

Товариство з обмеженою відповідальністю  
«Київський інститут сучасної психології та психотерапії»

Кваліфікаційна наукова  
праця на правах рукопису

**САВЕЛЬЄВА ІРИНА ВОЛОДИМИРІВНА**

УДК 159.942.5:[616.89-008.441.44-02:616.89-008.454]:159.98

**ДИСЕРТАЦІЯ**  
**АЛЕКСИТИМІЯ ЯК ФАКТОР ВИНИКНЕННЯ РИЗИКУ**  
**СУЇЦИДАЛЬНОЇ ПОВЕДІНКИ У ОСІБ З ДЕПРЕСИВНИМИ**  
**РОЗЛАДАМИ**

Спеціальність 053 Психологія  
Галузь знань 05 Соціальні та поведінкові науки

Подається на здобуття наукового ступеня доктора філософії

Дисертація містить результати власних досліджень. Використання ідей, результатів і текстів інших авторів мають посилання на відповідне джерело

\_\_\_\_\_ І.В. Савельєва

Науковий керівник: **Завязкіна Наталія Володимирівна**, доктор психологічних наук, професор, професор кафедри клінічної психології «Київського інституту сучасної психології та психотерапії».

Київ – 2024

## АНОТАЦІЯ

**Савельєва І.В. Алекситимія як фактор виникнення ризику суїцидальної поведінки у осіб з депресивними розладами. – Кваліфікаційна наукова праця на правах рукопису.**

Дисертація на здобуття наукового ступеня доктора філософії за спеціальністю 053 – Психологія (галузь знань – 05 Соціальні та поведінкові науки). – Товариство з обмеженою відповідальністю «Київський інститут сучасної психології та психотерапії», Київ, 2024.

Дисертаційне дослідження зосереджено на вивченні комплексу факторів, що впливають на ризик суїцидальної поведінки, та на комплексному теоретико-емпіричному аналізі впливу алекситимії на ймовірність виникнення суїцидальної поведінки у пацієнтів із депресивними розладами.

У роботі проведено теоретичне узагальнення психологічних аспектів концепції алекситимії. Подано визначення алекситимії, відповідно до якого цей феномен походить з галузі психосоматики та характеризується як нездатність розпізнавати і вербально описувати власні емоційні стани.

Погіршення епідеміологічної ситуації із самогубствами залишається однією з ключових проблем клінічної та профілактичної клінічної психології та психіатрії, а також галузі ментального здоров'я загалом. Сучасні дослідження підтверджують необхідність вдосконалення системи клініко-психологічної діагностики та психотерапевтичної допомоги для пацієнтів з депресивними розладами, зокрема для тих, хто схильний до суїцидальної поведінки. Дослідження предикторів суїцидальної поведінки й наразі залишаються актуальними. У низці зарубіжних наукових праць, зокрема, особлива увага приділяється алекситимії та агресивним проявам, які визнаються важливими чинниками, що погіршують здатність до регулювання афективних станів.

На основі аналізу наявних досліджень та власних наукових пошуків встановлено, що високий рівень алекситимії та наявність агресивних

тенденцій у пацієнтів ускладнює контроль емоцій, що можуть характеризуватися інтенсивністю та деструктивністю. Це, у свою чергу, підвищує ризик суїцидальної поведінки, оскільки внутрішня напруга та емоційна дисрегуляція можуть призводити до деструктивних наслідків.

Дослідження також підтверджують, що депресивні розлади є важливими факторами ризику для розвитку суїцидальної поведінки. Оскільки депресія та алекситимія мають схожі характеристики, деякі дослідники припускають, що підшкали алекситимії можуть фактично вимірювати аспекти депресивних проявів, що дозволяє розглядати ці дві конструкції як взаємопов'язані, але різні за змістом.

З огляду на потребу в удосконаленні профілактичної, діагностичної та психотерапевтичної роботи з пацієнтами, які мають підвищений рівень суїцидального ризику, було проведено всебічний аналіз наукових здобутків і сучасних тенденцій розвитку концепції алекситимії. Особлива увага зосереджена на вивченні причинно-наслідкових зв'язків між алекситимією та суїцидальною поведінкою, а також на факторах, що сприяють виникненню цього емоційного дефіциту. Результати досліджень підтверджують, що алекситимія, тобто нездатність до розпізнавання та вираження емоцій, може значно впливати на формування ризиків суїцидальної поведінки.

На основі аналізу численних джерел з дослідження факторів виникнення ризику суїцидальної поведінки, було відзначено вплив алекситимії на прояви дезадаптивної агресії. Показано, що алекситимія може виникати в наслідок порушення розвитку менталізації, результатом чого є обмежена здатність індивіда усвідомлювати та обробляти власні емоційні стани, і, як наслідок - нездатність адекватного саморегулювання. Алекситимія є причиною перетворення адаптивної агресії, що носить сигнальний та захистний характер, у імпульсивну, нерегульовану агресію, що має на меті перешкоджання виникнення афективного переживання та регулюванню збудження.

Розглянуто також проблему диференціації пацієнтів із депресивними

розладами, які мають підвищений суїцидальний ризик, від тих, хто не демонструє таких тенденцій. Важливим завданням у діагностиці потенційної загрози виникнення суїцидальної поведінки є визначення взаємозв'язку між алекситимією та агресивною симптоматикою у хворих на депресію. Встановлено, що ці фактори діють як механізми, що сприяють підвищенню суїцидального ризику. Тісний зв'язок між алекситимією та агресією у пацієнтів із депресією дозволяє збагатити розуміння етіології суїцидальної поведінки, а також визначити можливі напрями профілактики.

Існують вагомі підстави припускати, що загальнопсихологічний механізм формування алекситимії у пацієнтів із депресією лише незначно відрізняється від такого у осіб, які не страждають на депресивні розлади та не виявляють суїцидальних тенденцій. Водночас комбінація алекситимії з агресивними проявами у пацієнтів із депресією суттєво підвищує ризик розвитку суїцидальної поведінки, яка в крайніх випадках може призводити до летальних наслідків.

У ході підготовки до дисертаційного дослідження було виявлено значні труднощі, пов'язані з своєчасною діагностикою суїцидального ризику у пацієнтів із депресивними розладами. Особливо це стосується ситуацій, коли пацієнти не повідомляють про свої суїцидальні думки або свідомо їх приховують. Суїцидальна поведінка може залишатися «замаскованою» за тривалими періодами роздратованості, епізодами агресії чи імпульсивними реакціями, які самі по собі не є специфічними маркерами суїцидальної схильності. У зв'язку з цим виникає необхідність врахування додаткових факторів ризику, серед яких високий рівень алекситимії може виступати важливим предиктором для оцінки суїцидального ризику.

Ці спостереження підкреслюють важливість розробки ефективних методик для діагностики суїцидальної поведінки у пацієнтів із депресивними розладами. Такі методики мають забезпечити можливість диференціації пацієнтів із схильністю до суїцидальних дій від тих, у кого такі тенденції

відсутні.

Важливим аспектом стає своєчасне втручання, оскільки раннє виявлення ризику суїцидальної поведінки дозволяє проводити більш цілеспрямовану терапевтичну роботу, що сприяє зниженню суїцидальних проявів та покращенню психічного стану пацієнтів.

На основі теоретичного аналізу конкретизовано поняття алекситимії та суїцидальності, визначено їх феноменологічні характеристики та прояви. Виокремлено фактори, що характеризують суїцидальну поведінку у пацієнтів з депресивними розладами, які були враховані під час формулювання гіпотези для експериментального дослідження. У ході аналізу також були виділені прояви алекситимії та агресії як потенційні предиктори суїцидальної поведінки у пацієнтів з депресією.

Особлива увага приділена історичному розвитку концепції алекситимії та її зв'язку з порушенням менталізації, що сприяє проявам агресії в імпульсивний та непередбачуваний спосіб. Обґрунтовано функціональну природу такої дезадаптивної та непрогнозованої агресії в контексті депресивних розладів, а також пояснено невротичну етіологію її виникнення.

Теоретична частина дисертаційної роботи включає детальний аналіз сучасних методів діагностики та оцінки суїцидального ризику у пацієнтів із депресивними розладами. З'ясовано, що для визначення рівня суїцидального ризику ефективно застосовуються різні підходи, зокрема: стандартизовані самозвіти, які оцінюють психологічний стан особи; клінічні тести на суїцидальність та шкальні опитувальники, що оцінюють поведінкові реакції пацієнта.

Методи статистичної обробки даних дозволили визначити найбільш ефективні способи виявлення суїцидального ризику у пацієнтів з депресією. Крім того, емпірично підтверджено, що найбільш результативними виявилися клініко-психопатологічний підхід, психометричний метод та методи статистичної обробки даних, що показали свою ефективність з точки

зору оцінки суїцидального ризику.

Таким чином, врахування алекситимії як значущого чинника в профілактиці та психотерапії є необхідним елементом у роботі з пацієнтами з підвищеним ризиком суїцидальної поведінки. Розробка та впровадження спеціалізованих підходів, що враховують цей емоційний дефіцит, можуть суттєво підвищити ефективність психотерапевтичних інтервенцій і сприяти покращенню якості життя пацієнтів.

На емпіричному етапі дисертаційного дослідження було розроблено підхід, спрямований на детальну оцінку кожної функціональної компоненти експерименту в контексті аналізу суїцидального ризику у пацієнтів з депресивними розладами. Цей підхід передбачає дослідження та аналіз таких ключових функціональних компонентів, як:

- діагностична компонента — оцінка специфічних показників і факторів ризику, пов'язаних з депресією;
- вікова компонента — вивчення вікових особливостей прояву депресії та суїцидальних тенденцій;
- поведінкова компонента — дослідження поведінкових ознак, що можуть слугувати предикторами суїцидальних намірів, включаючи компульсивні та агресивні реакції;
- когнітивна компонента — оцінка когнітивних порушень, особливо труднощів у менталізації, диференціації та вербалізації емоційних станів;
- патологічна компонента — аналіз патологічних аспектів депресії та пов'язаних з нею психічних розладів, які впливають на рівень суїцидального ризику.

Експериментальне дослідження було проведено на базі Комунального некомерційного підприємства «Клінічний заклад з надання психіатричної допомоги "ПСИХІАТРІЯ" м.Києва, з використанням експериментального плану. Загальна вибірка сформована з хворих, які поступали на стаціонарне лікування з листопада 2020 року по лютий 2024 року. У дослідженні взяли

участь 101 хворих, що досягли 18 років, середній вік 37,5 років.

Диференціальна діагностика суїцидального ризику серед пацієнтів з депресивними розладами здійснювалася через комплексний психодіагностичний підхід, який включав клінічне інтерв'ю та застосування відповідних меті та задачам дослідження психодіагностичних методик та шкал. Суїцидальні ризики оцінювалися за допомогою шкали суїцидальних намірів Бека та шкала безнадії Бека, що забезпечували всебічну оцінку. Рівень алекситимії визначався за допомогою Торонтської шкали алекситимії (TAS-20), а здатність до менталізації оцінювалася за шкалою рефлексивного функціонування (RFQ). Для оцінювання агресивних тенденцій використовувався експертний опитувальник агресії Басса–Даркі (BDAQ), що дозволило отримати об'єктивні дані про психоемоційний стан пацієнтів і ступінь їхньої схильності до суїцидальної поведінки. Діагностичний процес проводився на основі незалежної оцінки двох фахівців і включав консультацію лікаря-психіатра для досягнення максимальної об'єктивності.

Підтверджено експериментальні гіпотези, згідно з якими, особи з депресивними розладами, які мають «історію суїцидальної поведінки», виявляють підвищений рівень алекситимії та порушення менталізації, що сприяє формуванню алекситимічних проявів. З'ясовано, що алекситимія значною мірою підвищує ризик суїцидальної поведінки у пацієнтів із депресивними розладами, зокрема через агресивні реакції, які є одним із характерних проявів емоційного дефіциту.

Агресивні реакції, властиві особам з високим рівнем алекситимії, можуть слугувати предикторами суїцидальних спроб у пацієнтів з депресією. Як компонент алекситимії, агресія відіграє важливу роль у регуляції внутрішньої напруги, проте може призводити до деструктивних наслідків, включаючи суїцидальні спроби. Це підкреслює важливість врахування рівня алекситимії та агресивних тенденцій під час профілактики й психотерапії, спрямованої на запобігання суїцидальної поведінки у цієї категорії пацієнтів.

Значущість дослідження підкреслюється акцентом на необхідності вдосконалення диференційної діагностики, яка дозволяє відрізнити пацієнтів з депресивним розладом, що мають підвищений ризик суїцидальної поведінки, від тих, для кого цей ризик є незначним. Вперше була запропонована узагальнена концептуальна модель послідовного зв'язку між усіма чинниками, що сприяють формуванню суїцидального ризику, а також вперше виявлено кореляційні зв'язки між алекситимією, порушеннями менталізації та імпульсивною агресією. Експериментально доведено, що ці фактори мають значний вплив на суїцидальну поведінку та високу предикативну здатність. Також було окреслено перспективи розвитку системи психотерапевтичного супроводу для цієї категорії пацієнтів, спрямованої на зниження суїцидального ризику.

Врахування алекситимії та агресивних тенденцій у діагностичних і терапевтичних процесах є важливим кроком для поліпшення психотерапевтичної допомоги та профілактики суїцидальної поведінки серед пацієнтів з депресивними розладами.

Подальші перспективи дослідження передбачають розробку спеціалізованих психотерапевтичних програм, побудованих на концепції розвитку менталізації, з урахуванням специфічних труднощів, пов'язаних з алекситимією, а також проявів імпульсивної, непередбачуваної агресії у пацієнтів з депресивними розладами. Перспективним є також більш глибокий аналіз та деталізація психологічних механізмів, що зумовлюють зв'язок між суїцидальністю та алекситимією. Важливим завданням подальших досліджень є створення стандартизованих протокольних алгоритмів для консультативної та психотерапевтичної роботи з пацієнтами, які мають суїцидальні тенденції та страждають на депресію, що може суттєво підвищити ефективність профілактичної та лікувальної діяльності

**Ключові слова:** агресія, психодіагностика, тривога, депресивний розлад, самоактуалізація, особистість з психічною хворобою, адаптація, алекситимія в

структурі концепції емоцій, суїцид, невротичний розлад, психологічний стан, корекція, фрустрація, стрес, терапія

## SUMMARY

**Savelyeva I.V. Alexithymia as a risk factor for suicidal behavior in persons with depressive disorders.** — *Qualifying scientific work on manuscript rights.*

Dissertation for obtaining the scientific degree of Doctor of Philosophy in specialty 053 – Psychology (field of knowledge – 05 Social and behavioral sciences). – Limited Liability Company "Kyiv Institute of Modern Psychology and Psychotherapy", Kyiv, 2024.

The dissertation research focuses on the study of a complex of factors that influence the risk of suicidal behavior, and on a comprehensive theoretical and empirical analysis of the influence of alexithymia on the likelihood of suicidal behavior in patients with depressive disorders.

The paper provides a theoretical generalization of the psychological aspects of the concept of alexithymia. The definition of alexithymia is presented, according to which this phenomenon originates from the field of psychosomatics and is characterized as the inability to recognize and verbally describe one's own emotional states.

The worsening epidemiological situation with suicides remains one of the key problems of clinical and preventive clinical psychology and psychiatry, as well as the field of mental health in general. Modern research confirms the need to improve the system of clinical and psychological diagnostics and psychotherapeutic care for patients with depressive disorders, in particular for those who are prone to suicidal behavior. Research into predictors of suicidal behavior remains relevant today. In a number of foreign scientific works, in particular, special attention is paid to alexithymia and aggressive manifestations, which are recognized as important factors that impair the ability to regulate affective states.

Based on the analysis of existing studies and our own scientific research, it was found that a high level of alexithymia and the presence of aggressive tendencies in patients make it difficult to control emotions, which can be characterized by intensity and destructiveness. This, in turn, increases the risk of suicidal behavior, since internal tension and emotional dysregulation can lead to destructive consequences.

Studies also confirm that depressive disorders are important risk factors for the development of suicidal behavior. Since depression and alexithymia have similar characteristics, some researchers suggest that the alexithymia subscales can actually measure aspects of depressive manifestations, which allows us to consider these two constructs as interconnected, but different in content.

Given the need to improve preventive, diagnostic and psychotherapeutic work with patients who have an increased level of suicidal risk, a comprehensive analysis of scientific achievements and current trends in the development of the concept of alexithymia was conducted. Particular attention is focused on studying the causal relationships between alexithymia and suicidal behavior, as well as on the factors contributing to the emergence of this emotional deficit. The results of numerous studies confirm that alexithymia, i.e. the inability to recognize and express emotions, can significantly influence the formation of risks for suicidal behavior.

Based on the analysis of numerous sources on the study of risk factors for suicidal behavior, the influence of alexithymia on the manifestations of maladaptive aggression was noted. It was shown that alexithymia can occur as a result of impaired mentalization, resulting in a limited ability of the individual to realize and process his own emotional states, and, as a consequence, to the inability to adequately self-regulate. Alexithymia is the cause of the transformation of adaptive aggression, which is of a signaling and protective nature, into impulsive, unregulated aggression, which aims to prevent the emergence of affective experience and the regulation of arousal.

The problem of differentiating patients with depressive disorders who have an increased suicidal risk from those who do not demonstrate such tendencies is also considered. An important task in the diagnosis of the potential threat of suicidal behavior is to determine the relationship between alexithymia and aggressive symptoms in patients with depression. It has been established that these factors act as mechanisms that contribute to an increase in suicidal risk. The close relationship between alexithymia and aggression in patients with depression allows us to enrich our understanding of the etiology of suicidal behavior, as well as to identify possible directions for prevention.

There are good reasons to believe that the general psychological mechanism of alexithymia in patients with depression differs slightly from that in patients who do not have a depressive disorder and have not shown suicidal tendencies. However, the combination of alexithymia and aggressive manifestations in patients with depression significantly increases the risk of developing suicidal behavior, which in extreme cases can lead to fatal consequences.

During the preparatory stages of the dissertation research, it was found that at the moment there are significant difficulties in timely diagnosis of suicidal risk among patients with depressive disorder, especially in cases where patients do not disclose or even hide their suicidal thoughts and intentions. Since suicidal behavior can be “masked” by prolonged periods of irritability, aggressive outbursts and impulsive reactions that are not specific for suicidal behavior, it is important to consider additional risk factors, such as a high level of alexithymia.

This indicates the need to develop effective methods for diagnosing the risk of suicidal behavior in patients with depressive disorder, which could allow to differentiate patients with a tendency to suicidal acts from those who do not have such tendencies.

Timely intervention is an important aspect, since early detection of the risk of suicidal behavior allows for more targeted therapeutic work, which contributes to

the reduction of suicidal manifestations and improvement of the mental state of patients.

Based on theoretical analysis, the concepts of alexithymia and suicidality are specified, their phenomenological characteristics and manifestations are determined. Factors characterizing suicidal behavior in patients with depressive disorder are identified, which were taken into account when formulating a hypothesis for an experimental study. The analysis also highlighted manifestations of alexithymia and aggression as potential predictors of suicidal behavior in patients with depression.

Special attention is paid to the historical development of the concept of alexithymia and its connection with mentalization disorders, which contribute to the manifestations of aggression in an impulsive and unpredictable manner. The functional nature of such maladaptive and unpredictable aggression in the context of depressive disorders is substantiated, and the neurotic etiology of its occurrence is explained. The theoretical part of the dissertation contains a detailed analysis of methods for diagnosing and assessing suicidal risk in patients with depressive disorders. It was found that a number of approaches can be used to determine suicidal risk: standardized self-reports that assess the psychological state of the individual; clinical tests for suicidality and scale questionnaires that assess the patient's physiological and behavioral reactions.

Methods of statistical data processing allowed us to determine the most effective ways to identify suicidal risk in patients with depression. In addition, it was empirically confirmed that the most effective were the clinical-psychopathological approach, the psychometric method and methods of statistical data processing, which showed their effectiveness in terms of assessing suicidal risk.

Thus, taking into account alexithymia as a significant factor in prevention and psychotherapy is a necessary element in working with patients with an increased risk of suicidal behavior. The development and implementation of specialized approaches that take into account this emotional deficit can significantly increase the

effectiveness of psychotherapeutic interventions and contribute to improving the quality of life of patients.

At the empirical stage of the dissertation research, an approach was developed aimed at a detailed assessment of each functional component of the experiment in the context of the analysis of suicidal risk in patients with depressive disorders. This approach involves the study and analysis of such key functional components as:

- diagnostic component — assessment of specific indicators and risk factors associated with depression;
- age component — study of age-related features of the manifestation of depression and suicidal tendencies;
- behavioral component — study of behavioral signs that can serve as predictors of suicidal intentions, including compulsive and aggressive reactions;
- cognitive component — assessment of cognitive disorders, especially difficulties in mentalization, differentiation and verbalization of emotional states;
- pathological component — analysis of pathological aspects of depression and related mental disorders that affect the level of suicidal risk.

The experimental study was conducted on the basis of the Municipal Non-Profit Enterprise "Clinical Institution for the Provision of Psychiatric Care "PSYCHIATRY" in Kyiv, using an experimental design. The total sample was formed from patients who were admitted for inpatient treatment from November 2020 to February 2024. The study involved 101 patients who had reached the age of 18, with an average age of 37.5 years.

Differential diagnosis of suicidal risk among patients with depressive disorders was carried out through a comprehensive psychodiagnostic approach, which included a clinical interview and the use of psychodiagnostic techniques and scales appropriate to the goals and objectives of the study. Suicidal risks were assessed using the Beck Suicidality Intention Scale and the Beck Hopelessness Scale, which provided a comprehensive assessment. The level of alexithymia was determined using the

Toronto Alexithymia Scale (TAS-20), and the ability to mentalize was assessed using the Reflective Functioning Scale (RFQ). To assess aggressive tendencies, the Bass–Darkie Aggression Questionnaire (BDAQ) was used, which allowed obtaining objective data on the psychoemotional state of patients and the degree of their tendency to suicidal behavior. The diagnostic process was conducted based on an independent assessment by two specialists and included consultation with a psychiatrist to achieve maximum objectivity.

Experimental hypotheses have been confirmed, according to which individuals with depressive disorders who have a “history of suicidal behavior” demonstrate an increased level of alexithymia; impaired mentalization, the ability to recognize and interpret one’s own and others’ emotional states, contributes to the emergence of alexithymic manifestations. It has been established that in patients with depressive disorders, alexithymia significantly affects the risk of suicidal behavior, especially through aggressive reactions, which are one of the characteristic manifestations of emotional deficit.

Aggressive reactions characteristic of individuals with a high level of alexithymia can serve as predictors of suicidal attempts in patients with depression. As a component of alexithymia, aggression plays an important role in the regulation of internal tension, but can lead to destructive consequences, including suicidal attempts. This emphasizes the importance of taking into account the level of alexithymia and aggressive tendencies during prevention and psychotherapy aimed at preventing suicidal behavior in this category of patients.

The scientific novelty and theoretical significance of the study lies in deepening the understanding of the psychological mechanisms that cause the emergence of suicidal behavior in patients with depressive disorders, as well as in establishing the connection between suicidal behavior and alexithymia. In particular, the study allows us to better understand the nature of the influence of alexithymia on the development of unregulated impulsive aggression. Conceptual positions on the etiology of suicidal behavior in the context of its relationship with the inability to

understand and regulate emotional experiences, which leads to the emergence of aggressive reactions of a destructive nature, have been further developed.

The significance of the study is emphasized by the emphasis on the need to improve differential diagnostics, which allows us to distinguish patients with depressive disorders who have an increased risk of suicidal behavior from those for whom this risk is insignificant. For the first time, a generalized conceptual model of the sequential relationship between all factors contributing to the formation of suicidal risk was proposed, and correlations between alexithymia, mentalization disorders and impulsive aggression were also discovered for the first time. It was experimentally proven that these factors have a significant impact on suicidal behavior and high predictive ability. The prospects for the development of a psychotherapeutic support system for this category of patients, aimed at reducing suicidal risk, were also outlined.

Taking into account alexithymia and aggressive tendencies in diagnostic and therapeutic processes is an important step towards improving psychotherapeutic care and preventing suicidal behavior among patients with depressive disorders.

Further research prospects include the development of specialized psychotherapeutic programs based on the concept of mentalization development, taking into account the specific difficulties associated with alexithymia, as well as manifestations of impulsive, unpredictable aggression in patients with depressive disorders. A more in-depth analysis and detailing of the psychological mechanisms underlying the relationship between suicidality and alexithymia is also promising. An important task for further research is the creation of standardized protocol algorithms for consultative and psychotherapeutic work with patients who have suicidal tendencies and suffer from depression, which can significantly increase the effectiveness of preventive and therapeutic activities.

**Key words:** aggression, psychodiagnostics, anxiety, depressive disorder, self-actualization, personality with mental illness, adaptation, alexithymia in the structure

of the concept of emotions, suicide, neurotic disorder, psychological state, correction, frustration, stress, therapy

## СПИСОК ПУБЛІКАЦІЙ ЗДОБУВАЧА ЗА ТЕМОЮ ДИСЕРТАЦІЇ

### Наукові праці, в яких опубліковані основні наукові результати

#### дисертації:

#### публікації у фахових виданнях України:

1. Савельєва, І. (2020). Проблема вивчення питання специфічності взаємозв'язку агресії та імпульсивності. *Науковий журнал з соціології та психології «Габітус»*, (18/2), 99-104. <https://doi.org/10.32843/2663-5208.2020.18.2.18>
2. Завязкіна, Н., Савельєва, І. (2021). Вплив порушення процесу менталізації на прояви імпульсивності у осіб з алекситимією. *Науковий журнал з соціології та психології «Габітус»*, (25), 113-118. <https://doi.org/10.32843/2663-5208.2021.25.19>
3. Савельєва, І. (2022). Психічний біль як прогностичний фактор ризику скоєння самогубства. Менталізація психічного болю. *Київський журнал сучасної психології та психотерапії*, (4), 87-96. <https://doi.org/10.48020/10.48020/mppj.2022.02.08>
4. Савельєва, І. (2024). Алекситимія та її зв'язок з суїцидальним ризиком. *Київський журнал сучасної психології та психотерапії*, (6), 87-96. <https://doi.org/10.48020/mppj.2024.01.04>

#### тези наукових доповідей

5. Савельєва, І. (2020). Суїцидальні думки як індикатор суїцидальної поведінки. Роль суїцидальних думок. Психодіагностика в Україні: сучасність та майбутнє: матеріали Всеукраїнської науково-практичної конференції (9-10 жовтня 2020 р.). Київ, 31-32.
6. Савельєва, І. (2020). Сучасні проблеми оцінки суїцидальних ризиків при депресивних станах. Внутрішній світ особистості: матеріали Х ювілейної міжнародної науково-практичної конференції (5-6 листопада 2020 р.). Ніжин, 149-151.

7. Савельєва, І. (2021). *Порушення процесу перших стосунків дитини з оточуючим середовищем як фактор формування агресії та депресивних станів*. Science of post-industrial society: Globalization and transformation processes. International scientific and practical conference (4 червня 2021 р.). Вінниця, 324-326. <https://doi.org/10.36074/grail-of-science.04.06.2021.063>
8. Савельєва, І. (2023). *Захисна роль вторинної алекситимії при тривалому дистресі*. Війна та мир: психологія на службі людини: матеріали науково-практичної конференції (23 квітня 2023 р.). Київ, 89-90.
9. Савельєва, І. (2023). *Алекситимія – комунікативна складність суїцидальних осіб повідомити про психічні страждання*. Актуальні проблеми психології особистості на європейському просторі: матеріали VII Міжнародної науково-практичної конференції. (15 лютого 2023 р.). Кам'янець-Подільський, 167-169.

## ЗМІСТ

|                                                                                                                                                                  |     |
|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----|
| ВСТУП .....                                                                                                                                                      | 21  |
| РОЗДІЛ 1. ТЕОРЕТИЧНІ ПІДХОДИ У ДОСЛІДЖЕННІ КОНЦЕПЦІЇ<br>АЛЕКСИТИМІЇ ЯК ФАКТОРУ ВИНИКНЕННЯ РИЗИКУ СУЇЦИДАЛЬНОЇ<br>ПОВЕДІНКИ У ОСІБ З ДЕПРЕСИВНИМИ РОЗЛАДАМИ ..... | 31  |
| 1.1 Історичні передумови та теоретичні основи конструкції алекситимія                                                                                            | 31  |
| 1.2 Вплив порушення процесу менталізації на виникнення<br>алекситимічних проявів.....                                                                            | 44  |
| 1.3. Поняття агресії в клінічній психології та її зв'язок з алекситимією....                                                                                     | 60  |
| 1.4. Алекситимія та агресія як предиктори суїцидальної поведінки у осіб<br>з депресивними розладами.....                                                         | 69  |
| Висновки до першого розділу .....                                                                                                                                | 78  |
| РОЗДІЛ 2. МАТЕРІАЛИ ТА МЕТОДИ ДОСЛІДЖЕННЯ<br>СУЇЦИДАЛЬНОЇ ПОВЕДІНКИ У ОСІБ З ДЕПРЕСИВНИМ РОЗЛАДОМ .....                                                          | 81  |
| 2.1. Емпірична модель дослідження та етапи збору даних .....                                                                                                     | 81  |
| 2.2. Методичний інструментарій дослідження.....                                                                                                                  | 90  |
| 2.3. Характеристика досліджуваної вибірки .....                                                                                                                  | 101 |
| Висновки до другого розділу.....                                                                                                                                 | 107 |
| РОЗДІЛ 3. РЕЗУЛЬТАТИ ЕМПІРИЧНОГО ДОСЛІДЖЕННЯ<br>АЛЕКСИТИМІЇ ЯК ФАКТОРУ ВИНИКНЕННЯ РИЗИКУ СУЇЦИДАЛЬНОЇ<br>ПОВЕДІНКИ У ОСІБ З ДЕПРЕСИВНИМИ РОЗЛАДАМИ .....         | 110 |
| 3.1. Аналіз взаємозв'язків соціо-демографічних чинників з ризиком<br>суїцидальної поведінки .....                                                                | 110 |
| 3.2. Порівняльний аналіз ризиків суїцидальної поведінки.....                                                                                                     | 129 |
| 3.3 Алекситимія як предиктор ризиків суїцидальної поведінки.....                                                                                                 | 145 |
| 3.4. Рекомендації щодо роботи з особами з ризиком суїцидальної<br>поведінки.....                                                                                 | 158 |
| Висновки до розділу 3 .....                                                                                                                                      | 161 |

|                                 |                                        |
|---------------------------------|----------------------------------------|
| ВИСНОВКИ.....                   | <b>Ошибка! Закладка не определена.</b> |
| СПИСОК ВИКОРИСТАНИХ ДЖЕРЕЛ..... |                                        |
| ДОДАТКИ.....                    | 186                                    |

## ВСТУП

**Актуальність теми.** Самогубство є однією з найсерйозніших загроз у сфері охорони здоров'я та основною причиною смертності серед дорослого населення в багатьох країнах, що стимулює дослідників розробляти методи оцінки та моделі прогнозування суїцидального ризику. За даними Всесвітньої організації охорони здоров'я, щорічно від самогубства гине близько одного мільйона людей, що становить середній показник смертності 16 на 100 000 осіб або одну смерть кожні 40 секунд. Водночас кількість спроб самогубства, за оцінками ВООЗ, є приблизно в 20 разів вищою за кількість завершених самогубств (World Health Organization, 2021).

З огляду на серйозні наслідки ризикової поведінки, здатність прогнозувати суїцидальний ризик залишається одним із найважливіших завдань для фахівців в галузі охорони здоров'я. Основна мета полягає у своєчасному виявленні цього ризику та його запобіганні.

Дослідження факторів, що передують суїцидальній поведінці, вказують на складність прогнозування через взаємодію численних факторів та їхніх комбінацій, що можуть призводити до суїцидальних намірів та дій. Незважаючи на наявні методи, інструменти оцінки суїцидального ризику й наразі залишаються недосконалими для практичного використання, що підкреслює необхідність комплексного підходу: діагностика має проводитись шляхом повного психологічного та психіатричного обстеження.

Серед цих факторів особливу увагу слід приділяти соціальним, психологічним, медичним, економічним, культурним та ситуативним аспектам, а також особистісним особливостям, історії розвитку, навколишньому середовищу, рівню соціальної підтримки та історії попередніх суїцидальних спроб. Таким чином, суїцид часто є кінцевим результатом складної взаємодії численних змінних, що робить його прогнозування надзвичайно складним і неоднозначним процесом.

Суїцидальній поведінці можуть передувати такі ознаки, як суїцидальні думки, самопошкодження, агресія, погрози та різні за ступенем тяжкості спроби самогубства. На відміну від інших факторів, агресія не є специфічним показником суїцидального ризику, тому її етіологія у осіб, що мають суїцидальну поведінку потребує більш глибокого аналізу. Агресія може проявлятися у різних формах: у поведінці, вербальних висловлюваннях або думках, наповнених люттю та ненавистю. Водночас агресія може не бути зовнішньо вираженою, натомість проявляючись у формі аутоагресивних тенденцій, які включають самоушкодження та суїцидальні дії.

Дослідження підтверджують, що агресія стає особливо небезпечною в поєднанні з імпульсивністю. Імпульсивність включає широкий спектр поведінкових проявів, пов'язаних із порушенням саморегуляції, зокрема раптовими діями без роздумів та слабким контролем. Поєднання агресії з імпульсивними спалахами значно підвищує ризик вдаватися до дезадаптивних способів регулювання емоційного стану. Таким чином, імпульсивна агресія може створити гостру суїцидальну небезпеку через відсутність зупинки для осмислення можливих наслідків своїх ризикованих дій.

За даними числених епідеміологічних, клінічних, психологічних та ретроспективних досліджень, агресія, ризикова поведінка та самогубство нерозривно пов'язані між собою: наявність агресивних тенденцій з реакціями ненависті та озлоблення, варто сприймати як сигнали суїцидальної небезпеки та можливого наближення імпульсивних дій (C. Garofalo, C.S. Neumann, P. Velotti, E.F. Coccaro, A. Tharp, C. Sharp, M.S. Stanford, S.L. Lake, A. Raine, T. Kent, M. F. Lenzenweger, J.F. Clarkin, O. Kernberg, P.A. Foelsch, M.A. Oquendo, J.J. Mann, J. Paris).

Значна кількість людей із діагнозом депресії не виявляє суїцидальної поведінки, що підкреслює важливість врахування інших аспектів, зокрема реактивності пацієнта — специфічних реакцій на зовнішні подразники, які можуть свідчити про схильність до суїцидальних дій. Це свідчить про те, що

зв'язок між депресією та суїцидальною поведінкою є складним і не завжди достатньо стабільним або предикативним для точного прогнозування ризику. Таким чином, для оцінки суїцидального ризику важливо зосереджуватися не лише на діагнозі депресії, але й на інших психологічних і поведінкових особливостях пацієнта. Перераховані вище предиктори ризику не дають повної картини вирогідності ризикової поведінки, отже, є потреба в додаткових, відповідних факторах впливу та розуміння механізму переходу від контрольованого емоційного стану до ризикової поведінки та суїцидальних актів.

Алекситимія була визнана одним з важливих факторів, що сприяє розвитку суїцидальності та агресивності. Дослідження показують, що алекситимія позитивно корелює з агресією (Fossati et al., 2009; Konrath, Novin, & Li, 2012; Manninen et al., 2011), а ключовим посередником цього зв'язку виступає імпульсивність, яка посилює і пояснює цю асоціацію (A.L.Tharp, C. Sharp, M.S. Stanford, S.L. Lake, A. Raine, T. A. Kent, M.A. Oquendo, J.J. Mann, L. Kenneth, K.L. Critchfield, K. N. Levy, J.F. Clarkin).

Алекситимія, концепція, що виникла в межах психосоматичних досліджень, визначається як нездатність зрозуміти і описати власні емоції. Люди з алекситимією часто мають труднощі з ідентифікацією та вербалізацією своїх емоційних переживань. Така нездатність описати власний емоційний стан може призводити до порушень у регуляції поведінки у відповідь на емоційні переживання (Lane & Schwartz, 1987; Taylor et al., 1997).

На сьогоднішній день у науковій спільноті відсутня єдина думка щодо типів і причин алекситимії. Однією з провідних теорій її походження є гіпотеза про порушення процесу менталізації. Дефіцит менталізації, тобто здатності усвідомлювати й інтерпретувати як власні, так і чужі емоційні стани, розглядається як центральний чинник у розвитку алекситимічних труднощів.

Менталізація формується в ранньому дитинстві завдяки взаємодії з опікунами, і порушення цього процесу можуть призводити до стійких

труднощів у регуляції емоцій та контролі імпульсів. Дослідження свідчать, що алекситимія пов'язана з дефіцитом менталізації, що ускладнює процес емоційної регуляції.

Особи з високим рівнем алекситимії зазвичай демонструють значні труднощі в ідентифікації, диференціації та розмежуванні своїх емоцій. Це може призводити до імпульсивної поведінки, обмеження соціальних контактів і підвищення ризику розвитку суїцидальних тенденцій.

Дослідження підтверджують наявність тісного зв'язку між алекситимією та суїцидальністю. У сучасній психологічній літературі представлено численні свідчення про вплив алекситимії на підвищений ризик формування суїцидальних тенденцій (D. Berardis, M. Fornaro, L. Orsolini, A. Valchera, Y. Gvion, N. Horresh, Y. Levi-Belz, T. Fischel, I. Treves, M. Weiser, H. Reizer, L. Hemming, G. Haddock, J. Shaw, D. Pratt, K. Andriessen, K. Krysinska, J. Hintikka, K. Honkalampi, H. Koivumaa-Honkanen, R. Antikainen тощо).

Однак, попри значний обсяг наукових праць, природа цих взаємовідносин залишається недостатньо вивченою і потребує подальших досліджень. Особливо важливим є аналіз проявів алекситимії у пацієнтів із депресивними розладами, які демонструють агресивні тенденції. Це дозволить отримати нові дані, які сприятимуть точнішій оцінці та прогнозуванню ризику самодеструктивної поведінки. Особливий акцент необхідно робити на вивченні механізмів, що обумовлюють зв'язок між алекситимією, агресією та схильністю до суїциду, як крайнього прояву деструктивної поведінки. Такі дослідження мають важливе значення для розробки ефективних профілактичних і терапевтичних заходів.

Отже, незважаючи на значну кількість клініко-психологічних, клінічних та експериментальних досліджень, присвячених окремим аспектам суїцидальних предикторів та самодеструктивної поведінки, проблема точного прогнозування ризику самогубства залишається надзвичайно актуальною та вимагає подальшого наукового вивчення.

Таким чином, актуальність дисертаційного дослідження визначається необхідністю побудови концепції, яка б більш широко описувала взаємозв'язки між факторами впливу на ризик виникнення суїцидальної поведінки та розробки напрямків вирішення проблеми надання вчасної психологічної допомоги з метою уникнення смертельних наслідків ризикової поведінки.

**Зв'язок дослідження з науковими програмами, темами, планами.** Дослідження виконано у відповідності до тематичного плану науково-дослідної роботи кафедри клінічної психології та в межах науково-дослідницької теми «Психодіагностика якості життя в сучасному українському суспільстві (НДР 0121U110751). Тему дисертаційного дослідження затверджено на засіданні Вченої ради КІСПП (протокол № 7 від 28.02.2020) та уточнено на засіданні Вченої ради КІСПП (протокол №3 від 18.11.2021).

**Об'єкт дослідження:** алекситимія як предиктор суїцидальної поведінки.

**Предмет дослідження:** алекситимія як фактор виникнення ризику суїцидальної поведінки у осіб з депресивними розладами

**Мета дослідження:** виявити та оцінити потенційну роль алекситимії в патогенезі суїцидальних спроб у осіб з депресивним розладом.

**Завдання дослідження:**

1. Визначити теоретико-методологічні підходи до сутності концепції феномену алекситимії, її впливу на схильність до суїцидальної поведінки у пацієнтів з депресивними розладами.
2. Розкрити взаємозв'язок між алекситимією, як порушенням емоційної регуляції та ризиком суїцидальної поведінки у осіб з депресивними розладами.
3. Дослідити взаємозв'язок порушень процесу менталізації з виникненням алекситимічних розладів.
4. Оцінити характер проявів агресії та агресивних тенденцій, як наслідків високого рівня алекситимії, у пацієнтів з депресивними розладами.

5. Розробити профіль комбінованої оцінки алекситимії та агресивності задля прогнозування ризику суїцидальної поведінки у пацієнтів з депресивними розладами.

6. Провести порівняльний аналіз за досліджуваними показниками пацієнтів з депресивними розладами, які мали суїцидальні спроби, та тих, хто не мали.

7. Надати практичні рекомендації щодо діагностики, профілактики та терапевтичних втручань для зниження ризику суїцидальної поведінки у пацієнтів з депресивними розладами

Для досягнення мети і розв'язання поставлених завдань використано такі **методи дослідження**:

1. Теоретичний метод: аналіз наукових джерел, систематизація та узагальнення існуючих емпіричних даних щодо предмету дослідження, порівняння, класифікація, структурне моделювання.

2. Клініко-психопатологічний метод: оцінка даних анамнезу життя, сенситивності пацієнта, особливостей характеру, розвитку, мікросоціальних контактів, освіти, трудової діяльності, а також вивчення клінічної картини хвороби шляхом аналізу медичної документації (анкета).

3. Психодіагностичний метод: оцінки вираженості симптоматики та динаміки патологічного стану, зумовленого основним психічним захворюванням та вираженості супутньої тривожності (психодіагностичні методики, клінічне інтерв'ю).

4. Методи математико-статистичної обробки даних: частотний аналіз, описові статистики, а саме середнє ( $M$ ), стандартне відхилення ( $SD$ ), мінімальне значення ( $Min$ ), максимальне значення ( $Max$ ); нормальність розподілу за критерієм Колмогорова-Смірнова ( $D$ ) та за Шапіро-Уїлка ( $W$ ), коефіцієнт надійності Альфа Кронбаха ( $\alpha$ ), критерій  $\chi^2$  Пірсона, коефіцієнт Cramer's  $V$ , непараметричний критерій Манна-Уїтні ( $U$ ), параметричний критерій Стюдента ( $t$ ), тест Левена ( $F$ ), коефіцієнт рангової кореляції Спірмана ( $rho$ ), лінійний регресійний аналіз, медіаційний аналіз, бінарна

логістична регресія.

У дисертаційному дослідженні було використано наступний **психодіагностичний інструментарій**:

1) персоналізована анкета — систематизувала дані за різними критеріями: вік, сімейний стан, тип зайнятості, давність захворювання, кількість госпіталізацій, поведінкові прояви, наявність в анамнезі обтяженої спадковості, за для врахування усіх можливих артефактів, що могли мати додаткові ефекти впливу на вираженість симптомів переживання тривоги було зібрано і систематизовано в персоналізовану анкету;

2) шкали для оцінки інтенсивності суїцидальних намірів — застосовувались шкалу суїцидальних намірів Бека (SSI) та шкалу безнадії Бека (BHS);

3) торонтська шкала алекситимії (TAS-20) — використовувалась для виявлення алекситимічних проявів у респондентів;

4) шкала рефлексивного функціонування (RFQ) — оцінювала наявність порушень процесу металізації;

5) опитувальник агресії Басса–Даркі (BDAQ) — застосовувався для діагностики ступеня вираженості агресивних проявів застосовувався опитувальник агресії.

**Теоретико-методологічну основу дослідження склали** концептуальні уявлення про природу, етіологію, симптоматику та діагностику алекситимії (W. Alvarez, S. Shipko, D. Berardis, M. Fornaro, L. Orsolini, A. Valchera, T. Farah, S. Ling, A. Raine, A. Fossati, E. Acquarini, J.A. Feeney, S. Borroni, F. Grazioli, L.E. Giarolli, G. Franciosi, C. Maffei, G. Giancesini, J. Graeme, J. Taylor, R.M. Bagby, L. Hemming, G. Haddock, J. Shaw, D. Pratt, M. Ielmini, G. Lucca, E. Trabucchi, G. Aspesi, A. Bellini, I. Caselli, C. Callegari); психологічні концепції агресії та її типології (E.S. Barratt, M.S. Stanford, L. Dowdy, M.J. Liebman, T.A. Kent, L. Berkowitz, A.S. Robb, D.F. Connor, B. Vitiello, B.H. Amann, S. Bjørkly, C. Garofalo, C.S. Neumann, P. Velotti), концепції металізації (J. Allen, P. Fonagy, A.

Bateman, L.W. Choi-Kain, J.G. Gunderson, G. Gagliardini, S. Gullo, E. Caverzasi, A. Boldrini, S. Blasi, A. Colli, O.F. Kernberg, D. Diamond, F.E. Yeomans, J.F. Clarkin, K.N. Levy), а також концепції суїцидальних ризиків (К. Andriessen, К. Krysinska, R.F. Baumeister, D. Berardis, M. Fornaro, L. Orsolini, A. Valchera, E. Dugas, N. Low, D. Rodriguez, S. Burrows, P.S. Links, R. Eynan, M.J. Heisel, R. Nisenbaum).

