



Features of parent-child interaction in families where the mother suffering from paranoid schizophrenia (phenomenology, mechanisms of development, psychological correction)

M. Markova, M. Driuchenko

Kharkiv Medical Academy of Postgraduate Education, Kharkiv, Ukraine
Uzhgorod National University, Uzhhorod, Ukraine

Article info

Received 12.11.2017

Accepted 15.02.2018

Kharkiv Medical Academy of
Postgraduate Education,
Kharkiv, Ukraine

Uzhgorod National
University, Uzhhorod,
Ukraine

mdryu@gmail.com

Маркова, М.В.,
Дрюченко, М.О. (2018).
Особливості батьківсько-
дитячої взаємодії в
родинах, де мати хворіє на
параноїдну шизофренію
(феноменологія, механізми
формування,
психокорекція).
Fundamental and applied
researches in practice of
leading scientific schools, 25
(7), 77–88.

Markova M., Driuchenko M. (2018). Features of parent-child interaction in families where the mother suffering from paranoid schizophrenia (phenomenology, mechanisms of development, psychological correction). *Fundamental and applied researches in practice of leading scientific schools*, 25 (1), 77–88.

In order to development measures of complex psychological correction parent-child interaction in families where the woman suffering from paranoid schizophrenia (PS) observed 100 families of patients with PS and 50 families of mentally healthy women (wife, husband, child).

In research determined peculiarities of clinical-psychopathological symptomatic in women in the context of their impact on the child-parent interaction. Established differences of social and family functioning women with PS and their influence on the parent-child interaction. The features of emotional state and assessment of social support in husbands with wives suffering from PS investigated. In work established how the children assessed situation in families where the mother suffering from the PS. The specificity of family interaction in families of women suffering from paranoid schizophrenia, in terms of parent-child and marital components determined.

Based on the data grounded and developed a complex psychocorrection system aimed on optimizing parent-child and family interaction in families of women suffering from paranoid schizophrenia. The system include five stages (stabilizing, partnership, integrative, children's and family), each of which has a specific target, aim, content, tools and psychoorrection effect. The effectiveness of this system proven by six-month study.

Keywords: parent-child interaction; mother; paranoid schizophrenia; psychological correction.

Особливості батьківсько-дитячої взаємодії в родинах, де мати хворіє на параноїдну шизофренію (феноменологія, механізми формування, психокорекція)

М.В. Маркова, М.О. Дрюченко

Харківська медична академія післядипломної освіти, Харків, Україна
Ужгородський національний університет, Ужгород, Україна

З метою розробки заходів комплексної психологічної корекції порушень батьківсько-дитячої взаємодії в родинах, де жінка хворіє на параноїдну шизофренію (ПШ), обстежено 100 сімей хворих та 50 родин психічно здорових жінок (жінка, чоловік, дитина).

В результаті роботи проаналізовано особливості клініко-психопатологічної симптоматики ПШ у жінок в

контексті їх впливу на стан дитяче-батьківської взаємодії. Встановлені відмінності соціального й родинного функціонування жінок, хворих на ПШ, та їх вплив на стан батьківсько-дитячої взаємодії. Виявлені особливості психоемоційного стану та оцінки соціальної підтримки у чоловіків жінок, хворих на ПШ. Досліджено оцінку дитиною сімейної ситуації в родинях, де мати хворіє на ПШ. Визначено специфіку сімейної взаємодії в родинях жінок, хворих на параноїдну шизофренію, з точки зору батьківсько-дитячої та подружньої її складових.

На основі отриманих даних обґрунтовано й розроблено систему комплексної психокорекції, спрямовану на оптимізацію батьківсько-дитячої та сімейної взаємодії в родинях жінок, хворих на параноїдну шизофренію. Система містить п'ять етапів (стабілізаційний, партнерський, інтеграційний, дитячий та сімейний), кожен з яких має специфічні мішені, мету, зміст, засоби і ефекти психокорекційного впливу. Ефективність зазначеної системи доведена піврічним дослідженням.

Ключові слова: батьківсько-дитяча взаємодія; мати; параноїдна шизофренія; психологічна корекція.

Вступ

Параноїдна шизофренія (ПШ) являє собою одну з найбільш актуальних проблем нейронаук: її поширеність складає від 0,3 до 2,0%, а близько 90 % хворих становлять особи у віці від 15 до 55 років. Прямі економічні витрати, пов'язані з нею, складають 0,2 – 0,25 % валового внутрішнього продукту, непрямі оцінюються щонайменше втричі більше (Н. А. Марута, И. А. Явдак, 2008; R. Tandon, M. S. Keshavan, H. A. Nasrallah, 2008; Всемирная организация здравоохранения, 2010; Н. О. Марута, Г. С. Рачкаускас, В. М. Фролов, Є. В. Височин, 2012; А. М. Кожина, Е. И. Сухоиванова, 2013; М. Т. Yasamy, A. Cross, E. McDaniel, S. Saxena, 2014; В. И. Коростий, А. М. Кожина, 2014; Н. А. Марута, С. А. Ярославцев, 2015; О. Г. Буздиган, 2016; G. Ayano, 2016; A. L. Neil, V. J. Carr, 2016).

Наявність у жінки захворювання на ПШ кардинальним чином спотворює виконання нею подружніх та материнських функцій та змінює функціонування сімейної системи. Функціонування сімей, у яких жінка хворіє на ПШ, характеризується суттєвими порушеннями (М. В. Маркова, В. О. Діхтяр, 2012; К. А. Косенко, 2015; К. В. Аймедов, В. В. Баскіна, 2016). М. Clotier et al. (2014) повідомляють про більш ніж двократне зростання часу, що витрачається членами родини на догляд за хворим на шизофренію: з 484 годин у 2012 році до 1040 годин у 2013 році. Важке психічне захворювання з вираженими розладами мислення, емоцій, вольовим дефектом, критичним зниженням енергетичного потенціалу, важкою соціальною дезадаптацією, неминуче позначається на стані сімейного функціонування, спричиняючи патологізацію внутрішньосімейних відносин та патологічно відбивається на стані психічного здоров'я й психологічного благополуччя членів родини пацієнток, серед яких найбільш ураженим контингентом є діти психічнохворої людини (Н. Г. Пшук, 2010; Н. Г. Пшук, М. В. Маркова, Є. Я. Пшук, 2012; Л. В. Животовська, О. А. Казаков, В. В. Борисенко, 2015).

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 (I. Skosana, 2011; A. Ranning, T. Munk Laursen, A. Thorup, C. Hjorthoj, M. Nordentoft, 2016).

Крім того, незважаючи на наявний інтерес з боку як вітчизняних, так і закордонних фахівців до питання стану родичів психічнохворої людини, основна маса досліджень спрямовані на вивчення дружин або матерів чоловіків, хворих на ПШ (Л. М. Юрьєва, Т. Й. Шустерман, 2007; К. В. Шкода, 2016), не дивлячись на те, що ПШ з однаковою вірогідністю виникає як у чоловіків, так і у жінок.

