

ПСИХІЧНИЙ БІЛЬ ЯК ПРОГНОСТИЧНИЙ ФАКТОР РИЗИКУ СКОЄННЯ САМОГУБСТВА. МЕНТАЛІЗАЦІЯ ПСИХІЧНОГО БОЛЮ

Ірина Савельєва

Відомості про автора

Ірина Савельєва, аспірант Київського інституту сучасної психології та психотерапії

Irina Savelieva, postgraduate Kyiv Institute of Modern Psychology and Psychotherapy

e-mail: irina.organza@gmail.com

Савельєва І., Психічний біль як прогностичний фактор ризику скоєння самогубства. Менталізація психічного болю

У статті розглядається поняття психічного болю та його потенційний вплив на рішення скоєння самогубства, а також роль методу менталізування в роботі з пацієнтами, які знаходяться в групі ризику суїцидальної поведінки. Описується взаємозв'язок переживання психічного болю та ризику виникнення в короткій перспективі спроби самогубства.

Наданий короткий огляд теорій та досліджень, які описують психічний біль та причинно-наслідкові зв'язки психічного болю та суїцидальної поведінки. Психічний біль розглядається як прогностичний фактор високої готовності до скоєння самогубства та як один з основних факторів ризику, який враховується в рівній мірі поруч з депресією, тривогою та відчуттям безнадії.

В статті побіжно розглянуті додаткові фактори впливу, що можуть бути предикторами суїцидальної поведінки, вони мають бути враховані при оцінці психологічного стану та можуть доповнювати загальну психологічну картину суїцидального ризику. Але акцент зроблений на ключовому факторі суїцидальної ризику – психічному болю.

Дано визначення процесу менталізування та розглянуто значущість об'єктних стосунків для розвитку здатності менталізувати; акцентовано на впливі порушення цього процесу на формування здатності відслідковувати, аналізувати, витримувати, символізувати переживання та негативному впливі на розвиток комунікаційної здатності передачі повідомлень про свої страждання.

Описано ієрархію менталізації з точки зору ступеня розумового опрацювання, функцію менталізації та її різні виміри, а також можливі дисбаланси, які можуть виникати в одному або декількох її вимірах.

Ключові слова: психічний біль, самогубство, суїцидальна поведінка, менталізація, особистість, психодіагностика.

Savelieva I. Mental pain as a predictive risk factor for committing suicide. Mentalization of mental pain.

The article examines the concept of mental pain and its potential influence on the decision to commit suicide, as well as the role of the mentalization method in working with patients who are at risk of suicidal behavior. The relationship between the experience of mental pain and the risk of suicide attempts in the short term is described.

A brief review of theories and research describing mental pain and the causal relationships between mental pain and suicidal behavior is provided. Mental pain is considered as a prognostic factor of high readiness to commit suicide and as one of the main risk factors, which is taken into account equally with depression, anxiety and feelings of hopelessness.

The article briefly reviews additional influencing factors that can be predictors of suicidal behavior, they should be taken into account when assessing the psychological state and can complement the general psychological picture of suicidal risk. But the emphasis is on the key factor of suicidal risk - mental pain.

The process of mentalizing is defined and the significance of object relations for the development of the ability to mentalize is considered; emphasis is placed on the impact of a violation of this process on the formation of the ability to monitor, analyze, endure, symbolize experiences and the negative impact on the development of the communication ability to convey messages about one's suffering.

The hierarchy of mentalization in terms of the degree of mental processing, the function of mentalization and its various dimensions, as well as possible imbalances that may occur in one or more of its dimensions are described.

Keywords: *mental pain, suicide, suicidal behavior, mentalization, personality, psychodiagnosis.*

Постановка проблеми. На сьогоднішній день виділено досить багато психологічних ознак того, що людина може мати високу готовність до скоєння самогубства. Ці ознаки розглядаються не як поодинокі симптоми, а як їх сукупність, яка має тенденцію до повторення. Останнім часом особлива увага приділяється важливому предиктору суїцидальної поведінки – психічному болю. Було доведено клінічний зв'язок між психічним болем і самогубством, а емпіричні дослідження показали, що психічний

біль має опосередкований вплив на ризик самогубства (Zarrati I., Bermas H. and Sabet M., 2017).

