

*М. В. Маркова, М. О. Дрюченко*

## КОМПЛЕКСНА МОДЕЛЬ МАТЕРИНСЬКО-ДИТЯЧОЇ ВЗАЄМОДІЇ В РОДИНАХ ЖІНОК, ХВОРИХ НА ПАРАНОЇДНУ ШИЗОФРЕНІЮ: ЧИННИКИ ПРЕДИКЦІЇ, ПРЕВЕНЦІЇ ТА ПРОГНОЗУ ЇЇ ДЕФОРМАЦІЇ

*М. V. Markova, M. O. Driuchenko*

### COMPLEX MODEL OF MOTHER-CHILD INTERACTION IN FAMILIES OF WOMEN SICK OF PARANOID SCHIZOPHRENIA: FACTORS OF PREDICTION, PREVENTION AND FORECAST OF ITS DEFORMATION

**Ключові слова:** параноїдна шизофренія, материнсько-дитяча взаємодія, прогноз

**Key words:** paranoid schizophrenia, mother-child interaction, prognosis

З метою розробки комплексної моделі материнсько-дитячої взаємодії (МДВ) в родинах жінок, хворих на параноїдну шизофренію (ПШ), обстежено 100 сімей хворих та 50 сімей психічно здорових жінок (жінка, чоловік, дитина).

За допомогою ідентифікації та аналізу чинників предикції і превенції деформації МДВ визначені варіанти прогнозу за кожним чинником.

Виявлені суттєві порушення МДВ та сімейного функціонування у родинах, де мати хворіє на ПШ. Виокремлено сім основних груп чинників (кластерів), що визначають актуальний стан МДВ: 1) клініко-психопатологічний статус жінки; 2) психоемоційний статус чоловіка; 3) психосоціальне функціонування жінки і чоловіка; 4) психологічний стан дитини; 5) дитячо-батьківські стосунки; 6) подружні взаємини; 7) сімейне функціонування. Серед кожної групи виокремлено чинники предикції та превенції деформації МДВ. Також обчислені кількісні показники, що становлять зміст кожного кластера, за якими можна визначити прогноз МДВ в кожній конкретній сім'ї та ситуації.

Виявлені закономірності надали змогу обґрунтувати та розробити комплексну систему психокорекції порушень МДВ в родинах, де мати хворіє на ПШ.

In order to develop a complex model of mother-child interaction (MCI) in the families of women with paranoid schizophrenia (PS) 100 families of patients and 50 families of mentally healthy women were examined (woman, man, child).

With the help of identification of the family type and analysis of the factors of prediction and prevention of deformation MCI, the prognosis options for each factor are determined.

Significant violations of mental health and family functioning were found in families where the mother suffers from PS. Seven main groups of factors (clusters) that determine the current state of MCI were identified: 1) clinical and psychopathological status of a woman; 2) psychoemotional status of the husband; 3) psychosocial functioning of women and men; 4) psychological state of the child; 5) child-parent relationship; 6) marital relations; 7) family functioning. Factors of prediction and prevention of MCI deformation were identified among each group. Quantitative indicators, which make up the content of each cluster, were also calculated, which can be used to determine the prognosis of the MCI in each specific family and situation.

The identified regularities made it possible to substantiate and develop a complex system of psychocorrection of mental disorders in families where the mother is ill with PS.

Параноїдна шизофренія (ПШ) являє собою одну з найактуальніших проблем нейронаук: її поширеність становить від 0,3 до 2,0 %, а близько 90 % хворих є особи віком від 15 до 55 років. Прямі економічні витрати, пов'язані з нею, становлять 0,2—0,25 % валового внутрішнього продукту, непрямі оцінюють щонайменше втричі більшими [1—3].

Наявна у жінки параноїдна шизофренія кардинально спотворює виконання нею подружніх та материнських функцій та змінює функціонування сімейної системи. Функціонування сімей, у яких жінка хворіє на ПШ, характеризується суттєвими порушеннями. Важке психічне захворювання з вираженими розладами мислення, емоцій, вольовим дефектом, критичним зниженням енергетичного потенціалу, важкою соціальною дезадаптацією неминуче відбивається на стані сімейного функціонування, спричиняючи патологізацію внутрішньосімейних взаємин та пато-

логічно відбивається на стані психічного здоров'я й психологічного благополуччя членів сім'ї пацієнток, серед яких найбільш ураженим контингентом є діти психічнохворої людини [4—10].

Важке психічне захворювання у матері, яким є ПШ, справляє потужний вплив на психоемоційну сферу дитини. Широкий спектр психопатологічних проявів, якими супроводжується розвиток шизофренічного процесу, зумовлює порушення нормальної материнсько-дитячої взаємодії зі спотворенням реалізації ключових материнських функцій: формування системи прив'язаності дитини та формування в неї базового відчуття безпеки [11—13].