Таким чином, 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 (М. В. Маркова, К. А. Косенко, 2010; О. Ю. Плевачук, 2011). Сімейне функціонування та материнство є найважливішими аспектами життя жінки, і саме ці сфери найбільшою мірою вражаються шизофренічним процесом. При цьому 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, залишаються недостатньо дослідженими. Невідкладною є потреба у розробці комплексних підходів до корекції батьківсько-дитячої взаємодії у родинях, в яких мати хворіє на ПШ.

Мета дослідження: на основі системного підходу до аналізу та комплексної оцінки батьківсько-дитячої взаємодії у родинях, де мати хворіє на параноїдну шизофренію, розробити систему комплексної психокорекції, спрямовану на її оптимізацію.

Методи дослідження: соціально-демографічний, клініко-психопатологічний, клініко-анамнестичний, психодіагностичний та статистичний.

Дизайн дослідження та характеристика обстежених

З дотриманням принципів біомедичної етики на базі психіатричного відділення Закарпатського обласного наркологічного диспансеру нами було обстежено 100 жінок, хворих на ПШ, 100 їхніх

чоловіків та 112 дітей (у 12 сімей було по двоє дітей) – основна група (ОГ), а також 50 сімей (дружина, чоловік, дитина), в яких батьки не мають серйозних психічних або соматичних захворювань – група порівняння (ГП).

Середній вік обстежених жінок, хворих на ПШ, склав $31,6 \pm 3,1$ років, здорових жінок – $32,6 \pm 3,8$ років, розбіжності у вікових характеристиках груп були статистично не значущі ($p > 0,05$). Середній вік чоловіків, дружини яких хворіли на ПШ, склав $35,9 \pm 4,8$ років; середній вік чоловіків, жінки яких психічно здорові – $35,7 \pm 3,9$ років. Вік дітей становив від 3 до 14 років, серед них було 65 дівчинок і 47 хлопчиків.

Тривалість захворювання на ПШ на момент дослідження у обстежених жінок складала від 2 до 15

років (середнє значення $8,0 \pm 3,3$ років). Обстеження жінок проводилося за відсутності ознак гострого психотичного стану, який міг би унеможливити адекватне розуміння жінкою змісту і порядку обстеження.

Дослідження було проведено у два етапи (рис. 1): на першому етапі (комплексної діагностики) проведено комплексне клініко-психопатологічне та психодіагностичне обстеження хворих жінок, психодіагностичне обстеження їхніх чоловіків та дітей, а також психічно здорових жінок, їхніх чоловіків та дітей; на другому етапі (диференційованих психокорекційних впливів) – реалізовано розроблену систему комплексних психокорекційних впливів і проведено порівняльну оцінку ефективності корекційних заходів.

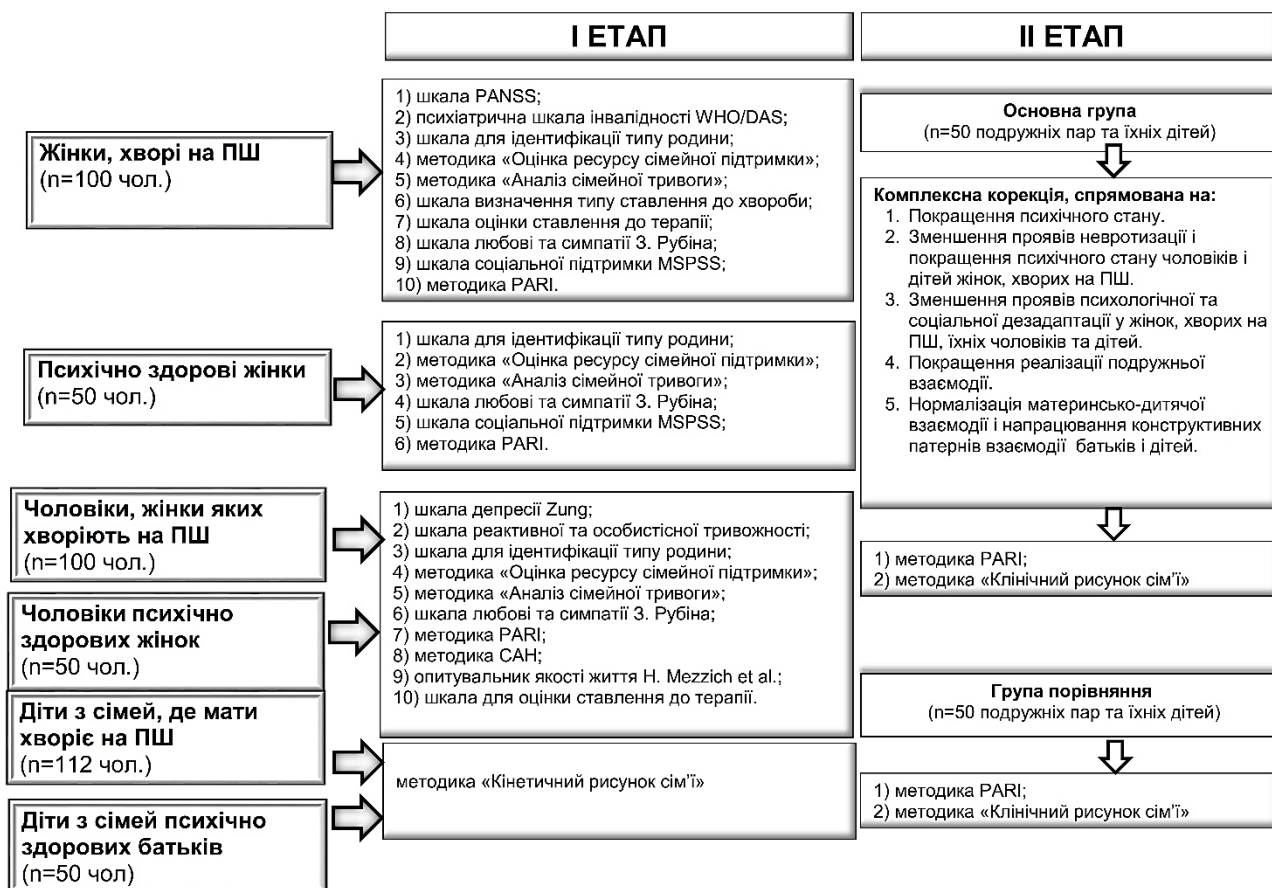


Рис. 1. Дизайн дослідження

Методи дослідження

Дослідження реалізовано за допомогою клініко-психопатологічного, клініко-анамнестичного, психодіагностичного, соціально-демографічного й статистичного методів.

Хворі на ПШ жінки були обстежені за допомогою клініко-психопатологічного методу, доповненого використанням кваліфікаційної шкали оцінки

вираженості позитивних, негативних і загальних психопатологічних синдромів PANSS та психіатричної шкали оцінки соціального функціонування (СФ) WHO/DAS (Disability assessment Scale) (WHO, 1988).

