

# Співставлення порушень емоційного інтелекту і розладів особистості

Валерія Михайлова

аспірант кафедри загальної, дитячої, судової психіатрії і наркології НУОЗ України імені П.Л. Шупика.

Даний текст є тезами доповіді до III Науково-практичної конференції з міжнародною участю «Психіатрія, наркологія, клінічна психологія та загальна медична практика: міждисциплінарні питання сучасності», 22 – 23 березня 2024 р., м. Київ – online.

**Мета дослідження** — удосконалити розуміння специфічних та загальних порушень емоційного інтелекту при розладах особистості, що покращить діагностику та лікування цих розладів та порушень.

Відсоток розповсюдженості розладів особистості серед суспільства коливається в межах 5%-13%, збільшується до 30%-40% серед амбулаторних психіатричних пацієнтів та вище для стаціонарних — 40%-50%. Більше всього осіб з розладами особистості серед ув'язнених, це 50%-78% (DN-Pathways, 2009.). Емоційні здібності впливають на соціальне функціонування, є протективним фактором від психотравм та суїцидальності (Eisenberg, et al., 2000; Nowicki & Duke, 1994; Keltner, et al., 2014; Cha & Nock, 2009; Ermer, et al., 2012), а емпатичні здібності є запорукою глибоких та довготривалих соціальних зв'язків, дозволяють передбачувати поведінку інших людей, направляє процеси прийняття рішень та увагу (Davis, 1996; Elfenbein et al., 2002; Damasio, 1994). Низький емоційний інтелект (EI) асоціюється з депресією, самотністю, суїцидальністю, агресивністю, імпульсивністю, залежностями та підвищеним стресом (Brackett, et al., 2004; Lopes, et al., 2003; Dawda & Hart, 2000; Edwards, et al., 2018; Ermer, et al., 2012; Fox, et al., 2011; García-Sancho, et al., 2014; García-Sancho et al., 2014; Kahn, et al., 2016; Moriarty, et al., 2001), проблемами з регуляцією емоційного стану та дефіцитом емпатії (Saleem, Simon, 2020). Соціоемоційний інтелект також використовується при емоційних маніпуляціях іншими (Austin, et al., 2007; Salovey & Mayer 1990, p. 198; Grieve & Mahar, 2010; Grieve & Panebianco, 2013). Отже, EI скоріш за все відіграє не останню роль у житті людини з розладом особистості. У цій роботі ми розглянемо доступні нам дані стосовно співставлення розладів особистості та порушень EI. EI це здатність сприймати, розпізнавати та виражати емоції, використовувати або формувати емоції для допомоги мисленню, розуміти емоції, та регулювати емоції (Mayer & Salovey, 1997, p. 101; Matthews G. et al., 2003; Goleman D., 2001). Поняття EI є доволі широким та перетинається з низкою психологічних функцій та явищ. Моделі оцінки EI поділяються на здібності емоційного інтелекту (AEI) та змішані моделі або риси емоційного інтелекту (TEI) (Mayer & Salovey, 1997; Matthews G., et al., 2004; Goleman D., 1998; Zeidner et al., 2008). TEI включають у себе особистісні риси, які стосуються регуляції емоцій, їхнього сприйняття і використання емоцій для планування або творчого мислення, та для їхньої оцінки використовують самооцінні методики, за якими досліджувані самі оцінюють та описують свої емоційні вміння (Bar-On, 1997; Kemp, et al., 2005; Petrides, 2009; Salovey, et al., 1995; Schutte, et al., 1998). AEI навпаки концептуалізує EI як різновид інтелекту, незалежний від особистісних рис (Mayer, et al., 2008; Mayer & Salovey, 1997). За цією концепцією емоційні вміння досліджують під час їхнього застосування у спеціальних завданнях, існують правильні та неправильні відповіді та рішення. AEI сильно пов'язують із IQ (Corpestake S, et al., 2013), оскільки розпізнавання емоцій у голосі та виразах облич, розуміння емоцій чутливі до загальних когнітивних здібностей (Blair et al., 2005; Mayer et al., 2008). TEI та AEI вважаються різними конструктами (Warwick & Nettelbeck, 2004; Petrides & Furnham,