Крім того, незважаючи на наявний інтерес з боку як вітчизняних, так і закордонних фахівців до питання стану родичів психічнохворої людини, дослідження здебільшого спрямовані на вивчення дружин або матерів чоловіків, хворих на ПШ, попри те, що ПШ з однаковою імовірністю виникає як у чоловіків, так і у жінок [14—16].

Отже, порушення сімейної взаємодії через викривлення мікросоціальної комунікації та реалізації ключових особистісних функцій внаслідок глибоких емоційних та когнітивних порушень при ПШ у жінки є однією з найбільш складних і багатофакторних проблем сучасної медичної психології та психіатрії. Сімейне функціонування та материнство є найважливішими аспектами життя жінки, і саме ці сфери найбільшою мірою вражає шизофренічний процес. Водночас особливості батьківсько-дитячої взаємодії та сімейного функціонування в родинях жінок, хворих на ПШ, їх зв'язок з психопатологічною феноменологією, насамперед порушеннями емоційної та вольової сфери, питання їх комплексного аналізу та оцінки потребують розробки з позицій біопсихосоціальної парадигми сучасної психіатрії.

Мета дослідження — розроблення комплексної моделі материнсько-дитячої взаємодії (МДВ) в родинях жінок, хворих на ПШ, на ґрунті ідентифікації та аналізу чинників предикції, превенції та прогнозу її деформації.

На базі психіатричного відділення Закарпатського обласного наркологічного диспансеру обстежено 100 жінок, хворих на ПШ, їхніх чоловіків та 112 їхніх дітей (основна група). Жінки були віком від 25 до 40 років (середній вік —  $31,6 \pm 3,1$  років), тривалість захворювання становила від 2 до 15 років (середня тривалість —  $8,0 \pm 3,3$  роки). Різниця між віком чоловіків та дружин, в середньому, не перевищувала сім років (середній вік чоловіків —  $35,9 \pm 4,8$  років). Вік дітей становив від 3 до 14 років (середній вік —  $8,0 \pm 3,0$  роки), серед них було 65 дівчаток і 47 хлопчиків. Як групу порівняння обстежено 50 звичайних сімей (середній вік здорових жінок —  $32,6 \pm 3,8$  років, їхніх чоловіків —  $35,7 \pm 3,9$  років, дітей —  $8,5 \pm 4,0$  роки).

Жінки обстежені за допомогою клініко-психопатологічного методу, доповненого використанням кваліфікаційної шкали оцінки вираженості позитивних, негативних і загальних психопатологічних синдромів PANSS (The Positive and Negative Syndrome Scale) та психіатричної шкали інвалідності WHO/DAS (Disability assessment Scale) [7]. Психологічний стан дітей та їх сприйняття материнсько-дитячих стосунків оцінювали за допомогою проєктивної методики «Кінетичний малюнок родини» Р. Бенса і С. Кауфмана.

Психоемоційну сферу чоловіків оцінювали з використанням таких психодіагностичних інструментів: методики диференціальної діагностики депресивних станів В. Зунге, шкали самооцінки рівнів особистісної та реактивної тривожності Ч. Д. Спілбергера — Ю. Л. Ханіна й методики самооцінки самопочуття, активності, настрою (тест САН). Якість життя чоловіків оцінювали з використанням опитувальника якості життя, розробленого Mezzich, Cohen, Ruiperez, Liu & Yoon.

Для встановлення специфіки сімейних стосунків та емоційних відносин в обстежених родинях використовували шкалу структурованого інтерв'ю для ідентифікації типу родини, розроблену В. А. Абрамовим зі співавт., 2009, опитувальник «Тип ставлення родини

до терапії психотропними препаратами» та шкалу любові і симпатії З. Рубіна в модифікації Л. Я. Гозмана, К. Є. Альшиної, 1985.

Для оцінки стану подружнього й батьківсько-дитячого рівнів сімейної взаємодії використано методику вивчення батьківських установок (Parental Attitude Research Instrument — PARI). Методика PARI містить 23 шкали, 8 з яких описують ставлення до сімейної ролі, тоді як 15 — власне взаємини між батьками та дитиною. Типи сімейного виховання визначали відповідно до класифікації А. Є. Лічка.

Статистична обробка даних дослідження включала розвідувальний статистичний аналіз з метою визначення характеру розподілу ознак (тести Шапіро — Уїлка, Колмогорова — Смирнова, Лілієфорса) та формування описової статистики з використанням модуля Descriptive Statistics прикладного пакета програм Statistica for Windows. Release 6.0.

У процесі досліджування виявлені суттєві порушення МДВ та сімейного функціонування у родинях, де мати страждає на ПШ. Встановлено, що важкість та структура психотичної симптоматики шизофренії у матері визначають особливості психологічного стану дитини та викривлення її сприйняття сімейної ситуації та батьківсько-дитячих стосунків. У разі переважання в структурі ПШ у матері продуктивної симптоматики у дітей спостерігається емоційна лабільність, дратівливість, підвищена тривожність, боязкість, плаксивість. У разі переважання у клініці негативної симптоматики — утруднення у налагодженні неформальних контактів, емоційна холодність, знижений настрій, апатія і неадекватність емоційних реакцій.