Для встановлення специфіки сімейних стосунків та емоційних відносин в обстежених родинах, використовували «Шкалу структурованого інтерв'ю для ідентифікації типу родини», «Шкалу структурованого інтерв'ю для визначення відношення членів родини до

хвороби (психіатричного діагнозу) у родича», методику «Оцінка ресурсу сімейної підтримки пацієнта» (В. А. Абрамов зі співав., 2009), опитувальник «Тип ставлення родини до терапії психотропними препаратами» (Н. Б. Лутова, О. В. Макаревич, 2011), **методику** «Аналіз сімейної тривоги» Е. Ейдмільера, В. Юстіцкіса (за Н. И. Олифірович, Т. А. Зинкевич-Куземкіна, Т. Ф. Велента, 2006) та шкалу любові і симпатії З. Рубіна в модифікації Л. Я. Гозмана, К. Є. Альошиної (Н. І. Оліфірович, Т. А. Зинкевич-Куземкіна, Т. Ф. Велента, 2006).

Оцінку психологічного стану дітей та їх сприйняття материнсько-дитячих стосунків, здійснювали за допомогою аналізу кількісних показників за шкалами проективної методики «Кінетичний малюнок родини» Р. Бенса і С. Кауфмана, вимогою якої є намалювати кожного члена родини в дії (Н. І. Оліфірович, Т. А. Зинкевич-Куземкіна, Т. Ф. Велента, 2006).

Оцінку психоемоційної сфери чоловіків здійснювали з використанням наступних психодіагностичних інструментів: методики диференційної діагностики депресивних станів В. Зунге (Д. Я. Райгородський, 1998), шкали самооцінки рівню особистісної та реактивної тривожності Ч. Д. Спілбергера – Ю. Л. Ханіна (Д. Я. Райгородський, 1998) й методики діагностики самооцінки самопочуття, активності, настрою (Д. Я. Райгородський, 1998). Оцінку якості життя (ЯЖ) чоловіків здійснювали з використанням опитувальника ЯЖ, розробленого Mezzich, Cohen, Ruiperez, Liu & Yoon (Н. А. Марута, 2004). Дослідження соціальної підтримки проводили за допомогою шкали соціальної підтримки MSPS, що була розроблена G. D. Zimet (1988) та адаптована Н. О. Сиротою і В. М. Ялтонським (1994).

Для оцінки стану подружнього й батьківсько-дитячого рівнів сімейної взаємодії було використано методику вивчення батьківських установок Parental Attitude Research Instrument – PARI (Д. Я. Райгородський, 1998). Методика PARI складається з 23 шкал, 8 з яких описують відношення до сімейної ролі, тоді як 15 – власне відносини між батьками та дитиною. Типи сімейного виховання визначали відповідно до класифікації А. Є. Лічка (за Т. В. Кравченко, І. М. Трубавіною, 2004).

Статистична обробка даних дослідження (С. Н. Лапач, А. В. Чубенко, П. Н. Бабич, 2001) включала розвідувальний статистичний аналіз з метою визначення характеру розподілу ознак (тести Шапіро-Уїлка, Колмогорова-Смирнова, Лілієфорса) та формування описової статистики з використанням модулю «Descriptive Statistics» прикладного пакета програм «Statistica for Windows. Release 6.0».

Результати дослідження та їх обговорення

Аналіз важкості психотичної симптоматики у жінок, хворих на ПШ, засвідчив суттєву її виразність, що справляло потужний вплив на мікросоціальне оточення, насамперед, на дітей. З продуктивної симптоматики найбільш актуальними виявилася виразність маячення та розладів мислення, з негативної – притуленого афекту, емоційної відгородженості, труднощів у спілкуванні та пасивно-

апатичної соціальної відгородженості; серед загальної симптоматики шизофренії провідне місце належало проявам тривоги, напруженості, депресії, малокоактивності, порушення уваги, зниження критичності до свого стану, порушень волі, завантаженості психічними переживаннями та активної соціальної відстороненості.

Дітям жінок, хворих на ПШ, в клініці якої переважала продуктивна психопатологічна симптоматика, були притаманні емоційна лабільність, дратівливість, підвищена тривожність, боязкість, плаксивість. При переважанні у клініці негативної симптоматики у дітей виявлялися утруднення у налагодженні неформальних контактів, емоційна холодність, знижений настрій, апатія і неадекватність емоційних реакцій.

Виявлені закономірності знайшли відображення у даних оцінки стану СФ хворих жінок у різних сферах. Їм були притаманні значні порушення СФ у сферах: «Самообслуговування» (середній показник 1,78±0,48 балів), «Інтереси та зайнятість» (1,61±0,57 балів), «Діяльність в сім'ї та вдома» (2,28±0,51 балів), «Діяльність у загальносоціальному розумінні» (2,14±0,51 балів), «Участь у сімейних справах» (2,30±0,52 балів), «Шлюбна роль» (1,99±0,54 балів), «Статева роль» (2,40±0,79 балів), «Роль у подружньому житті» (1,12±0,48 балів), «Професійна роль: робота» (3,84±0,56 балів), «Професійна роль: зацікавленість» (3,16±0,58 балів), «Захоплення та інформованість» (1,64±0,54 балів) та «Поведінка у нестандартних та складних ситуаціях» (2,05±0,87 балів), а також у ключовій сфері «Батьківська роль» (2,92±0,65 балів).

Зниження можливостей СФ у різних сферах суттєво впливало на стан материнсько-дитячої взаємодії, утруднюючи догляд за дитиною, що проявлялося емоційною депривацією дитини, розвитком емоційних порушень (депресивні та тривожно-депресивні прояви, емоційна лабільність, надмірна афіліативність, дратівливість, агресивність), викривленням соціальної взаємодії дитини, формуванням патологічних патернів поведінки.

Переважає більшість родичів матерів, хворих на ПШ (58,0%), виявляла негативний (деструктивний) тип ставлення до її психічного захворювання, що проявлялось нерозумінням або ігноруванням хвороби у жінки, безконтрольністю прийому жінкою підтримуючої терапії і невірою у перспективі лікування. Діти в таких сім'ях страждали від байдужості, недостатності уваги, емоційної холодності та депривації, для них були характерні депресивні прояви, емоційна лабільність, сенситивність, почуття власної неповноцінності та самоприниження. Значною була також питома вага сімей з драматизуючим типом ставлення до психічного захворювання – 24,0%, якому були притаманні переоцінка важкості хвороби, почуття неспокою, розгубленості, провини, недовіра до лікаря, тривожне очікування негативних наслідків захворювання. Дітям, які виховувалися у таких сім'ях, були притаманні тривожність, нав'язливість, страхи, почуття розгубленості, плаксивість, схильність до афективних реакцій. Найменшою виявилася питома вага адекватного типу ставлення до психічної хвороби – лише 18,0%.

Деадаптивні типи ставлення родичів до психічного захворювання поєднувалися з неконструктивним ставленням до її лікування: лише 9% родичів жінок, хворих на ПШ, виявляли підтримуючий тип ставлення до лікування родички. Натомість, найпоширенішим типом ставлення до лікування був відсторонений тип – 45,0%. Дітям, які виховувалися в таких сім'ях, були притаманні висока афіліативність і чутливість до зовнішніх впливів, ескапізм, прагнення уникати потенційно травматичного спілкування. Другим за поширеністю був маніпулятивний тип – 33,0%. Дітям, які виховувалися в цих родинах, були притаманні депресивні прояви, сенситивність, емоційна лабільність. Менш поширеним виявився ворожий тип ставлення родичів до лікування – 13,0%. Дітям з таких сімей були притаманні підвищена емоційна збудливість, дратівливість, агресивність, нестриманість, егоцентризм, небажання приймати ті явища реальності, які не влаштовують їх.

