб'єктивний досвід афективним станам; страх покинутості перетворює соціальний простір на хронічне джерело загрози. Розуміння цих механізмів є необхідним підґрунтям для як наукового аналізу, так і практичної психологічної роботи.

Емпіричне дослідження підтвердило, що суб'єктивне сприйняття якості життя в осіб з ознаками межового розладу є суттєво та системно зниженим порівняно з контрольною групою. Середній показник задоволеності за шкалою SWLS в основній групі склав лише 33,7% від максимального значення, тоді як у контрольній групі – 72,6%; понад дві третини учасників основної групи

потрапили до категорій незадоволеності або крайньої незадоволеності. Загальний показник труднощів емоційної регуляції за шкалою DERS перевищив показник контрольної групи на 50,8 балів, а найбільш вираженими виявились субшкали неприйняття власних емоційних реакцій та труднощів контролю імпульсів. Ці дані підтверджують, що знижена задоволеність життям при ознаках межового розладу є не ситуативним явищем, а системним наслідком специфічної організації суб'єктивного досвіду.

Аналіз взаємозв'язків між окремими ознаками межового розладу та показниками суб'єктивного сприйняття виявив, що страх покинутості і хронічна внутрішня порожнеча є тими переживаннями, які найбільшою мірою знижують загальну задоволеність власним буттям. Учасники, що підтвердили пункт страху покинутості за MSI-BPD, демонстрували суттєво нижчий рівень задоволеності навіть у межах основної групи. Порівняльний аналіз підгруп із різним рівнем вираженості ознак розладу підтвердив послідовну закономірність: зі збільшенням кількості підтверджених ознак показники дисрегуляції зростають, а задоволеність власним буттям знижується. Позитивним висновком є те, що наявність досвіду психотерапії та старший вік пов'язані з відносно вищими показниками задоволеності, що вказує на реальний потенціал позитивних змін при цілеспрямованій психологічній роботі.

Аналіз основних підходів до психологічної роботи з особами з ознаками межового розладу – діалектично-поведінкової терапії, терапії на основі менталізації, схема-терапії та терапії на основі переносу – засвідчив, що кожен із них спрямований на ті самі базові виміри суб'єктивного сприйняття, різниця полягає лише у точці входу в цю систему. Спільними для всіх підходів є визнання потенціалу психологічних змін при межовому розладі, акцент на терапевтичних стосунках як ключовому інструменті, а також розуміння поведінки клієнта як комунікації страждання, а не маніпуляції. Ефективна практика є інтегративною і визначається індивідуальним профілем суб'єктивного сприйняття конкретної людини, а не теоретичними уподобаннями фахівця.

Сформульовані практичні рекомендації для фахівців окреслюють систему методологічних орієнтирів, що охоплюють технічний, реляційний та особистісний рівні психологічної роботи. Встановлено, що стабільна консультативна рамка, здатність до валідації, усвідомлене управління контрпереносними реакціями та регулярна супервізія є необхідними умовами ефективного супроводу, а не факультативними доповненнями до практики. Готовність до тривалої роботи без очікування швидких результатів і здатність утримувати стабільну психологічну присутність попри інтенсивний міжособистісний тиск визначено як ключові особистісні характеристики фахівця. Результати дослідження підтверджують, що психологічна робота з особами з ознаками межового розладу є не лише можливою, а й здатна забезпечити реальні позитивні зміни у суб'єктивному сприйнятті власного буття за умови компетентного, методологічно обґрунтованого та етично відповідального підходу.

