

Заклад вищої освіти «Український католицький університет»

Факультет наук про здоров'я

Кафедра психології та психотерапії

Магістерська робота

ЗМІСТ МАЯЧНИХ ІДЕЙ У ОСІБ З ЕНДОГЕННИМИ
ПСИХІЧНИМИ РОЗЛАДАМИ

Виконала: студентка

6 курсу, групи ЗПП20/М

спеціальності 053 Психологія

освітньої програми «Клінічна

психологія з основами

психодинамічної терапії»

Макух Марта Юріївна

Наукова керівниця:

Захарко О. О.

Рецензент

Львів – 2022

ЗМІСТ

ВСТУП.....	3
РОЗДІЛ І ТЕОРЕТИЧНЕ ОБҐРУНТУВАННЯ ПРОБЛЕМИ ВИВЧЕННЯ ЗМІСТУ МАЯЧНИХ ІДЕЙ У ОСІБ З ЕНДОГЕННИМИ ПСИХІЧНИМИ РОЗЛАДАМИ.....	6
1.1. Місце маячних ідей в структурі ендогенних психічних розладів	6
1.2. Зміст та класифікація маячних ідей	11
1.3. Особливості змісту маячних ідей у чоловіків та жінок.....	17
1.4. Теоретична модель та гіпотези дослідження	19
Висновки до першого розділу.....	20
РОЗДІЛ ІІ ЕМПІРИЧНЕ ДОСЛІДЖЕННЯ ЗМІСТУ МАЯЧНИХ ІДЕЙ У ОСІБ З ЕНДОГЕННИМИ ПСИХІЧНИМИ РОЗЛАДАМИ.....	21
2.1. Етапи дослідження.....	21
2.2. Методи дослідження.....	23
2.3. Група досліджуваних.....	25
Висновки до другого розділу.....	27
РОЗДІЛ ІІІ РЕЗУЛЬТАТИ ЕМПІРИЧНОГО ДОСЛІДЖЕННЯ ЗМІСТУ МАЯЧНИХ ІДЕЙ У ОСІБ З ЕНДОГЕННИМИ ПСИХІЧНИМИ РОЗЛАДАМИ.....	29
3.1 Аналіз та класифікація змісту маячних ідей.....	29
3.2. Порівняльний аналіз змісту маячних ідей у чоловіків та жінок	34
3.3. Аналіз наявності супутніх та коморбідних станів	43
3.4. Дискусія результатів.....	46
3.5. Обмеження та перспективи дослідження.....	48
Висновки до третього розділу.....	49
ВИСНОВКИ.....	50
СПИСОК ВИКОРИСТАНИХ ДЖЕРЕЛ	52
ДОДАТКИ.....	59

ВСТУП

Тривалий час маячення вважалось еквівалентом психічного захворювання. Висловлювання дивного, нереального, абсурдного змісту були невід'ємним атрибутом стереотипного образу пацієнта психіатричної клініки. Однак в контексті маячних ідей межа між нормою та патологією залишається доволі розмитою. За результатами опитування 2007 року, яке було проведено серед 2,5 тисяч жителів США 74% американців вірять в «ангелів», 41% в «привидів», 35% в «НЛО», 31% у «відьом» (Taylor, 2007). Однак за даними Національного інституту охорони здоров'я США не більше 5% американців мають серйозний психічний розлад (2020).

Наявність маячення є одним з найважливіших діагностичних критеріїв для багатьох психічних захворювань, серед яких: гострі та транзиторні психічні розлади, шизофреноформний розлад, шизофренія, шизоафективний розлад, маячний розлад, інші неорганічні психотичні розлади, афективні розлади та неврологічні захворювання (Американська Психіатрична Асоціація, 2013). Відповідно до сучасного визначення «маячні ідеї (маячення) - це стійкі патологічні переконання, які мають особливе індивідуальне значення для особи, характеризуються суб'єктивною абсолютною впевненістю в їхній достовірності, не потребують зовнішніх доказів і не піддаються корекції, навіть при наявності об'єктивних контраргументів» (David Semple & Roger Smith, 2019, p. 136). Не зважаючи на наявність визначення діагностика маячних ідей є складним завданням для фахівців через високий рівень суб'єктивності. Теми маячних ідей, теорії їх розвитку, відмінності між різними групами пацієнтів, зокрема чоловіків та жінок, лягли в основу численних курс культурних та інтернаціональних досліджень, однак більшість цих запитань залишаються відкритими на даному етапі розвитку знання про ментальне здоров'я.

Метою нашого дослідження є вивчення змісту маячних ідей у групі пацієнтів з різними захворюваннями, які належать до ендогенних психічних розладів, а також порівняння їх не лише за темою, а й за суб'єктом маячення,

інтерпретацією каузальності маячного досвіду та локалізацією внутрішнього конфлікту.

Об'єкт дослідження: маячні ідеї у осіб з ендогенними психічними розладами

Предмет дослідження: особливості змісту маячних ідей у чоловіків та жінок.

Гіпотези дослідження:

1. У групі пацієнтів з ендогенними психічними розладами існує тенденція до переважання персекуторних маячних ідей.
2. Зміст маячних ідей у групі пацієнтів з ендогенними психічними розладами відрізняється у чоловіків та жінок за темою, суб'єктом, інтерпретацією каузальності, за відображенням сфери локалізації актуального конфлікту.

Завдання дослідження:

1. Описати актуальні наукові підходи до вивчення змісту маячних ідей з точки зору психіатрії та психотерапії на основі теоретичного аналізу наукових джерел та досліджень.
2. Визначити етапи дослідження, відібрати релевантні клінічні кейси, розробити план аналізу архівних даних дослідження.
3. Проаналізувати та класифікувати змісти маячних ідей у групі пацієнтів з ендогенними психічними розладами.
4. Провести порівняльний аналіз змістів маячних ідей у чоловіків та жінок з ендогенними психічними розладами та інтерпретувати отримані результати.
5. На основі отриманих результатів запропонувати методiku дослідження.

Методи дослідження: для дослідження змістів маячних ідей у групі пацієнтів з ендогенними психічними розладами було використано архівний метод дослідження (якісний та кількісний аналіз історій хвороби пацієнтів психіатричних закладів).

Група досліджуваних: До вибірки увійшли 146 історій хвороби з такими діагнозами: (F32) Депресивний епізод; (F31) Біполярний афективний розлад;

(F20) Шизофренія; (F06) Інші психічні розлади, спричинені ураженням чи дисфункцією головного мозку або внаслідок соматичної хвороби; (F21) Шизотиповий розлад; (F22) Стійкі розлади марення; (F23) Гострі та транзиторні психотичні розлади; (F25) Шизоафективні розлади; (F41) Інші тривожні розлади; (F33) Рекурентні депресивні розлади; (F43) Реакція на тяжкий стрес та розлади адаптації.

Група досліджуваних включає 65 жінок віком від 18 до 71 року (сер. Вік 44,67) та 81 чоловік віком від 18 до 69 років (сер. Вік 34,2). 9 осіб мають повну середню освіту, 54 особи професійно-технічну, 51 особа з вищою освітою, у 13 незакінчена вища та не має даних щодо освіти у 19 випадках. Щодо сімейного статусу, то 45 осіб перебувають в шлюбі, 19 в минулому розлучились, не одружена - 61 особа та має інший статус 21 особа.

Всі пацієнти з вибірки народились та проживають в Україні. Більшість з них є жителями Львівської та Кіровоградської областей.

Структура та обсяг роботи. Робота складається з: вступу, трьох розділів, висновків, списку використаних джерел (71 найменування) та додатків. У роботі подано загалом 12 таблиць, 16 рисунків. Загальний обсяг роботи – 63 сторінки, основний зміст містить 51 сторінку.

РОЗДІЛ I

ТЕОРЕТИЧНЕ ОБҐРУНТУВАННЯ ПРОБЛЕМИ ВИВЧЕННЯ ЗМІСТУ МАЯЧНИХ ІДЕЙ У ОСІБ З ЕНДОГЕННИМИ ПСИХІЧНИМИ РОЗЛАДАМИ

1.1. Місце маячних ідей в структурі ендогенних психічних розладів

Вивчення психічних феноменів, зокрема маячних ідей є викликом для фахівців. В більшості галузей медицини встановленню діагнозу передують об'єктивні показники лабораторних та інструментальних обстежень, які можуть підтвердити або ж спростувати суб'єктивні клінічні спостереження лікаря (Farre & Rapley, 2017). Предметом дослідження в психіатрії та психотерапії є психічні феномени, які неможливо дослідити на матеріальному рівні. Ми оперуємо великою кількістю абстрактних понять таких як «душа», «психіка», «емоції» тощо. Саме з цих причин психіатрія протягом тривалого періоду часу була віддалена від решти медицини, її звинувачували у фіктивності та неефективності методів лікування (Cookson, 2012). Для кращого вивчення психічних процесів важливим є розуміння того, як взагалі формувалось наукове знання в цій галузі.

Вже понад 100 років науковим поясненням аномальних психічних станів займається психопатологія, яка розглядає психічні процеси одночасно з точки зору медицини та психології. Відтак діагностика в психіатрії проводиться на основі психопатологічних синдромів - тобто сукупності симптомів, які характерні для того чи іншого психічного захворювання (Schultze-Lutter, Schmidt, Theodoridou, 2018).

Відомий німецький філософ та психіатр Карл Ясперс став основоположником наукової психопатології опублікувавши у 1913 році свою працю «Загальна психопатологія». Автор почав із зауваження про суб'єктивність дослідження психічних феноменів, яке залишається актуальним і сьогодні.

Неможливо безпосередньо дослідити галюцинацію, маячну ідею чи депресивний настрій, бо це суб'єктивний досвід іншої людини. Завданням

психопатологічного обстеження є максимально наближено відтворити ментальний феномен, який переживається пацієнтом, аби встановити взаємозв'язки, якомога точніше їх переглянути та віддиференціювати, а вже потім позначити певним загальноприйнятим терміном (Jaspers, 1913). Для того аби досягнути такого рівня об'єктивності потрібно відмовитись від теоретичних та особистих упереджень. Діагнози в певній мірі також є прикладами упереджень, оскільки можуть впливати на процес дослідження, а тому повинні виставлятися лише після отримання всієї релевантної інформації (Häfner, 2015).

Для того аби наблизитись до кращого розуміння психічних феноменів потрібно було влучно сформулювати запитання. Такі формулювання можна було знайти в різних філософських школах. До прикладу, в онтології питання звучало б так: «що таке маячні ідеї?», а в епістемології «яким чином ми знаємо, що це маячення?». Зі сторони логіки ми запитаємо «чому виникли маячні ідеї?», а зі сторони етики «як ми повинні обходитись з маячними ідеями?» (Chandra & Suprakash, 2009). Ясперс - психіатр, який значну частину свого життя присвятив філософії та теології зупинився на феноменологічному формулюванні цього запитання, яке звучатиме так: «як ми проживаємо маячні ідеї?».

Феноменологія стала основою наукового знання, на якій ґрунтується клінічна психіатрична практика. Феноменологія розглядає виникнення «феноменів» - те, як вони проживаються та значення якого вони набувають в нашому досвіді. Феномени розглядаються як свідомий інтенціональний досвід суб'єкта (тобто від першої особи). Феноменологія в образній формі передає психічні стани, які реально переживаються людьми з психічними розладами (Messas, Tamelini, Mancini, Stanghellini, 2018). Відтак феноменологічно ми намагаємось відобразити внутрішній суб'єктивний досвід людини використовуючи емпатію.

Доповненням до феноменологічного розгляду психічних феноменів є науковий доробок видатного німецького психіатра Еміля Крепеліна. На противагу філософсько-теологічній діяльності Ясперса, сфера інтересів

Крепеліна була ближчою до практичної медицини. Він працював в неврологічній клініці та лабораторії експериментальній психології, цікавився психофармакологією та нейрофізіологією. В науковому полі Крепелін був представником біологічного абсолютизму. Відповідно до його вчення, психічні явища розглядаються як реальні, впізнавані, цілісні та стабільні об'єкти. Класифікація психічних захворювань розроблена Крепеліна базувалась на клінічній практиці та емпіричних дослідженнях. На сьогоднішній день його ідеї про біологічне підґрунтя психічних захворювань знаходять підтвердження в нейробіологічних та генетичних дослідженнях (Hoff, 2015).

Саме Крепеліна вважають основоположником сучасних нозологічних класифікацій в психіатрії. Однак валідність та корисність психіатричних класифікацій піддається постійній критиці. Концепції синдромів та психічних розладів постійно змінюються, залежно від того наскільки корисними вони є для передбачення клінічного перебігу, прогнозу та терапевтичної відповіді на доступне лікування. Такі концептуальні зміни відбуваються не зважаючи на відсутність чіткого розуміння біологічного та психологічного підґрунтя (Jablensky, 2016).

Jablensky, посилаючись на одну з останніх публікацій Крепеліна *Patterns of Mental Disorder*, пише, що нам потрібно відмовитись від ідеї упорядкування психічних розладів в чітко окреслені групи, а натомість зосередитись на розумінні їхньої сутності (2016).

Задля стандартизації процесів діагностики та лікування, а також наближення психіатрії до стандартної медичної моделі розроблено два нормативні документи. Перший це Міжнародна статистична класифікація хвороб та проблем, пов'язаних зі здоров'ям одинадцятого перегляду (*International Statistical Classification of Diseases and Related Health Problems - ICD-11*) видана Всесвітньою організацією охорони здоров'я (ВООЗ/WHO). Другим є Посібник з діагностики і статистики психічних розладів (*Diagnostic and Statistical Manual of mental disorders - DSM-5*) розроблений Американською психіатричною асоціацією (АПА/АРА). В них наведено перелік симптомів, а також їх характеристики та значимість для різних нозологій.

Тривалий період часу маячіння розглядалось в суспільстві як щось тотожне божевіллю. Бути психічно хворим означало висловлювати маячні ідеї (Sedler, 1995).

Відповідно до DSM-5 наявність маячення є важливим діагностичним критерієм для багатьох психічних розладів, серед яких: гострі та транзиторні психічні розлади, шизофреноформний розлад, шизофренія, шизоафективний розлад, маячний розлад, інші неорганічні психотичні розлади, афективні розлади та неврологічні захворювання (Американська Психіатрична Асоціація, 2013).