Неконструктивна тенденція також простежувалась при вивченні ставлення самої хворої до антипсихотичної терапії. Питома вага оптимального – підтримуючого типу – була найменшою (9,0%). Найпоширенішим серед хворих на ПШ жінок виявився ворожий тип ставлення до лікування – 64,0%, що сприяв розвитку у дітей емоційної нестійкості і лабільності, агресивності, дратівливості, поганій контрольованості емоцій у поєднанні з тривогою та депресивними проявами. Питома вага відстороненого типу склала 17,0% маніпулятивного – 10,0%; такі прояви сприяли розвитку у дітей зниженого настрою, актуалізації афіліативної потреби, підвищеної сенситивності, слізливості.

Закономірним у цьому зв'язку був виявлений низький рівень ресурсу сімейної підтримки хворих. Кількісне значення показника оцінки ресурсу підтримки склало $26,13 \pm 7,16$ балів; при цьому 76,0% сімей належали до групи з обмеженим ресурсом підтримки – з низькими.

Глибокі порушення психічної сфери у матерів, притаманні ПШ, справляли суттєвий вплив на психоемоційну сферу дітей. Так, типовими у малюнках дітей хворих матерів, були не відображення реального складу сім'ї (насамперед, матері), що було ознакою емоційного конфлікту та невдоволення сімейною ситуацією. Зображення матерів на малюнках дітей хворих на шизофренію характеризувалося контурною пластикою, слабкою деталізацією, монохромністю з переважним використанням кольорів астенічного та депресивного регістру і соматичного дискомфорту (чорний, сірий та коричневий). У ряді випадків спостерігалось надмірне, гротескне перебільшення образу матерів, що свідчило про надмірну увагу, яку приділяли члени сім'ї хворій матері.

Аналіз кількісних показників тесту «Кінетичний малюнок сім'ї» виявив у дітей здорових батьків найбільші значення показників за шкалою «Сприятлива сімейна ситуація» (88,5%), а кількісні показники за негативними шкалами (тривожність, конфліктність у сім'ї, почуття неповноцінності, ворожість у сімейній ситуації) були низькими. Натомість, у дітей, матері яких хворіли на ПШ, найнижчі показники були виявлені за

шкалою «Сприятлива сімейна ситуація» у поєднанні з високими показниками за негативними шкалами, що свідчило про ознаки дисгармонійності у сімейних відносинах, порушення функціонування сім'ї, високу стресогенність сімейних відносин.

При обстеженні чоловіків, дружини яких хворіли на ПШ, були виявлені значні психологічні та патоперсонологічні трансформації. Основу психопатологічних змін у чоловіків, жінки яких хворіли на ПШ, складав депресивний синдром. Субдепресивні прояви були виявлені у 36,0% обстежених, ознаки легкої депресії невротичного рівня у 29,0%; паралельно виявлялися тривожно-депресивні та астено-депресивні прояви, соматовегетативні порушення і порушення сну. Середній рівень показника депресії у чоловіків, жінки яких хворіли на ПШ, склав $52,58 \pm 10,54$ балів, що відповідало легкій депресії невротичного рівня. У чоловіків, жінки яких були психічно здорові, середній показник важкості депресивних проявів склав $41,26 \pm 8,13$ балів, що свідчило про відсутність ознак депресії (розбіжності статистично значущі, $p < 0,01$).

Виразність депресивних проявів у чоловіків, дружини яких хворіли на ПШ, виявила значні кореляції з важкістю психопатологічної симптоматики у жінок з прямим кореляційним зв'язком помірної сили (коефіцієнти кореляції від 0,3 до 0,7).

У чоловіків хворих також виявлено прояви тривоги у формі ізольованого тривожного розладу, і тривожно-депресивного та тривожно-фобічного розладів. У більшості обстежених (56,0%) були виявлені ознаки високої реактивної тривожності, ще 41,0% належали до групи з помірним рівнем реактивної тривожності, і лише у 3,0% реактивна тривожність була низькою. Середній рівень показника реактивної тривожності у чоловіків, жінки яких хворіли на ПШ склав $44,82 \pm 8,27$ балів, а у чоловіків, жінки яких психічно здорові – $35,68 \pm 9,98$ балів.

Схожа тенденція була виявлена при аналізі показників особистісної тривожності у чоловіків, що може розглядатися як прояви невротизації в рамках адаптаційного синдрому. 54,0% чоловіків хворих жінок виявили високий рівень особистісної тривожності, 43,0% чоловіків – помірний, і лише 3,0% – низький. Середній рівень показника особистісної тривожності у чоловіків, жінки яких хворіли на ПШ, склав $45,67 \pm 9,25$ балів, а у чоловіків, жінки яких психічно здорові – $38,08 \pm 9,91$ балів ($p < 0,01$).

Закономірним було значне погіршення самопочуття чоловіків, жінки яких хворіли на ПШ, зниження їх активності та настрою. Середнє значення показника за шкалою «Самопочуття» у таких чоловіків склало $42,08 \pm 4,37$ балів, тоді як у чоловіків психічно здорових жінок – $53,02 \pm 4,99$ балів; показник за шкалою «Активність», відповідно, $39,43 \pm 3,65$ балів та $50,04 \pm 4,48$ балів; за шкалою «Настрій», відповідно, $40,50 \pm 4,47$ балів та $51,30 \pm 5,18$ балів ($p < 0,01$).

У чоловіків хворих на ПШ жінок виявлено зниження показників ЯЖ за всіма ключовими сферами, найбільш виражене у сферах психологічного (емоційного) благополуччя, самообслуговування та незалежності у діях, працездатності, міжособистісної взаємодії, соціоемоційної підтримки, самореалізації та духовної

реалізації. Зниження ЯЖ чоловіків виявило тісні кореляції з важкістю психопатологічної симптоматики у їх дружин (коефіцієнти кореляції від 0,5 до 0,8).

При дослідженні особливостей функціонування сімей, у яких жінка хворіла на ПШ, серед них було виявлено переважаючі дисгармонійні та патологічні типи сім'ї: емоційно-відчуженого (65,0%), напружено-дисоціативного (20,0%), симбіотичного (9,0%), псевдосолідарного (3,0%) та гіперпротективного (2,0%).

Серед жінок, хворих на ПШ, була виявлена висока поширеність осіб, які відчували сімейну провину (76,0%), що співпадало зі значною питомою вагою осіб з вираженою сімейною провиною серед їхніх чоловіків (72,0%). Така ж тенденція встановлена щодо сімейної тривоги (відповідно, 83,0% та 86,0%) і сімейної напруженості (відповідно 84,0% та 72,0%).