## СПИСОК ВИКОРИСТАНИХ ДЖЕРЕЛ

1. Американська психіатрична асоціація. Діагностичний і статистичний посібник психічних розладів (DSM-5). 5-те вид. Арлінгтон : АПА, 2013. 991 с.
2. Бондаренко О. Ф. Психологічна допомога особистості : навч. посіб. Харків : Фоліо, 1996. 237 с.
3. Варій М. Й. Психологія особистості : навч. посіб. Київ : Центр учбової літератури, 2008. 592 с.
4. Вітенко І. С., Вітенко Т. І. Основи психології : підруч. для студ. мед. вишів. Тернопіль : Укрмедкнига, 2001. 408 с.
5. Горбаль І. С. Відчуття суб'єктивного благополуччя як передумова та втілення психологічного здоров'я особистості. *Науковий вісник Львівського державного університету*. 2012. Вип. 2. С. 293–303.
6. Данильченко Т. Питальник «Суб'єктивне соціальне благополуччя»: методологічне обґрунтування і процедура розробки. 2015. 12 с.
7. Дубич С. Поняття ментального здоров'я особистості у працях українських та зарубіжних вчених. *Організаційна та економічна психологія*. 2024. № 3–4 (33). С. 86–96. DOI: 10.31108/2.2024.3.33.8.
8. Зазимко О. В. Психологічні особливості розладів особистості : навч.-метод. матеріали. Київ : Інститут психології імені Г. С. Костюка НАПН України, 2014. 48 с.
9. Кандалова Д. В., Венгер Г. С. Прикордонний розлад особистості та його етіологія в умовах сучасності. 2025. 8 с. URL: <http://dspace.pdpu.edu.ua/bitstream/123456789/23346/1/Kandalova.pdf> (дата звернення: 10.05.2026).
10. Карагодіна О. Г., Степаненко Л. В. Клінічна психологія : навч. посіб. Київ : КНТ, 2009. 296 с.
11. Кириленко Т. С. Психологія: емоційна сфера особистості : навч. посіб. Київ : Либідь, 2007. 256 с.

12. Краси́льников І. О. Екзистенційна конфліктність суб'єкта в поглядах К. Ясперса. *Психологія і особистість*. 2017. № 1. С. 279–288.
13. Курова А. В. Задоволеність життям та суб'єктивне благополуччя особистості. *Вісник ОНУ ім. І. І. Мечникова. Психологія*. 2015. Т. 20, вип. 2(36), ч. 1. С. 98–104.
14. Кутько І. І. Афективні розлади. *Психіатрія* / за ред. О. К. Напреєнка. Київ : Здоров'я, 2001. С. 353–372.
15. Кучер П. М. Задоволеність життям та суб'єктне благополуччя як чинники психічного здоров'я особистості : кваліф. робота. 2025.
16. Лозинська Н. М. Екзистенційні переживання у структурі суб'єктивного благополуччя особистості : кваліф. робота. Львів, 2024. 96 с. URL: <https://ena.lpnu.ua/server/api/core/bitstreams/0ee5fe45-df25-47fd-864c-61b4ffc8ee5b/content> (дата звернення: 10.05.2026).
17. Лукасевич О. Суб'єктивне благополуччя як психологічний феномен. *Проблеми сучасної психології : зб. наук. пр.* Запоріжжя, 2017.
18. Максименко С. Д. Загальна психологія : навч. посіб. 3-тє вид., перероб. та доп. Київ : Центр учбової літератури, 2008. 272 с.
19. Максименко С. Д. Психологія особистості : підруч. Київ : КММ, 2007. 296 с.
20. Малиновська Н. В. Індивідуальні особливості сприйняття особистістю реальності в умовах війни : кваліф. робота. Вінниця : КЗВО «Вінницька академія безперервної освіти», 2026. 93 с. URL: <https://docs.academia.vn.ua/bitstream/handle/123456789/2661/Малиновська%20Н.В..pdf?sequence=1&isAllowed=y> (дата звернення: 10.05.2026).
21. Малиновська Н. В. Індивідуальні особливості сприйняття особистістю реальності в умовах війни : кваліф. робота. Вінниця : КЗВО «Вінницька академія безперервної освіти», 2026. 93 с. URL: <https://docs.academia.vn.ua/bitstream/handle/123456789/2661/Малиновська%20Н.В..pdf?sequence=1&isAllowed=y> (дата звернення: 10.05.2026).

22. Маслова М. Психологічні особливості межового розладу особистості в учнів старшого шкільного віку. *Scientific Opinions on Modern Methods of Solving Problems* : матеріали III Міжнар. наук.-практ. конф. (Прага, 02–04 жовт. 2023 р.). Прага, 2023. С. 242–249.

