

# ОСОБЛИВОСТІ ДИФЕРЕНЦІАЦІЇ ЕМОЦІЙНИХ СТАНІВ ОСОБИСТОСТІ В УМОВАХ ВІЙНИ: ТЕОРЕТИЧНИЙ ДИСКУРС

## FEATURES OF THE DIFFERENTIATION OF EMOTIONAL STATES OF THE INDIVIDUAL IN THE CONDITIONS OF WAR: THEORETICAL DISCOURSE

*У статті здійснено теоретичне дослідження особливостей психологічної диференціації емоційних станів особистості в умовах війни. Висвітлений психодинамічний підхід до феномену стресу та психічної травми. Розглядаються погляди на психічну травму та дисоціацію З. Фрейда, К. Г. Юнга, Ф. Александера, О. Кернберга, Ж. Лакана, Ч. С. Майєрса, О. Ван дер Харта. Досліджена наукова література, що висвітлює феномен алекситимії. Актуальність вивчення алекситимії у кризовій ситуації зумовлюється її великою значущістю для особистісного розвитку та соціокультурного функціонування особистості.*

*Поведінка та переживання здорових людей, які опинилися у важких кризових та екстремальних ситуаціях, часто мають усі ознаки психічного травмування. Це відбувається через те, що стресогенна ситуація значно перевищує за силою та інтенсивністю захисні механізми та можливості людини. Водночас особистість може розвивати різноманітні захисні механізми, щоб впоратися з травмою (зокрема, примітивні захисти типу дисоціації та відщеплення).*

*В стані кризи типовими емоційними реакціями можуть бути тривога, гнів, сором, вина, депресія. Також можуть бути нав'язливі думки та активізація примітивних захисних механізмів особистості, в першу чергу таких, як проєкція, витіснення, заперечення, ізоляція. Реакцією на гострі стресові та травмуючі обставини може бути алекситимія як символічне дисоціювання афективного виміру психічної реальності, що містить нестерпні переживання, що загалом загрожують психічному виживанню особистості. Алекситимія – багатогранний феномен, що майже без винятку є серцевиною соматоформних порушень психіки.*

**Ключові слова:** диференціація емоційних станів, алекситимія, кризова ситуація, захисні механізми, дисоціація, психічна травма, рефренування, соматоформні дисфункції, травмуюча подія, розлади адаптації.

*The article provides a theoretical study of the peculiarities of the psychological differentiation of emotional states of the individual in the conditions of war. A psychodynamic approach to the phenomenon of stress and mental trauma is highlighted. The views on mental trauma and dissociation of Z. Freud, K. G. Jung, F. Alexander, O. Kernberg, J. Lacan, Ch. S. Myers, O. Van der Hart. Researched scientific literature highlighting the phenomenon of alexithymia. The relevance of the study of alexithymia in a crisis situation is determined by its great significance for personal development and sociocultural functioning of the individual.*

*The behavior and experiences of healthy people who find themselves in severe crisis and extreme situations often have all the signs of mental trauma. This is due to the fact that a stressful situation significantly exceeds the strength and intensity of a person's protective mechanisms and capabilities. Along with this, the individual may develop a variety of defense mechanisms to cope with the trauma (primitive defenses of the type of dissociation and splitting in particular).*

*In a state of crisis, typical emotional reactions can be anxiety, anger, shame, guilt, depression. There can also be obsessive thoughts and the activation of primitive protective mechanisms of the individual, primarily such as projection, displacement, denial, isolation.*

*A reaction to acute stressful and traumatic circumstances can be alexithymia, as a symbolic dissociation of the affective dimension of mental reality, containing unbearable experiences that generally threaten the mental survival of the individual.*

*Alexithymia is a multifaceted phenomenon that almost without exception is the core of somatoform disorders of the psyche.*

**Key words:** differentiation of emotional states, alexithymia, crisis situation, defense mechanisms, dissociation, mental trauma, refraining, somatoform dysfunctions, traumatic event, adaptation disorders.