Актуальні компоненти любові у хворих на ПШ піддавалися патологічній трансформації. Так, порушення мислення у вигляді маячних ідей, паралогічності асоціацій, розірваності призводили до спотворення почуття прихильності, викривлення емоцій, шизофренічного егоцентризму. Наростання дефіцитарних змін та прояви негативної симптоматики, наряду з аутизацією, унеможлилювали реалізацію турботи та порушували інтимність взаємовідносин у подружній парі. Результатом цього були низькі показники за шкалою любові, виявлені у жінок, хворих на ПШ: середнє значення показника у цій групі склало $10,92 \pm 2,22$ балів, тоді як у психічно здорових жінок – $25,20 \pm 1,74$ балів ($p < 0,01$). Спотворення нормальних емоційних відносин у сім'ях хворих на ПШ закономірно призводило до порушення почуття любові у чоловіків, дружини яких хворіли на ПШ: середній показник за шкалою любові у цій групі склав $11,98 \pm 2,41$ балів, тоді як у чоловіків, жінки яких психічно здорові, він був вдвічі більшим: $24,22 \pm 1,69$ балів ($p < 0,01$).

Дослідження рівню й якості соціальної підтримки підтвердило її дефіцит у жінок з ПШ, в першу чергу, з боку родини. Середній показник за шкалою соціальної підтримки сім'ї у жінок, хворих на ПШ, склав $0,64 \pm 0,69$ балів, що відповідало низькому рівню. У психічно здорових жінок показник соціальної підтримки сім'ї був високим: $3,26 \pm 0,66$ балів, що значуще більше, ніж у хворих. У чоловіків, жінки яких хворіли на ПШ, рівень соціальної підтримки сім'ї також був невисоким, хоча й суттєво вищим, ніж у жінок: $0,90 \pm 0,67$ балів, тоді як у чоловіків, жінки яких психічно здорові, цей показник виявився значуще вищим: $3,18 \pm 0,72$ балів ($p < 0,01$). Підтримка з боку друзів та значущих інших також виявилась недостатньою ($p < 0,01$).

Аналіз типів батьківського виховання виявив, що у сім'ях, де мати хворіла на ПШ, переважали дисгармонійні типи, причому це стосувалося не лише власне хворої, але й її чоловіка. Серед хворих жінок демократичний тип виховання був найменш поширеним (20,0%), а у їхніх чоловіків питома вага демократичного типу була суттєво меншою, ніж у чоловіків, жінки яких психічно здорові (41,0%). У жінок, хворих на ПШ, гіперпротективний тип виховання виявлений у 38,0% обстежених, а у їх чоловіків – у 32,0%. Авторитарний тип виховання у жінок, хворих на ПШ, був найпоширенішим (42,0%), а у їх чоловіків

питома вага виявилась суттєво більшою, ніж у чоловіків, жінки яких були психічно здорові (27,0%).

За аналізом результатів, отриманих за методикою PARI, керуючись запропонованими О. В. Піонтковською, М. В. Марковою (2014) підходами щодо визначення інтегральних показників подружньої, дитяче-батьківської та сімейної взаємодії, отримано наступне.

У родин, де жінка хворіла на ПШ, домінував недостатній рівень реалізації подружньої взаємодії (з показником 31,5 бал і вище), його ознаки були виявлені у 90 сімей (90,0%). Цим сім'ям були притаманні низький поріг конфліктності, сприйняття подружжям широкого спектру сімейних проблем та ситуацій як конфліктогенних, прагнення до авторитарності, домінування у конфлікті, незалежно від об'єктивної ситуації, агресивність, або ж, навпаки, бажання самоусунутися від вирішення важливих проблем сім'ї, пасивність, апатія та байдужість щодо подружжя, його турбот і проблем, тенденція до мінімізації власної участі у родинному функціонуванні.

Натомість, у родин, психічно здорових жінок переважаючим був задовільний рівень реалізації подружньої взаємодії (показник до 31,5 балів) – 43 родини (86,0%). Для цих родин були характерні відсутність або рідкість сімейних конфліктів, високий рівень внутрішньосімейної кооперації, розуміння спільних цілей та викликів сімейного життя і готовність до взаємної підтримки та порозуміння, високий рівень уваги чоловіка до дружини, поінформованість про її проблеми та турботи, активна участь у їх вирішенні, прагнення до пошуку компромісів і продуктивних способів вирішення можливих труднощів та конфліктів.

Розподіл обстежених за рівнем батьківсько-дитячої взаємодії показав, що до родин із задовільною батьківсько-дитячою взаємодією (значення показника понад 20 балів) були віднесені 44 сімей (88,0%) ГП та лише 16 родин (16,0%) ОГ. Цим родинам були притаманні ознаки нормальної батьківсько-дитячої взаємодії: достатній рівень емоційного контакту з дитиною без перебільшення і драматизації проблем, але й за відсутності ігнорування важливих викликів; постійне почуття безпеки і стабільності відносин, прагнення займатися розвитком і вдосконаленням дитини, неавторитарні, партнерські взаємовідносини між батьками та дитиною, готовність враховувати її думку при прийнятті рішень, що стосуються дитини, відсутність вираженої тривоги та неспокою, активна взаємодія обох членів подружжя у питаннях виховання та розвитку дитини. Результатом такої поведінки був гармонійний розвиток дитини, відсутність у неї ознак невротизації, швидка і ефективна адаптація дитини у різних колективах та соціальних групах, відсутність у дитини ознак агресії, тривоги, страху, депресії, фрустрації, більш високий рівень домагань і досягнень дитини.

До другої групи (недостатній рівень батьківсько-дитячої взаємодії, значення до 20 балів включно) були віднесені 6 сімей (12,0%), де мати психічно здорова, і 84 сім'ї (84,0%), де мати хворіла на ПШ. Для цих родин були характерними системні порушення батьківсько-дитячої взаємодії у вигляді слабого емоційного контакту з дитиною, авторитарного або надмірно легковажного

ставлення до її проблем і турбот, прагнення підпорядкувати дитину своїй волі, пригнічення активності і самостійності дитини, ігнорування її думки при прийнятті рішень, виражених ознак тривоги та неспокою, дратівливості, невротизації, конфліктності членів подружжя з ключових питань виховання дитини і небажання шукати компроміс, відсутності почуття безпеки і небажання займатися розвитком дитини. Наслідком такого ставлення були ознаки порушення адаптації дитини у соціальних групах, підвищена конфліктність, агресивність, дратівливість, тривожність, плаксивість, боязкість, відмова від кооперації з іншими дітьми у вирішенні спільних завдань, низький рівень домагань і досягнень.

За результатами аналізу інтегрального показника сімейної взаємодії, 44 сім'ї (88,0%) психічно здорових жінок, були віднесені до групи із задовільним рівнем сімейної взаємодії, і 6 сімей (12,0%) – до групи з недостатнім рівнем сімейної взаємодії. Натомість, у родинах, де жінка хворіла на ПШ, до групи із задовільною сімейною взаємодією було віднесено лише 9 сімей (9,0%), тоді як до групи з недостатнім рівнем сімейної взаємодії – 91 сім'я (91,0%).