Метою даного дослідження було всебічно розглянути формування маячних ідей, як окремого внутрішнього феномену психіки. Ми свідомо уникали прив'язки до конкретних діагнозів та відомих зовнішніх чинників, саме тому використовуємо дещо історичний термін «ендогенні захворювання». Ендогенні в даному контексті позначає групу нозологій перебіг яких може коригуватись зовнішніми факторами, проте їхній патогенез обумовлений внутрішніми процесами організму, які на даний час не є точно встановленими (Möbius; Kraepelin, 1893). Ми вживаємо цей термін з метою виключення розладів, які були зумовлені впливом екзогенних факторів (інфекції, вживання психічно активних речовин, медикаментів, травма тощо).

Визначення поняття маячних ідей. У четвертому виданні Оксфордського підручника з психіатрії (Oxford Handbook of Psychiatry) наведено наступне визначення «маячні ідеї - це стійкі патологічні переконання, які мають особливе індивідуальне значення для особи, характеризуються суб'єктивною абсолютною впевненістю в їхній достовірності, не потребують зовнішніх доказів і не піддаються корекції, навіть при наявності об'єктивних контраргументів» (David Semple & Roger Smith, 2019, p. 136).

Сучасне формулювання незначно доповнює класичну тріаду сформульовану Karl Jaspers (1913), відповідно до якої маячення є помилковими судженнями, які:

- 1) характеризуються непохитною суб'єктивною впевненістю пацієнта
- 2) не чутливі до іншого досвіду або переконливих контраргументів

3) не відповідають реальності

Ясперс також ввів поняття первинного та вторинного маячення. Первинне маячення виникає без зв'язку з якимось іншим психопатологічним симптомом. Вторинне - зміст маячних висловлювань можна зрозуміти в контексті передумов їх виникнення, наприклад ідеї самозвинувачення та самоприниження на фоні затяжного депресивного епізоду (Jaspers, 1914).

У підручнику 2003-го року з психопатології Ендрю Сімс визначає маячення як помилкову, непорушну ідею або переконання, яке неможливо пояснити освітнім, культуральним, соціальним бекграундом; воно характеризується неймовірною переконаністю та суб'єктивною впевненістю (Sims, 2003). З наведеного визначення ми отримуємо важливе доповнення щодо врахування культурального та освітнього бекграунду особи в тлумаченні змісту маячних ідей. В цьому ж підручнику автор посилається на роботу Манфреда Спітцера, який підкреслює різницю між формулюванням «знати що це так» та «вірити що так є». В контексті маячних ідей стійкі переконання якраз належать до першої групи і саме тому вони не піддаються жодній корекції (Sims, 2003).

Курт Шнайдер підтримував клінічну феноменологію Ясперса. Він додав кілька важливих зауважень, які не збереглись в DSM, проте мають значення для практикуючих психіатрів. Є різниця між маячним сприйняттям та маячною ідеєю. Реально існуючій події без емоційного чи раціонального обґрунтування надається аномальне значення, найбільше в плані відношення до особи пацієнта. Це особливе значення сприймається як знак, послання з іншого світу. Сприймається правильно, проте інтерпретується хворобливо. Саме тому маячні ідеї відносяться до розладів мислення, а не сприйняття.

Маячні ідеї потрібно чітко диференціювати від надцінних ідей. Надцінні ідеї також характеризуються надмірною суб'єктивною впевненістю, часто дивним незрозумілим змістом та домінують в повсякденному житті особи. Проте, на відміну від маячних ідей, людина може допустити сумніви в їх правдивості. Іншою відмінністю є те, що надцінні ідеї можна пояснити культуральним бекграундом. (Wernicke, 1892; Sims, 2003). Маячення на

протипагу надціним ідеям неможливо зрозуміти в контексті культурального та освітнього фону пацієнта.

1.2. Зміст та класифікація маячних ідей

Дослідження маячних ідей має два важливі аспекти - зміст та форму. Вперше ці терміни в контексті психопатологічних симптомів зустрічаються в роботах Ясперса, проте сама ідея належить німецькому класичному філософу Іммануїлу Канту та описана в його *magnum opus*. Відповідно до вчення Канта, наші знання та досвід формуються на основі суджень, кожне з яких має дві основоположні складові: концептуальну матерію - це те, що забезпечується відчуттям та інтуїтивну форму - це те, що їх упорядковує та пов'язує (Kant, 1781). На основі філософських міркувань Канта Ясперс розвивав поняття змісту та форми в психопатології. Об'єктивна частина відповідає психічному змісту, а те як об'єкт представляється суб'єкту (сприйняття, думка) є формою. Він наголошував на тому, що лікар називаючи певне переконання маячним повинен концентруватись не на змісті висловлювання, а на тому яким це переконання є для пацієнта. Феноменологія в даному контексті зосереджена на вивченні форми і це матиме ключове значення для клініциста, хоча для конкретного пацієнта вагомішим буде саме зміст його переживань (Kiran & Chaudhury, 2009). Наприклад, пацієнта турбуватиме питання «чи справді моя дружина зраджує мені з моїм другом?». Тоді як перед лікарем постане завдання зрозуміти чи це факт, непорозуміння, маячна ідея, щось зовсім інше чи комбінація. Водночас варто зауважити, що зміст завжди модифікуватиме переживання феноменів надаючи їм певну значимість в контексті психічного життя (Sims, 2003). Відповідно вивчення змісту даватиме нам можливість кращого розуміння та інтерпретації.

Форма феномену в тій чи іншій мірі відобразатиме його зміст. Наприклад, дисфорія проявиться в спробі самогубства (Jaspers, 1914). Так само можливим є перехід між феноменами. Наприклад слухова галюцинація в якій «голос»

погрожує пацієнту може мати продовження у вигляді маячення переслідування.

Розглядаючи питання форми та змісту в клінічній практиці дослідники провели опитування серед працівників сфери психічного здоров'я. До групи досліджуваних увійшли 60 респондентів серед яких науковці, психіатри, молодший медичний персонал, клінічні психологи з різних країн, які були активними членами міжнародних професійних організацій типу АПА (Yasmin Aschebrock, Nicola Gavey, Tim McCreanor, Lynette Tippett, 2003). Основне питання дослідження полягало в тому наскільки важливим для фахівців є зміст хворобливих переживань в практичній роботі. Отримані відповіді розділились приблизно порівну. Частина респондентів вважає заглиблення та розуміння змісту продуктивної симптоматики необхідним для встановлення належних терапевтичних стосунків. Інша група назвала такий підхід не прагматичним та навіть небезпечним через загрозу порушення тестування реальності самим медичним працівником.

Швейцарські дослідники Sylvia Mohr, Laurence Borrás, Carine Betrisey, Brandt Pierre-Yves, Christiane Gilliéron, Philippe Huguelet (2010) порівняли дві групи пацієнтів за клінічною динамікою та рівнем духовного копіngu зі своїм захворюванням. До першої групи увійшли пацієнти з маячними ідеями релігійного змісту, а до другої пацієнти з іншими темами маячення або ж без нього. Не виявлено взаємозв'язку між темою маячення та важкістю клінічного перебігу хвороби. Однак встановлено, що тема маячення може впливати на рівень співпраці пацієнта з фахівцями. А також здорові релігійні погляди можуть покращувати якість духовного життя пацієнтів. Таким чином перед лікарем постає важливе завдання диференціації між релігійністю як ресурсом та релігійністю як частиною маячної системи пацієнта.

Континуальна теорія маячних ідей. Виникнення продуктивної симптоматики при психозах, до якої належать і маячні ідеї, можна пояснити виходячи з двох припущень. Перше це розгляд маячення та галюцинацій, як патологічного посилення норми. Припускається існування континіуму де на одному кінці знаходяться маячення та галюцинації в розгорнутих психозах, а

на іншому еквівалентні їм субклінічні феномени в загальній популяції. Другий підхід вважає появу маячення та галюцинацій чимось абсолютно чужим здоровій психіці. На сьогоднішній день продовжується затяжна дискусія серед науковців на цю тему.

Приймаючи теорію континуальності та відсутність об'єктивного та вичерпного діагностичного визначення «маячних ідей» варто розглянути дивні переконання, які побутують в суспільстві, однак не стають причиною для госпіталізації в психіатричний стаціонар. Такі переконання можуть повністю або частково відповідати загальному визначенню маячних ідей.

Для позначення таких переконань, які за своїм змістом схожі на маячні, проте не відповідають клінічним критеріям маячення використовують термін маячноподібні ідеї - delusion-like beliefs (DLB). За визначенням АПА такі переконання є помилковими, базуються на неправильних висновках щодо реальності, є стійкими, не зважаючи на думку більшості інших людей та очевидні контрдокази. Такі переконання зазвичай мають паранормальний та антинауковий зміст (Pechey & Halligan, 2011). Їхня відмінність від надцінних ідей полягає в тому, що вони не є центральними в повсякденному житті особи. Виявилось, що DLB поширені в загальній популяції. За результатами опитування 2007 року, яке було проведено серед 2,5 тисяч жителів США 74% американців вірять в «ангелів», 41% в «привидів», 35% в «НЛО», 31% у «відьом» (Taylor, 2007).

У 2011 році 1000 британських респондентів відповіли на запитання спеціально розробленого опитувальника для визначення delusion-like beliefs. У цей опитувальник увійшли теми маячень, які найчастіше зустрічаються в пацієнтів з психотичними станами. Респонденти оцінювали кожен приклад DLB за 5-ти бальною шкалою від «зовсім не вірю» до «твердо переконаний». Результати свідчать про те, що 39% здорового населення мають як мінімум одне міцне переконання типу DLB, а 91% частково вірить в одне чи кілька таких переконань (Pechey & Halligan, 2011).

Біологічні теорії виникнення маячних ідей. Coltheart виділяє дві передумови для формування маячних ідей:

- 1) нейрофізіологічне порушення, яке початково призводить до формування переконання;
- 2) порушення на етапі коли через сумніви при нормальних умовах таке переконання відкинулось би (2010).

Дослідників цікавить яким чином зароджується маячна ідея та завдяки чому утримується.

У пацієнтів з маяченням підтверджено порушення функціонування правої півкулі (Cutting, 1990; Ismail, Nguyen, Fischer, Schweizer, Mulsant, 2012). Відповідно до публікації Coltheart (2010) наступні дослідження підтверджують точнішу локалізацію - праву латеральну префронтальну кору.

Встановлено зв'язок між порушення регуляції обміну у висхідних дофамінових нейронах середнього мозку та виникненням маячних ідей (Murray, 2011). Окрім цього в нейронаукових дослідження вдалось відворити певні особливості маячення на субклінічних моделях, проте на більшість запитань щодо етіології маячення досі немає вичерпних відповідей. Не з'ясовано чому при однакових типах психозів в одних пацієнтів з'являються галюцинації та маячні ідеї, а в інших лише маячні ідеї, або лише галюцинації. Невідомо чому зазвичай формується лише одне маячна ідея, яка залишається актуальною протягом всього захворювання (Feeney, Groman, Taylor, Corlett, 2017).

Велика кількість наукових даних підтверджує вплив генетичних факторів на розвиток психічних розладів (Owen, Craddock, Jablensky, 2007; Sieradzka et al., 2014; Smeets et al., 2015). Автори кількох генетичних досліджень встановили кореляційні зв'язки між розвитком маячення та поліморфізмами певних генів. Наприклад, ген HLA-A*03 асоційований з розвитком Маячного розладу та Параноїдної шизофренії (Debnath, Das, Bera, Nayak, Chaudhuri, 2006). Поліморфізми гена DRD2 корелюють з ризиком розвитку шизофренії (He et al., 2016). Мутація C9ORF72 асоційована з виникненням психотичних симптомів, найчастіше це маячення у пацієнтів з фронтотемпоральною деменцією (Snowden et al., 2012; Kertesz, Ang, Jesso, MacKinley, Baker, Brown, Shoesmith, Rademakers, Finger, 2013). Поліморфізм 5HTTLPR асоційований з

розвитком маячення при хворобі Альцгеймера (D'Onofrio et al., 2019). Проте актуальних наукових даних не достатньо для генетичного пояснення виникнення маячних ідей.

Психодинамічне розуміння психозу та маячних ідей. Психічно здорова особистість за Фройдом матиме таку організацію душевного апарату, яка дозволить Я ефективно балансувати між бажаннями Воно, баченням Над-Я, та принципом реальності зовнішнього світу. Невроз - це наслідок конфлікту між Я і Воно, психоз - наслідок конфлікту між Я і зовнішнім світом (Freud, 1924).

При цьому в самому конфлікті немає нічого нездорового, це швидше даність життя - «не можна одночасно з'їсти торт і залишити його собі». Щодня ми стикаємось з взаємовиключними опціями, і тоді причиною розладів є не сам конфлікт, а нездатність його вирішити зробивши вибір. Відкладення прийняття рішення призводитиме до наростання напруги. В цій ситуації симптоми, наприклад маячення, по своїй суті є компромісами, як виникають як наслідок моторної зупинки або витіснення імпульсу, який йде з Воно і заміщення його іншим об'єктом. Згодом Я так само боротиметься з симптомами, як раніше боролось з імпульсом (Freud, 1924). Для кращого розуміння скористаємось ще однією теоретичною структурою Фрейда: свідомість - як система сприйняття, передсвідоме - критична система опору, несвідоме - система пам'яті. Несвідомі бажання прагнуть проникнути в свідомість і оволодіти моторикою, нездатність це реалізувати породжує зростання тиску в системі (Freud, 1924). Цю ж думку розвиває Нойман: в нашій культурі виражена напруга між свідомістю і несвідомим, і всі психічні розлади походять від неспроможності цю напругу витримати (Neumann, 1973). Вирішальним в цій ситуації є ступінь певного явища, а не сам факт його існування. Фройд піддавав сумніву можливість абсолютного відходу Я від реальності. Навіть при аменції хворі говорять про те, що в глибині їхньої душі залишалась нормальна людина, яка була стороннім наглядачем (Freud, 1924). Несвідоме керує передсвідомим і володіє нашим мовленням та діями, і за допомогою потягів, які впливають на розподіл нашої психічно енергії підпорядковує собі призначений не для нього апарат. Такий

стан Фройд і називає психозом, при цьому змінюється не сама система, а ієрархія в цій системі.