УДК 364.628

DOI <https://doi.org/10.32782/2663-5208.2023.56.27>

**Клименко М.Р.**

доктор філософії з психології,  
доцент кафедри теоретичної  
та практичної психології  
Національний університет  
«Львівська політехніка»

**Птічка Д.В.**

магістр кафедри теоретичної  
та практичної психології  
Національний університет  
«Львівська політехніка»

**Вступ.** Ситуація, яка склалася в Україні з моменту широкомасштабного вторгнення РФ і початку війни, відповідає поняттю кризової і потребує ретельної уваги з боку психологів, соціологів та інших фахівців, які досліджують ці процеси в масштабах суспільства. Поведінка та переживання здорових людей, які опинилися у важких кризових та екстремальних ситуаціях, часто мають усі ознаки психічного травмування. Це відбувається через те, що стресогенна ситуація значно перевищує за силою та інтенсивністю захисні механізми та можливості людини. При цьому слід звернути увагу на те, що рівень непереносимості страждання є глибоко індивідуальним.

У людини в кризовій ситуації можуть відзначатися психічні стани і реакції, що лежать

на межі патології і навіть переходять цю межу. З огляду на це тема нашої магістерської роботи «Особливості дослідження емоційних станів особистості в умовах війни», а також переддипломна практика в рамках цієї теми бачиться нам актуальною і сучасною.

Систематичні дослідження на тему впливу війни на психічні стани особистості проводили такі вчені: австрійський психіатр та засновник психоаналізу Зигмунд Фрейд (1915–1921) у роботах «Своєчасні думки про війну та смерть», «Психоаналіз і військові неврози»; німецькі психіатри Еміль Крепелін (1916), Самуел Майєрс (1920); американський психіатр, психоаналітик Абрам Карднер (1941); Р. Грінкер і Дж. Шпігель (1945), Л. Батімор

(1946). К. Шнайдер (1952) провів феноменологічну диференціацію станів, спровокованих травмою. Віктор Франкл (1959) описав синдром в'язнів концентраційних таборів. Л. Етінгер та А. Стром (1973) вивчали військовий травматичний синдром. С. Леві (1971) вивчав посттравматичний стресовий розлад. У 1986 р. були узагальнені результати міжнародних досліджень у колективній монографії «Травма та її слід» (ed. Figley C. R., 1986) та опубліковані підсумки вивчення посттравматичного стресового розладу (ПТСР) у жертв геноциду та при інших формах насильства над особистістю. Зрештою, група дослідників під керівництвом М. Горовиця (1986) розробила діагностичні критерії PTSD (posttraumatic stress disorder), який у 1987 р. було віднесено до групи тривожних розладів, включених до DSM з корекціями 1993 та 2013 років.

**Мета дослідження** – диференціювати емоційні стани цивільного населення, в цілому здорових людей, які перебувають в незвичних для себе довготривалих умовах війни, що передбачає виділення та розуміння різних емоцій за їхніми характеристиками, виразом та впливом на поведінку та ментальний стан.

Актуальність вивчення алекситимії у кризовій ситуації зумовлюється її великою значущістю для особистісного розвитку та соціокультурного функціонування особи. Основними характеристиками алекситимії є труднощі у визначенні та вербалізації власних емоцій і емоцій оточуючих людей, в розрізненні емоцій і тілесних відчуттів.

**Методи.** Здійснено теоретичне дослідження диференціації емоційних станів особистості в умовах війни. Використано такі методи: аналіз, синтез, абстрагування, індуктивний метод, систематизацію та узагальнення вивчених матеріалів.

**Результати.** Війна – це масштабне явище, яке генерує екстремальну кризову ситуацію для усього суспільства. Війна впливає на кожну людину у суспільстві як своєрідна соціальна катастрофа.