**Наукова новизна дослідження полягає в наступному:**

- поглиблено уявлення про психологічні механізми суїцидальних ризиків у пацієнтів з депресивними розладами: виявлено зв'язок між алекситимією та ризиком суїцидальної поведінки, що дозволяє більш точно оцінювати ймовірність суїцидальних намірів у пацієнтів;
- подальшого розвитку набули концептуальні ідеї про природу та етіологію нерегульованої, імпульсивної агресії у розрізі її сполученості з алекситимією;
- акцентовано увагу на необхідності удосконалення системи диференційної діагностичної роботи, що дозволяє визначати потенційно небезпечні симптоми суїцидальних намірів у пацієнтів з депресивними розладами;
- вперше встановлено кореляційні зв'язки між порушенням менталізації, алекситимією та агресією, що має імпульсивний характер: дослідження демонструє, що ці фактори є взаємопов'язаними та можуть підвищувати ризик суїцидальних дій у пацієнтів;
- вперше експериментально підтверджено одночасний вплив кількох змінних на суїцидальну поведінку: дослідження встановило зв'язок між порушенням менталізації, алекситимією, агресією та суїцидальними ризиками, що дозволяє розглядати ці фактори як симптомокомплекс для прогнозування та профілактики суїцидальних дій.

**Теоретичне значення** дослідження полягає у визначенні ключових феноменологічних особливостей алекситимії та її впливу на формування

неконтрольованої, деструктивної агресії. У роботі теоретично обґрунтовано зв'язок між наявністю алекситимічних і агресивних проявів та ймовірністю суїцидального ризику у пацієнтів із депресивними розладами, а також розкрито психологічні механізми, що сприяють формуванню такого ризику.

**Практичне значення** дослідження полягає у тому, що емпірично виокремлено найбільш ефективні психодіагностичні засоби виявлення ризику суїцидальної поведінки у хворих на депресію, що можуть використовуватись на діагностичному етапі роботи з такими пацієнтами.

**Експериментальна база дослідження.** Дослідження проводилось автором одноосібно на базі КНП "КЛІНІЧНА ЛІКАРНЯ "ПСИХІАТРІЯ" у місті Києві за експериментальним планом з попереднім і підсумковим тестуванням та контрольною групою (за Д. Кемпбеллом). Загальна вибірка складалася з хворих, які поступали на стаціонарне лікування з листопада 2020 року по лютий 2024 року. У дослідженні брали участь 101 хворих.

**Достовірність і надійність результатів** забезпечувались методологічною й теоретичною обґрунтованістю вихідних даних; вибором методів, адекватних предмету, меті і завданням дослідження; репрезентативністю вибірки; поєднанням кількісного і якісного аналізу результатів дослідження; застосуванням методів математичної статистики.

**Апробація результатів** дисертаційного дослідження. Основні результати роботи доповідались, обговорювались та отримали схвалення на всеукраїнських та міжнародних науково-практичних конференціях, зокрема: Всеукраїнській науково-практичній конференції «Психодіагностика в Україні: сучасність та майбутнє», КНУ імені Т.Г. Шевченка 09-10.10.2020; V Ювілейній Міжнародній Науково-практичній конференції у Ніжині 05-06.11. Міжнародній Науково-практичній конференції у Вінниці 04.06.2021, VII Міжнародній науково-практичній конференції «Актуальні проблеми психології особистості на європейському просторі» у Кам'янці-Подільському 15.02.2023; Науковій-практичній конференції у Києві 23.04.2023.

**Впровадження результатів** здійснювалося на базі Інституту нейрохірургії імені А.П.Ромоданова НАМН України, у практичній роботі ТОВ «Психодіагностичний центр», у центрі медико-психологічної реабілітації КНГІКОР «Обласне психіатричне наркологічне медичне об'єднання».

**Особистий внесок здобувача.** Дисертаційне дослідження здійснене здобувачем самостійно; усі положення, висновки та рекомендації базуються на особистих дослідженнях автора. Для обґрунтування окремих положень були використані наукові праці інших дослідників, на які наведено відповідні посилання.

**Публікації.** Зміст дисертаційного дослідження відображено в 9 публікаціях, з них 4 статті у наукових фахових виданнях та 5 тез доповідей. У статті, написаній у співавторстві з Н. Завязкіною доробок автора становить 50%. Всі інші публікації виконані автором одноосібно.

**Структура та обсяг дисертації.** Дисертація складається зі вступу, трьох розділів, висновків, списку використаних джерел, що налічує 139 найменувань, з яких 137 – іноземними мовами, та 3 додатки. Загальний обсяг дисертації становить 190 сторінок, основний зміст роботи викладено на 169 сторінках. У дисертації міститься 36 таблиць, 27 рисунка.

## **РОЗДІЛ 1. ТЕОРЕТИЧНІ ПІДХОДИ У ДОСЛІДЖЕННІ КОНЦЕПЦІЇ АЛЕКСИТИМІЇ ЯК ФАКТОРУ ВИНИКНЕННЯ РИЗИКУ СУЇЦИДАЛЬНОЇ ПОВЕДІНКИ У ОСІБ З ДЕПРЕСИВНИМИ РОЗЛАДАМИ**

### **1.1 Історичні передумови та теоретичні основи концепції феномену алекситимія**

Клінічні прояви, концептуалізовані згодом, як алекситимія, були виявлені та описані у 1940-х роках. В процесі роботи з деякими пацієнтами, психологічна практика стикалась з їх неспроможністю до сприйняття терапії, особливо до її інтерпретаційних форм, в результаті чого виникло питання способу психологічного функціонування таких осіб [110].

Досвід взаємодії з пацієнтами, яких переважно відносили до психосоматичних, показав, що ці пацієнти мали знижену або відсутню спроможність вербалізовувати свої почуття, складнощі виникали на етапі пошуку слів для опису переживань. Практики та науковці задавались запитанням, чи не мають такі пацієнти «емоційну агнозію» — розлад процесів розпізнання та обробки емоцій [77].

Цікавість та увага до цього феномену призвели до розробки теорії алекситимії, яка, спочатку, описувала групу пацієнтів, переважно, з психосоматичними розладами, проте згодом, конструкт вийшов за межі області психосоматики та почав використовуватися при вивченні емоційних процесів у більш широкому полі патологій афекту [2].

Формулюванню та розробці концепції алекситимії передували ідеї F. Alexander та його колег, які сформулювали «теорію специфічності», намагаючись пояснити психосоматичні розлади як наслідок несвідомих конфліктів. Не виключаючи вплив генетичного наслідування, Alexander був впевнений, що саме свідомо не оброблений конфлікт, викликає периферичні

фізіологічні зміни, які з часом починають впливати на здоров'я [5].

Психосоматична медицина намагалась знайти пояснення в теоретичній моделі неврозів Фрейда, яка описує інтропсихічний конфлікт, що може призводити до емоційного збудження, що в свою чергу (через нездатність вираження іншим шляхом) намагається розмістити психологічні страждання або конфлікти в тілі [121].

У своїй статті «Інфантильна особистість» (1948), Ruesch висунув гіпотезу, що страждання психосоматичних пацієнтів можуть бути наслідком зупинки або порушення психічного розвитку, спричиненого травматичними подіями в ранньому дитинстві. За J. Ruesch [109], інфантильна особистість характеризується нездатністю до символізації психічних переживань, що призводить до вираження внутрішньої напруги через дію або соматичні симптоми, навіть у дорослому віці.

J. Ruesch описав пацієнтів з афективними та когнітивними розладами, чиї прояви не відповідали ідеї З. Фрейда про невротичний конфлікт як основний механізм виникнення алекситимії. Замість цього, він припустив, що такі пацієнти мають примітивний рівень психологічної організації. Через труднощі з символізацією емоцій і їх зв'язуванням зі словесними символами, афективні переживання у цих пацієнтів, як правило, виражалися безпосередньо через соматичні симптоми або фізичні дії. Вони також виявляли низьку толерантність до фрустрації, що значно ускладнювало їхню емоційну адаптацію [121].

Наприкінці 1950-х- початку 1960-х років французькі психоаналітики P. Marty & M. D'Uzan [82], спостерігаючи за своїми психосоматичними пацієнтами, описали когнітивне функціонування, схоже з тим, що раніше спостерігав J. Ruesch.

Вони помічають спільний для них специфічний стиль мислення та для його опису вводять поняття «оператуарне мислення». Цю форму мислення скоріше можна віднести до «не-мислення» через відсутність здатності трансформувати афективне переживання у ментальні репрезентації. Таке

мислення в більшій мірі зосереджене на зовнішніх подіях, характеризується збідненим фантазійним світом та сплосченим уявленням про внутрішні переживання. Йому властива недостатність символічних та фантазійних основ. Р. Marty & M. D'Uzan пояснювали ці особливості не як прояви невротичного захисту, а як дефіцити в особистісній організації. Відсутність внутрішнього фантазійного життя і здатності пов'язувати афективні стани з ментальними уявленнями призводить до постійного занепокоєння та зосередженості на фізичних симптомах і станах. [70, 121].

У 1950-х роках К. Horney & N. Kelman у своїй практиці помічають та описують групу пацієнтів, щодо яких складно проводити психоаналітичне лікування, відмічаючи у них схожий перелік труднощів, а саме: дефіцит емоційної обізнаності, недостатність усвідомлення внутрішнього досвіду, конкретність мислення, сконцентованість на конкретних подробицях зовнішнього життя; К. Horney & N. Kelman виявили схильність до продукування психосоматичних симптомів, що часто супроводжувалися імпульсивними поведінковими проявами, адитивними залежностями та іншими, об'єднуючими цю групу, характеристиками. Вони дійшли висновку, що поведінка таких пацієнтів, зарегламентована різного роду нормами та правилами, спирається в більшій мірі на ідею того, що очікують від них інших, ніж на власні почуття та переживання [122].

До подібних висновків у своїй клінічній практиці дійшли також J. Nemiah & P. Sifneos. На відміну від паризької психоаналітичної школи, яка походить від концепції потягу З. Фрейда і спирається на ідею, що до соматизації може призводити перевантаження психічного апарату збудженням, J. Nemiah та P. Sifneos, не відкидаючи психологію потягу, все ж таки відокремлюють афекти від потягів, за їх теорією страждання виникає в наслідок дефіциту, що виникає в ранньому дитинстві та проявляється в нездатності символізувати емоції за допомогою слів, фантазій та сновидінь. Це призводить до труднощів у саморегуляції, обмеженого використання зрілих захисних механізмів,

схильності до імпульсивної поведінки, дезорганізації під час стресових ситуацій (особливо у стані тривоги), уникнення соціальних контактів і психосоматичних розладів [70, 113].

У 1973 році, продовжуючи дослідження емоційних труднощів, Sifneos вводить термін "алекситимія" для позначення багатогранного особистісного конструкту. У цей період концепція алекситимії стає об'єктом масштабного дослідження в межах психодинамічного підходу, який фокусується на впливі недоліків і порушень розвитку на формування процесів мислення.

Термін "алекситимія" (від грец. а – заперечення, lexis – слово, thymos – почуття) позначає кластер характеристик, що включає труднощі в ідентифікації та вираженні емоцій. Хоча концепція алекситимії схожа на концепцію порушення емоційної регуляції, загальновизнано, що порушення емоційної регуляції охоплює більш широкий спектр поведінки, тоді як алекситимія є специфічним, більш нюансованим типом такого порушення. Ця концепція була сформована в межах психодинамічного підходу, що акцентував увагу на недоліках у розвитку емоційної сфери [48].

З часом конструкт алекситимії привернув увагу численних психіатрів і психологів у всьому світі. Р. Sifneos зазначив, що алекситимічні прояви не обмежуються лише психосоматичними пацієнтами. Спираючись на досвід інших лікарів-психіатрів, він розширив перелік пацієнтів, для яких характерне таке специфічне функціонування. Сюди увійшли пацієнти з посттравматичними станами, депресією, дисоціативними розладами, розладами харчової поведінки, тривожними розладами, а також залежністю від наркотичних речовин. Таким чином, було зроблено висновок, що труднощі в ідентифікації та диференціації емоцій впливають на розвиток широкого спектру психопатологічних станів [39, 113, 122].

Хоча конструкт алекситимії виник із клінічних спостережень, його було теоретично обґрунтовано в рамках когнітивної обробки та емоційної регуляції. J. Nemiah & Р. Sifneos обережно підходили до визначення афектів, слідуючи

аналогії з З. Фройдом (1916–1917), який описував афекти як багатокомпонентні переживання, що включають моторні іннервації та почуття. J. Nemiah, M. Freyberger & P. Sifneos (1976) також визнали подвійний характер афектів, розглядаючи їх з біологічної та психологічної перспектив. Вони визначили емоцію як нейрофізіологічну та моторно-експресивну складову, а почуття – як суб'єктивний, когнітивно-досвідний компонент [113].

Основні риси алекситимії було концептуалізовано наступним чином:

1. Труднощі в ідентифікації, розмежуванні та вербалізації емоцій.
2. Нездатність диференціації емоційних почуттів від тілесних реакцій.
3. Обмежена здатність переживати емоційні стани.
4. Знижена здатність до уяви та фантазування.
5. Орієнтованість мислення на зовнішні фактори [58, 70].

J. Nemiah & P. Sifneos (1977) стверджували, що емоції повинні мати ментальні репрезентації, щоб їх можна було свідомо сприймати як почуття. Цей процес, який називають "психічним опрацюванням емоцій", полягає в уточненні та диференціації "сирих" емоцій на безліч відтінків, що дозволяє їх усвідомлене переживання. Таке перетворення сприяє зв'язку емоцій зі словами, їх вербалізації, створенню образів і фантазій, які відображають ці почуття, а також викликанню спогадів та асоціацій, пов'язаних з ними. На основі цієї концепції передбачається, що усвідомлення почуттів разом із думками, фантазіями та спогадами полегшує процес регулювання емоційного збудження та забезпечує здатність до адаптивного реагування на стресові ситуації. J. Nemiah підкреслював, що свідоме представлення емоцій разом із мисленнєвим процесом є ключовим для підтримання психічної рівноваги та здатності справлятися з інтенсивними емоційними станами [48].

Відмова в одному або декількох елементах психічного опрацювання може призводити до виникнення алекситимії. У цьому випадку афекти не можуть бути адекватно регульовані когнітивними процесами, що може призвести до

соматичних симптомів або ж до регуляції емоцій через дії, часто імпульсивні та неусвідомлені.

Вважається, що етіологія алекситимії має коріння в порушенні або не сформованості ментального представлення та когнітивній обробці емоцій (Taylor, Bagby, & Parker, 1991) [123]. Складнощі виникають на етапі переведення емоційних переживань у слова. У процесі розвитку людини її словниковий запас поступово розширюється, збагачуючи набір уявлень, де кожне слово набуває власного когнітивного представлення, формуючи так званий ментальний словник. Цей словник включає інформацію про синтаксичні характеристики слів, їх вимову, а також їхні смислові та емоційні відтінки. Особистий життєвий досвід кожної людини та її історія значною мірою впливають на мисленнєві процеси. Слова, які мають емоційне забарвлення, часто пов'язані з конкретними подіями, обставинами, об'єктами або почуттями, які людина переживала на різних етапах свого життя.

Всі ці аспекти формують емоційні концепції. Згідно з теорією множиннів кодів W. Вуссі (1997), ці емоційні концепції представлені на двох рівнях емоційного опрацювання: субсимволічному та символічному.

У своїй теорії множинних кодів W. Вуссі припускає, що в випадку алекситимії проблема не зводиться просто до відсутності слів для опису емоцій. Часто людина не має як вербальних, так і невербальних символів для позначення своїх соматичних станів. W. Вуссі пояснює, що дисоціація між субсимволічними відчуттями і символічними уявленнями може призвести до того, що фізіологічна активація під час емоційного збудження не супроводжується відповідною когнітивною обробкою. Це означає, що без належного когнітивного контролю фізіологічна активація залишається тривалою і повторюваною, що може мати серйозні наслідки. Залежно від того, наскільки сильною є ця дисоціація між тілесними відчуттями та символічними уявленнями, а також в залежності від індивідуальних характеристик і факторів стійкості до стресу, можуть виникати різні форми соматичних розладів, починаючи від соматоформних до серйозних

медичних захворювань [26].

Згідно з цією теорією, емоційні схеми функціонують у трьох режимах:

1) Невербальний субсимволічний режим: охоплює сенсорні, вісцеральні та кінестетичні відчуття, а також рухову активність. Цей режим відображає первинні тілесні реакції на емоційне збудження.

2) Невербальний символічний режим: включає здатність до візуалізації, де емоційні переживання перетворюються в конкретні образи.

3) Словесний символічний режим: це рівень, на якому попередні невербальні переживання переводяться у вербальну форму, що дозволяє їх описати за допомогою слів.

Субсимволічний режим описується як "афективне ядро" емоційної схеми. Його зв'язок з наступними двома режимами відбувається за рахунок створення прототипових зображень, які пов'язують тілесні відчуття з невербальними символами. Після цього завдяки мові ці зображення отримують словесне вираження.

W. Вуссі (1999) пояснює, що перетворення невербальних уявлень і відчуттів у вербально організоване мовлення є складним процесом, який включає не просто зміну між різними модальностями, але й інтеграцію цих уявлень у логічну структуру. Цей процес дозволяє людині осмислювати власні переживання, висловлювати їх через мову, і, у підсумку, дає можливість регулювати емоційне збудження. У випадках, порушення процесу, наприклад, через травматичний досвід, може виникати роз'єднання цих систем. Це призводить до труднощів у символізації емоційних станів, що відбувається при алекситимії. Нездатність пов'язувати емоційні образи з вербальними символами ускладнює усвідомлення власних емоцій та їх регуляцію, підвищуючи ризик розвитку психопатологічних розладів [8].

Таким чином, нормальний емоційний розвиток залежить від успішної інтеграції соматичних, сенсорних і рухових процесів у структуру емоційних схем. Порушення цього процесу може призвести до розвитку емоційних

розладів. Високі показники алекситимії вказують на труднощі в переведенні емоційних переживань у слова, тобто на порушення переходу від субсимволічного рівня до символічного. Наслідками порушеної інтеграції є підвищена заклопотаність соматичними відчуттями, епізоди емоційної перевантаженості, обмежена здатність до вербалізації власних емоцій та комунікації внутрішніх переживань.

На основі клінічних спостережень R.D. Lane (1996) та його колеги описують пацієнтів з алекситимією як осіб із "емоційною сліпотою". Це означає, що вони не здатні повною мірою сприймати весь спектр емоцій, маючи обмежену здатність розпізнавати різноманітні емоційні відтінки. У своєму дослідженні автори зазначають, що алекситимія не обмежується лише дефіцитом у свідомому усвідомленні та вербалізації емоцій; вона також пов'язана з порушеннями в процесах кодування, декодування та трансформації емоційної інформації [70].

Ці результати підтримують теорію рівнів емоційної обізнаності, згідно з якою слова, що позначають емоції, формують когнітивні схеми. Такі схеми відображають внутрішні процеси обробки емоцій, мають як вербальну, так і невербальну природу і можуть мати внутрішнє або зовнішнє джерело.

Усвідомлення власних почуттів є складним завданням для осіб з алекситимією. Хоча такі особи, безсумнівно, відчувають емоції у відповідь на різні стимули, вони зазнають труднощів з ідентифікацією та описом суб'єктивних почуттів. Алекситимічні особи можуть розрізняти й називати базові емоції, проте їхні афективні переживання часто залишаються на рівні фізіологічних відчуттів, без глибокої когнітивної обробки. Як зазначали J. Nemiah & P. Sifneos, алекситимія не є відсутністю емоцій, а радше дефіцитом у їх розумінні та вербалізації [110]. Отже, для алекситимії характерними є не відсутність емоцій або здатності їх висловлювати, а складнощі в їхньому усвідомленні, аналізі та інтеграції в ментальні процеси. Проблема полягає не в

номінальному розпізнаванні емоцій, а в її когнітивній обробці, аналізі її причин та здатності витримувати емоційні стани, не уникаючи їх.

Обмеженість здатності осіб з алекситимією до регуляції та опрацювання тривожних або негативних емоцій часто призводить до їхнього перенесення з когнітивного простору в поведінковий. Це супроводжується негайною емоційною розрядкою через компульсивну поведінку або фізичні дії, які нерідко мають агресивний характер. Така поведінка виступає механізмом, що допомагає тимчасово зменшити емоційне напруження, але не сприяє глибокій обробці чи інтеграції емоційних станів [81, 122].

J.L.Grem (1988), спираючись на концепцію W. Bion (1962) про альфа- та бета-елементи, відзначив, що порушення емоційної обробки, характерне для алекситимії, проявляється в обмеженій здатності до символічного мислення та уяви. Як наслідок, емоції стають розмитими та неясними переживаннями, які можуть знаходити вихід через проєктивну ідентифікацію, зокрема через агресивні дії, спрямовані як на себе, так і на інших. Цей погляд на алекситимію як на дефіцит когнітивної обробки та емоційної регуляції доповнює теоретичну ідею J. Nemiah, який припустив, що алекситимія виникає внаслідок порушення або недостатньої функціональності одного або декількох компонентів психічної обробки емоцій. У таких випадках афективні переживання залишаються нерегульованими, оскільки не піддаються когнітивній інтерпретації та інтеграції у свідомість, що призводить до їх несвідомого вираження через тілесні симптоми або поведінку [15,20].

Згідно з підходом K. Gratz & L. Roemer (2004), порушення регуляції емоцій у пацієнтів з алекситимією може відбуватися в одній або кількох з наступних взаємопов'язаних сфер:

- Емоційна обізнаність – здатність усвідомлювати власні емоції;
- Емоційна ясність – здатність чітко розуміти та диференціювати емоційні стани;
- Емоційне прийняття – готовність приймати свої емоції як частину

власного переживання;

- Здатність використовувати ефективні стратегії регулювання емоцій – використання зрілих способів регулювання емоційних станів;
- Здатність регулювати поведінку в стресових умовах (Gratz&Roemer, 2004) [38].

Ці компоненти взаємодіють, формуючи здатність людини ефективно регулювати. Порушення в будь-якій із цих сфер може призвести до труднощів у емоційній регуляції, що, своєю чергою, спричиняє різноманітні психічні та поведінкові розлади. Важливою складовою цього процесу є здатність суб'єктивно усвідомлювати емоційні стани та вербально їх виражати [48].

На сьогодні більшість досліджень трактують алекситимію як стійку особистісну рису, яка формується на ранніх етапах розвитку. З цього погляду алекситимія є результатом розвитку та виникає в дитинстві або на початку дорослого віку. У клінічному контексті постає питання: чи є алекситимія спадковою особливістю, чи формується під впливом несприятливого дитячого досвіду, чи є наслідком взаємодії спадкових факторів і факторів середовища. J. Nemiah разом з P. Sifneos (1977) припускали, що як генетика, так і ранній життєвий досвід відіграють важливу роль у формуванні алекситимії. Krystal G. (1988) висловлював думку, що основною причиною алекситимії є психічна травма, яка гальмує розвиток емоційної сфери в дитячому віці або спричиняє її регрес у підлітковому чи дорослому віці [131].

Існує теорія про існування двох різних типів алекситимії: первинної (ознака) та вторинної (стан) алекситимії. Вперше їх розмежував Н. Freyberger, зазначивши, що первинну алекситимію слід розглядати як диспозиційний фактор, яка формується в дитинстві в наслідок психічної травми або дефіциту уваги та турботи з боку опікунів. У свою чергу, вторинна алекситимія, за його теорією, може виникати в будь-який період життя як реакція на травматичні події або стресові ситуації, уникаючи тим самим переживання нестерпних емоцій. В цьому випадку, вторинну алекситимію слід розглядати як набутий

захисний механізм, що допомагає впоратися з травматичними переживаннями, знижуючи афективне напруження або зводячи його нанівець. Така алекситимія є вторинною по відношенню до події, яка викликала стрес. Підтверджено, що показники алекситимії можуть знижуватися при поліпшенні клінічної симптоматики, що вказує на її динамічність та чутливість до терапії [59, 86, 137].

Розглядаючи алекситимію як захисну функцію можна виділити наступні ключові ідеї:

- алекситимія виступає незрілим механізмом захисту від примітивних страхів та психічного, нестерпного болю;
- алекситимія як потужний захист від невротичних конфліктів та тривоги, що виникають внаслідок недостатньої здатності до репрезентації та розуміння емоцій.

Поєднання теорії дефіциту розвитку та теорії захисту — обидва підходи, розвиток і захист, не є взаємовиключними, і можуть пояснювати походження алекситимії як складного захисного механізму[110].

Таким чином, розглядаючи алекситимію в контексті розвитку та захисних функцій, можна припустити, що вона є результатом взаємодії первинних і вторинних процесів, де ранні травматичні досвіди або обмеження в емоційному розвитку накладаються на захисні механізми в зрілому віці, формуючи специфічні емоційні особливості (roots of alexithymia). Як захисний механізм алекситимія забезпечує блокування виникнення або усвідомлення афективних переживань, підтримуючи певний рівень психологічної стабільності. Це досягається через різні форми ізоляції, які утримують емоції поза свідомістю.

G.L.Engel виділив кілька можливих змін у проявах афекту, що виникають через ці захисні механізми:

- 1) вилучення ідеаційних змістів, тобто емоційно значущі ідеї можуть бути повністю вилучені зі свідомості;

- 2) недопущення компоненту потягу до свідомості: емоційні імпульси або потяги блокуються, що запобігає їх усвідомленню;
- 3) надмірна інтенсивність або нечутливість до сигнального компоненту, що призводить до його відторгнення;
- 4) приховування або заміщення об'єкта: емоційно важливий об'єкт може бути прихованим або заміненим іншим;
- 5) усвідомлення лише захисних відгуків на афект: сприймаються лише фізіологічні зміни або частково психологічні реакції на афект [51].

Захисні механізми, які обмежують вплив емоційних переживань на свідомість, допомагають підтримувати психологічну рівновагу, але водночас перешкоджають повноцінній обробці та регуляції емоцій. Подібні механізми активації захисту особливо використовуються у випадках, коли афекти не можуть бути свідомо пережиті через відсутність афективної толерантності.

У своїй статті «The capacity for emotional growth» (1970) E. R. Zetzel визначив афективну толерантність як здатність свідомо витримувати емоційні стани. Він зазначив, що афективна толерантність включає в себе цілий ряд ресурсів і дій, завдяки яким можливе свідоме переживання емоцій. Ця здатність базується на уявленні людини про себе та її способі інтерпретувати почуття. Періодичне пом'якшення інтенсивності емоцій сприяє можливості заспокоюватися та відновлювати емоційну рівновагу [110].

Формування патернів афективної толерантності залежить від ідентифікації дитини з батьківськими фігурами, особливо з материнською фігурою, яка виступає об'єктом любові та підтримки. Материнський об'єкт допомагає дитині витримувати сильні емоції, які самотійно вона ще не здатна опанувати, та втручається в моменти, коли ці емоції загрожують стати надмірно інтенсивними й подавляючими. У випадку, відсутності чуйного та вчасного реагування, дитина стикається з афектами, що перевищують її здатність до їхнього опрацювання та регулювання. Це, своєю чергою, формує для неї

травматичний досвід, який може мати довготривалий вплив на її емоційний розвиток і здатність до саморегуляції [139].

Тобто формування афективної толерантності, яка починається від самого народження дитини, дає змогу використовувати у майбутньому більш зрілі захисні механізми та витримувати сильні афективні переживання, а невдача цього процесу може призводити до розвитку алекситимії та використання її як примітивного захисту для знеболення та утримання поза свідомістю непереносимих переживань.

Отже, алекситимія розглядається як когнітивний дефіцит, де психічні уявлення не є повністю доступними для свідомості. Через це вони не можуть бути інтегровані в свідомий досвід суб'єкта. Нездатність до такої обробки збільшує ризик емоційних розрядок на соматичному та поведінковому рівнях, зокрема, через агресивні неконтрольовані прояви та/або самопошкоджуючу поведінку [103].

Особи з високим рівнем алекситимії часто стикаються з труднощами у визначенні та рефлексії власних почуттів, мають обмежену здатність до регуляції емоційних станів і опису своїх переживань іншим, що ускладнює отримання своєчасної допомоги. Обмежені можливості емоційної обробки знижують здатність таких осіб модулювати свої емоції за допомогою фантазій, мрій, інтересів або ігрової діяльності[123].

Емпіричні дослідження підтверджують клінічні спостереження та вказують, що люди з високим рівнем алекситимії зазвичай використовують примітивні захисні механізми, демонструють обмежену здатність до емпатії та мають дефіцит менталізації. Серед чинників, що впливають на етіологію алекситимії, значну роль можуть відігравати дитячі травми, ненадійна прихильність у ранньому віці та інші фактори, пов'язані з дефіцитом розвитку афекту і його регуляції[122].

## **1.2 Вплив порушення процесу менталізації на виникнення алекситимічних проявів**

Дослідження пов'язують виникнення алекситимічних проявів із порушенням процесу менталізації — здатності розпізнавати, інтерпретувати та інтегрувати власні та чужі емоційні стани у свідомий досвід. Нездатність до менталізації ускладнює емоційну обробку, що спричиняє труднощі у вербалізації емоцій і створює підґрунтя для розвитку алекситимії.

Менталізація є складним когнітивним процесом, який забезпечує здатність людини усвідомлювати та розуміти психічні стани, що визначають її поведінку і поведінку інших. Цей процес охоплює усвідомлення внутрішніх мотивів, намірів та емоцій, які є основою власних дій та дій оточуючих. Менталізація дозволяє інтерпретувати та оцінювати поведінку інших через власний досвід внутрішніх психічних станів, таких як наміри, емоції та думки. Процес менталізування відбувається переважно автоматично, без активного свідомого контролю, активізуючись у відповідь на соціальні взаємодії та події [78].

У психологічній літературі на різних етапах розвитку науки використовувалися різні терміни для опису ментальних процесів, близьких до сучасного поняття менталізації. Для повного розуміння еволюції ідеї розвитку мислення важливо розглянути концепції, які передували формулюванню й уточненню поняття менталізації. Ці попередні концепції стали важливими теоретичними основами, на яких базується сучасне розуміння металізації [78].

Концепція менталізації та розвиток психологічного "Я" ґрунтуються на дослідженнях видатних психоаналітиків, таких як З. Фройд, В. Біон, Д. Віннікотт, М. Кляйн та інші. Ці дослідники підкреслювали ключову роль опікунів (батьків або тих, хто доглядає за дитиною) у формуванні мислення дитини. Зокрема, вони вказували, що якісна взаємодія з дбайливим дорослим є основою для розвитку здатності дитини до менталізації. Опікун, чутливо реагуючи на потреби й емоції дитини, допомагає їй інтерналізувати цей досвід

і створює основу для формування стійкого, зрілого психологічного "Я" [21, 107].

Д. Віннікотт підкреслював, що саморефлексія у дитини виникає завдяки усвідомленню себе через призму свідомості іншої людини, особливо через емпатійну підтримку з боку опікунів. З. Фройд використовував термін "зв'язування" (Bindung) для опису процесу, який допомагає дитині переходити від розпізнавання фізичних станів до їх психічної репрезентації, що є основою для розвитку мислення. В. Біон, вважав, що панівне місце у формуванні символічного мислення займають ранні стосунки між матір'ю і дитиною. Мелані Кляйн також наголошувала на важливості ранніх емоційних взаємодій між дитиною та її опікунами, які створюють внутрішні об'єкти, що згодом стають основою для розвитку психологічного "Я" [15].

Усі ці теорії наголошували, що саме якісна взаємодія з опікуном сприяє розвитку символічного мислення, рефлексивної здатності та емоційної стабільності дитини.

У своїй концепції ментального розвитку З. Фройд розмежовував первинні та вторинні процеси як два основні принципи функціонування психіки, що мають вирішальне значення у становленні психічного апарату.

1. Первинні процеси — це несвідомі механізми, які переважають у ранньому дитинстві та відповідають за задоволення миттєвих бажань і зняття напруги без врахування реальності. Ці процеси відбуваються на основі принципу задоволення — реалізація потреб тут і негайно.

2. Вторинні потреби — ці процеси розвиваються разом із зростанням ролі свідомості, розвитком логічного мислення, здатності до аналітичного опрацювання інформації та, найважливіше, врахуванням реальних умов. Тут починає діяти принцип реальності — прийняття обмежень, що існують в реальному світі. Принцип реальності — забезпечує адекватну адаптацію до зовнішнього світу та підкорення соціальним нормам. Прийняття цього

принципу дозволяє контролювати і спрямовувати імпульси, витримувати фрустрації та знаходити прийнятні способи задоволення потреб [123].

Отже, для розвитку здорового функціонування психіки, має відбутися перехід від переваження первинних процесів до панування вторинних. Це дає змогу виражати, адаптувати та опрацьовувати потяги та імпульси.

"Зв'язування" (Bindung) Фрейда є якісним переходом від соматичних та моторних станів до ментальних репрезентацій. Цей процес включає в себе усвідомлення та диференціацію між тілесними відчуттями та внутрішніми психічними станами, що сприяє поступовому розвитку когнітивних функцій, здатності до символізації та абстракції. Проте процес репрезентації внутрішніх станів не завжди є повноцінним, оскільки можуть виникати проблеми з їхньою адекватною обробкою та вираженням [107].

Процес менталізації, який полягає у трансформації внутрішніх збуджень у психічні репрезентації, є фундаментальним у психоаналітичних дослідженнях. Тому такі концепції, як репрезентація, символізація та вторинні психічні процеси, об'єднуються під ширшим поняттям менталізації, яке охоплює всі ці рівні психічної діяльності.

М. Кляйн та У. Біон [21, 22] розвиваючи фрейдівську концепцію мислення, запропонували теорію яка близька до сучасного розуміння менталізації. Центральна ідея їхнього підходу полягає в тому, що здатність до мислення формується виключно за допомогою іншого мислячого індивіда, наголошуючи на ключовій ролі матері. Елізабет Мейнс називала це «mind-mindedness», або «материнською здатністю до розуміння психіки дитини». Цей процес є одним з важливих аспектів взаємодії немовляти та матері. Мова йде про здатність матері відслідковувати, аналізувати та інтерпретувати психічні переживання дитини, «читати» внутрішні переживання своїх немовлят та використовувати мову психічних станів у «розмові» з дитиною [9].

Ця взаємодія створює «вираження» дитини, яке не тільки відображає її уявлений емоційний стан, але й модифікує його як «репрезентацію», яка

відповідає стану дитини та диференціюється дитиною як реакція оточення на неї. Мати, віддзеркалюючи внутрішні стани дитини, одночасно позначає (називає їх) та обробляє їх, чутливо допомагаючи дитині витримувати переживання. Така уважна взаємодія допомагає дитині зміцнити розуміння внутрішнього досвіду, який на початкових етапах є недостатньо усвідомленим.

Г. Дім-Віллі [1] описувала процес трансформації «сирих» чуттєвих переживань дитини в ідеї, які можливо осмислювати, наголошуючи на важливості ролі батьків або інших опікунів, здатних "мислити за дитину". Пропонуючи власний ментальний простір опікуни створюють підґрунтя розвитку окремого ментального простору дитини. Вона підкреслювала, що дитина потребує такої взаємодії для того, щоб навчитися формулювати свої думки та відчуття, а також набути здатність до осмислення внутрішнього досвіду.

Ця взаємодія з матір'ю не тільки віддзеркалює уявлений емоційний стан дитини, а й формує його як «репрезентацію», яку дитина починає сприймати як відображення її внутрішнього стану у реакціях оточення. Такий процес, коли мати позначає, вербалізує та обробляє емоційні стани дитини, допомагає дитині розвивати здатність до витримування власних емоційних переживань. Уважна материнська взаємодія сприяє розвитку здатності до менталізації, коли дитина поступово вчиться інтегрувати емоційні стани у свідомий досвід і реагувати на них усвідомлено.

Теорія прихильності Дж. Боулбі [22] та теорія розвитку автентичного "Я" Віннікотта також підкреслювали важливість того, щоб батьки розуміли й адекватно реагували на внутрішні переживання дитини. Вони вважали, що психологічне "Я" формується тоді, коли дитина сприймає себе через реакцію іншої людини, яка визнає її як мислячу та емоційно чутливу істоту. На думку Віннікотта, якщо батьки не здатні чутливо реагувати на внутрішні стани своїх дітей, це може негативно вплинути на розвиток стійкого та автентичного почуття "Я".

Важливим етапом розвитку менталізації у дитини є здатність диференціювати соматичні переживання та психічні стани. У ранньому віці дитина ще не здатна розрізняти ці внутрішні стани: напруження може відчуватися як невизначений фізичний чи емоційний дискомфорт, що не сприймається як окремі категорії, такі як біль, страх, агресія чи задоволення. Дитина сприймає ці стани переважно через тілесні відчуття, орієнтуючись на реакції матері, яка своїм дзеркальним відображенням та коментуванням допомагає їй ідентифікувати й називати афект [30]. Це дзеркальне відображення матері дає змогу дитині поступово перетворювати фізичні та сенсорні відчуття на психічно усвідомлені стани, що сприяє формуванню здатності менталізувати свій внутрішній досвід і регулювати афект та страждання [16]. Цей процес формує у дитини здатність вербалізувати свої емоції та інтегрувати їх у свідомий досвід. Завдяки цьому, несвідомі або важкі для сприйняття та розуміння емоційні переживання отримують можливість бути представленими на свідомому рівні, що дає змогу їх психічно опрацювати.

Все це, у підсумку, сприяє розвитку здатності витримувати складні почуття та витримувати стрес, що виникає у відповідь на сенсорні або емоційні подразники. Адекватна реакція значущих дорослих на дитину у стресових ситуаціях сприяє формуванню стабільних моделей поведінки, орієнтованих на соціальну підтримку та взаємодію. Проте за відсутності такої підтримки, або якщо реакції дорослих характеризуються байдужістю, відторгненням чи негативом, дитина змушена адаптувати свою поведінку для захисту. Це може проявлятися як пригнічення емоцій для уникнення негативного досвіду або, навпаки, як підсилення провокативних та деструктивних проявів для привернення уваги. Така адаптація з часом формує неадаптивні стратегії емоційної регуляції, що значно впливає на емоційний розвиток дитини [45. 63].

Несформована здатність витримувати фрустрацію призводить до дезорганізованої поведінки, коли дитина стає неспроможною адекватно

витримувати й обробляти негативні переживання. У станах емоційної дезорганізації виникають інтенсивні афективні реакції, такі як сильне роздратування, агресія, тривога, що часто супроводжуються іншими дисфоричними емоціями. Це значно ускладнює здатність до адекватного реагування на стресові ситуації та призводить до формування нестабільних і непродуктивних стратегій управління емоційними станами, які надалі ускладнюють соціальну адаптацію та психологічну стабільність.

Французькі дослідники ментального розвитку зробили значний внесок у розуміння процесу формування зрілої здатності до мислення, розробивши підхід до менталізації, що акцентує її економічну функцію в психічних процесах. Вони вказували на важливість менталізації як механізму, який оптимізує використання психічних ресурсів, допомагаючи ефективно обробляти й інтерпретувати емоційний досвід.

P. Marty [82] розглядав менталізацію як захисний буфер, що стримує дезорганізацію психіки. В його теорії менталізація виконує роль об'єднання психічних збуджень та ментальних репрезентацій, що дозволяє регулювати та контролювати афективну стабільність психічних процесів. Мисленева діяльність дає змогу підтримувати внутрішню рівновагу, організовувати свої психічні переживання і, як наслідок, сприяє емоційній стабільності та адаптивній поведінці у взаємодії з оточуючим середовищем.

Luquet P. досліджував етапи розвитку мислення та організацію внутрішнього досвіду в рамках менталізації. У своїй роботі з теорії мови (*Le changement dans la mentalisation*, 1981), він виокремив три рівні металізації:

- перший рівень, або первинна менталізація, позначає відсутність рефлексивної функції і тісно пов'язаний із сенсорними даними та первинними несвідомими фантазіями. Хоча цей рівень має зв'язок із фізіологічними процесами, він також виконує репрезентативну функцію, проявляючись у сновидіннях, художній діяльності та іграх.

- Другий рівень — це символічна менталізація, яка вже включає рефлексію.
- Третій рівень — це вербальне мислення, яке є найбільш абстрактним і найвіддаленішим від тілесних процесів [63].

У 1990-х роках S. Lecours & M. Bouchard [72], спираючись на ідеї французької психоаналітичної школи та концепцію оператувального мислення, розробили модель менталізації. В їхній концепції менталізація розглядається як ієрархічний процес, де кожен рівень символізації все більше пов'язує тілесні збудження з образами та мовними репрезентаціями. Ця модель відображає поступове зростання рівня інтеграції несвідомих соматичних імпульсів з уявленнями, що дозволяє суб'єкту досягати більш складних психічних процесів і забезпечує когнітивну обробку емоцій.

Модель менталізації S. Lecours & M. Bouchard [72] окреслює два основні виміри обробки психічних станів:

- перший вимір вміщує різні канали вираження афективних переживань, які варіюються від фізичної активності (тілесні реакції) до візуальних образів і вербалізації. Це означає, що емоції можуть виражатися через дії або фізіологічні реакції, і поступово переходять до складніших, до символічних форм;
- другий вимір описує здатність до регуляції емоційних станів, толерантність до психічних переживань. Він починається з базових імпульсивних реакцій і доходить до абстрактних, інтегрованих форм ментальних уявлень. Цей вимір демонструє еволюцію психічних процесів від первинних, безпосередніх дій до складних когнітивних і символічних конструкцій, що дозволяють краще розуміти та керувати власними емоціями та поведінкою.

Ця модель пояснює, як психічні процеси розвиваються від фізичних дій до більш складних і рефлексивних рівнів, де емоції можуть бути проаналізовані, розуміються та інтерпретуються через абстрактні символи та

слова. Вона є важливою для розуміння прогресу психічного розвитку, оскільки вона демонструє, як людина поступово переходить від простих реакцій до складних когнітивних та емоційних уявлень.

Автори також підкреслюють, що відігрування — форма реакції, яка виникає внаслідок нестачі менталізації — може проявлятися через різні канали вираження, в тому числі, через рухові дії. Це важливий аспект для психоаналітичного розуміння механізмів психічного опрацювання та емоційної регуляції, оскільки вказує на різні рівні та форми вираження емоційних процесів.

Вплив раннього дитячого досвіду на розвиток когнітивних функцій, пов'язаних із обробкою емоцій та на афективний розвиток був глибоко досліджений R. Lane & G. Schwartz [70] у їх концепції символічного опрацювання. Вони базувалися на етапах когнітивного розвитку Піаже, наголошуючи на поступовому розвитку емоційної свідомості, що проходить п'ять рівнів. Ця модель передбачає, що емоційна обізнаність переходить від простого, невизначеного усвідомлення тілесних відчуттів до здатності впізнавати й диференціювати складні емоційні стани. На вищих рівнях людина здатна усвідомлювати поєднання емоцій та оцінювати власний емоційний стан.

Цей процес допомагає індивіду не лише розуміти свої почуття, але й керувати ними на більш свідомому рівні, що суттєво впливає на розвиток здатності до емпатії та побудови міжособистісних стосунків [122].

Н. Ruesch [109] розглядав розвиток менталізації як поетапний процес, де кожен етап розвитку базується на засвоєнні попереднього досвіду. На ранніх етапах життя дитина вчиться взаємодіяти у соціальній сфері, зокрема, переносити надлишкову напругу, пов'язану з афективними станами в простір міжособистісних відносин. Це критично важливий етап, оскільки дозволяє дитині навчитися керувати афективними переживаннями через взаємодію з об'єктами у своєму оточенні. Якщо через несприятливі об'єктні стосунки дитина не проходить цей етап повністю або частково, це може стати основою

для труднощів у подальшій здатності регулювати свої емоційні стани.

Сучасна концепція менталізації, що зародилася в 1991 році з публікації Р. Fonagy "Думаючи про мислення" [41], стала значним кроком у розвитку психоаналітичної теорії та когнітивної науки. У своїй роботі Р. Fonagy поєднав психоаналітичне розуміння символізації з філософсько-науковою концепцією теорії розуму. Менталізація, як здатність розуміти та інтерпретувати власні й чужі психічні стани, є динамічним процесом, який залежить від якості ранніх взаємин з оточенням. Окрім цього, на розвиток і зміну менталізації впливають такі фактори, як стрес і травматичні події, які можуть виникати впродовж життя.

Здатність до менталізації не є статичною — вона може змінюватися під впливом зовнішніх і внутрішніх чинників. Цей процес потребує комплексного набору когнітивних навичок, які дозволяють усвідомлювати багатогранність психічних станів. Поєднання когнітивних та афективних компонентів у процесі менталізації є ключовим, адже воно сприяє розвитку "емоційного знання", підвищуючи здатність розуміти та інтегрувати емоційні аспекти власного досвіду.

Р. Fonagy [42] визначив три ключові аспекти менталізації.

1. Способи функціонування: імпліцитний та експліцитний:

- імпліцитний спосіб менталізації є автоматичним і несвідомим процесом, за допомогою якого людина інтуїтивно уявляє власні та чужі психічні стани;
- експліцитний спосіб, навпаки, є навмисним і свідомим аналізом цих станів.

Незважаючи на те, що ці два підходи до менталізації розташовані на протилежних полюсах, вони не є взаємовиключними: обидва можуть працювати одночасно або чергуватись в залежності від контексту.