Мета статті: визначити поняття психічного болю та розглянути, як саме переживання психічного болю може впливати на формування готовності до скоєння самогубства, а також теоретично дослідити вибір такого радикального способу втечі від нестерпних переживань. Розглянути поняття менталізації, суть процесу менталізуванню та те, яким чином розвиток здатності менталізувати може допомогти в роботі з суїцидальними пацієнтами.

Виклад основного матеріалу. Психічний біль визначається як суб'єктивне переживання, що характеризується відчуттям сильних негативних змін у собі та своєму функціонуванні і це переживання є не менш реальним ніж інші види горя (Soumani A., Damigos D., Oulis P., Masdrakis V., Ploumpidis D., Mavreas V., Konstantakopoulos G., 2011).

Е. Bolger (1999) дала детальне зображення емоційно-болісного досвіду та описала психічний біль як роз'єднанність, розбитість, критично перебільшене усвідомлення своїх негативних якостей, переживання втрати себе з відчуттям пораненості; усі ці переживання можуть призводити до відчаю, зневіри та змусити розглядати самогубство як спосіб припинення страждання (Bolger E., 1999).

Провідний американський суїцидолог Е. Shneidman відносив психічний біль або, як він його називав «психалгію», до ендопсихічного болючого переживання, що складається з надмірно відчутних негативних почуттів: роздратування, сорому, приниження, безнадійності, вини, болісних думок. Коли з'являється психічний біль, його реальність не викликає ніяких сумнівів. Е. Shneidman вважав, що саме психалгія є ключовим компонентом для розуміння суїцидальної поведінки та її психологічних особливостей. За його думкою, головним джерелом психічного болю є фрустровані психологічні потреби. До фрустрованих потреб він відносив: потребу у розумінні та підтримці; прагнення досягти успіху; потребу у приналежності до групи; уникання небезпеки; потребу в автономії, любові та інші (Shneidman E., 1993).

Результати досліджень показали, що психічний біль є незалежним прогностичним фактором суїцидальної поведінки, тобто ризик самогубства корелює із психічним болем, нетерпимістю до душевного болю та депресією (хоча й відзначається, що наявності лише проявів депресії недостатньо, щоб спрогнозувати самогубство). Т. Troister and R. Holden (2013) у своєму дослідженні продемонстрували, що депресія, безнадійність і психічний біль є різними конструкціями, кожна з яких впливає на суїцидальність. Також в цьому дослідженні було виявлено, що особливо втрата контролю над психічним болем і нездатність витримувати його, сприяють ризику самогубства (Troister T., Holden R., 2017).

Переживання психічного болю призводить до «психічного звуження» та «тунельного зору», що змушує людей сприймати самогубство як єдине рішення для припинення нестерпного стану та відчуття безнадії (Orbach I., 2018).

R. Baumeister у своїй роботі «Самогубство як втеча від себе» (R. Baumeister «Suicide as escape from self», 1990) аналізує самогубство з точки зору порятунку від розчарування в собі, відчуття невідповідності ідеальному Я. Невдачі приписуються «провалу» Я, що робить самосвідомість болючою. Усвідомлення власної невідповідності породжує негативний афект і формується психічний стан, при якому виникає прагнення втекти від переживання нестерпного афекту. Ця втеча відбувається за рахунок конкретного, звуженого мислення, когнітивної ригідності та відмови від пошуку сенсу, що допомагає відсторонитися від «змісту» переживання на користь «не-мислення». В цьому випадку, психічний біль виконує роль від'єднання афективного переживання від когнітивного змісту. R. Baumeister описує цей стан як деконструйований; ця деконструйованість приносить ірраціональність і розгальмованість, завдяки чому радикальні заходи (в тому числі, суїцидальна поведінка) здаються прийнятними. В цьому стані, самогубство може розглядатися як спроба втечі від болючих, нестерпних відчуттів, від психічного болю (Baumeister R., 1990).