Психологічна наука, психотерапія завжди відповідали викликам та кризам суспільства. Найважливіші ідеї народжувались у часи депривацій, тотально нестабільної ситуації, військових розривів, зламів та суспільно-культурних загроз. З. Фройд описував війну в таких категоріях: війна, в яку ми не хотіли вірити, спалахнула і принесла розчарування. Вона не тільки кровопролитніша, ніж будь-яка з колишніх воєн внаслідок надзвичайно вдосконаленої зброї захисту та нападу, але й щонайменше така ж жорстока, озлоблена, нещадна, як і будь-яка з попередніх. Вона виходить за всі рамки, яких держави зобов'язуються дотримуватися у мирний час, звані міжнародним правом, не визнає привілеїв

пораненого і лікаря, відмінності між мирною частиною нас, що бореться [5].

Війну росії проти України можна вважати екстремальною ситуацією, тобто такою, що виходить за межі звичайного, нормального людського досвіду, а для окремих груп українців ця ситуація є гіперекстремальною, оскільки внутрішні навантаження, які вона викликає, часто перевищують людські можливості, руйнують звичну поведінку і дії, можуть спричинити небезпечні наслідки. Гіперекстремальними можна вважати несподівану втрату близької людини, полон, тортури, насильство (особливо, якщо є загроза життю чи цілісності), присутність при загибелі чи травмуванні тощо [2].

Водночас актуальну війну можна категоризувати як потенційний досвід переживання колективної травми – психічної травми, яку отримала група людей будь-якого розміру, аж до цілого суспільства, внаслідок соціальної, техногенної чи екологічної катастрофи або злочинних дій політичних чи інших соціальних суб'єктів. Психологічні наслідки колективної травми такі: соціальна фрустрація, зростання психологічних проблем, посттравматичні стресові та супутні розлади, зростання соматичних хвороб, групоцентризм, схильність ідеалізувати власну соціальну групу та бачити образ ворога в представниках інших груп, особливо тих, хто відповідає за травмування.

Надумку К. Г. Юнга, у відповідь на травмуючу подію людина реагує у формі афекту – емоційного переживання. Навколо цього афекту формуються чуттєво забарвлені комплекси. Юнг запропонував теорію комплексів, які могли бути рушійною силою, причиною усієї психопатології [6]. При цьому повторення травматичних переживань, нічних кошмарів, розлади сну тощо можна розуміти як спроби відреагувати на травму.

Водночас особистість може розвивати різноманітні захисні механізми, щоб впоратися з травмою. Его може використовувати різні захисні стратегії, щоб зменшити емоційний дискомфорт. У класичному психодинамічному розумінні травма, що веде до переживання екзистенційної крихкості буття, порушує функціонування Его, що «мігруватиме» у захисних стратегіях до їх примітивних форм типу дисоціації та розщеплення, примітивних механізмів вищої складності типу всемогутнього контролю, інтроєкції, проєкції, заперечення та ін. Процес дисоціації породжує зростання суперечностей між структурними одиницями «Я». Зокрема, Суперего може набувати непомірного критичного моралізаторства або, навпаки, виражати слабкість щодо кристалізації «Я-ідеалу». Загалом засвідчення травми на будь-якому етапі власного існування може перешкоджати процесу розвитку ідентичності (дифузувати її), порушувати когнітивно-афек-

тивне сприйняття дійсності, ініціювати більш дисфункційну конотативну стратегію об'єктивізування власної психічної реальності у взаємодії зі світом [10].

Жак Лакан зазначав, що травматичні події можуть впливати на формування бажань та страждань суб'єкта. Дисоціація змісту пережитого травмуючого досвіду та аспектів «Я» породжує аспект реального, який не може бути повністю усвідомленим та вербально вираженим (як наслідок, інтерпретованим найближче до реального). Травматичні події мають особливу інтенсивність, афективну конденсованість та непередбачуваність (у різних формах відреагування). Жак Лакан також розглядав повторення (відтворення чи своєрідне рефренування) як один із способів, у який суб'єкт може намагатися виявити та виразити власний травматичний досвід. Ретроактивність вказує на те, що сучасні події можуть впливати на переосмислення минулого досвіду. Таке вираження може набувати форм зміщення на символічну активність, доступну інтерпретації. Функціональна ретроактивність психіки містить ресурс до переосмислення досвіду – адаптивну стратегію переживання травми. Проте травматичний досвід у будь-якому разі впливає на спосіб, у який суб'єкт усвідомлює себе та взаємодіє з іншими через форми комунікації, зокрема вербального репрезентування власного «Я». Лакан наголошував, що просякнутість травми витісненням та дисоціацією надає їй статусу «постфактум». Саме у сценарії витіснення існує ядро, що формує симптом, зокрема афективно-когнітивно-поведінкові трансформації [12].