2003; Brackett & Mayer, 2003; Joseph & Newman, 2010; Mayer et al., 2008; Peters, et al., 2009; Brannick et al., 2009). Інші дослідники вважають, що TEI характеризує типовий прояв EI, а AEI — максимальний прояв (Freudenthaler, et al., 2008). Соціальний інтелект (SI) включає чутливість до внутрішнього стану та настрою інших, загальне вміння поводитися з людьми, знання соціальних правил та життя, проникливість та чутливість у складних соціальних ситуаціях, використання соціальних технік для маніпуляцій, розуміння інших поглядів, соціальна адаптація (Kosmitzki & John, 1993; Beer JS, Ochsner KN., 2006). Емпатія є комплексним явищем (Blair RJ., 2005). Розуміння поглядів це розуміння емоційного стану іншого, когнітивна емпатія (CE), а відчуття такого ж саме емоційного стану, як і в іншого, це афективна емпатія (AE); переживання за почуття іншої людини це симпатія, емпатичне занепокоєння (Schade EC et al., 2021; Davis, 1983; Oswald, 1996; Blair RJ., 2005). CE пов'язана з мотивацією людини до емпатування (Ritter, K., et al., 2010) та вважається базованою на моделі психіки людини (theory of mind), що описує здатність розуміти, що інші люди також мають власні наміри, думки та почуття (Premack & Woodruff, 1978; Dennett, 1978; Baron-Cohen, et al., 1985; Barlow A, et al., 2010). Деякі автори пропонують існування моторної емпатії, що бере участь у імітації рухів, виразів, пози, голосу інших (Blair RJ., 2005). Алекситимія (A) поділяється на первинну, що пов'язана з фізіологічною дисфункцією та не корегується, та вторинну, що обумовлена психологічно та позначає складнощі у ідентифікації та описі емоцій у себе та інших, розрізненні емоцій та почуттів (Haker H., et al., 2010; Parker, et al., 2003; Taylor, et al. 1997; Bakhshizadeh, A., et al., 2019; Nicoló, et al., 2011). Для вимірювання TEI частіше використовуються методики TEIQue (Petrides, 2009), EQ-i (Bar-On, 1997), TMMS (Salovey, et al., 1995). Для вимірювання AEI частіше використовують MSCEIT (Mayer et al., 2002). Для характеристики психопатії часто використовують PCL-R (Hare, R. D., 2020), LSRP (Levenson et al., 1995). Оцінка емпатії проводиться через IRI (Davis, 1983). Згідно DSM-V (APA, 2013), розлад особистості (PD) характеризується довготривалими ригідними патернами мислення та поведінки, що негативно позначаються на тому, як особа функціонує в багатьох сферах повсякденного життя. За цією класифікацією розлади особистості поділяються на кластери: А — шизоїдний (SPD), шизотиповий (належить до розладів шизофренічного спектру в МКХ-10, STPD), параноїдний (PPD); В — гістрійонний (HPD), межовий (емоційно нестійкий у МКХ-10, BPD), нарцисичний (NPD), антисоціальний (диссоціальний у МКХ-10, ASPD); С — унікаючий (тривожний у МКХ-10, AVPD), залежний (DPD), обсесивно-компульсивний (ананкасний у МКХ-10, OCPD). Також виділяють пасивно-агресивний (PAPD), ексцентричний (EPD), нестримний (HLPD), недозрілий (IPD), психоневротичний (PNPD) розлади особистості (World Health Organisation. The ICD-10 Classification of Mental and Behavioural Disorders. Diagnostic criteria for research.- Geneva.- C.149 -150.- 263с.). Представлені в літературі дослідження порушень EI, притаманних цим розладам, є доволі змішаними. Спочатку розглянемо загальні тенденції та співставлення розладів особистості між собою. Здебільшого існує негативна кореляція між симптоматикою розладів особистості та TEI. Найбільше страждають емоційна експресія та взаємовідносини (Martskevishvili, K., & Mestvirishvili, M., 2014), емоційна регуляція (Neacsiu, A. D., & Tkachuck, M. A., 2016), емоційна ясність (Leible & Snell, 2004). Проте інші автори стверджують, що PPD та OCPD були позитивно асоційовані із загальним та