

ПСИХОЛОГІЯ ОСОБИСТОСТІ

DOI 10.26565/2225-7756-2025-79-04
УДК 159.96.616.89

Ю.О. ЗІНЧЕНКО (Юлія Олександрівна Зінченко)

магістр психології, клінічний психолог
психолог в тілесно-орієнтованому підході,
психотерапевт в методі "Я-реконструкція",
Міжнародна асоціація психосоматики та тілесної терапії,
вул. Сім'ї Бродських, 5, Київ, Україна.
E-mail: uzinchenko5@gmail.com
<https://orcid.org/0009-0008-5027-0566>

**ДИФЕРЕНЦІЙНИЙ АНАЛІЗ РОЗЛАДІВ ОСОБИСТОСТІ ТА РОЗЛАДІВ
АФЕКТИВНОГО СПЕКТРУ**

В статті розглянуто проблему диференційних відмінностей тяжких розладів особистості з розладами афективного спектру. Проведено порівняльний аналіз симптомів, поведінкових проявів та особливостей розвитку зазначених розладів. Визначено провідні відмінності в структурі функціонування особистості, а також спільні внутрішньо психічні процеси притаманні як особистісним, так й афективним порушенням. Тяжкі розлади особистості межового рівня організації відзначаються стабільною дифузією ідентичності в структурі особистості, що пов'язується з травмуючими або стресогенними умовами розвитку та дезінтеграцією емоційного досвіду. Розлади афективного спектру визначаються нейробіологічними порушеннями в психічному функціонуванні, що обумовлюють періодичність виникнення афективних порушень та пов'язуються як з генетичними чинниками, так й зі стресогенним досвідом. Когнітивні порушення вольового контролю афективних стимулів визначено як внутрішньо психічні процеси притаманні як особистісним, так й афективним розладам, що обумовлюють схожість їх симптомів та поведінкових проявів. За результатами проведеного порівняльного аналізу запропоновано розглядати дифузійну ідентичність в структурі дорослої особистості як диференційну ознаку тяжких особистісних розладів. Стаття буде корисна для практикуючих психологів та психотерапевтів, які стикаються з труднощами проведення диференційної діагностики тяжких розладів особистості емоційно нестабільного типу.

Ключові слова: афективні розлади, біполярний афективний розлад, ідентичність, межовий розлад особистості, особистість, розлади особистості.

Постановка проблеми. В сучасній психологічній практиці все частіше зустрічаються випадки діагностованих розладів афективного спектру, які погано піддаються фармакологічному лікуванню і при детальному розгляді мають ознаки особистісних порушень. Враховуючи схожість симптомів при різних психічних порушеннях, а також розбіжність типів афективних та особистісних розладів, які зараз виділяються в клінічній практиці, їх точна диференційна діагностика викликає труднощі. Такі симптоми як субклінічний перебіг змін настрою, порушення уваги та мислення, імпульсивність зазвичай діагностуються як один з типів біполярного афективного розладу, а підвищена тривожність з наявністю параноїдальних думок як один з тривожних розладів з відповідним фармакологічним лікуванням та психокорекцією, які не завжди призводять до позитивних результатів зі збереженням симптомів.

Диференціація в межах градації афективних розладів є складним завданням для клініцистів - розрізнення гіпоманії, циклотимії, різних типів депресії та біполярного афективного розладу викликає багато труднощів при дефіциті даних про пацієнтів, які часто не можуть самостійно оцінити зміни у власному самопочутті. Ще складнішою є задача диференціації розладів особистості для психологів при депресії характеру, перепадах

настрою, хронічній тривожності та інших субклінічних симптомах, які часто схожі на психопатологічні порушення, але не завжди підпадають під їх строго визначені критерії.

Тим не менш, точність діагностування психічного стану має критичне значення для вибору методів психологічної допомоги та прогнозу щодо терапії. Незважаючи на схожість поведінкових проявів та симптомів, особистісні порушення та розлади афективного спектру вимагають різних методів допомоги в терапевтичному процесі. Часто при розладах особистості фармакологічне втручання на підставі некоректного діагностування дає непередбачувані результати та погіршення симптомів, в той час як психологічна робота не може бути обмежена психокорекцією, а потребує всеосяжної та тривалої психологічної роботи для стабільного покращення функціонування особистості.

Таким чином плутанина в діагностуванні осіб з симптомами афективних порушень свідчать про необхідність порівняльного аналізу особливостей особистісних та афективних розладів для визначення їх спільних рис, а також визначальних відмінностей та покращення їх диференціації в практиці.

Аналіз останніх досліджень. В клінічній практиці визначено розповсюджену коморбідність розладів особистості з різними розладами афективного спектру

Як цитувати: Зінченко Ю. О. (2025). Диференційний аналіз розладів особистості та розладів афективного спектру. *Вісник Харківського національного університету імені В.Н. Каразіна. Серія «Психологія»*, 79, 28-34. <https://doi.org/10.26565/2225-7756-2025-79-04>

In cites: Zinchenko Yu. (2025). Differential analysis of personality disorders and affective disorders. *Visnyk of V.N. Karaz'in Kharkiv National University. Series Psychology*, 79, 28-34. <https://doi.org/10.26565/2225-7756-2025-79-04> (in Ukrainian)

© Зінченко Ю. О., 2025, CC BY 4.0 license

типу БАР, а також з тривожними розладами, розладом дефіциту уваги та гіперактивності та ін. [1 ; 14; 23 ; 26].