Родинам із задовільною сімейною взаємодією були притаманні низький рівень конфліктності та високий рівень кооперації подружжя при вирішенні спільних

завдань сім'ї, взаємна підтримка та порозуміння, усвідомлення турботи та виховання дітей в якості найважливішої задачі сім'ї та кожного подружжя, прагнення до розвитку та самостійності дитини.

Для родин із недостатньою сімейною взаємодією були характерні високий рівень конфліктності та агресивності, ігнорування сімейних функцій, недостатня увага до дітей, небажання займатися їхнім вихованням, високий загальний рівень невротизації членів родини.

На підставі даних дослідження, узагальнені предиктори та превентори деформації материнсько-дитячої взаємодії (МДВ), на основі чого встановлено сім основних груп чинників, що визначають актуальний стан материнсько-дитячої взаємодії та обраховано кількісні значення предиктивних та превентивних факторів кожної групи (табл. 1).

Виявлені закономірності надали можливість обґрунтування та розробки комплексної системи психокорекції порушень МДВ (рис. 2). Сформульовано її основні принципи, визначено об'єкт втручання, мету психокорекційних заходів, основні мішені корекційних впливів і запропоновано п'ятиетапну систему корекційних заходів, що складається з стабілізаційного, партнерського, інтеграційного, дитячого та сімейного етапів.

Таблиця 1

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

<i>чинники</i>	<i>предиктори деформації МДВ</i>	<i>превентори деформації МДВ</i>
1	2	3
1. Клініко-психопатологічний статус жінки	Клінічно несприятливий перебіг захворювання на ПШ: - нестійкі короткочасні ремісії, тривалі періоди екзацерації, низький клінічний ефект антипсихотичної терапії; - 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).	Клінічно сприятливий перебіг захворювання на ПШ: - тривалі і стійкі ремісії, адекватна реакція на антипсихотичну терапію, висока ефективність лікування на позагоспітальному етапі, висока чутливість до біологічної (нейролептичної) терапії; - низькі показники виразності (непсихотичного рівня) продуктивної, негативної та загальної симптоматики шизофренії; - відсутність вираженого шизофренічного дефекту особистості.
прогноз (за балами шкали PANSS)		
	<i>ймовірно несприятливий: 107-113 несприятливий: > 113</i>	<i>сприятливий: < 102 вірно сприятливий: 102-106</i>

Продовження табл. 1

1	2	3
2. Психоемоційний стан чоловіка	<p>Наявність ознак розладів адаптації, депресивних або тривожно-депресивних проявів, невротизації:</p> <ul style="list-style-type: none"> - клінічна симптоматика депресивних або тривожних розладів; - високі показники за шкалами депресії і тривоги. 	<p>Відсутність або незначна виразність депресивних і тривожно-депресивних проявів та ознак невротизації:</p> <ul style="list-style-type: none"> - відсутність клінічної депресивної та тривожної симптоматики; - низькі та помірні показники за шкалами депресії і тривоги.
	<p>прогноз (за балами шкали реактивної тривожності Ч. Д. Спілбергера – Ю. Л. Ханіна)</p>	
	<p><i>ймовірно несприятливий: 42-49; несприятливий: > 49</i></p>	<p><i>сприятливий: < 35; ймовірно сприятливий: 35-42</i></p>
3. Психосоціальне функціонування жінки і чоловіка	<p>Неконструктивні та дисфункціональні варіанти ставлення до захворювання та лікування, недостатня підтримка з боку сім'ї:</p> <ul style="list-style-type: none"> - драматизуючий або негативний типи ставлення сім'ї до ПШ; - неконструктивний варіант ставлення родичів до лікування; - низький або обмежений рівень ресурсу сімейної підтримки. 	<p>Конструктивні та адаптивні варіанти ставлення до захворювання та лікування:</p> <ul style="list-style-type: none"> - адекватний тип ставлення сім'ї до захворювання на ПШ; - підтримуючий варіант ставлення родичів до лікування; - високий рівень ресурсу сімейної підтримки.
	<p>Погіршення соціального функціонування:</p> <ul style="list-style-type: none"> - низький рівень якості життя; - високий рівень сімейної тривожності; - низькі показники соціальної підтримки сім'ї, друзів та значущих інших. 	<p>Задовільний рівень соціального функціонування:</p> <ul style="list-style-type: none"> - високий рівень якості життя; - низький рівень сімейної тривожності; - високі показники соціальної підтримки сім'ї, друзів та значущих інших.
	<p>прогноз (за балами ресурсу сімейної підтримки шкали структурованого інтерв'ю для оцінки ресурсу сімейної підтримки пацієнта)</p>	
	<p><i>ймовірно несприятливий: 20-26; несприятливий: < 20</i></p>	<p><i>сприятливий: > 32 ймовірно сприятливий: 27-32</i></p>

Продовження табл. 1

1	2	3
4. Психологічний статус дитини та її оцінка сімейної ситуації	Ознаки порушень психологічного статусу дитини: - емоційний дискомфорт; - почуття самотності; - депресивний настрій; - почуття неповноцінності; - відсутність почуття єднання з родиною; - почуття відторгненості; - незадоволена афіліативна потреба.	Ознаки нормального психологічного статусу дитини: - нормальний емоційний стан; - контактність; - самоповага і адекватне сприйняття себе і свого місця в родині; - сприйняття єдності і цілісності родини; - почуття захищеності.
	прогноз (бали за шкалою «Сприятлива сімейна ситуація» методики «Кінетичний малюнок сім'ї»)	
	<i>ймовірно несприятливий: 0,4-0,6 несприятливий: < 0,4</i>	<i>сприятливий: > 1,1 ймовірно сприятливий: 0,7-1,1</i>
5. Дитячо-батьківська взаємодія	Ознаки порушень дитяче-батьківської взаємодії: - конфліктність або усамітнення дитини; - пригнічення дитини; - недостатній рівень кооперативної взаємодії та поваги до дитини.	Ознаки нормальної дитяче-батьківської взаємодії: - кооперативність і взаєморозуміння в родині; - відсутність пригнічення дитини; - високий рівень поваги до дитини і її розвитку.
	прогноз (за інтегральним показником батьківсько-дитячої взаємодії за методикою PARI)	
	<i>ймовірно несприятливий: 12-20; несприятливий: < 12</i>	<i>сприятливий: > 29; ймовірно сприятливий: 21-29</i>
6. Подружня взаємодія	Ознаки порушень подружньої взаємодії: - подружні конфлікти; - неухважність чоловіка до дружини.	Ознаки нормальної подружньої взаємодії: - низька конфліктність; - достатня увага чоловіка до дружини.
	прогноз (за інтегральним показником подружньої взаємодії за методикою PARI)	
	<i>ймовірно несприятливий: 32-39; несприятливий: > 39</i>	<i>сприятливий: < 22 балів; ймовірно сприятливий: 22-31</i>
7. Сімейна взаємодія	Ознаки системного порушення сімейної взаємодії: - недостатнє взаєморозуміння і взаємопідтримка подружжя; - неухважність до дитини, небажання враховувати її інтереси, нехтування і пригнічення її потреб.	Ознаки гармонійної сімейної взаємодії: - високий рівень взаєморозуміння і взаємопідтримки подружжя; - достатній рівень уваги до дитини, повага до її інтересів, прагнення розвитку.
	прогноз (за інтегральним показником сімейної взаємодії за методикою PARI)	
	<i>ймовірно несприятливий: 13-28; несприятливий: < 13</i>	<i>сприятливий: > 48; ймовірно сприятливий: 29-48</i>

I етап – стабілізаційний. Психокорекційні впливи на цьому етапі провадилися щодо жінки, яка хворіла на ПШ. Метою даного етапу було створення психологічних передумов для подальшого психокорекційного впливу в рамках сімейної терапії.