23. Матюніна Д. С. Особливості вивчення рівнів організації особистості у психодинамічній парадигмі. *Вісник Міжнародного економіко-гуманітарного університету імені Академіка Степана Дем'янчука. Серія: Педагогіка та психологія*. 2025. № 3. 8 с. URL: <https://journals.megu.rovno.ua/index.php/ped-psyh/article/view/107/103> (дата звернення: 10.05.2026).

24. Назаренко І. Особливості соціально-психологічної адаптації внутрішньо переміщених осіб : кваліф. робота. 2025. 90 с. URL: <https://dspace.nadpsu.edu.ua/bitstream/123456789/5509/1/Назаренко.pdf> (дата звернення: 10.05.2026).

25. Родіна Н., Бабій О. Теоретичні підходи до проблеми впливу ментального здоров'я на суб'єктивну безпеку особистості. *Психологічні перспективи*. 2024. № 44. 14 с. URL: <https://evnuir.vnu.edu.ua/server/api/core/bitstreams/622700eb-42ea-4b19-b70e-483abd53ba6a/content> (дата звернення: 10.05.2026).

26. Скрипніков А. М., Сонник Г. Т., Рудь В. О. Аналіз динаміки завершених самогубств в загальній популяції Полтавської області за 40-річний період. *Вісник проблем біології і медицини*. Полтава, 2003. Вип. 3. С. 35–37.

27. Спицька Л. Психічні розлади особистості: сучасний стан постановки проблеми. *Психологічні студії*. 2023. URL: <https://journals.oa.edu.ua/Psychology/article/view/3789> (дата звернення: 10.05.2026).

28. Титаренко Т. М. Сучасна психологія особистості : навч. посіб. 2-ге вид. Київ : Марич, 2013. 372 с.

29. Томчук С. М., Томчук М. І. Психологія тривоги, страху та агресії особистості в освітньому процесі : монографія. Вінниця : КВНЗ «ВАНО», 2018. 200 с.

30. Чепелева Н. В. Самопроекування особистості у дискурсивному просторі : монографія. Київ : Педагогічна думка, 2016. 232 с.
31. Яценко Т. С. Психологічні основи групової психокорекції : навч. посіб. Київ : Либідь, 1996. 264 с.
32. American Psychological Association. Ethical principles of psychologists and code of conduct. Washington : APA, 2017. 20 p. URL: <https://www.apa.org/ethics/code> (дата звернення: 15.03.2025).
33. Biskin R. S., Paris J. Comorbidities in borderline personality disorder. *Psychiatric Times*. 2013. URL: <http://www.psychiatrictimes.com/borderline-personality/comorbidities-borderline-personality-disorder> (дата звернення: 10.05.2026).
34. Bohus M., Stoffers-Winterling J., Sharp C., Krause-Utz A., Schmahl C., Lieb K. Borderline personality disorder. *The Lancet*. 2021. Vol. 398, No. 10310. P. 1528–1540.
35. Chanen A. M., Thompson K. N. Prescreening and early identification of borderline personality disorder: limitations of current approaches and future directions. *Current Opinion in Psychiatry*. 2016. Vol. 29, № 1. P. 18–24.
36. Gabbard G. O. Psychodynamic psychiatry in clinical practice: The DSM-IV edition. Washington : American Psychiatric Press, 1994. 612 p.
37. Gunderson J. G., Links P. S. Borderline Personality Disorder: A Clinical Guide. 2nd ed. Washington : American Psychiatric Publishing, 2008. 350 p.
38. Gunderson J. G., Zanarini M. C., Kisiel C. L. Borderline personality disorder: a review of data on DSM-III-R descriptions. *Journal of Personality Disorders*. 1991. Vol. 5. P. 340–352.
39. Hastings P. D. et al. Predicting psychosis-spectrum diagnoses in adulthood from social behaviours and neighbourhood contexts in childhood. *Development and Psychopathology*. 2019. P. 1–15.
40. Hecht K. F., Cicchetti D., Rogosch F. A., Crick N. Borderline personality features in childhood: the role of subtype, developmental timing and chronicity of child

maltreatment. *Development and Psychopathology*. 2014. Vol. 26. P. 805–815. DOI: 10.1017/S0954579414000406.

