

19. Shanafelt, T. Validation of a new prognostic index for patients with chronic lymphocytic leukemia [Text] / T. Shanafelt, G. Jenkins, T. Call, C. S. Zent, S. Slager, D. A. Bowen et. al. // *Cancer*. – 2009. – Vol. 115, Issue 2. – P. 363–372. doi: 10.1002/cncr.24004
20. Hamblin, T. Unmutated Ig V (H) genes are associated with a more aggressive form of chronic lymphocytic leukemia [Text] / T. Hamblin, Z. Davis, A. Gardiner, D. G. Oscier, F. K. Stevenson // *Blood*. – 1999. – Vol. 94, Issue 6. – P. 1848–1854.
21. Dohner, H. Genomic aberrations and survival in chronic lymphocytic leukemia [Text] / H. Dohner, S. Stilgenbauer, A. Benner, E. Leupolt, A. Kröber, L. Bullinger et. al. // *The New England Journal of Medicine*. – 2000. – Vol. 343, Issue 26. – P. 1910–1916. doi: 10.1056/nejm200012283432602
22. Del Principe, M. Clinical significance of bax/bcl-2 ratio in chronic lymphocytic leukemia [Text] / M. Del Principe, M. Dal Bo, T. Bittolo, F. Buccisano, F. M. Rossi, A. Zucchetto et. al. // *Haematologica*. – 2015. – Vol. 101, Issue 1. – P. 77–85. doi: 10.3324/haematol.2015.131854
23. Hallek, M. Guidelines for the diagnosis and treatment of chronic lymphocytic leukemia: a report from the International Workshop on Chronic Lymphocytic Leukemia updating the National Cancer Institute-Working Group 1996 guidelines [Text] / M. Hallek, B. Cheson, D. Catovsky, F. Caligaris-Cappio, G. Dighiero, H. Dohner et. al. // *Blood*. – 2008. – Vol. 111, Issue 12. – P. 5446–5456. doi: 10.1182/blood-2007-06-093906
24. Pflug, N. Development of a comprehensive prognostic index for patients with chronic lymphocytic leukemia [Text] / N. Pflug, J. Bahlo, T. Shanafelt, B. F. Eichhorst, M. A. Bergmann, T. Elter et. al. // *Blood*. – 2014. – Vol. 124, Issue 1. – P. 49–62. doi: 10.1182/blood-2014-02-556399
25. Wierda, W. Multivariable model for time to first treatment in patients with chronic lymphocytic leukemia [Text] / W. Wierda, S. O'Brien, X. Wang, S. Faderl, A. Ferrajoli, K.-A. Do et. al. // *Journal of Clinical Oncology*. – 2011. – Vol. 29, Issue 31. – P. 4088–4095. doi: 10.1200/jco.2010.33.9002
26. Tam, C. A new prognostic score for CLL [Text] / C. Tam, J. Seymour // *Blood*. – 2014. – Vol. 124, Issue 1. – P. 1–2. doi: 10.1182/blood-2014-05-575407
27. Kutsch, N. The international Prognostic Index for patients with CLL (CLL-IPi): An international meta-analysis [Text] / N. Kutsch, J. Bahlo, J. Byrd et. al. // *Journal of Clinical Oncology*. – 2015. – Vol. 33. – Available at: <http://meetinglibrary.asco.org/content/146941-156>

*Рекомендовано до публікації д-р мед. наук, професор Виговська Я. І.  
Дата надходження рукопису 28.12.2016*

**Виговська Ольга Ярославівна**, молодший науковий співробітник, лікар-гематолог, відділення гематології з лабораторною групою, ДУ «Інститут патології крові та трансфузійної медицини НАМН України», вул. Генерала Чупринки, 45, м. Львів, Україна, 79044  
E-mail: oljavygovska@gmail.com

УДК 616.895.87-055.52:616-056.2./76

DOI: 10.15587/2519-4798.2017.91242

## СТАН ПОДРУЖНЬОЇ ТА ДИТЯЧЕ-БАТЬКІВСЬКОЇ ВЗАЄМОДІЇ В СТРУКТУРІ СІМЕЙНОГО ФУНКЦІОНУВАННЯ ЖІНОК, ХВОРИХ НА ПАРАНОЇДНУ ШИЗОФРЕНІЮ

© М. О. Дрюченко, М. В. Маркова

*З метою аналізу особливостей подружньої і дитяче-батьківської взаємодії як складових родинного функціонування жінок, хворих на параноїдну шизофренію (ПШ), обстежено 100 жінок, хворих на ПШ та їх чоловіків, та 50 звичайних родин. Встановлено суттєвий негативний вплив ПШ на стан усіх рівнів родинного функціонування: подружньої взаємодії, реалізації батьківських функцій та материнсько-дитячої взаємодії. Ці закономірності повинні враховуватися при розробці психокорекційних та профілактичних заходів щодо даного контингенту*

**Ключові слова:** параноїдна шизофренія, мати, подружжя взаємодія, дитяче-батьківські відносини, родинне функціонування

### 1. Вступ

В останні роки наукове й клінічне поле психіатрії та медичної психології все більше уваги приділяє вивченню ролі сім'ї як провідного чинника підтримки фізичного та психічного здоров'я

індивіда, профілактики виникнення та лікування психічних захворювань. Визнається, що рішення більшості клінічних проблем неминуче зачіпає сімейний контекст. Саме родина, а не працівники системи охорони здоров'я, забезпечують щоденну

турботу про потреби психічнохворого і необхідний для одужання режим. Тому сім'я, поряд з самим пацієнтом і мультидисциплінарною бригадою фахівців, розглядається нині як один з активних учасників терапевтичного процесу [1].