Отто Кернберг, пропонуючи теорію афектів як структурних компонентів особистості, надавав дуже визначальне місце агресії у переживанні травми різної етіології (від травми у картині розладів, пов'язаних із стресом, до дитячих травмуючих переживань), де агресія може виражатися шляхом відокремлення частин «Я» (пов'язаних із досвідом травми) або перенесення неприйнятних аспектів на інших оточуючих осіб. Кернберг вважає, що когнітивний аспект агресії, вираженої у ненависті, може залишатись відносно стабільним порівняно з афективною динамікою її виразу. Ненависть може залишатись стратегією реагування на загрозу виживанню, проте в контексті актуальної травмуючої події вона може бути ефективною, а далі в інтрузивному колі вона може лише підсилювати дисоціативні тенденції у структурі «Я». Потенційно об'єктивна відповідь переростає в екзистенційно-нарцисичний захист ядра існування «Я» [10].

В цілому можемо узагальнити, що у сучасному психоаналітичному співтоваристві травма розглядається як:

1) зовнішня подія, яка суб'єктивно сприймається індивідом як травматична;

2) психопатологічні наслідки травматичної події, що виникають одразу чи відстрочено;

3) посилення схильності до майбутньої травматизації внаслідок пережитої травматичної події;

4) причина будь-якої психопатології і, отже, фокус психотерапевтичного впливу (Sandler J., Dreher A.U., Drews S., 1991).

«Енергетичне» розуміння травми З. Фройдом деякі сучасні дослідники пропонують замінити на «інформаційне», що дозволяє включити як когнітивні, так і емоційні переживання та сприйняття, що мають зовнішню або внутрішню природу [5]. Цей підхід припускає, що інформаційне навантаження кидає людину в стан постійного стресу доти, доки ця інформація не пройде відповідну переробку. При цьому інформація під впливом психологічних захисних механізмів нав'язливо відтворюється в пам'яті. Можливість впоратися з травмуючим впливом залежить від оптимального співвідношення між фіксацією на ситуації, що травмує, і витісненням її зі свідомості. При цьому стратегія уникнення згадок про травму, її витіснення зі свідомості (інкапсуляція травми), безумовно, є найбільш адекватною в гострому періоді, допомагаючи подолати наслідки раптової травми [9; 11].

Британський психолог та психіатр часів Першої світової війни Чарльз Самюел Майерс (1916, 1940) досліджував базисну форму структурної дисоціації при гострій травматизації («снарядному шоку») у солдатів, які брали участь у військових діях під час Першої світової війни [18].

У своїй книзі «Структурна дисоціація та терапія наслідків хронічної психічної травми» О. Ван дер Харт так описує погляди Ч. С. Майерса на дисоціацію: «<...>дисоціацію як процес, який полягає в співіснуванні та чергуванні так званої зовні нормальної (частини) особистості (ЗНО) та так званої афективної (частини) особистості (АО). Надалі ми позначатимемо ці вихідні частини особистості як ЗНО і АО. Для ЗНО характерне прагнення брати участь у повсякденному житті, займатися щоденними справами, тобто головну роль у функціонуванні ЗНО відіграють системи повсякденного життя (дослідження, турботи, уподобання та ін.), при цьому ЗНО уникає травматичних сподгадів. Функціонування АО виявляється досить жорстко детермінованим системами дій (захисту, сексуальності тощо) або підсистемами (самозбереження, втечі, боротьби), які були активовані під час травмування. ЗНО та АО надмірно ригідні та тією чи іншою мірою ізольовані одне від одного. Причиною такого стану речей виступають два чинники. У сферу ЗНО та АО входять різні системи дій з різною «історією» у філогенезі. Крім того, у розпорядженні ЗНО та АО знаходяться тенденції, що нале-