Деякі дослідження свідчать, що коморбідність межового розладу особистості з тривожними розладами сягає 90%, при цьому здатність таких пацієнтів до одужання значно обмежено [15]. В багатьох дослідженнях було визначено гірше протікання хвороби та ускладненість психічного стану у осіб з коморбідними діагнозами [10].

Афективні розлади та розлади особистості знаходяться у тісному взаємозв'язку, адже перші при структурних порушеннях мозку можуть з часом призводити до порушення особистісного функціонування, в той час як розлади особистості супроводжуються емоційними порушеннями та призводять до розвитку психічних розладів.

Найбільшу увагу в дослідженнях приділено саме спорідненості розладів особистості з біполярним афективним розладом (БАР).

Більшою мірою увагу дослідників зосереджено на порівнянні БАР з межовим розладом особистості (МРО), при цьому очевидної спорідненості не було знайдено при розповсюдженій коморбідності цих розладів [12].

Розвиток біполярного афективного розладу пов'язується з біологічними та генетичними факторами, а МРО з психосоціальними, що може підтвердити різницю між цими розладами. Визначено, що найчастіше розвиток межового розладу особистості супроводжується сексуальним насильством в дитинстві, а також парасуїцидальними самоушкодженнями на відміну від біполярного розладу. Також визначено, що пацієнти з МРО та БАР по різному реагують на терапію та мають різні прогнози в лікуванні. Особи з БАР мають кращий відгук на психофармакологічне лікування, ніж пацієнти з МРО, яким показана тривала психотерапія [14].

При цьому залишаються труднощі у диференціації цих розладів на практиці, враховуючи схожість симптомів.

Останні дослідження визначили високі показники за Шкалою ознак межового розладу особистості (BPFS-C) у молоді та підлітків з біполярним розладом, які позитивно корелювали з важчою депресією, самоушкодженнями та більш імпульсивною поведінкою [24].

Підтверджено спільні нейрокогнітивні порушення у осіб з МРО та БАР 2-го типу, при цьому особистості з межовим розладом демонструють більшу імпульсивність та труднощі у плануванні [6].

Визначено, що особистості з коморбідними діагнозами БАР та МРО схильні до більшої імпульсивності та агресивності ніж особи з біполярним розладом, а також мають тенденцію до розвитку супутніх розладів таких як обсессивно-компульсивний розлад, тривожні розлади, ПТСР та соматоформні розлади [21].

Використання підходу машинного навчання до диференціальної діагностики біполярного афективного розладу та межового розладу особистості показало, що відмінними характеристиками МРО від БАР є параноїдальні думки, пов'язані з травматичним або стресогенним досвідом особистості. В той час як

дефіцит стратегій емоційної регуляції є визначальною рисою осіб з БАР [9].

Серед останніх цікавих надбань є лонгітудне дослідження почуття узгодженості життя у пацієнтів з діагностованим БАР, за результатами якого досліджувані з біполярним розладом мали значущо нижче почуття узгодженості і осмисленості життя, порівняно з контрольною групою здорових осіб, що також супроводжувалося симптомами самоушкодження [22]. При цьому не було знайдено зв'язку низького рівня узгодженості з епізодами афективних рецидивів або суїцидальними спробами у досліджуваних. Таким чином низьке почуття узгодженості життя є властивим особам з діагностованим БАР, при цьому воно стосується ширшого спектру їх психопатології. Дані результати підтверджують розповсюджену коморбідність афективних розладів з іншими психічними розладами, насамперед з розладами особистості, які часто не набувають коректної диференційної діагностики.

Коморбідність межового розладу особистості з розладом дефіциту уваги та гіперактивності (РДУГ) також ускладнює диференційну діагностику при визначенні цих розладів, враховуючи їх спільну симптоматику, а саме імпульсивність, труднощі у взаємодії та порушення емоційної регуляції [2]. Порівняння поведінкових проявів та симптомів осіб з діагностованим РДУГ та МРО свідчить про більш виражену імпульсивність у осіб з РДУГ та важчі порушення емоційної саморегуляції у осіб з МРО [26].

Деякі дослідники пов'язують розповсюджену коморбідність МРО, БАР та РДУГ з небезпечним типом прив'язаності, що розвивається у особистості за травмуючих умов дитинства [19]. Порівняльний аналіз визначає високі показники небезпечного (унікаючого або тривожного) типу прив'язаності у осіб з МРО порівняно з особами з РДУГ, з чого припускається, що тип прив'язаності є одним з визначальних факторів емоційної дисрегуляції саме при розладах особистості.

Результати деяких досліджень припускають, що МРО є більшим ризиком до розвитку афективних розладів, насамперед, біполярного розладу ніж навпаки [14], тож завчасне діагностування розладу особистості є критичним для запобігання психопатологічних ускладнень.

Метою даного дослідження є проведення порівняльного аналізу відмінностей тяжких розладів особистості від розладів афективного спектру, а також визначення провідних особливостей тяжких особистісних розладів в діагностичному процесі.

Методи. Використано теоретичні методи дослідження, а саме аналіз, синтез, дедукцію, порівняння, формалізацію.

Основний матеріал. Розлади особистості визначаються як стабільний патерн внутрішнього досвіду та поведінки людини, який не відповідає загальнокультурним нормам та соціальним очікуванням відповідно до її віку, рівню інтелекта і освіти [7]. Психодинаміка та характерні риси особистості варіюються відповідно до типу розладу, але загально проявляються у порушенні самосприйняття особистістю та у труднощах взаємодії з оточуючими.