## 2. Обґрунтування дослідження

Наявність у жінки захворювання на параноїдну шизофренію (ПШ), кардинальним чином спотворює виконання нею подружніх та материнських функцій [2–6] та змінює функціонування сімейної системи. Функціонування сімей, у яких жінка хворіє на ПШ, характеризується суттєвими порушеннями. Важке психічне захворювання з вираженими порушеннями мислення, емоцій, вольовим дефектом, критичним зниженням енергетичного потенціалу, важкою соціальною дезадаптацією неминуче позначається на стані сімейного функціонування, спричиняючи патологізацію внутрішньосімейних відносин. Однак незважаючи на наявний інтерес із боку як вітчизняних, так і закордонних фахівців, питання про зміст специфічних відмінностей сімейного функціонування родини у випадку захворювання жінки на психічний розлад, залишається відкритим. Дослідження даного аспекту дозволить глибше вивчити реальні внутрішньосімейні відносини в сім'ях психічно хворих жінок, визначити вплив психічного захворювання на усі сфери сімейного функціонування.

Найважливішими рівнями сімейного функціонування є подружній та батьківсько-дитячий. Порушення сімейного функціонування в родинях, де мати хворіє на ПШ, неминуче призводить до погіршення взаємодії саме цих рівнів, зумовлюючи невиконання базових функцій сім'ї.

## 3. Мета дослідження

Проаналізувати стан подружньої та дитяче-батьківської взаємодії як складових сімейного функціонування в родинях жінок, хворих на ПШ, для встановлення можливих мішеней їх психокорекції.

## 4. Контингент, матеріали і методи дослідження

На базі психіатричного відділення Закарпатського обласного наркологічного диспансеру протягом 2014–2016 рр. обстежено 100 жінок, хворих на ПШ, та їх чоловіків (основна група, ОГ). Жінки були у віці від 25 до 40 років (середній вік –  $31,6 \pm 3,1$  років), тривалість захворювання складала від 2-х до 15-ти років (середня тривалість –  $8,0 \pm 3,3$  років). Вік чоловіків, в середньому не перевищував діапазону 7-ти років між ними та дружинами ( $35,9 \pm 4,8$  років). В якості групи порівняння (ГП) обстежено 50 звичайних родин (середній вік здорових жінок –  $32,6 \pm 3,8$  років, їхніх чоловіків –  $35,7 \pm 3,9$  років).

Жінки були обстежені за допомогою клініко-психопатологічного та психодіагностичного, чоловіки – клініко-психологічного та психодіагностичного методів.

Для оцінки стану подружнього й батьківсько-дитячого рівнів сімейної взаємодії було використано методику вивчення батьківських установок Parental Attitude Research Instrument – PARI [7]. 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 [8].

Статистична обробка даних дослідження [9] 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».

## 5. Результати дослідження

У дослідженні були виявлені суттєві порушення реалізації батьківських функцій у родинях, де мати хворіє на ПШ (табл. 1, 2).

Таблиця 1

Показники за «Шкалою вимірювання батьківських установок і реакцій» у жінок, хворих на ПШ, у порівнянні з психічно здоровими жінками

| Параметр оцінки  | Здорові жінки, $M \pm m$ , бали | Хворі жінки, $M \pm m$ , бали | p     |
|--|---------------------------------|-------------------------------|-------|
| 1  | 2                               | 3                             | 4     |
| 1. Вербалізація (надання можливості дитині висловитися)            | $18,3 \pm 3,2$                  | $9,2 \pm 1,9$                 | <0,01 |
| 2. Надмірна турбота (оберігання від труднощів)                     | $13,40 \pm 1,5$                 | $8,7 \pm 2,5$                 | <0,01 |
| 3. Залежність від сім'ї (обмеження матері роллю домогосподарки)    | $12,2 \pm 2,6$                  | $11,2 \pm 2,3$                | <0,05 |
| 4. Пригнічення волі дитини   | $9,3 \pm 1,9$                   | $11,9 \pm 3,6$                | <0,01 |
| 5. Жертовність батьків   | $13,1 \pm 2,3$                  | $9,9 \pm 3,1$                 | <0,01 |
| 6. Опасання образити   | $16,8 \pm 2,5$                  | $6,3 \pm 1,2$                 | <0,01 |
| 7. Подружні конфлікти  | $9,3 \pm 2,4$                   | $19,6 \pm 0,5$                | <0,01 |
| 8. Суворість батьків   | $10,1 \pm 2,8$                  | $15,8 \pm 3,4$                | <0,01 |
| 9. Дратівливість батьків   | $9,2 \pm 1,9$                   | $15,4 \pm 4,0$                | <0,01 |
| 10. Виключення позасімейних впливів (залежність дитини від матері) | $12,2 \pm 1,1$                  | $10,0 \pm 2,3$                | <0,01 |