міжособистісним EI, а SPD та NPD — негативно асоційовані із загальним, міжособистісним EI та настроєм (Furnham, A., & Rosen, A., 2016). Знижена здатність користуватися емоційними реакціями є центральним порушенням при OCPD, DPD та AVPD (Jordet & Ladegård, 2018), що поєднується із вираженою А (Bach, de Zwann, Ackard, Nutzinger & Mitchell, 1994; Joyce, Fujiwara, Cristall, Ruddy & Ogrodniczuk, 2013; Nicolo et al., 2011). Це є однею крайністю, від якої особи з цими розладами переходять в іншу — приголомшеність від емоцій (Nørgaard & Simonsen, 2019). Тож зазвичай вони уникають як сильних негативних, так і позитивних переживань (Taylor, at al., 2004; Spinhoven, et al., 2009). ASPD та NPD позитивно корелювали з наполегливістю (Martskevishvili, K., & Mestvirishvili, M., 2014). Щодо емпатичних порушень, то згідно джерел, PPD, ASPD, NPD і AVPD значно асоційовані з низьким емпатичним занепокоєнням, а PPD, SPD, STPD, BPD, HPD, AVPD, DPD і OCPD — з високим емпатичним особистим дистресом (Hengartner, M. P., 2014). Порівняно з BPD, при NPD значно краща CE, але обидва розлади виявляють порушену AE (Ritter, K., et al., 2010). При NPD, HPD та BPD змінена здатність розпізнавати сум, злість та страх (Ritzl, A., et al., 2018). Перед



оглядом кожного розладу особистості окремо варто зазначити, що велика частина досліджень була зосереджена на субклінічних соціально невивірених рисах особистості — Темній Тріаді (Тетраді) макиавеллізму, нарцисизму, психопатії (і садізму). Їхній зв'язок із порушеннями ЕІ також запропонував багато цікавих даних, а в деяких роботах термін «психопатія» навіть використовувався як синонім до ASPD, що може дещо заплутати. Проте все ж у цій роботі нас цікавить клінічний рівень, до того ж через особливості вибіркової сукупності не всі виявлені між ЕІ та Темною Тріадою (Тетрадою) закономірності можна розповсюджувати на розлади особистості. Тому наразі ми зосередимося суто на тих роботах, що мали на меті дослідити більш важкі особистісні конституції. PPD: крім особливостей, зазначених вище у порівнянні з іншими розладами, іншої інформації не вдалося знайти. SPD: негативно асоційований із емпатичним занепокоєнням (Hengartner, M. P., 2014). Багато свідчить про те, що цей розлад сильно негативно корелює з емоційним інтелектом (Petrides K, et al., 2007). Також аспектно в одній з методик ці люди виявляють Депресію, Самосвідомість, але мало Теплої, Альтруїзму чи Нестабільності (Furnham A, 2020). STPD: більшість досліджень зосереджувалися на підвищених рівнях неприємних емоцій нахталт суму, гніву та тривоги (e.g., Bentall, Corcoran, Howard, Blackwood, & Kinderman, 2001; Bentall, Kinderman, & Kaney, 1994; Freeman, Garety, Kuipers, Fowler, & Bebbington, 2002). Цікаво те, що особи з більш вираженими дивними переконаннями та переживаннями були більш чутливими до емоційного значення та змісту стимулів методик досліджень, вони виявлялися більш уважними до емоцій (Kerns & Berenbaum, 2000; Mohanty, et al., 2003; Coffey et al., 2003; Kerns, 2005). Але більш висока вираженість шизотипії не впливала на інтенсивність емоцій порівняно з контрольною групою (Kerns, 2005). За Berenbaum H. et al. (2006), когнітивно-перцептивні порушення асоційовані з уважністю до емоцій, а підозрілість — зі зниженою ясністю емоцій, дезорганізованість — з негативним афектом, його силою та ясністю емоцій. В інших працях наголошується про навпаки порушення загального ЕІ при STPD, а саме здатності сприймати та управляти емоціями (Aguirre, et al., 2008), що при цьому розладі важче розуміти негативні емоції інших, хоча вміння розпізнавати семантично афект не порушене. Також шизотипічні особи виявилися чутливими до експресивності у своїх емпатичних судженнях та несвідомими щодо