Маніфестація розладу відбувається в пізньому підлітковому віці або в період ранньої зрілості

особистості. При цьому у особистості виникають значні труднощі в сферах соціальної взаємодії та професійної самореалізації, що загалом пов'язано з труднощами самовизначення та емоційної регуляції, які розповсюджуються майже на всі сфери життя людини.

Класифікація розладів особистості варіюється залежно від автора і керівництва.

Діагностичне і статистичне керівництво по психічним розладам п'ятого видання [7] налічує десять типів особистісних розладів, які умовно поділяються на три кластери. До кластера А ексцентричного типу віднесено параноїдний, шизоїдний, шизотиповий розлади. Кластер В емоційно нестабільного типу включає нарцисичний, межовий, гістрійонний розлади. Кластер С тривожного типу описує унікальний, залежний, обсессивно-компульсивний розлади особистості. Також окремо виділяються антисоціальний розлад та особистісні зміни на тлі психофізіологічних порушень. В керівництві відзначається коморбідність розладів з різних кластерів, а також часта коморбідність розладів особистості з іншими психічними розладами. Таким чином в основі особистісної динаміки може знаходитись провідний тип розладу, який найчастіше супроводжується симптомами інших порушень.

Психоаналітична модель розладів особистості на яку ми спираємося в нашому дослідженні побудована на основі сучасної теорії об'єктних стосунків [20 ; 27]. Модель розроблено за принципом рівнів організації особистісної структури серед яких виділяються невротичний, межовий, психотичний рівні. Рівень організації визначається ступенем інтеграції особистісної структури в основі якої знаходиться ідентичність особистості.

Низький рівень інтеграції або дифузія ідентичності особистості визначається як порушення зв'язного почуття Я та репрезентації значущих інших. Дифузна ідентичність характеризується нестабільним, поляризованим та нереалістичним відчуттям Селф та такими ж уявленнями про значущих інших, що обумовлює патологію особистості (О.Ф. Кернберг).

Інтегрована ідентичність визначається як головна ознака особистості, що знаходиться на високому невротичному рівні організації та відповідає істероїдному, обсессивно-компульсивному та депресивно-мазохістичному розладам за О. Кернбергом. Дифузія ідентичності відноситься до межового рівня організації, якому відповідають тяжкі особистісні розлади, а саме гістрійонний, садо-мазохістичний, нарцисичний, межовий, антисоціальний, шизоїдний, шизотиповий, параноїдний, іпохондричний.

Розвиток особистісних розладів пов'язують з впливом середовища в довербальний період розвитку особистості, а також з біологічними факторами.

Важкі розлади особистості такі як антисоціальний та шизотиповий пов'язуються з генетичними факторами. Негативні впливи середовища в дитинстві більшою мірою пов'язуються з розладами емоційно нестабільного типу, а саме з межовим, гістрійонним, нарцисичним розладами. Особистості з зазначеними розладами найчастіше мають історію насилья в дитинстві, розлучення батьків, досвід неадекватної

батьківської опіки та інші стресори взаємодії з навколишнім середовищем.

Розлад особистості виражається в нестабільній поведінці або гальмуванні певних форм поведінки, характеризується нестабільною самооцінкою, спалахами агресії чи тривожності, дезінтеграцією почуття ідентичності, когнітивною та афективною дисрегуляцією.

Високі показники тривожності, фрустрації, агресивності, ригідності поведінки притаманні розладам особистості всіх типів [5].

Серед симптомів тяжких особистісних розладів виділяються труднощі у виконанні обов'язків, домовленостей, труднощі у розумінні та поясненні причин своєї поведінки, емоційна лабільність, проблеми самовизначення і самореалізації, проблеми в побудові близьких стосунків, соціофобія, різні типи залежностей, порушення сну, соматизація і дисоціація з тілом.

Розлади особистості межового рівня організації супроводжуються також деструктивною поведінкою, самоушкодженнями, суїцидальними спробами, зловживанням наркотичними речовинами, розладами харчової поведінки, порушенням тестування реальності, примітивними захистами. Тяжкі розлади особистості часто супроводжуються емоційними порушеннями такими як великі депресивні епізоди, тривожні стани та іншими клінічними симптомами, які часто підпадають під спектр БАР.

Саме розлади емоційно нестабільного типу мають спільні риси з розладами афективного спектру та важко диференціюються з ними в практиці.

Загальноприйнято, що діагностика розладів особистості, окрім поведінки, емоційного спектру і когнітивного функціонування, має також враховувати історію розвитку особистості, генетичні фактори, психосоціальні чинники, біохімічні дані, а також темперамент [18].

Врахування біохімічних та генетичних факторів призвело до визначення розповсюджених випадків коморбідності особистісних розладів з афективно-поведінковими розладами, а також до плутанини в діагностуванні і диференціації цих розладів.

Розбіжність в результатах досліджень призвела до розширення погляду на БАР з депресивно-маніакальної динаміки до різноманіття варіацій перебігу розладу [8].

До спектру БАР було віднесено шизобіполярний розлад, гіпоманію, циклотимію, гіпертимію, рекурентну та циклічну депресію, а також зміни настрою після припинення зловживання алкоголем.

Афективні розлади виникають в різному віці та пов'язані зі структурними та органічними порушеннями мозку. Вважається, що на розвиток біполярного розладу можуть впливати генетичні фактори, соціодемографічні чинники, тривалий стрес, а також травмуючий досвід особистості.