Доведено, що на стан дитячо-батьківських стосунків в родинях, де мати хворіє на ПШ, негативний відбиток накладає зниження рівня соціального функціонування хворої, насамперед у сферах самообслуговування, інтересів, участі у сімейних справах, шлюбної, статевої і батьківської ролей.

Вагомий негативний вплив на стан дитячо-батьківських стосунків має деструктивний або драматизуючий тип ставлення родичів до хвороби матері та неконструктивне ставлення членів сім'ї і самої хворої до антипсихотичної терапії, що загалом формує низький рівень ресурсу сімейної підтримки.

У чоловіків, жінки яких хворіють на ПШ, виявлено виразні зміни психоемоційної сфери, асоційовані з важкістю психотичної симптоматики у їхніх дружин. Основу психоемоційних змін становлять депресивні та тривожно-депресивні розлади невротичного рівня, які розвиваються на тлі виражених астенізації, емоційної лабільності та вегетосоматичних порушень. Їм властиве зниження якості життя за усіма ключовими сферами, з найбільшим ураженням психологічного (емоційного) благополуччя, самообслуговування та незалежності у діях, працездатності, міжособистісної взаємодії, соціоемоційної підтримки та самореалізації.

Оцінка дитиною сімейної ситуації в родинях, де мати хворіє на ПШ, відображає розуміння дитиною «інакшості» матері, її підсвідоме ігнорування, про що свідчить невідображення реального складу

сім'ї у малюнках, відсутність на малюнках хворої матері, зображення хворої матері на периферії малюнку, часто за реальним чи умовним бар'єром, а також зображення «віртуальних» матерів, брак відображення спільної діяльності членів сім'ї, переважання на малюнках не людей, а речей, надмірно маленькі зображення себе та членів сім'ї, зазвичай, у нижній частині аркуша. Це свідчить про виражений емоційний дискомфорт, почуття самотності, депресивний настрій, високу тривожність, брак відчуття єднання з родиною, наявне почуття відторгненості, почуття неповноцінності у дитини, незадоволену афіліативну потребу.

Специфіка сімейної взаємодії в родинах, де жінка хворіє на ПШ, визначається суттєвими порушеннями на її подружньому та дитячо-батьківському рівнях.

Специфічними проявами патологічних змін сімейної взаємодії в умовах захворювання жінки на пара-

ноїдну шизофренію є переважання дисгармонійних та патологічних типів родинних стосунків: емоційно-відчуженого (65,0 %), напружено-дисоціативного (20,0 %), симбіотичного (9,0 %), псевдосолідарного (3,0 %) та гіперпротективного (2,0 %), зниження почуттів любові та симпатії до дружин у їхніх чоловіків, а також загальне зниження рівня емоційних взаємин у подружній парі.

В механізмах формування батьківсько-дитячої взаємодії виокремлено сім основних груп чинників, що визначають актуальний стан МДВ, які мають предиктивний або превентивний вплив на її деформацію (таблиця): 1) клініко-психопатологічний статус жінки; 2) психоемоційний статус чоловіка; 3) психосоціальне функціонування жінки і чоловіка; 4) психологічний стан дитини; 5) дитячо-батьківські стосунки; 6) подружні взаємини; 7) сімейне функціонування.

Змістовна та прогностна характеристика чинників, що формують стан материнсько-дитячої взаємодії в родинах, де мати хворіє на ПШ