своїх емпатичних порушень (Ripoll, L. H., et al., 2013). При STPD важче називати позитивні емоції та брати участь у соціальних іграх (Mikhailova et al. 1996; Waldeck & Miller, 2000). У виборці студентів без діагнозів шизотипові риси були пов'язані з помилками розшифрування емоцій чере позу (підозрілість) та голос (дивний перцептивний досвід), без проблем у зчитуванні виразу обличчя (Shean, et al., 2007). Схожі порушення в декодуванні голосів знайшли у підлітків із STPD (Wickline, V. B., 2012). Це суперечить виявленим іншими дослідниками порушенням розпізнавання сумних та щасливих облич (Mikhailova, et al., 1996). Рівень вираженості шизотипії був пов'язаний з аспектом адаптації ЕІ, що полягає у тестуванні реальності, гнучкості, вирішенні проблем (Furnham, A., & Rosen, A., 2016). ASPD: психопатичні риси включають у себе поверхневий афект, безвідповідальність, імпульсивність, поганий контроль поведінки, красномовність, грандіозну самооцінку, загальну нестачу емпатії, моральну недостатність в емоціях провини та байдужість до ситуацій, які зазвичай викликають сором (Cleckley, 1976; Blair, 2005; Blair, et al., 2006; Cleckley, 1976; Hare, 2003; Morrison & Gilbert, 2001). Розділяють первинну та вторинну психопатію (P). Взаємозв'язок ЕІ та психопатичних рис різниться залежно від моделі ЕІ та вибіркової сукупності (Gómez-Leal et al., 2018). Особи з первинною P менш схильні враховувати емоційні фактори та менш здатні перевіряти свій настрій, коли емоції вже відчуті, що натякає на ядерну нечутливість та недостатність занепокоєності емоційною інформацією (Malterer MB, et al., 2008). Первинна P особливо асоційована з маніпулятивністю та беземоційністю (Levenson et al., 1995). Черствість та беземоційність негативно асоційовані зі стратегічним ЕІ, пов'язаним з контролем емоцій (Kahn, R. E., et al., 2016). Особи з цими рисами погано проявляють себе в CE та AE і гірше розпізнають свої емоції (Anastassiou-Hadjicharalambous X, et al., 2008; Blair, 2007; Lishner et al., 2011; Domes G, et al., 2013; Hagenmuller F, et al., 2012). Вони нездатні відчувати тривогу, але переживають багато емоцій, пов'язаних з ненавистю, наприклад гнів або ворожість (Hare 1998, 2003; Brinkley et al. 2005). Під час аналізу нарративів виявлено, що ці індивіди концентруються на негативних емоціях, коли описують емоційні події (Dolan & Anderson 2002; Dolan & Fullam 2005). Особи з вторинною P менш здатні регулювати свої емоційні стани

(Patrick, et al., 2005; Kiehl, 2006; Newman & Lorenz, 2003; Newman, et al., 1997; Patterson & Newman, 1993; Douglas KS, et al., 2008; Hartford TC, et al., 2013; Hicks BM, et al., 2010; Ross JM, et al., 2009), вона асоційована з тривогою (Levenson et al., 1995; Skeem et al., 2003) та зниженим сприйняттям емоцій (Del Gaizo & Falkenback, 2008). Загальний бал MSCEIT слабо негативно корелював з балами P, якщо враховувати вплив IQ (Ermer, et al., 2012), але якщо частково виключити, то зокрема здатність сприймати емоції корелювала позитивно зі P (Copstake S, et al., 2013). Не було сильних доказів асоційованості P та EI, але правопорушники продемонстрували нижчі бали для стратегічного EI, зокрема імпульсивні риси негативно корелювали з EI (Ermer, E., et al., 2012). Ця закономірність зберігалася як для TEI (Ali et al., 2009; Grieve & Mahar, 2010), так і для AEI (Lishner et al., 2011; Vidal et al., 2010). TEI та AEI демонструють зворотню кореляцію між собою, самооцінений EI позитивно корелював зі P, що могло відображати підвищену самооцінку та недостатність критики психопатичних особистостей (Copstake S, et al., 2013). AEI, що оцінювався через демонстрацію навичок, негативно корелює зі P (Gómez-Leal R et al., 2018). P негативно корелювала з увагою до своїх