Продовження таблиці 1

| 1  | 2        | 3        | 4     |
|--|----------|----------|-------|
| 11. Надавторитет батьків   | 12,6±1,5 | 9,6±1,9  | <0,01 |
| 12. Пригнічення агресивності дитини  | 10,4±2,2 | 8,5±3,1  | <0,01 |
| 13. Незадоволеність роллю господарки (мучеництво батьків)                    | 13,4±2,3 | 14,7±2,4 | <0,01 |
| 14. Партнерські відносини (рівність батьків і дитини)                        | 16,2±2,7 | 6,7±1,9  | <0,01 |
| 15. Заохочення активності дитини   | 15,1±3,5 | 6,5±1,2  | <0,01 |
| 16. Ухилення від конфлікту (уникнення спілкування з дитиною)                 | 9,3±1,5  | 16,4±1,9 | <0,01 |
| 17. Байдужість чоловіка (неуважність чоловіка до жінки)                      | 11,6±1,1 | 18,8±1,6 | <0,01 |
| 18. Пригнічення сексуальності дитини   | 9,6±1,6  | 13,8±2,4 | <0,01 |
| 19. Домінування матері   | 10,2±2,2 | 5,7±0,9  | <0,01 |
| 20. Нав'язливість батьків, втручання у світ дитини                           | 7,9±1,8  | 6,3±1,1  | <0,01 |
| 21. Товариські відносини між батьками і дітьми                               | 16,4±2,3 | 6,0±1,0  | <0,01 |
| 22. Прагнення прискорити розвиток дитини                                     | 16,2±2,4 | 6,4±1,1  | <0,01 |
| 23. Несамостійність матері (потреба у сторонній допомозі у вихованні дитини) | 11,2±1,3 | 19,5±1,1 | <0,01 |

Таблиця 2

Показники за «Шкалою вимірювання батьківських установок і реакцій» у чоловіків, дружини яких хворіють на ПШ, у порівнянні з чоловіками психічно здорових дружин

| Параметр оцінки  | Чоловіки здорових жінок, M±m, бали | Чоловіки хворих жінок, M±m, бали | p     |
|--|------------------------------------|----------------------------------|-------|
| 1. Вербалізація (надання можливості дитині висловитися)                      | 14,2±2,0                           | 8,6±1,5                          | <0,01 |
| 2. Надмірна турбота (оберігання від труднощів)                               | 11,8±1,1                           | 8,9±2,4                          | <0,01 |
| 3. Залежність від сім'ї  | 10,7±2,3                           | 7,5±1,1                          | <0,01 |
| 4. Пригнічення волі дитини   | 8,2±1,8                            | 15,2±2,2                         | <0,01 |
| 5. Жертовність батьків   | 9,5±1,5                            | 6,6±1,2                          | <0,01 |
| 6. Опасання образити   | 15,3±3,5                           | 10,3±2,5                         | <0,01 |
| 7. Подружні конфлікти  | 8,0±2,1                            | 18,8±1,8                         | <0,01 |
| 8. Суворість батьків   | 10,7±2,4                           | 17,3±2,7                         | <0,01 |
| 9. Дратівливість батьків   | 10,0±2,1                           | 17,4±3,7                         | <0,01 |
| 10. Виключення позасімейних впливів (залежність дитини від матері)           | 10,6±2,1                           | 15,4±3,1                         | <0,01 |
| 11. Надавторитет батьків   | 11,5±1,2                           | 12,5±3,7                         | <0,05 |
| 12. Пригнічення агресивності дитини  | 9,1±1,6                            | 15,3±3,3                         | <0,01 |
| 13. Незадоволеність побутовою роллю (мучеництво батьків)                     | 9,7±1,6                            | 9,7±2,8                          | <0,05 |
| 14. Партнерські відносини (рівність батьків і дитини)                        | 14,4±2,1                           | 6,4±1,1                          | <0,01 |
| 15. Заохочення активності дитини   | 14,5±2,6                           | 8,7±2,1                          | <0,01 |
| 16. Ухилення від конфлікту (уникнення спілкування з дитиною)                 | 9,4±1,88                           | 15,9±3,1                         | <0,01 |
| 17. Байдужість чоловіка (неуважність чоловіка до жінки)                      | 11,4±1,2                           | 16,9±2,6                         | <0,01 |
| 18. Пригнічення сексуальності дитини   | 8,4±1,9                            | 15,5±3,7                         | <0,01 |
| 19. Домінування матері   | 11,2±1,3                           | 6,6±1,2                          | <0,01 |
| 20. Нав'язливість батьків, втручання у світ дитини                           | 9,4±1,6                            | 14,3±2,3                         | <0,01 |
| 21. Товариські відносини між батьками і дітьми                               | 15,6±3,5                           | 9,6±3,1                          | <0,01 |
| 22. Прагнення прискорити розвиток дитини                                     | 16,3±2,7                           | 8,9±1,7                          | <0,01 |
| 23. Несамостійність матері (потреба у сторонній допомозі у вихованні дитини) | 10,9±2,3                           | 18,9±1,8                         | <0,01 |

Дослідження типів батьківського виховання виявило, що у сім'ях, де мати хворіє на ПШ, переважають дисгармонійні типи, причому це стосується не лише власне хворої, але й її чоловіка (рис. 1).