M. Williams у своїй моделі самогубства «Крик болю», яка розширює теорію втечі R. Baumeister, концептуалізує суїцидальну поведінку як відповідь («крик») на ситуацію, яка складається з трьох компонентів: поразка, неможливість втечі та відсутність порятунку. Відчуття нестерпного психічного болю переживається як пастка, безвихідь зі стресової ситуації. Цей психологічний процес пов'язаний із суб'єктивним сприйняттям людиною своїх обставин як неконтрольованих, невпинних та неминучих (Williams M., 2001).

Схожим чином розглядають самогубство і інші дослідники, описуючи його як поведінку, мотивовану бажанням втекти від себе та світу, як незворотне відчуття муки, що виникає внаслідок відчуття негативних змін у собі, що забарвлено вкрай негативними емоціями (Tossani E., Garotti M., Mikulincer M., Giovagnoli S., Calzolari G., Landi G. & Grandi S., 2021; Gilboa-Schechtman E., 2019). Негативні зміни в Я характеризуються відчуттям незворотності та невпинності психічного болю без очікування полегшення, втратою внутрішнього контролю над станом та відчуттям глибокої порожнечі; ці переживання відчуваються як нестерпні. Реальність інтерпретується здебільшого негативно як відсутність перспективи змін та полегшення у майбутньому, самогубство може розглядатися як вирішення будь-яких суб'єктивно серйозних труднощів та можливості припинити страждання (Williams M., 2001). Відчуття порожнечі, відсутності

емоційної та психологічної підтримки відіграють важливу роль у виникненні нестерпного, невимовного душевного болю і є показниками у короткостроковому прогнозі важкої суїцидальної поведінки (Levi-Belz Y., Gvion Y., Grisaru S., Apter A., 2018).

Е. Shneidman вважав, що скоєння самогубства відбувається як намагання припинити психічний біль, який породжується фрустрацією психологічних потреб які, у кожному індивідуальному випадку, є життєво важливими для людини В цьому сенсі самогубство може виконувати функцію регуляції, яка направлена на зниження больових відчуттів (Shneidman E., 1993).

Оцінюючи ризик самогубства, слід враховувати індивідуальну здатність людини переживати психічний біль та особистий поріг толерантності до психічного болю. Дослідження висвітлили клінічне значення толерантності як компонента психічного болю, щоб пояснити його зв'язок із суїцидальністю. Для однієї людини такий біль може бути в межах її здатності витримувати та переробляти його, для іншої - нестерпним та відчуватись майже як фізичний (Soumani A., Damigos D., Oulis P., Masdrakis V., Ploumpidis D., Mavreas V., Konstantakopoulos G., 2011).

Ця різниця у толерантності до психічного болю, звичайно, потребує окремого розгляду та вивчення причин, які впливають на здатність його витримувати та психічно переробляти.

Паралельно з пошуком предикторів, які можуть вказувати на готовність до скоєння самогубства, йде пошук методів, які могли б впливати на подолання такої рішучості.

Одним з таких психотерапевтичних методів може бути терапія з опорою на менталізацію. Концепція менталізації була розроблена Р. Fonagy та А. Bateman та покладена в основу психодинамічно орієнтованої програми психотерапії різних розладів особистості. Ця програма була емпірично підтверджена рандомізованими контрольними дослідженнями та стала психотерапевтичним методом лікування. Лікування з опорою на менталізацію дало можливість зменшити депресивні профілі симптомів, впливати на спроби самогубства та самопошкоджуючу поведінку (Allen J., Fonagy P., Bateman A., 2008).

Серед різних визначень концепції одне з найбільш вичерпних описує менталізацію як мисленевий процес, за допомогою якого людина індивідуально, явно і неявно, інтерпретує свої дії та дії інших як значущі, багатозначні та реальні, усвідомлюючи психічні стани, такі як потяги, мотиви, бажання, потреби, почуття тощо (Gagliardini, G., Gullo, S., Caverzasi, E., Boldrini, A., Blasi, S., & Colli, A., 2018).

Діяльність менталізування полягає в здатності «представляти поведінку з точки зору психічних станів», усвідомлювати власні думки та почуття, а також співвідносити їх

з почуттями інших людей. Менталізація носить процедурний характер і, в основному, відбувається без нашого свідомого аналізу та носить не тільки когнітивний характер, а й тісно пов'язана з афективними переживаннями (Allen J., Fonagy P., Bateman A., 2008).