| Чинники   | Предиктори деформації МДВ  | Превентори деформації МДВ  |
|---|--|--|
| 1. Клініко-психопатологічний статус жінки         | <p><b>Клінічно несприятливий перебіг захворювання:</b><br/>                     — нестійкі короткочасні ремісії, тривалі періоди екзацербачії, низький клінічний ефект антипсихотичної терапії;<br/>                     — важкість психопатологічної симптоматики: високий загальний показник, психотичні рівні показників продуктивної симптоматики (маячення, галюцинацій, збудження), негативної симптоматики (пригупленого афекту, пасивно-апатичної соціальної відгородженості), загальної симптоматики (депресії, тривоги, активної соціальної відстороненості)</p> | <p><b>Клінічно сприятливий перебіг захворювання:</b><br/>                     — тривалі і стійкі ремісії, адекватна реакція на антипсихотичну терапію, висока ефективність лікування на позагоспітальному етапі, висока чутливість до біологічної (нейролептичної) терапії;<br/>                     — низькі показники виразності (непсихотичного рівня) продуктивної, негативної та загальної симптоматики шизофренії;<br/>                     — брак вираженого шизофренічного дефекту особистості</p> |
|   | <b>Прогноз (за балами шкали PANSS)</b>   |  |
|   | сприятливий: < 102<br>ймовірно сприятливий: 102—106  | ймовірно несприятливий: 107—113<br>несприятливий: > 113  |
| 2. Психоемоційний стан чоловіка                   | <p><b>Наявність ознак розладів адаптації, депресивних або тривожно-депресивних проявів, невротизації:</b><br/>                     — клінічна симптоматика депресивних або тривожних розладів;<br/>                     — високі показники за шкалами депресії і тривоги</p>   | <p><b>Немає або незначна виразність депресивних і тривожно-депресивних проявів та ознак невротизації:</b><br/>                     — брак клінічної депресивної та тривожної симптоматики;<br/>                     — низькі та помірні показники за шкалами депресії і тривоги</p>  |
|   | <b>Прогноз (за балами шкали реактивної тривожності Ч. Д. Спілбергера — Ю. Л. Ханіна)</b>   |  |
|   | сприятливий: < 35;<br>ймовірно сприятливий: 35—42  | ймовірно несприятливий: 42—49;<br>несприятливий: > 49  |
| 3. Психосоціальне функціонування жінки і чоловіка | <p><b>Неконструктивні та дисфункціональні варіанти ставлення до захворювання та лікування, недостатня підтримка з боку сім'ї:</b><br/>                     — драматизуючий або негативний типи ставлення сім'ї до ПШ;<br/>                     — неконструктивні варіанти ставлення родичів до лікування;<br/>                     — низький або обмежений рівень ресурсу сімейної підтримки</p>   | <p><b>Конструктивні та адаптивні варіанти ставлення до захворювання та лікування:</b><br/>                     — адекватний тип ставлення сім'ї до захворювання;<br/>                     — підтримуючий варіант ставлення родичів до лікування;<br/>                     — високий рівень ресурсу сімейної підтримки</p>  |
|   | <p><b>Погіршення соціального функціонування:</b><br/>                     — низький рівень якості життя;<br/>                     — високий рівень сімейної тривожності;<br/>                     — низькі показники соціальної підтримки сім'ї, друзів та значущих інших</p>  | <p><b>Задовільний рівень соціального функціонування:</b><br/>                     — високий рівень якості життя;<br/>                     — низький рівень сімейної тривожності;<br/>                     — високі показники соціальної підтримки сім'ї, друзів та значущих інших</p>  |
|   | <b>Прогноз (за балами шкали структурованого інтерв'ю для оцінки ресурсу сімейної підтримки пацієнта)</b>   |  |
| сприятливий: > 32<br>ймовірно сприятливий: 27—32  | ймовірно несприятливий: 20—26;<br>несприятливий: < 20  |  |

| Чинники   | Предиктори деформації МДВ  | Превентори деформації МДВ   |
|---|--|---|
| 4. Психологічний статус дитини та її оцінка сімейної ситуації | <b>Ознаки порушень психологічного статусу дитини:</b><br>— емоційний дискомфорт;<br>— почуття самотності;<br>— депресивний настрій;<br>— почуття неповноцінності;<br>— немає почуття єднання з родиною;<br>— почуття відторгненості;<br>— незадоволена афіліативна потреба | <b>Ознаки нормального психологічного статусу дитини:</b><br>— нормальний емоційний стан;<br>— контактність;<br>— самоповага і адекватне сприйняття себе і свого місця в родині;<br>— сприйняття єдності і цілісності родини;<br>— почуття захищеності |
|   | <b>Прогноз</b> (за балами шкали «Сприятлива сімейна ситуація» методики «Кінетичний малюнок сім'ї»)   |   |
|   | сприятливий: > 1,1<br>ймовірно сприятливий: 0,7—1,1  | ймовірно несприятливий: 0,4—0,6<br>несприятливий: < 0,4   |
| 5. Дитячо-батьківська взаємодія                               | <b>Ознаки порушень дитячо-батьківської взаємодії:</b><br>— конфліктність або усамітнення дитини;<br>— пригнічення дитини;<br>— недостатній рівень кооперативної взаємодії та поваги до дитини  | <b>Ознаки нормальної дитячо-батьківської взаємодії:</b><br>— кооперативність і взаєморозуміння в родині;<br>— немає пригнічення дитини;<br>— високий рівень поваги до дитини і її розвитку  |
|   | <b>Прогноз</b> (за інтегральним показником батьківсько-дитячої взаємодії за методикою PARI)  |   |
|   | сприятливий: > 29;<br>ймовірно сприятливий: 21—29  | ймовірно несприятливий: 12—20;<br>несприятливий: < 12   |
| 6. Подружня взаємодія   | <b>Ознаки порушень подружньої взаємодії:</b><br>— подружні конфлікти;<br>— неуважність чоловіка до дружини   | <b>Ознаки нормальної подружньої взаємодії:</b><br>— низька конфліктність;<br>— достатня увага чоловіка до дружини   |
|   | <b>Прогноз</b> (за інтегральним показником подружньої взаємодії за методикою PARI)   |   |
|   | сприятливий: < 22 балів;<br>ймовірно сприятливий: 22—31  | ймовірно несприятливий: 32—39;<br>несприятливий: > 39   |
| 7. Сімейна взаємодія  | <b>Ознаки системного порушення сімейної взаємодії:</b><br>— недостатнє взаєморозуміння і взаємопідтримка подружжя;<br>— неуважність до дитини, небажання враховувати її інтереси, нехтування і пригнічення її потреб   | <b>Ознаки гармонійної сімейної взаємодії:</b><br>— високий рівень взаєморозуміння і взаємопідтримки подружжя;<br>— достатній рівень уваги до дитини, повага до її інтересів, прагнення розвитку   |
|   | <b>Прогноз</b> (за інтегральним показником сімейної взаємодії за методикою PARI)   |   |
|   | сприятливий: > 48;<br>ймовірно сприятливий: 29—48  | ймовірно несприятливий: 13—28;<br>несприятливий: < 13   |