За результатами оцінки якості життя осіб з первинним епізодом БАР у досліджуваних було виявлено значне погіршення емоційного благополуччя, а також працездатності та міжособистісної взаємодії. Важливо зазначити, що при цьому рівень виконання соціальних ролей та зовнішні життєві умови залишалися на доволі високому рівні оцінки [4].

Серед симптомів у осіб з діагностованим біполярно-афективним розладом в половині випадків визначено аутоагресивну поведінку, зловживання наркотиками, ажитацію, дисфорію, роздратованість, тривогу. Також зафіксовані симптоми зниження самооцінки та порушення соціальної взаємодії і працездатності, що співпадає з симптомами при тяжких розладах особистості [1].

Ми бачимо, що різні труднощі у соціальному та міжособистісному функціонуванні притаманні як особам з афективними розладами, так й особам з тяжкими розладами особистості, враховуючи спільність симптомів і поведінкових проявів при зазначених розладах, що часто призводить до діагностичних помилок.

Ми припускаємо, що порушення міжособистісних стосунків та соціальної взаємодії мають різне коріння в психічному функціонуванні осіб з афективними та особистісними розладами. На нашу думку саме рівень інтеграції ідентичності є диференціальною ознакою між тяжкими розладами особистості та розладами афективного спектру.

Спробуємо обґрунтувати наше припущення.

Дослідження особистісного функціонування у осіб з БАР 1-го типу та осіб з МРО показало, що серед пацієнтів з діагностованим біполярним розладом зустрічаються особистості з різним рівнем організації, в той час як особистості з межовим розладом завжди мають низький рівень особистісної організації та дифузійну ідентичність [12].

Як зображено на розробленій нами схемі порівняльного аналізу (див. Рисунок 1) розлади особистості та афективні розлади мають спільні симптоми, серед яких порушення мислення, афективна дисрегуляція та порушення міжособистісної взаємодії, які при цьому пов'язані з різними чинниками та мають різну природу. Розлади особистості виникають у зв'язку з екзогенними чинниками, такими як травматичні та стресогенні події в оточенні особистості під час її раннього розвитку. В свою чергу ранні травматичні події обумовлюють дезінтеграцію особистісного досвіду в структурах пам'яті та відображаються у відповідній дезінтеграції або дифузії ідентичності в структурі особистості.

Афективні розлади розвиваються у зв'язку з ендегенними чинниками, такими як генетичні та біохімічні фактори, які визначають нейробіологічні порушення у функціонуванні вищої нервової системи

особистості та можуть бути актуалізовані як під час розвитку, так і в дорослому віці за певних психосоціальних умов або стресогенних подій.

Дезінтеграція особистісного досвіду та дифузійна ідентичності, а також нейробіологічні порушення зі свого боку пов'язані з когнітивними порушеннями вольового контролю афективних стимулів, які обумовлюють схожість симптомів та зовнішніх проявів тяжких особистісних розладів та розладів афективного спектру.

Ми вбачаємо схожість афективних розладів з тяжкими розладами особистості саме в когнітивних порушеннях вольового контролю над афективними стимулами, що є критичним фактором в розвитку як розладів особистості межового рівня, так і в розвитку афективних розладів. При цьому тяжкі особистісні розлади можуть сприяти розвитку афективних розладів опосередковано когнітивними порушеннями вольового контролю, так і навпаки, афективні розлади можуть згодом призводити до особистісних порушень. Таким чином когнітивні порушення вольового контролю афективних стимулів є спільною ознакою, яка пов'язана зі схожими симптомами та проявами у осіб з тяжкими особистісними розладами та розладами афективного спектру.

Розглянемо детальніше спільні симптоми особистісних та афективних розладів. Порушення мислення виражаються у труднощах планування, прийнятті рішень та дотриманні послідовності в поведінці, при цьому за результатами деяких досліджень ці симптоми є більш вираженими у осіб з тяжкими особистісними розладами ніж у осіб з БАР. Афективна дисрегуляція, яка відображається у різких змінах настрою та імпульсивності, є звичною в очах оточуючих для осіб з тяжкими особистісними розладами, та пов'язана з гормональною дисрегуляцією, а також сезонністю у осіб з БАР. Порушення міжособистісної взаємодії виражаються у частих конфліктах, непорозумінні з оточуючими та у труднощах щодо виконання власних обов'язків і домовленостей. При цьому у осіб з тяжкими розладами особистості взаємодія з оточуючими визначається різкими змінами ставлення особистості до значущих інших, які можуть коливатися від позитивного захоплення до повного знецінення. В той час як особи з афективними розладами мають порушення міжособистісної взаємодії саме через зміни настрою, які вони не можуть контролювати, що часто породжує почуття сорому та соціальну ізоляцію.



Рисунок 1. Схема порівняльного аналізу розладів особистості та розладів афективного спектру (авторська схема) / Scheme of comparative analysis of personality disorders and affective spectrum disorders (author's scheme)

На нашу думку головною відмінністю між особистісними та афективними розладами є те, що останні стосуються психофізіологічних порушень, в той час як розлади особистості є розладами стосунків, що призводить до дифузії ідентичності дорослої особистості.

Часті помилкові діагностування у осіб з розладами особистості емоційно нестабільного кластеру інших психічних розладів типу БАР призводять до фармакологічного лікування, яке може давати тимчасове покращення самопочуття або співпадає з завершенням кризи при подальших повторюваних рецидивах.