41. Herman J. L., Perry J. C., van der Kolk B. A. Childhood trauma in borderline personality disorder. *American Journal of Psychiatry*. 1989. Vol. 146. P. 490–495.

42. Leichsenring F. et al. Borderline personality disorder: a review. *JAMA*. 2023. Vol. 329, No. 8. P. 670–679. URL: <https://jamanetwork.com/journals/jama/article-abstract/2801843> (дата звернення: 10.05.2026).

43. Leichsenring F., Fonagy P., Heim N., Kernberg O. F., Leweke F., Luyten P. et al. Borderline personality disorder: a comprehensive review of diagnosis and clinical presentation, etiology, treatment, and current controversies. *World Psychiatry*. 2024. Vol. 23, No. 1. P. 4–25. URL: <https://onlinelibrary.wiley.com/doi/full/10.1002/wps.21156> (дата звернення: 10.05.2026).

44. Linehan M. M. *Cognitive-Behavioral Treatment of Borderline Personality Disorder*. New York : Guilford Press, 1993. 558 p.

45. Mendez-Miller M., Naccarato J., Radico J. A. Borderline personality disorder. *American Family Physician*. 2022. Vol. 105, No. 2. P. 156–161. URL: <https://www.aafp.org/pubs/afp/issues/2022/0200/p156.html> (дата звернення: 10.05.2026).

46. Moran P., Rendu A., Jenkins R., Tylee A., Mann A. The impact of personality disorder in UK primary care: a 1-year follow-up of attenders. *Psychological Medicine*. 2001. Vol. 31, № 8. P. 1447–1454.

47. Porter C., Palmier-Claus J., Branitsky A. et al. Childhood adversity and borderline personality disorder: a meta-analysis. *Acta Psychiatrica Scandinavica*. 2020. Vol. 141, No. 1. P. 6–20. DOI: 10.1111/acps.13118.

48. Stefanatou P., Xenaki L. A., Konstantakopoulos G. et al. Psychopathological Determinants of Quality of Life in People with Borderline

Personality Disorder. *Journal of Clinical Medicine*. 2022. Vol. 12, No. 1. Article 30. DOI: 10.3390/jcm12010030.

49. Zanarini M. C., Frankenburg F. R., Reich D. B., Fitzmaurice G. Attainment and stability of sustained symptomatic remission and recovery among patients with borderline personality disorder and axis II comparison subjects: a 16-year prospective follow-up study. *American Journal of Psychiatry*. 2012. Vol. 169, No. 5. P. 476–483.

50. Zanarini M. C., Vujanovic A. A., Parachini E. A., Boulanger J. L., Frankenburg F. R., Hennen J. A screening measure for BPD: the McLean Screening Instrument for DSM-IV Borderline Personality Disorder (MSI-BPD). *Journal of Personality Disorders*. 2003. Vol. 17, № 6. P. 568–573.

## ДОДАТКИ

### Додаток А

#### **Шкала задоволеності життям (Satisfaction with Life Scale, SWLS)**

Варіанти відповідей:

- Цілком не згоден
- Не згоден
- Швидше не згоден
- Важко відповісти
- Швидше згоден
- Згоден
- Цілком згоден

1. Багато в чому моє життя близьке до мого ідеалу.
2. Умови мого життя чудові.
3. Я задоволений життям.
4. Наразі я отримав те важливе, чого хотів у житті.
5. Якби я міг прожити своє життя заново, я б майже нічого не змінив.

## Скринінговий інструмент для виявлення межового розладу Мак-Ліна (McLean Screening Instrument for BPD, MSI-BPD)

### Опитувальник для діагностики межового розладу особистості (McLean Screening Instrument for BPD (MSI-BPD))

1. Чи у Вас були коли-небудь близькі стосунки, яким були притаманні часті сварки і часті розставання?  

Так \_\_\_                      Ні \_\_\_
2. Чи Ви коли-небудь завдавали собі навмисно фізичної шкоди (били себе, наносили порізи...) або ж здійснювали суїцидальні спробу?  