Зокрема, серед клініко-психопатологічного кластера чинниками, несприятливими щодо стану МДВ в родині, де мати хворіє на ПШ, виокремлено: 1) нестійкі короточасні ремісії, тривалі періоди екзацерації, низький клінічний ефект антипсихотичної терапії; 2) важкість психопатологічної симптоматики: високий загальний показник, психотичні рівні показників продуктивної симптоматики (маячення, галюцинацій, збудження), негативної симптоматики (притупленого афекту, пасивно-апатичної соціальної відгородженості), загальної симптоматики (депресії, тривоги, активної соціальної відстороненості). Чинниками, стан яких має дефензивний вплив на стан МДВ, визначені: 1) тривалі і стійкі ремісії, адекватна реакція на антипсихотичну терапію, висока ефективність лікування на позагоспітальному етапі, висока чутливість до біологічної (нейролептичної) терапії; 2) низькі показники виразності (непсихотичного рівня) продуктивної, негативної та загальної симптоматики шизофренії; 3) брак вираженого шизофренічного дефекту особистості. Ми також обчислили кількісні значення клініко-психопатологічного стану матері (за балами шкали PANSS), за якими можна визначити прогноз щодо стану МДВ. Зокрема, висновок щодо сприятливого

прогнозу МДВ можна робити за умови загального показника PANSS менш ніж 102 бали; ймовірно сприятливого: 102—106 балів; ймовірно несприятливого: 107—113 бали; несприятливого: понад 113 балів.

Серед чинників другого кластера, тобто психоемоційного стану чоловіка, чинниками, що стають предикторами викривлення МДВ, визначено: 1) клінічна симптоматика депресивних або тривожних розладів; 2) високі показники за шкалами депресії і тривоги. Відповідно, превентивний вплив на стан МДВ мають: 1) брак клінічної депресивної та тривожної симптоматики; 2) низькі та помірні показники за шкалами депресії і тривоги. Кількісним показником психоемоційного стану чоловіка, за яким можна визначити прогноз стану МДВ, визначено оцінку реактивної тривожності за шкалою Ч. Д. Спілбергера — Ю. Л. Ханіна: сприятливий прогноз — якщо менш ніж 35 балів; ймовірно сприятливий: 35—42; ймовірно несприятливий: 42—49; несприятливий: понад 49 балів.

Третій кластер, що характеризує психосоціальне функціонування жінки й чоловіка, містить декілька важливих чинників, що мають вплив на стан МДВ. Зокрема, предикторами погіршення МДВ є: 1) драматизуючий або негативний тип ставлення

сім'ї до ПШ; 2) неконструктивні варіанти ставлення родичів до лікування; 3) низький або обмежений рівень ресурсу сімейної підтримки; 4) низький рівень якості життя; 5) високий рівень сімейної тривожності; 6) низькі показники соціальної підтримки сім'ї, друзів та значущих інших. Дефензивний вплив мають такі чинники: 1) адекватний тип ставлення сім'ї до захворювання; 2) підтримуючий варіант ставлення родичів до лікування; 3) високий рівень ресурсу сімейної підтримки; 4) високий рівень якості життя; 5) низький рівень сімейної тривожності; 6) високі показники соціальної підтримки сім'ї, друзів та значущих інших. Кількісні показники, що визначають прогноз стосовно МДВ у цьому кластері — це оцінка ресурсу сімейної підтримки пацієнта шкали структурованого інтерв'ю. Зокрема, прогноз можна вважати сприятливим за умови результату понад 32 бали; ймовірно сприятливим: 27—32 бали; ймовірно несприятливим: 20—26 балів; несприятливим: менш ніж 20 балів.