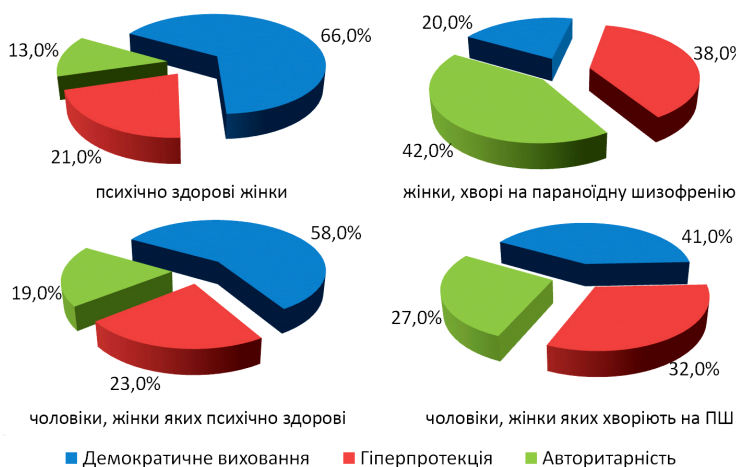


Рис. 1. Структура типів виховання у членів родин, де мати хворіє на ПШ, у порівнянні з родинами психічно здорових осіб

Надзвичайно важливим для комплексної оцінки порушень родинного функціонування є аналіз особливостей ставлення батьків до сімейної ролі. Основними функціями, що характеризують це ставлення, є господарсько-побутові (організація побуту сім'ї), подружні (пов'язані з моральною, емоційною підтримкою, організацією дозвілля, створенням умов для розвитку особистості – власної та партнера), та ставлення (такі, що забезпечують виховання дітей).

При дослідженні особливостей ставлення батьків до сімейної ролі в сім'ях, де мати хворіє на ПШ, були виявлені важливі закономірності (рис. 2).

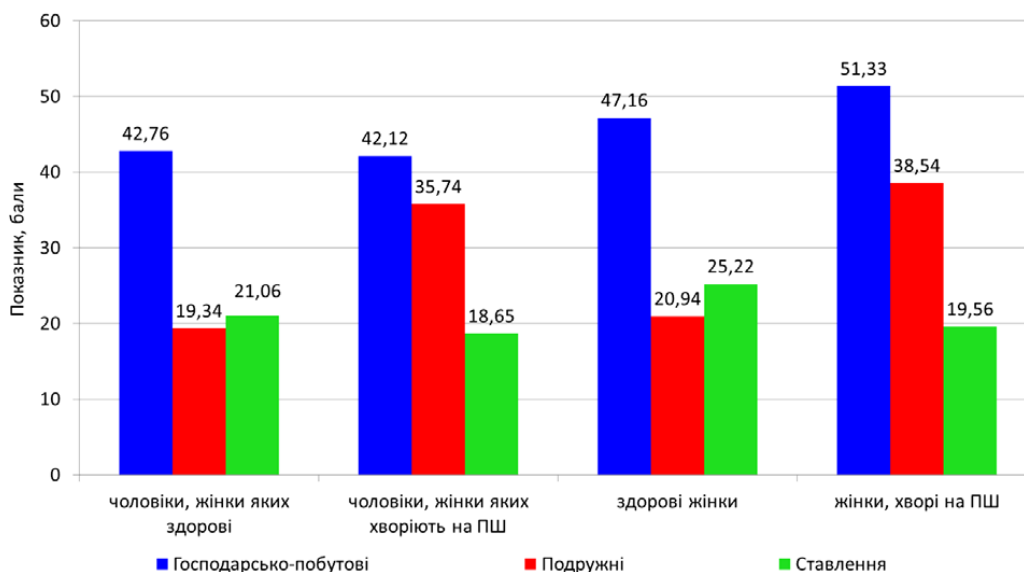


Рис. 2. Середні показники за групами господарсько-побутових, подружніх функцій та ставлення у членів родин, де мати хворіє на параноїдну шизофренію, у порівнянні з родинами психічно здорових осіб

З урахуванням особливої важливості подружньої функції для забезпечення повноцінного родинного функціонування, її реалізація була оцінена нами за інтегральним показником, що складався з суми кількісних показників за шкалами «Подружні конфлікти» та «Байдужість чоловіка (неуважність чоловіка до жінки)» Шкали вимірювання батьківських установок і реакцій. Даний інтегральний показник може вважатися адекватним кількісним інструментом для оцінки ступеню порушення реалізації подружньої функції [10].

За даними аналізу кількісних показників оцінки подружньої функції: середнє значення  $31,47 \pm 8,79$  балів, медіана 36,0 балів, інтерквартильний діапазон 22,0–39,0 балів, нами було виділено дві групи за рівнем показника. До першої групи – із задовільним рівнем реалізації подружньої функції – були віднесені особи з показником до 31,5 балів. До другої групи – з недостатнім рівнем реалізації подружньої функції – були віднесені особи з показником 31,5 бал і вище. Для загальної оцінки стану подружньої взаємодії у родині нами запропоновано використовувати середнє значення інтегрального показника обох членів подружжя. Відповідно, родини із середнім значенням показника до 31,5 бала були віднесені до родин із задовільною реалізацією подружньої функції, а родини зі значенням показника 31,5 бала і більше – до родин із недостатнім рівнем подружньої функції (рис. 3).

Порушення сімейного функціонування виявилося тісно пов'язаним з незадовільним станом батьківсько-дитячої взаємодії. Для кількісного аналізу стану цієї надзвичайно важливої функції нами був запропонований інтегральний показник, що ґрунтується на даних оцінки шкал «Партнерські відносини (рівність батьків і дитини)» та «Товариські відносини між батьками і дітьми» Шкали вимірювання батьківських установок і реакцій.

За даними аналізу сумарного показника за цими шкалами встановлено наступні значення дескриптивної статистики: середнє значення  $20,06 \pm 9,17$  балів, медіана 18,0 балів, інтерквартильний діапазон – 12,0–29,0 балів. Ґрунтуючись на цих даних, нами було запропоновано виділити дві групи родин, аналогічно показнику подружньої взаємодії: до першої групи увійшли родини із задовільною батьківсько-дитячою взаємодією (кількісне значення інтегрального показника понад 20 балів), а до другої групи – родини з недостатньою батьківсько-дитячою взаємодією (кількісне значення показника до 20 балів включно) (рис. 4).