Структура заходів на цьому етапі включала комплекс психотерапевтичних заходів. Психотерапевтичні заходи включали індивідуальну психотерапію, зокрема, тренінг комунікативних навичок, формування та підтримання належного рівня соціального і родинного функціонування. На етапі екзацерації захворювання індивідуальна психотерапія була спрямована на створення спокійної і доброзичливої атмосфери, формування довірчих відносин між пацієнтом та лікарем, досягнення високого рівня комплаєнсу і готовності пацієнтки до подальшої співпраці. На етапі формування ремісії індивідуальна психотерапія

включала психоосвітні заходи, спрямовані на усвідомлення і прийняття пацієнткою факту психічного захворювання і пов'язаних з цим обмежень і лікувально-реабілітаційних заходів, обговорення шляхів подолання наслідків психічного розладу. Когнітивно-поведінкова терапія на цьому етапі була спрямована на корекцію основних дисфункціональних переконань і хибних психологічних установок, патологічних форм поведінки, а також на формування адекватних і конструктивних моделей поведінки, включаючи моделі взаємодії з мікросоціальним оточенням. Групова психотерапія на цьому етапі проводилася у складі спеціальних груп, що склалися з жінок, хворих на ПШ, і включала обговорення основних проблем, з якими стикалися хворі, а також тренінг соціальних навичок і когнітивних функцій.

Критерієм ефективності була готовність жінки до проведення подальших корекційних заходів щодо нормалізації материнсько-дитячої взаємодії.

II етап – партнерський. Передбачав роботу з чоловіком, дружина якого хворіє на ПШ. Метою даного етапу була нормалізація психічного стану чоловіка, надання чоловікові необхідної інформації щодо особливостей

перебігу ПШ, правил поведінки у спілкуванні з хворою, шляхів налагодження міжособистісних контактів, особливостей реагування хворих на ПШ, корекція неконструктивних форм поведінки та дезадаптивного ставлення до захворювання, підготовка до корекції сімейної дисфункції.



Рис. 2. Структура і змістове наповнення системи комплексної психокорекції, спрямованої на оптимізацію дитяче-батьківської взаємодії в родинах жінок, хворих на параноїдну шизофренію

Структура заходів на цьому етапі включала індивідуальну та групову психотерапію. Індивідуальна психотерапія включала заходи з психоосвіти та тренінги міжособистісної комунікації. Кількість сеансів – від 4 до 10, в залежності від рівня освіченості, комплаєнтності, динаміки позитивних змін тощо. Групова психотерапія проводилася у спеціалізованих групах, що склалися з родичів психічно хворих і включала обговорення основних проблем та труднощів, з якими стикалися родичі хворих на ПШ, особливостей спілкування з хворими, шляхів виходу з конфліктних ситуацій і т.п. Групові заняття проводилися 1-2 рази на тиждень. Загальна кількість – 4-5 занять.

Орієнтовна тривалість цього етапу – 1 місяць. Заходи II етапу можуть проводитися одночасно з психотерапевтичними заходами I етапу.

III етап – інтеграційний. Заходи цього етапу були розраховані на спільну психотерапевтичну роботу жінки, яка хворіє на ПШ, та її чоловіка. На першому, індивідуальному, занятті проводилася підготовка до спільної психотерапевтичної роботи, визначалися основні цілі та мішені психотерапевтичного втручання, розроблялася тактика психотерапії. Подальші, спільні

заняття проводилися 1-2 рази на тиждень (всього від 10 до 20 занять, в залежності від динаміки психотерапевтичного процесу і досягнутих результатів) протягом 2-3 місяців. Під час заняття, що тривало 1 годину, обговорювалися причини подружньої дисфункції у сім'ях хворих на ПШ і шляхи її подолання, моделювалися основні проблемні ситуації, обговорювалися можливі варіанти вирішення конфліктів.

Структура заходів цього етапу включала психоосвітні заходи, що доводили до подружніх пар у доступній формі інформацію щодо причин, етіопатогенетичних механізмів ПШ, шляхів зменшення її несприятливих наслідків; а також сімейну психотерапію, що передбачала визначення сімейного діагнозу, особливостей взаємодії членів сім'ї, аналіз порушень причин сімейної взаємодії, механізмів внутрішньосімейних конфліктів та шляхів їх усунення, формування стійкого терапевтичного ефекту. Проблемо-вирішальна сімейна терапія передбачала пошук шляхів розв'язання проблем через реконструкцію дисфункціональних моделей сімейної взаємодії. Сімейна поведінкова терапія була спрямована на дезактуалізацію неконструктивних форм сімейної взаємодії і формування

адекватних родинних відносин із їх подальшою фіксацією у процесі сімейного функціонування. На цьому етапі також проводилися групові психотерапевтичні сеанси у спеціалізованих групах, що склалися з жінок, хворих на ПШ та їхніх чоловіків. Під час сеансів обговорювалися основні проблеми, з якими стикаються родини хворих на ПШ в процесі сімейної взаємодії. Кількість сеансів складала від 3 до 5, тривалість кожного сеансу складала приблизно 1 годину.

IV етап – дитячий. Заходи цього етапу були орієнтовані на дитину і чоловіка хворої на ПШ. Перше заняття, яке проводилося з дитиною (без участі батька), було спрямоване на усунення емоційного дискомфорту, почуття самотності, депресивного настрою, почуття неповноцінності у дитини, відсутності почуття єднання з родиною, почуття відторгненості, незадоволеної афіліативної потреби. На наступних заняттях, які проводилися спільно з батьком і дитиною (дітьми) проводилися заходи з відновлення та стабілізації батьківсько-дитячої взаємодії. Застосовувалися методики моделювання, обговорення ситуацій, поведінкової корекції.

Тривалість цього етапу – 2-3 тижні, заняття проводяться двічі на тиждень. Загальна кількість занять – 5-10.

V етап – сімейний. На цьому етапі психотерапевтичні заходи охоплювали всіх суб'єктів: жінку, хвору на ПШ, її чоловіка та дітей. Заняття проводяться щотижня або двічі на тиждень, загальна кількість занять – 5-10, тривалість курсу 1-2 місяці. Перше заняття проводиться з батьками і присвячене обговоренню особливостей родинної взаємодії, наявних проблем у відносинах з дитиною і тактики психокорекції. В подальшому заняття проводяться у повному складі (жінка, чоловік та діти) і включають обговорення сімейних ситуацій та шляхів подолання конфліктів, формування адекватного ставлення до дитини з боку батьків, моделювання конструктивних форм поведінки.