жать різним рівням ієрархії, тобто для ЗНО та АО властиві однакові досить жорсткі патерни тенденцій до дії, принаймні деякі з них є дезадаптивними. Майерс вказував, що для характеристики АО недостатньо просто вказати на домінування емоцій, афекту цієї частини особистісної системи. Він підкреслював руйнівний характер травматичних емоцій у АО проти ЗНО. Шокова емоція відрізняється від просто інтенсивної емоції тим, що вона заважає адаптації, перевищує можливості афективної регуляції індивіда, а її вираження не приносить користі. Навпаки, чим більшою є повнота вираження шокової емоції, тим глибшим є порушення функціонування та слабшим є контроль стану травмованого індивіда. Наприклад, такий стан справ характерний для межових розладів» [15; 16; 17; 18].

На той період це була прогресивна думка, тому що пізніше в науці відбулося відкриття ПТСР, і в психіатричній та у психотерапевтичній практиці все стало на свої місця.

Сам О. Ван дер Харт поділяв дисоціацію на три види: первинну структурну дисоціацію, вторинну та третинну.

Під первиною структурною дисоціацією О. Ван дер Харт розумів базисний і найпростіший розподіл особистості, спричинений травмою, що відбувається між єдиним становищем ЗНО та єдиною АО.

Це означає, що АО у індивіда, який пережив травму, залишається схематичною, фрагментованою і не цілком автономною у повсякденному житті. Більш складні форми структурної дисоціації за участю більшої кількості дисоціативних частин є варіаціями первинної структурної дисоціації особистості.

«Вторинна структурна дисоціація особистості. У разі надзвичайно сильного або тривалого впливу травматичної події можуть відбуватися подальші поділи всередині АО за збереження єдиної ЗНО. Основою вторинної структурної дисоціації особистості, можливо, є зрив інтеграції різних видів захисту, яким відповідають різні психобіологічні комбінації груп афектів, пізнавальних процесів та рухових функцій. Ідеться про такі стани, як заціпеніння, втеча, боротьба та повне підпорядкування.

Третинна дисоціація особистості. Подальший розвиток дисоціативного процесу може призвести не тільки до ще більшого поділу АО, а й до утворення частин усередині ЗНО. Дисоціативний процес досягає рівня третинної структурної дисоціації особистості у тому випадку, коли між досвідом психотравмуючого переживання та якимись аспектами повсякденного життя, які завжди присутні у житті будь-якої людини, встановлюється асоціативний зв'язок. З огляду на процес генералізації стимули повсякденного оточення можуть активувати травматичні спогади» [17].

Виходячи з теорії структурної дисоціації та психології дії П'єра Жане, О. Ван дер Харт розробив модель фазово орієнтованого лікування, що фокусується на виявленні та опрацюванні структурної дисоціації та пов'язаних з нею дезадаптивних психічних та поведінкових дій.

Ми розглянемо особливості переживання гострого стресу та латентних (постійних) стресових подій особистістю крізь призму порушень адаптації (тенденції до таких станів чи розвинений розлад), що включають в себе реакції на стрес, які порушують звичайний рівень функціонування особистості.

Проблема диференціації емоційних станів у контексті різнорівневого стресу

На думку українських дослідників Л. О. Герасименко, А. О. Скрипникова, Р. І. Ісакова, емоційні стани як наслідок розладів адаптації можна диференціювати на депресивний, тривожний та змішаний (тривожно-депресивний) варіанти [1].

Також можуть спостерігатися порушення поведінки, які характеризуються нетерпимістю, роздратуванням та підвищеною агресією.