Серед чинників четвертого кластера, що визначають психологічний статус дитини та оцінку нею сімейної ситуації, предикторами порушення МДВ є такі: 1) емоційний дискомфорт, який відчуває дитина; 2) почуття самотності дитини; 3) депресивний настрій; 4) почуття неповноцінності; 5) немає почуття єднання з родиною; 6) почуття відторгненості; 7) незадоволена афіліативна потреба. Чинниками, що мають захисний вплив на МДВ, визначені: 1) нормальний емоційний стан; 2) контактність; 3) самоповага і адекватне сприйняття себе і свого місця в родині; 4) сприйняття єдності і цілісності родини; 5) почуття захищеності. Показником сприятливого прогнозу щодо МДВ визначено: понад 1,1 бала за шкалою «Сприятлива сімейна ситуація» методики «Кінетичний малюнок сім'ї»; ймовірно сприятливого: 0,7—1,1 бала; ймовірно несприятливого: 0,4—0,6; несприятливого: менш ніж 0,4 бали.

Кластер дитячо-батьківської взаємодії містить такі предиктивні чинники викривлення МДВ: 1) конфліктність або усамітнення дитини; 2) пригнічення дитини; 3) недостатній рівень кооперативної взаємодії та поваги до дитини. Превентивними факторами, навпаки, визначені: 1) кооперативність і взаєморозуміння в родині; 2) немає пригнічення дитини; 3) високий рівень поваги до дитини і її розвитку. Кількісні характеристики сприятливого прогнозу: понад 29 балів за інтегральним показником батьківсько-дитячої взаємодії за методикою PARI; ймовірно сприятливого: 21—29 балів; ймовірно несприятливого: 12—20 балів; несприятливого: менш ніж 12 балів.

Останні два кластери, що характеризують подружню та сімейну взаємодію, містять такі чинники деформації МДВ: 1) наявність подружніх конфліктів; 2) неухважність чоловіка до дружини; 3) недостатнє взаєморозуміння і взаємопідтримка подружжя; 4) неухважність до дитини, небажання враховувати її інтереси, нехтування і пригнічення її потреб. Превентивними чинниками щодо деформації МДВ визначені: 1) низька конфліктність; 2) достатня увага чоловіка до дружини; 3) високий рівень взаєморозу-

міння і взаємопідтримки подружжя; 4) достатній рівень уваги до дитини, повага до її інтересів, прагнення розвитку.

Прогноз щодо стану МДВ в сім'ї, де жінка хворіє на ПШ, визначається за інтегральними показниками подружньої або сімейної взаємодії за методикою PARI: сприятливим вважається прогноз, якщо інтегральний показник подружньої взаємодії має значення менш ніж 22 бали, а сімейної взаємодії — понад 48 балів; ймовірно сприятливим: 22—31 й 29—48 балів, відповідно; ймовірно несприятливим: 32—39 й 13—28 балів, відповідно; несприятливим: понад 39 й менш ніж 13 балів, відповідно.

Отже, ґрунтуючись на отриманих даних можемо сформулювати рекомендацію щодо психодіагностики стану МДВ, яку треба здійснювати на базі проєктивної психодіагностичної роботи з дитиною та окремо — з її батьками, з використанням алгоритму визначення інтегративних показників подружньої і батьківсько-дитячої взаємодії за методикою PARI, та врахуванням прогностичного спрямування залежно від кількісних показників.

Виявлені закономірності надали нам змогу обґрунтувати та розробити комплексну систему психокорекції порушень МДВ в родині, де мати хворіє на параноїдну шизофренію.

#### Список літератури

1. Al Saif F. Shared Psychotic Disorder / Al Saif F, Al Khalili Y. // In: StatPearls. StatPearls Publishing, Treasure Island (FL); 2022. PMID: 31095356.
2. Psychosocial roots of paranoid ideation: The role of childhood experiences, social comparison, submission, and shame / Carvalho C. B., da Motta C., Pinto-Gouveia J., Peixoto E. // Clin Psychol Psychother. 2018 Sep; 25(5): 650—661. DOI: 10.1002/cpp.2195.
3. Delusions related to infant and their association with mother-infant interactions in postpartum psychotic disorders / [Chandra P. S., Bhargavaraman R. P., Raghunandan V. N., Shaligram D.] // Arch Womens Ment Health. 2006 Sep; 9(5): 285—288. DOI: 10.1007/s00737-006-0147-7.
4. Gandhi S. Family Caregivers' Perspective on Factors Affecting Recovery from Schizophrenia / S. Gandhi, D. Jones // East Asian Arch Psychiatry. 2020 Dec; 30(4): 113—119. DOI: 10.12809/eaap1941.
5. Oyelade O. O. Expectations and experiences of family members regarding the rehabilitation of relatives with schizophrenia in South West Nigeria / O. O. Oyelade, N. G. Nkosi-Mafutha // Health Soc Care Community. 2022 Sep; 30(5): e1875-e1884. DOI: 10.1111/hsc.13617.
6. Hsiao C. Y. Factors associated with family functioning among people with a diagnosis of schizophrenia and primary family caregivers / C. Y. Hsiao, H. L. Lu, Y. F. Tsai // J Psychiatr Ment Health Nurs. 2020 Oct; 27(5): 572—583. DOI: 10.1111/jpm.12608.
7. Interaction of genetic vulnerability to schizophrenia and family functioning in adopted-away offspring of mothers with schizophrenia / Myllyaho T., Siira V., Wahlberg K. E. [et al.] // Psychiatry Res. 2019 Aug; 278: 205—212. DOI: 10.1016/j.psychres.2019.06.017.
8. McFarlane W. R. Family Interventions for Schizophrenia and the Psychoses: A Review // Fam Process. 2016 Sep; 55(3): 460—482. DOI: 10.1111/famp.12235.
9. Family interventions for relapse prevention in schizophrenia: a systematic review and network meta-analysis / Rodolico A., Bighelli I., Avanzato C. [et al.] // Lancet Psychiatry. 2022 Mar; 9(3): 211—221. DOI: 10.1016/S2215-0366(21)00437-5.