Процес менталізування має три виміри. Перший вимір стосується двох систем мислення: імпліцитної (автоматичної, неявної) та експліцитної (контрольованої, явної); другий вимір - двох об'єктів: Я та іншого; третій пов'язаний з двома аспектами менталізації: змістом (когнітивний аспект) та процесом (емоційний аспект) (Gagliardini, G., Gullo, S., Caverzasi, E., Boldrini, A., Blasi, S., & Colli, A., 2018).

Зрозуміло, що складно провести чітку лінію між складовими цих вимірів, неможливо повністю розмежувати експліцитне та імпліцитне менталізування так само, як і важко провести розділення між інтуїтивним та автоматичним, свідомим/рефлексивним. Ці процеси не є взаємовиключними та повністю дискретними, а, навпаки, відбувається постійне чергування між двома полюсами виміру та використання їх одночасно. Імпліцитна менталізація є несвідомою, автоматичною операцією. Полярною до неї є явна, експліцитна менталізація, яка передбачає навмисний та свідомий процес здатності індивіда уявляти власні та чужі психічні стани. Саме процес менталізування переводить неявну інформацію в свідомості в явне знання і цей процес дає змогу постійно рухатись між імпліцитними та експліцитними процесами (Allen J., Fonagy P., Bateman A., 2008). Також інтерактивно менталізуються і два об'єкти: Я та інший, так як кожен об'єкт має однаковий набір психічних станів: мотиви, переконання, почуття, бажання тощо. Тобто, маючи уявлення про свої власні думки та почуття, людина потенційно може мати представлення, про те що є у свідомості іншого (Allen J., Fonagy P., Bateman A., 2008).

Зв'язування когнітивного та афективного аспекту набуває особливого значення для повноцінного психічного життя. Зміст менталізуючої діяльності може бути у різній мірі когнітивно навантаженим та афективно забарвленим. Процес менталізації потребує інтеграції когнітивного аспекту – мислення до емоційної сфери (і навпаки), тобто розуміння емоційного відгуку на когнітивні процеси (Choi-Kain L. W., Gunderson G., 2008).

Lecours S, Bouchard A. (1997) описали ієрархію менталізації з точки зору ступеня розумового опрацювання. Вони використовували термін менталізація, як поняття, яке охоплює процеси репрезентації, символізації та абстракції. Функція менталізації полягає в зв'язуванні соматичних\моторних змістів із ментальними репрезентаціями та організації цих уявлень; це стає основою виникнення розумового змісту та структур вищих рівнів складності (символізму та абстракції). Автори описали два теоретично окремих і незалежних виміри. Перший вимір - це канали вираження драйву-афекту: соматична та

моторна активність, образи та вербалізація. Другий визначає п'ять описових рівнів толерантності та абстракції: руйнівний імпульс (відтворення), модульований імпульс (катарсис), екстерналізація, привласнення та асоціація абстрактно-рефлексивного значення. Тимчасові невдачі або складнощі ментального оброблення призводять до «відігрування», і тоді функція менталізації полягає у зв'язуванні тілесних збуджень з ендопсихічними уявленнями, тобто перетворення тілесно-соматичних збуджень у психічні потяги та афекти. Цей процес дає змогу виробити більш продумані розумові змісти та структури.

Отже, процес менталізування може «розшифрувати» психічний біль, зв'язавши його з ментальними репрезентаціями, символізувати нестерпні стани та надати психічному болю сенсу і також вплинути на здатність витримувати цей біль та на рішучість скоєння самогубства.