Юнг пише, що величезна кількість людей боїться несвідомого, лякається власної тіні, а при дотику з Анімою та Анімусом наш страх переходить в паніку. Тіньова сторона здатна до інвазії, при цьому несвідоме отримує повний контроль, але це не обов'язково буде вважатись психозом. Назва буде залежати від того, хто і де це називає. Деякі первісні народи говорять про Духа, який заходить в тіло, або про Душу, яка його покинула і при цьому вони не дзвонять психіатру, а сприймають це як природній стан (Jung, 1935). Нойман пише, що ідеї про те, що ж таке невротичне обумовлені культурним середовщем. Те, що ми називаємо неврозом, може бути обумовлене занадто сильним або занадто слабким акцентом на певних рисах, які в іншій культурі вважатимуться нормою, а то й перевагою. Такі ідеї Юнга та Ноймана співзвучні з включенням Сімсом розуміння культурального бекграунду для діагностики маячення.

Юнг писав, що недостатньо просто довести, що при певних станах виникають певні симптоми, а важливо визначити для чого вони з'являються. Симптоми не виникають просто так, вони покликані заповнити пустки особистості хворого. Патологічні уявлення є тому настільки цінними, що народжуються з питань, які є найважливішими для людини в нормальному стані. Пріоритетні інтереси психіки в звичайному стані будуть представлені клубком різноманітних симптомів в стані хворобливого. Юнг вважає, що кожен з нас перебуваючи в такому стані задовольняв би те саме бажання, просто в свій унікальний спосіб. В маячінні хворий отримує все те, чого йому бракувало в реальності, він про це знав і раніше, просто не зізнавався собі (Jung).

Інші психологічні теорії виникнення маячних ідей. Когнітивно-поведінкова терапія описує роль когнітивних викривлень у формуванні маячних ідей. Когнітивні викривлення - це систематичні помилки в мисленні людини, які виникають в процесі обробки та інтерпретації інформації з довколишнього світу та впливають на прийняття рішень (Tversky, Kahneman, 1974). Групою вчених з Великої Британії було проведено мета-аналіз 55 досліджень, які

стосувались когнітивного викривлення «jumping to conclusions», тобто схильності до формування поспішних висновків. Встановлено, що людям з неафективними психозами потрібна значно менша кількість доказів аби робити висновки, а також вони більш схильні приймати екстремальні рішення порівняно з контрольною групою здорових осіб та осіб з іншими типами ментальних захворювань (Dudley, Taylor, Wickham, Hutton, 2015).

1.3. Особливості змісту маячних ідей у чоловіків та жінок

Оскільки зміст маячних ідей має важливе суб'єктивне значення для пацієнтів ми вважаємо доцільним розвивати глибше їх розуміння зі сторони фахівців. Саме тому ми ставили перед собою завдання дослідити психологічний зміст маячення. Схожі дослідження проводились, наприклад якісний контент-аналіз маячних ідей дозволив встановити зв'язок між темою маячення та життєвими цілями особи. (Jakes et al., 2004).

Іншим важливим аспектом є дослідження відмінності психологічного змісту маячення у чоловіків та жінок. Можна припустити, що у суспільствах з вищим рівнем статевої об'єктивізації та стереотипізації різниця між маячними ідеями чоловік та жінок буде більш вираженою.

Мета-аналіз досліджень за період 1966-1999 років показав численні відмінності в перебігу захворювань шизофренії серед чоловіків та жінок. Для чоловіків характерніша більша кількість негативних симптомів та когнітивний дефіцит. Для жінок більше афективних симптомів, слухових галюцинацій та персекуторних маячних ідей. (Leung, Chue, 2000).

Дослідження Braunig, Sarkar, Effenberger, Schoofs & Kruger в групі пацієнтів з біполярним афективним розладом показало вищий рівень маячення та галюцинацій в жінок та більший рівень параноїдних та ідей відношення. Порівнявши зміст психотичних переживання визначали їх як один із маркерів важкості стану. В жінок частіше були епізоди депресії, що пов'язують з негативним забарвленням маячних ідей в епізоді манії (2009).

Жінки частіше схильні інтерпретувати свій психотичний досвід через маячні ідеї (Gonzalez, Jose, Neus, Beatriz, Leal, Sanjuan, 2008).

Про відмінності у темах маячення чоловіків та жінок також було повідомлено у систематичному огляді афективних розладів. Вчені констатують значущо вищий рівень у жінок маячних ідей самозвинувачення, зовнішнього контролю та помилкового впізнавання (Toh, Thomas, Rossell 2021).

Виходячи з континуальної теорії розвитку психічних розладів, можна припустити, що ми побачимо відмінності, які виявляють при аналізі даних клінічних пацієнтів у загальній популяції. Лонгітюдне дослідження субклінічних психотичних розладів проводилось серед жителів Цюріха з інтервалом у 30 років. Дані отримані від досліджуваних у віці 20-21 та 49-50 років не показали відмінностей між чоловіками та жінками (Rossler, Hengartner, Ajdacic-Gross, Haker, Angst, 2012).

1.4. Теоретична модель дослідження

За результатами теоретичного огляду проблеми вивчення маячних ідей було створено наступну теоретичну модель, яка представлена на рис. 1.1. Відображено складові вивчення маячних ідей, а також компоненти їх змісту, які можна проаналізувати.

Зміст маячних переживань часто матиме набагато більше значення для пацієнта, ніж для медичного фахівця.

В сучасній медичній моделі психіатрії зміст маячних ідей зазвичай передається через узагальнюючу тему, однак цього недостатньо для розуміння переживань пацієнта. Метою дослідження було також проаналізувати інші аспекти маячення такі як суб'єкт, спосіб інтерпретації пацієнтом свого маячного досвіду та локалізацію внутрішньопсихічного конфлікту відповідно до моделі з позитивної психотерапії запропонованої Пезешкіаном. Перші три аспекти є більш наближеними до загального психіатричного розуміння маячних ідей, а остання висвітлює психологічний та психотерапевтичний аспекти.

На зміст маячних переживань впливає велика кількість факторів, серед яких соціально-демографічні. Зміст маячних ідей є ґрунтом для розвитку

супутніх симптоми та коморбідних станів, наприклад розладів харчової поведінки та суїцидальних тенденцій, які також можуть різнитись у групах чоловіків та жінок.

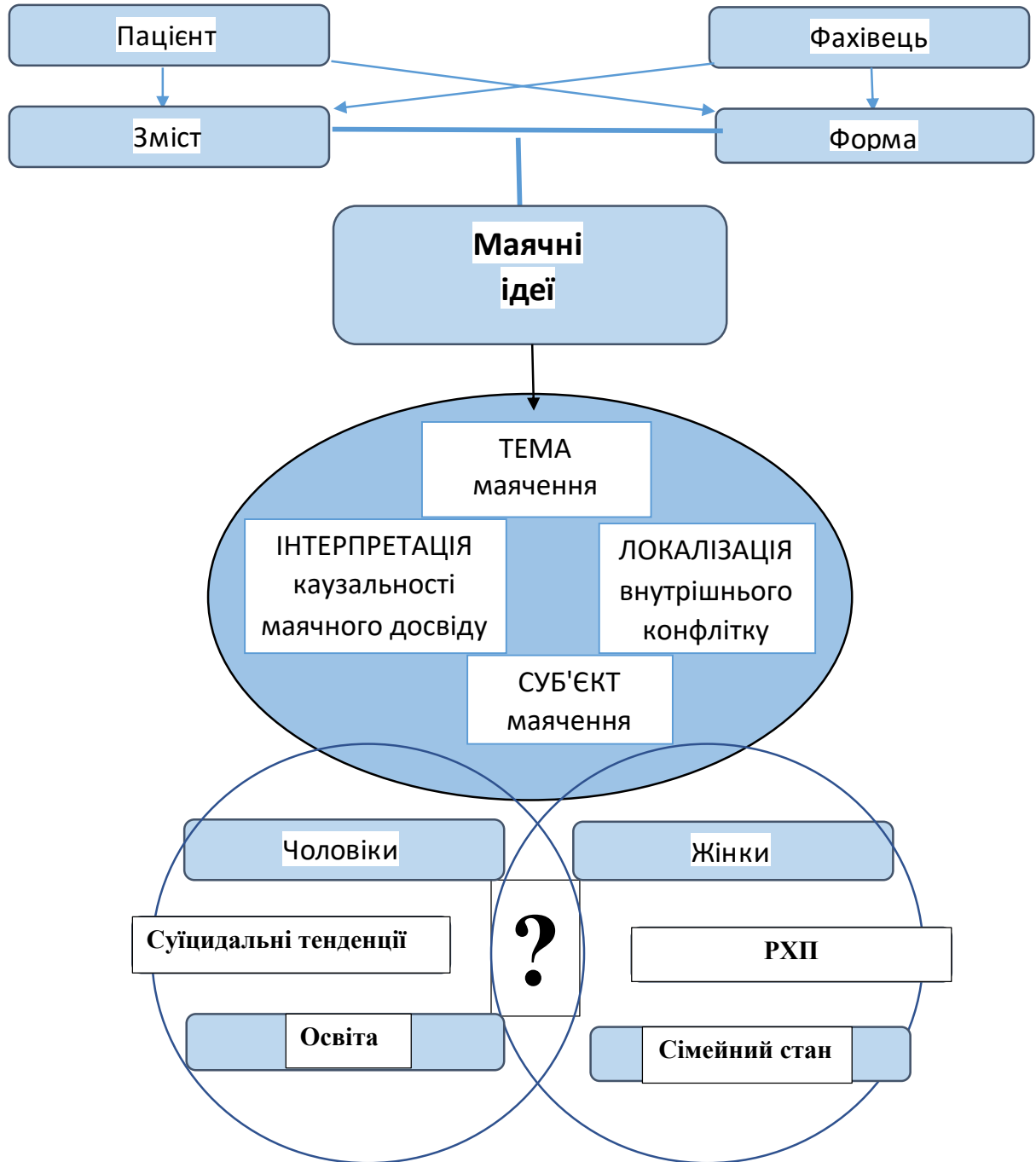


Рис.1.1. Теоретична модель

Висновки до першого розділу

Маячні ідеї є одним з найпоширеніших психотичних симптомів. Їхня діагностика утруднена суб'єктивністю вивчення психічних феноменів. Розглядаючи маячні ідеї з феноменологічної точки зору ми намагаємось зрозуміти як вони проживаються пацієнтом та якого значення вони набувають в його досвіді.

Медичні фахівці схильні надавати більшого значення формі, в той час як для пацієнтів центральним є зміст їхніх переживань. Маячні висловлювання, які зовні виглядатимуть абсурдними – можуть бути шляхом до кращого розуміння особистості та її внутрішньопсихічних конфліктів. Підсумувати аналітичний сенс маячення можна словами Юнга, який писав, що патологічні уявлення є цінними, тому що народжуються з питань, які є найважливішими для людини в нормальному стані, вони покликані заповнити пустки особистості хворого.

Дані закордонних досліджень свідчать про переважання персекуторних маячних ідей серед пацієнтів з ендogenous психічними розладами. На даний час немає жодних досліджень проведених в Україні, які описували б зміст маячних ідей.

Немає однозначних даних щодо відмінностей змісту маячних ідей у групах чоловіків та жінок. Більшість досліджень в цій темі проводились ретроспективно з вивченням архівних медичних записів в межах однієї нозології та лише за темою.

Метою нашого дослідження є вивчення змісту маячних ідей у групі пацієнтів з різними захворюваннями, які належать до ендogenous психічних розладів, а також порівняння їх не лише за темою, а й за суб'єктом маячення, інтерпретацією каузальності маячного досвіду та локалізацією внутрішнього конфлікту.

РОЗДІЛ II ЕМПІРИЧНЕ ДОСЛІДЖЕННЯ ЗМІСТУ МАЯЧНИХ ІДЕЙ У ОСІБ З ЕНДОГЕННИМИ ПСИХІЧНИМИ РОЗЛАДАМИ

2.1. Опис процедури дослідження

Теоретичною основою дослідження є феноменологічний підхід та континуальна теорія розвитку психічних захворювань. За основу було взято модель дослідження 2020-го року Jones, A., Read, J., & Wood, L. (2020). A retrospective case study of the thematic content of psychotic experiences in a first episode psychosis population. *Journal of Mental Health*.

Метою дослідження було дослідити особливості змісту маячних ідей у чоловіків та жінок з ендогенними психічними розладами.

Джерелом матеріалів для дослідження були медичні історії хвороби пацієнтів з архівів психіатричних лікувальних закладів. Загалом відібрано 146 кейсів.

Етапи дослідження

Відповідно до поставленої мети ми попередньо розробили та спланували окремі етапи дослідження.

1. Теоретичний аналіз наукових статей, які ретроспективно вивчали зміст маячних ідей. Вивчення актуальних методів класифікації маячних ідей. Для імплементації дослідження обрано архівний метод.
2. Отримання медичних записів для архівного дослідження. Для того аби отримати доступ до архівів психіатричних закладів ми звернулись з відповідним проханням до заступника головного лікаря з медичної частини Львівської обласної клінічної лікарні та головного лікаря Криворізької багатопрофільної лікарні з надання психіатричної допомоги. Ми отримали відповідний дозвіл на проведення архівного дослідження та контакти лікуючих лікарів. Сконтактувавши з лікарями ми отримали зашифровані електронні медичні історії хвороби з яких були попередньо виключені всі особисті дані за якими можна було б ідентифікувати особу.

3. Відбір кейсів для майбутнього дослідження. Основним критерієм була наявність маячних ідей в анамнезі пацієнта. Отримавши записи ми відібрали історії, які містили достатню кількість інформації для проведення дослідження. Також при відборі історій хвороби ми керувались діагнозами відповідно до офіційної робочої клінічної класифікації МКХ-10 та виключали кейси, які не відповідали темі дослідження. З отриманих медичних записів було виключено пацієнтів з такими групами діагнозів: (F10-F19) Розлади психіки та поведінки внаслідок вживання психоактивних речовин; (F70-F79) Розумова відсталість.
4. Відбір релевантної інформації та кодування кейсів. З відібраних медичних записів ми перенесли всю важливу інформацію у таблицю формату Excel даючи кожному випадку унікальний цифровий ідентифікатор.
5. Наступним етапом дослідження був контент-аналіз отриманих даних. Після присвоєння ідентифікатора ми ввели демографічні дані такі як вік, стать, сімейний стан та освіта. Використовуючи дедуктивний метод кодування ми виокремили теми маячних ідей за змістом, опираючись на попередні аналогічні дослідження. Також ми додали колонки з класифікацією інтерпретації маячного досвіду пацієнтами, перелік можливих суб'єктів маячення, перелік характеристик балансної моделі Пезешкіана, а також наявність в анамнезі суїцидальних тенденцій, розладів харчової поведінки, випадків звернення до нетрадиційної медицини та факту перебування закордоном напередодні епізоду маячення.
6. Заповнення електронної форми для кожного кейсу та кодування відповідей. Організація даних у таблиці Numbers. Для можливості подальшої статистичної обробки даних ми закодували категорії відповідей у цифрові еквіваленти та створили список ключів для кожного з тверджень.