10. Quality of life in family caregivers of schizophrenia patients in Spain: caregiver characteristics, caregiving burden, family functioning, and social and professional support / Ribé J. M., Salamero M., Pérez-Testor C. [et al.] // *Int J Psychiatry Clin Pract.* 2018 Mar; 22(1): 25—33. DOI: 10.1080/13651501.2017.1360500.

11. Schizophrenia: Impact on Family Dynamics / Caqueo-Urizar A., Rus-Calafell M., Craig T. K. [et al.] // *Curr Psychiatry Rep.* 2017 Jan; 19(1): 2. DOI: 10.1007/s11920-017-0756-z.

12. Galletly C. A. Effective family interventions for people with schizophrenia // *Lancet Psychiatry.* 2022 Mar; 9(3): 185—187. DOI: 10.1016/S2215-0366(21)00502-2.

13. Development of a family resiliency model to care of patients with schizophrenia / Fitriyari R., Nursalam N., Yusuf A. [et al.] // *Scand J Caring Sci.* 2021 Jun; 35(2): 642—649. DOI: 10.1111/scs.12886.

14. Шкода К. В. Невротизація та патологічна тривога як прояви дезадаптації дружин і матерів хворих на параноїдну шизофренію з тривалими термінами захворювання // *Психіатрія, неврологія та медична психологія.* 2016. Т. 3, № 2 (6). С. 48—56. вилучено із: <https://periodicals.karazin.ua/pnmp/article/view/8328>.

15. Шкода К. В. Особливості особистісної та соціально-психологічної дезадаптації дружин і матерів хворих на параноїдну шизофренію з тривалими термінами захворювання // *Український вісник психоневрології.* 2016. вип. 4 (89). С. 96—101.

16. Шкода К. В. Агресивність і ставлення до психічного захворювання родича як складові психологічної дезадаптації дружин і матерів хворих на параноїдну шизофренію з тривалими термінами захворювання // *American Scientific Journal.* 2016. № 8 (8). С. 30—35.

## References

1. Al Saif F, Al Khalili Y. *Shared Psychotic Disorder.* 2022 Aug 29. In: StatPearls [Internet]. Treasure Island (FL): StatPearls Publishing; 2022 Jan-. PMID: 31095356.

2. Carvalho CB, da Motta C, Pinto-Gouveia J, Peixoto E. Psychosocial roots of paranoid ideation: The role of childhood experiences, social comparison, submission, and shame. *Clin Psychol Psychother.* 2018 Sep;25(5):650-661. doi: 10.1002/cpp.2195. Epub 2018 May 9. PMID: 29744971.

3. Chandra PS, Bhargavaraman RP, Raghunandan VN, Shaligram D. Delusions related to infant and their association with mother-infant interactions in postpartum psychotic disorders. *Arch Womens Ment Health.* 2006 Sep;9(5):285-8. doi: 10.1007/s00737-006-0147-7. Epub 2006 Sep 8. PMID: 16937315.

4. Gandhi S, Jones D. Family Caregivers' Perspective on Factors Affecting Recovery from Schizophrenia. *East Asian Arch Psychiatry.* 2020 Dec;30(4):113-119. doi: 10.12809/eaap1941. PMID: 33349618.

5. Oyelade OO, Nkosi-Mafutha NG. Expectations and experiences of family members regarding the rehabilitation of relatives with schizophrenia in South West Nigeria. *Health Soc Care Community.* 2022 Sep;30(5):e1875-e1884. doi: 10.1111/hsc.13617. Epub 2021 Nov 2. PMID: 34726800.

6. Hsiao CY, Lu HL, Tsai YF. Factors associated with family functioning among people with a diagnosis of schizophrenia and primary family caregivers. *J Psychiatr Ment Health Nurs.* 2020 Oct;27(5):572-583. doi: 10.1111/jpm.12608. Epub 2020 Feb 10. PMID: 31991512.

7. Myllyaho T, Siira V, Wahlberg KE, Hakko H, Läksy K, Roisko R, Niemelä M, Räsänen S. Interaction of genetic vulnerability to schizophrenia and family functioning in adopted-away offspring of mothers with schizophrenia. *Psychiatry Res.* 2019 Aug;278:205-212. doi: 10.1016/j.psychres.2019.06.017. Epub 2019 Jun 13. PMID: 31226546.