В умовах клінічної практики найкритичніший ризик відстроченого діагностування МРО полягає у розвитку психопатологічних ускладнень, в той час як помилкове діагностування БАР при розладах особистості та відповідне фармакологічне лікування часто призводить до відсутності змін або погіршення психологічного стану особистості.

Ми розглядаємо рівень інтеграції ідентичності особистості як провідний критерій диференційної діагностики МРО, що визначається за допомогою структурованих інтерв'ю та аналізу порушень у соціальній взаємодії та міжособистісних стосунках особистості. Наша думка співпадає з сучасним підходом до відновлення психічного здоров'я при особистісних розладах, який передбачає визначення динаміки симптомів та врахування всіх можливих чинників перед остаточним висновком та вибором стратегії психотерапії [3 ; 5].

Використання структурованих інтерв'ю може полегшити діагностичну задачу клініцистам, в той час як визначальний критерій для диференціації тяжких розладів особистості може бути в нагоді при експрес-діагностиці, визначенні клінічної гіпотези та прогнозуванні психотерапії.

Психодинамічні напрямки психотерапії такі як трансфер-фокусована психотерапія, діалектично-поведінкова та тілесно-орієнтована психотерапія дозволяють розглядати кожну людину як унікальну особистість та не обмежуватися проміжковими діагностичними висновками. Трансфер-фокусована психотерапія спрямована на перебудову структури особистості, а саме на інтеграцію ідентичності у терапевтичній взаємодії з психотерапевтом в умовах аналізу трансферу. Тілесно-орієнтована психотерапія працює зі структурами характеру, які відображають структуру ідентичності особистості через тілесні техніки і роботу з тілесним досвідом набутим в історії взаємодії особистості з середовищем під час розвитку від народження до пізнього підліткового віку. Техніки і стратегії зазначених методів дозволяють безпечно працювати з симптомами особистості на глибинних рівнях структури характеру та функціонування особистості, забезпечуючи довгострокові результати.

Висновки. За результатами порівняльного аналізу розладів особистості з розладами афективного спектру визначено відмінність протікання зазначених розладів в структурі функціонування особистості за наявності спільних ознак в сфері когнітивного функціонування та схожих поведінкових симптомів. Розлади особистості межового рівня організації відзначаються насамперед

дифузією ідентичності в структурі дорослої особистості, яка є стабільною в часі та пов'язується з травмуючими умовами взаємодії з опікунами в ранньому дитинстві. В той час як афективні розлади спектру БАР визначаються наявністю нейробиологічних порушень в психічному функціонуванні особистості, сезонністю виникнення симптомів та пов'язуються з наявністю аналогічних порушень у близьких родичів. Когнітивні порушення вольового контролю над афективними стимулами розглядаються як визначальні процеси в протіканні як особистісних, так й афективних розладів. Порушення когнітивних процесів пов'язуються з такими симптоматичними проявами як емоційна дисрегуляція, труднощі у плануванні та виконанні обов'язків, труднощі міжособистісної взаємодії, що є спільними для особистісних та афективних розладів.

Таким чином визначено, що різниця між афективними та особистісними розладами знаходиться частково в полі структури функціонування дорослої особистості, частково в полі етімології їх виникнення.

Дифузія ідентичності в структурі функціонування дорослої особистості розглядається нами як диференційна ознака тяжких особистісних розладів межового рівня організації, що може покращити точність їх диференційної діагностики в психологічній практиці.

Перспективи дослідження вбачаються нами в проведенні емпіричного дослідження для апробації визначених нами результатів теоретичного аналізу за даною темою. Емпіричне дослідження необхідне для перевірки надійності визначеного диференційного критерію тяжких особистісних розладів та можливості його застосування в діагностиці зазначених розладів.

Список використаних джерел

- Вербенко Г. М. Біполярний афективний розлад (сучасна клінічна оцінка). *"Вісник психіатрії та психофармакотерапії"*. 2013. № 2 (24), С. 73-80.
- Грись А., Чепелєва Н., Ткачук Т., Тьор А. Адаптаційний потенціал осіб дорослого віку з розладом дефіциту уваги/гіперактивності (РДУГ). *Інсайт: психологічні виміри суспільства*. 2024. № 12. С. 471-494. <https://doi.org/10.32999/2663-970X/2024-12-14>
- Коваль І. А. Особистість і розлади особистості в сучасній практиці лікування. *Проблеми сучасної психології*. 2019. Вип. 29. С. 286-294. URL: http://nbuv.gov.ua/UJRN/Pspl_2015_29_27
- Мисула Ю. І. Комплексна оцінка якості життя при первинному епізоді біполярного афективного розладу. *Український вісник психоневрології*. 2020. Т. 28, Вип. 1 (102). С. 60-63. <https://doi.org/10.36927/20790325-V28-is1-2020-13>
- Спицька А. В. Психічні розлади особистості: сучасний стан постановки проблеми. *Наукові записки Національного університету «Острозька академія». Серія «Психологія*. 2023. № 16. С. 84-89. <https://journals.oa.edu.ua/Psychology/article/view/3789>
- Akbari V., Rahmatinejad P., & Mohammadi S. D. Comparing Neurocognitive Profile of Patients with Borderline Personality and Bipolar-II Disorders. *Iranian journal of psychiatry*, 2019. 14(2). 113-119. URL: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/31440292/>
- American Psychiatric Association, DSM-5 Task Force. Diagnostic and statistical manual of mental disorders: DSM-5™ (5th ed.). American Psychiatric Publishing, 2013. Inc.. <https://doi.org/10.1176/appi.books.9780890425596>