Базуючись на результатах оцінки порушення подружньої взаємодії та батьківсько-дитячої взаємодії нами було запропоновано для загальної кількісної оцінки сімейної взаємодії інтегральний показник порушення сімейної взаємодії, що визначається на підставі показників за цими двома сферами. Сім'ї, в яких принаймні один з комплексних показників подружньої взаємодії або батьківсько-дитячої взаємодії відповідав недостатньому рівню, повинні бути віднесені до сімей з недостатнім рівнем сімейної взаємодії (сім'ї з ознаками деформації сімейної взаємодії). Розподіл обстежених родин за показником сімейної взаємодії наведено на рис. 5.

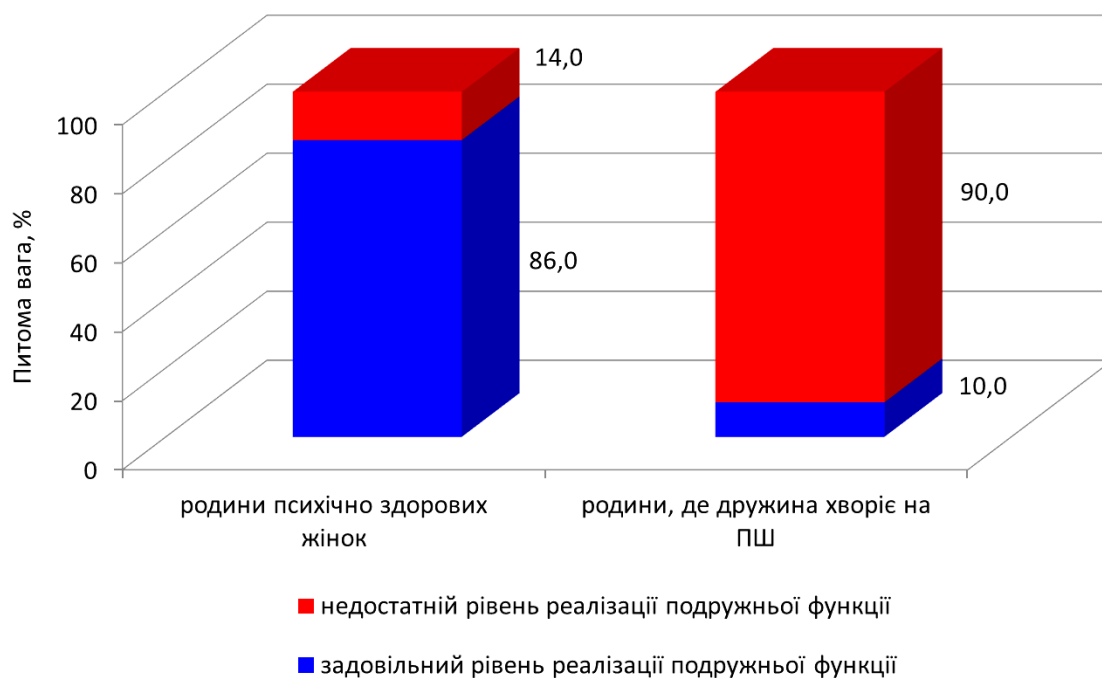


Рис. 3. Структура досліджених груп родин за рівнем реалізації подружньої функції

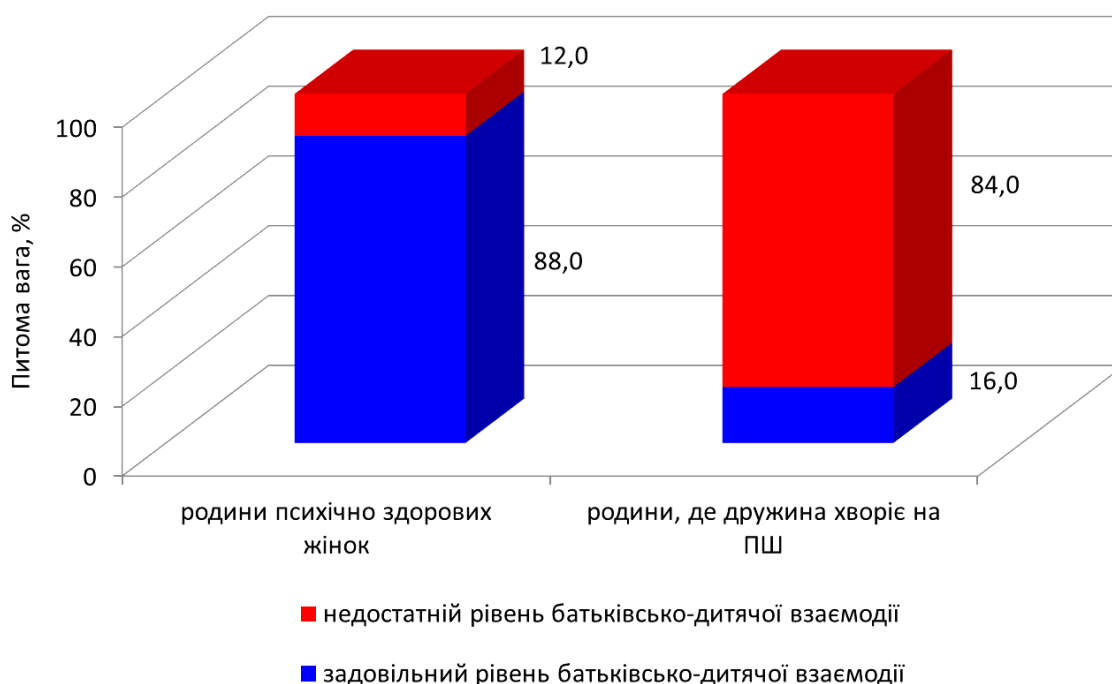


Рис. 4. Структура досліджених груп родин за рівнем батьківсько-дитячої взаємодії

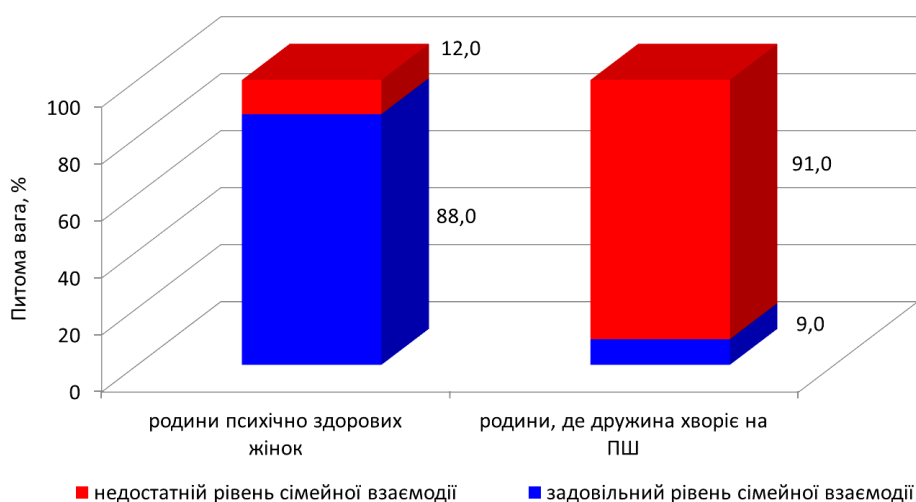


Рис. 5. Структура досліджених груп за рівнем сімейної взаємодії

## 6. Обговорення результатів дослідження

При аналізі особливостей ставлення до сімейної ролі (табл. 1, 2) було виявлено, що у всіх складових цієї сфери жінки, хворі на ПШ, виявили значуще гірші показники. Так, якщо за шкалою «Залежність від сім'ї (обмеження матері роллю домогосподарки)» середнє значення показника у психічно здорових матерів склало  $12,22 \pm 2,60$  балів, то у хворих на ПШ –  $11,22 \pm 2,31$  балів ( $p < 0,05$ ); такі показники відображують незацікавленість хворих турботами сім'ї і небажання перейматися її рамками. Показник за шкалою «Жертовність батьків» у психічно здорових склав  $13,16 \pm 2,33$  балів, тоді як у хворих на ПШ –  $9,94 \pm 3,15$  балів ( $p < 0,01$ ), що відображує ігнорування хворими материнської ролі і може бути проявом загального апато-абулічного синдрому, притаманного цим хворим. Натомість, показник за шкалою «Подружні