7. Перший етап статистичного аналізу отриманих даних - частотний аналіз обраних категорій у програмі Numbers. Другий етап - порівняльний аналіз груп чоловіків та жінок та визначення статистичної значущості отриманих результатів. Використано програмне забезпечення Statistica.

2.2. Метод дослідження

Для вивчення змісту маячних ідей ми використали архівний метод дослідження, який полягає у ретроспективному аналізі та тлумаченні медичних записів - історій хвороби, які зберігаються в архівах медичних установ.

З метою опрацювання отриманих даних ми провели контент-аналіз, який дозволяє об'єктивно та системно описати зміст комунікації (Костенко, Іванов 2003). Ми включали в аналіз і описи лікарів і їхні висновки. Оскільки контент-аналіз не виключає аналіз латентних змістів ми провели додаткову психологічну оцінку тексту. Об'єктивність в контент-аналізі досягається за рахунок систематичної редукції тексту до визначеного набору опцій, які кодуються та згодом піддаються статистичній обробці. Таким чином ми підготували необхідний витяг інформації з медичних записів та дедуктивним методом визначили основну тему, суб'єкт, інтерпретацію каузальності та сферу внутрішнього конфлікту.

Для аналізу використано класифікацію маячних ідей за темами наведену в останньому виданні Оксфордського підручника з психіатрії.

Маячення ревнощів - це маячне переконання в тому, що партнер зраджує.

Маячення позитивного та негативного двійників - маячне переконання в тому, що певні особи не є тими ким зовні виглядають. Пацієнти не впізнають рідних і називають їх незнайомцями, або навпаки псевдовпізнають чужих їм людей.

Маячення контролю - група маячних ідей, які також є симптомами першого рангу при шизофренії. Хворий переконаний в тому, що більше не має влади над власним тілом, а ним керує хтось зовні.

Маячні ідеї самозвинувачення, гріховності, меншовартості - хворий переконаний у тому, що вчинив щось лихе, негідний або ж винний у чомусь.

Персекуторні маячні ідеї - переконаність в тому, що хтось або щось хоче завдати шкоди пацієнту, переслідує його, намагається вбити чи знущався.

Маячення грандіозності, особливого значення та винахідництва - пацієнт переконаний, що має видатні розумові чи фізичні здібності, особливу місію, дар.

Соматичні маячні ідеї стосуються тіла пацієнта, наявності в нього невиліковного захворювання, небезпечної інфекції, не діагностованої хвороби.

«*Bizarre delusions*», які не мають точного відповідники в українській термінології, об'єднують маячні ідеї дивного, ексцентричного змісту, який не може трапитись в реальному житті (Semple & Smith, 2019).

Як і в дослідженні Jones, Read & Wood ми поділили можливих суб'єктів маячення, тобто осіб, яких пацієнти включають в свою маячну систему на різні категорії: «пацієнт», «сусіди», «родичі», «спеціальні організації», «медичні працівники», «співробітники», «незнайомці», «інше».

Індуктивним методом ми виділили чотири основні способи якими досліджувані інтерпретували свій маячний досвід - тобто як пояснюють чому це з ними відбувається та яким чином. Релігійний сенс - це пояснення маячення через вплив Бога чи божественних сил, посилення на священні книги. Магія та надприродні сили - це вплив, який неможливо пояснити доступними сьогодношній науці термінами, абстрактні метафізичні способи. Технічні та наукові засоби - це реально існуючі об'єкти, які потенційно могли б застосовуватись іншими людьми. Побутові обставини - це зрозумілі в суспільстві поняття та взаємовідносини, які включають родинні, ринкові, соціальні зв'язки.

Психологічний сенс маячення ми оцінювали через тип внутрішнього конфлікту. Теоретичним підґрунтям для цього стала робота Пезешкіана, відповідно до якої існує чотири універсальні форми опрацювання конфліктів, які відповідають чотирьом сферам пізнання світу. Тіло (відчуття) - переживання власного тіла та інформації від зовнішнього світу. До розладів в

цій сфері належать порушення сну, розлади харчової поведінки, вітальна депресія, іпохондрія та інші. Діяльність (розум) - здатність систематизувати та ціле направлено вирішувати задачі. Симптоми цієї сфери: порушення когнітивних функцій, раціоналізація, дереалізація, невизначеність, сумніви в прийнятті рішень. Контакти (традиції) - це сфера, яка відповідає за людські стосунки, приналежність до соціальних та культурних груп. Симптоми: даного конфлікту це фіксації, стереотипи, фанатизм, почуття вини та ненависті, маргінальність. Фантазії (інтуїція) - належить до сфери майбутнього та відображає спосіб реагувати на конфлікти через уяву, від творчої абстракції до повної втечі у свій світ. Характерна симптоматика це відхід від реальності, суїцидальні фантазії, маячні ідеї стосунку та переслідування (Пезешкіан, 1991).

2.3. Група досліджуваних

До вибірки увійшли 146 історій хвороби з такими діагнозами: (F32) Депресивний епізод; (F31) Біполярний афективний розлад; (F20) Шизофренія; (F06) Інші психічні розлади, спричинені ураженням чи дисфункцією головного мозку або внаслідок соматичної хвороби; (F21) Шизотиповий розлад; (F22) Стійкі розлади марення; (F23) Гострі та транзиторні психотичні розлади; (F25) Шизоафективні розлади; (F41) Інші тривожні розлади; (F33) Рекурентні депресивні розлади; (F43) Реакція на тяжкий стрес та розлади адаптації. Розподіл за нозологіями представлено на рисунку 2.1.

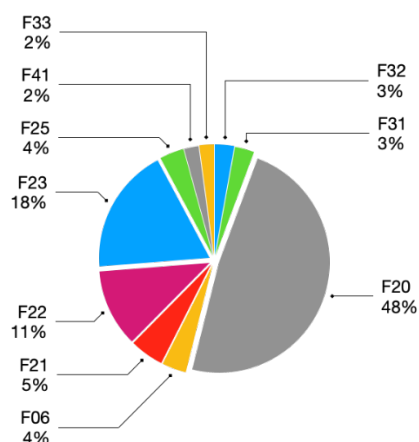


Рис. 2.1. Розподіл кейсів за діагнозами

Група досліджуваних включає 65 жінок віком від 18 до 71 року (сер. Вік 44,67) та 81 чоловік віком від 18 до 69 років (сер. Вік 34,2).

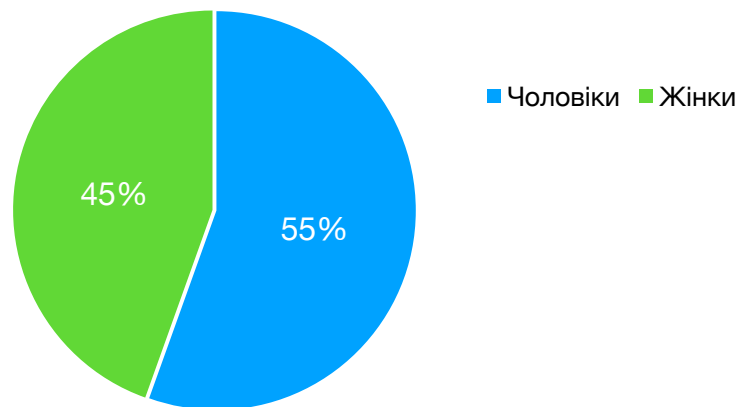


Рис. 2.2 Розподіл досліджуваних за статтю

За рівнем отриманої освіти досліджувані розподілені таким чином: 9 осіб мають повну середню освіту, 54 особи професійно-технічну, 51 особа з вищою освітою, у 13 незакінчена вища та не має даних щодо освіти у 19 випадках (Рис. 2.1). Щодо сімейного статусу, то 45 осіб перебувають в шлюбі, 19 в минулому розлучились, не одружена - 61 особа та має інший статус 21 особа (Рис. 2.4). Всі пацієнти з вибірки є народились та проживають в Україні: Більшість з них є жителями Львівської та Кіровоградської областей.

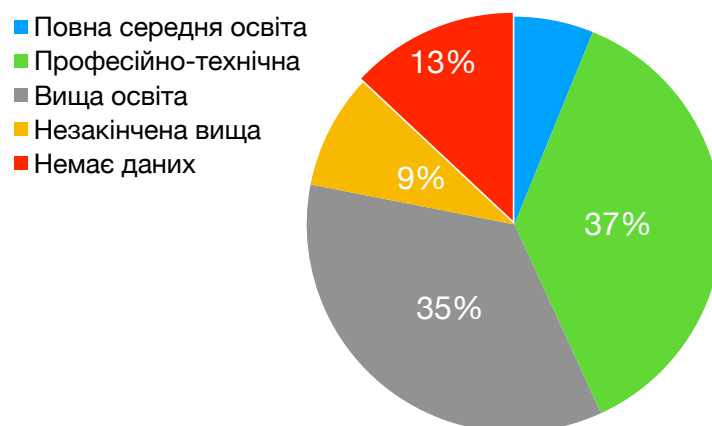


Рис 2.3. Розподіл досліджуваних за рівнем освіти

Ми не включали до групи досліджуваних осіб, які в анамнезі мають зловживання психоактивними речовинами, зокрема алкоголем.

Висновки до другого розділу

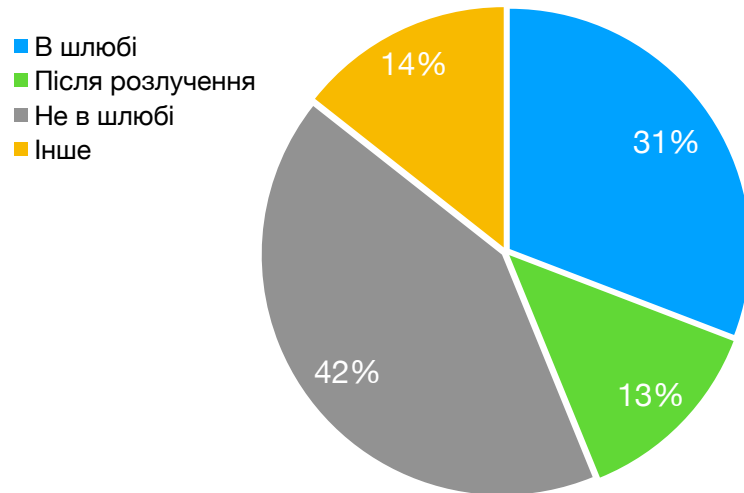


Рис 2.4. Розподіл досліджуваних за сімейним статусом

З метою вивчення змісту маячних ідей у групі пацієнтів з ендогенними психічними розладами було відібрано 146 архівних історій хвороби. Дані було отримано в електронній формі від працівників українських закладів надання психіатричної допомоги з дотриманням умов конфіденційності. До вибірки увійшли особи різної статі, віку, освіти та сімейного статусу. За основу ми взяли модель ретроспективного дослідження 2020-го року Jones, Read, & Wood.

У відібраних медичних записах проведено контент-аналіз з дедуктивним кодуванням змісту маячних ідей, суб'єктів маячення, інтерпретації маячного досвіду пацієнтом, а також сфер внутрішнього конфлікту за Пезешкіаном.

Додатково поділено досліджуваних на групи за наявністю в анамнезі розладів сприйняття; суїцидальних тенденцій; розладів харчової поведінки;

факту роботи закордоном напередодні епізоду госпіталізації та звернення за немедичною допомогою.

Для подальшої статистичної обробки даних категорії відповідей закодовані у цифрові еквіваленти та створено список ключів для кожного з тверджень.

РОЗДІЛ III РЕЗУЛЬТАТИ ЕМПІРИЧНОГО ДОСЛІДЖЕННЯ ЗМІСТУ МАЯЧНИХ ІДЕЙ У ЧОЛОВІКІВ ТА ЖІНОК

3.1. Аналіз та класифікація змісту маячних ідей

Для з'ясування теми маячних ідей, яка переважає в групі пацієнтів з ендогенними психічними розладами застосовано метод контент-аналізу архівних медичних записів пацієнтів психіатричних лікувальних установ. Темы маячень було розподілено на категорії: «персекуторні», «зовнішнього контролю», «грандіозності, особливого значення та винахідництва», «меншовартості, гріховності та самоприниження», «ревнощів», «позитивних та негативних двійників», «соматичні», «bizarre» та «інші». Приклади формулювань, які було віднесено до кожної з категорій наведено у таблиці 3.1.

Таблиця 3.1

Визначення теми маячення

Категорія	Приклад висловлювання пацієнта
Персекуторні	<i>«моєму життю загрожує небезпека», «хлопці наркомани вже 1,5 міс за мною слідкують з машини»</i>
Зовнішнього контролю	<i>«відчуття, ніби ним керує стороння сила»</i>
Грандіозності, особливого значення та винахідництва	<i>«почала доказувати, що вона володарка всієї нерухомості в Америці, що їй повинні сплачувати податки і що її чоловік багата людина»</i>

Визначення теми маячення

Меншовартості, гріховності та самоприниження	«Відчуття, що вона «не така», «винна в тому, що буде з сім'єю», сильно згрішила і Бог тепер їй не пробачить»
Ревнощів	«підозри почали носити постійний характер, почав вважати, що дружина зраджує йому із чоловіком його доньки (зятем), це все відбувається коли він ходить на нічні чергування»
Позитивних та негативних двійників	«його батьки насправді є чужими для нього людьми і лише з корисливою метою видають себе за моїх батьків»
Соматичні	«почав стверджувати, що в нього випадає волосся, вважав, що захворів невиліковним захворюванням, ймовірно онкологічним»
Bizarre	«вважає, що в нього зв'язок з Космосом, чую думки розумних людей, з'єдную душу, дух та матерію, та посилаю в космос для інформації у світі трапляються радіоактивні події, тому я налаштовую всесвіт на позитив»

Для визначення суб'єкту маячення ми виокремили категорії «пацієнт», «сусіди», «родичі», «спеціальні організації», «медичні працівники», «співробітники», «незнайомці», «інше». Приклади формулювань, які було віднесено до кожної з категорій наведено у таблиці 3.2.