емоцій та їхнім контролем при самооцінці, що співвідноситься з теорією модуляції відповіді (Malterer, et al., 2008; MacCoon, et al., 2004; Malterer MB, et al., 2008). Згідно цієї теорії, P пов'язана з дефіцитом уваги до нез'язаних з основною метою стимулів, а не дефіцитом чи відсутністю емпатії. Шкали, що описують розуміння, контроль емоцій та їхнє використання у мисленні, залежать від IQ (Copstake S, et al., 2013). IQ негативно корелював із самооцінкою особами свого EI, особи з низьким IQ частіше оцінювали свій EI як високий (Copstake S, et al., 2013). На EI при ASPD може впливати стать та раса (Lorenz, A. R., & Newman, J. P., 2002). Жінки-правопорушниці мають риси невротичних психопатів за Hare (1970), Quay (1987), та Blackburn and Lee- Evans (1985) (Lorenz, A. R., & Newman, J. P., 2002): їхня антисоціальна поведінка відображає емоційну гіперреактивність, а не гіпореактивність. Стать також впливала на моральне занепокоєння осіб з P: чоловіки показували значно вищу маніпулятивність, а жінки — значно вищий етичний ідеалізм. Вищий EI для чоловіків був предиктором маніпулятивності, а для жінок — супресором, якщо рівень вторинної P нижчий (Grieve R, Mahar D., 2010). Загалом маніпулятивність вважалася негативно пов'язаною з EI, насамперед розумінням емоційних станів, бо це провокувало б емпатію (Salovey et al., 2002; Jonason & Krause, 2013). Наявні дані, що психопатичні особи краще ідентифікують гнів, страх та вразливість, іноді навіть краще за групу контролю (Kosson, et al., 2002; Habel, et al., 2002; Book, et al., 2007). Ще вищі успіхи при сприйнятті емоцій в осіб, що вчинили сексуальні правопорушення, порівняно з іншими правопорушниками (Puglia, et al., 2005). Мета-аналіз виявив, що дефіцит сприйняття емоцій залежить від конкретних емоцій, а не є загальним, зокрема наявний дефіцит розпізнавання наляканих облич (Marsh & Blair, 2008; Book, et al., 2007; Glass & Newman, 2006; Blair, et al., 2001; Blair, et al. 2004; Dolan & Fullam, 2006; Montagne et al. 2005; Kosson, et al., 2002). P також відома помилками в диференціації реакцій на емоційні та нейтральні стимули, неадекватними реакціями на емоційні події (Blair, et al., 1997; Flor, et al., 2002; Patrick, et al., 1993; Patrick, et al., 1994; контраргументи поведінки у загрозованих умовах представлені Newman, et al., 2010). Антисоціальна поведінка позитивно пов'язана з EI, а саме зі сферою переживань (Copstake S, et al., 2013; Weizmann-Henelius, et al., 2004; Curci A, et al., 2017). Але загалом правопорушники з ASPD мають нижчий EI (Agnihotri, et al., 2020). Цікаво, що приховування емоцій не було пов'язане з EI, а натомість пов'язувалося з A. Отже це скоріш не вміння приховувати свої емоції, а результат недостатності емоційних процесів (Grieve R, Mahar D., 2010). BPD: за даними більшості досліджень, асоційований зі значними дефіцитами в емоційних здібностях (Hertler et al., 2009; Sinclair & Feigenbaum 2012; Matzke B, et al., 2014; Peter M, et al., 2013; Hurtado MM, et al., 2016; Peter M, et al., 2018). При використанні багатовимірних методик виявляється негативний зв'язок між EI та BPD (Gardner & Qualter, 2009). Деякі роботи свідчать про відсутність суттєвих відмінностей EI при BPD (Katrin Janke, et al., 2018; Beblo, et al., 2010). Згідно біосоціальної теорії, нестабільність або заплутаність емоцій при BPD полягають у високій емоційній чутливості, нездатності регулювати силу емоційної відповіді та повільному поверненню до рівного емоційного стану (Linehan M., 1993; Taylor & Reeves, 2007; Leible & Snell, 2004; Berg, 1990; Levine, Marziali, & Hood, 1997; Trull, et al., 1997; Zeidner, et al., 2009; Yen, et al., 2002; Neacsiu, A. D., & Tkachuck, M. A., 2016; Glenn CR, Klonsky ED, 2009).