2. Об'єкти менталізації: Я та інший. Цей аспект стосується здатності уявляти психічні стани як свого "Я", так і іншої людини. Ця спроможність

базується на ряді когнітивних навичок, включаючи контроль уваги, розуміння емоцій, а також здатність робити точні висновки про суб'єктивні стани. Вона включає здатність не лише оцінювати власні думки, емоції та мотиви, але й передбачати або розуміти, що може відбуватися в психічному світі іншої людини. Зріле мислення характеризується прийняттям принципу реальності та причинності, а також сприйняттям інших, як індивідів зі своїми власними правами, хорошими та поганими якостями та здатністю бачити їх як «цілісні об'єкти», а не розщеплені «часткові об'єкти». Це дає можливість переживати амбівалентні почуття: любов, ненависть, радість і смutek, а також бути в контакті зі своєю агресією та визнавати потреби інших.

### 3. Когнітивний та афективний аспекти:

- когнітивний компонент менталізації – це здатність аналізувати та інтерпретувати психічні стани;
- афективний — забезпечує емоційне залучення, що дозволяє глибше зрозуміти як власні емоції, так і почуття інших.

Комбінація цих компонентів сприяє створенню більш насиченого та реалістичного «емоційного знання», яке є важливим для міжособистісного розуміння та емоційної інтеграції.

Ці три аспекти менталізації взаємодіють між собою, формуючи складну багатовимірну модель психічного функціонування, яка пояснює, як людина усвідомлює та інтерпретує власні та чужі психічні стани. Така модель допомагає розуміти думки, почуття й емоції, як свої, так і інших, що є ключовим для емоційної саморегуляції та міжособистісної взаємодії.

Менталізацію можна розглядати через три ключові осі репрезентацій: глибину, плинність і постійність.

1. Глибина репрезентацій відображає багатошаровість психічних уявлень, які накопичуються протягом життя на основі досвіду та взаємодій з навколишнім світом. Це уявлення про себе й інших, що утворюються на різних етапах розвитку та оновлюються новими психологічними переживаннями.

2. Плинність описує гнучкість цих уявлень і їх здатність до змін під впливом нових ситуацій чи життєвих подій. Завдяки цьому психічні уявлення не є статичними, а можуть адаптуватися відповідно до нового досвіду, що підтримує здатність людини до ефективного реагування на зміни.

3. Постійність дає можливість стабільного доступу до репрезентативного поля — цілісної номенклатури уявлень як у кількісному, так і якісному сенсі. Це забезпечує сталість психічного досвіду й усвідомлення власної ідентичності у часі [63].

Ця модель також розглядає, як психічні репрезентації керуються різними механізмами. Вона виділяє два основні принципи управління діяльністю репрезентацій:

1. Принцип задоволення-незадоволення — репрезентації формуються та змінюються в залежності від того, наскільки досвід відповідає або не відповідає базовим потребам індивіда. Уявлення, що відповідають на потреби, закріплюються, а ті, що не дають задоволення, можуть спричиняти емоційне напруження.

2. Автоматичні повторювані процеси — деякі репрезентації можуть працювати автоматично, не вимагаючи свідомого втручання. Вони стають частиною звичних реакцій, що формуються на основі попереднього досвіду, і діють на рівні підсвідомості, впливаючи на нашу поведінку та сприйняття інших людей [34, 41].

Ця інтеграція принципів задоволення/незадоволення та автоматичності дозволяє пояснити, як психічні уявлення формуються, змінюються та автоматично впливають на взаємодію з іншими людьми, а також на сприйняття ситуацій, в яких людина опиняється.

Спираючись на психологію розвитку, психоаналітичну та когнітивну теорії, Р. Fonagy висунув свої ідеї щодо розвитку менталізації у дитини. Він вказував, що менталізація у дітей розвивається за наявності надійної прихильності. Зокрема, батьки, які здатні до менталізації, активно залучають

дитину до процесу спільного афективного регулювання, що закладає основу для подальшого розвитку здатності до афективної саморегуляції. Якщо ж батьки не синхронізують свої емоційні реакції з емоційними станами дитини, це може негативно вплинути на розвиток дитини. У такому випадку дитині важко адекватно розпізнавати й виражати свої внутрішні стани, вони можуть залишатися неупорядкованими та важко керованими, що ускладнює процес емоційної саморегуляції в подальшому житті, призводить до розвитку психічних розладів [7, 13].

Ключовим етапом психічного розвитку дитини є здатність відокремлювати власні емоційні стани від станів матері, що Р. Fonagy [13] називає "автономізацією компетенції". У цьому процесі дитина поступово навчається диференціювати свої афективні переживання та фізичні відчуття від тих, які належать матері, створюючи незалежні асоціативні зв'язки між внутрішніми відчуттями та зовнішнім середовищем. Цей процес є важливим для розвитку самостійної психічної ідентичності та емоційної саморегуляції, закладаючи основу для подальшого особистісного розвитку.

З часом, Р. Fonagy et al. (2002) розширили концепцію менталізації, трактуючи її не просто як здатність усвідомлювати та розмірковувати про власні та чужі психічні стани (такі як цілі, бажання, мотиви, спонукання), а й як складну когнітивно-афективну здатність, що інтегрує багато аспектів людського досвіду [41]. Це уявлення збігається з концепцією внутрішньоособистісного та міжособистісного інтелекту, яку запропонував Н. Gardner (1983).

За Н. Gardner [46], внутрішньоособистісний інтелект відображає здатність індивіда до самопізнання та розуміння власних емоцій, мотивів і внутрішніх станів. Ця здатність включає усвідомлення своїх почуттів, відокремлення їх від зовнішніх впливів та застосування цього розуміння для прийняття рішень і саморегуляції. Люди з розвиненим внутрішньоособистісним інтелектом можуть ефективно оцінювати свої внутрішні переживання та інтегрувати їх у свідомі

процеси мислення. Вони здатні аналізувати власні емоційні реакції, розрізняти їхні причини й наслідки, а також використовувати це знання для підвищення якості свого життя і соціальної взаємодії.

Цей тип інтелекту не обмежується лише емоційною самосвідомістю, але також включає вміння рефлексувати над власними почуттями та регулювати їх на основі символічної інтерпретації. Внутрішньоособистісний інтелект передбачає не лише розпізнавання власних емоцій, але й здатність структурувати їх у логічні послідовності та використовувати для прийняття раціональних рішень [30, 52, 72].

О. Kernberg [65] у своїй роботі відрізняє менталізацію від усвідомленості, підкреслюючи, що менталізація полягає в розумінні поведінки як власної, так і чужої, через призму сенсу та інтенціональних, ціленаправлених психічних станів. Це включає особисті бажання, потреби та почуття, які впливають на взаємодію між "Я" і "іншими" й постійно змінюються у процесі взаємного впливу. Важливим аспектом менталізації є реалістичне розуміння власних психічних процесів і афективних переживань, одночасно визнаючи, що інші також мають аналогічні психічні стани.

Менталізація включає як свідомі, так і несвідомі аспекти психічних процесів, що дає змогу інтегрувати емоції та думки в контексті взаємин. Небезпечні форми прихильності, за О. Kernberg, проявляються через дезорганізацію або нерозвиненість символічної функції, що виникає під впливом сильних негативних афектів, коли символізація стає ускладненою або навіть неможливою. (отто кернберг неразделимая природа любви и агрессии)

Останні дослідження підтверджують, що порушення менталізації пов'язане з різними формами психічних розладів, причиною яких часто стає дисбаланс між когнітивними та афективними аспектами цього процесу. Такий дисбаланс може спричиняти труднощі у розумінні власних і чужих емоцій, що веде до порушення соціальних взаємодій та емоційної стабільності [30, 63].

Наші дії формуються як усвідомленими, так і неусвідомлюваними

бажаннями, думками та емоційними переживаннями. Нерозуміння зв'язку між психічними станами та їх витоками може призводити до імпульсивних, вибухових, нерациональних агресивних реакцій, оскільки людина не здатна усвідомити, що стоїть за її діями або емоційними проявами.

Р. Fonagy, А. Bateman [13] відзначили тісний взаємозв'язок між металізацією та іншими психологічними концепціями, зокрема алекситимією, підкреслюючи, що ці дві концепції є протилежними аспектами емоційної обробки, оскільки алекситимія характеризується нездатністю точно розпізнавати, ідентифікувати та описувати власні емоції на противагу здатності металізації усвідомлювати, інтерпретувати й розуміти як власні, так і чужі емоції, наміри та переконання. Люди з високим рівнем алекситимії часто мають труднощі з вербалізацією своїх почуттів і схильні до соматизації емоційного стресу, коли емоційні переживання виражаються через фізичні симптоми. Таким чином, металізація та алекситимія представляють різні полюси емоційної компетентності: перша сприяє глибшому розумінню власного внутрішнього світу та емоцій інших, тоді як друга обмежує цю здатність, створюючи труднощі у вираженні та регуляції емоцій [122].

Алекситимія розглядається як наслідок порушення процесу металізації. Емпіричні дослідження показують, що особи з високим ступенем алекситимії частіше використовують примітивні психологічні захисні механізми, такі як витіснення або заперечення, мають обмежену здатність до емпатії та афективної регуляції. Ці люди демонструють значний дефіцит металізації, що виражається у слабкій здатності розуміти і рефлексувати над своїми внутрішніми емоційними станами, а також у обмеженій здатності проявляти емпатію щодо інших (Е. Jurist, 2005) [63]. Відсутність металізаційної здатності, характерна для осіб з алекситимією, веде до обмеженого розуміння емоцій і перешкоджає ефективній регуляції афектів, що часто проявляється в непередбачуваних афективних спалах.

Таким чином, недостатня металізація є основною передумовою для

розвитку алекситимії, що обмежує можливості для ефективного емоційного функціонування і призводить до психічних та емоційних дисфункцій [122].

До ключових компонентів етіології алекситимії належать фактори розвитку, зокрема травматичні події в дитинстві та ненадійна прихильність батьків. Ці фактори мають значний вплив на когнітивну обробку, формування афекту та його регуляцію. Травми в ранньому віці та дефіцит емоційної підтримки від значущих дорослих можуть перешкоджати розвитку здатності до менталізації, що в свою чергу обмежує можливість ефективного вираження та розуміння власних емоцій. Останні дослідження підтверджують, що психічні розлади, зокрема алекситимія, тісно пов'язані з дисбалансом у цих аспектах розвитку емоційної та когнітивної регуляції [63, 65].

Р. Fonagy (2002), Е. Meins (2010) відзначали, що оскільки творча уява та ефективні навички регулювання емоцій та інші менталізуючі здібності частіше виникають у контексті безпечних стосунків прихильності можна було б очікувати, що розвиток алекситимії може бути залежним від досвіду прихильності в дитинстві та можливості металізувати [41, 85].

Подальші дослідження надали емпіричну підтримку зв'язку між менталізацією, алекситимією та прихильністю (Scheidt et al., 1999; Bekendam, 1997; De Rick i Vanheule, 2006; Montebanocci et al., 2004; Troisi et al., 2001) [89]. У цих дослідженнях оцінювали психічні уявлення про прив'язаність, що демонстрували вплив переважаючих стратегій регуляції афектів. Результати підтвердили, що алекситимія має позитивну асоціацію з ненадійною прихильністю, і водночас негативно корелює з надійною прихильністю. Іншими словами, люди, схильні до алекситимії, зазвичай мають досвід порушення у формуванні прив'язаності, що відображає дисфункціональні стратегії регуляції емоцій.

Тобто, відсутність безпечних, надійних стосунків прихильності та порушення розвитку процесу менталізації впливають на виникнення алекситимічних проявів і, характерним для алекситимії відсутності символічних

структур, за допомогою яких людина могла б уявляти свої бажання та афективні стани. J McDougall [83] вважала, що особи з алекситимією «часто показують малу кількість спонтанного фантазування» і що їм може не вдаватися розвивати докладні фантазії про себе та про свої об'єкти і результатом цього може бути роботоподібне існування, яке є зверх адаптацією (суперадптацією) до реальності. У людей з алекситимією заблоковане спостереження та вербалізація їх станів, а алекситимічний різновид мови є скоріш дією ніж засобом символізації думки або афекту. Тобто, людям, які не усвідомлюють свої почуття, складно зменшити емоційне збудження, особливо коли вони знаходяться у стані стресу.

О. Kernberg [65] підкреслює, що порушення нормального процесу менталізації може призвести до того, що людина опиняється в стані, коли її психічний стан повністю визначається моментом. У таких випадках вона стає "заручником" своїх поточних емоцій, і її саморефлексія стає неможливою через відсутність інтегрованого "Я". "Я" немає змоги утримувати когнітивну рамку, яка б дозволила "пережити" інтенсивні і суперечливі емоційні стани, що у підсумку, призводить до емоційної дезорганізації під час сильних афективних сплесків. О. Kernberg вказує, що така ситуація виникає в наслідок нездатності суб'єкта інтегрувати свої афективні стани, що є результатом недостатнього розвитку процесу металізації та виникнення алекситимічного розладу. Отже, недостатня менталізація може значно вплинути на формування алекситимічних рис. Ненадійна прихильність у дитинстві залишає людину без ефективних стратегій регуляції емоцій, що підвищує ймовірність виникнення алекситимії в дорослому віці [53, 55].

Дефіцит менталізації, що характерний для осіб з алекситимією призводить до обмеження здатності людини до інтеграції емоційного та когнітивного досвіду, що робить її вразливою до емоційної дезорганізації в стресових ситуаціях. У таких випадках люди часто не мають можливості відображати та аналізувати свої внутрішні стани, що, в свою чергу, може

сприяти розвитку психічних розладів.

Відсутність символічної обробки емоційних переживань призводить до примітивних захисних механізмів, таких як уникнення або дезактивація емоційних реакцій або до перебільшених афективних спалахів, наприклад сильного роздратування, ауто агресивної поведінки або гніву [84, 63, 58].

Таким чином, дисфункція менталізації є критичним фактором у розвитку алекситимії та інших емоційних розладів, що впливають на здатність людини до регуляції власних афективних станів і взаємодії з оточуючими.

### **1.3. Поняття агресії в клінічній психології та її зв'язок з алекситимією**

Дослідження психологічних механізмів, що визначають агресивну поведінку, є важливим науковим завданням. З точки зору розвитку, агресія вважається вродженою схильністю, яка може виконувати як адаптивну, так і дезадаптивну функцію (Fonagy, 2003; Nagin & Tremblay, 2001). Адаптивна агресія спрямована на досягнення цілей, таких як виживання, захист від загроз та протест проти несправедливості. Водночас неадаптивні прояви агресії пов'язані з порушеннями в регуляції агресивних імпульсів та нездатністю спрямувати їх на конструктивні цілі [106].

Порушення механізмів спрямування та регуляції агресивних тенденцій призводить до виникнення деструктивної поведінки. Деструктивна поведінка має широкий спектр проявів від тенденцій імпульсивної агресії до хронічних спалахів гніву та насильницьких дій. (Fonagy, 2003)

Агресивні стани часто викликаються ситуаціями, які є аверсивними або стресовими (Berkowitz, 1984, 1989; Carlson & Miller, 1988; Dollard, Doob, Miller et al., 1939) [19]. Агресивні стани є нормальним аспектом людського життя, які виконують функцію сигнальної системи. Проте, складно регульовані агресивні прояви мають інший механізм та вирішують інші задачі. (Garofalo & Wright, 2017; Robertson, Daffern, & Bucks, 2012) [28]. Порушення здатності

ідентифікувати та описувати почуття, складнощі у рефлексуванні, зовнішньо орієнтований стиль мислення та низький рівень емоційної диференціації (що є частиною концепції менталізації) збільшують ризик використання дезадаптивної стратегії, а саме, агресії у відповідь на відчуття фрустрації, розчарування, страху та інших нестерпних почуттів.

Згідно з концепцією K. Gratz & L. Roemer (2004) [52], порушення емоційної регуляції можуть виникати у різних, але взаємопов'язаних сферах емоційного функціонування. Серед таких сфер виділяють;

- емоційну обізнаність, що включає здатність усвідомлювати й розпізнавати власні емоції;
- емоційну ясність — чітке розуміння емоційних станів;
- прийняття емоційних станів — готовність приймати емоції такими, якими вони є, без спроб їх пригнічувати або уникати.

Дослідження останніх десятиліть пов'язують порушення регуляції емоцій з тенденцією вдаватися до агресивних реакцій. У роботах з клінічної психології, агресія розглядається як спосіб екстерналізації нестерпних емоцій за відсутності адаптивних способів «взаємодіяти» з ними (Elison, Garofalo, & Velotti, 2014; Robertonetal., 2012) [131]. Розглядаючи зв'язок між порушенням регуляції емоцій та агресією, прослідковуються тенденції швидкого, різкого, надмірного реагування на відчуття невдоволення (загрози), що виражається у агресивних проявах, сильно навантажених емоціями (Robertonetal., 2012) [104].

Проведені дослідження дають змогу визначити можливі предикторні змінні для оцінювання ризику виникнення реагування в такий спосіб та побудови підкваліфікаційних систем агресії.

Окреслення та опис підкваліфікаційних систем, в свою чергу, дає змогу більш прицільно розглянути типи агресії та визначити асоційовані з кожним типом емоційні реакції [55].

B. Vitiello, D. Stoff (1997) [133] теоретизували два типи агресії.

1. Проактивна агресія — контрольована, інструментальна або хижацька агресія. Вона характеризується цілеспрямованістю та плануванням дій і, зазвичай, супроводжується помірними емоційними реакціями.

2. Реактивна агресія — імпульсивна, афективна агресія, пов'язана з сильними, неконтрольованими емоційними реакціями та імпульсивністю. Відсутність контролю над імпульсами при цьому типі агресії є значним фактором ризику для агресивної поведінки (Nestor, 2002) [91].

Ці два типи агресії пов'язані з порушенням регуляції емоцій. Перший тип асоціюється з помірними емоційними реакціями, а другий з загостреними, імпульсивними емоційними реакціями, де відсутність прогнозованого контролю над імпульсами є фактором ризику виникнення агресивної поведінки [87, 91].

Проактивна агресія, яку також називають «інструментальною агресією» передбачає відсутність емпатії, не завжди включає негативний стан та визначається як неемоційна, контрольована. Притаманним для цього типу агресії є планування заздалегідь, в її основі лежить ініціювання, а не відповідь на потенційну або реальну провокацію на відміну від імпульсивної агресії. Основним мотивом цієї агресії виступає досягнення мети та очікування винагороди: домінування, прояв влади, отримання статусу, заволодіння цінними речами (Euler, Steinlin and Stadler, 2017) [66].

Реактивна агресія, (далі «імпульсивна агресія») характеризується високим емоційним збудженням та тривогою. (Bubier and Drabick, 2009; Raine et al., 2006) Цей тип агресії є погано контрольованим і, як правило, виникає як імпульсивна реакція у відповідь на очікування потенційної провокації або відчуття загрози. (Houston, Stanford, Villemarette-Pittman et al., 2003; Kemps,. Хоча ці дві конструкції пов'язані між собою (Raine et al., 2006) і можуть мати спільні кореляти, до яких відносять: порушення прив'язаності, психотравмуючі події, занедбане ставлення до дитини, насильство в родині,

вживання наркотиків та інше (Connor et al., 2003), проте існують також унікальні фактори ризику, пов'язані з кожною формою агресії. Наприклад, для імпульсивної агресії характерні: різкі та непрогнозовані зміни реакцій, упереджене ставлення до міжособистісної взаємодії (Brugman et al., 2015; Connor et al., 2003); для проактивної агресії, в свою чергу, притаманний низький рівень когнітивної та афективної емпатії. (Brugman et al., 2015; Euler, Steinlin, and Stadler, 2017). Отже, ці два типи агресії мають концептуальні відмінності [36, 39].

Репрезентативні прояви цих двох типів (реактивної та імпульсивної) агресії можуть перетинатися, дії насильницького та нападницького характеру можуть мати як імпульсивні, так і інструментальні особливості. Наприклад, агресія може відбуватися раптово і не заплановано у відповідь на припущення щодо провокації з ворожим або гнівним афектом, але, тим не менш, вкрай контрольовано, з явною метою, наприклад, залякування або демонстрації сили.

Підсумовуючи слід зазначити, що незважаючи на те, що деякі автори (Raine et al., 2006), (Connor et al., 2003) відзначають зв'язок між цими двома підтипами, вказуючи на те, що імпульсивні та інструментальні форми агресії можуть часто співіснувати і бути взаємопов'язаними, проте їм притаманні різні (нюансові) властивості. Наприклад, проактивна агресія позитивно асоціюється з психопатією, фізичною агресією та насильницькими злочинами, а імпульсивна, в свою чергу, з тенденцією до надмірної агресивного реагування на фрустрацію, тривогу та упередженим приписуванням ворожого ставлення з боку інших людей. На відміну від адаптивної агресивної поведінки – агресії заради самооборони – імпульсивна агресія є дезадаптивною, вона виникає як примітивний захист у відповідь на неприйнятні переживання, які переповнюють індивіда та для яких він не має «слів» [8]. Агресія, в деяких випадках, може бути неявною та не спостерігатися, то ж можливо припустити, що вона може бути подавленою та проявлятися в будь який момент як

непередбачувана імпульсивна реакція, наприклад, приступи гніву та аутоагресивна поведінка [93, 104].

Дослідження агресії зосереджували увагу на аналізі взаємозв'язку між основними компонентами агресії та імпульсивності для більш точного розуміння механізмів формування імпульсивних тенденцій і їхнього зв'язку з агресивними реакціями. Такий підхід сприяє ідентифікації специфічних факторів, що лежать в основі агресивної поведінки, і дозволяє уточнити, як імпульсивні характеристики можуть посилювати схильність до агресивного реагування. У своєму дослідженні Marc D. Levi, David S. Nussbaum та Jill B. Rich, вивчаючи типологію агресії, зокрема непередбачувану агресію, відзначають реляційний зв'язок між агресією та імпульсивністю. Їх висновки підтримують уявлення про те, що агресія може мати різні прояви залежно від рівня імпульсивності, вказуючи на важливість урахування цих індивідуальних особливостей у типології агресивної поведінки [38, 74].

Імпульсивність є відомою конструкцією в більшості теорій особистості, що характеризується швидкими, незапланованими реакціями у відповідь на внутрішні або зовнішні подразники без зупинки на обдумування наслідків реакції для себе та інших; імпульсивність відображує порушення саморегуляції. (Hamilton et al., 2015; Moeller, Barratt, Dougherty, Schmitz, & Суонн, 2001) [12, 55]. У рамках психопатології розвитку імпульсивність трактується як загострення типової риси, яка характеризується індивідуальними відмінностями у загальній популяції.

М. Оquendo, J. Mann (2000) [94] визначають імпульсивність як "тенденцію мати коротку затримку перед реакцією на спонукання" і наголошують, що у крайніх проявах, наслідками можуть бути завдання шкоди собі чи іншим. Отже, у клінічній психології імпульсивність вважається однією з основних характеристик, притаманних дезрегуляції поведінки. Однак її визначення може варіюватися через перетин із агресивністю. Термін «реактивна (імпульсивна) агресія» здебільшого використовується для

позначення взаємозв'язку між імпульсивністю та агресивною поведінкою. Проте в літературі це поняття інтерпретується непослідовно: в одних випадках воно розглядається як єдиний фенотиповий вимір, в інших — як комбінація різних особистісних характеристик.

До конструкції імпульсивності входить два компоненти: когнітивний та поведінковий.

Когнітивний компонент визначається:

- складністю концентруватися;
- підвищеною мотиваційною збудливістю;
- неспроможністю враховувати контекст ситуації під час прийняття рішень;
- відсутністю здатності до планування як короткострокових, так і довгострокових цілей.

Поведінковий характеризується:

- нездатністю гальмувати необмірковані, імпульсивні дії;
- труднощами з відтермінуванням задоволення потреб [51,75].

Ці аспекти разом формують імпульсивність як схильність до недостатнього обмірковування та обмеженого контролю над поведінкою, що проявляється в нестриманих і миттєвих реакціях.

Дослідження останніх років демонструють концептуальну спорідненість між імпульсивністю та агресією (Berkowitz, 1993). Був виявлений зв'язок між агресивними властивостями та поведінковою імпульсивністю (Fossati et al., 2007; Velotti, Garofalo, Petrocchi, et al., 2016). Крім того, дослідження повідомляли про результати, що пов'язують аспекти імпульсивності та індекси агресії (Hecht & Latzman, 2015; Lynam & Miller, 2004). Також результати досліджень свідчать, що імпульсивність є вагомим предиктором як агресивних рис, так і епізодів агресивної поведінки серед пацієнтів. (Bousardt, Hoogendoorn & Nijman, 2016; Tonnaer, Cima, & Arntz, 2016) [19, 23, 28].

У науковій літературі імпульсивну агресію трактують у різний спосіб: як окремий "рисоподібний" вимір (Cossaro et al., 1989), як підкатегорію імпульсивної поведінки (наприклад, "імпульсивність з агресивною спрямованістю") або як підкатегорію агресивних проявів (наприклад, "раптова, незапланована агресія"). Існують також підходи, які розглядають імпульсивну агресію як комбінацію або взаємодію декількох окремих рис. (Derue&Lenzenweger, 2001). Проте межі кожного терміна не є чіткими і мають перетин за визначенням, розглядаючи термін під різними кутами. Крім того, є розмежування агресивних дій, які спрямовані на інших або проти себе (аутоагресія, до якої відносяться форми самонехтування, парасуїцид та самогубство) [32, 114].

Отже, використовуючи поняття імпульсивної агресії, ми розуміємо в цьому контексті, імпульсивність не як рису характеру, а як одну з форм непередбачуваної агресії. Цей конструкт є сталим, але його елементи можуть бути не взаємопов'язаними. Тобто, не всі агресивні дії є непередбачуваними та незапланованими, так само як і не кожен індивід з імпульсивною рисою характеру буде проявляти агресію без контролю [14].

Імпульсивна агресія пов'язана з високим рівнем збудження, який є не пропорційним реальній або уявній провокації і, як правило, виникає як імпульсивна реакція у відповідь на розчарування або ідею провокації. Вона відзначається автоматичною реакцією на стимул, практично не витрачаючи часу на розмірковування про свої дії та можливі наслідки, які можуть спричинити ці дії. Ця вибухова реакція перевищує нормальний та відповідний рівень емоцій для ситуації [8]. Завданням такої реакції є — придушення нестерпних афективних станів. Цей підтип агресії супроводжується проявами люті, гніву та ворожості. Тобто, ця реакція може бути непропорційною відповіддю на провокацію (реальну або уявну).

На відміну від адаптивної агресії, що спрямована на самооборону, імпульсивна агресія є дезадаптивною, оскільки виникає поза соціально

допустимими обставинами. У цьому випадку імпульсивність виступає фактором, що підвищує ризик саморуйнівних і агресивних дій [9].

Попри наявність переконливих доказів зв'язку між поведінковою імпульсивністю й агресією, залишається потреба у виявленні додаткових факторів, які можуть модулювати цей зв'язок. Останніми роками значно зросла кількість досліджень і теоретичних робіт, спрямованих на вивчення індивідуальних відмінностей, що сприяють підвищеній агресивності, труднощам із саморегуляцією та порушенням процесів менталізації (Anderson & Bushman, 2002; Denissen, Thomaes, & Bushman, 2017; Fonagy, 2003) [42].

Згідно з результатами досліджень, алекситимія відіграє ключову роль у цьому зв'язку, оскільки вона може порушувати регуляцію емоцій, провокуючи імпульсивні реакції та агресивні спалахи. Алекситимія, яка характеризується труднощами в ідентифікації та вербалізації емоцій, призводить до того, що негативні емоції залишаються непропрацьованими та часто трансформуються в соматичні або імпульсивні прояви. Внаслідок нездатності до менталізації та розуміння власних афектів, особи з високим рівнем алекситимії не можуть ефективно стримувати агресивні імпульси, що призводить до підвищеної імпульсивності й агресивної поведінки [38, 39].

Крім того, алекситимія корелює зі зниженою здатністю до рефлексії та когнітивної обробки емоцій, що підсилює тенденцію до безпосередніх, непослідовних агресивних реакцій у відповідь на стресові стимули. Недостатня розвиненість механізмів емоційної обізнаності у таких осіб значно ускладнює саморегуляцію, збільшуючи ймовірність дезадаптивних відповідей на негативні емоційні переживання, таких як імпульсивні спалахи агресії чи нестримана поведінка [28, 32] .

У контексті алекситимії, імпульсивність зумовлена нездатністю усвідомлювати, диференціювати та регулювати афективні стани. Зокрема, тривога може сприйматися як фізичний дискомфорт, почуття голоду або відчуття печіння у грудній клітині. Агресивні переживання, що не проходять

ментальну обробку, можуть негайно трансформуватися в агресивні дії, спрямовані як на себе, так і на оточення [11, 12, 18].

Оскільки, алекситимія асоціюється зі зниженою здатністю до рефлексії та труднощами в обговоренні почуттів — це робить її важливим фактором ризику для дезадаптивних емоційних реакцій. Вона призводить до нездатності розділяти та розуміти джерела виникнення емоцій, а також до недостатніх навичок емоційної регуляції, може виступати предиктором імпульсивного агресивного реагування. (Loas et al., 2015; Nemiah and Sifneos, 1970; Taylor et al., 1997).

В. Vitiello & D. Stoff (1997) [133] відмічали, що дослідження взаємозв'язку між алекситимією та кожною формою агресії може пролити світло як на причини агресії, так і на характер алекситимії. Обидві форми агресії походять від емоційних порушень: імпульсивна агресія є «емоційною» формою агресії, а проактивна — «неемоційною» з відсутністю емпатійних переживань. Дослідження, які проведені на цей час пов'язують алекситимію виключно з імпульсивною агресією. Проактивна агресія іноді має помірну асоціацію з імпульсивністю, тому можливо припустити, що через зв'язок алекситимії з імпульсивними спалахами, вона пов'язана лише з імпульсивною формою агресії. Саме імпульсивність є ключовим аспектом зв'язку алекситимія — агресія. Дослідження [131, 133] алекситимії показали, що вона асоціюється з імпульсивністю, яка в свою чергу сама по собі пов'язана з імпульсивною агресією. А для проактивної агресії, навпаки, загалом характерна продуманість та спланованість, тому зв'язок між алекситимією та імпульсивністю не підтримує ідею зв'язку між алекситимією та цією формою агресії.

Для осіб із алекситимічним дефіцитом характерні раптові спалахи смутку або гніву, які є імпульсивними й виникають без усвідомлення причин цих інтенсивних емоційних проявів. Емоції при алекситимії відчуються ізольовано від слів та образів, що зумовлює дефіцит свідомих переживань і створює труднощі з їх ідентифікацією та вербалізацією. І такий колапс

символічного функціонування призводить до втрати психічної здатності вставляти думку між імпульсом і дією. За відсутності можливості символічного представлення ментальних процесів увесь емоційний зміст переживання може безпосередньо «затоплювати» особистість, справляючи катастрофічний вплив [55,58].

Наслідком цього дефіциту є схильність до більшого емоційного збудження у відповідь на емоційні подразники. Переживання емоцій відбувається досить інтенсивно. Все це у підсумку, робить агресію непередбачуваною та імпульсивною (Blair, 2001) [101, 106].

Підсумовуючи, дослідження зв'язку між алекситимією та імпульсивною агресією підтверджують позитивну кореляцію між цими феноменами [64, 66]. Особи з підвищеним рівнем алекситимії часто відчують інтенсивні негативні емоції, але стикаються з труднощами в їх ідентифікації та осмисленні, що впливає на їх реакцію на такі емоційні стани. Нездатність до рефлексії та вербалізації почуттів, що є важливою складовою менталізації, підвищує ймовірність використання дезадаптивних стратегій поведінки як відповідь на фрустрацію чи розчарування. Оскільки імпульсивна агресія часто викликана сильними негативними емоціями, алекситимія може підсилювати схильність до імпульсивної агресії, обмежуючи здатність особи до конструктивної, неагресивної реакції на емоційний стрес [39, 55].

#### **1.4. Алекситимія та агресія як предиктори суїцидальної поведінки у осіб з депресивними розладами**

Дослідження депресії та пов'язаних з нею ризиків має давню традицію. Протягом існування людства, використовуючи різні підходи, різні теоретичні конструкції та термінологію, відбувалось вивчення депресії з різних сторін: філософської, соціальної, психологічної, медичної, етнічної та інших.

Національний інститут ментального здоров'я описує депресію як один із

найпоширеніших психічних розладів, що включає пролонгований пригнічений настрій та втрату інтересу до життєдіяльності — стан, що триває більшість часу протягом не менше двох тижнів. Він може включати почуття смутку, безнадії, втому, проблеми з концентрацією, порушення сну та навіть думки про смерть або самогубство.

Всесвітня організація охорони здоров'я дає наступне визначення депресії: «депресія — складний психічний розлад, характеризується тривалим почуттям смутку, втратою інтересу до звичних занять, когнітивними та фізіологічними змінами. Депресія впливає на здатність людини функціонувати в повсякденному житті» (ВООЗ, 2023).

До основних симптомів відносять:

- пригнічений стан;
- ангедонію;
- дратівливість;
- порушення концентрації;
- почуття безнадії;
- порушення сну;
- зміну апетиту;
- думки про самогубство.

Депресія може супроводжуватися такими симптомами: біль без очевидної причини, ідеаторне та рухове гальмування, соматовегетативні дисфункції та тривожне збудження. Крім того, депресія може погіршувати перебіг супутніх захворювань, зокрема діабету та серцево-судинних розладів, посилюючи їх негативний вплив на організм.

Стан, близький до депресії, — дисфорія — характеризується стійкою напругою, похмурістю, невдоволенням собою та оточуючим середовищем. Дисфорія сприяє виникненню агресивних і аутоагресивних проявів. Вона часто супроводжується відчуттям внутрішнього конфлікту та подразнення, що може

виявлятися у різких змінах настрою, ворожих діях щодо оточення або самого себе [17, 102].

Депресія може супроводжуватись деструктивною руйнівною поведінкою при меланхолічних раптусах з раптовим вибухом афекту, коли людина переживає гостре відчуття болю, туги та відчаю, що може призвести до виражених суїцидальних ризиків. Ці емоційні сплески відбуваються через накопичення негативних почуттів, які досягають піку та проявляються у вигляді різкого і неконтрольованого емоційного вибуху, що може супроводжуватись небезпечними для життя діями [75].

Оскільки, депресія може призводити до думок та поведінки, пов'язаних із самогубством, вона традиційно залишається в центрі уваги сучасної медицини та клінічної психології. Дослідження суїцидальної поведінки підтверджують, що вона відносно високо корелює з низкою розладів, включаючи депресію (Black & Winokur, 1986; Evans & Farberow, 1988) [37].

Узагальнене визначення самогубства як акту навмисного припинення власного життя (Nock, Borges, Bromet et al., 2008; Shneidman, 1985), не відповідає складності концепції та численному використанню термінів у дослідженнях; номенклатура суїцидальних ідей та поведінки залишається предметом обговорень та дискусій в психіатричному та психологічному полі (DeLeo, Burgis, Bertolote et al., 2006; O'Carroll, Berman, Maris et al., 1996; Silverman, Berman, Sanddal та ін., 2007a, 2007b; див. також Heilborn, Compton, Daniele et al., 2010) [92, 112].

Суїцид — це складна поведінка, яка, ймовірно, є кінцевим результатом взаємодії кількох різних факторів. Прогнози суїцидальної поведінки та факторів ризику включають історію попередніх спроб самогубств, обтяженість спадковістю, клінічний діагноз, поведінкові симптоми та проблеми, пов'язані з медичною та соціальною підтримкою (Apter & Wassermann, 2003; Barraclough & Pallis, 1975; Beck, Steer, Kovacs et al., 1985; Fawcett, Scheftner, Clark et al., 1987). Незважаючи на низьку специфічність, наявність

психопатології є, мабуть, найважливішим предиктором самогубства. Відповідно, приблизно 90% випадків самогубств відповідають критеріям психічного розладу (особливо важкої депресії) (Arsenault-Lapierre, Kim, & Turecki, 2004; Cavanagh, Carson, Sharpe et al., 2003) [17, 37].

Однак наявність психопатології не є тотожним наявності суїцидальних намірів, думок та поведінки. Оскільки не усі пацієнти з психічними розладами роблять спроби самогубств, то здається, що хоча психічний розлад і може бути необхідним фактором ризику для самогубства, він сам по собі недостатній, так як серед тих, хто намагається здійснити самогубство є ті, хто не страждає від психопатології так і, навпаки, є пацієнти з психічними розладами, які ніколи не мали історії суїцидальної поведінки. Тому одним з найбільш актуальних питань клінічних досліджень у галузі суїциду є визначення того, які фактори, крім психічних розладів схиляють людину до самогубства.

Афективна нестабільність, імпульсивність та суїцидальна поведінка тісно пов'язані між собою, оскільки емоційна нестабільність є значним фактором ризику розвитку суїцидальних думок та сприяє їх реалізації. Дослідження підтверджують, що особи з високим рівнем імпульсивності та значними коливаннями настрою мають підвищений ризик до суїцидальної поведінки [75]. Імпульсивність розглядається як одна з важливих характеристик, яка сприяє швидкому переходу від суїцидальних думок до їх фактичної реалізації. Одна з теорій, що пояснює цей зв'язок, передбачає, що імпульсивність може бути наслідком емоційної дисрегуляції або виступати ко-фактором, що посилює ризик небезпечної поведінки, включаючи суїцидальну поведінку. Таким чином, наявність емоційної дисрегуляції у поєднанні з імпульсивністю значно збільшує ризик суїцидальних спроб [134, 135].

Дослідження підкреслюють важливу роль агресивності як чинника, що сприяє суїцидальній поведінці. Було встановлено, що особи з підвищеним рівнем агресивності та депресивних симптомів частіше здійснюють суїцидальні спроби. Крім того, дані свідчать, що імпульсивність збільшує ймовірність

переходу від суїцидальних думок до дій. На основі цих результатів висунуто гіпотезу про те, що висока імпульсивність та агресивність можуть диференціювати осіб, які здійснили спробу самогубства, від тих, хто лише має суїцидальні наміри [75, 80].

Також Paris J. у своїй статті "The development of impulsivity and suicidality" [99] висловив гіпотезу, що суїцидальність може бути результатом взаємодії зовнішніх факторів (імпульсивність) та внутрішніх аспектів (емоційна нестабільність) психопатології. В данній роботі, вказується на тісний зв'язок між коливаннями настрою, що супроводжуються змінами інтенсивності емоцій, та імпульсивністю. Зокрема, було виявлено, що особи з високим рівнем мінливості настрою та інтенсивними негативними емоційними переживаннями частіше демонстрували суїцидальну поведінку та здійснювали суїцидальні спроби.

Таким чином, підвищена імпульсивність та агресивність виступають ключовими характеристиками, які відрізняють осіб, що здійснили суїцидальні спроби, від тих, у кого були лише суїцидальні ідеї. Це вказує на необхідність врахування цих рис у клінічній практиці, з метою зниження ризику переходу від суїцидальних думок до дій.

R. Plutchik та інші науковці розробили двоступеневу модель суїцидальної та агресивної поведінки, що передбачає спільне походження цих проявів як виразу одного і того ж агресивного імпульсу. Дослідження також свідчать, що особи з дефіцитом у широкому спектрі навичок регуляції афекту (Glenn & Klonsky, 2009; Salsman & Linehan, 2012) часто демонструють інтенсивні та швидко змінні негативні емоції (Santangelo, Bohus, & Ebner-Priemer, 2012), особливо в міжособистісних ситуаціях (Berenson, Downey, Rafiaeli, Coifman, & Raquin, 2011; Chapman, Walters, & Dixon Gordon, 2012) [102. 1036 105].

Такі дисрегульовані емоції, наприклад, під час міжособистісного конфлікту можуть призводити до імпульсивних та деструктивних спроб відновити контроль, що проявляється у формі психологічної чи фізичної

агресії, спрямованої як на інших, так і на себе. Ця агресія може бути не лише відповіддю на невирішені проблеми, а й реакцією на відчуття вразливості, де будь-яка перешкода або фрустрація може сприйматися як особистісний дефект. Відчуття неповноцінності, яке виникає в результаті цього, може стимулювати словесну або фізичну агресію та спонукати до самопошкоджуючої поведінки як засобу уникнення цих почуттів [118].

Емпіричне дослідження А. Fossati et al. (2009) [43] підтверджують, що аспект труднощів у виявленні емоцій, властивий алекситимії, тісно пов'язаний з імпульсивною агресією. Дослідження демонструє, що алекситимія, особливо у частині труднощів із розумінням та вираженням емоцій, корелює з проявами імпульсивної агресії. Цей висновок узгоджується зі спостереженнями Немія, Фрейбергера та Сіфнеоса, які відзначили, що пацієнти з алекситимією можуть проявляти неконтрольовані спалахи руйнівного гніву, що відбуваються раптово, без попередніх емоційних сигналів.

К. Nonkalampi et al., (2000) у своєму дослідженні констатують, що алекситимія пов'язана з широким спектром психічних станів, зокрема депресією. І враховуючи, те що алекситимія асоціюється з підвищеним рівнем агресивності, то алекситимія не тільки ускладнює процес емоційного саморегулювання, але й може стати каталізатором для агресивної поведінки, особливо у тих випадках, коли емоції накопичуються та не знаходять відповідного виходу [48, 58, 122].

Згідно з дослідженнями, особи з алекситимією часто демонструють підвищений рівень психологічного страждання, тривожності, депресивних симптомів і можуть мати вищий ризик розвитку суїцидальних ідей та поведінки. Алекситимія розглядається як відносно стабільна риса особистості, що підвищує вразливість до депресії, тривожних станів та суїцидальної поведінки [131, .

У клінічних дослідженнях пацієнтів з психічними розладами [116, 128, 130] було встановлено, що алекситимія значно збільшує ризик суїцидальної

поведінки, головним чином через схильність до депресії. Особливо це стосується пацієнтів з тривожними розладами, obsесивно-компульсивним розладом, розладами харчової поведінки та розладами настрою, такими як депресія та біполярний розлад. Вивчення історій хвороби пацієнтів, які намагалися здійснити суїцид, показує, що хоча алекситимія не завжди є домінуючою рисою серед суїцидентів, вона тісно пов'язана з депресивними симптомами, які, в свою чергу, підвищують ризик суїцидальної поведінки.

У своєму дослідженні Edwards & Wupperman (2016) встановили, що порушення регуляції емоцій опосередковував вплив алекситимії (яка проявляється як слабка диференціація емоцій) на агресивну поведінку. Результати досліджень свідчать, що порушення емоційної регуляції, зокрема нездатність витримувати інтенсивні «затоплюючі» емоції, а також поведінкова та когнітивна імпульсивність опосередковують зв'язок між алекситимією та агресією (Velotti, Garofalo, Petrocchi та ін., 2016). *Emotion regulation and aggression*

До факторів які можуть впливати на взаєзв'язок алекситимія – агресія можна віднести низьку самооцінку, оскільки було встановлено, що порушення регуляції емоцій може опосередковувати взаємозв'язок між самооцінкою та агресією (101). Більш конкретно, виявлено, що низька самооцінка асоціюється як з алекситимією, так і з агресією (102, 103). Більш високий рівень соціальної підтримки може послужити гальмуванню взаємозв'язку між алекситимією та агресією, оскільки встановлено, що вищий рівень соціальної підтримки захищає від розвитку насильства (104).

Оскільки, люди з алекситимією відчують труднощі у виявленні та описі своїх емоційних переживань, у них виникають складнощі у повідомленні іншим про те, що саме викликає у них страждання та біль і якої допомоги вони потребують.

Алекситимія є конструкцією окремою та відмінною від конструкції депресії, проте дослідження виявили, що показники алекситимії помірно

корелювали з показниками тяжкості депресії. Підсумовуючи, на сьогоднішній день дослідження показують, що алекситимія та депресія — це різні, але тісно пов'язані конструкції [111, 58]. Депресія та алекситимія часто розглядаються як взаємопов'язані явища, оскільки деякі автори припускають, що алекситимія може бути проявом депресії. Проте, існує кілька теоретичних підходів до цього взаємозв'язку. Один з них — це гіпотеза вразливості, яка стверджує, що алекситимія є фактором ризику розвитку депресії. Інший теоретичний підхід — гіпотеза реактивності, яка припускає, що депресія є причиною виникнення алекситимії, і алекситимічні симптоми розвиваються, як наслідок, на фоні депресивних станів. Також існує теорія, що ці явища можуть просто співіснувати, не обов'язково маючи причинно-наслідкові зв'язки між собою [59, 61].

Згідно з дослідженнями, високі показники алекситимії є предиктором розвитку депресії, ці висновки підтверджують гіпотезу вразливості. Однак остаточні заключення стосовно причинно-наслідкових зв'язків між алекситимією та депресією мають бути ще досліджені, так як залишається відкритим питання, чи може алекситимія виникати як вторинний феномен у відповідь на психопатологію, зокрема депресію [54, 57, 56, 61].

Таким чином, хоча більшість досліджень вказує на те, що алекситимія є первинною та сприяє розвитку депресії, важливо також розглянути можливість того, що алекситимія може бути наслідком депресивного стану. Це потребує подальших досліджень для точного визначення причинно-наслідкових зв'язків.