Таблиця 3.

Визначення суб'єкту маячення

Категорія	Приклад висловлювання пацієнта
Пацієнт	<i>«Я наділена особливим даром»; «я зрозумів закони Всесвіту»</i>
Сусіди	<i>«всі сусіди робили цю магію»; «стверджував, що сусіди опромінюють його радіацією»</i>
Родичі	<i>«мати та сестра хочуть від мене позбавитись»; «чоловік підбурює якихось людей слідкувати за нею»</i>
Спеціальні організації	<i>«усі працівники СІЗО пов'язані зі шахраями, їх кришує СБУ»; «ці люди тісно пов'язані з усіма правоохоронними органами та органами місцевої влади»</i>
Медичні працівники	<i>«змову можна реалізувати лише з лікарем»; «санітарка передає інформацію тим хто за мною слідкує»</i>

Визначення суб'єкту маячення

Співробітники	<i>«стверджував, що чоловіки на роботі стежать за ним»; «колеги на роботі надсилають погрозливі смс»</i>
Незнайомці	<i>«за ним слідкують незнайомі люди»</i>

Також ми розподілили яким чином пацієнти інтерпретують свій маячний досвід. Сюди увійшли категорії «релігійний сенс», «магія та надприродні сили», «технічні та наукові засоби», «побутові обставини», «інше». Приклади формулювань, які було віднесено до кожної з категорій наведено у таблиці 3.3.

Таблиця 3.

Інтерпретація маячного досвіду

Категорія	Приклад висловлювання пацієнта
Релігійний сенс	<i>«я наділена особливим даром від Господа»; «я все життя жила неправильно, і тепер мене карають за мої гріхи так як пише Біблія»</i>
Магія та надприродні сили	<i>«впливають чорні маги»; «оточуючі володіють біоенергією»; «поробили на смерть»</i>

Інтерпретація маячного досвіду

Технічні та наукові засоби	<i>«вживили наночіп»; «заразити, вжививши з допомогою таблеток в неї якихось жуків чи гельмінтів»; «приєднати апарат ППТ або коловорот»; «магнітне поле впливає на мене»</i>
Побутові обставини	<i>«хочуть забрати квартиру, бо я вдова»; «спалили всі мої документи»; «сусіди отруюють його чадним газом»</i>

До переліку сфер локалізації актуального конфлікту відповідно до балансної моделі Пезешкіана входять категорії «Тіло/відчуття», «Розум/діяльність», «Контакти/традиції», «Фантазії/інтуїція». Приклади формулювань, які було віднесено до кожної з категорій наведено у таблиці 3.4.

Таблиця 3.4

Балансна модель Пезешкіана

Категорія	Приклад висловлювання пацієнта
Тіло/відчуття	<i>«горять нерви, дуже боліла голова»; «з'явилися болі в різних ділянках тіла – в ногах, щелепі»; «вважає, що у нього вже розвинувся рахіт та опіки від впливу радіації»</i>

Балансна модель Пезешкіана

Розум/діяльність	<p><i>«не зможе з нею (роботою) справитись, не зможе працювати»; «кинув роботу аби розробляти автомобіль майбутнього я цим і займаюсь – читаю журнали, обдумую ідеї, буду їх впроваджувати в практику»</i></p>
Контакти/традиції	<p><i>«з'явилося бажання усамітнитись, нікого не бачити, ні з ким не спілкуватись»; «вважав себе винним у провалі роботи, постійно читав Біблію, вів розмови лише на релігійну тематику»</i></p>
Фантазії/інтуїція	<p><i>«бачив видіння – Друге Воздвиження Ісуса Христа, очікував кінця світу та готувався до нього»; «вважає себе далай-ламою і всю свою поведінку пов'язує з акумуляцією енергії, відчував себе Богом і тому бив шибки, а тепер відчуває себе далай-ламою і тому дуже мирний»</i></p>

3.2. Порівняльний аналіз змісту маячних ідей у чоловіків та жінок

Відповідно до результатів частотного аналізу зміст маячних ідей у групі пацієнтів з ендогенними психічними розладами відрізняється у чоловіків та жінок за темою, суб'єктом, інтерпретацією каузальності, за відображенням сфери локалізації актуального конфлікту. З метою перевірки статистичної значущості виявлених відмінностей було проведено аналіз даних за критерієм узгодженості Пірсона (χ^2 - тест). Таблиці статистичного аналізу наведено у Додатку.

На початку роботи було сформульовано гіпотезу про те, що у групі пацієнтів з ендогенними психічними розладами існує тенденція до переважання персекуторних маячних ідей. Відповідно до результатів проведеного нами частотного аналізу у загальній вибірці виявлено найвищий рівень (44%) персекуторних маячних ідей, що відповідає також результатам схожих закордонних досліджень. Більшість пацієнтів даної вибірки мали діагноз «Параноїдна шизофренія» для якої найбільш характерними є персекуторні маячні ідеї. Психодинамічна теорія постулює високий рівень нарцистичної ураженості та порушення базової безпеки у людей психотичного рівня організації особистості. Словами Фрейда форма психозу, в даному випадку маячення, це конфлікт між «Я» та «зовнішнім світом». Для того аби максимально захистити «Я» та зберегти принаймі якусь його цілісність пацієнт може надати психозу такого змісту, який переведе відповідальність за конфлікт на зовнішній світ. Доприкладу звинувачення інших у переслідуванні, поганих намірах та інші еквіваленти «загрози», яку реальність становить для дезорганізованої, дезінтегрованої, дифузної структури особистості психотичного рівня функціонування.

Наступною темою за частотою є маячні ідеї грандіозності, особливого значення та винахідництва, які спостерігались у 15% історій хвороби. Такі ідеї можна поставити на протиположності. Коли не «світ такий поганий до мене», а «я занадто хороша для світу». Таким чином конфлікт між «Я» та «зовнішнім світом» вирішується ізоляцією у альтернативну, більш прийнятну

реальність, в чому знову ж таки прослідковується і глибоке нарцистичне ураження і потреба у безпеці.

Приблизно порівну розподілились ідеї зовнішнього контролю та меншовартості, гріховності і самозвинувачення - 11% та 12% відповідно. Частина ідей цієї групи логічно впливають з афекту. В депресивних станах звужується когнітивний фільтр і пацієнт просто не здатен помічати позитивних аспектів життя. Якщо ж афект неконгруентний переживанням, то ми можемо припустити третій варіант вирішення конфлікту «Я» та «зовнішній світ» в якому «я занадто погана для цього світу».

Інші теми зустрічались з меншою частотою, а саме: ревнощів - 3%, позитивних та негативних двійників - 5%, соматичні - 4%, bizarre - 4% та інші - 2%. Ми не будемо зупинятись на інтерпретації усіх тем, однак варто зазначити, що для маячення двійників висунуто окрему фізіологічну теорію виникнення, яка описує зміни в аперцепції та роботі дзеркальних нейронів у таких пацієнтів. Частотний розподіл різних тем маячення представлено на рисунку 3.1.

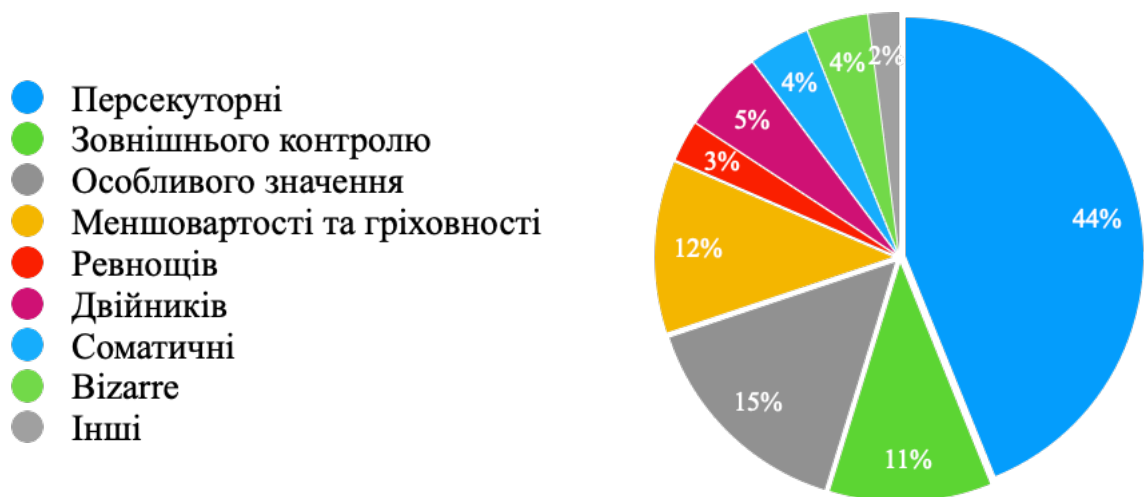


Рис.3.1. Розподіл частоти маячних ідей за темою

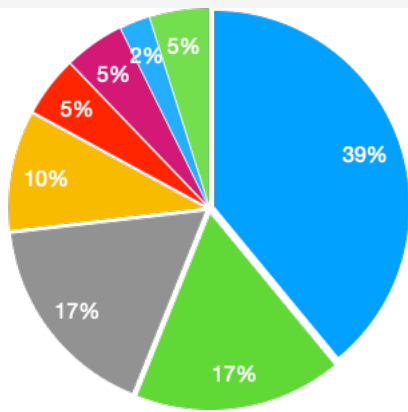


Рис.3.2. Розподіл частоти маячних ідей за темою у чоловіків

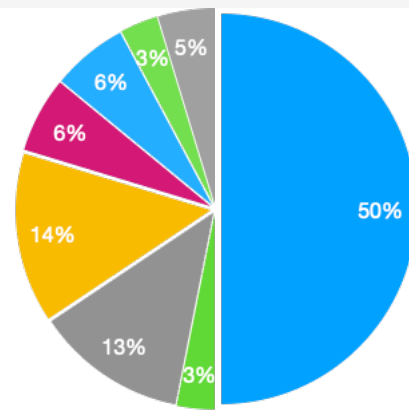


Рис.3.3. Розподіл частоти маячних ідей за темою у жінок

Розглянувши окремо теми маячення у групах чоловіків та жінок, ми отримали дещо інші відсоткові співвідношення. Розподіл частоти тем маячення у групі чоловіків наведено на рисунку 3.2, а жінок - 3.3. В обидвох групах на першому за частотою місці залишаються персекуторні маячні ідеї, проте вищим цей показник є у групі жінок - 50% порівняно з 39% у чоловіків. У чоловічій групі однаковий рівень ідей зовнішнього контролю та особливого значення - по 17%. Наступними йдуть ідеї меншовартості, гріховності та самозвинувачення - 10%, ревнощів, двійників та bizarre - по 5% та найменше соматичних маячних ідей - лише 2%.

У жінок на другому місці за частотою ідеї меншовартості, гріховності та самозвинувачення - 14%, а на третьому ідеї грандіозності, особливого значення та винахідництва - 13%. Приблизно однаковий рівень з чоловіками маячення двійників - 6%, однак вищий рівень соматичних маячних ідей - 6%. На даному етапі наведено дані лише частотного аналізу. Інтерпретація відмінностей отриманих відмінностей є недоцільною без показників статистичної значущості отриманих даних.

З метою перевірки статистичної значущості виявлених відмінностей було проведено аналіз даних за критерієм узгодженості Пірсона (χ^2 - тест) та

виявлено, що існують незначно виражені статистично значимі відмінності за темою маячення ($p=0,03$).

Щодо обраного суб'єкту маячення, ми отримали наступні результати: Найчастіше суб'єктом маячних ідей стають родичі пацієнтів - у 29% випадків. Це відрізняється від даних опублікованих Jones et al. у ретроспективному дослідженні 2020 року відповідно до якого для найбільшого відсотку пацієнтів суб'єктом маячення були медичні працівники. Можна припустити, що певні відмінності пов'язані з тим, що згадане дослідження проводилось при першому епізоді психозу. Також це можна пов'язати з пізнішим зверненням за медичною допомогою через високий рівень стигматизації психічних захворювань в Україні та меншу доступність фахівців зі сфери ментального здоров'я. Інші категорії суб'єктів відрізняються, а отже доцільніше проаналізувати відмінності лише у межах нашої вибірки.

У 23% маячні переживання зосередженні довколо особи самого пацієнта. У 16% кейсів в маяченні фігурують незнайомі для пацієнтів люди. У 8% випадків суб'єктами стають сусіди, 8% - співробітники, 7% - спеціальні організації, та 4% медичні працівники (рис.3.4).

При порівнянні у групах чоловіків та жінок ми спостерігаємо певні відмінності. У жінок частіше суб'єктом маячних переживань стають співробітники - 16%, проти 2% у групі чоловіків та медичні працівники - 6% у жінок на протигагу 2% у чоловіків. Чоловіки частіше суб'єктом обирають спеціальні організації - 11%, порівняно з 2% у жінок та сусідів - 11% та 5% відповідно. В обидвох групах приблизно з однаковою частотою суб'єктом стають родичі. Графічно розподіл преставлено на рисунках 3.5 та 3.6.