Так \_\_\_                      Ні \_\_\_
3. Чи у Вас були коли-небудь проблеми з контролем імпульсів (переїдання, неконтрольовані витрати коштів, неконтрольоване вживання алкоголю...)?  

Так \_\_\_                      Ні \_\_\_
4. Чи бували у Вас виражені коливання настрою?  

Так \_\_\_                      Ні \_\_\_
5. Чи бувало у Вас сильне відчуття роздратування і злості тривалий час?  

Так \_\_\_                      Ні \_\_\_
6. Чи Ви часто буваєте недовірливими стосовно інших?  

Так \_\_\_                      Ні \_\_\_
7. Чи буває таке, що навколишній світ здається Вам нереальним, або Ви самі собі здаєтесь нереальними?  

Так \_\_\_                      Ні \_\_\_
8. Чи властиве Вам постійне відчуття внутрішньої порожнечі?  

Так \_\_\_                      Ні \_\_\_
9. Чи Ви часто відчуваєте, що не знаєте, ким Ви є, і не можете визначити свою ідентичність?  

Так \_\_\_                      Ні \_\_\_
10. Чи властиво Вам робити відчайдушні зусилля, щоб уникнути покинення кимось, справжнього або уявного (наприклад, часто і настирливо дзвонити, контактувати, благати не покидати Вас і т.д.)?  

Так \_\_\_                      Ні \_\_\_

## Додаток В

**Шкала труднощів регуляції емоцій (Difficulties in Emotion Regulation Scale, DERS)**

Варіанти відповідей:

- Майже ніколи
- Рідко
- Іноді
- Часто
- Майже завжди

1. Я чітко розумію свої почуття.
2. Я звертаю увагу на те, як відчуваюся.
3. Я відчуваю свої емоції як непереборні та неконтрольовані.
4. Я не маю уявлення, як я себе відчуваю.
5. Мені важко розібратися у своїх почуттях.
6. Я уважний до своїх почуттів.
7. Я точно знаю, що я відчуваю.
8. Мені важливо, що я відчуваю.
9. Мене бентежить те, що я відчуваю.
10. Коли я засмучений, я усвідомлюю свої емоції.
11. Коли я засмучений, я злюся на себе за те, що відчуваюся так.
12. Коли я засмучений, мені стає ніяково через це почуття.
13. Коли я засмучений, мені важко виконувати роботу.
14. Коли я засмучений, я втрачаю контроль.
15. Коли я засмучений, я вірю, що залишусь таким ще довгий час.

16. Коли я засмучений, я вважаю, що зрештою почуватимуся дуже пригніченим.

17. Коли я засмучений, я вважаю, що мої почуття дійсні та важливі.

18. Коли я засмучений, мені важко зосередитися на чомусь іншому.

19. Коли я засмучений, я відчуваю себе неконтрольованим.

20. Коли я засмучений, я все одно можу довести справу до кінця.

21. Коли я засмучений, мені соромно за це.

22. Коли я засмучений, я знаю, що зможу знайти спосіб почуватися краще

23. Коли я засмучений, я відчуваю себе слабким.

24. Коли я засмучений, я відчуваю, що можу контролювати свою поведінку.

25. Коли я засмучений, я відчуваю провину за те, що так себе відчуваю.

26. Коли я засмучений, мені важко зосередитися.

27. Коли я засмучений, мені важко контролювати свою поведінку.

28. Коли я засмучений, я вважаю, що нічого не можу зробити, щоб почуватися краще.

29. Коли я засмучений, я дратуюся на себе через те, що відчуваю себе так.

30. Коли я засмучений, я починаю відчувати себе дуже погано.

31. Коли я засмучений, я вважаю, що все, що я можу зробити, – це занурюватися в це почуття.

32. Коли я засмучений, я втрачаю контроль над своєю поведінкою.

33. Коли я засмучений, мені важко думати про щось інше.

34. Коли я засмучений, мені потрібен час, щоб зрозуміти, що я насправді відчуваю.

35. Коли я засмучений, мені потрібно багато часу, щоб відчути себе краще.

36. Коли я засмучений, мої емоції переповнюють мене.