- Angst J., Gamma A., Benazzi F., Ajdacic V., Eich D., & Rössler W. Toward a re-definition of subthreshold bipolarity: epidemiology and proposed criteria for bipolar-II, minor bipolar disorders and hypomania. *Journal of affective disorders*, 2003. 73(1-2). 133–146. [https://doi.org/10.1016/s0165-0327\(02\)00322-1](https://doi.org/10.1016/s0165-0327(02)00322-1)
- Bayes A., Spoelma M., & Parker G. Comorbid bipolar disorder and borderline personality disorder: Diagnosis using machine learning. *Journal of psychiatric research*, 2022. 152. 1–6. <https://doi.org/10.1016/j.jpsychires.2022.05.032>
- Brady Ju. E., Miller C. J., Connolly S. L. Bipolar Disorders. Diagnostic Interviewing/ Ed. Daniel L. Segal, Springer US, 2025. (6). 179-205. <https://doi.org/10.1007/978-1-0716-4362-4>
- Brandes M., & Bienvenu O. J. Personality and anxiety disorders. *Current psychiatry reports*, 2006. 8(4), 263–269. <https://doi.org/10.1007/s11920-006-0061-8>
- Chen F., Chen C., Wu M., Luo B., Cai H., Yu F., & Wang L. Impaired emotional response inhibition among adolescents with bipolar depression: evidence from event-related potentials and behavioral performance. *BMC psychiatry*, 2025. 25(1). 303. <https://doi.org/10.1186/s12888-025-06748-w>
- Feichtinger K., Laczkovics C., Alexopoulos J., Gruber M., Klauser M., Parth K., Winingner A., Ossege M., Baumgartner J., Doering S., & Blüml V. Personality functioning in bipolar 1 disorder and borderline personality disorder. *BMC psychiatry*, 2024. 24(1). 846. <https://doi.org/10.1186/s12888-024-06297-8>
- Fornaro M., Orsolini L., Marini S., De Berardis D., Perna G., Valchera A., Ganança L., Solmi M., Veronese N., & Stubbs B. The prevalence and predictors of bipolar and borderline personality disorders comorbidity: Systematic review and meta-analysis. *Journal of affective disorders*, 2016. 195. 105–118. <https://doi.org/10.1016/j.jad.2016.01.040>
- Friás Á., Baltasar I., & Birmaher B. Comorbidity between bipolar disorder and borderline personality disorder: Prevalence, explanatory theories, and clinical impact. *Journal of affective disorders*, 2016. 202. 210–219. <https://doi.org/10.1016/j.jad.2016.05.048>
- Ghaemi S. N., Dalley S., Catania C., & Barroilhet S. Bipolar or borderline: a clinical overview. *Acta psychiatrica Scandinavica*, 2014. 130(2). 99–108. <https://doi.org/10.1111/acps.12257>
- Harned M. S., & Valenstein H. R. Treatment of borderline personality disorder and co-occurring anxiety disorders. *F1000prime reports*, 2013. 5. 15. <https://doi.org/10.12703/P5-15>
- Kernberg O. F., & Caligor E. (2005). A Psychoanalytic Theory of Personality Disorders. In M. F. Lenzenweger & J. F. Clarkin (Eds.), *Major theories of personality disorder* (2nd ed., pp. 114–156). The Guilford Press. 2005.
- Kouros I., Isaksson M., Ekselius L., & Ramklint M. A cluster analysis of attachment styles in patients with borderline personality disorder, bipolar disorder and ADHD. *Borderline personality disorder and emotion dysregulation*, 2024. 11(1). 26. <https://doi.org/10.1186/s40479-024-00271-2>
- Lenzenweger, M. F., & Clarkin, J. F. (Eds.). *Major theories of personality disorder* (2nd ed.). The Guilford Press. 2005.
- Lopes L. M., Matias M., Marques M., Lopes I. M., & Reis J. Bipolar Disorder and Borderline Personality Disorder: A Diagnostic Challenge. *European Psychiatry*, 2023. 66(Suppl 1). S701. <https://doi.org/10.1192/j.eurpsy.2023.1467>
- Pålsson E., & Landén M. Sense of coherence in bipolar disorder- a longitudinal study. *BMC psychiatry*, 2025. 25(1). 324. <https://doi.org/10.1186/s12888-025-06779-3>
- Qadeer Shah A., Prasad D., Caropreso L., Frey, B. N., & de Azevedo Cardoso T. The comorbidity between Borderline Personality Disorder (BPD) and Generalized Anxiety Disorder (GAD): A systematic review and meta-analysis. *Journal of psychiatric research*, 2023. 164. 304–314. <https://doi.org/10.1016/j.jpsychires.2023.06.009>
- Saxena K., Verrico C. D., Kahlon R., Amin P., Arvind R. P., Patel M., Sharp C., Williams L., & Shah A. Borderline features in youth with bipolar spectrum disorders. *Adolescent Psychiatry*, 2018. 8(3). 174–184. <https://doi.org/10.2174/2210676609666181203103443>
- Sharma A. N., Barron E., Le Couteur J., Close A., Rushton S., Grunze H., Kelly T., Nicol Ferrier I., & Le Couteur A. S. Facial emotion labeling in unaffected offspring of adults with bipolar I disorder. *Journal of affective disorders*, 2017. 208. 198-204. <https://doi.org/10.1016/j.jad.2016.10.006>
- Weiner L., Perroud N., & Weibel S. Attention Deficit Hyperactivity Disorder and Borderline Personality Disorder in Adults: A Review of Their Links and Risks. *Neuropsychiatric disease and treatment*, 2019. 15. 3115–3129. <https://doi.org/10.2147/NDT.S192871>
- Yeomans Frank E et al. *Transference-Focused Psychotherapy for Borderline Personality Disorder: A Clinical Guide*. First edition. Washington, DC: American Psychiatric Publishing, 2015. Print.