Особливу увагу в контексті сучасних українських реалій слід приділити аналізу стресових розладів і психічних травм в групах ризику:

- учасники бойових дій;
  - демобілізовані військові, які були учасниками бойових дій, а зараз лікуються від поранень, травм і знаходяться у резерві;
  - цивільні, які живуть на прифронтових територіях;
  - співробітники поліції, МНС, адміністративних і комунальних служб у прифронтових зонах;
  - лікарі, парамедики і працівники швидкої допомоги у прифронтових зонах;
  - ВПО – внутрішньо переміщені особи, цивільні, які перебували у прифронтових зонах і були евакуйовані у відносно безпечні міста.
- Стрессова ситуація є генезисом психологічної травми, а психологічна травма може генерувати кризу особистості.

У стані кризи типовими емоційними реакціями можуть бути тривога, гнів, сором, вина, депресія. Також можуть бути нав'язливі думки та активізація примітивних захисних механізмів особистості, зокрема таких, як проєкція, витіснення, заперечення, ізоляція. Високий рівень тривожності заповнює свідомість людини, примушуючи її вірити страхітливим думкам, які при звичайних ситуаціях просто не сприймаються. Подібний процес відбувається, коли людина пригнічена або розгнівана. У зв'язку із цим іноді саме реакція на вихідну подію викликає більшу шкоду, ніж подія сама по собі.

Річард Джеймс у своїй книзі «Стратегії кризового втручання» перераховує кілька визна-

чень кризи, які є важливими для розуміння теорії кризи. Він пише: «Люди перебувають у стані кризи, коли стикаються з перешкодою на шляху до важливих життєвих цілей – перешкодою, яку на деякий час неможливо подолати за допомогою звичних методів вирішення проблем. Настає період дезорганізації, період розладу, протягом якого робиться багато невдалих спроб вирішення» [2; 4].

В. Л. Зливков, С. О. Лукомська, О. В. Федан – автори українського бестселера «Психодіагностика особистості у кризових життєвих ситуаціях» вважають: «Порушення адаптації – це стан суб'єктивного дистресу і емоційного розладу, що створює труднощі для суспільної діяльності і повсякденної активності, що виникає у період адаптації до значної зміни в житті або стресової події. Стрессова подія може порушити цілісність соціальних зв'язків індивіда (важка втрата, розлука) або широку систему соціальної підтримки і цінностей (міграція, статус біженця) чи представляти широкий діапазон змін та криз у житті (вступ до школи, набуття статусу батьків, невдача в досягненні заповітної особистої мети, вихід на пенсію). Індивідуальна схильність або вразливість грають важливу роль у ризику виникнення і формах прояву розладів пристосувальних реакцій, проте не допускається можливість виникнення таких розладів без травмуючого фактору. Прояви дуже варіабельні й охоплюють пригніченість настрою, настороженість або занепокоєння (або комплекс цих станів), відчуття нездатності впоратися з ситуацією, запланувати все заздалегідь або вирішити лишитися в цій ситуації. Характерною рисою може бути коротка або тривала депресивна реакція чи порушення інших емоцій і поведінки» [2].

Окрему увагу слід приділити загалом можливості диференціювати афекти, емоційні стани власні та інших осіб. Реакцією на гострі стресові та травмуючі обставини може бути алекситимія як символічне дисоціювання афективного виміру психічної реальності, що містить нестерпні переживання, що загалом загрожують психічному виживанню особистості. Алекситимія – багатогранний феномен, що майже без винятку є серцевиною соматоформних порушень психіки – функціональних неврозоподібних змін соматичної діяльності тіла, соматизованих симптомів, що можуть бути виражені у скаргах щодо роботи різних систем органів і не можуть бути поясненими медичними об'єктивними дослідженнями. Водночас соматоформні дисфункції (можна згадати і про соматизований варіант депресії) можуть супроводжуватись недиференційованим больовим синдромом, порушеннями харчової поведінки та спектром фізичних патологічних змін. Дослідник психосоматичних дисфункцій в психодинамічному контексті