Незважаючи на те, що алекситимія визнається важливим фактором ризику для агресивності та суїцидальної поведінки, існує недостатньо досліджень, які б докладно вивчали механізми, що лежать в основі цього зв'язку. Виникає питання: що спричиняє у людей з алекситимією думки про суїцид як вихід із ситуації? Хоча дослідження демонструють тісний зв'язок між алекситимією та депресією, результати вказують на те, що саме депресія

може посилювати суїцидальні тенденції серед осіб з алекситимією. Кілька досліджень підтверджують, що депресія є посередником між алекситимією та суїцидом. Однак новіші дані показують, що навіть після виключення депресії зв'язок між алекситимією та суїцидом залишається [58, 60]. Алекситимія виступає не лише супутнім симптомом психопатологічних станів, таких як депресія, але й демонструє відносну стійкість навіть після ремісії депресії. Це вказує на те, що алекситимія має як риси, залежні від стану (такі як настрій або загальна психопатологія), так і риси, залежні від індивідуальних особливостей особистості. Вона часто пов'язана з такими особистісними характеристиками, як уникання, шизотиповість, залежність та пасивно-агресивні риси, що підкреслює її роль у відображенні індивідуальних відмінностей.

У клінічних вибірках алекситимія часто зустрічається серед пацієнтів із психіатричними розладами, такими як аутизм, розлади харчової поведінки та шизофренія, що свідчить про загальний дефіцит соціального пізнання у цих групах. Такі дані підтверджують, що алекситимія у поєднанні з розладами особистості може бути передвісником несприятливого перебігу депресії [17, 18, 37].

Підсумовуючи, можна зазначити, що існує необхідність врахування таких факторів, як імпульсивність та агресія, у зв'язку між алекситимією та суїцидальною поведінкою. Імпульсивні прояви агресії можуть бути наслідком обмеженої здатності менталізувати страждання — тобто обмежень, які характерні для алекситимії. Порушення процесів менталізації, тобто труднощі у перетворенні емоційного збудження на усвідомлені психологічні концепції, можуть ускладнювати емоційну регуляцію та контроль імпульсів, що, у свою чергу, сприяє посиленню агресивних проявів [38, 42, 64].

У ситуаціях сильного емоційного збудження люди з алекситимією, які не здатні диференціювати та описати свої почуття, стикаються з труднощами у розумінні та комунікації своїх переживань. Це обмежує їх здатність звертатися за допомогою і для регулювання своїх афективних станів вони можуть вдаватися до імпульсивних агресивних реакцій, що в крайніх випадках може призвести до суїцидальної поведінки [64, 65].

### **Висновки до першого розділу**

1. Суїцидальна поведінка становить значний ризик для життя, що потребує здатності клініцистів точно прогнозувати ймовірність її виникнення. Сучасні інструменти для оцінки суїцидального ризику все ще мають певні обмеження і потребують подальшого вдосконалення, щоб стати більш практичними та надійними в клінічному застосуванні. Адекватна оцінка суїцидальної ймовірності потребує комплексного підходу, який враховує численні фактори ризику, що сприяють виникненню суїцидальних тенденцій.

2. Чинники, що розглядаються як предиктори суїцидальної поведінки, здебільшого пов'язані з депресивним синдромом. Однак дослідження ризику суїцидальної поведінки у пацієнтів з депресією не підтверджують, що саме депресія є головним фактором вразливості до суїциду. Виникає потреба у визначенні додаткових факторів, що впливають на суїцидальну поведінку, та кращому розумінні механізмів, які призводять до переходу від суїцидальних думок до дій.

3. Згідно з результатами досліджень, спрямованих на виявлення предикторів суїцидальної поведінки, точність прогнозування обмежується складністю взаємодії багатьох факторів, які можуть призводити до самопошкоджень та суїцидальних намірів. Це зумовлює необхідність подальшого розвитку методів діагностики та систематичної підтримки з метою зниження ризиків та запобігання потенційно фатальним наслідкам

суїцидальної поведінки.

4. Суїцидальній поведінці можуть передувати суїцидальні думки, самопошкодження та агресивні прояви. На протигагу суїцидальним думкам та самопошкодженню, агресія не є специфічною для оцінки суїцидального ризику, що вказує на необхідність детального аналізу етіології агресії у суїцидальних осіб. Данні досліджень взаємозв'язку між агресією та суїцидальною поведінкою свідчать про те, що агресія стає особливо небезпечною при наявності імпульсивності.

5. Імпульсивність розглядається як схильність до необдуманих реакцій у відповідь на подразники. У поєднанні з агресією імпульсивність підвищує ризик неконтрольованої агресії, особливо при недостатній емоційній регуляції, що може спричинити саморуйнівну поведінку.

6. Одним з факторів, який був визнаний важливим аспектом на шляху до суїцидальності та агресивності, є алекситимія. Вона є важливою клінічною концепцією, що відображає дефіцит у здатності людини обробляти та інтегрувати емоційні стани у свідомий досвід. Алекситимія вперше була виявлена серед пацієнтів із психосоматичними розладами, які демонстрували труднощі з ідентифікацією та вербалізацією своїх емоцій. Подальші дослідження дозволили розширити межі цього поняття, показавши, що алекситимія є важливим фактором ризику для розвитку низки психопатологічних станів, зокрема депресії, агресії та суїцидальної поведінки.

7. Серед різновидів алекситимії виділяють первинну та вторинну. Первинна алекситимія формується в дитинстві через недостатність емоційної прихильності з боку опікунів. Вторинна алекситимія може розвиватися як захисний механізм у відповідь на травматичний досвід або стресові події. У такому випадку вона діє як захист — спосіб зниження афективного напруження, блокуючи емоції та обмежуючи доступ до них.

8. Алекситимія асоціюється з імпульсивністю, яка своєю чергою корелює з імпульсивною агресією. Алекситимія збільшує ймовірність агресивних реакцій, оскільки неопрацьовані емоції часто трансформуються в імпульсивні прояви.

9. Одним із центральних механізмів, що призводить до алекситимії, є дефіцит менталізації — здатності усвідомлювати та інтерпретувати власні й чужі емоційні стани. Менталізація формується з раннього віку в контексті взаємодії з чутливими опікунами, які допомагають дитині розвивати здатність до регуляції емоцій та їхньої символізації. Порушення цього процесу призводить до проблем з інтеграцією емоційного та когнітивного досвіду, що може провокувати емоційну нестабільність і труднощі у відносинах.

10. Дослідження доводять тісний зв'язок алекситимії з депресивними станами та підвищеним ризиком суїцидальної поведінки. Алекситимія демонструє стабільність навіть в ремісії депресії, що вказує на її можливу роль як фактору ризику розвитку депресії та посилення суїцидальних схильностей.

Отже, алекситимія розглядається як порушення емоційного розвитку, пов'язане з обмеженнями у символізації та емоційній регуляції, що ускладнює ефективну інтеграцію емоційного досвіду в свідомість та сприяє розвитку психопатологічних проявів. На основі аналізу літературних джерел показано, що алекситимія може розвиватися в наслідок порушення менталізації у зв'язку з чим особа нездатна усвідомлювати власні емоції.

## **РОЗДІЛ 2. МАТЕРІАЛИ ТА МЕТОДИ ДОСЛІДЖЕННЯ СУЇЦИДАЛЬНОЇ ПОВЕДІНКИ У ОСІБ З ДЕПРЕСИВНИМ РОЗЛАДОМ**

### **2.1. Емпірична модель дослідження та етапи збору даних**

У попередньому розділі теоретично обґрунтовано, що суїцидальні тенденції у осіб з діагнозом депресивного розладу часто зумовлені алекситимією, яка перешкоджає обробці афективних станів. Це, в свою чергу, може призводити до імпульсивної агресії, що підвищує ризик розвитку суїцидальної поведінки. Тому підготовка до розробки програм для діагностики та надання психологічної допомоги має базуватися на комплексному дослідженні, яке враховує всі ключові фактори ризику та індивідуальні особливості пацієнтів.

Суїцидальна поведінка часто розглядається як континум, який градується від бажання померти, розмірковування над ідеєю (думки, плани), самопошкоджуючої поведінки до спроб самогубства. Ризик суїциду варіюється від низького ступеня тяжкості, думки про смерть, до найвищого ступеня тяжкості, скоєння самогубства. Хоча суїцидальні ідеї, означають лише думки і роздуми про самогубство, та дослідження показали, що 80% випадків самогубств виявляють різні форми ідей про самогубство до їх скоєння.

Фактори ризику, пов'язані з підвищеним ризиком самогубства, включають наступне:

- основний депресивний розлад або наявність значних депресивних симптомів, які супроводжуються стійкими негативними думками;
- порушення відносин (наприклад, втрата значущих стосунків) може спричинити відчуття самотності та ізоляції;
- надмірне вживання алкоголю або зловживання наркотичними речовинами чи алкоголем, що може посилювати суїцидальні імпульси через зниження самоконтролю та збільшення емоційної нестабільності;

- почуття безнадії або глибокої зневіри — невілює очікування позитивних змін в житті, що є ключовим предиктором суїцидальних намірів;
- агресивність та імпульсивність є сигналами про раптові та непередбачувані дії, включаючи самопошкодження або суїцидальні спроби;
- попередні спроби самогубства є найважливішим індикатором майбутніх можливих дій такого характеру, вони є свідченням існування значної психологічної вразливості;

Всі ці фактори можуть взаємодіяти та підсилювати один одного, утворюючи комплексний ризик, що потребує глибокого аналізу для профілактики та своєчасного втручання.

Також виділяють певні психологічні особливості, що підвищують ризик суїцидальної поведінки [88, 92]:

- афективна ригідність, характеризується нездатністю гнучко адаптуватися до змін емоційних станів, що часто супроводжується імпульсивними діями;
- емоційна залежність — потреба в залежних і симбіотичних стосунках, що робить людину вразливою до втрат або до розриву стосунків;
- недостатність емпатії, обумовлена труднощами з ідентифікацією власних емоційних переживань, свідчить про обмежену здатність до розуміння і співпереживання іншим, що може призводити до зниження рівня соціальної підтримки;
- непереносимість фрустрації — виникає через низьку самооцінку, емоційну лабільність, інтелектуальні труднощі, нездатність використовувати механізми компенсації що, у підсумку, призводить до поганої адаптації до стресових ситуацій та розвитку суїцидальних тенденцій;
- недиференційність або викривлення уявлень про смерть, означає, що людина знецінює життя, не має чітких уявлень про смерть, що, у підсумку, може підвищувати схильність до суїцидальних думок та поведінки.

Ці психологічні риси вказують на загальний психопатологічний профіль осіб із підвищеним ризиком суїцидальних дій та самопошкоджень.

До загроз пов'язаних з підвищеним ризиком появи суїцидальної поведінки P.S Links [75], відносять чотири елементи афективної нестабільності:

1. Негативна інтенсивність настрою (домінування негативного настрою протягом доби).
2. Амплітуда настрою (виражені коливання настрою), особливо, різке пониження його рівня, що може викликати імпульсивне реагування.
3. Афективний дисконтроль або розгальмованість (хаотичний паттерн настрою), що призводить до неконтрольованих емоційних реакцій.
4. Реактивність настрою на тригери навколишнього середовища.

Ці фактори можуть значно підвищити ризик суїцидальної поведінки. Зокрема, комбінація імпульсивності та високої емоційної реактивності робить таких пацієнтів особливо вразливими до суїцидальних спроб.

У дослідженнях депресії та суїцидальних ризиків традиційно визнається існування тісного зв'язку між депресивними розладами та суїцидальною поведінкою. Це підтверджується як сучасними психіатричними класифікаційними системами, такими як Міжнародна класифікація хвороб (МКХ-10) і Діагностично-статистичний посібник (DSM-5), так і класичними психологічними теоріями, зокрема З. Фрейда та А. Бека. Ці теорії розглядають суїцид як крайнє вираження боротьби з депресією та внутрішньою агресією, спрямованою на самого себе. Проте результати сучасних досліджень ставлять під сумнів цю гіпотезу, припускаючи, що зв'язок між депресією та суїцидальною поведінкою може бути не таким лінійним, як вважалося раніше.

Одним з механізмів, що лежить в основі самоушкодження та суїцидальної поведінки є погана емоційна обізнаність, що перешкоджає функції регулювання емоцій і, в наслідок чого, можуть виникати неконтрольовані спалахи агресії. (Linhean, 1993), (Jenkins et al. ін., 2014). На сьогоднішній день, найбільш

поширеною концептуалізацією цього феномену є алекситимія, яка включає кілька ключових компонентів: знижене усвідомлення та недостатнє розуміння емоцій, труднощі у підтриманні цілеспрямованої поведінки під впливом негативних емоцій, нездатність контролювати імпульсивні реакції під час емоційного перенавантаження, а також обмеженість у доступі до стратегій регуляції емоцій. Такі емоційні труднощі можуть призводити до агресивної реакції на наявні та уявні загрози, оскільки порушення здатності ідентифікувати джерело походження напруги та ефективно регулювати емоції збільшує ймовірність агресії (Garofalo et al., 2016).

Таким чином, порушення регуляції емоцій, особливо в контексті гніву, можуть пояснювати агресивні реакції, особливо в умовах високого стресу або негативного емоційного переживання.

Виявлення суїцидальних ризиків є ключовим етапом для своєчасного втручання та можливості врятувати життя. Клінічний фахівець повинен вміти ідентифікувати осіб із суїцидальними тенденціями, навіть якщо вони не висловлюють їх відверто. Для більш точного оцінювання суїцидального ризику необхідний комплексний підхід, який дозволяє глибше зрозуміти психологічний стан пацієнта та обрати відповідну стратегію втручання, щоб забезпечити своєчасну допомогу.

Ризик виникнення суїцидальної поведінки у осіб з алекситимією обумовлюється такими основними факторами:

1. *Психосоціальні чинники.* Умови раннього розвитку та здатність оточення підтримувати розвиток ментальних здібностей, необхідних для обробки афективних станів, є вирішальними для формування самостійної здатності усвідомлювати та регулювати емоційні переживання. Цей процес включає зв'язування відчуттів зі словами, що сприяє розвитку емоційної рефлексії та саморегуляції.

2. *Відсутність вчасного втручання.* Брак своєчасної психологічної або психіатричної допомоги на ранніх етапах проявів суїцидальних думок, планів або аутоагресивної поведінки може сприяти поглибленню суїцидальних тенденцій.

Ці чинники акцентують увагу на необхідності комплексного підходу до профілактики та підтримки пацієнтів із ризиком суїцидальної поведінки. Особливе значення має розвиток навичок емоційної регуляції, а також забезпечення своєчасного надання психологічної допомоги, що може сприяти ефективнішому запобіганню суїцидальних тенденцій.

У літературі прийнято розрізняти суїцидальну поведінку та несуїцидальне самопошкодження (парасуїцид). Основна відмінність між ними полягає у тому, що парасуїцид не супроводжується свідомим бажанням закінчити життя; його метою є полегшення та регуляція внутрішнього стану. До функцій, які виконують акти несуїцидальної поведінки, належать:

- Регулювання афекту — зменшення інтенсивності гострого негативного емоційного стану.
- Антидисоціативна функція — позбавлення від відчуття деперсоналізації чи інших дисоціативних переживань.
- Антисуїцидальна функція — заміна суїцидальної спроби як способу уникнення думок про самогубство.
- Окреслення міжособистісних кордонів — допомагає встановити особисті межі у відносинах з іншими.
- Міжособистісний вплив — засіб привернення уваги або звернення за допомогою до оточення.

Однак, відсутні достовірні докази того, що несуїцидальна поведінка може виступати захистом або гарантією від самогубства, оскільки будь-яка несуїцидальна спроба потенційно може мати летальні наслідки. На жаль, абсолютно надійних предикторів суїцидальних дій не існує, і в своїй роботі ми можемо спиратися лише на накопичений клінічний досвід, продовжуючи

дослідження та поглиблюючи знання про пацієнтів з суїцидальними тенденціями.

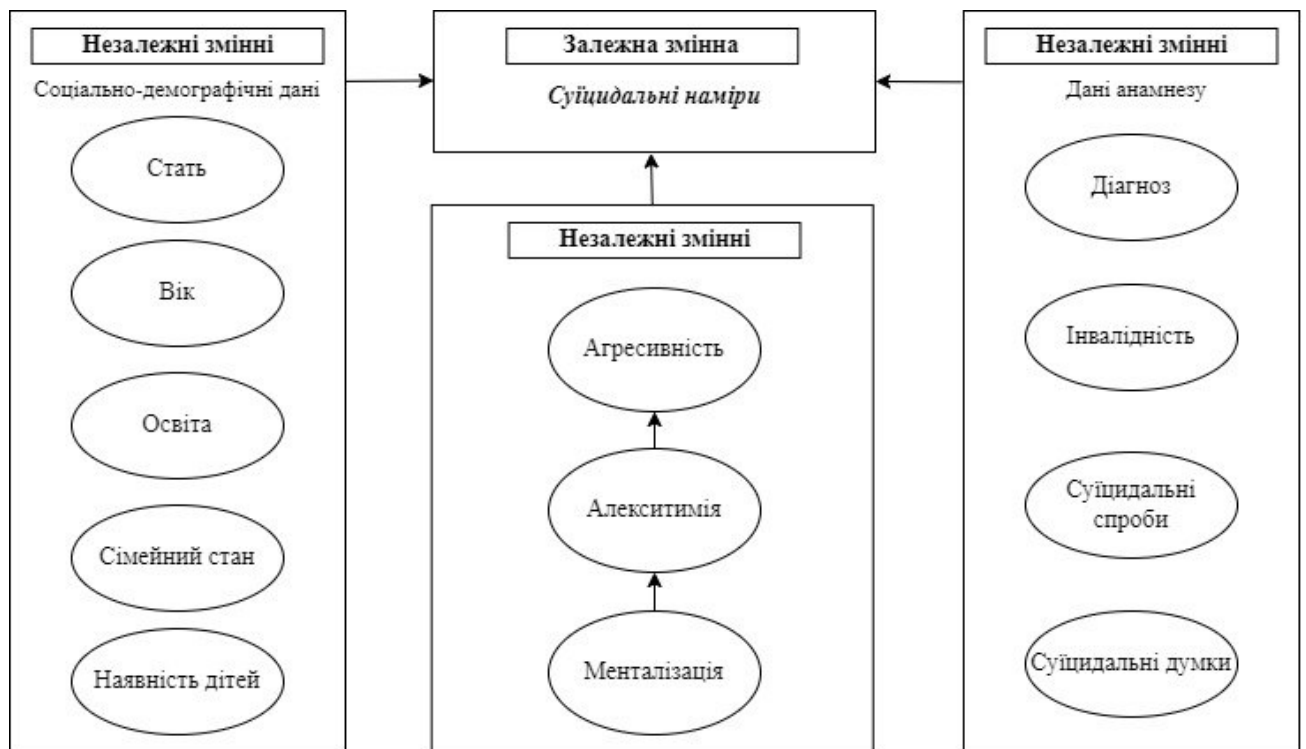


Рис.2.1. Модель взаємозв'язків між алекситимією та суїцидальними намірами

*Емпіричне дослідження складалося з наступних етапів:*

Перший етап дослідження був зосереджений на визначенні та відборі діагностичних інструментів, необхідних для оцінки ризику суїцидальної поведінки у осіб з депресивними розладами. На цьому етапі було окреслено номенклатуру методів, що дозволяють ідентифікувати потенційні суїцидальні наміри та схильності, враховуючи психологічний стан пацієнтів.

Другий етап дослідження спрямований на виявлення взаємозв'язків між окремими складовими суїцидальної поведінки у осіб з депресивним розладом. Основною метою цього етапу було з'ясувати, як різні аспекти суїцидальної поведінки взаємодіють між собою, що дозволяє глибше розуміти механізми її формування та фактори, що впливають на її розвиток.

Третій етап емпіричного дослідження спрямований на вивчення зв'язку між рівнем алекситимії та суїцидальною поведінкою у осіб із депресією, з урахуванням таких додаткових змінних, як агресія, емоційна регуляція та здатність до менталізації. Включення менталізації дозволяє дослідити, як обмеження в цьому процесі можуть впливати на алекситимію та на схильність до суїцидальної поведінки. Це забезпечує комплексний аналіз взаємозв'язків і дає можливість зробити висновки щодо специфічного впливу алекситимії на суїцидальну поведінку в контексті депресивних розладів.

Кожен етап емпіричного дослідження передбачав застосування відповідних методик, що дозволило послідовно вивчити предиктори суїцидальної загрози.

Серед основних завдань дослідження виділено наступні:

1. Розробка переліку психодіагностичних методик: скласти та відібрати валідні та апробовані інструменти, зокрема тести, опитувальники та шкали, для точного вимірювання й оцінки індивідуально-психологічних особливостей пацієнтів із депресивними розладами, які мають схильність до суїцидальних тенденцій або суїцидальної поведінки.

2. Дослідження труднощів, пов'язаних з алекситимією: вивчити, як алекситимія ускладнює своєчасне та вербальне вираження психічного страждання, а також визначити її зв'язок з порушенням менталізації та різними проявами агресії, які можуть підвищувати ризик суїцидальної поведінки.

3. Аналіз взаємозв'язку між алекситимією та суїцидальними тенденціями: виявити зв'язок між наявністю алекситимії, її проявами та ризиком розвитку суїцидальної поведінки у пацієнтів з депресивними розладами.

Емпіричне дослідження проводилися на базі Комунального некомерційного підприємства «Клінічний заклад з надання психіатричної допомоги "ПСИХІАТРІЯ" м.Києва, у змішаному відділенні гострих станів. У дослідженні взяв участь 101 респондент, середній вік яких становив 37,5 років.

Критеріями включення осіб до експериментальної групи стало:

- повнолітній вік;
- наявність депресивного розладу, який діагностично був підтверджений лікарем психіатром;
- підписана інформована згода на проведення дослідження, в який було зазначено щодо його анонімності (див.додаток....)

Критеріями виключення осіб до експериментальної групи стало:

- якщо вік особи не досягав 18 років;
- відсутність діагнозу депресивний розлад;
- відсутність підписаної інформованої згоди на проведення дослідження, в який було зазначено щодо його анонімності.

Діагностичний процес складався з кількох послідовних етапів:

- першим було отримання інформації про анамнез життя та хвороби.
- Другим етапом здійснювалося оцінювання актуального стану за допомогою методів опитування, анкетування та шкал самооцінки.
- Завершальним етапом було формулювання висновків.

Діагностика респондентів тривала 60-90 хвилин і включала кілька ключових етапів. Особлива увага приділялась принципам етичності та конфіденційності, добровільності участі та праву учасника припинити свою участь на будь-якому етапі дослідження. Після ознайомлення визначалась згода на участь у дослідженні, а також на використання отриманих даних для наукового аналізу.

Наступним кроком було проведення первинної клініко-психологічної бесіди, під час якої збирався клініко-психологічний анамнез та обговорювалися всі питання, які могли виникнути у досліджуваних під час діагностичного процесу. Зокрема, детально пояснювалися методи та форми дослідження, а також наукове обґрунтування його проведення.

Експериментальне дослідження розпочиналося з анкетування (див. додаток Б), яке мало важливе значення для систематизації та структурування інформації, зібраної під час первинної бесіди, а також для доповнення вже наявних даних. Анкета включала запитання щодо соціально-демографічних характеристик, таких як стать, вік, освіта, склад сім'ї, сімейний статус тощо. Також вона містила питання про діагноз, тривалість захворювання, групу інвалідності (за наявності), а також інформація про сім'ю, зокрема про наявність у членів сім'ї діагностованих розладів відповідно до класифікації МКХ-10.

Центральний блок анкети складався з питань, що стосувалися проявів агресії, наявності думок або спроб самогубства, їхньої кількості, методів, тривалості госпіталізацій у досліджуваних, а також випадків суїцидальних спроб або завершених суїцидів у сім'ї.

Наступним етапом було проведення дослідження із застосуванням психодіагностичних інструментів, що дозволило отримати точні дані щодо психологічних характеристик учасників (табл. 2.1).

Таблиця 2.1.

**Методи виявлення суїцидальних намірів у осіб з депресивними розладами, які були застосовані під час дослідження**

| Метод                                  | Характеристика                                                                                                                                                                                                                                    |
|----------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <b>Клініко-психопатологічний метод</b> | Використовується для оцінки даних анамнезу життя, сенситивності пацієнта, хвороби, особливостей характеру, розвитку, мікросоціальних контактів, освіти, трудової діяльності, а також вивчення медичної документації (анкета та клінічне інтерв'ю) |

|                                                            |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                               |
|------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <p><b>Психодіагностичний метод</b></p>                     | <p>Шкала для виміру та оцінки алекситимії — TAS-20; шкала суїцидальних думок Бека та шкала безнадії Бека. Методика Баса- Даркі для оцінки рівнів проявів агресії та проєктивної агресивності; визначення труднощів металізації –шкала рефлексивного функціонування.</p>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                       |
| <p><b>Методи математико-статистичної обробки даних</b></p> | <p>Частотний аналіз, описові статистики, а саме середнє (M), стандартне відхилення (SD), мінімальне значення (Min), максимальне значення (Max); нормальність розподілу за критерієм Колмогорова-Смірнова (D) та за Шапіро-Уїлка (W), коефіцієнт надійності Альфа Кронбаха (<math>\alpha</math>), критерій <math>\chi^2</math> Пірсона, коефіцієнт Cramer's V, непараметричний критерій Манна-Уїтні (U), параметричний критерій Стюдента (t), тест Левена (F), коефіцієнт рангової кореляції Спірмана (rho), лінійний регресійний аналіз, медіаційний аналіз, бінарна логістична регресія.</p> |

## 2.2. Методичний інструментарій дослідження

Створення емпіричної моделі для дослідження взаємозв'язку алекситимії з суїцидальними намірами у пацієнтів з депресивними проявами дозволило відібрати методики, спрямовані на оцінку ключових параметрів цього конструкту та факторів, що на нього впливають. Щоб переконатися в здатності відібраних методик надійно вимірювати досліджувані конструкти, були проведені аналізи психометричних характеристик отриманих даних, зокрема оцінка надійності та факторної структури методик.

Спочатку всі опитувальники та шкали були перекладені на українську мову дослідником-білінгвом, який володіє англійською та українською мовами і має досвід роботи з психологічними конструктами, що лежать в основі опитувальника. Згодом другий двомовний дослідник з філологічною освітою самостійно переклав опитувальник і провів оцінку еквівалентності. Цей етап включав елементи методу паралельного перекладу, коли два незалежні переклади порівнювалися на предмет узгодженості та точності. Після цього доопрацьована українська версія була використана в роботі.

Надійність всіх опитувальників та шкал оцінювалася за допомогою коефіцієнта альфа Кронбаха для порядкових шкал, а для бінарних шкал використовувався тетрагоричний коефіцієнт альфа Кронбаха. Нижче наводимо всі характеристики психодіагностичного інструментарію.

### **Торонтська шкала алекситимії (TAS-20)**

В сучасних наукових роботах, алекситимія розглядається як певна сукупність ознак, що характеризує осіб, які мають виражену дисфункцію емоційного усвідомлення, знижену здатність до когнітивної обробки афекту та символізації.

Для оцінювання алекситимії була обрана найбільш широко використовувана Торонтська шкала алекситимії (TAS-20). Вона є одним з найпоширеніших інструментів для оцінки алекситимії. Ця шкала спрямована на вичення алекситимії як властивості особистості. Шкала Алекситимії була розроблена в 1990-х роках та з того часу, перекладена на різні мови, використовується в багатьох країнах, що значно розширило застосування цього інструменту в клінічній практиці та дослідницькій сфері. TAS-20 була створена із використанням комбінованого емпіричного та раціонального підходу для надійного відображення основних доменів алекситимії, визначених J.C.Nemiah та його колегами.

TAS-20 активно використовується у дослідженнях психосоматичних та психічних розладів, оскільки показала надійну здатність передбачати

результати в пацієнтів з різними психосоматичними та емоційними порушеннями. Висока валідність та надійність шкали підтверджуються численними дослідженнями, які демонструють стабільність факторної структури та високу кореляцію між субшкалами. Українська версія Торонтської шкали алекситимії (TAS-20) використана у дослідженні також отримала середній показник надійності (Таблиця 2.2).

TAS-20 складається з 20 запитань, кожне з яких оцінюється за 5-ти бальною шкалою та включає три взаємопов'язані параметри алекситимії: труднощі з ідентифікацією почуттів (сім пунктів), труднощі з описом емоцій (п'ять пунктів) і зовнішньо-орієнтоване мислення (вісім пунктів). Респонденти повинні були відповідати на запитання, оцінюючи їх за 5-бальною шкалою від "абсолютно не згоден" до "повністю згоден".

Оцінка результатів відбувається наступним чином: від 20 до 51 – є нормою, трактується як відсутність алекситимії; від 52 до 60 – межеве значення алекситимії, а від 61 і вище – є високими показниками алекситимії.

Основні переваги TAS-20 полягають у її стабільності та валідності у різних клінічних контекстах, зокрема для оцінки рівня емоційної обізнаності у пацієнтів з психіатричними діагнозами, розладами харчової поведінки та серцево-судинними захворюваннями.

Таблиця 2.2

#### Оцінка надійності Торонтської шкали алекситимії (TAS-20)

| Назва             | Коефіцієнт $\alpha$ – Кронбаха (Cronbach's $\alpha_t$ ) |
|-------------------|---------------------------------------------------------|
| Шкала алекситимії | 0.626                                                   |

#### Опитувальник агресії Басса-Даркі (BDAQ)

Агресія оцінювалась за допомогою опитувальника агресії Басса-Даркі (BDAQ). Він є одним з найбільш широко використовуваних інструментів для оцінювання агресивної поведінки. Шкала агресії була створена для ефективної

оцінки рівня агресії, зберігаючи при цьому високі показники надійності та валідності. Вона дозволяє оцінити індивідуальні відмінності в агресивних думках, емоціях та поведінці, які спрямовані на завдання шкоди іншим або собі. Він призначений для вимірювання різних аспектів агресії у підлітків і дорослих.

BDAQ — це надійний інструмент для самооцінки агресивних тенденцій та ворожих реакцій. Анкета складається з 75 пунктів, згрупованих у вісім основних підшкал, кожен з яких має два варіанти відповіді: «так» або «ні». Опитувальник Басса-Даркі допомагає розрізняти прояви агресії та ворожості. Агресія є внутрішнім психологічним явищем, що охоплює широкий спектр різних її проявів. Ворожість, у свою чергу, включає комплекс афектів, що характеризуються негативною установкою до інших людей (або групи людей) та негативною оцінкою подій.

Виділені наступні види агресії:

1. Фізична агресія – оцінює схильність вирішувати конфлікти, переважно, використовуючи фізичну агресію. Українська версія шкали Фізичної агресії опитувальника агресії Басса-Даркі використана у дослідженні також отримала високий показник надійності (табл. 2.3)

Таблиця 2.3

#### Оцінка надійності шкали фізичної агресії

| Назва           | Коефіцієнт $\alpha$ – Кронбаха (Cronbach's $\alpha_t$ ) |
|-----------------|---------------------------------------------------------|
| Фізична агресія | 0.842                                                   |

2. Непряма агресія — агресія, що не спрямована безпосередньо на об'єкт, а проявляється через обхідні дії. Українська версія шкали Непрямої агресії опитувальника агресії Басса-Даркі використана у дослідженні отримала середній показник надійності (табл. 2.4)

Таблиця 2.4

### Оцінка надійності шкали непрямой агресії

| Назва           | Коефіцієнт $\alpha$ – Кронбаха (Cronbach's $\alpha_t$ ) |
|-----------------|---------------------------------------------------------|
| Непряма агресія | 0.698                                                   |

3. Роздратування - емоційний стан високої готовності проявляти негативні реакції при мінімальному подразнику, показує схильність до емоційних спалахів. Українська версія шкали Роздратування опитувальника агресії Басса-Даркі використана у дослідженні отримала високий показник надійності (табл. 2.5).

Таблиця 2.5

### Оцінка надійності шкали роздратування

| Назва         | Коефіцієнт $\alpha$ – Кронбаха (Cronbach's $\alpha_t$ ) |
|---------------|---------------------------------------------------------|
| Роздратування | 0.887                                                   |

4. Негативізм — негативне, упереджене ставлення до людей та подій. Українська версія шкали Негативізму опитувальника агресії Басса-Даркі використана у дослідженні отримала низький показник надійності (табл. 2.6).

Таблиця 2.6

### Оцінка надійності шкали негативізму

| Назва      | Коефіцієнт $\alpha$ – Кронбаха (Cronbach's $\alpha_t$ ) |
|------------|---------------------------------------------------------|
| Негативізм | 0.196                                                   |

5. Образа — показник накопичених негативних переживань стосовно інших. Українська версія шкали Образи опитувальника агресії Басса-Даркі використана у дослідженні отримала середній показник надійності (табл. 2.7).

Таблиця 2.7

## Оцінка надійності шкали Образи

| Назва  | Коефіцієнт $\alpha$ – Кронбаха (Cronbach's $\alpha$ ) |
|--------|-------------------------------------------------------|
| Образа | 0.748                                                 |

6. Підозрілість — тенденція до недовіри у відношенні інших. Українська версія шкали Підозрілості опитувальника агресії Басса-Даркі використана у дослідженні отримала середній показник надійності (табл. 2.8).

Таблиця 2.8

## Оцінка надійності шкали підозрілість

| Назва        | Коефіцієнт $\alpha$ – Кронбаха (Cronbach's $\alpha$ ) |
|--------------|-------------------------------------------------------|
| Підозрілість | 0.722                                                 |

7. Вербальна агресія — тенденція до вираження агресивності через слова та образливі висловлювання. Українська версія шкали Вербальної агресії опитувальника агресії Басса-Даркі використана у дослідженні отримала середній показник надійності (табл. 2.9).

Таблиця 2.9

## Оцінка надійності шкали вербальної агресії

| Назва | Коефіцієнт $\alpha$ – Кронбаха (Cronbach's $\alpha$ ) |
|-------|-------------------------------------------------------|
|-------|-------------------------------------------------------|

|                   |       |
|-------------------|-------|
| Вербальна агресія | 0.722 |
|-------------------|-------|

8. Почуття провини — внутрішнє відчуття відповідальності за дії, яке може супроводжуватися самозвинуваченням. Українська версія шкали почуття провини опитувальника агресії Басса-Даркі використана у дослідженні отримала помірний показник надійності (табл. 2.10).

Таблиця 2.10

### Оцінка надійності шкали розуття провини

| Назва           | Коефіцієнт $\alpha$ – Кронбаха (Cronbach's $\alpha_t$ ) |
|-----------------|---------------------------------------------------------|
| Почуття провини | 0.571                                                   |

Опитувальник має високий рівень внутрішньої узгодженості та підтверджену валідність, що дозволяє використовувати його у клінічних та дослідницьких цілях. Він застосовується для оцінки агресивних тенденцій у психологічній діагностиці, а також у дослідженнях, пов'язаних з агресією та антисуспільною поведінкою.

Загальний зведений бал BDAQ розраховується шляхом підсумовування всіх субшкал, причому більші бали вказують на вищий рівень риси агресія.

У результаті обробки даних через сумування отриманих відповідей визначались індекси агресивності та індекс ворожості.

Індекс агресивних реакцій розраховується додаванням результатів фізичної агресії, непрямой агресії, роздратування та вербальної агресії. Індекс агресивності об'єднує як прояви явної агресивної поведінки, так і внутрішні приховані схильності до агресії. Цей індекс оцінює різні аспекти агресії, включаючи фізичну агресію, гнів та інші емоційні прояви, які пов'язані зі спонуканнями до агресивних реакцій. Індекс агресивності дозволяє виявити як зовнішні, так і внутрішні прояви агресії.

Нормою агресивності є величина її індексу, що становить  $21 \pm 4$ , а для ворожості —  $6,5-7 \pm 3$ .

Зазначені індекси є ключовими показниками для оцінки рівня агресивності та ворожості в опитувальнику Басса-Даркі. У випадках, коли результати виходять за межі нормативних значень, це може свідчити про підвищений рівень агресивності або ворожості, що потребує додаткової уваги з боку клінічних спеціалістів. Перевищення цих показників може вказувати на високий рівень агресивних установок або схильність до ворожої поведінки, що потенційно може негативно впливати на міжособистісну взаємодію та соціальну адаптацію.

Такий підхід надає можливість дослідникам і клінічним фахівцям ідентифікувати не тільки поведінкові прояви агресії, але й емоційні та мотиваційні компоненти, що є значущими для прогнозування та глибшого розуміння агресивних тенденцій. Опитувальник є ефективним інструментом для діагностики в межах психіатричних та соціально-психологічних досліджень, оскільки він дає можливість прицільно оцінити різні аспекти агресивності.

**Шкала менталізації (Reflective Functioning Questionnaire, RFQ)** розроблена для оцінки здатності особи розуміти та інтерпретувати власні і чужі внутрішні стани, що відображає рівень здатності до металізації (рефлексивного функціонування). Шкала складається з восьми тверджень, які вимірюють два ключові аспекти: впевненість у знанні власних і чужих внутрішніх станів та невпевненість у їх розумінні.

Шкала рефлексивного функціонування спрямована на виявлення тенденцій до недостатнього усвідомлення та надмірної впевненості у розумінні, які вважаються важливими факторами ризику розвитку психопатології, особливо у випадку розладів особистості. Вона може використовуватися для діагностики психопатології, зокрема у психіатричних пацієнтів. Українська

версія Шкали менталізації використана у дослідженні отримала високий показник надійності (табл. 2.11).

Критичний огляд шкали, зокрема дослідження Мюллера та колег, висвітлює деякі методологічні обмеження, зокрема недостатню увагу до виміру гіперменталізації (надмірної впевненості в розумінні) та можливий зв'язок окремих пунктів шкали з емоційною нестабільністю та імпульсивністю, а не з рефлексивним функціонуванням. Хоча шкала широко застосовується в дослідницькій та клінічній практиці, виявлені методологічні обмеження мають бути враховані.

Таблиця 2.11

**Оцінка надійності шкали менталізації**

| <b>Назва</b>       | <b>Коефіцієнт <math>\alpha</math> – Кронбаха (Cronbach's <math>\alpha_t</math>)</b> |
|--------------------|-------------------------------------------------------------------------------------|
| Шкала менталізації | 0.888                                                                               |

**Шкала оцінки суїцидальних намірів Бека (SSI).** Шкала суїцидальних намірів була створена А.Беком та його колегами у 1979 році як інструмент для оцінки інтенсивності суїцидальних думок і намірів у пацієнтів із підвищеним ризиком суїциду. Метою її розробки було виявлення осіб із суїцидальними намірами, оцінка інтенсивності їх суїцидальних думок та актуального психологічного стану. Шкала сприяє як діагностиці, так і вибору відповідних втручань для запобігання суїцидальній поведінці.

Шкала суїцидальних намірів складається з 19 пунктів, що охоплюють різні аспекти суїцидальної поведінки, включаючи як активні, так і пасивні бажання померти, конкретність планів, стримуючі фактори та деталі щодо методів планованого самогубства. Кожен пункт оцінюється за трьохбальною шкалою, і загальна сума балів дозволяє визначити загальний рівень суїцидального ризику пацієнта.

У дослідженні дорослої вибірки пороговим значенням для оцінки ризику суїциду вважається 6 балів; перевищення цього рівня свідчить про підвищений ризик, який зростає зі збільшенням балів.

Шкала суїцидальних намірів Бека демонструє високу внутрішню узгодженість, підтверджену численними дослідженнями, а також значну кореляцію з іншими інструментами для оцінки депресії та відчуття безнадійності. Три ключові фактори шкали — активне бажання суїциду, підготовка до спроби та пасивне бажання — відображають основні компоненти суїцидальних намірів.

Шкала вважається цінним інструментом для оцінки ризику суїциду в психіатричних закладах, кризових центрах та приватному консультуванні. Вона дозволяє не лише оцінити актуальний рівень суїцидальних намірів, а й відстежувати якість терапевтичних втручань, контролюючи зміни в стані пацієнта з часом. Українська версія Шкали менталізації використана у дослідженні отримала високий показник надійності (табл. 2.12).

Заповнення шкали пацієнтом бажано здійснювати в рамках структурованого інтерв'ю, зважаючи на необхідність отримання відвертих відповідей, а також враховуючи можливість приховування пацієнтом своїх намірів або неправильного розуміння запитань. Участь терапевта в процесі заповнення шкали дозволяє ставити додаткові уточнюючі питання, що підвищує якість отриманої інформації. Під час інтерв'ю також оцінюються думки пацієнта щодо бажання жити чи померти, контроль над імпульсами, страхи, пов'язані із суїцидом, а також деталі будь-яких конкретних планів.

Загалом, шкала суїцидальних намірів Бека є надійним і валідним інструментом для кількісної оцінки суїцидальних намірів та супутньої поведінки. Вона забезпечує систематичний підхід до розуміння серйозності намірів пацієнта та допомагає клініцистам визначити необхідний рівень підтримки та інтервенцій для профілактики або запобігання повторним суїцидальним спробам.

Таблиця 2.12

**Оцінка надійності шкали суїцидальних намірів**

| Назва                      | Коефіцієнт $\alpha$ – Кронбаха (Cronbach's $\alpha$ ) |
|----------------------------|-------------------------------------------------------|
| Шкала суїцидальних намірів | 0.959                                                 |

**Шкала безнадії Бека (BHS)**, розроблена А. Беком і його колегами, є інструментом для кількісної оцінки ступеня безнадії та негативного бачення майбутнього пацієнтами з депресією та іншими психічними розладами. Безнадійність, що визначається як стан негативних очікувань, виявляється одним з провісників суїциду.

Шкала складається з 20 тверджень. Респондентів, у форматі «правда-неправда», просять визначити, чи є кожне твердження істинним або помилковим для них. Кожна відповідь оцінюється у 0 або 1 бал, а підсумковий результат може варіюватися від 0 до 20 балів, де більш високі загальні бали на BHS свідчать про більш негативне ставлення до майбутнього.

Шкала безнадії Бека корелює з інструментами для вимірювання депресії та суїцидальних намірів. Українська версія шкали безнадії Бека використана у дослідженні також отримала високий показник надійності (табл.2.13). В проведених дослідженнях (Beck et al., 1985; Beck, Brown, Berchick, Stewart, & Steer, 1990) щодо ризику виникнення суїцидальної поведінки було доведено, що результати шкали безнадійності дали можливість передбачити можливе самогубство. За результатами цього дослідження група високого ризику, визначена балом 9, мала в багато разів більше шансів на скоєння самогубства ніж решта респондентів цього дослідження. Безнадійність є предиктором суїцидальної поведінки і шкала безнадійності Бека має доведену валідність такого передбачення.

Таблиця 2.13

**Оцінка надійності шкали безнадії Бека**

| Назва               | Коефіцієнт $\alpha$ – Кронбаха (Cronbach's $\alpha_t$ ) |
|---------------------|---------------------------------------------------------|
| Шкала безнадії Бека | 0.929                                                   |

Шкала широко застосовується в клінічній практиці, особливо серед пацієнтів з депресивними розладами, для оцінки рівня безнадії. Її використовують для прогнозування ймовірності суїцидальних спроб та для відстеження змін у психологічному стані пацієнтів під час лікування.

Слід враховувати, що результати значною мірою залежать від самозвіту пацієнтів, що може обмежувати їхню точність, особливо в тих випадках, коли пацієнти схильні приховувати свої негативні думки. Тому доцільно доповнювати дослідження додатковими роз'ясненнями для мотивації пацієнтів до відвертості під час заповнення опитувальника.

### 2.3. Характеристика досліджуваної вибірки

Емпіричне дослідження проводилися на базі Комунального некомерційного підприємства «Клінічний заклад з надання психіатричної допомоги "ПСИХІАТРІЯ" м.Києва, у змішаному відділенні гострих станів. У дослідженні взяв участь 101 респондент, середній вік яких становив 37,5 років.

Критеріями включення осіб до експериментальної групи стало:

- повнолітній вік;
- наявність депресивного розладу, який діагностично був підтверджений лікарем психіатром;
- підписана інформована згода на проведення дослідження, в який було зазначено щодо його анонімності (див.додаток А)

Критеріями виключення осіб до експериментальної групи стало:

- якщо вік особи не досягав 18 років;
- відсутність діагнозу депресивний розлад;

- відсутність підписаної інформованої згоди на проведення дослідження, в який було зазначено щодо його анонімності.

Діагностичний процес складався з кількох послідовних етапів:

- першим було отримання інформації про анамнез життя та хвороби.
- Другим етапом здійснювалося оцінювання актуального стану за допомогою методів опитування, анкетування та шкал самооцінки.
- Завершальним етапом було формулювання висновків.

Діагностика респондентів тривала 60-90 хвилин і включала кілька ключових етапів. Особлива увага приділялась принципам етичності та конфіденційності, добровільності участі та праву учасника припинити свою участь на будь-якому етапі дослідження. Після ознайомлення визначалась згода на участь у дослідженні, а також на використання отриманих даних для наукового аналізу.

Вибірка для дослідження була зібрана на базі Комунального некомерційного підприємства «Клінічний заклад з надання психіатричної допомоги "ПСИХІАТРІЯ" виконавчого органу Київської міської ради (Київської міської державної адміністрації)» у змішаному відділенні гострих станів.