Загальна тривалість корекційного курсу складала 4-6 місяців.

Проведена оцінка ефективності запропонованої системи комплексної корекції материнсько-дитячої взаємодії відповідно до принципів доказової медицини з використанням опитувальника «Вимірювання батьківських установок та реакцій», виявила значуще високу ефективність запропонованої схеми відносно основних сфер дитяче-батьківської взаємодії. Запропоновані заходи також дозволили покращити стан реалізації ключових сімейних функцій: господарсько-побутових, подружніх та у сфері ставлення, що свідчить про покращення мікросоціальної адаптації та соціального функціонування.

Аналіз інтегральних показників подружньої, батьківсько-дитячої та сімейної взаємодії також переконливо засвідчив високу ефективність запропонованої системи комплексної корекції. Так, серед родин, які пройшли повний курс комплексної психологічної корекції, відбулося суттєве зростання питомої ваги сімей із задовільним рівнем подружньої взаємодії: з 8,7% до 34,8%, із задовільним рівнем батьківсько-дитячої взаємодії: з 15,2% до 51,2%, і покращення сімейної взаємодії в цілому: з 6,5% до 32,6%,

тоді як у сім'ях, які не пройшли корекцію, показники не зазнали значущих змін.

Висновки

Встановлено, що важкість та структура психотичної симптоматики шизофренії у матері визначає особливості психологічного стану дитини та викривлення її сприйняття сімейної ситуації та батьківсько-дитячих стосунків. При переважанні в структурі параноїдної шизофренії у матері продуктивної симптоматики, у дітей спостерігається емоційна лабільність, дратівливість, підвищена тривожність, боязкість, плаксивість. При переважанні у клініці негативної симптоматики – утруднення у налагодженні неформальних контактів, емоційна холодність, знижений настрій, апатія і неадекватність емоційних реакцій.

Обґрунтовано й розроблено систему комплексної психокорекції, спрямовану на оптимізацію батьківсько-дитячої та сімейної взаємодії в родинних жінках, хворих на параноїдну шизофренію. Система містить п'ять етапів (стабілізаційний, партнерський, інтеграційний, дитячий та сімейний), кожен з яких має специфічні мішені, мету, зміст, засоби і ефекти психокорекційного впливу. Оцінка ефективності запропонованої системи комплексної психокорекції батьківсько-дитячої взаємодії, виявила значуще високу ефективність запропонованої схеми відносно усіх сфер материнсько-дитячої, подружньої та сімейної взаємодії з покращенням показників психосоціального функціонування хворої жінки, її чоловіка та дітей.

Розроблена система комплексної психокорекції впроваджена в практику роботи КЗОЗ «Обласний психоневрологічний диспансер» (м. Харків) (акт впровадження від 21.12.2016), психіатричного відділення Закарпатського обласного наркологічного диспансеру (акт впровадження від 28.12.2016), психоневрологічного відділення Хустської районної поліклініки (акт впровадження від 23.12.2016), Вільшанської обласної психіатричної лікарні (акт впровадження від 26.12.2016), Полтавської обласної клінічної психіатричної лікарні ім. О. Ф. Мальцева (акт впровадження від 17.01.2017). Отримані дані застосовуються в навчальному процесі кафедри психіатрії, а також кафедри сексології, медичної психології, медичної та психологічної реабілітації Харківської медичної академії післядипломної освіти МОЗ України.

Практичні рекомендації

1. З огляду на те, що в родинних, де жінка хворіє на ПШ, батьківсько-дитяча взаємодія страждає облігатно, рекомендовано приділяти увагу стану батьківсько-дитячих стосунків і психологічному стану дитини, та визначати лікувально-реабілітаційну тактику у міжнародний період перебігу ПШ у жінки, з урахуванням даної інформації.

2. Психодіагностика стану батьківсько-дитячої взаємодії має здійснюватися на основі проективної 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 в залежності від кількісних показників.

3. Психологічна корекція батьківсько-дитячої взаємодії в родинях, де мати хворіє на ПШ, повинна мати

комплексний характер і здійснюватися у чітко визначеній послідовності, з залученням усіх членів родини (матір, батько, дитина).

Література / References

- Dryuchenko, M.O. (2016). Features of interaction in the mother-child system in families where the mother is suffering from schizophrenia. *Ukrainian Herald of Psychoneurology*, № 24, 3 (88), 51 - 55. [In Ukrainian]
- Дрюченко, М. О. (2016). Особливості взаємодії у системі мати-дитина в родинях, де мати хворіє на шизофренію. *Український вісник психоневрології*, №24, 3 (88), 51 - 55.
- Dryuchenko, M.O. (2016). Comprehensive treatment of paranoid schizophrenia and correction of mother-child interaction in families where the mother suffers from schizophrenia: general principles and peculiarities. *Medical Psychology*, № 3 (43), 68 - 72. [In Ukrainian]
- Дрюченко, М. О. (2016). Комплексне лікування параноїдної шизофренії та корекції материнсько-дитячої взаємодії у родинях, де мати страждає на шизофренію: загальні засади і специфічні особливості. *Медична психологія*, № 3 (43), 68 - 72.
- Dryuchenko, M.O. (2016). Peculiarities of clinical and psychopathological symptoms of paranoid schizophrenia in women in the context of their influence on the state of mother-child interaction. *Medical Psychology*, № 4 (44), 78 - 84. [In Ukrainian]
- Дрюченко, М. О. (2016). Особливості клініко-психопатологічної симптоматики параноїдної шизофренії у жінок в контексті їх впливу на стан материнсько-дитячої взаємодії. *Медична психологія*, № 4 (44), 78 - 84.
- Dryuchenko, M.O. (2016). Features of the psycho-emotional state of men, women who are ill with paranoid schizophrenia. *Bulletin of scientific researches*, № 4, 93 - 97. [In Ukrainian]
- Дрюченко, М. О. (2016). Особливості психоемоційного стану чоловіків, жінки яких хворіють на параноїдну шизофренію. *Вісник наукових досліджень*, № 4, 93 - 97.
- Driuchenko, M. (2016). Relationship between quality of life of men who's wives suffer from the paranoid schizophrenia, and features its clinical-psychopathological manifestations. *Journal of Education, Health and Sport*, vol. 6 (9), 993 - 1003.
- Driuchenko, M. (2016). Specifics of family relations and emotional relationships in families of the women with paranoid schizophrenia. *Journal of Education, Health and Sport*, vol. 6 (10), 810 - 820.
- Dryuchenko, M.O., Markova, M.V. (2017). The state of marital and child-parent interaction in the structure of the family functioning of women suffering from paranoid schizophrenia. *Science Rise: Medical Science*, No. 1 (9), 39-48. [In Ukrainian]
- Дрюченко, М. О., Маркова, М. В. (2017). Стан подружньої та дитяче-батьківської взаємодії в структурі сімейного функціонування жінок, хворих на параноїдну шизофренію. *Science Rise: Medical Science*, № 1 (9), 39 - 48.