конфлікти» у хворих на ПШ був суттєво більшим, ніж у здорових:  $19,66 \pm 0,55$  балів проти  $9,32 \pm 2,37$  балів ( $p < 0,01$ ), він відображував загальний патологічний рівень напруження, збудження, підозрливості та маячної симптоматики, притаманних хворим на ПШ. Показник за шкалою «Надавторитет батьків» у здорових жінок склав  $12,06 \pm 1,48$  балів, тоді як у хворих на ПШ –  $9,62 \pm 1,98$  балів ( $p < 0,01$ ); зниження авторитету хворої матері закономірно, як внаслідок неможливості повноцінного виконання нею материнських функцій, так і через намагання чоловіка та інших членів родини мінімізувати контакти дітей з хворими матерями.

Показник за шкалою «Незадоволеність роллю господарки (мучеництво батьків)» у хворих на ПШ були значуще вищими:  $14,79 \pm 2,48$  балів проти  $13,40 \pm 2,32$  балів ( $p < 0,01$ ), що відображувало загальну тенденцію до ігнорування сімейних обов'язків та виконання сімейних ролей, притаманну хворим на шизофренію. Закономірними були суттєво більші значення за шкалою «Байдужість чоловіка (неуважність чоловіка до жінки)» у хворих на ПШ:  $18,88 \pm 1,60$  балів проти  $11,62 \pm 1,18$  балів ( $p < 0,01$ ). Вельми низькими виявилися у хворих на ПШ показники за шкалою «Домінування матері»:  $5,77 \pm 0,93$  балів проти  $10,26 \pm$

$\pm 2,23$  балів у здорових ( $p < 0,01$ ), що є цілком закономірним, з урахуванням особливостей клінічної симптоматики шизофренії (апато-абулічний синдром, аутизація, депресивні прояви, когнітивний дефект). Також закономірними є надзвичайно високі показники у хворих на ПШ за шкалою «Несамостійність матері (потреба у сторонній допомозі у вихованні дитини)»:  $19,55 \pm 1,11$  балів проти  $11,28 \pm 1,39$  балів ( $p < 0,01$ ): важке психічне захворювання або утруднює, або навіть унеможливорює повноцінну реалізацію материнської функції, зокрема, щодо виховання дитини.