Здатність менталізувати закладається у контексті регуляції афекту та віддзеркалення в ранніх стосунках між дитиною та дорослим. W. Bion вважав, що в дитинстві для процесу формування мислення велике значення має здатність витримувати фрустрацію, проте вона має бути в межах здатності дитини її витримувати. Безпечне середовище та надійна прихильність мають піклуватися про те, щоб фрустрація була переносимою для дитини (Bion W., 1961). Надійна прихильність є середовищем формування мислення. Натомість, дезорганізована прихильність несе загрозу розвитку менталізування. Враховуючи вплив небезпечної прихильності на закладання здатності менталізувати (Г. Дім - Вілле, 2018), було виділено три патологічні прояви нарративної здатності, кожна з яких відображає порушення у експліцитному менталізуванні: чіплятися за ригідні історії, бути переповненим невивченим досвідом, нездатність знайти нарратив, достатньо сильний, щоб утримувати травматичний біль. Ці патології формують несвідомі бажання уникати обмірковування, використовуючи рухові та соматичні канали, тобто примітивні способи вираження переживань, які можна віднести до комунікації довербального періоду дитинства, коли переживання невербалізовані і переживаються соматично (Brisch K. H., 2002; Allen J., Fonagy P., Bateman A., 2008).

Терапевтичний підхід, побудований на менталізуванні, активно досліджується і доповнюється новими даними. Побудовуючи терапевтичну роботу слід оцінювати і враховувати дисбаланси, які можуть виникати у різних вимірах менталізації: Я/ інші, когнітивний/емоційний та зовнішньої/внутрішньої (Gagliardini, G., Gullo, S., Caverzasi, E., Boldrini, A., Blasi, S., & Colli, A., 2008).

«Я-дисбаланс» виникає коли є надмірна зосередженість на власних психічних процесах, без урахування станів інших людей, які можуть відрізнитись від станів Я, або

через впевненість, що стани інших тотожні тому, що переживається в Я. І, навпаки, зосередженість і орієнтування на психічні стани інших призводить до усунення від аналізу власних переживань.

Когнітивний дисбаланс характеризується деяким стримуванням або відстороненням від емоцій, надмірною інтелектуалізацією, певною відокремленістю від афективного досвіду з надмірним проявом абстрактних міркувань або думок. Виникнення цього дисбалансу може бути пов'язано зі стримуванням тих емоцій, які важко переживати, витримувати та допускати до осмислення.

При афективному дисбалансі зрушення відбувається в сторону надмірної концентрації на емоціях без чіткої, адекватної здатності когнітивно уявляти психічні стани. Оскільки усувається когнітивний аспект, можуть виникати імпульсивні рішення та дії, притаманні сильним афективним станам, так як емоції можуть заважати здатності мислити.

Лише коли є когнітивний аспект емоції, тобто усвідомлення сенсу афекту та історії, яка стоїть за його виникненням, це дає змогу рефлексивному самоусвідомленню: помітити, проаналізувати та визначити її.

Зовнішній дисбаланс виникає, коли людина орієнтується переважно на зовнішні ознаки психічних станів, ігноруючи внутрішні стани (думки, бажання, емоції, мотиви); натомість опора переважно на внутрішній аспект призводить до складнощів явно розмірковувати та осмислювати поведінкові прояви (Choi-Kain L. W., Gunderson G., 2008).

Оцінювання цих аспектів дає змогу розпізнавати проблематику та зосередити терапевтичну роботу на підсиленні тих аспектів менталізації, в яких було виявлено дисбаланс та провести роботу для урівноваження психічного стану пацієнта.

Висновки. Психічний біль може суб'єктивно відчуватися як нестерпний та невпинний, що призводить до відчуття відчаю та безнадійності. Саме нездатність витримувати такий біль сприяє ризику самогубства.

Оскільки було наведено підтверджуючі докази того, що психічний біль та його супутні прояви відіграють центральну роль у прогнозуванні самогубства, то відповідно терапевтичною метою є раннє виявлення страждання та профілактики суїцидальних криз, а також зниження рівня психічного болю, що потенційно буде означати зниження ризику суїцидальних актів. Таким чином, завдання терапевтичної роботи полягає у перекритті факторів ризику за рахунок пошуку факторів захисту та створенні умов для подолання комунікативних труднощів.

Полегшення душевного болю становить чітку і важливу мету лікування, що дає змогу пацієнту зберігати контроль і стримувати тривожні переживання, які складають

хворобливий досвід. Обираючи концепцію менталізації, завданням психотерапії постає формування здатності до явної менталізації, до свідомого і навмисного уявлення психічних станів, а також заохочення свідомо та навмисно зосереджуватись на них. Інтеграція когнітивних аспекту як процесу та афективних аспектів як стану дозволить відчувати себе «агентом» та розуміти свої емоційні реакції. Важливо допомогти пацієнту у менталізуванні для розвитку здатності переривати імпульсивну, суїцидальну поведінку за допомогою розширення мисленевої та символічної діяльності.