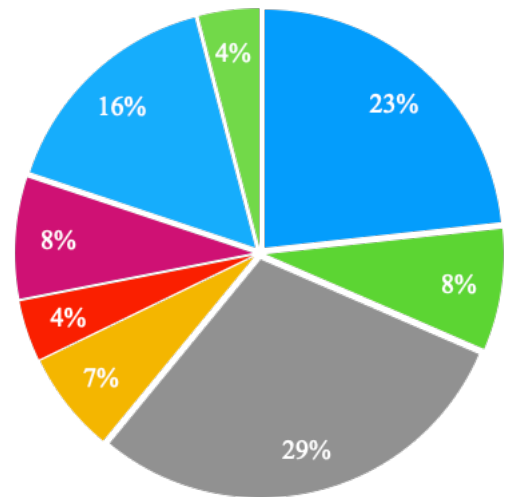
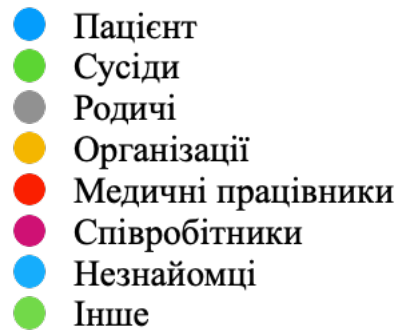


Рис.3.4. Розподіл частоти маячних ідей за суб'єктом

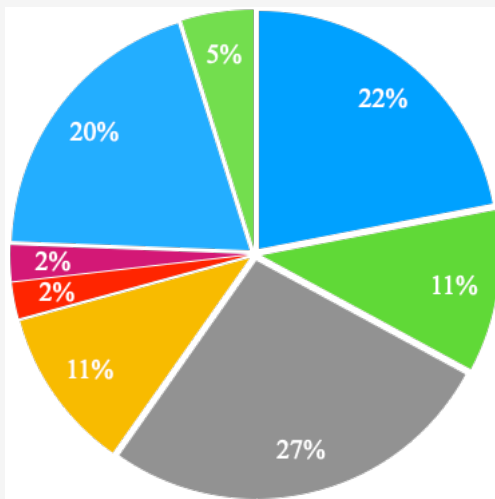


Рис.3.6. Розподіл частоти маячних ідей за суб'єктом у чоловіків

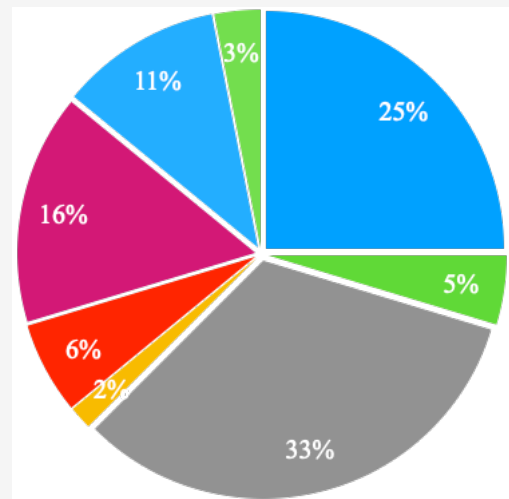


Рис.3.5. Розподіл частоти маячних ідей за суб'єктом у жінок

Доведено статистичну значущість виявлених відмінностей у групах чоловіків та жінок за критерієм узгодженості Пірсона (χ^2 - тест) при виборі суб'єкту маячення ($p=0,01$).

Пацієнти по різному інтерпретують свій маячний досвід тобто пояснюють чому це з ними відбувається та яким чином. Імовірно, що це може залежати від рівня освіти, релігійності, віри у надприродне. Однак ми провівши аналіз за групами з різним рівнем освіти не знайдено відмінностей.

У загальній вибірці 29% маячних ідей мають побутову інтерпретацію, що є найбільш наближеною до об'єктивної реальності та може зумовлювати труднощі при діагностиці маячення. 24% та 23% всіх випадків інтерпретують маячний досвід надаючи йому релігійного сенсу або магічне пояснення. 16% використовують для інтерпретації загальновідомі технічні та наукові засоби. 9% інтерпретацій з отриманих медичних записів не належать до жодної з цих категорій. В теоретичному розділі роботи описано континуальну теорію розвитку психотичних симптомів, а також поширеність маячно-подібних переконань серед осіб без психічних розладів. В цьому контексті отримані нами дані схожі за формою пояснень, однак відрізняються за ступенем вираженості та глибиною переконань. Таким чином отримані дані узгоджуються з континуальною теорією. Графічно частотний розподіл різних типів інтерпретації наведено на рисунку 3.7.

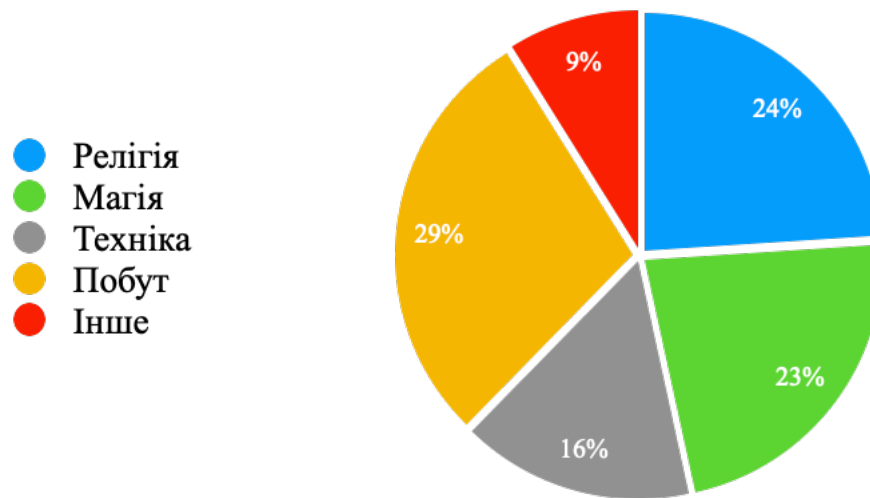


Рис.3.7. Розподіл частоти різних типів інтерпретації маячних ідей

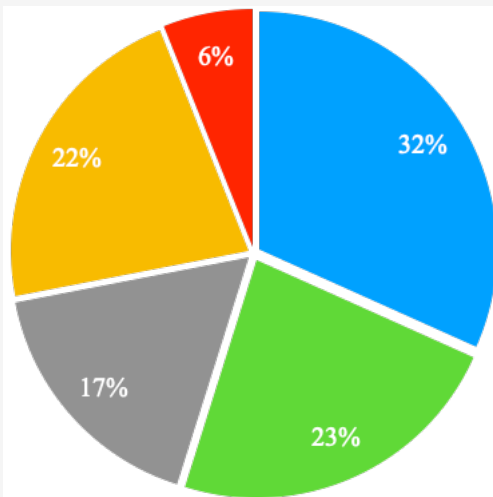


Рис.3.9. Розподіл частоти різних типів інтерпретації маячних ідей у чоловіків

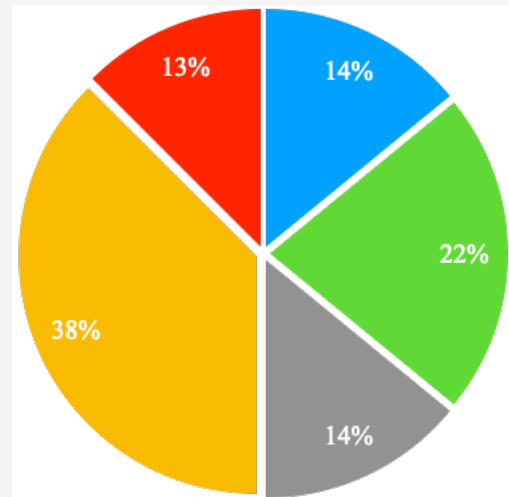


Рис.3.8. Розподіл частоти різних типів інтерпретації маячних ідей у жінок

Щодо розподілу у чоловічій та жіночій групі пацієнтів, то відмінності наявні практично у кожній категорії. Чоловіки частіше інтерпретували свій маячний досвід пов'язуючи його з релігією. Варто зауважити, що більша частина чоловіків з нашої вибірки неодружені та проживають з батьками. Використання релігійних обрядів та пояснень може бути однією з копінг - стратегій для родин у яких проживає особа з психічним розладом.

У жінок на першому місці - побутові інтерпретації з показником 38%. Більше 75% жінок з вибірки перебуває у шлюбі, який може бути ґрунтом для побутових майнових та правових конфліктів інтересів.

Практично з однаковою частотою зустрічаються магичні та технічні інтерпретації - 23% та 17% у чоловіків і 22% і 14% у жінок. Відсутність відмінностей за ступенем «техногенності» руйнує один із стереотипів патріархального суспільства про поділ на "логічних чоловіків» та "інтуїтивних жінок».

Коефіцієнт значущості $p=0,03$, що свідчить про значимість виявлених відмінностей за способом інтерпретації маячного досвіду у групах чоловіків та жінок.

Балансна модель Пезешкіана для вивчення змісту маячних ідей застосована вперше, а тому можливе лише внутрішнє порівняння в межах досліджуваної вибірки. Після застосування первинних методів статистичної обробки даних, а саме за допомогою частотного розподілу ми отримали такі результати у загальній вибірці: більшість внутрішніх конфліктів належать до сфери відчуттів - 34%, яка відповідає за переживання власного тіла та способу сприйняття інформації від зовнішнього світу. Сучасна психіатрія прийняла біопсихосоціальну модель хвороби відтак розглядає психічні розлади в контексті загального фізичного стану. Маячні ідеї належать до продуктивної симптоматики активації якої за часту передують порушення сну.

Внутрішній конфлікт локалізований у сфері контактів у 32% випадків. Ця сфера відображає людські стосунки та приналежність до соціальних та культурних груп. Наявність психічного розладу утруднює підтримання цих контактів та соціально-культуральних норм через зниження тестування реальності у психотичних пацієнтів. Висока частка конфліктів в цій сфері може свідчити про значну потребу пацієнтів в кращому розумінні та прийнятті зі сторони оточуючих - як близьких людей так і фахівців з ментального здоров'я.

Порушення характерні для сфери діяльності, такі як зниження когнітивних функцій та дереалізація характерні для багатьох станів, а здатність до систематизації та ціле направленою вирішення задач порушується при більшості психічних розладів. Однак маячні ідеї для яких центральним є саме цей конфлікт становлять 12% проаналізованих кейсів.

Пезешкіан відносив до сфери інтуїції маячні ідеї стосунку та переслідування. Автор описував симптоми порушення цієї сфери як повний відхід пацієнта від реальності у свій світ, однак навіть при маячних ідеях стосунку та переслідування зв'язок із зовнішнім світом може зберігатись. З огляду на це локалізація конфлікту у цій сфері у досліджуваній вибірці не дорівнює відсотку персекуторних маячних ідей, а становить 23%.

Графічно частотний розподіл різних сфер локалізації внутрішнього конфлікту у вибірці зображено на рисунку 3.7.

Розподіл на дані сфери методом контент-аналізу є доволі суб'єктивним, однак ми свідомо використали таку модель аби розглянути відмінності у змісті маячних ідей у групах чоловіків та жінок не лише через стандартну медичну призму, а й з точки зору психології.

Виявлено помітні відмінності у групах чоловіків та жінок. У жінок переважала локалізація у сфері «Контакти» з показником 50%, в той час як у чоловіків аналогічний показник становив лише 18%.

На другому за частотою місці у жіночій групі пацієнтів є сфера «Відчуттів», яка складає 23%, а у групі чоловіків займає перше за частотою місце з часткою 41%.

Локалізація внутрішнього конфлікту у сфері «Діяльність» становить лише 9% у групі чоловіків та вдвічі більше у групі жінок (16%).

Локалізація внутрішнього конфлікту у сфері «Фантазія» у групі жінок має частоту 11%, а у чоловіків є другою за поширеністю з відсотковою часткою 32%.

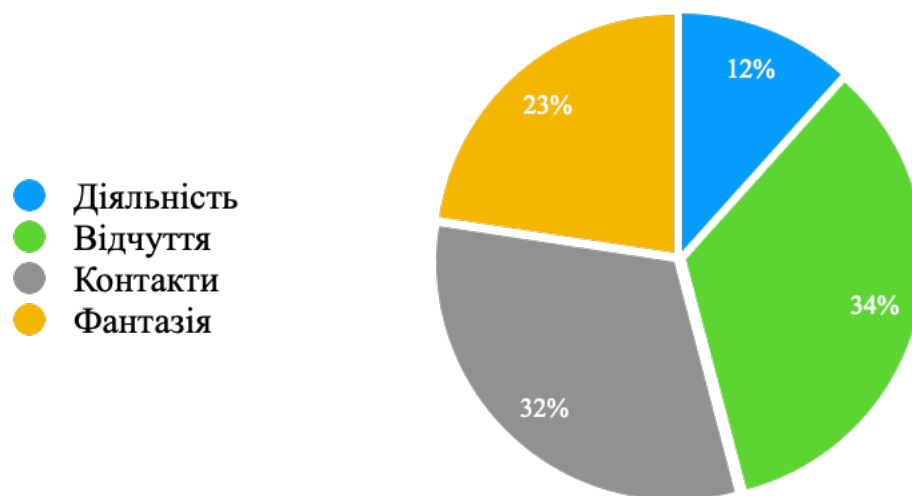


Рис.3.10. Розподіл частоти сфер за балансною моделлю Пезешкіана

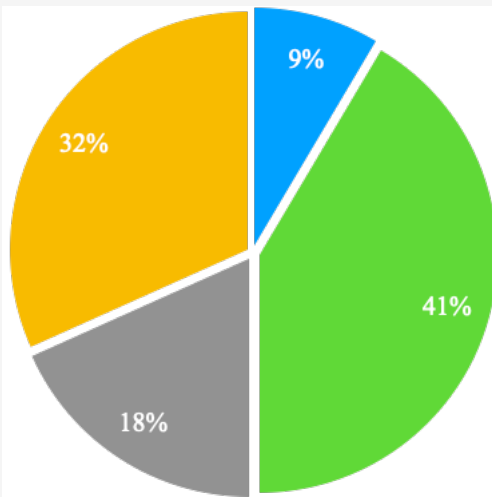


Рис.3.11. Розподіл частоти сфер за балансною моделлю Пезешкіана у чоловіків

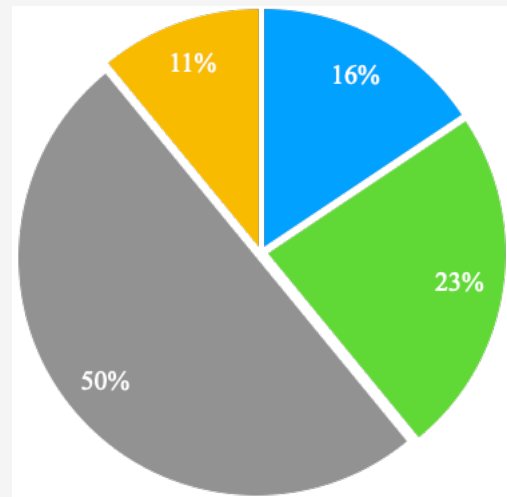


Рис.3.11. Розподіл частоти сфер за балансною моделлю у жінок

У досліджуваній вибірці виявлено відмінності у групах чоловіків та жінок за кожною з виділених Пезешкіаном сфер. Опираючись на ці дані можна припустити, що існують суттєві психологічні відмінності на шляху формування та подальшого проживання маячного досвіду пацієнтами. Дослідити такі відмінності можна лише шляхом прямої взаємодії, наприклад в психотерапевтичному процесі.

Значимі статистичні відмінності виявлено при порівнянні локалізації внутрішнього конфлікту ($p=0,00$) у групах чоловіків та жінок.