Інші джерела виділяють серед компонентів емоційного інтелекту самоактуалізацію, контроль за імпульсами, вирішення задач та незалежність як ті, що найбільше визначають межові риси особистості (Pirkhaefi A. et al., 2015). Проте ідея загальної афективної гіперчутливості в інших роботах не підтвердилася (Herpertz, et al., 2000). Також індивіди з BPD часто відчувають труднощі з емоційною ясністю та усвідомленням, розпізнаванням та описом емоцій (Charman, 2019; Berenbaum, 1996; Web and Macroman, 2008; Levine D, et al., 1997; Antonia, et al., 2012; New, et al., 2012). Такі люди більше подавляють емоції (Beblo T, et al., 2013). Пацієнти з BPD менш точні при розпізнаванні емоцій, особливо розрізненні негативних (Unoка, et al., 2011) згідно одних досліджень, за іншими даними — ці навички не відрізнялися від контрольної групи (Minzenberg, et al., 2006), а деякі навіть повідомляють про підвищену точність сприйняття страху серед жінок із BPD (Wagner & Linehan, 1999) або емоцій загалом (Lynch, et al., 2006). Дехто наголошує, що основна проблема із відчуттям інтенсивних негативних емоцій, а не зі здатністю відрізнити емоції одна від одної (Pirkhaefi A. et al., 2015; Rosenthal M, et al., 2008). В інших випадках нейтральні обличчя трактувалися особами с BPD як агресивні (Domes et al. 2008). У деяких випадках виявлені труднощі з інтерпретацією емоцій при обмеженні часу (Dyck, et al. 2009), стресових ситуаціях (Wingenfeld K, et al., 2018) та при ізоляції невербальних стимулів, а не інтегрованого стимула (Minzenberg, et al. 2006). Інші дані свідчать про зниження розуміння емоцій та контролю стресу при BPD порівняно з іншими розладами особистості (Peter, et al., 2013; Das, T., & Mukherjee, T., 2016). Наявні дані, що насправді пацієнти з BPD здатні регулювати емоції, але суб'єктивно відчувають недостатність у цьому (Peter, et al., 2018). Пацієнти з BPD виявляють тенденцію до порушень СЕ, особливо у разі розпізнавання намірів оточуючих (Fonagy et al., 1996; Harari et al., 2010; Bender & Skodol, 2007; ChoiKain & Gunderson, 2008; Fonagy & Luyten, 2009; Ritter K, et al., 2011; Petersen R, et al., 2016; New AS, et al., 2012; Flasbeck V, et al., 2017a; Flasbeck V, et al., 2017b; Homan P, et al., 2017; Martin F, et al., 2017; Harari H, et al., 2010; Martin F, et al., 2017; Grzegorzewski P, et al., 2019). В інших роботах навпаки не виявили проблем із розумінням поглядів (Dziobek I, et al., 2011; Guttman HA, Laporte L., 2000; Matzke B, et al., 2014). У деяких роботах вказано й про порушення АЕ (Ritter, K., et al., 2010; Dziobek I, et al., 2011), що трактують як суб'єктивне відчуття некомпетентності (Jeung & Herpertz, 2014), а в деяких навпаки повідомляли про посилену АЕ (Martin F, et al., 2017). Пацієнти з BPD виявляють більшу афективну емпатію до невербальних емоційних стимулів, аніж до невербальних у поєднанні з вербальними (Neidtfeld, 2017). Частина дослідників вказує на порушення емпатичного занепокоєння (Ritter K, et al., 2011; Homan P, et al., 2017), а частина — на посилення при BPD (Guttman HA, et al., 2000). Але більшість не знайшли значних відхилень (Dziobek I, et al., 2011; Petersen R, et al., 2016; New AS, et al., 2012; Matzke B, et al., 