Yu. ZINCHENKO (Yuliia Zinchenko)

Master of Psychology, clinical psychologist
psychologist, body-oriented psychotherapist,
psychotherapist in the method 'I-reconstruction',
International association of psychosomatics and health therapy,
Brodsky families str., 5, Kiev, Ukraine
E-mail: uzinchenko5@gmail.com
<https://orcid.org/0009-0008-5027-0566>

DIFFERENTIAL ANALYSIS OF PERSONALITY DISORDERS AND AFFECTIVE DISORDERS

The article considers the problem of differential differences between severe personality disorders and affective spectrum disorders. A comparative analysis of symptoms, behavioral manifestations, and features of the development of these disorders is conducted. The leading differences in the structure of personality functioning are identified, as well as common internal mental processes inherent in both personality and affective disorders. Severe personality disorders of the borderline level of organization are characterized by a stable diffusion of identity in the personality structure, which is associated with traumatic or stressful conditions of development and disintegration of emotional experience. Affective spectrum disorders are determined by neurobiological disorders in mental functioning, which determine the periodicity of the occurrence of affective disorders and are associated with both genetic factors and stressful experience. Cognitive disorders of affective stimuli volitional control are defined as internal mental processes inherent in both personality and affective disorders, which determine the similarity of their symptoms and behavioral manifestations. Based on the results of the comparative analysis, it is proposed to consider the diffusion of identity in the structure of an adult personality as a differential sign of severe personality disorders. The article will be useful for practicing psychologists and psychotherapists who face difficulties in conducting differential diagnostics of severe personality disorders of the emotionally unstable type.

Keywords: *affective disorders, bipolar affective disorder, identity, borderline personality disorder, personality, personality disorders.*