3.3. Аналіз наявності супутніх та коморбідних станів

В процесі вивчення архівних медичних записів було висунуто додаткові гіпотези. Зібравши додаткові анамнестичні відомості такі як наявність розладів сприйняття; суїцидальні спроби чи наміри, самопошкоджуюча поведінка; розлади харчової поведінки; перебування закордоном напередодні епізоду госпіталізації та звернення за допомогою до священників, екстрасенсів,

знахарів та ін. ми провели порівняльний аналіз досліджуваних поділивши їх на групу з наявністю та відсутністю ознаки.

Таблиця 3.5

Додаткові дані

Категорія	Приклад з історії хвороби
Розлади сприйняття	<i>«голоси приходять постійно, коли нікого нема вдома, вони є в кухні, гаражі і коридорі»; «періодично має озаріння, бачить різні біблійні сцени»</i>
Суїцидальні тенденції	<i>«з метою суїциду випила 40 таблеток еглонілу»; «пацієнт стверджує, що жінка довела його до такого стану і він не бачив як жити далі»; «намагався вчинити самогубство аргументуючи це тим, що «голос» сказав повіситись»</i>
РХП	<i>«останнім часом різко знизився апетит, відмічалось зменшення маси тіла на 10-12 кг»; «специфіку харчування в домашніх умовах пояснює тим, що акумулює енергію через піст»</i>
Праця закордоном	<i>«оточуючі помітили зміни в поведінці пацієнта півроку тому після його останнього повернення з Москви»; «звернулася в еміграційну службу з проханням легалізувати її перебування в Америці, коли отримала відмову, з'явилася думка, що є організація, яка не дає їй всього добитися»; «літом поїхав до Польщі, звідки телефонував до брата серед ночі, говорив, що всі жінки чарують»</i>

Додаткові дані

Звернення до нетрадиційної медицини	<i>«у пацієнтки були вузли на щитоподібній залозі , які вилікували нетрадиційною медициною»; «ходила на прийом до екстрасенсів»; «намагалась полегшити свій стан за допомогою відвідування церкви та екстрасенсів»</i>
-------------------------------------	--

Виявлено, що 13% досліджуваних напередодні першого епізоду маячення працювали закордоном. Це дозволяє сформулювати додаткову гіпотезу про те, що тривале перебування в іншій країні може бути одним із провокуючим факторів у розвитку психозів. Для перевірки цієї гіпотези потрібно провести масштабне порівняльне дослідження із залученням контрольної групи пацієнтів, які працювали закордоном напередодні госпіталізації до психіатричного закладу охорони здоров'я однак не висловлювали маячних ідей.

У 16,4% досліджуваних в анамнезі описані суїцидальні тенденції. Отримані дані можуть свідчити про потребу в додаткій увазі та настороженості щодо психологічного стану осіб з маячними ідеями зі сторони їхнього оточення та медичних працівників.

У 8% випадків пацієнтів з маячними ідеями спостерігались розлади харчової поведінки. У частини пацієнтів вони відповідали змісту маячення, наприклад у випадку маячного переконання щодо отруєності їжі. Дослідження коморбідності маячення та розладів харчової поведінки може покращити якість надання медичної допомоги частині пацієнтів.

11% досліджуваних звертались за допомогою до представників нетрадиційної медицини за допомогою у покращенні свого психічного стану. В контексті результатів опитування 2007 року, яке було проведено серед 2,5 тисяч жителів США 31% американців вірять у існування «відьом» (Taylor, 2007). Отримання таких цифр дещо суперечить когнітивній теорії виникнення маячних ідей, яка пов'язує їх з механізмом когнітивних викривлень. Для

перевірки цієї гіпотези можна провести спільне дослідження з групою пацієнтів з маяченням та умовно психічно здорових осіб.

3.4. Дискусія результатів

На початку роботи було сформульовано гіпотезу про те, що у групі пацієнтів з ендogenous психічними розладами існує тенденція до переважання персекуторних маячних ідей. Дана гіпотеза підтвердилась - за результатами частотного аналізу рівень персекуторних маячних ідей найвищий і становить 44%. Отримані нами дані відповідають результатам інших досліджень в цій темі (Gutiérrez-Lobos et al., 2001; Cannon & Kramer 2012; Paolini et al., 2016).

Тенденція до переважання персекуторних маячних ідей спостерігається в обох групах - чоловіків та жінок. Відсоткова частка персекуторних маячних ідей у групі жінок вища і становить 50% на противагу 39% у групі чоловіків (рівень статистичної значущості $p=0,03$ за критерієм узгодженості Пірсона). Вищий рівень персекуторних маячних ідей у групі жінок також було виявлено австрійськими дослідниками (Gutiérrez-Lobos et al., 2001). Щодо інших відмінностей, то у групі чоловіків вища частота ідей зовнішнього контролю та особливого значення - по 17%. У жінок на другому місці за частотою ідеї меншовартості, гріховності та самозвинувачення - 14%, а на третьому ідеї грандіозності, особливого значення та винахідництва - 13%.

Варто також зазначити, що в нашій вибірці не було жодного випадку маячення ревнощів серед жінок, що можна пояснити невеликим розміром вибірки, а також статистичними даними інших досліджень, щодо вищого рівня маячення ревнощів серед чоловіків (Cannon & Kramer 2012). Для жінок ми також створили групу «інше», оскільки в 5% випадків не змогли віднести тему їхнього маячення до жодної з наявних категорій.

Відповідно до даних вибірки найчастіше суб'єктом маячення стають родичі пацієнтів (29%). Такий вибір суб'єктів серед близьких людей можна розглядати як підтвердження психоаналітичних теорій, які постулюють, що

пацієнти психотичного рівня мають порушення базової безпеки та типів прив'язаності. Дані дещо суперечать частоті опублікованій Jones et al. у ретроспективному дослідженні 2020 року відповідно до якого для найбільшого відсотку пацієнтів суб'єктом маячення були медичні працівники (16,3%). Отримані відмінності можна пояснити різницею надання допомоги у сфері ментального здоров'я, різним рівнем доступності та ступенем стигматизації. Щодо порівняння в межах вибірки, то у жінок частіше суб'єктом маячення були співробітники (16%) та медичні працівники (6%), а у чоловіків спеціальні організації (11%) та сусіди (11%). Такий вибір суб'єктів жінками узгоджується з тим, що вони найчастіше інтегрують свій маячний досвід через побутові обставини (38%). 75% жінок з вибірки перебуває у шлюбі, який може бути ґрунтом для побутових майнових та правових конфліктів інтересів. Чоловіки більше схильні до релігійної інтерпретації. І на відміну від жінок більшість з них проживає з батьками. Імовірно релігія може бути однією з прийнятих копінг-стратегій у родині. Пацієнти також часто пояснювали свій досвід через магічні впливи, однак враховуючи, що і в загальній популяції є високий рівень маячноподібних переконань (Pechey & Halligan, 2011) ці дані можна розглядати як аргумент на користь континуальної теорії розвитку психотичних симптомів.

Аналізуючи зміст маячних переживань з точки зору медичної моделі ми отримали незначні відмінності у групах чоловіків та жінок, які узгоджуються з попередніми даними про відсутність значних статевих відмінностей у перебігу психотичних станів. Однак виявлено значні відмінності при аналізі змістів маячних ідей через призму позитивної психотерапії з використанням балансної моделі особистості Пезешкіана. У жінок переважала локалізація внутрішньопсихічних конфліктів у сфері «Контакти» з показником 50%, в той час як у чоловіків аналогічний показник становив лише 18%. Враховуючи, що на відміну від чоловіків, більшість жінок з вибірки мали довготривалі романтичні стосунки, то локалізація конфлікту в даному випадку може мати обернений компенсаторний характер. Локалізація внутрішнього конфлікту у сфері «Фантазія» у групі жінок має частоту 11%, а у чоловіків є другою за

поширеністю з відсотковою часткою 32%. Це узгоджується з вищим рівнем маячних ідей грандіозності та особливого значення у групі чоловіків, а також вищим рівнем релігійної інтерпретації. У дослідженні статевих особливостей у пре-психотичних станах описано схожі відмінності у поведінці, коли чоловіки більше занурювались в себе, ставали підозріливими, знижувалась їхня емоційність, а жінки навпаки ставали експресивнішими, дивно поводитись та активно контактували з іншими (Rosen et al., 2020).

Додаткового вивчення потребують коморбідні стани, до прикладу суїцидальні тенденції, частота яких в проаналізованій вибірці становила 16,4%, що за даними інших досліджень є середньостатистичним показником (Freeman et al., 2019).

Також було виявлено, що 13% пацієнтів напередодні госпіталізації пов'язаної з маячною симптоматикою перебували закордоном. Ми не знайшли публікацій які б описували такий зв'язок, однак можна припустити, що еміграція в іншу країну значно змінює життя пацієнта і може призвести до дисбалансу, наприклад через відсутність звичних контактів та традицій.

Взаємозв'язок між маячними ідеями та розладами харчової поведінки логічно зрозумілий при маячних ідеях отруєння, однак у вибірці частота РХП була у 8% пацієнтів, що є значно більше за частоту цієї теми. Деякі дослідники відводять маяченню роль в розвитку розладів харчової поведінки, однак не має даних щодо оберненого впливу.

3.5. Обмеження та перспективи дослідження

Дослідження мало ретроспективний характер, а отже ми були обмежені даними, які вже наявні в медичних записах і не змогли включити іншу важливу інформацію.

Аналіз електронних медичних записів передбачає подвійну суб'єктивність - вибірковість в сприйнятті інформації лікуючого лікаря та дослідників.

Оскільки метою дослідження було вивчення змістів маячних ідей в широкому плані і ми прагнули охопити якомога більше випадків з наявним

маяченням то ми включали у вибірку пацієнтів з різними патологіями. Для виявлення відмінностей у групах чоловіків та жінок варто було б порівнювати маячні ідеї в межах однієї патології.

Для покращення якості дослідження в майбутньому необхідно включити елементи інтерв'ю та тестувань за стандартизованими методиками.

Висновки до третього розділу

Обидві гіпотези дослідження підтвердились. Отримані результати щодо частоти тем маячних ідей відповідають попереднім результатам досліджень. Виявленні відмінності у змісті маячних ідей у групах чоловіків та жінок мають неоднозначний характер в контексті попередніх досліджень та потребують додаткового вивчення.

Зі збільшенням числа вибірки можливо буде екстраполювати результати дослідження як загальнопопуляційні для України, а також проаналізувати культуральний аспект змісту маячення.

Ретроспективний характер дослідження зумовив певні обмеження у кількості доступної для аналізу інформації, однак враховуючи, що кількість кейсів відповідала схожим за дизайном закордонним публікаціям отримані результати можна приймати до уваги.

ВИСНОВКИ

Метою нашого емпіричного дослідження було вивчення змісту маячних ідей у групі пацієнтів з різними захворюваннями, які належать до ендогенних психічних розладів, а також порівняння їх не лише за темою, а й за суб'єктом маячення, інтерпретацією каузальності маячного досвіду та локалізацією внутрішнього конфлікту.

Проведено теоретичний аналіз наявних підходів до вивчення маячних ідей як особливого психічного феномену та динаміки їхнього розвитку.

Маячні ідеї є важливим симптомом багатьох ендогенних захворювань, однак діагностична оцінка маячення є складним завданням для фахівців через високий рівень суб'єктивності критеріїв. Для пацієнтів завжди важливим є зміст маячних переживань, а фахівці з ментального здоров'я, які часто обмежені в часі, схильні фокусуватись на формі.

Механізми та принципи формування маячення на сьогодні недостатньо вивчені. Існує кілька напрямків які теоретично пояснюють формування маячних ідей серед яких нейрофізіологічні, когнітивні, психодинамічні.

Для проведення емпіричного дослідження було використано методоконтент-аналізу 146 архівних медичних записів пацієнтів з ендогенними психічними захворюваннями.

За результатами емпіричного дослідження виявлено, що найчастіше у групі пацієнтів з ендогенними психічними розладами зустрічаються персекуторні маячні ідеї. Така частота відповідає опублікованим результатам закордонних досліджень (Gutiérrez-Lobos et al., 2001; Cannon & Kramer 2012; Paolini et al., 2016) та є першою отриманою у вітчизняній групі пацієнтів. Таким чином отримано підтвердження першої гіпотези щодо тенденції до переважання персекуторних маячних ідей у групі пацієнтів з ендогенними психічними розладами.

Під час аналізу змісту маячних ідей за темою, суб'єктом маячення, інтерпретацією каузальності маячного досвіду та локалізацією внутрішнього конфлікту було виявлено відмінності у групах чоловіків та жінок. Відповідно

до даних вибірки найчастіше суб'єктом маячення стають родичі пацієнтів. Щодо відмінностей, то у жінок частіше суб'єктом маячення були співробітники та медичні працівники, а у чоловіків спеціальні організації та сусіди. Інтерпретуючи каузальність свого маячного досвіду жінки частіше називали побутові причини, а чоловіки релігійні.

Статистично значущі відмінності було виявлено при порівнянні локалізації сфери внутрішнього конфлікту за балансною моделлю Пезешкіана для якого рівень значущості p був меншим за 0,01. У групі жінок з ендогенними психічними розладами внутрішній конфлікт найчастіше був локалізований у сфері контактів та відчуттів. У групі чоловіків найвищі показники у сфері відчуттів та фантазії.

Виявлені відмінності потребують детальнішого вивчення, оскільки доступна для інтерпретації інформація була обмежена зібраними лікарем даними. Покращити об'єктивність дослідження може використання стандартизованих інтерв'ю, тестів та динамічне психотерапевтичне спостереження.

Медична модель передбачає звуження та стандартизацію підходу до вивчення психічних феноменів, зокрема маячних ідей, що виправдано часовими та фінансовими ресурсами. Така модель однак не виключає можливості застосування гуманістичних напрямків психотерапії у роботі з даною групою пацієнтів. Статистично незначущі відмінності для популяції - можуть мати ключове індивідуальне значення для окремої особи. Вивчення внутрішньо психічних конфліктів, а не лише покращення тестування реальності може бути амбітною ціллю в психотерапії пацієнтів психотичного спектру, зокрема таких з маячними ідеями.