Ф. Александер у стратегіях формування психосоматичних симптомів специфічної констеляції враховував обставину дисоціації сильних афективних навантажень внутрішнього конфлікту, що викликає ланцюг нейрогуморальних реакцій. Процес дисоціації, викликаний травмою, порушує змогу до менталізації власної когнітивно-афективної реальності [7]. Тривога також не об'єктивізується. Тривожні стани, що можуть супроводжувати соматоформні симптоми (з алекситимічним ядром) осіб, що перебувають у стані загального дистресу через ситуацію війни, потенційно набувають пролонгованого вияву, є повторюваними, невивірковими (тотальними), тобто можуть поглинати всю активність людини. Варто також окреслити переживання внутрішньої безпомічності, яке іррадіює на тілесну симптоматику. Розгортається сцена театру «психічне – тіло», де сома стає об'єктом незадоволення та певної викривленої турботи. Соматичні та моторно-вісцеральні реакції продовжуються через високу активність адреналінової системи. Зокрема існують такі модально-неспецифічні реакції: дерматологічні реакції (шкірні подразнення); реакція серцево-судинної системи (тахікардія, збільшення систолічного тиску); реакції травного тракту (придушення діяльності слинних залоз, анорексія, синдром подразненого кишківника тощо); реакції дихальної системи (прискорене дихання, задишка, гіпервентиляція); генітально-уринальні реакції (прискорене сечовипускання, порушення менструації, біль у ділянці таза, фригідність, імпотенція); вазомоторні реакції (потовиділення, почервоніння); реакції скелетно-м'язової системи (головний біль, болі в потилиці, артралгії). Модально-специфічні реакції стосуються захворювань органів із псевдоорганічною симптоматикою ендогенної природи і браком методичного підтвердження [8].

Термін «алекситимія» (дослівно з грец. – «без слів для почуттів») був запропонований доктором медицини Пітером Сіфнеосом у 1973 році для позначення, на його думку, психічного розладу, що полягає у неспроможності індивіда вербально виражати свої емоції та почуття. За його описом, люди з проявами алекситимії мають такі особливості: труднощі у визначенні та вербальному описі не тільки своїх емоцій, а й емоцій інших людей, погіршення фантазії через обмеженість уяви, відсутність снів або їх звичайність та одноманітність та логічне, чітко структуроване мислення з дефіцитом емоційних реакцій. Подальші дослідження виявили дві форми алекситимії – первинну і вторинну. Первинна, або вроджена, алекситимія може виникати через якісь незначні вади розвитку або перенесені в ранньому віці захворювання. Ця форма алекситимії є стійкою і досить погано піддається лікуванню. Вторинна алексити-

мія може бути наслідком серйозних нервових потрясінь, стресів або навіть неврологічних захворювань [14].

Згідно з нещодавнім теоретичним припущенням ознаки, що складають конструкт алекситимії, відображають дефіцит у когнітивній обробці та регуляції емоцій [4; 14; 17]. Ця ідея базується на загальноприйнятій точці зору, згідно з якою емоційна реакція та регуляція емоцій у людини включає 3 взаємопов'язані системи – нейрофізіологічну (вегетативну нервову систему та нейроендокринну активацію), моторно-експресивну (наприклад, вираз обличчя, зміни пози та тонус тіла, голос) і когнітивно-експериментальну (суб'єктивне усвідомлення та вербальне повідомлення про стани почуттів). Дійсно, соціальні взаємодії, мова, сні, фантазії, гра, плач, усмішка та механізми захисту Еґовідіграють важливу роль у регуляції емоцій, як і аферентний зворотний зв'язок від периферичної вегетативної активності та кістково-м'язова система.

**Висновки.** Характеристики, які складають конструкт алекситимії, відображають дефіцит як у когнітивно-афективному компоненті систем реагування на емоції, так і на рівні міжособистісної регуляції емоцій.