8. McFarlane WR. Family Interventions for Schizophrenia and the Psychoses: A Review. *Fam Process.* 2016 Sep;55(3):460-82. doi: 10.1111/famp.12235. Epub 2016 Jul 14. PMID: 27411376.

9. Rodolico A, Bighelli I, Avanzato C, Concerto C, Cutrufelli P, Mineo L, Schneider-Thoma J, Sifis S, Signorelli MS, Wu H, Wang D,

Furukawa TA, Pitschel-Walz G, Aguglia E, Leucht S. Family interventions for relapse prevention in schizophrenia: a systematic review and network meta-analysis. *Lancet Psychiatry.* 2022 Mar;9(3):211-221. doi: 10.1016/S2215-0366(21)00437-5. Epub 2022 Jan 31. Erratum in: *Lancet Psychiatry.* 2022 Feb 23; PMID: 35093198.

10. Ribé JM, Salamero M, Pérez-Testor C, Mercadal J, Aguilera C, Cleris M. Quality of life in family caregivers of schizophrenia patients in Spain: caregiver characteristics, caregiving burden, family functioning, and social and professional support. *Int J Psychiatry Clin Pract.* 2018 Mar;22(1):25-33. doi: 10.1080/13651501.2017.1360500. Epub 2017 Aug 11. PMID: 28799427.

11. Caqueo-Urizar A, Rus-Calafell M, Craig TK, Irrarazaval M, Urzúa A, Boyer L, Williams DR. Schizophrenia: Impact on Family Dynamics. *Curr Psychiatry Rep.* 2017 Jan;19(1):2. doi: 10.1007/s11920-017-0756-z. PMID: 28097634.

12. Galletly CA. Effective family interventions for people with schizophrenia. *Lancet Psychiatry.* 2022 Mar;9(3):185-187. doi: 10.1016/S2215-0366(21)00502-2. Epub 2022 Jan 31. PMID: 35093199.

13. Fitriyari R, Nursalam N, Yusuf A, Hargono R, Lin EC, Tristiana RD. Development of a family resiliency model to care of patients with schizophrenia. *Scand J Caring Sci.* 2021 Jun;35(2):642-649. doi: 10.1111/scs.12886. Epub 2020 Jul 6. PMID: 32628789.

14. Shkoda, K. Nevrotyzatsiia ta patolohichna tryvoha yak proiavy dezadaptatsii druzhyn i materiv khvorykh na paranoidnu shyzofreniiu z tryvalymy terminamy zakhvoriuvannia. *Psykhiatriia, nevrolohiia ta medychna psykholohiia,* 3(2 (6), 49-57. <https://periodicals.karazin.ua/pnmp/article/view/8328>.

15. Shkoda K. V. Osoblyvosti osobystisnoi ta sotsialno-psykholohichnoi dezadaptatsii druzhyn i materiv khvorykh na paranoidnu shyzofreniiu z tryvalymy terminamy zakhvoriuvannia. *Ukrainskyi visnyk psykhonevrolohi.* 2016. vyp. 4 (89). S. 96—101. (In Ukrainian).

16. Shkoda K. V. Ahresyvnist i stavlennia do psykhychnoho zakhvoriuvannia rodycha yak skladovi psykholohichnoi dezadaptatsii druzhyn i materiv khvorykh na paranoidnu shyzofreniiu z tryvalymy terminamy zakhvoriuvannia. *American Scientific Journal.* 2016. No. 8 (8). P. 30—35. (In Ukrainian).

Надійшла до редакції 28.02.2023

**МАРКОВА Маріанна Владиславівна**, доктор медичних наук, професор, виконуюча обов'язки завідувача кафедри сексології, психотерапії та медичної психології Навчально-наукового інституту післядипломної освіти Харківського національного медичного університету, м. Харків; <https://orcid.org/0000-0003-0726-4925>; e-mail: mariannochka1807@gmail.com

**ДРЮЧЕНКО Майя Олександрівна**, кандидат медичних наук, доцент кафедри нейрореабілітації із курсами медичної психології, пульмонології та фізіотерапії Факультету післядипломної освіти та доуніверситетської підготовки Державного вищого навчального закладу «Ужгородський національний університет», м. Ужгород, Україна

**MARKOVA Marianna**, Doctor of Medical Sciences, Professor, Acting Head of the Department of Sexology, Psychotherapy and Medical Psychology of the Educational and Scientific Institute of Postgraduate Education of the Kharkiv National Medical University, Kharkiv, Ukraine; <https://orcid.org/0000-0003-0726-4925>; e-mail: mariannochka1807@gmail.com

**DRUCHENKO Maiia**, MD, PhD, Associate Professor of Department of Neurorehabilitation with courses in Medical Psychology, Pulmonology and Phthisiology of the Faculty of Postgraduate Education and Pre-University Training of the State Higher Educational Institution "Uzhhorod National University", Uzhhorod, Ukraine