2014; Flasbeck V, et al., 2017a; Flasbeck V, et al., 2017b; Martin F, et al., 2017). НРД: пов'язаний із проблемами з емоційною регуляцією, пошуком уваги та дистресом при її відсутності, труднощами саморегуляції (Bakkevig JF, Karterud S., 2010; Shedler J, Westen D., 2004). Також такі особи відрізняються алекситимічними рисами у порівнянні зі здоровою контрольною групою (Ritzl, A., et al., 2018). НРД: самооцінна СЕ виявилася зниженою, проте при використанні більш об'єктивних методик оцінки дефіциту цього виду емпатії не було помічено. Це пояснюється зниженою мотивацією досліджуваних до емпатування, а не самої здатності до цього. У тих самих осіб самооцінна АЕ не порушена, коли ж при об'єктивному дослідженні виявлені чіткі порушення зрілого рівня (емпатичне занепокоєння) та більш базового (відзеркалювання емоцій), отже дефіцит не сприймається пацієнтами (Ritter, K., et al., 2010; Hengartner, M. P., et al., 2014). НРД асоційований з емоційним дистресом, тривогою, депресією та поведінковими проблемами, які часто допомагають регулювати емоції, наприклад, суїцидальна поведінка, зловживання психоактивними речовинами, конфліктність (Blasco-Fontecilla H, et al., 2009; Miller JD, et al., 2007; Russ E, Shedler J., 2013; Russ E, et al., 2008; Zeigler-Hill V, et al., 2013). За даними Marissen et al. (2012), нарцисичні пацієнти гірше за здорову контрольну групу виконують тест Екмана. Dimaggio et al. (2007) відмітив, що його клієнти з НРД мають обмежену здатність розпізнавати свій внутрішній стан та пов'язувати його з оточенням або психологічними причинами; кореляція між нарцисизмом та алекситимією також була підмічена іншими дослідниками (Thomas, 2011; Lawson, et al., 2007). Нарциси поведуться більш домінантно та експресивно (Küfner, Nestler, & Back, 2013). ОСПД: обесивність при

цьому розладі пов'язують із самооцінним EI (Furnham, A., & Rosen, A., 2016).

AVPD: в одних роботах негативно асоційований із самооцінкою (Martskvishvili, K., & Mestvirishvili, M., 2014), загальним EI (Furnham & Crump, 2005), як самооцінним, так і оціненим іншими особами, міжособистісним функціонуванням та настроєм (Furnham, A., & Rosen, A., 2016). А в інших AVPD не асоційований із жодним з факторів EI (Furnham, A., & Rosen, A., 2016). Особи з AVPD наділені підвищеною чутливістю до почуттів суму та тривоги, підвищеним усвідомленням болісних емоцій та когнітивним униканням розпізнавання неприємних думок, згідно джерел (Millon, 1981; Beck & Freeman, 1990; Dimaggio, et al., 2007; Ye, et al., 2011). Це зумовлює характерні риси AVPD з порушенням розпізнавання свого внутрішнього стану та стану інших людей (Moroni et al., 2016; Johansen, et al., 2013). Також знижені AEI щодо конкретних афектів, як-от інтерес та зневага (Johansen, et al., 2013). Цей PD сильно пов'язаний з особистим емпатичним дистресом (Hengartner, M. P., et al., 2014). DPD: був негативно асоційований з загальним EI та самооцінкою в часному випадку (Martskvishvili, K., & Mestvirishvili, M., 2014; Furnham, A., & Rosen, A., 2016). PAPD: не був асоційований із жодним фактором EI (Furnham, A., & Rosen, A., 2016). Ми не знайшли жодної інформації щодо досліджень співставлення EPD, HLPD, IPD та PNPД і порушень EI.