Аналогічні закономірності виявлені й у чоловіків. Так, показник за шкалою «Залежність від сім'ї» у чоловіків, жінки яких хворі на ПШ, склав  $7,50 \pm 1,18$  балів проти  $10,78 \pm 2,32$  балів у чоловіків, жінки яких психічно здорові ( $p < 0,01$ ), що відображує прагнення чоловіків психічно хворих жінок відсторонитися від надмірної залежності від сім'ї, ймовірно, внаслідок бажання обмежити спілкування з психічно хворою дружиною. Показник за шкалою «Жертовність батьків» у чоловіків жінок, які хворіють на ПШ, є значуще нижчим, ніж у чоловіків психічно здорових жінок:  $6,06 \pm 1,02$  балів проти  $9,54 \pm 1,57$  балів ( $p < 0,01$ ); такі особливості також відображують прагнення чоловіків у шизофренічних родин дистанціюватися від суб'єктивно неприємних переживань, пов'язаних з виконанням подружніх обов'язків з важко психічно хворою дружиною. Показник за шкалою «Подружні конфлікти» у чоловіків, жінки яких хворіють на ПШ, виявився закономірно більшим:  $18,84 \pm 1,82$  балів проти  $8,00 \pm 2,05$  балів ( $p < 0,01$ ). Натомість, показник за шкалою «Надавторитет батьків» у чоловіків, жінки яких хворіють на ПШ, виявився значуще більшим, ніж у чоловіків психічно здорових жінок:  $12,59 \pm 3,07$  балів проти  $11,52 \pm 1,25$  балів ( $p < 0,05$ ); що, очевидно, відображує прагнення чоловіків у родин хворих взяти на себе виконання частини функцій хворих матерів, та впливати на дітей більшою мірою, ніж психічно хвора матір. Показник за шкалою «Незадоволеність побутовою роллю» у чоловіків, дружини яких хворіють на ПШ, був значуще меншим:  $9,07 \pm 2,08$  балів проти  $9,72 \pm 1,67$  балів ( $p < 0,05$ ), що, на нашу думку, може бути пояснено розумінням чоловіками психічно хворих жінок необхідності виконання частини побутових функцій і усвідомленою готовністю їх до такого виконання. Закономірно високими у чоловіків жінок, хворих на ПШ, виявилися показники за шкалою «Байдужість чоловіка (неуважність чоловіка до жінки)»:  $16,90 \pm 2,67$  балів проти  $11,34 \pm 1,29$  балів ( $p < 0,01$ ), і низькими – за шка-

лами «Домінування матері»:  $6,61 \pm 1,21$  балів проти  $11,32 \pm 1,30$  балів ( $p < 0,01$ ) та «Несамостійність матері (потреба у сторонній допомозі у вихованні дитини)»:  $18,94 \pm 1,81$  балів проти  $10,94 \pm 2,32$  балів ( $p < 0,01$ ).

У кластері «Ставлення батьків до дитини» показники за шкалами, що характеризують оптимальний емоційний контакт, у жінок, хворих на ПШ, були значуще нижчими, ніж у психічно здорових жінок. Так, показник за шкалою «Вербалізація (надання можливості дитині висловитися)» у жінок, хворих на ПШ, склав  $9,22 \pm 1,99$  балів, а у психічно здорових жінок –  $18,28 \pm 3,21$  балів ( $p < 0,01$ ), що відображує особливості психопатологічної симптоматики ПШ (маячення, підозрілість, активна соціальна відстороненість, аутичність, напруженість, психомоторне збудження). Показник за шкалою «Партнерські відносини (рівність батьків і дитини)» у жінок, хворих на ПШ, склав  $6,76 \pm 1,98$  балів проти  $16,26 \pm 2,75$  балів у психічно здорових жінок ( $p < 0,01$ ), що є відображенням загального порушення здатності до кооперації та адекватного соціального функціонування, притаманних шизофренії.

Також цілком закономірними є суттєво нижчі показники за шкалами «Заохочення активності дитини» у жінок, які хворіють на ПШ:  $6,56 \pm 1,29$  балів проти  $15,10 \pm 3,56$  балів ( $p < 0,01$ ) та «Товариські відносини між батьками і дітьми»:  $6,04 \pm 1,01$  балів проти  $16,40 \pm 2,39$  балів ( $p < 0,01$ ), що відображує нездатність хворих на ПШ до формування адекватних батьківських стосунків.

У чоловіків ці закономірності зберігалися. Показник за шкалою «Вербалізація (надання можливості дитині висловитися)» у чоловіків, жінки яких хворіють на ПШ, є значуще нижчими:  $8,06 \pm 1,52$  балів проти  $14,82 \pm 2,08$  балів у чоловіків психічно здорових жінок ( $p < 0,01$ ), за шкалою «Партнерські відносини (рівність батьків і дитини)» – відповідно  $6,40 \pm 1,11$  балів проти  $14,42 \pm 2,04$  балів ( $p < 0,01$ ), за шкалою «Заохочення активності дитини» – відповідно  $8,75 \pm 2,19$  балів проти  $14,52 \pm 2,66$  балів ( $p < 0,01$ ) та за шкалою «Товариські відносини між батьками і дітьми» – відповідно  $9,62 \pm 3,13$  балів проти  $15,62 \pm 3,59$  балів ( $p < 0,01$ ).