У дослідженні взяв участь 101 пацієнт, середній вік яких становив 37,5 років. Більшість респондентів були жінками – 83 особи (82.2%) та 18 чоловіків (17.8%).

Групування респондентів за встановленими діагнозами відбувалося відповідно до Міжнародної класифікації хвороб 10 перегляду (МКХ-10).

Найбільша частка респондентів мала діагноз F 32.1 (депресивний епізод середнього ступеня без соматичних симптомів) – 49 осіб (48.5%). До групи з іншими депресивними розладами увійшли хворі, яким було встановлено діагноз F 32.11 (депресивний епізод легкого або середнього ступеня тяжкості із соматичним синдромом) - 14.9% та F 33.1 (рекурентний депресивний розлад, поточний епізод легкого ступеня) - 20.8%. Найменшу частку склали хворі з

діагнозом F 32.0 (легкий депресивний епізод) - 6.9%; F 33.11 (рекурентний депресивний розлад, поточний епізод легкої або середньої тяжкості із соматичними симптомами) - 4.0%; F 33.2 (рекурентний депресивний розлад, поточний епізод тяжкого ступеня без психотичних симптомів) - 3.0% та F 32.2 (депресивний епізод тяжкого ступеня без психотичних симптомів) - 2.0%. (рис. 2.2).

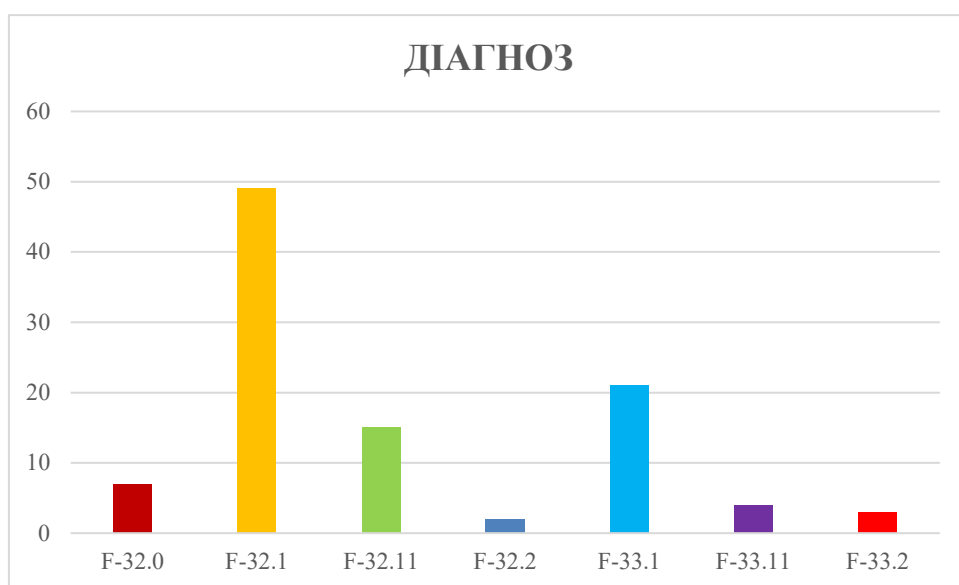


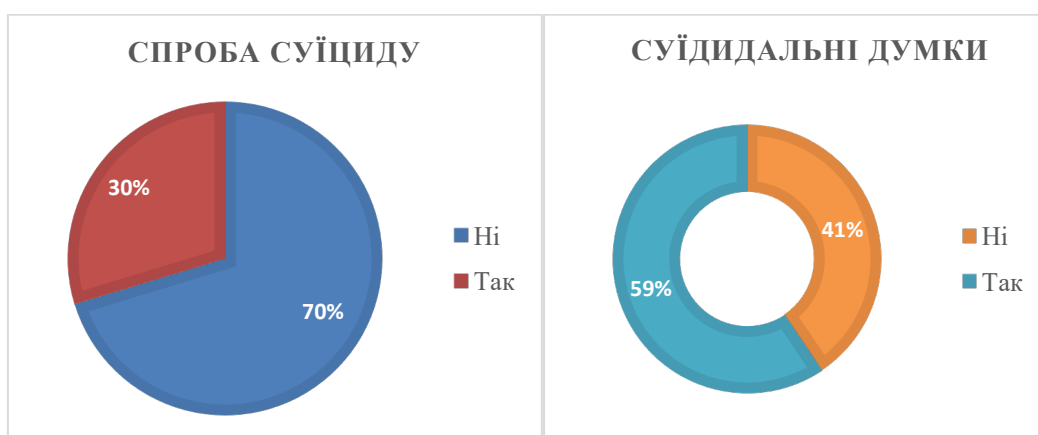
Рис. 2.2. Частотний розподіл респондентів щодо встановленого діагнозу

Більшість респондентів у вибірці - 95% (N=96) – не мали жодної групи інвалідності (рис. 2.3).



*Рис. 2.3 Розподіл респондентів щодо наявності групи інвалідності*

Також було зафіксовано попередні випадки суїцидальних спроб: 30 респондентів (29.7%) зазначили наявність суїцидальних спроб, тоді як у 71 особи (70.3%) таких спроб не було. Щодо суїцидальних думок: їх наявність зазначали 60 осіб (59.4%), тоді як 41 особа (40.6%) — таких думок не мали. Графічне відображення розподілу респондентів за наявністю суїцидальних спроб та думок відображено на рис. 2.4.



*Рис. 2.4. Розподіл респондентів щодо наявності суїцидальних спроб та суїцидальних думок*

Аналізуючи умови сімейного життя, більшість респондентів виросли в повних родинях – 66 осіб (65.3%), тоді як 35 респондентів (34.7%) виховувалися в неповних сім'ях. При цьому 66 осіб (65.3%) мали сіблінгів, а 35 респондентів (34.7%) були єдиними дітьми у своїх родинях.

Щодо рівня освіти, більшість респондентів мали вищу освіту – 59 осіб (58.4%), ще 19 осіб (18.8%) мали незакінчену вищу освіту, 1 респондент (1.0%) мав незакінчену середню освіту, а 22 особи (21.8%) здобули середню освіту (рис. 2.5).

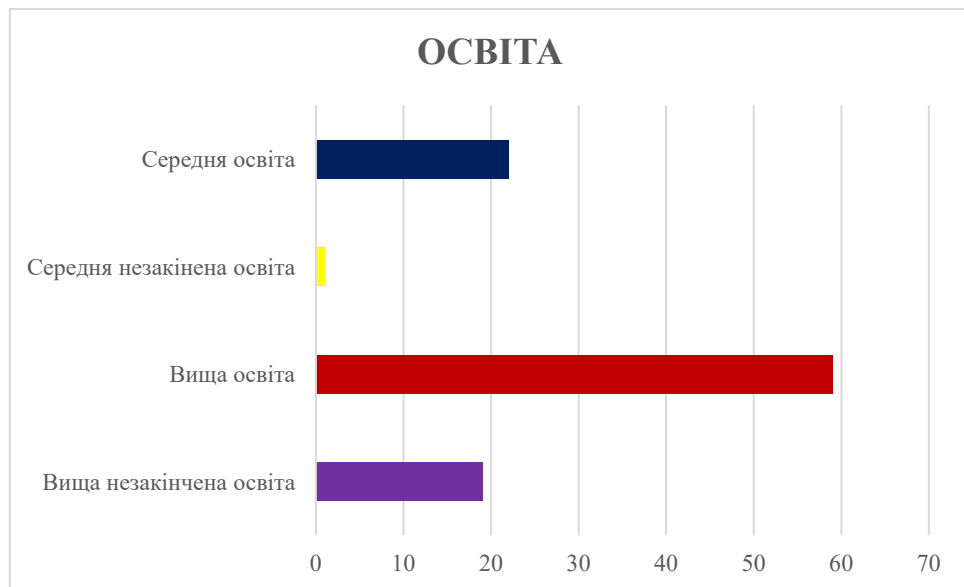


Рис. 2.5. Частотний розподіл респондентів щодо наявної освіти

Сімейний стан респондентів розподілився наступним чином: 47 осіб (46.5%) були одружені або проживали в цивільному шлюбі, 25 респондентів (24.8%) були холостяками, 14 осіб (13.9%) – розлученими, 8 респондентів (7.9%) були вдовами або вдівцями, а ще 7 осіб (6.9%) перебували у стосунках. Рівень народжуваності розподілився рівномірно: 51 респондент (50.5%) зазначили про відсутність дітей, тоді як 50 осіб (49.5%) мають дітей (рис. 2.6.).

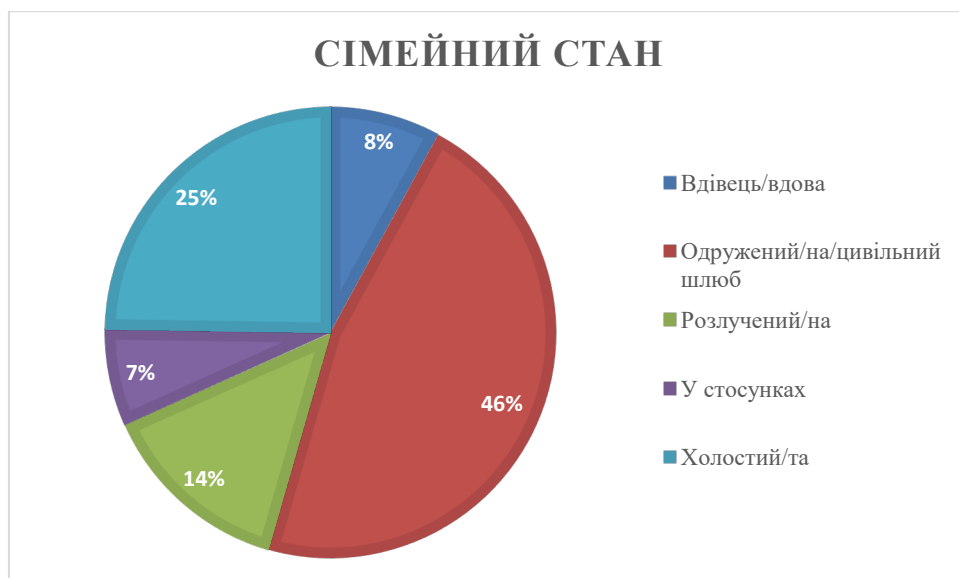


Рис. 2.6. Розподіл респондентів щодо сімейного стану

Прояви агресії спостерігалися у 59 респондентів (58.4%), тоді як 42 особи (41.6%) зазначили про їх відсутність. Самопошкоджуючу поведінку продемонстрував 21 респондент (20.8%), а більшість – 80 осіб (79.2%) не вдавалися до таких дій. Графічне зображення розподілу респондентів за критерієм наявності/відсутності самопошкоджуючої поведінки зображено на рис. 2.7.

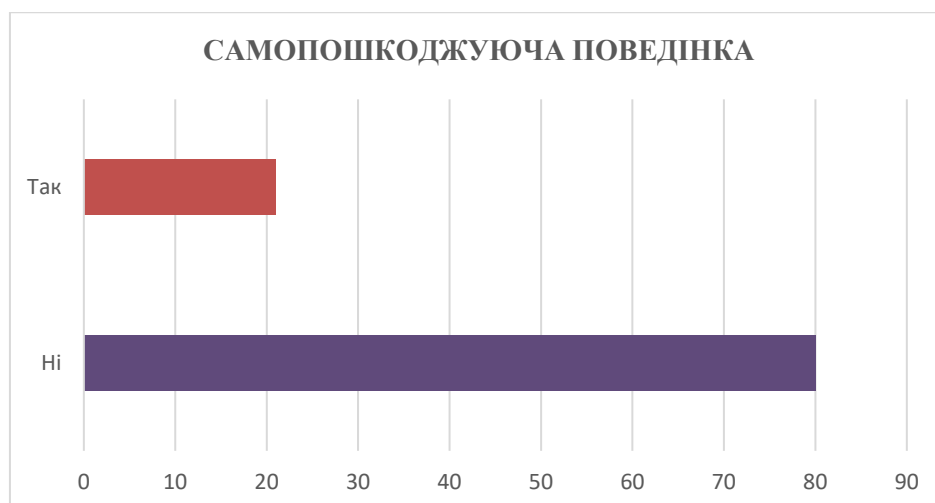
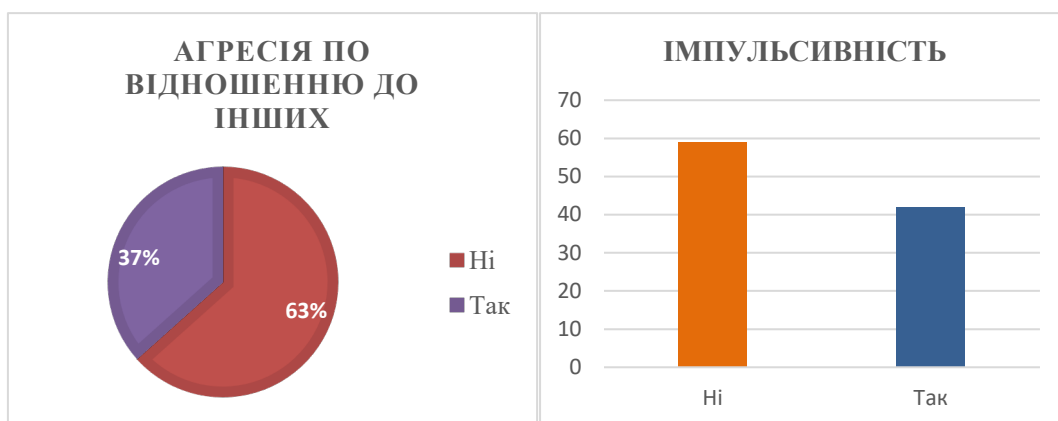


Рис. 2.7. Кількісний розподіл респондентів щодо наявності самопошкоджуючої поведінки

Імпульсивність відзначали у 42 респондентів (41.6%), тоді як 59 осіб (58.4%) не виявляли імпульсивної поведінки. Нарешті, агресію до інших людей виявляли 37 респондентів (36.6%), тоді як 64 особи (63.4%) не демонстрували подібної поведінки. Кількісний та відсотковий розподіл за критеріями «Агресія по відношенню до інших» та «Імпульсивність» відповідно представлено на рис. 2.8.



*Рис. 2.8. Кількісний та відсотковий розподіл респондентів щодо наявності агресії по відношенню до інших та імпульсивності*

Таким чином, завдяки зібраним анкетним даним пацієнтів отримано інформацію про суїцидальних спроб, суїцидальних думок, наявність агресії, імпульсивності та самопошкоджуючої поведінки, що вказує на складність психологічного стану вибірки.

### **Висновки до другого розділу**

В другому розділі авторкою надано емпіричну модель дослідження, в якій вказано фактори, які підвищують ризик самогубства, а саме: наявність клінічно оформлених депресивних переживань, які супроводжуються негативними думками; втрата важливих для пацієнта міжособистісних стосунків, які посилюють почуття самотності та ізоляції, надмірне вживання алкоголю та психоактивних речовин, здатних змінювати свідомість, і які

можуть порушувати рівень самоконтролю і призводити до підвищення емоційної нестабільності. Почуття нестабільності та втрата надії розглядаються автором, як ключові предикатори суїцидальних намірів, а агресивність та імпульсивність, як сигнал до раптових непередбачуваних дій, здатних провокувати самогубство, або суїцидальні спроби

1. Алекситимія є важливим чинником суїцидального ризику у пацієнтів з депресивним розладом, оскільки обмежує здатність обробляти емоційні стани та призводить до імпульсивної агресії, підвищуючи ймовірність суїцидальних дій. Виявлення алекситимії у таких пацієнтів є критичним для своєчасного оцінювання суїцидального ризику та розробки відповідних втручань

2. Психологічні характеристики, як то агресія та імпульсивність, виступають важливими супутніми факторами, що підсилюють суїцидальні тенденції за умов алекситимії. Агресивна та імпульсивна поведінка в пацієнтів виникає як реакція на інтенсивні емоційні стани, які вони не можуть витримувати чи опрацьовувати, що призводить до відчуття емоційного «затоплення» та бажання негайно позбутися нестерпного стану, навіть ціною власного життя.

3. У дослідженні використовувалися надійні методичні інструменти, включаючи шкалу алекситимії (TAS-20), шкалу менталізації (RFQ), шкалу суїцидальних намірів Бека (SSI), шкалу безнадії Бека (BHS), а також опитувальник агресії Басса-Даркі, що дозволяє глибше зрозуміти психологічний профіль пацієнтів із суїцидальними тенденціями. Ці інструменти допомогли виявити зв'язки між алекситимією, агресією та суїцидальними проявами.

4. Психосоціальні чинники, такі як умови раннього розвитку та наявність емоційної підтримки, мають вирішальне значення у формуванні навичок емоційної регуляції. Відсутність такої підтримки підвищує ймовірність

виникнення алекситимії, що, своєю чергою, може призвести до суїцидальної поведінки.

5. Емпіричне дослідження, проведене серед пацієнтів із депресивними розладами, показало, що 59,4% респондентів мали суїцидальні думки, а 29,7% здійснювали суїцидальні спроби. Ці дані підкреслюють важливість глибшого розуміння та профілактики суїцидальних тенденцій серед людей з депресією.

### **РОЗДІЛ 3. РЕЗУЛЬТАТИ ЕМПІРИЧНОГО ДОСЛІДЖЕННЯ АЛЕКСИТИМІЇ ЯК ФАКТОРУ ВИНИКНЕННЯ РИЗИКУ СУЇЦИДАЛЬНОЇ ПОВЕДІНКИ У ОСІБ З ДЕПРЕСИВНИМИ РОЗЛАДАМИ**

#### **3.1. Аналіз взаємозв'язків соціо-демографічних чинників з ризиком суїцидальної поведінки**

Метою спланованого та поетапно проведеного дослідження було встановлення зв'язку між алекситимією та ризиком суїцидальної поведінки у осіб з депресивним розладом. Для експериментальної перевірки цього зв'язку, було залучено додатковий фактор, такий як агресія що дозволило всебічно описати та оцінити цей зв'язок. Окрім дослідження зв'язку між основними факторами впливу, також вивчався вплив соціодемографічних чинників на ризик суїцидальної поведінки.

В ході проведеного дослідження та аналізу даних, було отримано результати  $\chi^2$  тесту, який виявив значущий зв'язок між діагнозом та самопошкоджуючою поведінкою ( $\chi^2 = 19.4$ ,  $df = 7$ ,  $p = 0.007$ ), коефіцієнт Cramer's  $V = 0.439$ .

Із загальної кількості учасників ( $N = 101$ ) 21% пацієнтів вказали на наявність самопошкоджуючої поведінки, тоді як 79% осіб не мали таких проявів. Детальніше аналізуючи зв'язок між самопошкоджуючою поведінкою та діагнозами, з'ясувалося, що окремі групи діагнозів мають суттєві відмінності у частоті самопошкоджень. У респондентів з діагнозами F 32.1 та F32.11 дещо менше третини осіб мали самопошкоджуючу поведінку (31% та 27% респондентів, відповідно). Жодної особи із самопошкоджуючою поведінкою не було виявлено серед респондентів з діагнозами F 32.0, F 33.11, F 33.2 та F 33.1. В той же час при діагнозі F32.2 ця поведінка зустрічалася у всіх пацієнтів.

Водночас інші соціально-демографічні чинники також досліджувалися на предмет їх взаємозв'язку з наявністю суїцидальних спроб. Аналізуючи таблиці

сполученості було виявлено, що сімейний стан не має статистично значущого зв'язку з наявністю спроб суїциду серед респондентів ( $\chi^2 = 3.88, df = 4, p = 0.422$ ) (табл. 3.1.). Окрім сімейного стану, наявність або відсутність дітей також вивчалась як можливий фактор суїцидальних спроб. Також, за допомогою тесту  $\chi^2$  встановлено статистично значущий зв'язок між наявністю дітей та спробами суїциду ( $\chi^2 = 4.46, df = 1, p = 0.035$ ), що свідчить про те, що наявність або відсутність дітей може мати взаємозв'язок з наявністю суїцидальних спроб. Значення коефіцієнта Cramer's  $V = 0.210$ , що вказує на помірний рівень асоціації між змінними. Результати дозволяють припустити, що респонденти без дітей частіше мають суїцидальні спроби, ніж ті, хто мають дітей (20 із 51 спроб суїциду у групі без дітей порівняно з 10 із 50 у групі з дітьми).

Таблиця 3.1

**Розподіл частот між сімейним станом і наявністю дітей та спробою суїциду**

|               | Показник                    | Спроба суїциду |     |        |
|---------------|-----------------------------|----------------|-----|--------|
|               |                             | Ні             | Так | Всього |
| Сімейний стан | Вдівець/вдова               | 6              | 2   | 8      |
|               | Одружений/на/цивільний шлюб | 34             | 13  | 47     |
|               | Розлучений/на               | 11             | 3   | 14     |
|               | У стосунках                 | 6              | 1   | 7      |
|               | Холостий/та                 | 14             | 11  | 25     |
|               | Total                       | 71             | 30  | 101    |
|               |                             |                |     |        |
| Діти          | Ні                          | 31             | 20  | 51     |
|               | Так                         | 40             | 10  | 50     |
|               | Total                       | 71             | 30  | 101    |

Проілюструємо вищезазначене випадком з практики.

*Клінічний випадок 1.*

*Пацієнтка:* Ю., 19 років.

*Дата госпіталізації:* жовтень 2022 року.

*Діагноз:* F-32.1 Депресивний розлад, поточний епізод середньої важкості

*Скарги при госпіталізації:* Пацієнтка скаржиться на постійне відчуття роздратування, що перемежуються зі станами апатії, відчуття емоційної порожнечі та покинутості, небажання навчатися та дорослішати. Повідомляє про наявність суїцидальних думок, наявність декількох спроб у минулому, детально, конкретно описує план майбутньої спроби.

*Анамнез захворювання:* За словами пацієнтки, симптоми депресії вперше почали проявлятися в ранньому підлітковому віці, приблизно з 11 років, після автомобільної аварії матері, що призвело до погіршення стосунків як з нею, так і загалом у родині.

На тлі інтенсивних підліткових переживань, труднощів у стосунках з однолітками та соціального відторгнення стан пацієнтки поступово погіршувався: з'явилися коливання настрою, що чергувалися зі станами апатії, відчуття безнадії та спалахи агресії з непередбачуваним характером.

Пацієнтка почала наносити собі порізи на руки та ноги, демонструючи їх матері, що, проте, викликало лише агресивне відторгнення з її боку. Вона також здійснила кілька суїцидальних спроб шляхом асфіксії через удушення.

За останні три місяці суїцидальні думки набули більшого рівня частоти та нав'язливості.

Пацієнтка звертається за допомогою вперше, оскільки раніше не мала можливості самотійно звернутися до психіатрів та психологів через вік, а мати відмовлялася супроводити її до лікаря.

Госпіталізована після консультації з психіатром.

*Анамнез життя:* Пацієнтка виросла в сім'ї з високим рівнем емоційного напруження. Родина складалась з п'яти осіб: мама, тато, сестра, бабуся та пацієнтка. Конфлікти в родині виникали регулярно, особливо, між мамою та бабусяю.

Стосунки між членами родини не були приязними та підтримуючими. З дитинства пацієнтка часто відчувала себе самотньою. Бажання бути поміченою реалізовувалось лише за умови високих балів у школі. Зміни в маминому стані та поведінці в наслідок автомобільної аварії, за словами пацієнтки, мали на неї великий вплив. Стосунки стали ще більш відстороненими з періодичними конфліктами, що закінчувалися для пацієнтки самоушкоджуючою поведінкою. На момент госпіталізації пацієнтка не має дружніх і романтичних стосунків та цікавості до будь-якої діяльності.

*Зовнішній вигляд:* одяг та зачіска охайні, на обличчі майже без макіяжу, тримається спокійно.

*Настрій:* переважно пригнічений, періодично з'являються сльози.

*Афект:* нестійкий, перепади від роздратування до пригніченості.

*Мислення:* логічне, фіксоване на переживаннях минулого.

*Пам'ять і увага:* без порушень.

*Сон:* порушений, важко засинати і важко прокидатися.

*Апетит:* знижений. Відмічає наявність запорів.

*Оцінка ризику суїциду в рамках дослідження:*

Показники алекситимії (за Торонтською шкалою алекситимії) — 88 балів

Показники агресії (за шкалою агресії Басса-Даркі): індекс агресії — 22 бали; індекс ворожості — 15 балів

Показник суїцидальних намірів (за шкалою суїцидальних намірів Бека) — 27 балів

Показник безнадії (за шкалою безнадії Бека) — 16 балів

Показники за різними шкалами демонструють підвищений ризик суїцидальної поведінки:

1. Алекситимія: 88 балів — є високим показником. Він вказує на суттєві складнощі пацієнтки з диференціацією, ідентифікацією та вербалізацією емоцій. Отже, такий показник може бути предиктором труднощів регуляції емоцій та імпульсивних дій.

2. Агресія: Індекс агресії (22 бали) та індекс ворожості (15 балів) за шкалою Басса-Даркі свідчать про наявність агресивних тенденцій, які, у поєднанні з високим рівнем алекситимії, можуть підвищувати ризик саморуйнівної поведінки.

3. Безнадія: високий показник безнадії (16 балів за шкалою безнадії Бека) відображає відчуття безвиході та безнадії, що є суттєвим фактором суїцидального ризику і є показником для терапевтичної роботи над зниженням таких переживань.

4. Суїцидальні наміри: показник 27 балів за шкалою суїцидальних намірів Бека демонструє високий рівень суїцидального ризику.

**Висновок:** пацієнтка має високі показники по всіх шкалах та високі індекси агресії та ворожості, і враховуючи попередню спробу самогубства та теперішні нав'язливі думки та плани щодо суїциду — є нагальна потреба втручання та постійного моніторингу її стану.

Додатково досліджувались взаємозв'язки між суїцидальними спробами та іншими деструктивними проявами, такими як агресія, самопошкоджуюча поведінка та імпульсивність. На основі аналізу таблиць сполученості можна стверджувати, що люди, які мали суїцидальні спроби, частіше проявляли агресію, самопошкоджуючу поведінку та імпульсивність (табл.3.2).

Зокрема, 28 із 59 осіб зі спробами суїциду повідомили про агресивні приступи, тоді як у групі без таких спроб їх було лише 2 із 42 ( $\chi^2 = 21.4, df = 1, p < 0.001, \text{Cramer's } V = 0.461$ ). Самопошкоджуюча поведінка також

частіше зустрічалася серед тих, хто мав спроби суїциду ( $\chi^2 = 27.4, df = 1, p < 0.001$ , Cramer's  $V = 0.521$ ).

Імпульсивність була значно вираженішою у групі зі спробами суїциду ( $\chi^2 = 25.9, df = 1, p < 0.001$ , Cramer's  $V = 0.507$ ). Агресія по відношенню до інших також була пов'язана зі спробами суїциду ( $\chi^2 = 10.0, df = 1, p = 0.002$ , Cramer's  $V = 0.315$ ).

Ці результати підкреслюють, що суїцидальні спроби зазвичай не виникають ізольовано, а супроводжуються вираженими деструктивними поведінковими проявами.

Таблиця 3.2

**Розподіл частот між показниками агресії та спробою суїциду**

|                                | Показник | Спроба суїциду |     |        |
|--------------------------------|----------|----------------|-----|--------|
|                                |          | Ні             | Так | Всього |
| Приступи агресії               | Ні       | 40             | 2   | 42     |
|                                | Так      | 31             | 28  | 59     |
|                                | Total    | 71             | 30  | 101    |
| Самопошкоджуюча поведінка      | Ні       | 66             | 14  | 80     |
|                                | Так      | 5              | 16  | 21     |
|                                | Total    | 71             | 30  | 101    |
| Імпульсивність                 | Ні       | 53             | 6   | 59     |
|                                | Так      | 18             | 24  | 42     |
|                                | Total    | 71             | 30  | 101    |
| Агресія по відношенню до інших | Ні       | 52             | 12  | 64     |
|                                | Так      | 19             | 18  | 37     |
|                                | Total    | 71             | 30  | 101    |

Іншим важливим аспектом, який заслуговує на увагу, є зв'язок між віковими категоріями респондентів та наявністю суїцидальних думок. Було

виявлено статистично значущий зв'язок між віковими групами та наявністю суїцидальних думок ( $\chi^2 = 11.4, df = 3, p = 0.010$ ). Значення Cramer's  $V = 0.336$  вказує на помірний рівень асоціації між цими змінними. У віковій групі 18-44 роки частота суїцидальних думок є найбільшою (68% респондентів) в порівнянні з групами 45-59 років (52% респондентів) та 60-74 роки (13% респондентів). Таким чином, вікові відмінності мають помірний взаємозв'язок з ймовірністю виникнення суїцидальних думок, причому молодші респонденти (18-44 роки) виявляють їх значно частіше (табл. 3.3.).

Таблиця 3.3.

**Розподіл частот між віковою групою та суїцидальними думками**

| Вік (групи) | Суїцидальні думки |     |        |
|-------------|-------------------|-----|--------|
|             | Ні                | Так | Всього |
| 18-44       | 22                | 47  | 69     |
| 45-59       | 11                | 12  | 23     |
| 60-74       | 7                 | 1   | 8      |
| 75+         | 1                 | 0   | 1      |
| Всього      | 41                | 60  | 101    |

Аналіз вікових груп також виявив певні відмінності у частоті агресивних проявів серед респондентів. До того ж, на основі аналізу таблиць сполученості можна вказувати на наявність статистично значущого зв'язку між віковими групами та приступами агресії ( $\chi^2 = 11.7, df = 3, p = 0.009$ ). Значення Cramer's  $V = 0.340$  вказує на помірний рівень асоціації між цими змінними. У віковій групі 18-44 роки приступи агресії були зафіксовані найчастіше (70% пацієнтів), у той час як у вікових групах 45-59 (35% респондентів) та 60-74 роки (38% респондентів) вони зустрічалися більш рідко (табл.3.4).

Таблиця 3.4

**Розподіл частот між віковою групою та проявами приступів агресії**

| Вік (групи) | Приступи агресії |
|-------------|------------------|
|-------------|------------------|

|        | Ні | Так | Всього |
|--------|----|-----|--------|
| 18-44  | 21 | 48  | 69     |
| 45-59  | 15 | 8   | 23     |
| 60-74  | 5  | 3   | 8      |
| 75+    | 1  | 0   | 1      |
| Всього | 42 | 59  | 101    |

Подібні результати були отримані і для самопошкоджуючої поведінки, де найбільша частота спостерігалась серед молодших респондентів. Було виявлено статистично значущий зв'язок між віковими групами та самопошкоджуючою поведінкою ( $\chi^2 = 8.95, df = 3, p = 0.030$ ). Значення Cramer's  $V = 0.298$  вказує на помірний рівень асоціації між цими змінними. Найбільша частота самопошкоджуючої поведінки спостерігається у віковій групі 18-44 роки (29 % респондентів), тоді як у вікових групах 45-59 та 60-74 роки самопошкоджуюча поведінка майже не зустрічається (табл. 3.5).

Таблиця 3.5

#### Розподіл частот між віковою групою та самопошкоджуючою поведінкою

| Вік (групи) | Самопошкоджуюча поведінка |     |        |
|-------------|---------------------------|-----|--------|
|             | Ні                        | Так | Всього |
| 18-44       | 49                        | 20  | 69     |
| 45-59       | 22                        | 1   | 23     |
| 60-74       | 8                         | 0   | 8      |
| 75+         | 1                         | 0   | 1      |
| Всього      | 80                        | 21  | 101    |

Вікові відмінності були також значущими для показника імпульсивності, який частіше зустрічався у молодших респондентів. Статистично значущий зв'язок було знайдено між категоріями вікових груп та імпульсивністю ( $\chi^2 =$

10.4,  $df = 3, p = 0.015$ ). Значення Cramer's  $V = 0.321$  вказує на помірний рівень асоціації між цими змінними. У віковій групі 18-44 роки імпульсивність спостерігалася частіше (52% респондентів), порівняно з віковими групами 45-59 (22% респондентів) та 60-74 роки (13% респондентів) (табл. 3.6).

Таблиця 3.6.

**Розподіл частот між віковою групою та імпульсивністю**

| Вік (групи) | Імпульсивність |     |        |
|-------------|----------------|-----|--------|
|             | Ні             | Так | Всього |
| 18-44       | 33             | 36  | 69     |
| 45-59       | 18             | 5   | 23     |
| 60-74       | 7              | 1   | 8      |
| 75+         | 1              | 0   | 1      |
| Всього      | 59             | 42  | 101    |

Для оцінки надійності інструментів у дослідженні застосовували коефіцієнт альфа Кронбаха: для шкал із порядковими відповідями – стандартний коефіцієнт, а для шкал із бінарними відповідями – тетрагоричний. Шкала суїцидальних намірів показала високу внутрішню узгодженість ( $\alpha = 0.959$ ), що свідчить про її надійність. Шкала алекситимії продемонструвала помірну надійність ( $\alpha = 0.626$ ), що вказує на потребу вдосконалення або уточнення цього інструменту. Шкала безнадії Бека показала високу надійність ( $\alpha_t = 0.929$ ), аналогічно високий рівень внутрішньої узгодженості продемонструвала шкала менталізації ( $\alpha = 0.888$ ). Для оцінки шкали ворожості Басса-Дарки було використано тетрагоричну альфу Кронбаха для

кожної субшкали окремо. Фізична агресія мала високу надійність ( $\alpha_t = 0.842$ ), непряма агресія – помірну надійність ( $\alpha_t = 0.698$ ), а роздратування продемонструвало високий рівень внутрішньої узгодженості ( $\alpha_t = 0.887$ ). Негативізм виявився найменш надійним із субшкал ( $\alpha_t = 0.196$ ), що свідчить про низьку узгодженість питань. Останнє є очікуваним результатом, оскільки шкала складається із малої кількості різносторонніх питань. Шкала образи мала помірну надійність ( $\alpha_t = 0.748$ ), підозрілість – помірну ( $\alpha_t = 0.722$ ). Вербальна агресія також показала високий рівень надійності ( $\alpha_t = 0.804$ ), тоді як шкала почуття вини мала лише помірну надійність ( $\alpha_t = 0.571$ ).

Таблиця 3.7

**Показники альфи Кронбаха та оцінка надійності шкал**

| <b>Шкала</b>               | <b>Коефіцієнт <math>\alpha</math> – Кронбаха</b> | <b>Оцінка надійності</b> |
|----------------------------|--------------------------------------------------|--------------------------|
| Шкала суїцидальних намірів | 0.959                                            | Висока надійність        |
| Шкала алекситимії          | 0.626                                            | Помірна надійність       |
| Шкала безнадії Бека        | 0.929                                            | Висока надійність        |
| Шкала металізації          | 0.888                                            | Висока надійність        |
| Фізична агресія            | 0.842                                            | Висока надійність        |
| Побічна агресія            | 0.698                                            | Помірна надійність       |
| Роздратування              | 0.887                                            | Висока надійність        |
| Негативізм                 | 0.196                                            | Низька надійність        |
| Образа                     | 0.748                                            | Помірна надійність       |
| Підозрілість               | 0.722                                            | Помірна надійність       |
| Вербальна агресія          | 0.804                                            | Висока надійність        |
| Почуття вини               | 0.571                                            | Помірна надійність       |

Відповідно до зібраних даних, було отримано наступні значення середньоарифметичного значення та стандартного відхилення (Таблиця №):

шкала суїцидальних намірів продемонструвала середнє значення ( $M = 7.76, SD = 8.75$ ). Шкала фізичної агресії мала середнє значення ( $M = 4.02, SD = 2.60$ ), а шкала непрямой агресії — ( $M = 4.38, SD = 2.09$ ). Шкала роздратування була ( $M = 6.28, SD = 3.10$ ), тоді як шкала негативізму — ( $M = 1.76, SD = 1.11$ ). Для шкали образи середнє значення становило ( $M = 5.11, SD = 1.67$ ), а для шкали підозрілості — ( $M = 4.50, SD = 2.17$ ). Шкала вербальної агресії мала середнє значення ( $M = 6.20, SD = 2.93$ ), а шкала почуття вини — ( $M = 6.49, SD = 1.45$ ). Індeksi ворожості та агресії продемонстрували такі середні значення: ( $M = 9.60, SD = 3.48$ ) та ( $M = 16.50, SD = 7.75$ ) відповідно. Шкала безнадії Бека показала середнє значення ( $M = 9.38, SD = 4.70$ ), шкала алекситимії — ( $M = 74.51, SD = 8.68$ ), а шкала менталізації — ( $M = 34.17, SD = 8.31$ ).

Таблиця 3.8

### Основні описові статистики метричних шкал

| Шкали                      | Mean | SD   | Min | Max |
|----------------------------|------|------|-----|-----|
| Шкала суїцидальних намірів | 7.76 | 8.75 | 0   | 32  |
| Фізична агресія            | 4.02 | 2.6  | 0   | 10  |
| Непряма агресія            | 4.38 | 2.09 | 1   | 8   |
| Роздратування              | 6.28 | 3.1  | 0   | 11  |
| Негативізм                 | 1.76 | 1.11 | 0   | 4   |
| Образа                     | 5.11 | 1.67 | 0   | 8   |
| Підозрілість               | 4.5  | 2.17 | 0   | 9   |
| Вербальна агресія          | 6.2  | 2.93 | 1   | 12  |
| Почуття провини            | 6.49 | 1.45 | 3   | 9   |

|                     |       |      |    |    |
|---------------------|-------|------|----|----|
| Індекс ворожості    | 9.6   | 3.48 | 3  | 17 |
| Індекс агресивності | 16.5  | 7.75 | 2  | 31 |
| Шкала безнадії Бека | 9.38  | 4.7  | 1  | 19 |
| Алекситимія         | 74.51 | 8.68 | 56 | 93 |
| Менталізація        | 34.17 | 8.31 | 17 | 52 |

*Примітка.* Mean – середнє значення, SD – стандартне відхилення, Min – мінімальне значення, Max – максимальне значення.

Шкали було перевірено на відповідність нормальному розподілу за тестом Колмогорова-Смірнова. Відповідно до результатів, шкала суїцидальних намірів ( $D = 0.238, p < 0.001$ ), шкала непрямой агресії ( $D = 0.151, p = 0.015$ ), шкала роздратування ( $D = 0.157, p = 0.011$ ), шкала негативізму ( $D = 0.218, p < 0.001$ ) та шкала почуття провини ( $D = 0.165, p = 0.006$ ) мають статистично-значущу відмінність від нормального розподілу. В той час як інші шкали не мають значущих відхилень від нормального розподілу: шкала фізичної агресії ( $D = 0.128, p = 0.063$ ), шкала індексу агресивності ( $D = 0.096, p = 0.297$ ), шкала образи ( $D = 0.130, p = 0.057$ ), шкала підозрілості ( $D = 0.112, p = 0.145$ ), шкала вербальної агресії ( $D = 0.120, p = 0.099$ ), шкала менталізація ( $D = 0.075, p = 0.591$ ), шкала алекситимії ( $D = 0.104, p = 0.214$ ), шкала безнадії Бека ( $D = 0.086, p = 0.415$ ), а також шкала індексу ворожості ( $D = 0.113, p = 0.142$ ) (табл. 3.9)

Таблиця 3.9.

#### Відповідність шкал нормальному розподілу

| Шкали                      | D     | p-value |
|----------------------------|-------|---------|
| Шкала суїцидальних намірів | 0.238 | < 0.001 |
| Фізична агресія            | 0.128 | 0.063   |
| Непряма агресія            | 0.151 | 0.015   |

|                     |       |         |
|---------------------|-------|---------|
| Індекс агресивності | 0.096 | 0.297   |
| Роздратування       | 0.157 | 0.011   |
| Негативізм          | 0.218 | < 0.001 |
| Образа              | 0.130 | 0.057   |
| Підозрілість        | 0.112 | 0.145   |
| Вербальна агресія   | 0.120 | 0.099   |
| Почуття провини     | 0.165 | 0.006   |
| Менталізація        | 0.075 | 0.591   |
| Алекситимія         | 0.104 | 0.214   |
| Шкала безнадії Бека | 0.086 | 0.415   |
| Індекс ворожості    | 0.113 | 0.142   |

Примітка. D – статистика тесту Колмогорова-Смірнова

Аналіз можливості ризику в рамках шкали суїцидальних намірів показав, що відсутність ризику спостерігається у 51.5% учасників ( $N = 52$ ), тоді як наявність ризику виявлена у 48.5% ( $N = 49$ ) (рис. 3.1).

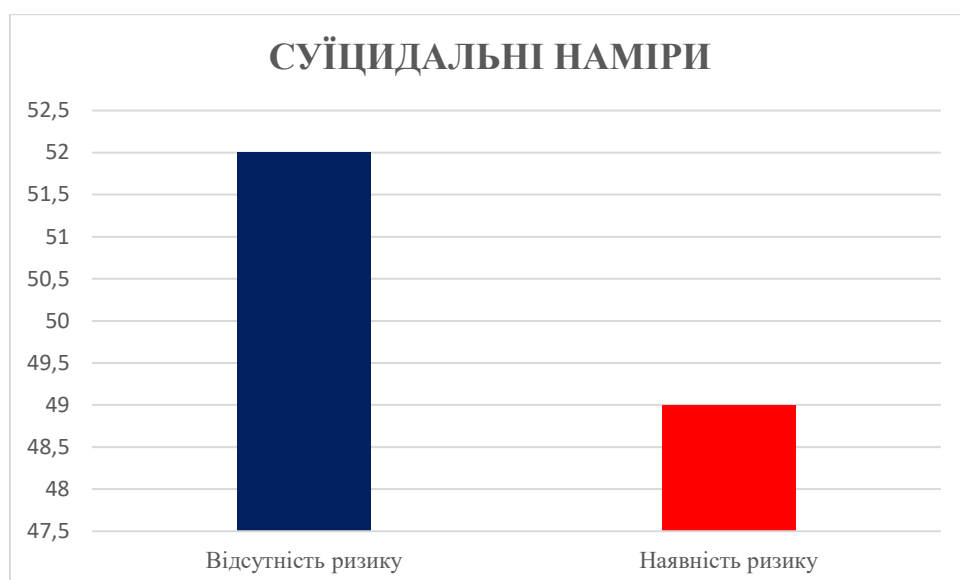


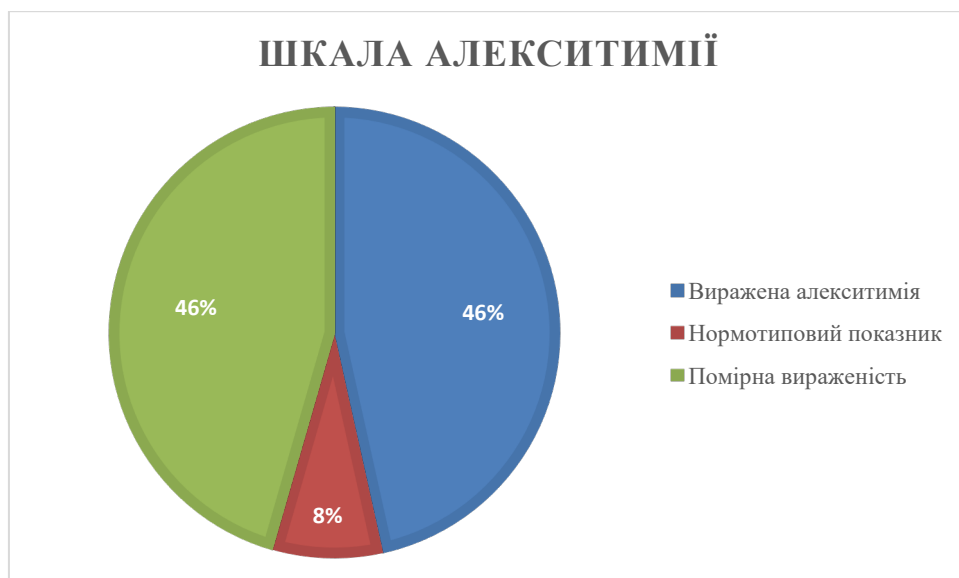
Рис. 3.1. Частотний розподіл респондентів за можливістю наявності суїцидальних намірів

Щодо індексу ворожості, високий рівень продемонстрували 41.6% респондентів ( $N = 42$ ), середній рівень — 57.4% ( $N = 58$ ), і лише 1% ( $N = 1$ ) мають низький рівень ворожості. Аналіз рівня агресивності вказує, що 17.8% ( $N = 18$ ) учасників мають високий рівень, 50.5% ( $N = 51$ ) — низький рівень, а 31.7% ( $N = 32$ ) демонструють середній рівень агресивності (рис. 3.2).