Якщо аналізувати феномен алекситимії у світлі психоаналітичної теорії З. Фрейда про механізми психологічного захисту від психотравматизації, то алекситимію можна вважати феноменом захисної реакції. Найбільш важливими для аналізу є механізми витіснення зі сфери свідомості або усунення з неї болючих почуттів та спогадів про травматичну подію. Саме у сценарії витіснення, на думку Ж. Лакана, існує ядро, що формує симптом, зокрема афективно-когнітивно-поведінкові трансформації. Дисоціація, як вважає Ф. Александер, відіграє ключову роль у розумінні механізмів психічної травми та її наслідків. Отто Ван дер Харт зазначає, що термін дисоціації може тлумачитися у широкому спектрі і означати як процес, так і психічну структуру, психологічний захист, дефіцитарність та симптоматику. Викликані травматичною ситуацією тривожні, депресивні та змішані емоційні стани у широкому коморбідному спектрі супроводжуються не тільки соматичними симптомами, але й алекситимічними проявами у вигляді труднощів опису почуттів, визначення почуттів або зовнішньо зорієнтованим мисленням.

Проблема диференціації вторинної алекситимії полягає в тому, що вона може бути тимчасовим порушенням, яке виступає захисним механізмом, але, з іншого боку, за змістом вторинну алекситимію можна вважати дисфункціональним емоційним станом особистості,

який може бути довготривалим. Ця проблема потребує наукової дискусії та дослідження.

#### ЛІТЕРАТУРА:

1. Герасименко Л.О., Скрипніков А.М., Ісаков Р.І. Реакція на важкий стрес та розлади адаптації. Посттравматичний стресовий розлад : навчальний посібник. Київ : ВСВ «Медицина», 2023. 120 с.
2. Злишков В.Л., Лукомська С.О., Федан О.В. Психодіагностика особистості у кризових життєвих ситуаціях. Київ : Педагогічна думка, 2016. 219 с.
3. Завгородня О.В. Степура Е.В. Шаталіна В.В. Алекситимія в «умовно здорових» людей: труднощі та можливості корекції. Психологія і особистість. 2020. № 2 (18). С. 247–262.
4. Туриніна О.Л. Психологія травмуючих ситуацій : навчальний посібник. Київ : ДП «Видавничий дім «Персонал», 2017. 160 с.
5. Фрейд З. Зібрання творів у 10 томах. Том 9. Москва : СТД, 2007.
6. Юнг К.Г. Психологічні типи. Київ : ВД «Сварог», 752 с.
7. Alexander F. Psychosomatic Medicine: Its Principles and Applications. 2nd. ed., New York ; London : Norton, 1987.
8. Gardner H. Frames of mind: the theory of multiple intelligences. New York : Basic Books, 1983.
9. Gross J.J., Munoz R.F. Emotion regulation and mental health. Clinical Psychology: Science and Practice. 1995. P. 151–64.
10. Kernberg O., Borderline Conditions and Pathological Narcissism. Lanham : Jason Aronson, Inc., 2000. 376 p.
11. Krystal H. Integration and Self-Healing: Affect-Trauma-Alexithymia. The Analytic Press, Hillsdale, NJ, 1988. 800 p.
12. Lacan J. The Seminar of Jacques Lacan: The Four Fundamental Concepts of Psychoanalysis (Book XI) Revised Edition. W.W. Norton & Company, 2000. 304 p.
13. Malliani A., Pagani M., Lombardi F., Cerutti S. Cardiovascular neural regulation explored in the frequency domain. Circulation 1991. № 84. P. 482–92.
14. Mann L.S, Wise T.N, Trinidad A., Kohanski R. Alexithymia, affect recognition, and the five-factor model of personality. Psychol. Rep. 1994. 74: p. 563–567.
15. Mayer I.D, Salovey P. What is emotional intelligence? In: Salovey P., Sluyter O.J., editors. Emotional development and emotional intelligence: educational implications. New York : Basic Books, 1997.
16. Mayer I.D, Salovey P. What is emotional intelligence? In: Salovey P., Sluyter O.J., editors. Emotional development and emotional intelligence: educational implications. New York: Basic Books; 1997.
17. Thompson R.A. Emotion regulation: a theme in search of a definition, Monogr. Soc. Res Child Dev. 1994; 59 (2–3). P. 25–52.
18. Van der Hart O., Nijenhuis E., Steele K. The Haunted Self: Structural Dissociation and the Treatment of Chronic Traumatization. Norton Professional Books, 2006. 416 p.