Відомі обмеження досліджень, що існують на тему EI та PD, включають у себе: 1) до групи дослідження входили тільки субклінічні форми розладів особистості або загальна популяція, вона була надто гетерогенною (Pirkhaefi A., et al., 2015; Martskvishvili, K. & Mestvirishvili, M., 2014; Leible & Snell, 2003; Beblo, et al., 2010; Peter, M., et al., 2018; Curci A., et al., 2017; Gómez-Leal R, et al., 2018; Grieve R, Mahar D., 2010; Visser BA, et al., 2010; Ulrich, Devin Marie, 2018; Deliç, L., 2011; Sokić, K., 2022; Fida, M. K., et al., 2020; Schade EC, et al., 2021; Greenfield D. N., et al., 2023; Gómez-Leal R., et al., 2021; Saleem, Simon, 2020); 2) до вибіркової сукупності входила надто обмежена група осіб (Malterer MB, et al., 2008; Schade EC, et al., 2021; Vidal S, et al., 2010; Gómez-Leal R., et al., 2021; Peter, M., et al., 2018); 3) до вибіркової сукупності входили тільки криміналізовані елементи (Lorenz, A. R., & Newman, J. P. 2002; Copestake S, et al., 2013; Lynam, et al., 1999); 4) розміри вибіркової сукупності надто малі (Beblo, et al., 2010; Copestake S, et al., 2013; Ritter, K., et al., 2010); 5) використання самооцінних методик (Leible & Snell, 2003; Nagler, U. K. J., et al., 2014; Lilienfeld & Fowler, 2006; Malterer MB, et al., 2008; Vidal S, et al., 2010; Gómez-Leal R., et al., 2021); 6) відсутність єдиного підходу до визначення досліджуваних явищ та тотожності у вимірюваних їхніх аспектах при використанні різних методик (Bastian, et al., 2005; Roberts, et al., 2001; Peter, M., et al., 2018; Nagler, U. K. J., et al., 2014; Gómez-Leal R, et al., 2018; Copestake, et al., 2013; Megías, et al., 2018; Ritter, K., et al., 2010; Jauk, et al., 2016; Zhang, et al., 2015); 7) можливість впливу коморбідності на EI (Visser BA., et al., 2010); 8) можливість впливу IQ на EI (Copestake S, et al., 2013); 9) можливість впливу лікування та тимчасових станів, наприклад, тривоги або дисоціації, вторинної вигоди досліджуваного, його віку на EI (Peter, M., et al., 2018; Sokić, K., 2022; Muris, et al., 2017; Khanjani, et al., 2015; Schade EC, et al., 2021); 10) невиключення психічних хвороб у досліджуваних із загальної популяції (Peter, M., et al., 2018); 11) використання кореляцій без встановлення причинно-наслідкових зв'язків (Gómez-Leal R, et al., 2018).

Практичне значення роботи полягає в тому, що ми розглянули велику добірку існуючих на сьогоднішній момент даних щодо співставлення розладів особистості та притаманних їм порушень емоційного інтелекту. Враховуючи першазивну роль емоцій у житті людей, здебільшого змішану феноменологію порушень емоційного інтелекту в осіб із розладами особистості та недостатність даних щодо впливу специфічних факторів, як-от медикаментозного лікування, або особливості проявів цих порушень в окремих категоріях населення, наприклад військових, цей напрям досліджень виглядає перспективним та потребує подальшої розробки.