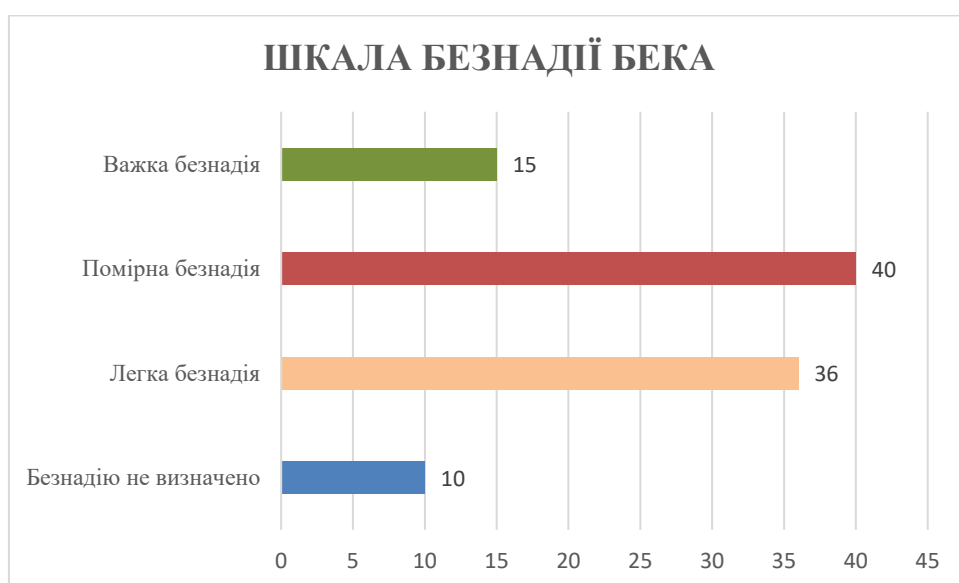
Рис. 3.2. Частотний розподіл респондентів за рівнем агресивності та ворожості

Оцінка вираженості по шкалі алекситимії показала, що виражена алекситимія характерна для 46.5% ( $N = 47$ ) респондентів, 45.5% ( $N = 46$ ) мають помірну вираженість, і лише 7.9% ( $N = 8$ ) демонструють нормотипові показники (рис. 3.3.).



*Рис. 3.3* Частотний розподіл респондентів за вираженістю алекситимічних проявів

Розподіл за рівнем безнадії за шкалою Бека показав, що 9.9% ( $N = 10$ ) респондентів не мають визначеного рівня безнадії. Важка безнадія спостерігається у 14.9% учасників ( $N = 15$ ), легка безнадія — у 35.6% ( $N = 36$ ), а помірна безнадія — у 39.6% ( $N = 40$ ) (рис. 3.4).



*Рис. 3.4* Частотний розподіл респондентів за вираженістю безнадії

Ще один важливий аспект, який був виявлений у дослідженні, — це зв'язок між наявністю ризику за шкалою суїцидальних намірів та суїцидальними думками. Виявлено статистично значущий зв'язок між наявністю суїцидальних думок та наявністю/відсутністю ризику суїциду за шкалою суїцидальних намірів ( $\chi^2 = 65.0, df = 1, p < 0.001$ ). Значення Cramer's  $V = 0.802$ , що вказує на високий рівень асоціації між цими змінними. У групі з наявністю суїцидальних думок більшість респондентів мають суїцидальні наміри, тоді як серед респондентів без наявності суїцидальних думок ризик суїцидальних намірів не спостерігався. Таким чином, рівень ризику суїцидальних намірів має сильний зв'язок з наявністю суїцидальних думок (табл. 3.10).

Таблиця 3.10

**Розподіл частот між наявністю/відсутністю ризику суїциду за шкалою суїцидальних намірів та суїцидальними думками**

| Суїцидальні думки | Шкала суїцидальних намірів |                  | Всього |
|-------------------|----------------------------|------------------|--------|
|                   | Відсутність ризику         | Наявність ризику |        |
| Ні                | 41                         | 0                | 41     |
| Так               | 11                         | 49               | 60     |
| Всього            | 52                         | 49               | 101    |

Також виявлено статистично значущий зв'язок між рівнем безнадії за шкалою Бека та наявністю суїцидальних думок ( $\chi^2 = 12.6, df = 3, p = 0.006$ ). Значення Cramer's  $V = 0.353$  свідчить про помірний рівень асоціації між цими змінними. Серед тих, у кого безнадія не визначена, суїцидальні думки

наявні у меншій кількості респондентів (40% респондентів). У групі з легким рівнем безнадії суїцидальні думки не спостерігається у більшості випадків (56% респондентів), тоді як у групах з помірним та важким рівнями безнадії також є значна кількість респондентів з суїцидальними думками (65% та 93% респондентів відповідно). Це вказує на те, що вищий рівень безнадії асоціюється з більшою ймовірністю суїцидальних думок.

Таблиця 3.11

**Розподіл частот між рівнями за шкалою безнадії Бека та суїцидальними думками**

| Суїцидальні думки | Шкала безнадії Бека (рівень) |                |                |                  | Всього |
|-------------------|------------------------------|----------------|----------------|------------------|--------|
|                   | Безнадію не визначено        | Важка безнадія | Легка безнадія | Помірна безнадія |        |
| Ні                | 6                            | 1              | 20             | 14               | 41     |
| Так               | 4                            | 14             | 16             | 26               | 60     |
| Всього            | 10                           | 15             | 36             | 40               | 101    |

Було виявлено статистично значущий зв'язок між рівнем алекситимії та наявністю суїцидальних думок ( $\chi^2 = 14.7, df = 2, p < 0.001$ ).

Значення Cramer's  $V = 0.382$  вказує на помірний рівень асоціації між цими змінними. Серед респондентів із вираженою алекситимією суїцидальні думки мають (77% респондентів), тоді як у групі з нормотиповими показниками алекситимії суїцидальні думки зустрічаються лише в 12,5% респондентів.

Серед тих, у кого спостерігається помірна вираженість алекситимії, суїцидальні думки присутні у 50% респондентів. Ці результати свідчать, що вираженіша алекситимія асоціюється з вищою ймовірністю суїцидальних думок.

Таблиця 3.12

**Розподіл частот між рівнями за шкалою алекситимії та суїцидальними думками**

| Суїцидальні думки | Алекситимія (рівні)  |                       |                     | Всього |
|-------------------|----------------------|-----------------------|---------------------|--------|
|                   | Виражена алекситимія | Нормотиповий показник | Помірна вираженість |        |
| Ні                | 11                   | 7                     | 23                  | 41     |
| Так               | 36                   | 1                     | 23                  | 60     |
| Всього            | 47                   | 8                     | 46                  | 101    |

Виявлено статистично значущий зв'язок між рівнем ризику за шкалою суїцидальних намірів та самопошкоджуючою поведінкою ( $\chi^2 = 28.1, df = 1, p < 0.001$ ). Значення Cramer's  $V = 0.528$ , що вказує на високий рівень асоціації між цими змінними.

Серед респондентів з наявністю ризику суїцидальних намірів самопошкоджуюча поведінка присутня у 21 із 49 респондентів, тоді як серед респондентів без ризику суїцидальних намірів самопошкоджуюча поведінка не спостерігається (0 із 52).

Це свідчить про те, що наявність ризику суїцидальних намірів сильно асоціюється з вищою ймовірністю самопошкоджуючої поведінки (табл.3.13).

Таблиця 3.13

**Розподіл частот між рівнями за шкалою суїцидальних намірів та самопошкоджуючою поведінкою**

| Самопошкоджуюча поведінка | Шкала суїцидальних намірів (рівень) |                  | Всього |
|---------------------------|-------------------------------------|------------------|--------|
|                           | Відсутність ризику                  | Наявність ризику |        |
| Ні                        | 52                                  | 28               | 80     |

|        |    |    |     |
|--------|----|----|-----|
| Так    | 0  | 21 | 21  |
| Всього | 52 | 49 | 101 |

Аналіз рівня агресивності показав відмінності між різними віковими групами, що дозволило виділити групи із вищим ризиком агресивної поведінки. Виявлено статистично значущий зв'язок між рівнем індексу агресивності та віковими групами ( $\chi^2 = 14.8, df = 6, p = 0.022$ ). Значення Cramer's  $V = 0.270$  вказує на слабкий рівень асоціації між цими змінними.

Серед респондентів вікової групи 18-44 роки виявлено найвищий рівень агресивності: високий рівень агресивності спостерігається у 23% респондентів. У віковій групі 45-59 років лише 9% респондентів мають високий рівень агресивності, тоді як у групі 60-74 роки високий рівень агресивності не спостерігається.

Це свідчить, що молодша вікова група (18-44 роки) має більшу ймовірність високого рівня агресивності порівняно зі старшими віковими групами (табл. 3.14).

Таблиця 3.14

**Розподіл частот між рівнями за шкалою індекс агресивності та віковими групами**

| Вік   | Індекс агресивності (рівень) |                |                 | Всього |
|-------|------------------------------|----------------|-----------------|--------|
|       | Високий рівень               | Низький рівень | Середній рівень |        |
| 18-44 | 16                           | 27             | 26              | 69     |
| 45-59 | 2                            | 15             | 6               | 23     |
| 60-74 | 0                            | 8              | 0               | 8      |
| 75+   | 0                            | 1              | 0               | 1      |

|        |    |    |    |     |
|--------|----|----|----|-----|
| Всього | 18 | 51 | 32 | 101 |
|--------|----|----|----|-----|

Отже, виходячи з результатів, діагноз пов'язаний з самопошкоджуючою поведінкою. Хоча сімейний стан статистично не пов'язаний з наявністю спроб суїциду, однак з ними пов'язано наявність дітей. Суїцидальні спроби мають взаємозв'язок з агресією, самопошкоджуючою поведінкою та імпульсивністю. Вік пов'язан із наявністю суїцидальних думок, самопошкоджуючою поведінкою, імпульсивністю та агресивними проявами. Суїцидальні думки пов'язані із наявністю ризику за шкалою суїцидальних намірів, безнадією та алекситимією, як і самопошкоджуюча поведінка із наявністю ризику за шкалою суїцидальних намірів. Було виявлено, що респонденти молодші за віком мають більше агресивних тенденцій, порівняно з іншими віковими групами.

### 3.2. Порівняльний аналіз ризиків суїцидальної поведінки

У дослідженні для порівняння двох груп респондентів - із суїцидальними спробами та без них - було використано критерій Манна-Уїтні. За шкалою алекситимії було виявлено, що респонденти зі спробами суїциду мали значно вищі показники ( $U = 617, p < 0.001$ ). Середнє значення в цій групі становило ( $M = 78.73, SD = 7.00$ ), порівняно із тими, хто таких спроб не мав ( $M = 72.73, SD = 8.74$ ), що підкреслює важливість емоційної компетентності у профілактиці суїцидальних дій (Рисунок №). На лівій панелі рисунку зображено розподіл значень шкали алекситимії для респондентів, що мають спроби суїциду (синім кольором) та тих, що не мають (червоним кольором). Розподіл з відповідями «Ні» є симетричним та нормальним, що підтверджує аналіз нормальності за критерієм Шапіро-Уїлка ( $W = 0.975, p = 0.175$ ), в той час як для розподілу з відповідями «Так» показує відхилення від нормального ( $W = 0.883, p = 0.003$ ). На правій панелі зображено бокс-діаграми шкали алекситимії для двох зазначених підгруп. Діапазони значень шкали алекситимії

з першого по третій квартилі суттєво перекриваються для респондентів з наявністю та відсутністю суїцидальних спроб.

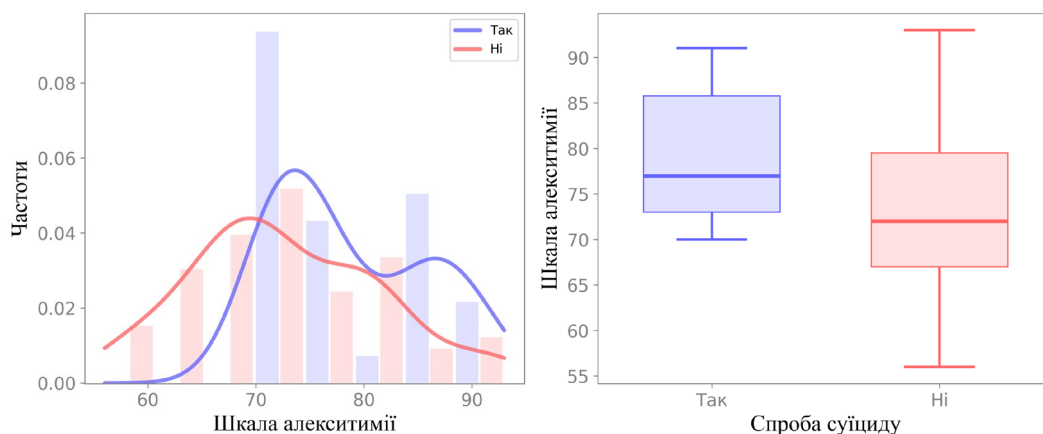


Рис. 3.5. Порівняння оцінок за шкалою алекситимії для груп із спробами суїциду та без них

Наступний показник, що аналізувався, — це безнадія за шкалою Бека, який також показав значні відмінності між групами ( $U = 746, p = 0.017$ ). Середнє значення безнадії в цій групі становило ( $M = 11.17, SD = 5.06$ ), тоді як у групі без суїцидальних спроб — ( $M = 8.62, SD = 4.36$ ).

Високі показники безнадії є важливим індикатором, оскільки саме безнадія може підштовхувати людей до спроб суїциду (рис.3.6). Розподіл з відповідями «Ні» є асиметричним та має статистично-значущу відмінність від нормального ( $W = 0.962, p = 0.029$ ), в той час як розподіл з відповідями «Так» є нормальним ( $W = 0.957, p = 0.255$ ).

Діапазони значень шкали безнадії Бека, аналогічно до шкали алекситимії, має суттєве перекриття з першого по третій квартилі для респондентів з наявністю та відсутністю суїцидальних спроб.

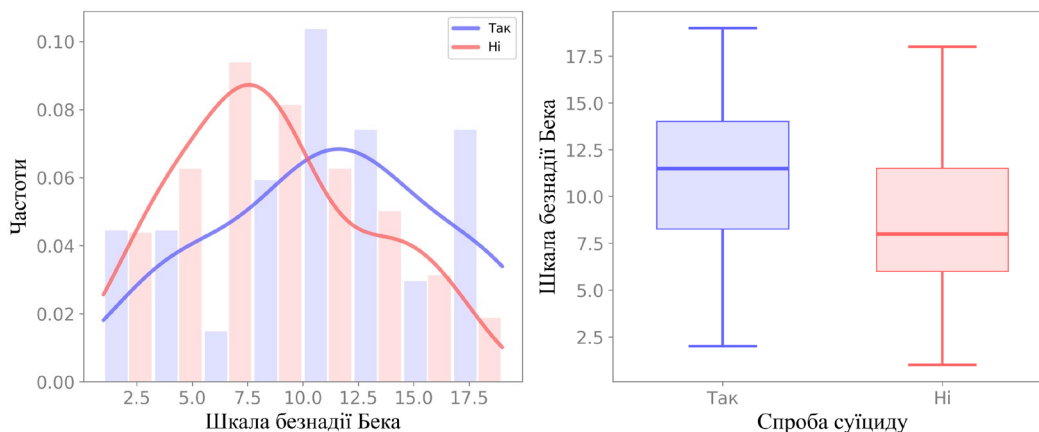


Рис. 3.6. Порівняння оцінок за шкалою безнадії Бека для груп із спробами суїциду та без них

Найбільша різниця між групами була зафіксована за шкалою суїцидальних намірів ( $U = 215, p < 0.001$ ). Середнє значення у групі зі спробами суїциду становило ( $M = 16.70, SD = 7.32$ ), що майже вчетверо більше, ніж у групі без таких спроб ( $M = 3.99, SD = 6.20$ ) (рис. 3.7).

Шкала суїцидальних намірів для респондентів без суїцидальних спроб є суттєво асиметричною та суттєво відмінною від нормального розподілу ( $W = 0.703, p < 0.001$ ), що пов'язано з тим, що переважна кількість респондентів без спроб суїциду мають значення 0 по шкалі суїцидальних намірів.

В той же час, респонденти з суїцидальними спробами мають нормальний розподіл оцінок ( $W = 0.979, p = 0.786$ ).

Діапазони значень шкали суїцидальних намірів з першого по третій квартиль не перекриваються для цих двох груп.

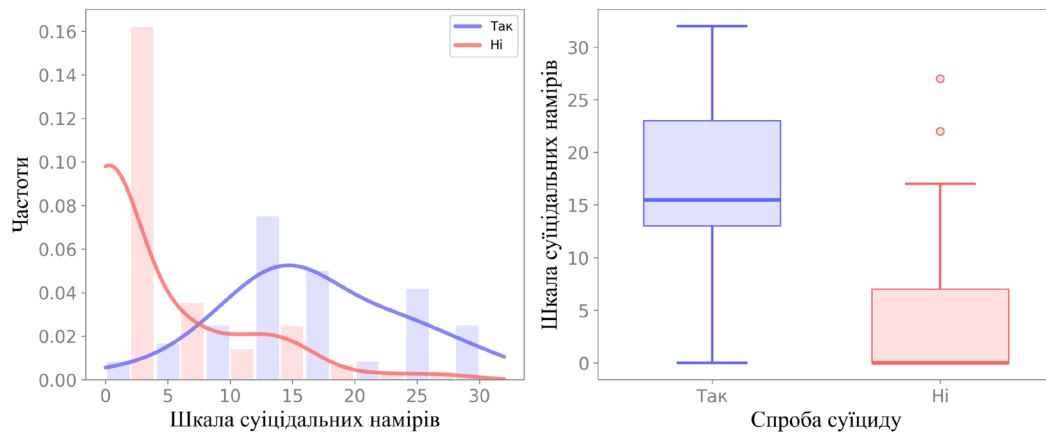


Рис. 3.7. Порівняння оцінок за шкалою суїцидальних намірів для груп із спробами суїциду та без них

Суттєві відмінності спостерігалися також за індексом агресивності ( $U = 235, p < 0.001$ ) та шкалою роздратування ( $U = 232, p < 0.001$ ). Особи зі спробами суїциду демонстрували вищі рівні агресивної поведінки та роздратування ( $M = 23.67, SD = 4.96$  та  $M = 9.23, SD = 1.79$  відповідно), ніж ті, хто не мав таких спроб ( $M = 13.46, SD = 6.66$  та  $M = 5.03, SD = 2.66$ ). Це свідчить про те, що агресія і роздратування можуть бути не лише наслідком емоційних проблем, але й додатковими тригерами для суїцидальних спроб (рис.3.8). Розподіл з відповідями «Ні» для шкали індекс агресивності має статистично-значущу відмінність від нормального ( $W = 0.963, p = 0.036$ ), так само як і розподіл з відповідями «Так» не є нормальним ( $W = 0.809, p < .001$ ).

Діапазони значень шкали індексу агресивності для груп з наявністю та відсутністю суїцидальних спроб з першого по третій квартиль діапазони є суттєво відмінні.

Для шкали роздратування, аналогічно, розподіл відповідей для груп «Так» та «Ні» відрізняється від нормального ( $W = 0.696, p < .001$ ) та ( $W = 0.961, p = 0.027$ ) відповідно. Діапазони значень шкали роздратування, з першого по третій квартиль не перекриваються.

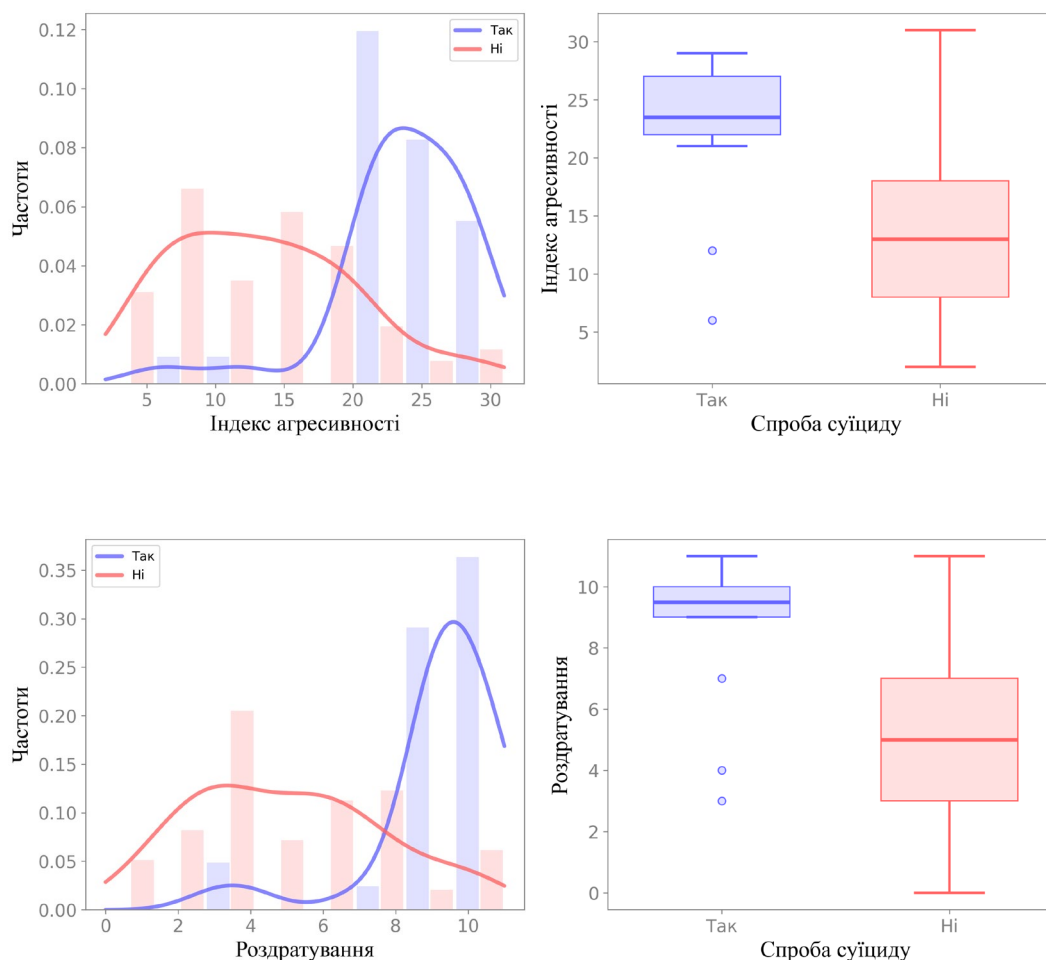


Рис. 3.8 Порівняння оцінок за шкалами індекс агресивності та роздратування для груп із спробами суїциду та без них

Для ілюстрації низьких показників агресії при виражених показниках алекситимії, суїцидальних намірів та безнадії розглянемо клінічний випадок.

*Клінічний випадок 2.*

*Пацієнт:* С., 58 років.

*Дата госпіталізації:* 30 вересня 2021 року.

*Діагноз:* F-32.11 Рекурентний депресивний розлад

*Скарги при госпіталізації:* Пацієнт скаржиться на порушення сну, постійне відчуття тривоги, знижений настрій, апатію. Відмічає часті конфлікти з колишньо дружиною, постійні непорозуміння з сином та сестрою. Повідомляє

про небажання жити, відсутність інтересу до будь-якої діяльності та періодичні суїцидальні думки.

*Анамнез захворювання:* Перші зміни психічного стану у пацієнта виникли у 27 років: з'явилися тривожність, страх та зниження настрою. Чергове погіршення він відмічає у 43 роки, коли почалися панічні атаки, головний біль і тривалі періоди депресивного настрою.

У віці 48 років він зробив спробу суїциду, прийнявши велику кількість пігулок, що призвело до першої госпіталізації. Відтоді у пацієнта були регулярні госпіталізації зі схожими скаргами. Нинішнє загострення стану пацієнт пояснює постійними конфліктами з дружиною, судовими процесами щодо поділу майна та вимушеним проживанням у сестри.

Він відчуває себе самотнім і переконаний, що всі його покинули. Пацієнт був госпіталізований після чергового конфлікту з колишньою дружиною та виражених суїцидальних намірів.

*Анамнез життя:* Пацієнт виріс у неблагополучній родині, де постійно виникали конфлікти між батьками. Говорить про своє дитинство пацієнт неохоче і називає його «нормальним». Після школи здобув середню освіту та працював фрезерувальником. Наразі не працює, друзів не має. Розлучений, має сина, його стосунки з колишньою дружиною конфліктні: за словами пацієнта, вона «вигнала його з квартири» і «налаштовує сина проти нього». На цей час проживає у сестри, де відчуває себе зайвим.

*Зовнішній вигляд:* напружений; відчувається недовіра до проведення бесіди.

*Настрій:* тривожний.

*Афект:* нестійкий, спостерігаються перепади від роздратування до пригніченості.

*Мислення:* логічне, фіксоване на переживаннях негативних подій.

*Пам'ять і увага:* знижена концентрація уваги, труднощі з пам'яттю.

*Сон:* порушений, складнощі з засипанням, часті пробудження з тривожними думками.

*Апетит:* знижений, мають місце запори

Оцінка ризику суїциду в рамках дослідження:

**Показники алекситимії** (за Торонтською шкалою алекситимії) — 91 балів

**Показники агресії** (за шкалою агресії Басса-Даркі): індекс агресії — 6 бали; індекс ворожості — 8 балів

**Показник суїцидальних намірів** (за шкалою суїцидальних намірів Бека) — 32 балів

**Показник безнадії** (за шкалою безнадії Бека) — 19 балів

Показники за різними шкалами демонструють підвищений ризик суїцидальної поведінки:

**1. Алекситимія:** 91 балів — є високим показником. Він вказує на суттєві складнощі пацієнтки з диференціацією, ідентифікацією та вербалізацією емоцій. Отже, такий показник може бути предиктором труднощів регуляції емоцій та імпульсивних дій.

**2. Агресія:** Індекс агресії (6 бали) та індекс ворожості (8 балів) за шкалою Басса-Даркі. Індекс агресії в 6 балів свідчить про помірний рівень агресивності. Такий рівень може проявлятися як певна схильність до проявів агресивної поведінки, особливо у відповідь на стресові ситуації або в умовах міжособистісного конфлікту.

Індекс ворожості у 8 балів є дещо підвищеним, що свідчить про наявність ворожих установок, негативного ставлення або недовіри до оточення. Людина з таким показником може бути схильною до сприйняття зовнішніх обставин як загрозливих. Загалом, оцінка індексу агресії та ворожості вказує на наявність певної емоційної напруженості й можливі труднощі в побудові міжособистісних стосунків.

**3. Безнадія:** Високий показник безнадії (19 балів за шкалою безнадії Бека) відображає відчуття безвиході та безнадії, що є суттєвим фактором суїцидального ризику.

**4. Суїцидальні наміри:** Показник 32 балів за шкалою суїцидальних намірів Бека демонструє високий рівень суїцидального ризику. Це свідчить про активну суїцидальну ідеацію, яка потребує негайного втручання та постійного моніторингу.

**Висновки:** варто підкреслити, що при високих показниках алекситимії, суїцидальних намірів та відчуття безнадії, рівні агресії та ворожості є помірними.

Це свідчить про те, що агресія не завжди демонструє високі показники у тестах, і для комплексної оцінки необхідно враховувати інші важливі чинники, такі як вік пацієнта, тривалість хвороби та інші емоційні та особистісні особливості.

Особливо вразливими можуть бути пацієнти, які не вміють висловлювати та розпізнавати власні емоції, що може поглиблювати їхній внутрішній конфлікт і підвищувати ризик суїцидальної поведінки.

За індексом ворожості також виявлено значущі відмінності ( $U = 622, p < 0.001$ ). Респонденти зі спробами суїциду мали вищі показники ворожості ( $M = 11.37, SD = 3.22$ ), порівняно з тими, хто не мав спроб ( $M = 8.86, SD = 3.34$ ), що вказує на підвищену напруженість у їхніх соціальних взаємодіях та можливу наявність конфліктів, що підсилюють ризик суїцидальних дій (рис. 3.9).

Розподіл з відповідями «Ні» є суттєво асиметричним та має статистично-значущу відмінність від нормального ( $W = 0.946, p = 0.004$ ), в той час як розподіл з відповідями «Так» є нормальним ( $W = 0.943, p = 0.112$ ).

Діапазони значень шкали індексу ворожості, має часткове перекриття з першого по третій квартилі для респондентів з наявністю та відсутністю суїцидальних спроб.

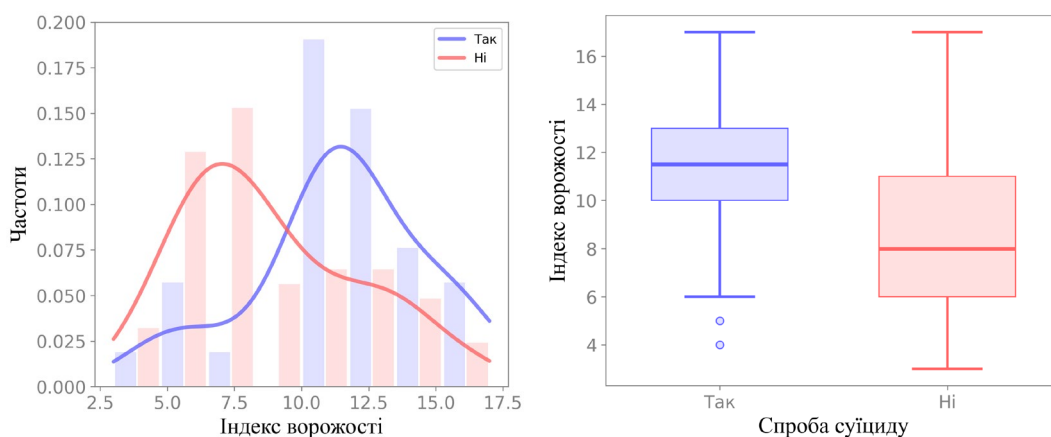


Рис. 3.9 Порівняння оцінок за шкалою індекс ворожості для груп із спробами суїциду та без них

Наступним кроком нами було розглянуто комбіновану змінну, що відображає ризик суїциду. Вона розраховувалась за наступним принципом: за наявності позитивної відповіді на анкетні питання про наявність суїцидальних думок, спроб суїциду або самопошкоджуючої поведінки змінній присвоювалось значення «Так», а в протилежному випадку – «Ні». Далі по тексту – «Ризик». (комбінована змінна «Ризик», включає наявність суїцидальних думок, спроб суїциду або самопошкоджуючої поведінки, згідно протоколу № 00712 МОЗ України)

Було розглянуто взаємозв'язок між утвореною змінною «Ризик» та можливістю наявності або відсутності суїцидальних намірів за шкалою суїцидальних намірів. На основі аналізу таблиць сполученості було встановлено, що існує статистично-значущих зв'язок між цими ( $\chi^2 = 62.4, df = 1, p < 0.001$ ).

Значення Cramer's  $V = 0.786$  вказує на сильний рівень асоціації між цими змінними. У групі, де «Ризик» наявний у 80% респондентів також наявний ризик за шкалою.

В той час, у респондентів, у яких відсутній ризик за питаннями анкети у всіх випадках - відсутній ризик і за даними шкали (табл. 3.15).

Таблиця 3.15

**Розподіл частот між «Ризик» та наявністю/відсутністю ризику за шкалою суїцидальних намірів**

| <b>Ризик</b> | <b>Шкала суїцидальних намірів</b> |                         | <b>Всього</b> |
|--------------|-----------------------------------|-------------------------|---------------|
|              | <b>Відсутність ризику</b>         | <b>Наявність ризику</b> |               |
| Ні           | 40                                | 0                       | 40            |
| Так          | 12                                | 49                      | 61            |
| Всього       | 52                                | 49                      | 101           |

Виявлено статистично значущий зв'язок між рівнем безнадії за шкалою Бека та «Ризиком» ( $\chi^2 = 11.5, df = 3, p = 0.009$ ). Значення Cramer's  $V = 0.338$  свідчить про помірний рівень асоціації між цими змінними. У групі з помірним рівнем безнадії «Ризик» є у більшій частині респондентів (65%), тоді як у групі з важкою безнадією «Ризик» також виявляється високим (93%). Серед респондентів з легкою безнадією «Ризик» спостерігається у 47% респондентів, а серед тих, у кого безнадія не визначена, «Ризик» є у меншій кількості респондентів (40% респондентів). Ці результати свідчать, що підвищений рівень безнадії асоціюється з більшою ймовірністю наявності «Ризик» (табл. 3.16).

Таблиця 3.16

**Розподіл частот між «Ризик» та рівнями за шкалою безнадії Бека**

| <b>Ризик</b> | <b>Шкала безнадії Бека (рівень)</b> |                       |                       |                         | <b>Всього</b> |
|--------------|-------------------------------------|-----------------------|-----------------------|-------------------------|---------------|
|              | <b>Безнадію не визначено</b>        | <b>Важка безнадія</b> | <b>Легка безнадія</b> | <b>Помірна безнадія</b> |               |
| Ні           | 6                                   | 1                     | 19                    | 14                      | 40            |

|        |    |    |    |    |     |
|--------|----|----|----|----|-----|
| Так    | 4  | 14 | 17 | 26 | 61  |
| Всього | 10 | 15 | 36 | 40 | 101 |

Виявлено статистично значущий зв'язок між рівнем алекситимії та наявністю «Ризик» ( $\chi^2 = 14.1, df = 2, p < 0.001$ ). Значення Cramer's  $V = 0.374$  свідчить про помірний рівень асоціації між цими змінними. Серед респондентів із вираженою алекситимією «Ризик» наявний у більшості (77% респондентів), тоді як у групі з нормотиповими показниками алекситимії «Ризик» спостерігається лише в 13% випадків. У респондентів з помірною вираженістю алекситимії «Ризик» наявний у 52% випадків. Ці результати свідчать, що виражена алекситимія асоціюється з підвищеною ймовірністю наявності «Ризик» (табл.3.17).

Таблиця 3.17

**Розподіл частот між «Ризик» та рівнями за шкалою алекситимії**

| Ризик  | Алекситимія (рівні)  |                       |                     | Всього |
|--------|----------------------|-----------------------|---------------------|--------|
|        | Виражена алекситимія | Нормотиповий показник | Помірна вираженість |        |
| Ні     | 11                   | 7                     | 22                  | 40     |
| Так    | 36                   | 1                     | 24                  | 61     |
| Всього | 47                   | 8                     | 46                  | 101    |

Порівняння груп респондентів із наявним чи відсутнім ризиком за змінною «Ризик» показало значні відмінності за кількома шкалами. За шкалою суїцидальних намірів було виявлено статистично значущі відмінності ( $U = 159, p < 0.001$ ). Респонденти з наявним ризиком мали значно вищі середні значення ( $M = 12.7, SD = 8.07$ ) у порівнянні з групою з відсутнім ризиком ( $M = 0.275, SD = 0.960$ ) (рис. 3.10). Шкала суїцидальних намірів для респондентів без ризику суїциду є суттєво асиметричною та відмінною від

нормального розподілу ( $W = 0.328, p < 0.001$ ). В той же час, респонденти з ризиком суїциду мають нормальний розподіл значень ( $W = 0.967, p = 0.095$ ). Діапазони значень шкали суїцидальних намірів з першого по третій кватиль не перекриваються для цих двох груп.

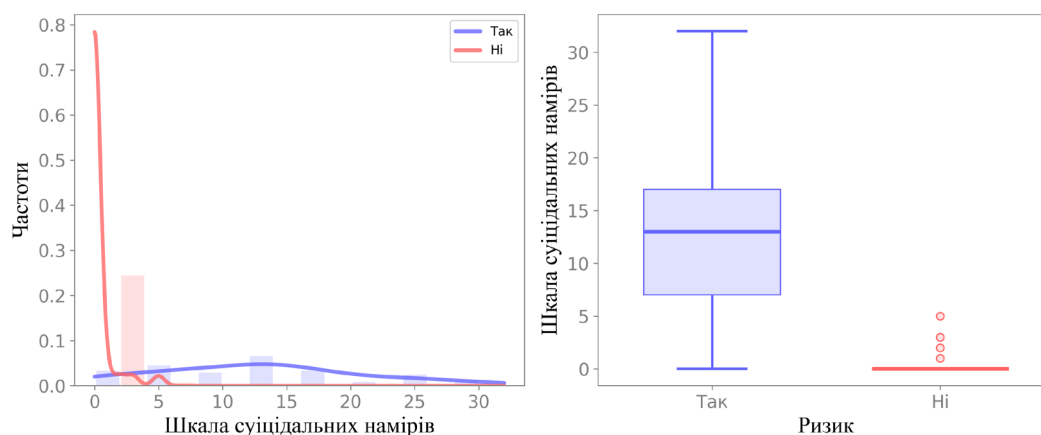


Рис. 3.10 Порівняння оцінок за шкалою суїцидальних намірів для груп із ризиком та без нього

Оскільки перевірка нормальності розподілу (критерій Шапіро-Вілка) показав, що розподіл відповідей для шкали безнадії Бека є нормальним для обох груп (наявний ризик суїциду спроб ( $W = 0.96, p = 0.071$ ) /відсутній ризик суїциду ( $W = 0.96, p = 0.130$ )) було прийнято рішення про перевірку гомогенності дисперсій для подальшого застосування тесту незалежних вибірок за критерієм Стюдента.

Тест Левена для перевірки однорідності дисперсій також не виявив значущих відмінностей між групами,  $F = 2.23, p = 0.138$ , що дозволяє зробити висновок про однорідність дисперсій.

Нарешті, t-тест для незалежних вибірок показав статистично значущі відмінності між групами «Так» і «Ні»  $t(99) = 3.78, p < .001$  за показниками безнадії. Група «Так» мала середнє значення ( $M = 10.7, SD = 4.7$ ), що значно перевищує середнє значення групи «Ні» ( $M = 7.3, SD = 3.9$ ).

Це свідчить про те, що учасники з групи «Так» відчувають вищий рівень безнадії порівняно з групою «Ні» (рис.3.11).

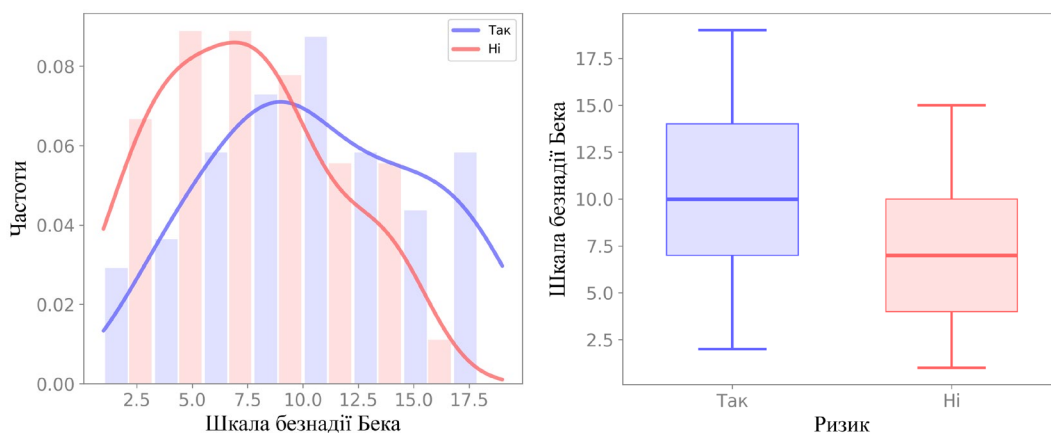


Рис. 3.11. Порівняння оцінок за шкалою безнадії Бека для груп із ризиком та без нього

Аналогічно, для шкали алекситимії тест Шапіро-Вілка також підтвердив нормальність розподілу: група з відсутнім ризиком суїциду мала  $W = 0.96, p = 0.126$ , а група з наявним ризиком суїциду  $W = 0.97, p = 0.189$ . Тест Левена також показав однорідність дисперсій між групами,  $F = 0.02, p = 0.899$ , що дозволяє провести t-тест для незалежних вибірок. Аналіз t-тесту для незалежних вибірок виявив значущу різницю між групами «Так» і «Ні» ( $t(99) = 4.10, p < .001$ ). Група «Так» мала середнє значення ( $M = 77.2, SD = 7.8$ ), що перевищувало середнє значення групи «Ні» ( $M = 70.5, SD = 8.4$ ). Ці результати свідчать про те, що учасники з групи «Так» мають вищий рівень алекситимії порівняно з учасниками групи «Ні» (рис. 3.12).

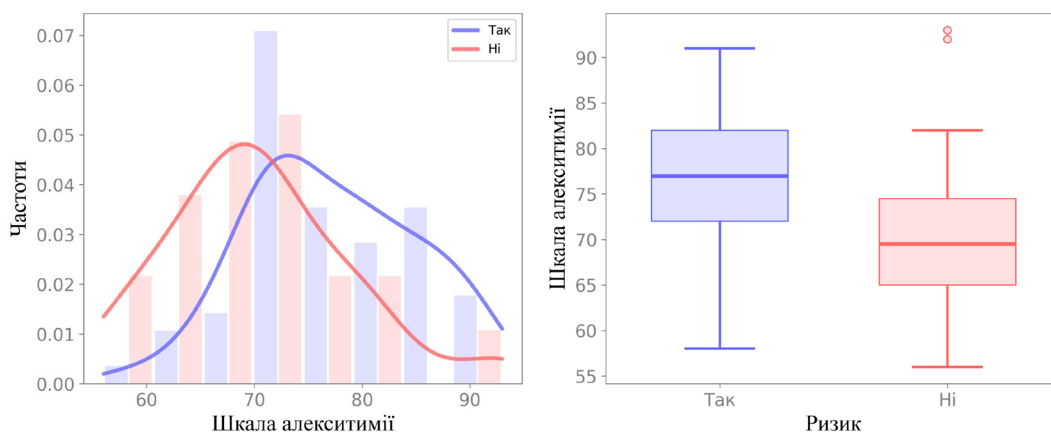


Рис. 3.12 Порівняння оцінок за шкалою алекситимії для груп із ризиком та без нього

За шкалою менталізації було виявлено значні відмінності ( $U = 389, p < 0.001$ ). Респонденти з наявним ризиком мали середнє значення ( $M = 38.0, SD = 7.49$ ), тоді як у групі з відсутнім ризиком середнє значення становило ( $M = 28.35, SD = 5.78$ ) (рис. 3.13). Розподіл з відповідями «Так» має статистично-значущу відмінність від нормального ( $W = 0.952, p = 0.019$ ), в той час як розподіл з відповідями «Ні» є нормальним ( $W = 0.961, p = 0.179$ ). Діапазони значень шкали менталізації, має часткове перекриття з першого по третій кuartилі для респондентів з наявністю та відсутністю ризику суїциду.

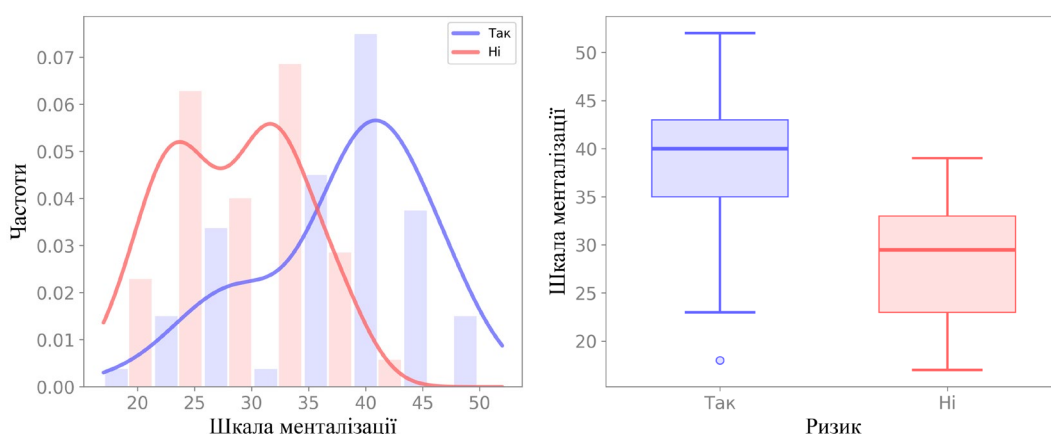


Рис. 3.13 Порівняння оцінок за шкалою менталізації для груп із ризиком та без нього

Нарешті, індекс агресивності також показав значні відмінності між групами ( $U = 496, p < 0.001$ ), де середнє значення для групи з наявним ризиком було ( $M = 19.6, SD = 6.93$ ), а для групи з відсутнім ризиком — ( $M = 11.78, SD = 6.52$ ) (рис.3.14).

Шкала індексу агресивності для респондентів без ризику суїциду є асиметричною та відмінною від нормального розподілу ( $W = 0.926, p =$

0.012), так само як і для групи респондентів з ризиком суїциду ( $W = 0.938, p = 0.004$ ).

Діапазони значень шкали індексу агресивності з першого по третій кватиль суттєво перекриваються для цих двох груп.

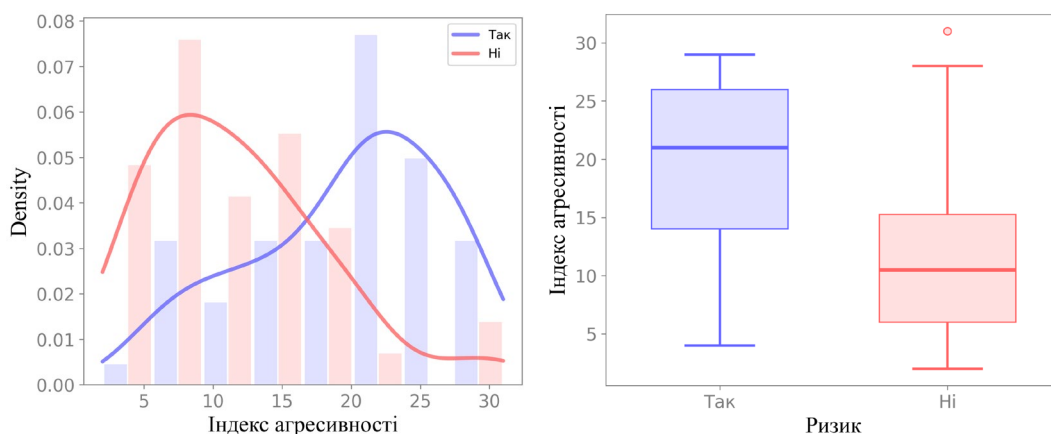


Рис. 3.14 Порівняння оцінок за шкалою індексу агресивності для груп із ризиком та без нього

Ці результати підтверджують, що респонденти з високим рівнем ризику мають значно вищі рівні суїцидальних намірів, безнадії, алекситимії, менталізації та агресії у порівнянні з респондентами з низьким рівнем ризику.