References

- Hrys, A., Chepeleva, N., Tkachuk, T., & Tor, L. (2024). Adaptive Potential of Adults with Attention Deficit/Hyperactivity Disorder (ADHD). *Insight: the psychological dimensions of society*, 12, 471–494. <https://doi.org/10.32999/2663-970X/2024-12-14> [In Ukrainian]
- Koval, I. A. (2019). Personality and personality disorders in modern treatment practice. *Problems of modern psychology*, 29, 286–294. http://nbuv.gov.ua/UJRN/Pspl_2015_29_27 [In Ukrainian]
- Spytska, L. V. Mental disorders of personality: the current state of the problem. (2023). *Scientific notes of the National University "Ostroh Academy". Series "Psychology": 16*, 84–89. [In Ukrainian]
- Verbenko, G.M. Bipolar affective disorder (present clinical evaluation). (2013). "Bulletin of Psychiatry and Psychopharmacotherapy", 2(24), 73–80. [In Ukrainian]
- Mysula, Yu. Comprehensive assessment of the quality of life in primary episode of bipolar affective disorder. (2020). *Ukrainian Bulletin of Psychoneurology*, 28(102), 60–63. [In Ukrainian]
- Akbari, V., Rahmatinejad, P., & Mohammadi, S. D. (2019). Comparing Neurocognitive Profile of Patients with Borderline Personality and Bipolar-II Disorders. *Iranian journal of psychiatry*, 14(2), 113–119.
- American Psychiatric Association, DSM-5 Task Force. (2013). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders: DSM-5™* (5th ed.). American Psychiatric Publishing, Inc. <https://doi.org/10.1176/appi.books.9780890425596>
- Angst, J., Gamma, A., Benazzi, F., Ajdacic, V., Eich, D., & Rössler, W. (2003). Toward a re-definition of subthreshold bipolarity: epidemiology and proposed criteria for bipolar-II, minor bipolar disorders and hypomania. *Journal of affective disorders*, 73(1–2), 133–146. [https://doi.org/10.1016/s0165-0327\(02\)00322-1](https://doi.org/10.1016/s0165-0327(02)00322-1)
- Bayes, A., Spoelma, M., & Parker, G. (2022). Comorbid bipolar disorder and borderline personality disorder: Diagnosis using machine learning. *Journal of psychiatric research*, 152, 1–6. <https://doi.org/10.1016/j.jpsychires.2022.05.032>
- Brady, Ju.E., Miller, C.J., Connolly, S.L. (2025). Bipolar Disorders. *Diagnostic Interviewing*. Ed. Daniel L. Segal, Springer US, 6, 179–205. <https://doi.org/10.1007/978-1-0716-4362-4>
- Brandes, M., & Bienvenu, O. J. (2006). Personality and anxiety disorders. *Current psychiatry reports*, 8(4), 263–269. <https://doi.org/10.1007/s11920-006-0061-8>
- Chen, F., Chen, C., Wu, M., Luo, B., Cai, H., Yu, F., & Wang, L. (2025). Impaired emotional response inhibition among adolescents with bipolar depression: evidence from event-related potentials and behavioral performance. *BMC psychiatry*, 25(1), 303. <https://doi.org/10.1186/s12888-025-06748-w>
- Feichtinger, K., Laczkovics, C., Alexopoulos, J., Gruber, M., Klauser, M., Parth, K., Winger, A., Ossege, M., Baumgartner, J., Doering, S., & Blüml, V. (2024). Personality functioning in bipolar 1 disorder and borderline personality disorder. *BMC psychiatry*, 24(1), 846. <https://doi.org/10.1186/s12888-024-06297-8>
- Fornaro, M., Orsolini, L., Marini, S., De Berardis, D., Perna, G., Valchera, A., Ganança, L., Solmi, M., Veronese, N., & Stubbs, B. (2016). The prevalence and predictors of bipolar and borderline personality disorders comorbidity: Systematic review and meta-analysis. *Journal of affective disorders*, 195, 105–118. <https://doi.org/10.1016/j.jad.2016.01.040>
- Friás, Á., Baltasar, I., & Birmaher, B. (2016). Comorbidity between bipolar disorder and borderline personality disorder: Prevalence, explanatory theories, and clinical impact. *Journal of affective disorders*, 202, 210–219. <https://doi.org/10.1016/j.jad.2016.05.048>
- Ghaemi, S. N., Dalley, S., Catania, C., & Barroilhet, S. (2014). Bipolar or borderline: a clinical overview. *Acta psychiatrica Scandinavica*, 130(2), 99–108. <https://doi.org/10.1111/acps.12257>
- Harned, M. S., & Valenstein, H. R. (2013). Treatment of borderline personality disorder and co-occurring anxiety disorders. *F1000prime reports*, 5, 15. <https://doi.org/10.12703/P5-15>
- Kernberg, O. F., & Caligor, E. (2005). A Psychoanalytic Theory of Personality Disorders. In M. F. Lenzenweger & J. F. Clarkin (Eds.), *Major theories of personality disorder* (2nd ed., pp. 114–156). The Guilford Press.
- Kouros, I., Isaksson, M., Ekselius, L., & Ramklint, M. (2024). A cluster analysis of attachment styles in patients with borderline personality disorder, bipolar disorder and ADHD. *Borderline personality disorder and emotion dysregulation*, 11(1), 26. <https://doi.org/10.1186/s40479-024-00271-2>
- Lenzenweger, M. F., & Clarkin, J. F. (Eds.). (2005). *Major theories of personality disorder* (2nd ed.). The Guilford Press.
- Lopes, L. M., Matias, M., Marques, M., Lopes, I. M., & Reis, J. (2023). Bipolar Disorder and Borderline Personality Disorder: A Diagnostic Challenge. *European Psychiatry*, 66(Suppl 1), S701. <https://doi.org/10.1192/j.eurpsy.2023.1467>
- Pålsson, E., & Landén, M. (2025). Sense of coherence in bipolar disorder- a longitudinal study. *BMC psychiatry*, 25(1), 324. <https://doi.org/10.1186/s12888-025-06779-3>
- Qadeer Shah, A., Prasad, D., Caropreso, L., Frey, B. N., & de Azevedo Cardoso, T. (2023). The comorbidity between Borderline Personality Disorder (BPD) and Generalized Anxiety Disorder (GAD): A systematic review and meta-analysis. *Journal of psychiatric research*, 164, 304–314. <https://doi.org/10.1016/j.jpsychires.2023.06.009>
- Saxena, K., Verrico, C. D., Kahlon, R., Amin, P., Arvind, R. P., Patel, M., Sharp, C., Williams, L., & Shah, A. (2018). Borderline features in youth with bipolar spectrum disorders. *Adolescent Psychiatry*, 8(3), 174–184. <https://doi.org/10.2174/2210676609666181203103443>
- Sharma, A. N., Barron, E., Le Couteur, J., Close, A., Rushton, S., Grunze, H., Kelly, T., Nicol Ferrier, I., & Le Couteur, A. S. (2017). Facial emotion labeling in unaffected offspring of adults with bipolar I disorder. *Journal of affective disorders*, 208, 198–204. <https://doi.org/10.1016/j.jad.2016.10.006>
- Weiner, L., Perroud, N., & Weibel, S. (2019). Attention Deficit Hyperactivity Disorder And Borderline Personality Disorder In Adults: A Review Of Their Links And Risks. *Neuropsychiatric disease and treatment*, 15, 3115–3129. <https://doi.org/10.2147/NDT.S192871>
- Yeomans, Frank E et al. *Transference-Focused Psychotherapy for Borderline Personality Disorder: A Clinical Guide*. First edition. Washington, DC: American Psychiatric Publishing, 2015. Print.

Конфлікт інтересів: автор засвідчує, що, незважаючи на те, що один із авторів статті є членом редакційної колегії цього журналу, процес рецензування, прийняття рішення щодо публікації та редагування проводилися незалежно, без його участі чи впливу. Будь-які потенційні конфлікти інтересів були повністю усунені шляхом зовнішнього контролю процесу.

Conflict of Interest: The author certifies that, although one of the authors of the article is a member of the editorial board of this journal, the peer review, publication decision, and editorial processes were conducted independently, without their participation or influence. Any potential conflicts of interest were fully mitigated through external oversight of the process.

Стаття надійшла до редакції 21.10.2025 (The article was received by the editors 21.10.2025)

Стаття рекомендована до друку 20.12.2025 (The article is recommended for printing 20.12.2025)

Опублікована 30.12.2025 (Published 30.12.2025)