СПИСОК ВИКОРИСТАНИХ ДЖЕРЕЛ

1. Aschebrock, Yasmin, et al.(2003) Is the Content of Delusions and Hallucinations Important? *Australasian Psychiatry*, (3)
2. Beavan, Vanessa, i John Read.(2010) Hearing Voices and Listening to What They Say: The Importance of Voice Content in Understanding and Working With Distressing Voices» *Journal of Nervous & Mental Disease*, (3)
3. Bräunig P, Sarkar R, Effenberger S, Schoofs N, Krüger S. (2009) Gender Differences in Psychotic Bipolar Mania, *Gender Medicine*, (2)
4. Campbell, Megan M., et al.(2017) The Content of Delusions in a Sample of South African Xhosa People with Schizophrenia. *BMC Psychiatry*, (1)
5. Carlos González, Jose, et al. (2008) Gender Differences in auditory hallucinations in schizophrenia, *Schizophrenia Research*, (3)
6. Catone, Gennaro, et al.(2015) Continuity between Stressful Experiences and Delusion Content in Adolescents with Psychotic Disorders – A Pilot Study. *Scandinavian Journal of Child and Adolescent Psychiatry and Psychology*, (1)
7. Cannon BJ, Kramer LM.(2012) Delusion content across the 20th century in an American psychiatric hospital. *International Journal of Social Psychiatry*. 58(3)
8. Chaudhury, Suprakash, i Chandra Kiran. (2009) Understanding Delusions». *Industrial Psychiatry Journal*, (1)
9. Understanding Delusions (2009). *Industrial Psychiatry Journal*, (1)
- 10.Cheung, Peter, et al. (1997) Violence in Schizophrenia: Role of Hallucinations and Delusions. *Schizophrenia Research*, (3)
- 11.Cunningham, Mark D. (2018) «Differentiating Delusional Disorder from the Radicalization of Extreme Beliefs: A 17-Factor Model.» *Journal of Threat Assessment and Management*, (3)
- 12.Cutting, John.(1990) The right cerebral hemisphere and psychiatric disorders. *Oxford University Press*.
- 13.Debnath, Monojit, et al. (2006) Genetic Associations between Delusional Disorder and Paranoid Schizophrenia: A Novel Etiologic Approach. *The Canadian Journal of Psychiatry*, (6)

14. D'Onofrio, Grazia, et al. (2019) Hydroxytryptamine Transporter Gene-Linked Polymorphic Region (5HTTLPR) Is Associated with Delusions in Alzheimer's Disease, *Translational Neurodegeneration*, (1)
15. Dudley, Robert, et al., (2016) «Psychosis, Delusions and the “Jumping to Conclusions” Reasoning Bias: A Systematic Review and Meta-Analysis». *Schizophrenia Bulletin*, (3)
16. He, H., Wu, H., Yang, L., Gao, F., Fan, Y., Feng, J., & Ma, X. (2016). Associations between dopamine D2 receptor gene polymorphisms and schizophrenia risk: a PRISMA compliant meta-analysis. *Neuropsychiatric disease and treatment*, (12)
17. Farre, Albert, i Tim Rapley. (2017) The New Old (and Old New) Medical Model: Four Decades Navigating the Biomedical and Psychosocial Understandings of Health and Illness». *Healthcare*, (4)
18. Feeney, Erin J., et al. (2017) Explaining Delusions: Reducing Uncertainty Through Basic and Computational Neuroscience,. *Schizophrenia Bulletin*, 43(2)
19. Freeman D, Bold E, Chadwick E, Taylor KM, Collett N, Diamond R, Černis E, Bird JC, Isham L, Forkert A, Carr L, Causier C, Waite F. (2019) Suicidal ideation and behaviour in patients with persecutory delusions: Prevalence, symptom associations, and psychological correlates. *Compr Psychiatry*.
20. Freud, S. (1989). *The ego and the id*. WW Norton & Company.
21. Garety, P. A., i D. Freeman. (2013) The Past and Future of Delusions Research: From the Inexplicable to the Treatable,. *The British Journal of Psychiatry* (5)
22. Geekie, Jim, i John Read. (2009) Making sense of madness: contesting the meaning of schizophrenia. *Routledge*.
23. González-Rodríguez, Alexandre, i Mary V. Seeman. (2020) Addressing Delusions in Women and Men with Delusional Disorder: Key Points for Clinical Management. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, (12)
24. Gutiérrez-Lobos, Karin, et al. (2001) Delusions in First-Admitted Patients: Gender, Themes and Diagnoses. *Psychopathology*, (1)

25. (2001) Delusions in First-Admitted Patients: Gender, Themes and Diagnoses. *Psychopathology*, (1)
26. Häfner, Heinz. (2015) Descriptive Psychopathology, Phenomenology, and the Legacy of Karl Jaspers, *Dialogues in Clinical Neuroscience*, (1)
27. Heilskov, Søren Esben Rytter, et al. (2020) Delusions in the General Population: A Systematic Review with Emphasis on Methodology, *Schizophrenia Research*, (216)
28. Hoff, Paul. (2015) The Kraepelinian Tradition, *Dialogues in Clinical Neuroscience*, 17(1)
29. Immanuel Kant. (1998). *Kritik der reinen Vernunft*. Akademie Verlag.
30. Ismail, Zahinoor, et al. (2012) Neuroimaging of Delusions in Alzheimer's Disease,. *Psychiatry Research: Neuroimaging*, (2)
31. Jablensky, Assen. (2016) Psychiatric Classifications: Validity and Utility. *World Psychiatry*, 26–31(1)
32. Jaspers, K. General psychopathology. (Hoenig, J, Hamilton, MW, trans.) Manchester: Manchester University Press, 1963
33. Jones, Amy, et al. (2021) A Retrospective Case Study of the Thematic Content of Psychotic Experiences in a First Episode Psychosis Population,. *Journal of Mental Health*, (4)
34. John Cookson, A brief history of psychiatry, Editor(s): Pádraig Wright, Julian Stern, Michael Phelan, Core Psychiatry (Third Edition), W.B. Saunders, 2012, Pages 3-11
35. Jung, C. G. (2020). On the nature of the psyche. In *On the Nature of the Psyche*. Princeton University Press.
36. Jung, C. G. (1964). Approaching the unconscious. *Man and his symbols*, 1-94.
37. Kertesz, Andrew, et al. (2013) Psychosis and Hallucinations in Frontotemporal Dementia with the C9ORF72 Mutation: A Detailed Clinical Cohort, *Cognitive and Behavioral Neurology*, (3)

38. Leung M.D., Dr. Alice, i Dr. Pierre Chue M. R. C. Psych.(2000) Sex Differences in Schizophrenia, a Review of the Literature,. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, (401)
39. McCarthy-Jones, Simon, et al. (2015) Hearing the Unheard: An Interdisciplinary, Mixed Methodology Study of Women's Experiences of Hearing Voices (Auditory Verbal Hallucinations), *Frontiers in Psychiatry*, (6)
40. McKenna, P. J. (1984) Disorders with Overvalued Ideas, *British Journal of Psychiatry*, (6).
41. Meier-Seethaler, Carola.(1982) «The Child.: Erich Neumann's Contribution to the Psychopathology of Child Development». *Journal of Analytical Psychology*, (4)
42. Messas, Guilherme, et al. (2018) New Perspectives in Phenomenological Psychopathology: Its Use in Psychiatric Treatment, *Frontiers in Psychiatry*,(9)
43. Mitropoulos, George B., et al.(2015) Psychosis and Societal Prescriptions of Gender; a Study of 174 Inpatients, *Psychosis*, (4)
44. Mohr, Sylvia, et al.(2010) Delusions with Religious Content in Patients with Psychosis: How They Interact with Spiritual Coping, *Psychiatry: Interpersonal and Biological Processes*, (2)
45. Murray, G. K. (2011) The Emerging Biology of Delusions, *Psychological Medicine*,(1)
46. Owen, M. J., et al. (2007) The Genetic Deconstruction of Psychosis,. *Schizophrenia Bulletin*, (4)
47. Paolini, Enrico, et al. (2016) Delusions in First-Episode Psychosis: Principal Component Analysis of Twelve Types of Delusions and Demographic and Clinical Correlates of Resulting Domains, *Psychiatry Research*, (243)
48. Pechey, Rachel, i Peter Halligan. (2011) The Prevalence of Delusion-Like Beliefs Relative to Sociocultural Beliefs in the General Population, *Psychopathology*, (2)
49. Picardi, Angelo, et al. (2018) Delusional Themes Across Affective and Non-Affective Psychoses,. *Frontiers in Psychiatry*, (9)

50. Read, John, et al (2018). Do Adult Mental Health Services Identify Child Abuse and Neglect? A Systematic Review, *International Journal of Mental Health Nursing*, (1),
51. Riecher-Rössler, A.(2016) Sex and Gender Differences in Schizophrenic Psychoses, *European Psychiatry*, (S1)
52. Rosen, M., Haidl, T.K., Ruhrmann, S. *et al.* (2020) Sex differences in symptomatology of psychosis-risk patients and in prediction of psychosis. *Arch Womens Ment Health* (23)
53. Rössler, V., et al. (2016) «Wahn und Geschlecht bei paranoider Schizophrenie: Befunde aus einer klinischen Stichprobe». *Fortschritte der Neurologie · Psychiatrie*, (11)
54. Rössler, Wulf, et al. (2012) Sex Differences in Sub-Clinical Psychosis—Results from a Community Study over 30years, *Schizophrenia Research*, (1–3)
55. Schneider, Kurt.(1980). *Klinische Psychopathologie*. 12., Unveränd. Aufl, Thieme.
56. Schultze-Lutter, Frauke, et al. (2018) Psychopathology—a Precision Tool in Need of Re-sharpening,. *Frontiers in Psychiatry*, (9)
57. Sedler, M. J. (1995) Understanding Delusions, *The Psychiatric Clinics of North America*, (2)
58. Sieradzka, Dominika, et al. (2014) Are Genetic Risk Factors for Psychosis Also Associated with Dimension-Specific Psychotic Experiences in Adolescence?, *PloS One*, (4)
59. Sims, Andrew. (2006) Symptoms in the Mind: An Introduction to Descriptive Psychopathology. *Saunders*
60. Škodlar, B., et al. (2008) Psychopathology of Schizophrenia in Ljubljana (Slovenia) From 1881 To 2000: Changes in the Content of Delusions in Schizophrenia Patients Related To Various Sociopolitical, Technical and Scientific Changes,. *International Journal of Social Psychiatry*, (2)
61. Smeets, Feikje, et al. (2015) Evidence That Environmental and Genetic Risks for Psychotic Disorder May Operate by Impacting on Connections Between

- Core Symptoms of Perceptual Alteration and Delusional Ideation,. *Schizophrenia Bulletin*, (3)
- 62.Snowden, Julie S., et al.(2012) Distinct Clinical and Pathological Characteristics of Frontotemporal Dementia Associated with C9ORF72 Mutations,. *Brain: A Journal of Neurology*, (Pt 3)
- 63.Stompe, T., et al. (2003) Old Wine in New Bottles?, *Psychopathology*, (1)
- 64.Rudden, Sweeney, Frances, Gilmore (1983) A Comparison of Delusional Disorders in Women and Men. *American Journal of Psychiatry*, 140 (12)
- 65.Toh, Wei Lin, Neil Thomas, i Susan L. Rossell. (2015) Auditory Verbal Hallucinations in Bipolar Disorder (BD) and Major Depressive Disorder (MDD): A Systematic Review,. *Journal of Affective Disorders*, (184)
- 66.Toh, Wei Lin, Neil Thomas, i Susan Lee Rossell.(2021) Sex Differences in the Phenomenology of Auditory Hallucinations and Delusions in a Transdiagnostic Psychosis Cohort,. *Asian Journal of Psychiatry*, (55)
- 67.Turner, Martha, i Max Coltheart. (2010) Confabulation and Delusion: A Common Monitoring Framework,. *Cognitive Neuropsychiatry*, (1–3)
- 68.Tversky, Amos, i Daniel Kahneman.(1974) Judgment under Uncertainty: Heuristics and Biases: Biases in Judgments Reveal Some Heuristics of Thinking under Uncertainty, *Science*, (4157).
- 69.Zangrilli, Alessia, et al.(2014) How Do Psychiatrists Address Delusions in First Meetings in Acute Care? A Qualitative Study, *BMC Psychiatry*, (1)
- 70.Костенко Н., Іванов В.(2003) *Досвід контент-аналізу: Моделі та практики.*– К.: Центр вільної преси.
- 71.Пезешкиан Н. (2006) *Психосоматика и позитивная психотерапия.* М. : Институт позитивной психотерапии,. 464 с.

ДОДАТКИ

Таблиця А.1

Частотний розподіл теми маячення

	Гр ан ді оз но сті	Зо вн ко нт р	Пе рс ек ут ор ні	Гріх овн ості	Ві за гге	Ре вн о щі в	Дві йни ків	Сом ати чні	Ін ш е	Су ма рн о
Жі н	7	2	3 2	9	2	0	4	4	3	6 3
Чо л	1 4	1 4	3 2	8	4	4	4	2	0	8 2
За га ло м	2 1	1 6	6 4	17	6	4	8	6	3	1 4 5

Таблиця А.2

Критерій узгодженості Пірсона за темою

	Chi-square	df	p
Pearson Chi-square	17,54	df=8	p=,025
M-L Chi-square	21,13	df=8	p=,007

Таблиця А.3

Критерій узгодженості Пірсона за суб'єктом

	Chi-square	df	p
Pearson Chi-square	17,7	df=7	p=,01
M-L Chi-square	19,1	df=7	p=,009

Таблиця А.4

Частотний розподіл за інтерпретацію маячення

	Релігія	Магія	Техніка	Побут	Інше	Row - Totals
Жін	8	14	9	24	8	63
Чол	26	19	14	18	5	82
Totals	34	33	23	42	13	145

Таблиця А.5

Критерій узгодженості Пірсона за інтерпретацією

	Chi-square	df	p
Pearson Chi-square	10,61	df=4	p=,03
M-L Chi-square	10,95	df=4	p=,027

Таблиця А.6

Критерій узгодженості Пірсона за сферою конфлікту

	Chi-square	df	p
Pearson Chi-square	24,53	df=4	p=,00006
M-L Chi-square	25,58	df=4	p=,00004

Таблиця А.7

Частотний розподіл за сферою конфлікту

	Діяльні сть	Відч уття	Конт акти	Фант азії	ВАН - Інше	Row - Totals
Жі н	9	15	32	7	0	63
Чо л	7	34	14	26	1	82
To tal s	16	49	46	33	1	145