Також було досліджено взаємозв'язок між рівнем індексу агресивності та наявністю самопошкоджуючої поведінки. Виявлено статистично значущий зв'язок ( $\chi^2 = 22.2, df = 2, p < 0.001$ ). Значення Cramer's  $V = 0.469$  вказує на середній рівень асоціації між цими змінними.

Серед респондентів з високим рівнем агресивності самопошкоджуюча поведінка присутня у 39% респондентів, тоді як серед тих з низьким рівнем агресивності самопошкоджуюча поведінка спостерігається лише в 2% випадків.

У респондентів із середнім рівнем агресивності самопошкоджуюча поведінка наявна у 41% респондентів.

Це свідчить про те, що вищий рівень агресивності пов'язаний з підвищеною ймовірністю самопошкоджуючої поведінки (табл.3.18).

Таблиця 3.18

**Розподіл частот між самопошкоджуючою поведінкою та рівнями за шкалою індексу агресивності**

| Самопошкоджуюча поведінка | Індекс агресивності (рівень) |                |                 | Всього |
|---------------------------|------------------------------|----------------|-----------------|--------|
|                           | Високий рівень               | Низький рівень | Середній рівень |        |
| Ні                        | 11                           | 50             | 19              | 80     |
| Так                       | 7                            | 1              | 13              | 21     |
| Всього                    | 18                           | 51             | 32              | 101    |

Результати тесту Манна-Уїтні показали статистично значущу різницю в рівні агресивності між групами респондентів із наявністю та відсутністю самопошкоджуючої поведінки ( $U = 264, p < 0.001$ ).

Середній показник індексу агресивності у респондентів без самопошкоджуючої поведінки ( $M = 14.6, SD = 7.47$ ), тоді як у респондентів із самопошкоджуючою поведінкою ( $M = 23.6, SD = 3.60$ ).

Отримані результати свідчать, що респонденти з самопошкоджуючою поведінкою мають значно вищий індекс агресивності порівняно з тими, хто не має такої поведінки.

Шкала індексу агресивності для респондентів без самопошкоджуючої поведінки є асиметричною та відмінною від нормального розподілу ( $W = 0.954, p = 0.006$ ), коли для групи респондентів з самопошкоджуючою

поведінкою розподіл статистично не відрізняється від нормального ( $W = 0.924, p = 0.105$ ).

Діапазони значень шкали індексу агресивності з першого по третій кватиль не перекриваються для цих двох груп.

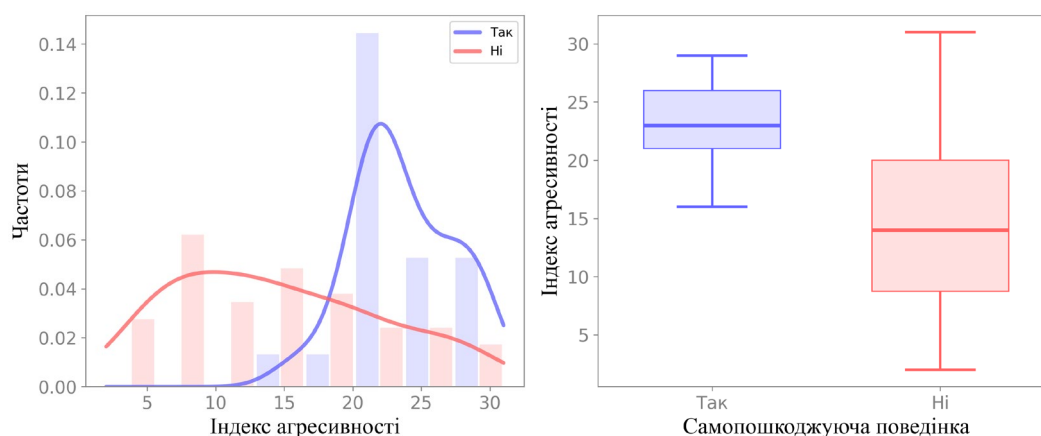


Рис. 3.15 Порівняння оцінок за шкалою індексу агресивності для груп із самоушкоджуючою поведінкою та без неї

Таким чином, було виявлено, що особи з суїцидальними спробами та ризиком суїциду мають вищі показники алекситимії, безнадії, суїцидальних намірів, агресивності, роздратування та ворожості. Сильний взаємозв'язок спостерігається між ризиком суїциду та суїцидальними намірами, а також помірний взаємозв'язок між ризиком суїциду та безнадією. Індекс агресивності помірно пов'язаний з наявністю самопошкоджуючої поведінки, і також він є вищим у респодентів з самопошкоджуючою поведінкою.

### 3.3 Алекситимія як предиктор ризиків суїцидальної поведінки

Кореляційний аналіз був проведений для оцінки зв'язків між шкалами індексу агресивності, менталізацією, алекситимією, шкалою суїцидальних намірів та шкалою безнадії Бека. Індекс агресивності значно корелює зі шкалою

суїцидальних намірів ( $\rho = 0.610, p < 0.001$ ), шкалою безнадії Бека ( $\rho = 0.209, p = 0.036$ ) та шкалою менталізації ( $\rho = 0.580, p < 0.001$ ). Шкала менталізації має сильний зв'язок із шкалою суїцидальних намірів ( $\rho = 0.671, p < 0.001$ ), шкалою безнадії Бека ( $\rho = 0.364, p < 0.001$ ) і корелює зі шкалою алекситимії ( $\rho = 0.658, p < 0.001$ ). Шкала алекситимії позитивно корелює зі шкалою суїцидальних намірів ( $\rho = 0.433, p < 0.001$ ) і шкалою безнадії Бека ( $\rho = 0.431, p < 0.001$ ). Шкала суїцидальних намірів має значний зв'язок зі шкалою безнадії Бека ( $\rho = 0.416, p < 0.001$ ), що вказує на те, що вищі рівні безнадії супроводжуються вищими суїцидальними намірами (рис.3.16).

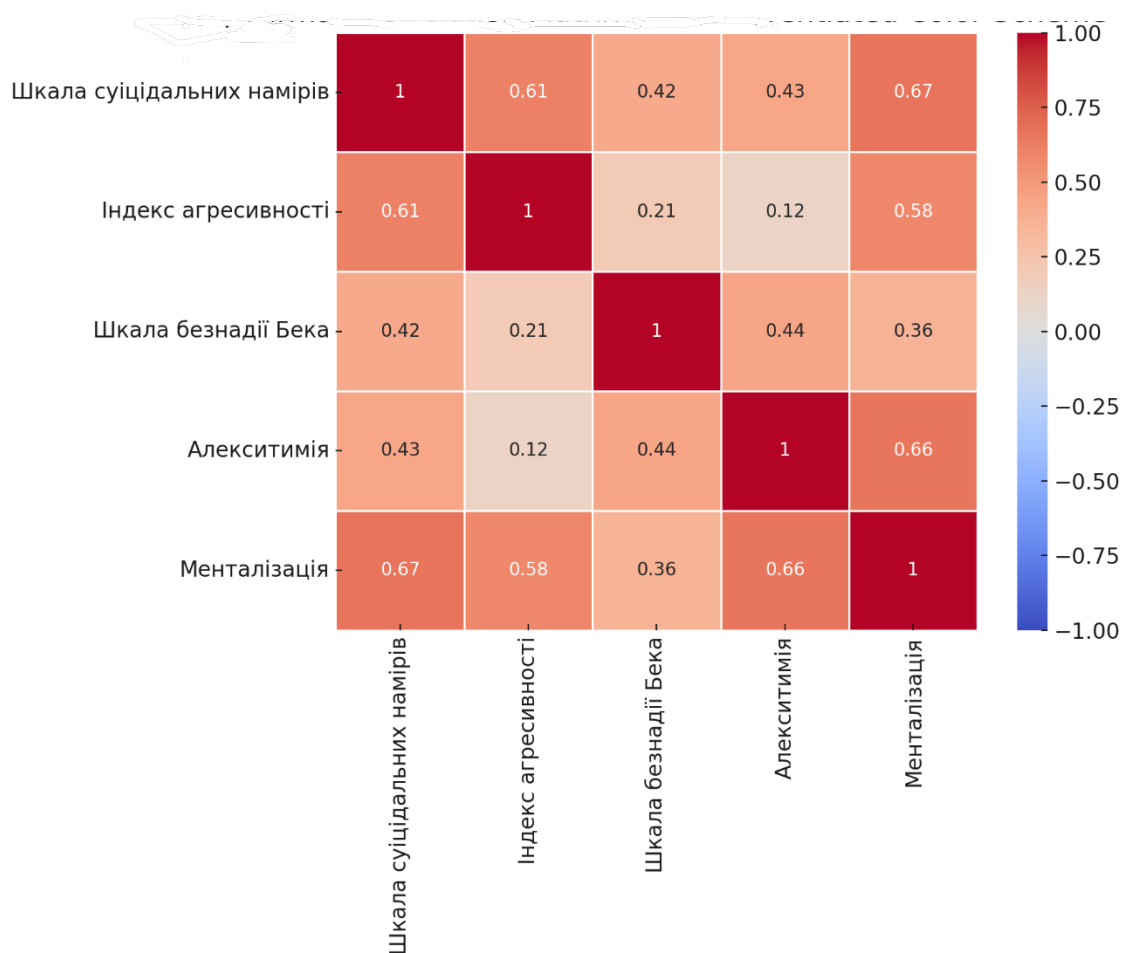


Рис. 3.16 Типова карта кореляцій між шкалами суїцидальних намірів, агресивності, безнадії Бека, алекситимії та менталізації

Також, було проведено лінійний регресійний аналіз, щоб оцінити вплив алекситимії на суїцидальні наміри. На основі результатів можна стверджувати, що алекситимія пояснює 21.7% варіації у рівні суїцидальних намірів ( $R^2 = 0.217$ ), що означає, що алекситимія має помірний вплив на цю змінну.

Модель виявилася статистично значущою ( $F = 27.4, df_1 = 1, df_2 = 99, p < 0.001$ ), що підтверджує важливість алекситимії як предиктора суїцидальних намірів.

Крім того, аналіз показав, що зі зростанням рівня алекситимії, ймовірність суїцидальних намірів також зростає ( $\beta = 0.470, p < 0.001$ ).

Це означає, що алекситимія суттєво впливає на схильність людини до суїцидальних намірів (рис.3.17).

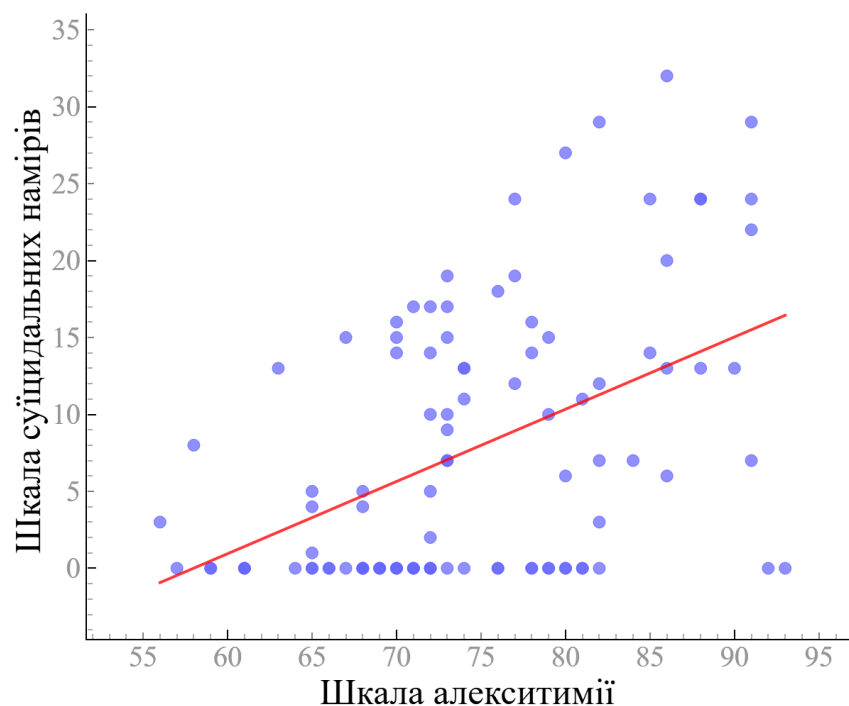


Рис. 3.17 Вплив алекситимії на суїцидальні наміри

Медіаційний аналіз був використаний для перевірки, чи є агресія медіатором між алекситимією та суїцидальними намірами (табл.3.19).

Таблиця 3.19

**Оцінка величини медіаційного впливу**

| <b>Ефект</b> | <b>Оцінка</b> | <b>Станд<br/>артна<br/>похиб<br/>ка</b> | <b>Z</b>  | <b>P</b>   |
|--------------|---------------|-----------------------------------------|-----------|------------|
| Непря<br>мий | 0.0410        | 0.0528                                  | 0.77<br>8 | 0.437      |
| Пряма<br>й   | 0.4285        | 0.0719                                  | 5.96<br>3 | < .00<br>1 |
| Всього       | 0.4696        | 0.0888                                  | 5.28<br>8 | < .00<br>1 |

Прямий вплив алекситимії на суїцидальні наміри був значущим ( $\beta = 0.4285, p < 0.001$ ), що свідчить про те, що алекситимія напряду впливає на суїцидальні наміри.

Загальний вплив алекситимії також був значущим ( $\beta = 0.4696, p < 0.001$ ).

Однак непрямий вплив через агресію не був значущим ( $\beta = 0.0410, p = 0.437$ ), що свідчить про те, що агресія не відіграє роль медіатора у цій взаємодії.

Проте зв'язок між агресією та суїцидальними намірами був сильним і значущим ( $\beta = 0.5919, p < 0.001$ ), що показує, що агресія сама по собі є важливим фактором, пов'язаним із суїцидальними намірами (табл.3.20).

Таблиця 3.20

**Оцінка шляхів медіаційного впливу**

| Медіаційні шляхи         |                            | Оцінка | Стандартна похибка | Z     | P      |
|--------------------------|----------------------------|--------|--------------------|-------|--------|
| Алекситимія<br>→         | Індекс агресивності        | 0.0693 | 0.0886             | 0.782 | 0.434  |
| Індекс агресивності<br>→ | Шкала суїцидальних намірів | 0.5919 | 0.0804             | 7.36  | < .001 |
| Алекситимія<br>→         | Шкала суїцидальних намірів | 0.4285 | 0.0719             | 5.963 | < .001 |

Отже, на основі емпіричного доведення можна зробити висновок, що алекситимія впливає на суїцидальні наміри здебільшого напряму, тоді як агресія є окремим фактором, що також підвищує ризик суїцидальних намірів, але не виконує роль медіатора (рис.3.18).

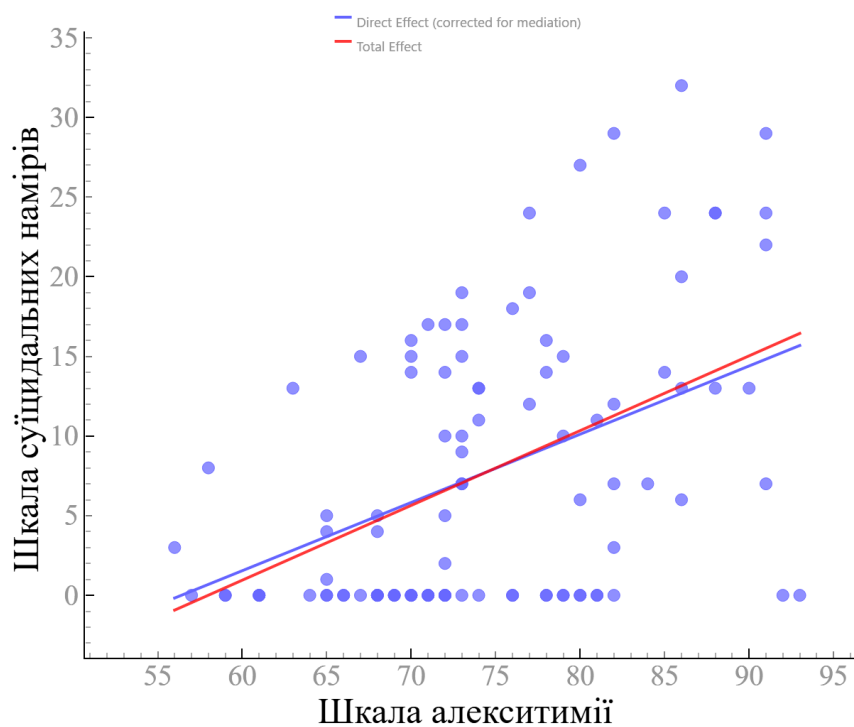


Рис. 3.18 Роль Індексу агресивності як медіатора у взаємозв'язку між Шкалою алекситимії та Шкалою суїцидальних намірів

Для ілюстрації зазначеного вище розглянемо клінічний випадок.

*Клінічний випадок 3.*

*Пацієнт:* В., 35 років.

*Дата госпіталізації:* жовтень 2023 року.

*Діагноз:* Депресивний розлад. F-32.1

*Скарги при госпіталізації:* Пацієнтка скаржиться на знижений настрій, важкість прокидатися зранку, відчуття ізольованості від соціуму, періодичне сильне відчуття тривоги, перепади настрою, сильну заклопотаність станом здоров'я. Відмічає суїцидальні думки в періоди панічних атак.

*Анамнез захворювання:* Вперше зміну у психичному стані, пацієнтка відмічає у віці 10 років. Події цього періоду пам'ятає фрагментарно, проте згадує, що до цього була життєрадісною, комунікабельною дитиною. Зміни психічного стану супроводжувались зниженням настрою, погіршенням апетиту та замкнутістю. Наступне погіршення стану зафіксоване під час навчання в університеті, коли на тлі психологічних переживань спостерігалась втрата апетиту та значна заклопотаність зовнішнім виглядом. Поточне погіршення стану пацієнтка пов'язує зі звільненням з роботи та труднощами у визначенні майбутніх життєвих орієнтирів.

*Анамнез життя:* Пацієнтка зростала у повній родині, однак має обмежені спогади про батька через розлучення батьків, яке сталося, коли їй було 3 роки, і подальші контакти з ним мали епізодичний характер. До повноліття пацієнтка проживала з матір'ю та бабусею, відмічаючи, що більшість часу в дитинстві проводила самотійно. Мати працювала багато і в основному цікавилася лише її шкільними успіхами. Пацієнтка добре навчалася, не мала проблем з однолітками, проте не мала близьких друзів.

У віці 18 років переїхала до Києва для здобуття вищої освіти, де познайомилася з майбутнім чоловіком. Навчання в університеті завершила з високими результатами, паралельно працюючи моделлю. Після закінчення

навчання розпочала роботу за фахом, де отримувала позитивні відгуки від керівництва, і виконання професійних обов'язків не викликало у неї труднощів. Проте, незважаючи на успішну кар'єру, пацієнтка не відчувала задоволення від життя і вирішила покинути роботу. Після цього її психологічний стан не покращився, натомість відзначалося подальше зниження настрою і зростання рівня тривожності.

*Зовнішній вигляд:* доглянута, виглядає значно молодше зазначеного віку.

*Настрій:* домінує тривога та сльозливість.

*Афект:* нестійкий, часто пригнічений.

*Мислення:* логічне, відмічає велику кількість думок одночасно.

*Пам'ять і увага:* не порушені.

*Сон:* легко засипає, проте може різко прокинутись від тривожних думок.

*Апетит:* без змін.

Оцінка ризику суїциду в рамках дослідження:

Показники алекситимії (за Торонтською шкалою алекситимії) — 88 балів

Показники агресії (за шкалою агресії Басса-Даркі): індекс агресії — 22 бали; індекс ворожості — 15 балів

Показник суїцидальних намірів (за шкалою суїцидальних намірів Бека) — 27 балів

Показник безнадії (за шкалою безнадії Бека) — 16 балів

Показники за різними шкалами демонструють підвищений ризик суїцидальної поведінки:

1. **Алекситимія:** 82 балів — є високим показником. Він вказує на суттєві складнощі пацієнтки з диференціацією, ідентифікацією та вербалізацією емоцій. Отже, такий показник може бути предиктором труднощів регуляції емоцій та імпульсивних дій.

2. **Агресія:** Індекс агресії (21 бали) та індекс ворожості (12 балів) за шкалою Басса-Даркі свідчать про наявність агресивних тенденцій, які, у поєднанні з високим рівнем алекситимії, можуть

підвищувати ризик саморуйнівної поведінки. Агресія в поєднанні з суїцидальними думками є небезпечним фактором, який вимагає пильної уваги та контролю.

3. **Безнадія:** легкий показник безнадії (8 балів за шкалою безнадії Бека).

4. **Суїцидальні наміри:** 12 балів за шкалою суїцидальних намірів Бека демонструє ризик суїцидальної поведінки.

**Висновок:** хоча пацієнтка не має в своєму анамнезі попередніх спроб самогубства, проте результати дослідження демонструють високі показники алекситимії, індексу агресії та ворожості. Також варто враховувати, хоча показник безнадії входить в межі легкої безнадії проте має граничний показник, прикордонний до помірної безнадії. А показник суїцидальних намірів перетнув межу клінічно значимого балу суїцидального ризику. Отже, враховуючи всі дані, важливим, з метою запобігання ризику скоєння самогубства, є моніторинг показників, які можуть свідчити про такий ризик.

Була проведена оцінка впливу алекситимії на ймовірність «Ризику». Результати показали, що цей фактор має суттєвий вплив на шанси наявності «Ризику». Було проведено бінарну логістичну регресію для оцінки впливу алекситимії на «Ризик». Модель показала добру відповідність даним із значущим тестом загальної моделі ( $\chi^2 = 15.9, df = 1, p < 0.001$ ) і коефіцієнтом псевдо- $R^2$  *McFadden* = 0.117, що вказує на прийнятний рівень пояснюваної варіації. Значення *AIC* = 124, що свідчить про адекватність моделі.

Коефіцієнти моделі показують, що з підвищенням показника алекситимії на одиницю, логарифмічні шанси наявності «Ризику» (порівняно з відсутністю ризику) зростають на 0.106 ( $p < 0.001$ ). Константа = (−7.383) також є

значущим ( $p < 0.001$ ), що вказує на низькі базові шанси «Ризику» в умовах низької вираженості алекситимії (табл.3.21).

Перевірка припущень продемонструвала відсутність проблем з колінеарністю (значення VIF для індексу агресивності становить 1.00).

Таблиця 3.21

**Коефіцієнти логістичної регресії для прогнозування «Ризику» на основі вираженості алекситимії**

| Предиктор   | Оцінка | Стандартна похибка | Z     | P      |
|-------------|--------|--------------------|-------|--------|
| Константа   | -7.383 | 2.1805             | -3.39 | < .001 |
| Алекситимія | 0.106  | 0.0297             | 3.56  | < .001 |

Примітка: Оцінки представляють логарифмічні відношення шансів «Ризик = Так» проти «Ризик = Ні»

Після оцінки впливу алекситимії на «Ризик» було проведено аналіз впливу іншого потенційного чинника - індексу агресивності. Модель також продемонструвала значущу асоціацію між агресивністю та «Ризиком». Було проведено бінарну логістичну регресію для оцінки впливу індексу агресивності на «Ризик». Модель показала добру відповідність даним, зі значущим тестом загальної моделі ( $\chi^2 = 27.2, df = 1, p < 0.001$ ) і коефіцієнтом псевдо- $R^2$  McFadden = 0.200, що вказує на задовільний рівень пояснюваної варіації. Значення AIC (критерій інформації) для моделі становить 112, що свідчить про її ефективність.

Коефіцієнти моделі показують, що зі збільшенням індексу агресивності на одиницю логарифмічні шанси наявності «Ризику» (порівняно з його відсутністю) зростають на 0.159 ( $p < 0.001$ ). Значення перехоплення (-2.058) також є статистично значущим ( $p < 0.001$ ), що вказує на низькі базові шанси ризику при низькому індексі агресивності.

Перевірка припущень продемонструвала відсутність проблем з колінеарністю (значення VIF (фактор інфляції дисперсії) для індексу агресивності становить 1.00).

Отримані результати свідчать про те, що індекс агресивності є значущим предиктором «Ризику», оскільки підвищення агресивності пов'язане зі зростанням імовірності наявності «Ризику».

Таблиця 3.22

**Коефіцієнти логістичної регресії для прогнозування «Ризику» на основі вираженості Індексу агресивності**

| Предиктор           | Оцінка | Стандартна похибка | Z     | P      |
|---------------------|--------|--------------------|-------|--------|
| Константа           | -2.058 | 0.5714             | -3.60 | < .001 |
| Індекс агресивності | 0.159  | 0.0352             | 4.52  | < .001 |

Примітка 1. Оцінки представляють логарифмічні відношення шансів «Ризик = Так» проти «Ризик = Ні»

Примітка 2. Predictor (предиктор); Estimate(оцінка); Intercept (константа)

На наступному етапі було об'єднано два ключові предиктори — алекситимію та індекс агресивності, щоб оцінити їхній комбінований внесок у пояснення ймовірності «Ризику». Результати комбінованої моделі свідчать про підвищену прогностичну силу порівняно з окремими моделями. Модель показала хорошу відповідність, зі значущим тестом загальної моделі ( $\chi^2 = 44.0, df = 2, p < 0.001$ ) і коефіцієнтом псевдо- $R^2$  McFadden = 0.324, що вказує на те, що модель пояснює значну частку варіації. Значення AIC = 97.6, що свідчить про ефективність моделі.

Розглядаючи детальніше кожен предиктор у межах комбінованої моделі, можна побачити, що обидва показники підвищують ймовірність «Ризику» з підвищенням своїх значень. Коефіцієнти моделі логістичної регресії демонструють значний вплив як індексу агресивності, так і алекситимії на ймовірність «Ризику». Значення константаа становить  $-11.474$  ( $p < 0.001$ ),

що вказує на низькі базові шанси наявності «Ризику» при низьких значеннях обох предикторів. При цьому кожне збільшення індексу агресивності на одиницю призводить до зростання логарифмічних шансів «Ризику» на 0.184 ( $p < 0.001$ ). Крім того, кожне підвищення рівня алекситимії на одиницю збільшує логарифмічні шанси «Ризику» на 0.123 ( $p < 0.001$ ). Таким чином, обидва фактори – індекс агресивності та шкала алекситимія – роблять вагомий вклад у збільшення шансів наявності «Ризику» (Рис. 3.19) (табл.3.23).

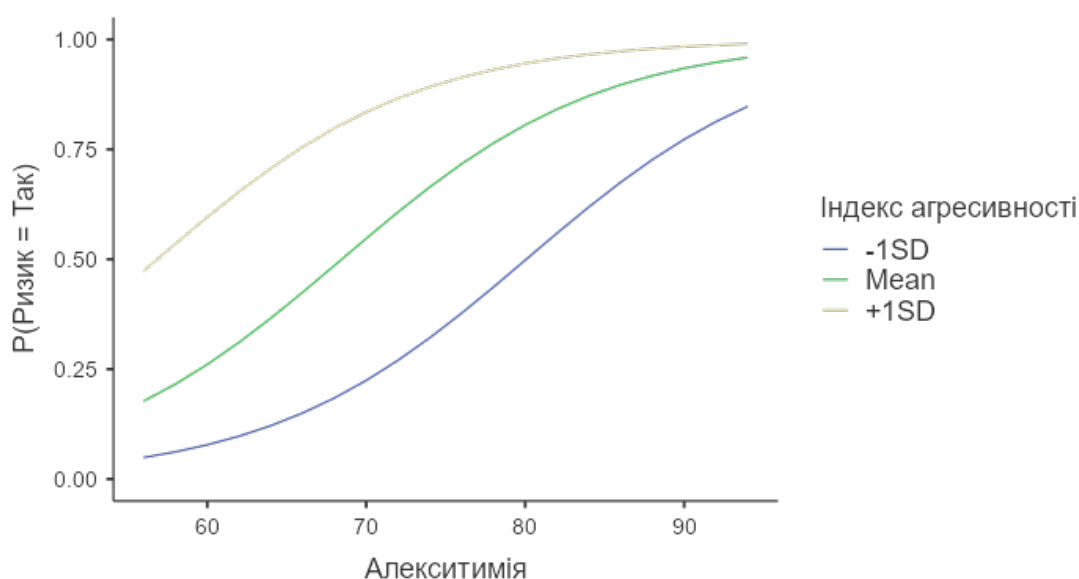
Таблиця 3.23

**Коефіцієнти логістичної регресії для прогнозування «Ризику» на основі вираженості алекситимії та індексу агресивності**

| Предиктор           | Оцінка  | Стандартна похибка | Z     | P      |
|---------------------|---------|--------------------|-------|--------|
| Константа           | -11.474 | 2.7393             | -4.19 | < .001 |
| Індекс агресивності | 0.184   | 0.0421             | 4.38  | < .001 |
| Алекситимія         | 0.123   | 0.0338             | 3.64  | < .001 |

Примітка. Оцінки представляють логарифмічні відношення шансів «Ризик = Так» проти «Ризик = Ні»

Примітка 2. Predictor (предиктор); Estimate(оцінка); Intercept (константа)



*Рис. 3.19* Залежність ймовірності ризику ( $P(\text{Ризик} = \text{Так})$ ) від рівня алекситимії при різних значеннях індексу агресивності

Отже, модель, що включає як алекситимію, так і індекс агресивності, виявилась найбільш ефективною для прогнозування суїцидального ризику. Об'єднання індексу агресивності та алекситимії створює сильнішу модель, яка більш точно прогнозує ризик суїциду.

Розглянемо клінічний випадок щодо поєднання алекситимії та агресивних проявів у хворі з депресивними проявами

*Клінічний випадок 4.*

*Пацієнтка:* Д., 18 років.

*Дата госпіталізації:* 27 січня 2022 року.

*Діагноз:* F-32.11 Помірний депресивний епізод з соматичними симптомами

*Скарги при госпіталізації:* Пацієнтка скаржиться на постійне роздратування, коливання настрою з переважанням агресивних тенденцій. Відмічає труднощі з концентрацією уваги та самопошкоджуючу поведінку. Повідомляє про наявність суїцидальних думок з конкретним планом.

*Анамнез захворювання:* Вперше зміни в психічному стані пацієнтка відмічає ще з бго класу, коли «багато плакала, різала руки, щоб покарати себе за погані оцінки», хоча, за її словами, батьки ніколи її не сварили за успішність у школі. В школі навчалась добре, проте зазнавала знущання з боку однокласників, друзів, в той період, не було. В 10 класі хотіла покінчити життя самогубством — прийняла велику кількість пігулок, батьки викликали швидку і пацієнтку госпіталізували до токсикологічного відділення.

Після завершення лікування, мама водила до психолога, проте змін у своєму стані пацієнтка не відзначала. В 11 класі перейшла на домашнє навчання, не хотіла ходити до школи через однокласників. Після закінчення

школи вступила до вузу. За словами пацієнтки, погіршення стану вона відмічає з травня 2021 року.

На початку літа 2021 року почала різати руки від почуття провини перед батьками, через те, що покинула навчання в Університеті. Теперішнє погіршення стану почала відчувати незадовго перед госпіталізацією: посилилось бажання скоїти самогубство. Госпіталізована після консультації з психіатром.

*Анамнез життя:* Сімейний анамнез обтяжений, зі слів пацієнтки, старша сестра також знаходилась на стаціонарному лікуванні у психіатричному відділенні. Пацієнтка народилась пізньою дитиною, матері було 44 роки.

До садочка пішла вчасно, там мала проблеми у спілкуванні з однолітками. До школи пішла згідно віку. Після закінчення 11 класів, вступила до університету, згодом цікавість до навчання втратила та покинула університет. Стосунки з батьком описує як відсутні, з мамою як сімбіотичні.

На даний час не навчається, не працює, романтичних стосунків не має, відмічає відсутність стабільних дружних стосунків.

*Зовнішній вигляд:* охайно одягнена, тримає себе тихо та стримано.

*Настрій:* пригнічений, проте бесіду веде відверто, охоче відповідає на запитання.

*Афект:* нестійкий

*Мислення:* без особливостей.

*Пам'ять і увага:* труднощі з запам'ятовуванням та концентрацією уваги.

*Сон:* порушений, прокидається серед ночі з тривожними думками.

*Апетит:* без змін.

*Оцінка ризику суїциду в рамках дослідження:*

*Показники алекситимії* (за Торонтською шкалою алекситимії) — 91 балів

*Показники агресії* (за шкалою агресії Басса-Даркі): індекс агресії — 19 балів; індекс ворожості — 11 балів

*Показник суїцидальних намірів* (за шкалою суїцидальних намірів Бека) — 28 балів

*Показник безнадії* (за шкалою безнадії Бека) — 17 балів

Показники за різними шкалами демонструють підвищений ризик суїцидальної поведінки:

1. **Алекситимія:** 91 балів — є високим показником. Він вказує на суттєві складнощі пацієнтки з диференціацією, ідентифікацією та вербалізацією емоцій. Отже, такий показник може бути предиктором труднощів регуляції емоцій та імпульсивних дій.

2. **Агресія:** Індекс агресії (19 бали) та індекс ворожості (11 балів) за шкалою Басса-Даркі свідчать про наявність агресивних тенденцій, які, у поєднанні з високим рівнем алекситимії, можуть підвищувати ризик саморуйнівної поведінки.

3. **Безнадія:** Високий показник безнадії (17 балів за шкалою безнадії Бека)

4. **Суїцидальні наміри:** Показник 28 балів за шкалою суїцидальних намірів Бека демонструє високий рівень суїцидального ризику.

**Висновки:** результати дослідження, в поєднанні з попередньою спробою самогубства в анамнезі пацієнтки, свідчать про високий рівень готовності до наступної спроби самогубства, що потребує термінового втручання та постійного контролю.

### **3.4. Рекомендації щодо роботи з особами з ризиком суїцидальної поведінки**

Дослідження підтверджують, що суїцидальні думки, наміри та спроби часто пов'язані з депресивними розладами. Однак, окрім депресії, суїцидальна поведінка може бути обумовлена й іншими факторами, такими як тип прив'язаності, стиль виховання, сімейні конфлікти, травматичний досвід, а

також індивідуальні психологічні особливості пацієнта. Ці дані підкреслюють комплексний характер суїцидальної поведінки, яка формується під впливом численних психологічних і соціальних факторів. Усебічний підхід до діагностики та терапії, що враховує ці аспекти, є ключовим для ефективної допомоги пацієнтам.

Комплексна діагностика є першочерговим етапом роботи з пацієнтами, які мають ризик суїцидальної поведінки. Зокрема, оцінка рівня алекситимії, порушень менталізації та агресивних тенденцій дозволяє визначити основні напрямки терапії. Алекситимія, як один із ключових факторів ризику, значно підвищує ймовірність суїцидальних дій, особливо в поєднанні з агресивними проявами. Недостатня здатність до менталізації погіршує емоційну регуляцію та сприяє агресивним реакціям. Одним із пріоритетів терапії є розвиток здатності до менталізації, що допомагає пацієнтам краще розуміти, диференціювати та вербалізувати свої емоції.

Терапія з опорою на менталізацію (Mentalization-Based Treatment, MBT) є доказовим методом психотерапії, розробленим П. Фонагі та Е. Бейтманом, який спрямований на розвиток здатності пацієнтів до усвідомлення, диференціації та когнітивної обробки емоційних станів. Цей підхід особливо ефективний для пацієнтів із порушеннями емоційної регуляції, включно з алекситимією.

Основні завдання MBT:

- розвиток навичок усвідомлення, диференціації та вербалізації емоцій;
- зниження агресивних імпульсів та контроль їхніх проявів;
- розвиток символічного мислення;
- інтеграція емоційного досвіду у когнітивний контекст, що сприяє розвитку адаптивної поведінки.

MBT дозволяє пацієнтам осмислювати власні ментальні стани (емоції, потреби, мотиви), пов'язувати емоційні переживання з когнітивним аналізом та уникати деструктивної поведінки як способу розрядки емоційної напруги.

Особливо це корисно для пацієнтів з алекситимією, які мають труднощі в ідентифікації та когнітивній обробці емоцій.

### **Структура терапії.**

МВТ зазвичай триває від 12 до 18 місяців і включає:

1. Оцінку стану пацієнта, під час якої визначаються специфічні порушення менталізації.
2. Регулярні індивідуальні та групові сесії, які створюють безпечне середовище для дослідження психічних станів.
3. План кризового реагування, спрямований на підготовку пацієнта до ефективного управління емоційними кризами.

У МВТ терапевт займає унікальну "позицію незнання", яка заохочує пацієнта до самостійного аналізу своїх психічних станів. Терапевт демонструє емпатію і сприяє безпечному діалогу. Цей підхід дозволяє пацієнтам розвивати довіру до терапевта і самим ставати більш усвідомленими у своїх переживаннях. Значна увага приділяється аналізу емоційного стану пацієнта в моменті, що допомагає йому усвідомити свої переживання і знайти шляхи їхньої регуляції.

### **Превентивні заходи.**

Впровадження регулярного скринінгу рівня алекситимії та агресивності в клінічну практику допомагає своєчасно ідентифікувати пацієнтів із високим ризиком суїцидальної поведінки. Комплексна терапія, що враховує ці фактори, сприяє:

- розвитку емоційної саморегуляції;
- профілактиці саморуйнівної поведінки;
- зниженню суїцидальних тенденцій.

МВТ забезпечує розвиток емоційної регуляції, когнітивної рефлексії та адаптивної поведінки, що значно знижує ризик деструктивних проявів і покращує психологічне функціонування пацієнтів. Комплексний підхід до діагностики та терапії, орієнтований на розвиток навичок менталізації, є

ключовим для ефективної профілактики та лікування суїцидальних тенденцій у пацієнтів із психічними розладами. Крім того, терапія сприяє підвищенню якості міжособистісних взаємин і загального психологічного функціонування пацієнтів. Позитивні зміни, досягнуті в результаті терапії, мають стійкий характер, що підтверджується їх збереженням навіть через кілька років після завершення лікування.

### **Висновки до розділу 3**

1. За результатами проведення емпіричного дослідження алекситимії як фактору виникнення ризику суїцидальної поведінки у осіб з депресивними розладами було отримано наступні результати: було встановлено, що сімейний стан не має взаємозв'язку з наявністю суїцидальних спроб. Водночас наявність дітей виявилася значущим фактором, пов'язаним із суїцидальними спробами: респонденти без дітей частіше мали такі спроби, порівняно з тими, хто має дітей. Також були досліджені зв'язки між суїцидальними спробами та іншими деструктивними проявами, зокрема агресією, імпульсивністю та самопошкоджуючою поведінкою. Було виявлено, що респонденти, які мали суїцидальні спроби, частіше демонстрували агресивні дії, імпульсивність та схильність до самопошкоджень.

2. Важливим аспектом є також зв'язок між віком респондентів та різними деструктивними проявами. У віковій групі 18-44 роки частота суїцидальних думок, агресивних дій, імпульсивності та самопошкоджуючої поведінки була значно вищою, ніж у старших вікових групах. Значущий зв'язок також було виявлено між діагнозом та самопошкоджуючою поведінкою, зокрема, респонденти з діагнозами «депресивний епізод середнього ступеню» (F32.1) та «депресивний епізод середнього ступеню з соматичними симптомами» (F32.11) мали суттєво вищу частоту самопошкоджуючої поведінки. Крім того, усі респонденти з діагнозом «важкий депресивний епізод без психотичних

проявів» (F32.2) мали самопошкоджуючу поведінку. Водночас серед респондентів з іншими діагнозами самопошкоджуюча поведінка не спостерігалася.

3. Дослідження виявило значущі зв'язки між ризиком суїцидальних намірів, самопошкоджуючою поведінкою, суїцидальними думками, безнадією та алекситимією. Було встановлено, що респонденти з підвищеним рівнем безнадії, а також ті, хто мають виражену алекситимію, частіше мають суїцидальні думки. Наявність ризику суїцидальних намірів асоціюється з вищою ймовірністю самопошкоджуючої поведінки та суїцидальними думками. Крім того, респонденти (18-44 роки) демонструють вищий рівень агресивності.

4. Дослідження також виявило, що респонденти зі спробами суїциду мають суттєво вищий рівень алекситимії, безнадії, суїцидальних намірів, агресивності, роздратування та ворожості порівняно з тими, хто не мав суїцидальних спроб. Зокрема, високі рівні агресивності та роздратування, а також ворожості можуть виступати додатковими факторами, що підсилюють ризик суїцидальних спроб.

5. Результати показали наявність значущих позитивних взаємозв'язків між індексом агресивності та суїцидальними намірами, безнадією і менталізацією. Шкала менталізації також мала виражений зв'язок із суїцидальними намірами, безнадією та алекситимією. Алекситимія виявилася пов'язаною з рівнем суїцидальних намірів і безнадією.

6. Також було виявлено, що алекситимія є предиктором суїцидальних намірів, який має помірний вплив на варіацію вираженості суїцидальних намірів: зі зростанням рівня алекситимії збільшується ймовірність виникнення суїцидальних намірів.

7. Наступним кроком була досліджена роль агресії як можливого медіатора у взаємозв'язку між алекситимією та суїцидальними намірами. Прямий вплив алекситимії на суїцидальні наміри був значущим, тоді як непрямий ефект через агресію не досяг рівня статистичної значущості. Отже,

агресія не виступає медіатором у цьому зв'язку, але залишається важливим окремим чинником, який також асоціюється з підвищеним рівнем суїцидальних намірів.

8. Після цього було досліджено вплив алекситимії та агресивності на ризик суїциду як окремих факторів, та комбіновано. Результати дослідження показали, що як алекситимія, так і агресивність є суттєвими факторами, пов'язаними з ризиком суїциду. Зокрема, підвищений рівень алекситимії асоціюється зі збільшенням ризику суїциду. Агресивність також виявилася важливим фактором у цьому контексті. Результати дослідження підтвердили, що зростання рівня агресивності збільшує ймовірність суїцидального ризику. Крім того, аналіз підтвердив, що комбінований вплив цих двох факторів забезпечує ще більш точну оцінку ризику суїциду.

## ВИСНОВКИ

У дисертаційному дослідженні проведено ґрунтовний теоретико-емпіричний аналіз алекситимії як фактору, що підвищує ризик суїцидальної поведінки у пацієнтів з депресивними розладами. Зокрема, встановлено, що додатковий вплив на цей зв'язок має агресивність, що значно підвищує ймовірність деструктивної поведінки. Дослідження обґрунтовує зв'язок алекситимії з різними формами самоушкоджуючої та суїцидальної поведінки, виявляючи високу ймовірність таких ризикових проявів у депресивних пацієнтів. Описано феноменологічні особливості суїцидального ризику, що окреслюють одну з можливих концепцій формування суїцидальної поведінки. Отримані результати дозволяють сформулювати низку важливих висновків, які поглиблюють розуміння механізмів, що лежать в основі суїцидальної поведінки.

1. Аналіз алекситимії охоплює її визначення як клінічної концепції, що пов'язана із труднощами у розмежуванні, ідентифікації та вербалізації емоцій. Основними її характеристиками визначено: знижена здатність до уяви та фантазування, зосередженість мислення на зовнішніх факторах, нездатність диференціювати емоційні почуття від тілесних реакцій, обмежена здатність до переживання емоційних станів. Дослідження свідчать, що алекситимія суттєво підвищує ризик суїцидальної поведінки у пацієнтів із депресивними розладами. У таких пацієнтів часто спостерігається недостатня усвідомленість власних емоцій та їх вираження, що ускладнює їх регулювання та підвищує ризик аутоагресивних дій. Механізми розвитку суїцидальної поведінки у пацієнтів з депресією в загальних рисах аналогічні тим, що характерні для осіб без депресивного розладу, проте мають певні специфічні аспекти, зумовлені алекситимією. Зокрема, через порушення, спричинені алекситимією, такі пацієнти часто стикаються з труднощами у переведенні афективних

переживань у когнітивні схеми, що призводить до використання примітивних захисних механізмів у ситуаціях емоційного перенавантаження.

2. Дослідження зв'язку між алекситимією та ризиком суїцидальної поведінки у пацієнтів з депресивними розладами акцентує увагу на механізмах, через які алекситимія впливає на формування цього ризику. Алекситимія виступає вагомим фактором ризику, що обумовлюється порушенням емоційної регуляції, низькою афективною толерантністю та нездатністю до вербального вираження емоцій. Її прояви призводять до зниженої спроможності пацієнтів усвідомлювати, аналізувати та інтегрувати емоційний досвід. У пацієнтів із депресією з високим рівнем алекситимії спостерігається виражена схильність до деструктивної поведінки та аутоагресивних тенденцій, що зумовлено їхньою неспроможністю ефективно контролювати і когнітивно обробляти інтенсивні афективні стани. Ці труднощі сприяють накопиченню внутрішньої напруги, яка може призводити до суїцидальних спроб. Таким чином, алекситимія не лише ускладнює емоційну регуляцію, але й значно підвищує ймовірність виникнення деструктивної поведінки у пацієнтів з депресивними розладами.