Менталізація може бути тим інструментом, який допоможе розшифрувати вибір самогубства як вирішення нестерпних переживань, символізувати психологічний біль та стати на шляху намагання припинити цей біль, обираючи самогубство та віднайти інші шляхи подолання нестерпних відчуттів.

ЛІТЕРАТУРА

1. Дім-Віллі Г. Перші роки життя. К.: Видавництво Ростислав Бурлака, 2018. 268 с.
2. Allen J., Fonagy P., Bateman A. Mentalizing in clinical practice. *American psychiatric publishing*, 2008.
3. Bion W. R. A theory of thinking. *A journal of psychoanalysis*. Vol. 43, 1961.
4. Baumeister R. F. Suicide as escape from self. *Psychological Review*, 1990.
5. Bolger E. Grounded Theory Analysis of Emotional Pain. *Psychotherapy Research*, 1999.
6. Brisch K. H. Treating attachment disorders. New York, 2002.
7. Choi-Kain L. W., Gunderson G. Mentalization: ontogeny, assessment and application in the treatment of borderline personality disorder. *The American journal of psychiatry*, 2008.
8. Gagliardini, G., Gullo, S., Caverzasi, E., Boldrini, A., Blasi, S., & Colli, A. Assessing mentalization in psychotherapy: First validation of the Mentalization Imbalances Scale. *Research in Psychotherapy: Psychopathology, Process and Outcome*, 2018.
9. Gilboa-Schechtman E. Self and identity in social anxiety disorder. *Journal of personality*, 2019.
10. Gvion Y., Horresh N., Levi-Belz Y., Fischel T., Treves I., Weiser M., Reizer H., Apter A. Aggression–impulsivity, mental pain, and communication difficulties in medically serious and medically non-serious suicide attempters. *Comprehensive psychiatry*, 2014.
11. Lecours S. Bouchard M.-A. Dimensions of mentalisation: Outlining levels of psychic transformation. *The international journal of psychoanalysis*, 1997

12. Levi-Belz Y., Gvion Y., Grisaru S., Apter A. When the Pain Becomes Unbearable: Case control Study of Mental Pain Characteristics Among Medically Serious Suicide Attempters. *Archives of suicide research*, 2018.
13. Luyten P., Campbell C., Allison E., Fonagy P. The mentalizing approach: state of the art and future directions. *Annual review of clinical psychology*. Vol. 16, 2020.
14. Orbach I. Therapeutic Empathy with the Suicidal Wish: Principles of Therapy with Suicidal Individuals. *The American journal of psychotherapy*, 2018.
15. Shneidman E. Suicide as Psychache: A Clinical Approach to Self-destructive Behavior. A Jason Aronson Book. United States of America, 1993.
16. Soumani A., Damigos D., Oulis P., Masdrakis V., Ploumpidis D., Mavreas V., Konstantakopoulos G. Mental pain and suicide risk: application of the Greek version of the Mental Pain and the Tolerance of Mental Pain scale. *Psychiatriki*, 2011.
17. Tossani E., Garotti M., Mikulincer M., Giovagnoli S., Calzolari G., Landi G. & Grandi S. Psychometric evaluation of the Italian version of Orbach & Mikulincer mental pain scale in a non-clinical sample. *Current psychology*, 2021.
18. Troister T., Holden R. Factorial differentiation among depression, hopelessness, and psychache in statistically predicting suicidality. *Sage journals*. Vol. 46, 2017.
19. Verrocchio M., Carrozzino D., Marchetti D, Andreasson K., Fulcheri M. and Bech P. Mental pain and suicide: A Systematic Review of the Literature. PubMed Central. *Front psychiatry*, 2016.
20. Williams M. Suicide and Attempted Suicide: Understanding the Cry of Pain. Penguin books. London, 2001.
21. Zarrati I., Bermas H. and Sabet M. The relationship between childhood trauma and suicide ideation: mediating role of mental pain. *Psychiatry investig.*, 2017.