3. У дослідженні розглянуто порушення менталізації як ключовий механізм, що сприяє формуванню алекситимічних розладів. Менталізація як здатність розпізнавати та інтерпретувати власні і чужі емоції, є важливим компонентом емоційної регуляції. Неприятливий досвід, такий як ненадійна прихильність, фізичні чи психічні захворювання та психологічні травми в дитинстві можуть негативно впливати на формування цієї здатності. Дефіцит менталізації сприяє формуванню алекситимії, що ускладнює процес інтеграції емоційного та когнітивного досвіду. Це призводить до емоційної дезорганізації та нестабільності. Обмежена здатність до усвідомлення та інтерпретації емоційних станів значно послаблює механізми регуляції психічних переживань, що ускладнює адаптивну поведінку, підвищує ймовірність агресивних реакцій та суттєво підвищує ризик суїцидальної поведінки.

4. Прояви агресивності у пацієнтів із депресивними розладами залежать від структури, тривалості та тяжкості захворювання. Високий рівень алекситимії посилює агресивні тенденції, які у поєднанні з емоційною дезрегуляцією можуть спрямовуватися як на оточуючих, так і на самого пацієнта, проявляючись у формі самоушкоджуючої або суїцидальної поведінки. Ці агресивні прояви часто відображають високий рівень емоційного напруження та внутрішніх конфліктів. Пацієнти з алекситимією схильні використовувати примітивні захисні механізми, що підвищує їхню вразливість до психічних розладів і стресових факторів. Нездатність витримувати інтенсивні емоційні переживання часто призводить до імпульсивних реакцій на фрустрацію, що суттєво підсилює суїцидальні тенденції. Відсутність ефективних психологічних механізмів регуляції афекту у таких пацієнтів створює сприятливі умови для розвитку саморуйнівної поведінки. Агресивність і роздратування, характерні для пацієнтів із алекситимією, разом із афективною нестабільністю, що проявляється у коливаннях настрою та підвищеній емоційній реактивності, стають вагомими чинниками ризику суїцидальної поведінки. Особливо це стосується осіб із депресивними розладами, у яких імпульсивні та агресивні реакції є поширеною відповіддю на сильні негативні емоційні стани, що додатково підвищує ймовірність саморуйнівних дій.

5. У ході експериментального дослідження впливу алекситимії на ризик суїцидальної поведінки у пацієнтів із депресивним розладом (з урахуванням додаткових факторів) було встановлено, що алекситимія є значущим предиктором суїцидальних намірів. Виявлено, що зі зростанням рівня алекситимії підвищується ймовірність суїцидальних тенденцій, що вимагає ретельного врахування цього чинника під час оцінки ризику суїцидальної поведінки. Результати також засвідчили, що почуття безнадії значно підсилює ризик суїцидальних намірів, особливо у пацієнтів із високим рівнем алекситимії. Встановлено, що безнадія та труднощі в емоційній регуляції сприяють формуванню суїцидальних думок, а рівень суїцидальних

намірів має тісний зв'язок із рівнем алекситимії та індексом агресивності. Дослідження взаємозв'язку між агресивністю та суїцидальними намірами показало, що агресія асоціюється із суїцидальними намірами, однак не виконує функції медіатора між алекситимією та суїцидальною поведінкою. Водночас агресія виступає як окремий важливий чинник, що також корелює з підвищеним рівнем суїцидального ризику. Підтверджено, що комбінована оцінка рівня алекситимії та агресивності дозволяє більш точно прогнозувати ризик суїцидальної поведінки.

6. У ході порівняльного аналізу виявлено, що пацієнти з депресивними розладами, які мали досвід суїцидальних спроб, демонструють суттєво вищі рівні алекситимії, безнадії, суїцидальних намірів, агресивності, роздратування та ворожості порівняно з тими, хто не мав таких спроб. Підвищені показники цих характеристик відображають наявність більш виражених емоційних дезрегуляцій, що значною мірою збільшують ризик деструктивних дій. Високі рівні агресивності, роздратування та ворожості були ідентифіковані як додаткові фактори, що підсилюють схильність до суїцидальних спроб у цієї групи пацієнтів. Таким чином, даний аналіз підтверджує важливість комплексного підходу до оцінки порушень у регуляції афективних станів і супутніх факторів для більш точного прогнозування суїцидального ризику у пацієнтів із депресивними розладами.

7. На основі результатів дослідження може бути запропонована модель психотерапевтичних інтервенцій, заснована на терапії з опорою на менталізацію (Mentalization-Based Treatment, MBT). Цей сучасний психотерапевтичний підхід спрямований на розвиток здатності пацієнтів до когнітивної обробки афективних переживань, інтеграції емоційного досвіду та усвідомлення себе як суб'єкта власної поведінки. Розвиток менталізації дозволяє пацієнтам усвідомлювати й інтерпретувати власні та чужі психічні стани, що є ключовим механізмом ефективної емоційної регуляції та комунікації про власні психічні переживання. Дослідження підтверджують, що

пацієнти з дефіцитом менталізаційних навичок є особливо вразливими до емоційної нестабільності, імпульсивності та деструктивної поведінки, які можуть посилюватися в умовах стресу та фрустрації. У таких ситуаціях недостатність здатності до менталізації ускладнює контроль над емоціями, спричиняючи агресивні реакції, спрямовані як на інших, так і на себе. Запропонована модель психотерапевтичних інтервенцій базується на науково обґрунтованому підході, що орієнтований на розвиток зрілого психічного функціонування пацієнтів. Основна мета терапії полягає у вдосконаленні здатності до менталізації та зменшенні алекситимічних проявів. Це, у свою чергу, сприяє поліпшенню регуляції агресивних тенденцій, особливо імпульсивних форм агресії. Результати досліджень підтверджують високу ефективність MBT у зниженні рівня емоційної дезрегуляції, імпульсивності, а також ризику самопошкоджень і суїцидальних спроб, що робить цей підхід перспективним у роботі з пацієнтами із депресивними розладами та супутніми психологічними труднощами.

Отже, проведене теоретико-емпіричне дослідження підтвердило, що алекситимія є значущим фактором ризику розвитку суїцидальної поведінки у осіб із депресивними розладами. Крім того, дослідження наголосило на важливості врахування додаткових чинників, таких як порушення менталізації та агресивність, які у взаємодії значно підвищують ймовірність самопошкоджуючих і суїцидальних дій. Це підкреслює необхідність застосування комплексного підходу до діагностики та терапії пацієнтів із депресією. Подальші наукові розробки можуть бути спрямовані на створення ефективних профілактичних програм, орієнтованих на розвиток навичок емоційної регуляції, диференціації та ідентифікації емоцій. Такі програми мають враховувати специфічні труднощі, пов'язані з алекситимією, а також ризики агресивних реакцій в умовах емоційного перенавантаження.

Перспективним напрямом досліджень є детальне вивчення додаткових факторів, які визначають зв'язок між алекситимією та суїцидальним ризиком. Це дозволить поглибити розуміння механізмів, що лежать в основі цього зв'язку. Особливо важливим є створення спеціалізованих діагностичних інструментів для комплексної оцінки проявів алекситимії у пацієнтів із суїцидальними тенденціями. Використання таких інструментів сприятиме підвищенню точності діагностики, що, у свою чергу, дозволить розробляти індивідуалізовані терапевтичні програми для покращення результатів лікування цієї вразливої категорії пацієнтів.

## СПИСОК ВИКОРИСТАНИХ ДЖЕРЕЛ

1. Дім-Віллі, Г. (2018). Перші роки життя. К.: Видавництво Ростислав Бурлака, 268 с.
2. Завязкіна, Н., Ведмеденко, А. (2020). Алекситимія як чинник соматизації психологічних проблем. Збірник наукових праць "Проблеми сучасної психології", (50), 11-30. <https://doi.org/10.32626/2227-6246.2020-50.11-30>
3. Adam, K. S. (1967). Suicide: A critical review of the literature. The Canadian psychiatric association journal. La revue de l'association des psychiatres du Canada. Vol. 12, issue 4, pp. 413–420.
4. Afifi, T., Cox, B., Katz, L. (2007). The association between health risk behaviours and suicidal ideation and attempts in a nationally representative sample of young adolescents. La Revue Canadienne de psychiatrie, vol 52, issue 10.
5. Alexander, F. (1950). Psychosomatic medicine: its principles and applications. New York, NY.
6. Allen, J. (2008). Mentalizing in clinical practice. London: American psychiatric publishing.
7. Allen, J., Fonagy, P., Bateman, A. (2008). Mentalizing in clinical practice. American psychiatric publishing.
8. Alvarez, W., Shipko, S. (1991). Alexithymia and posttraumatic stress disorder. The journal of clinical psychiatry. Vol. 52.
9. Andriessen, K., Krynska, K. (2011). Essential questions on suicide bereavement and postvention. International journal of environmental research and public health. Vol. 9, issue 1, pp. 24-32. <https://doi.org/10.3390/ijerph9010024>
10. Aufreiter, J. (1969). The dilemma with aggression: primary need or consequence of frustration. Canadian journal of psychiatry. Vol.14, issue 5. <https://doi.org/10.1177/070674376901400510>
11. Barratt, E.S. (1994). Impulsiveness and aggression. Violence and

mental disorder: developments in risk assessment. Chicago: University of Chicago Press, pp. 61–79.

12. Barratt, E.S., Stanford, M.S., Dowdy, L., Liebman, M.J., Kent, T. A. (1999). Impulsive and premeditated aggression: A factor analysis of self-reported acts. *Psychiatry Research*. Vol. 86, pp.163–173.

13. Bateman, A.W., Fonagy, P., Campbell, C. (2018). Mentalization-based treatment. *Handbook of personality disorders: theory, research, and treatment* (2nd ed), pp. 541–554. The Guilford Press.

14. Baumeister, R.F. (1990). Suicide as escape from self. *Psychological Review*.

15. Bahn, G.H. (2022). Understanding of holding environment through the trajectory of Donald Woods Winnicott. *Journal of child & adolescent psychiatry*. Vol. 33, issue 4, pp. 84-90. <https://doi.org/10.5765/jkacap.220022>

16. Beck, A.T., Schuyler, D., Herman, I. (1974). Development of suicidal intent scales. *The prediction of suicide*. Charles Press Publishers.

17. Bethell, J., Rhodes, E. (2007). Depressed mood in the suicidal population. *Canadian journal of psychiatry. Revue canadienne de psychiatrie*. Vol.52, issue 11, pp.744-754. <https://doi.org/10.1177/070674370705201109>.

18. Berardis, D., Fornaro, M., Orsolini, L., Valchera, A. (2017). Alexithymia and suicide risk in psychiatric disorders: a mini-review. *Frontiers in psychiatry*. Vol. 148. <https://doi.org/10.3389/fpsyt.2017.00148>

19. Berkowitz, L. (1989). Frustration-aggression hypothesis: examination and reformulation. *American Psychological Association*. Vol. 106, issue 1, pp. 59-73. <https://doi.org/10.1037/0033-2909.106.1.59>.

20. Bion, W.R. (1961). *A theory of thinking*. A journal of psychoanalysis. Vol. 43.

21. Bion, W.R. (1988). *A theory of thinking*. In E. B. Spillius (Ed.), *Melanie Klein today: developments in theory and practice*. Vol. 1, pp. 178–186

22. Bowlby, J. (1984). Violence in the family as a disorder of the attachment

and caregiving systems. *The American Journal of Psychoanalysis*. Vol. 44, issue 1, pp. 9–27. <https://doi.org/10.1007/BF01255416>

23. Bjørkly, S. (2020). Psychological theories of aggression: principles and application. *Violence in mental health settings: causes, consequences, management*, pp.27-46.

24. Bolger, E. (1999). Grounded theory analysis of emotional pain. *Psychotherapy Research*.

25. Brisch, K.H. (2002). *Treating attachment disorders*. New York.

26. Bucci, W., Maskit, B., Murphy, S. (2016). Connecting emotions and words: The referential process. *Phenomenology and the cognitive sciences*. Vol. 15, issue 3, pp. 359–383. <https://doi.org/10.1007/s11097-015-9417-z>

27. Calhoun, G.L., Allen, G.B.(1991). Social reactions to the survivor of a suicide in the family: a review of the literature. *The University of North Carolina at Charlotte. Omega*. Vol. 32, issue 2, pp. 95-107.

28. Garofalo, C. Neumann, C.S., Velotti, P. (2016). Psychopathy and aggression: the role of emotion dysregulation. *Journal of interpersonal violence*. Vol.36, issue 23-24. <https://doi.org/10.1177/0886260519900946>

29. Chartrand, H., Bhaskaran, J., Sareen, J., Katz, L. Y., Bolton, J. M. (2015). Correlates of nonsuicidal self-injury and suicide attempts among tertiary care, emergency department patients. *The Canadian Journal of Psychiatry. La Revue canadienne de psychiatrie*. Vol. 60, issue 6, pp. 276–283. <https://doi.org/10.1177/070674371506000606>

30. Choi-Kain, L.W., Gunderson, J.G. (2008) Mentalization: ontogeny, assessment and application in the treatment of borderline personality disorder. *The American journal of psychiatry*.

31. Chuaqui, C. (1975). Suicide and abnormalities of consciousness. *The Canadian journal of psychiatry*. Vol. 20, issue 1. <https://doi.org/10.1177/070674377502000105>

32. Coccaro, E.F. (1992). Impulsive aggression and central serotonergic

system function in humans: an example of a dimensional brain–behavior relationship. *International clinical psychopharmacology*. Vol. 7, pp. 3–12.

33. Cortina, M., Liotti, G. (2010). Attachment is about safety and protection, intersubjectivity is about sharing and social understanding: The relationships between attachment and intersubjectivity. *Psychoanalytic psychology*. Vol. 27, issue 4, pp. 410–441. <https://doi.org/10.1037/a0019510>

34. Daigle, M., Mishara, B. (2011). Suicide attempts: prevention of repetition. *The Canadian journal of psychiatry. La Revue canadienne de psychiatrie*. Vol. 56, issue 10. <https://doi.org/10.1177/070674371105601008>

35. Decker, M., Webster, D. (2018). An integrated public health approach to interpersonal violence and suicide prevention and response. *Public health reports*. Vol.133, issue 1. <https://doi.org/10.1177/0033354918800019>

36. Drabick, D. A. G., Ollendick, T. H., Bubier, J. L. (2010). Co-occurrence of ODD and anxiety: Shared risk processes and evidence for a dual-pathway model. *Clinical psychology: Science and practice*. Vol. 17, issue 4, pp. 307–318. <https://doi.org/10.1111/j.1468-2850.2010.01222.x>

37. Dugas, E., Low, N., Rodriguez, D., Burrows, S. (2012). Early predictors of suicidal ideation in young adults. *Canadian journal of psychiatry. Revue canadienne de psychiatrie*. Vol. 57, pp. 429-465. <https://doi.org/10.1177/070674371205700706>.

38. Edwards, E. R., Wupperman, P. (2017). Emotion regulation mediates effects of alexithymia and emotion differentiation on impulsive aggressive behavior. *Deviant Behavior*. Vol 38, issue 10, pp. 1160–1171. <https://doi.org/10.1080/01639625.2016.1241066>

39. Farah, T., Ling, S., Raine, A. (2018). Alexithymia and reactive aggression: The role of the amygdala. *Psychiatry res neuroimaging*. Vol. 281, pp.85-91. <https://doi.org/10.1016/j.psychresns.2018.09.003>.

40. Fain, M., Marty, P. (1964). Perspective psychosomatique sur la fonction des fantasme. The function of fantasies from a psychosomatic perspective. *Revue*

Française de Psychanalyse. Vol. 28, issue 4, pp. 609–622.

41. Fonagy, P. (2006). The mentalization-focused approach to social development. *The handbook of mentalization-based treatment*, pp. 53–99. <https://doi.org/10.1002/9780470712986.ch3>

42. Fonagy, P., Gyorgy, G., Jurist, E. (2018). Affect regulation, mentalization, and the development of the self. <https://doi.org/10.4324/9780429471643>

43. Fossati, A., Acquarini, E., Feeney, J. A., Borroni, S., Grazioli, F., Giarolli, L. E., Franciosi, G., & Maffei, C. (2009). Alexithymia and attachment insecurities in impulsive aggression. *Attachment & human development*. Vol. 11, issue 2, pp. 165–182. <https://doi.org/10.1080/14616730802625235>

44. Fromm, E. (1973). *The anatomy of human destructiveness*. Macmillan. <http://dx.doi.org/10.1525/9780520949454-044> (16)

45. Gagliardini, G., Gullo, S., Caverzasi, E., Boldrini, A., Blasi, S., Colli, A. (2018). Assessing mentalization in psychotherapy: first validation of the mentalization imbalances scale. *Research in psychotherapy: psychopathology, process and outcome*.

46. Gardner, H. (2006). *Multiple intelligences: new horizons in theory and practice*. New York:Perseus Books.

47. Garofalo, C., Velotti, P. (2018). Emotion regulation and aggression: the incremental contribution of alexithymia, impulsivity and emotional dysregulation facets. *Psychology of violence*. Vol. 8, issue 4, pp. 470-483 <https://psycnet.apa.org/record/2017-33744-001>

48. Giancesini, G. (2012). Alexithymia dimensions and emotionally perceived parenting styles. In M. Cusinato & L. L'Abate (Eds.), *Advances in relational competence theory: With special attention to alexithymia* (pp. 243–268). Nova Science Publishers.

49. Gilboa-Schechtman, E. (2019). Self and identity in social anxiety disorder. *Journal of personality*.

50. Giunta, S., Marca, L., Paci, R., Mistretta, O.,... , Mannino, G. (2019). From trauma to aggression: an empirical study on the relationship between interpersonal trauma, attachment styles and aggressive tendencies among adults. *Mediterranean journal of clinical psychology*. Vol.7, issue 3.
51. Goodman, M. (2000). Impulsive aggression in borderline personality disorder. *Current psychiatry reports*. Vol. 2, pp. 56–61. <https://doi.org/10.1007/s11920-000-0043-1>
52. Gratz, K. L., Roemer, L. (2004). Multidimensional assessment of emotion regulation and dysregulation: development, factor structure, and initial validation of the difficulties in emotion regulation scale. *Journal of psychopathology and behavioral assessment*. Vol. 26, issue 1, pp. 41–54. <https://doi.org/10.1023/B:JOBA.00000007455.08539.94>
53. Gvion, Y., Horresh, N., Levi-Belz, Y., Fischel, T., Treves, I., Weiser, M., Reizer, H., Apter, A. (2014). Aggression–impulsivity, mental pain, and communication difficulties in medically serious and medically non-serious suicide attempters. *Comprehensive psychiatry*.
54. Gvion, Y., Levi-Belz, Y. (2020). The serious suicide attempts approach for understanding suicide: review of the psychological evidence. *Omega-Journal of death and dying*. Vol. 86, issue 1. <https://doi.org/10.1177/0030222820981235>
55. Hahn, A.M., Simons, R.M., Simons, J.S., Logan, E., Welker, L.E. (2019) Prediction of verbal and physical aggression among young adults: A path analysis of alexithymia, impulsivity, and aggression. *Psychiatry res*. Vol. 31, pp. 653–656. <https://doi.org/10.1016/j.psychres.2019.01.099>
56. Harriss, L., Hawton, K. (2005). Suicidal intent in deliberate self-harm and the risk of suicide: the predictive power of the suicide intent scale. *Journal of affective disorders*. Vol. 86, issue 2, pp. 225-258. <https://doi.org/10.1016/j.jad.2005.02.009>.
57. Have, M., Graaf, R., Dorsselaer, S. (2009). Incidence and course of suicidal ideation and suicide attempts in the general population. - National library of

medicine.

58. Hemming, L., Haddock, G., Shaw, J., Pratt, D. (2019). Alexithymia and its associations with depression, suicidality, and aggression: an overview of the literature. *Frontiers in psychiatry*. <https://doi.org/10.3389/fpsyt.2019.00203>

59. Hepp, U., Schnyder, U. (2004). Attempted suicide: factors leading to hospitalization. *The canadian psychiatric association journal. La revue de l'Association des psychiatres du Canada*. Vol. 49, issue 11. <https://doi.org/10.1177/070674370404901104>

60. Hintikka, J., Honkalampi, K., Koivumaa-Honkanen, H., Antikainen, R. (2004). Alexithymia and suicidal ideation: a 12-month follow-up study in a general population. *Compr psychiatry*. Vol. 45, issue 5, pp. 340-345. <https://doi.org/10.1016/j.comppsy.2004.06.008>.

61. Ielmini, M., Lucca, G., Trabucchi, E., Aspesi, G., Bellini, A., Caselli, I., Callegari, C. (2022). Assessing mental pain as a predictive factor of suicide risk in a clinical sample of patients with psychiatric disorders. *Behavioral sciences*. Vol. 12, issue 4. <https://doi.org/10.3390/bs12040111>.

62. Jordan, E.C., Feigelman, W., Jordan, R.J., Gorman, S.B., Feigelman, B. (2012). *Devastating losses: how parents cope with death of a child to suicide or drugs*. Springer publishing company, pp. 39-45.

63. Jurist, E. L. (2005). Mentalized affectivity. *Psychoanalytic psychology*. Vol. 22, pp. 426–444. <https://doi.org/10.1037/0736-9735.22.3.426>

64. Kenneth, L., Critchfield, K.L., Levy, K.N., Clarkin, J.F. (2004). The relationship between impulsivity, aggression, and impulsive-aggression in borderline personality disorder: an empirical analysis of self-report measures. *Journal of personality disorders*. Vol. 18, issue 6, pp. 555-570. <https://doi.org/10.1521/pedi.18.6.555.54795>

65. Kernberg, O. F., Diamond, D., Yeomans, F. E., Clarkin, J. F., & Levy, K. N. (2008). Mentalization and attachment in borderline patients in transference focused psychotherapy. *Mind to mind: infant research, neuroscience, and*

psychoanalysis (pp. 167–201). Other Press.

66. Konrath, S., Novin, S., Li, T. (2012). Is the relationship between alexithymia and aggression context-dependent? Impact of group membership and belief similarity. *Personality and individual differences*. Vol. 53, issue 3, pp.329-334. <https://doi.org/10.1016/j.paid.2012.04.004>

67. Koukourikos, K., Kourkouta, L., Iliadis, C. (2019). Child suicide: familie`s reactions. *Mental health: global challenges journal*.

68. Kreitman, N. (1989) Can suicide and parasuicide be prevented? *Journal of the royal society of medicine*. Vol. 82, issue 11. <https://doi.org/10.1177/014107688908201106>

69. Lane, R. D., Sechrest, L., Reidel, R., Weldon, V., Kaszniak, A., & Schwartz, G. E. (1996). Impaired verbal and nonverbal emotion recognition in alexithymia. *Psychosomatic Medicine*, 58(3), 203–210. <https://doi.org/10.1097/00006842-199605000-00002>

70. Lane, R.D., Ahern, G.L., Schwartz, G.E., Kaszniak, A.W. (1997). Is alexithymia the emotional equivalent of blindsight? *Biological psychiatry*. Vol. 42, issue 9, pp. 834-844. [https://doi.org/10.1016/s0006-3223\(97\)00050-4](https://doi.org/10.1016/s0006-3223(97)00050-4)

71. Lecours, S., Robert, G., Deruisseaux, F. (2009). Alexithymia and verbal elaboration of affect in adults suffering from a respiratory disorder. *Revue européenne de psychologie appliquée*. Vol. 59, pp. 187–195. <https://doi.org/10.1016/j.erap.2009.03.001>

72. Lecours, S. Bouchard, M.-A. (1997). Dimensions of mentalisation: outlining levels of psychic transformation. *The international journal of psychoanalysis*.

73. Lenzenweger, M.F., Clarkin, J.F., Kernberg, O. K., Foelsch, P. A. (2001). The inventory of personality organization: Psychometric properties, factorial composition, and criterion relations with affect, aggressive dyscontrol, psychosis proneness, and self-domains in a nonclinical sample. *Psychological assessment*. Vol. 13, pp. 577–591. <https://europepmc.org/article/med/11793901>

74. Levi-Belz, Y., Gvion, Y., Grisaru, S., Apter, A. (2018). When the pain becomes unbearable: case control study of mental pain characteristics among medically serious suicide attempters. *Archives of suicide research*.
75. Links, P.S., Eynan, R., Heisel, M.J., Nisenbaum, R. (2008). Elements of affective instability associated with suicidal behaviour in patients with borderline personality disorder. *Canadian journal of psychiatry*. Vol. 53, pp.112-118.
76. López-Muñoz, F., Pérez-Fernández, F. (2020). A history of the alexithymia concept and its explanatory models: an epistemological perspective. *Frontiers in psychiatry*. <https://doi.org/10.3389/fpsyt.2019.01026>
77. Luminet, O., Bagby, R.M., Taylor, G.J. (2018). *Alexithymia: advances in research, theory, and clinical practice*. Cambridge University Press. <https://doi.org/10.1017/9781108241595>
78. Luyten, P., Campbell, C., Allison, E., Fonagy, P. (2020). The mentalizing approach: state of the art and future directions. *Annual review of clinical psychology*. Vol. 16, pp.297-325.
79. Maiuro, R.D., Vitaliano, P.P., Cahn, T.S. (1987). A brief measure for the assessment of anger and aggression. *Journal of interpersonal violence*, Vol. 2, issue 2, pp. 166–178. <https://doi.org/10.1177/088626087002002003>
80. Malone, K.M., Oquendo, M.A., Haas, G.L., Ellis, S.P., Li, S., Mann, J.J. (2000). Protective factors against suicidal acts in major depression: reasons for living. *American journal of psychiatry*. Vol. 157, pp. 1084-1088. <https://doi.org/10.1176/appi.ajp.157.7.1084>
81. Martínez-Sánchez, F., Ato-García, M., Adam, E. C., Medina, T., España, J. J. (1998). Stability in alexithymia levels: A longitudinal analysis on various emotional answers. *Personality and individual differences*. Vol. 24, issue 6, pp. 767–772. [https://doi.org/10.1016/S0191-8869\(97\)00239-0](https://doi.org/10.1016/S0191-8869(97)00239-0)
82. Marty, P., M'uzan, M., David, C. (1968). *L'investigation psychosomatique*. *L'investigation psychosomatique*. Vol. 158, pp.143-144.
83. McDougall, J. (1982). *Alexithymia: a psychoanalytic viewpoint*.

PsychotherPsychosom. Vol. 38, pp. 81-90

84. Meins, E. (2010). Mind-mindedness and maternal responsiveness in infant-mother interaction in mothers with severe mental illness. Durham University.

85. Messina, J.N. Beadle, S. Paradiso. (2014). Towards a classification of alexithymia: primary, secondary and organic. *Journal of psychopathology*, pp. 38-49.

86. Michel, J. S., Hartman, P., & Gitter, S. (2015). Development and validation of a short form aggressive beliefs and attitudes scale. *Personality and individual differences*. Vol. 87, pp. 130–135. <https://doi.org/10.1016/j.paid.2015.07.041>

87. Miller, N. E. (1941). The frustration-aggression hypothesis. *Psychological Review*. Vol. 48, issue 4, pp. 337–342. <https://doi.org/10.1037/h0055861> (23)

88. Moller, C., Badcock, P., Hetrick, S. (2023). Predictors of suicidal ideation severity among treatment-seeking young people with major depressive disorder: The role of state and trait anxiety. *The Australian and New Zealand journal of psychiatry*. Vol.57, issue 8, pp.1150-1162. <https://doi.org/10.1177/00048674221144262>.

89. Montebanocci, O., Surcinelli, P., Rossi, N., Balbaro, B. (2011). Alexithymia, verbal ability and emotion recognition. *Psychiatr Q*. Vol. 82, pp. 245-252. <https://doi.org/10.1007/s11126-010-9166-7>.

90. Montebanocci, O., Codispoti, M., Baldaro, B., & Rossi, N. (2004). Adult attachment style and alexithymia. *Personality and individual differences*. Vol. 36, issue 3, pp. 499–507. [https://psycnet.apa.org/doi/10.1016/S0191-8869\(03\)00110-7](https://psycnet.apa.org/doi/10.1016/S0191-8869(03)00110-7)

91. Nestor, P. G. (2002). Mental disorder and violence: personality dimensions and clinical features. *American psychiatric association*. Vol. 159, issue 12, pp. 1973-1981. <https://doi.org/10.1176/appi.ajp.159.12.1973>.

92. Nock, M.K., Borges, G., Bromet, E.J., Cha, C.B., Kessler, R.C., Lee, S. (2012). The epidemiology of suicide and suicidal behavior. In M. K. Nock, G. Borges, & Y. Ono (Eds.), *Suicide: global perspectives from the WHO World Mental*

health surveys (pp. 5–32). Cambridge University Press.

93. O'Connor, T.O., Marvin, R.S., Rutter, M., Olrick, J.T., Britner P. A. (2003). Child-parent attachment following early institutional deprivation. Development and psychopathology. Vol.15, issue 1, pp.19-38. <https://doi.org/10.1017/s0954579403000026>

94. Oquendo, M.A., Mann, J.J. (2000). The biology of impulsivity and suicidality. Psychiatric clinics of North America. Vol. 23, pp.11–25. [https://doi.org/10.1016/S0193-953X\(05\)70140-4](https://doi.org/10.1016/S0193-953X(05)70140-4)

95. Orbach, I. (2018). Therapeutic empathy with the suicidal wish: principles of therapy with suicidal individuals. The American journal of psychotherapy.

96. Orsolini, L., Latini, R., Pompili, M., Serafini, G., Volpe, U., Vellante, F. (2020). Understanding the complex of suicide in depression: from research to clinics. Psychiatry investigation. Vol. 17, issue 3. <https://doi.org/10.30773/pi.2019.0171>

97. Patten, S. (2016). Suicide. Canadian journal of psychiatry. Vol 61, issue 7. <https://doi.org/10.1177/0706743716654628>

98. Patten, S. (2014). Important messages for clinical care and health policy on suicide. The Canadian journal of psychiatry. La revue canadienne de psychiatrie. Vol. 59, issue 10, pp.509-519. <https://doi.org/10.1177/070674371405901001>.

99. Paris, J. (2005). The development of impulsivity and suicidality in borderline personality disorder. Development and psychopathology. Vol. 17, issue 4, pp. 1091-1231. <https://doi.org/10.1017/s0954579405050510>

100. Pawlby, S., Fernyhough, C., Meins, E., Pariante, C.M., Seneviratne, G., Bentall, R.P. (2010). Mind-mindedness and maternal responsiveness in infant-mother interactions in mothers with severe mental illness. Psychol med. Vol. 40, issue 11. <https://doi.org/10.1017/S0033291709992340>

101. Pedder, J. (1992). Psychoanalytic views of aggression: some theoretical problems. British journal of medical psychology. Vol. 65, issue 2, pp. 95–106. <https://doi.org/10.1111/j.2044-8341.1992.tb01690.x> (24)

102. Plutchik, R. (2001). The nature of emotions. *American scientist*. Vol. 89, pp. 344-350. <https://doi.org/10.1511/2001.28.344>
103. Polewka, A., Mikołaszek-Boba, M., Maj, J.C., Groszek, B. (2005). The characteristics of suicide attempts based on the suicidal intent scale scores. *Przegląd lekarski*. Vol 62, issue 6, pp.415-423.
104. Rezaei, A., & Dehghani, M. (2022). Measurement invariance and psychometric properties of the reactive and proactive aggression questionnaire (RPQ) across genders. *Psychological test adaptation and development*. Vol. 3, issue 1, pp. 85–96. <https://doi.org/10.1027/2698-1866/a000027>
105. Richman, J. (2001). Family therapy with elderly suicidal patients: communication and crisis aspects. Vol. 44, issue 4. <https://doi.org/10.2190/FL1M-H92Y-XHXE-H889>
106. Rosell, D.R., Siever, L.J. (2015). The neurobiology of aggression and violence. Published online by Cambridge University Press. <https://doi.org/10.1017/S109285291500019X>
107. Rosenfeld, H. (1983). Primitive object relations and mechanisms. *The International journal of psycho-analysis*. Vol. 64, issue 3, pp. 261-268
108. Robb, A.S., Connor, D.F., Vitiello, B., Amann B. H.,...Findling, R.L. (2020). Closing the gap: unmet needs of individuals with impulsive aggressive behavior observed in children and adolescents. *CNS Spectrums*. Vol. 26, issue 5, pp. 448-456.
109. Ruesch, J. (1948). The infantile personality; the core problem of psychosomatic medicine. *Psychosomatic Medicine*. Vol. 10, pp. 134–144. <https://doi.org/10.1097/00006842-194805000-00002>
110. Sago, D., Babic, G. (2019). Roots of alexithymia. *An international journal of psychiatry and related sciences*. Vol. 55, pp. 71-84. <https://doi.org/10.20471/may.2019.55.01.06>
111. Sayar, K., Acar, B., Ak, I. (2003). Alexithymia and suicidal behavior. *The Israel journal of psychiatry and related sciences*. Vol. 40, issue 3, pp. 165-238.

PMID: 14619675

112. Shneidman, E. (1993). *Suicide as psychache: a clinical approach to self-destructive behavior*. A Jason Aronson Book. United States of America.

113. Sifneos, P. E. (1973). The prevalence of "alexithymic" characteristics in psychosomatic patients. *Psychotherapy and psychosomatics*. Vol. 22, issue 2-6, 255–262. <https://doi.org/10.1159/000286529>

114. Skodol, A.E., Siever, L.J., Livesley, W.J., Gunderson, J.G. (2002). The borderline diagnosis II: biology, genetics, and clinical course. *Biological Psychiatry*. Vol. 51, pp. 951–963. [https://doi.org/10.1016/S0006-3223\(02\)01325-2](https://doi.org/10.1016/S0006-3223(02)01325-2)

115. Smadja, C. (2011). Psychoanalytic psychosomatics. *The international journal of psychoanalysis*. Vol.92, issue 1. pp.221-251. <https://doi.org/10.1111/j.1745-8315.2010.00390.x>

116. Shamsaei, F., Yaghmaei, S., Haghighi, M. (2020). Exploring the lived experiences of the suicide attempt survivors: a phenomenological approach. *International journal of qualitative studies on health and well-being*. Vol. 15, issue 1. <https://doi.org/10.1080/17482631.2020.1745478>

117. Soumani, A., Damigos, D., Oulis, P., Masdrakis, V., Ploumpidis, D., Mavreas, V., Konstantakopoulos, G. (2011). Mental pain and suicide risk: application of the Greek version of the mental pain and the tolerance of mental pain scale. *Psychiatriki*.

118. Suominen, K., Isometsä, E., Ostamo, A. (2004). Level of suicidal intent predicts overall mortality and suicide after attempted suicide: a 12-year follow-up study. *Comparative study*. Vol.1. <https://doi.org/10.1186/1471-244X-4-1>

119. Stefansson, J., Nordström, P., Jokinen, J. (2012). Suicide intent scale in the prediction of suicide. *Journal of affective disorders*. Vol. 136, pp.167-171. <https://doi.org/10.1016/j.jad.2010.11.016>.

120. Tang, W.-C., Lin, M.-P., Wu, J. Y.-W., Lee, Y.-T. (2022). Mediating role of depression in the association between alexithymia and nonsuicidal self-injury in a representative sample of adolescents in Taiwan. *Child and adolescent psychiatry*

and mental health. Vol.16.

121. Taylor, G.J., Bagby, R.M. (2021). Examining proposed changes to the conceptualization of the alexithymia construct: the way forward tilts to the past. *Psychother psychosom.* Vol. 90, issue 3, pp. 145-155. <https://doi.org/10.1159/000511988>

122. Taylor, G., Bagby R. (2013). Psychoanalysis and empirical research: the example of alexithymia. *National library of medicine.* <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/23343505/>

123. Taylor, G. (2002). Recent developments in alexithymia theory and research. *National library of medicine.* <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/10742872>

124. Tedeschi, J.T., Felson, R. B. (1994). Violence, aggression, and coercive actions. *American psychological association.* <https://doi.org/10.1037/1016>

125. Tharp, A., Sharp, C., Stanford, M. S., Lake, S. L., Raine, A. (2011). Correspondence of aggressive behavior classifications among young adults using the impulsive premeditated aggression scale and the reactive proactive questionnaire. *Personality and individual differences.* Vol. 50, issue 2, pp. 279–285. <https://doi.org/10.1016/j.paid.2010.10.003>

126. Tossani, E., Garotti, M., Mikulincer, M., Giovagnoli, S. (2021). Psychometric evaluation of the Italian version of Orbach & Mikulincer mental pain scale in a non-clinical sample. *Current psychology.*

127. Trivedi, M., Morris, D., Wisniewski, S., Nierenberg A. (2013). Clinical and sociodemographic characteristics associated with suicidal ideation in depressed outpatients. *Canadian journal of psychiatry. Revue canadienne de psychiatrie.* Vol. 58, issue 2, pp.113-135. <https://doi.org/10.1177/070674371305800209>.

128. Troister, T., Holden, R. (2017). Factorial differentiation among depression, hopelessness, and psychache in statistically predicting suicidality. *Sage journals.* Vol. 46.

129. Turecki, G., Brent, D.A. (2016). Suicide and suicidal behaviour. *Lancet.* Vol. 387, pp.1227-1266

130. Turner, K., Dekker, S. (2020). Inconvenient truths in suicide prevention: why a restorative just culture should be implemented alongside a zero suicide. The Australian and New Zealand journal of psychiatry. Vol.54, issue 6. <https://doi.org/10.1177/0004867420918659>

131. Velotti, P., Garofalo C., Petrocchi, C., Cavallo, F., Popolo, R., Dimaggio, G. (2016). Alexithymia, emotion dysregulation, impulsivity and aggression: A multiple mediation model. Psychiatry Research. Vol. 237, pp. 296–303. <https://doi.org/10.1016/j.psychres.2016.01.025>

132. Verrocchio, M., Carrozzino, D., Marchetti, D., Andreasson, K., Fulcheri M. (2016). Mental pain and suicide: A systematic review of the literature. PubMed Central. Front psychiatry.

133. Vitiello, B., Stoff, D.M. (1997). Subtypes of aggression and their relevance to child psychiatry. Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry. Vol. 36, pp. 307-315. <https://doi.org/10.1177/108705479700200107>

134. Westefeld, J., Range, L. (2000). Suicide: an overview. Sage journals. Vol.28, issue 4. <https://doi.org/10.1177/00110000000284002>

135. Williams, M. (2001). Suicide and attempted suicide: understanding the cry of pain. Penguin books.

136. Wise, T.N., Mann S., Mitchell, J. (1990). Secondary alexithymia: an empirical validation. Comprehensive psychiatry. Vol.31, pp. 284-288.

137. Zarrati, I., Bermas, H., Sabet, M. (2017). The relationship between childhood trauma and suicide ideation: mediating role of mental pain. Psychiatry investig.

138. Zepf, S. (2006). Attachment theory and psychoanalysis: Some remarks from an epistemological and from a Freudian viewpoint. The international journal of psychoanalysis. Vol. 87, issue 6, pp. 1529-1548. <https://doi.org/10.1516/0C14-TM7C-1PPV-L458>

139. Zimmermann, G., Rossier, J., Meyer de Stadelhofen, F., Gaillard, F.

(2005). Alexithymia assessment and relations with dimensions of personality. *European journal of psychological assessment*. Vol. 21, issue 1, pp. 23–33. <https://doi.org/10.1027/1015-5759.21.1.23>

# Інформована згода

## на участь у психологічному дослідженні

☐ Ставлячи відмітку в цьому полі я підтверджую, що мені 18 років або більше.

Просимо Вас взяти участь в нашому дослідженні.

**Конфіденційність:** Опитування не анонімне, але вся персональна інформація, яку Ви повідомите, повністю конфіденційна. Це означає, що до неї буде доступ тільки у одного відповідального виконавця виключно з науковою метою. Дані зберігатимуться на захищеному сервері. До Ваших відповідей не буде доступу у викладачів та інших осіб, що можуть Вас знати. Відповіді не будуть аналізуватись індивідуально – дані будуть використані тільки після комп'ютерної обробки в узагальненому вигляді.

Переваги: дане дослідження не пов'язане з наданням безпосередніх переваг, але Вам може бути приємно що ви робите вагомий внесок у науку а також дізнаєтеся про методи досліджень беручи участь у цій роботі. Дане дослідження повністю відповідає українським та міжнародним етичним стандартам. Його зміст був оцінений і погоджений комісією з етики. Якщо у Вас виникнуть питання під час участі у цьому дослідженні, Ви можете їх задати відповідальному виконавцю: Савельєва Ірина Володимирівна, тел. 0503843803, е-пошта: [irina.organza@gmail.com](mailto:irina.organza@gmail.com).

У ході цього дослідження Вам буде необхідно відповідати письмово або у формі інтерв'ю на запитання, це займе у Вас від 1 до 2-х годин часу.

Ви можете відмовитися від участі або перервати участь в опитуванні в будь-який час, якщо Вам буде некомфортно відповідати на запитання без будь-яких наслідків. Дослідники також мають право припинити Вашу участь в дослідженні без Вашої згоди з будь-яких причин, наприклад, з огляду на безпеку чи для захисту даних. Конфіденційна інформація, вже повідомлена Вами, в такому разі буде знищена.

**Якщо Ви готови прийняти участь у дослідженні, поставте свій підпис під «Інформованою згодою» нижче.**

**Інформована згода.**

*Підписуючи цю форму я засвідчую, що прочитав викладену вище інформацію, отримав не підписану копію цієї форми, мав можливість задати питання і отримати на них відповіді, підтверджую що дослідник роз'яснив мені мету дослідження, ризики, що з цим пов'язані та можливість перервати процес дослідження у будь-який час.*

*Я згодний / згодна взяти участь у цьому дослідженні.*

Прізвище, ім'я та по батькові учасника

Підпис

Прізвище, ім'я та по батькові відповідального виконавця

Підпис

Дата

## Додаток Б

| <u>Анкета №</u>                         |                                                                                                                                                                           |
|-----------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <b>Дата обстеження</b>                  |                                                                                                                                                                           |
| <i>Ім'я</i>                             |                                                                                                                                                                           |
| <i>Вік</i>                              |                                                                                                                                                                           |
| <i>Діагноз</i>                          |                                                                                                                                                                           |
| <i>Група інвалідності</i>               |                                                                                                                                                                           |
| <i>Відомості про батьківську родину</i> | Повна/Неповна/Приймна/Дитячий будинок                                                                                                                                     |
| <i>Інформація про сіблінгів</i>         | Так/Ні                                                                                                                                                                    |
| <i>Інформація про освіту</i>            | Базова загальна середня освіта /Повна загальна середня освіта /Професійно-технічна освіта/Неповна вища освіта /Базова вища (бакалавр) освіта /Повна вища (магістр) освіта |
| <i>Сімейний статус</i>                  | Неодружений(на)/Одружений(на)/Розлучений(на)/Вдівець(вдова)                                                                                                               |
| <i>Наявність дітей</i>                  | Так/Ні                                                                                                                                                                    |
| <i>Агресивні тенденції</i>              | Так/Ні                                                                                                                                                                    |
| <u>Суїцидальна поведінка</u>            |                                                                                                                                                                           |
| <i>Самопошкоджуюча поведінка</i>        | Так/Ні                                                                                                                                                                    |
| <i>Спроби суїциду</i>                   | Так/Ні                                                                                                                                                                    |
| <i>Суїцидальні думки</i>                | Так/Ні                                                                                                                                                                    |

## Додаток В

**Показники асиметрії та ексцесу для досліджуваних шкал**

| Шкала                      | Асиметрія |       | Ексцес |       |
|----------------------------|-----------|-------|--------|-------|
|                            | Асиметрія | SE    | Ексцес | SE    |
| Шкала суїцидальних намірів | 0.86203   | 0.240 | -0.272 | 0.476 |
| Фізична агресія            | 0.45154   | 0.240 | -0.696 | 0.476 |
| Непряма агресія            | 0.18491   | 0.240 | -1.066 | 0.476 |
| Роздратування              | -0.11066  | 0.240 | -1.276 | 0.476 |
| Негативізм                 | 0.35310   | 0.240 | -0.610 | 0.476 |
| Образа                     | -0.30824  | 0.240 | -0.175 | 0.476 |
| Підозрілість               | 0.24919   | 0.240 | -0.718 | 0.476 |
| Вербальна агресія          | -0.00959  | 0.240 | -1.227 | 0.476 |
| Почуття провини            | -0.03976  | 0.240 | -0.202 | 0.476 |
| Індекс ворожості           | 0.23845   | 0.240 | -0.878 | 0.476 |
| Індекс агресивності        | 0.01639   | 0.240 | -1.167 | 0.476 |
| Шкала безнадії Бека        | 0.25913   | 0.240 | -0.800 | 0.476 |
| Алекситимія                | 0.16874   | 0.240 | -0.475 | 0.476 |
| Менталізація               | -0.08098  | 0.240 | -0.935 | 0.476 |