Показники за шкалами, що характеризують надмірну емоційну дистанцію батьків з дитиною, у хворих на ПШ жінок та їхніх чоловіків є значуще більшими і свідчать про відсторонення батьків від нормального емоційного спілкування з дитиною. Так, показник за шкалою «Суворість батьків» у жінок, хворих на ПШ, склав  $15,84 \pm 3,47$  балів проти  $10,12 \pm 2,80$  балів у психічно здорових жінок ( $p < 0,01$ ), показник за шкалою «Дратівливість батьків» – відповідно  $15,44 \pm 4,01$  балів проти  $9,22 \pm 1,91$  балів ( $p < 0,01$ ), за шкалою «Ухилення від конфлікту (уникнення спілкування з дитиною)» –  $16,42 \pm 1,92$  балів проти  $9,34 \pm 1,53$  балів ( $p < 0,01$ ). Ці закономірності узгоджуються з особливостями клінічної картини ПШ: емоційною холодністю, байдужістю, аутизмом, апатією, спонтанністю і непередбачуваністю емоційного реагування.

У чоловіків, жінки яких хворіють на ПШ, показники за шкалою «Суворість батьків» також є значуще вищими:  $17,33 \pm 2,76$  балів проти  $10,76 \pm 2,40$  балів у чоловіків психічно здорових жінок ( $p < 0,01$ ), що може розглядатися як наслідок загальної невротизації, притаманної цій категорії осіб. Аналогічно, показник за шкалою «Дратівливість батьків» у чоловіків хворих на ПШ жінок є суттєво більшим:  $17,42 \pm 3,07$  балів проти  $10,00 \pm 2,11$  балів ( $p < 0,01$ ), і відображує дратівливість, емоційну лабільність, ознаки неврастенії, виявлені у батьків у шизофренічних сім'ях. Показник за шкалою «Ухилення від конфлікту (уникнення спілкування з дитиною)» також може розглядатися в контексті цих змін: у чоловіків, жінки яких хворіють на ПШ, він склав  $15,97 \pm 3,11$  балів, а у чоловіків психічно здорових жінок –  $9,40 \pm 1,88$  балів ( $p < 0,01$ ).

Натомість, результати оцінки показників за шкалами, які відображують надмірну концентрацію на дитині, свідчать про меншу виразність цих тенденцій у хворих на ПШ та їх чоловіків у порівнянні зі здоровими. Так, показник за шкалою «Надмірна турбота (оберігання від труднощів)» у здорових жінок склав  $13,40 \pm 1,50$  балів, тоді як у хворих на ПШ –  $8,72 \pm 2,50$  балів ( $p < 0,01$ ). Натомість, показники за шкалою «Пригнічення волі дитини» у хворих на ПШ був значуще більшим:  $11,95 \pm 3,66$  балів проти  $9,38 \pm 1,87$  балів ( $p < 0,01$ ). Опасання образити було суттєво більше виражено у психічно здорових жінок:  $16,80 \pm 2,50$  балів проти  $6,36 \pm 1,24$  балів ( $p < 0,01$ ), що є закономірним з урахуванням емоційної байдужості і неувважності хворих на ПШ до найближчого оточення, у тому числі й до дітей. Показник за шкалою «Виключення позасімейних впливів (залежність дитини від матері)» у хворих на ПШ виявився значуще меншим:  $10,01 \pm 2,32$  балів проти  $12,20 \pm 1,09$  балів у здорових ( $p < 0,01$ ), як і за шкалою «Пригнічення агресивності дитини»:  $8,57 \pm 3,11$  балів проти  $10,40 \pm 2,19$  балів ( $p < 0,01$ ). Натомість, у хворих на ПШ значуще більшим був показник за шкалою «Пригнічення сексуальності дитини»:  $13,87 \pm 2,48$  балів проти  $9,60 \pm 1,68$  балів ( $p < 0,01$ ). Показники за шкалами «Нав'язливість батьків, втручання у світ дитини» та «Прагнення прискорити розвиток дитини» у хворих на ПШ виявилися значуще меншими, ніж у психічно здорових: відповідно  $6,37 \pm 1,16$  балів проти  $7,96 \pm 1,82$  балів ( $p < 0,01$ ) та  $6,47 \pm 1,10$  балів проти  $16,26 \pm 2,47$  балів ( $p < 0,01$ ), що є відображенням загального зниження рівня інтерперсональної комунікації, апатії та байдужості до оточуючого, у тому числі й до дитини, притаманних хворим на ПШ.

Схожі закономірності виявлені у чоловіків, жінки яких хворіють на ПШ. Так, показники за шкалою «Надмірна турбота (оберігання від труднощів)» у чоловіків, дружини яких хворіють на ПШ, виявилися значуще нижчими, ніж у чоловіків психічно здорових жінок:  $8,97 \pm 2,04$  балів проти  $11,80 \pm 1,14$  балів ( $p < 0,01$ ). Показники за шкалою «Пригнічення волі дитини» у чоловіків хворих на ПШ були значуще більшими:  $15,21 \pm 2,24$  балів проти  $8,20 \pm$

$\pm 1,83$  балів ( $p < 0,01$ ), а за шкалою «Опасання образити» – значуще меншими, ніж у чоловіків психічно здорових жінок:  $10,30 \pm 2,50$  балів проти  $15,36 \pm 3,51$  балів ( $p < 0,01$ ). Показник за шкалами «Виключення позасімейних впливів (залежність дитини від матері)», «Пригнічення агресивності дитини», «Пригнічення сексуальності дитини» та «Нав'язливість батьків, втручання у світ дитини» у чоловіків, жінки яких хворіють на ПШ, були значуще більшими, ніж у чоловіків психічно здорових жінок: відповідно  $15,49 \pm 3,01$  балів проти  $10,06 \pm 2,15$  балів ( $p < 0,01$ ),  $15,33 \pm 3,37$  балів проти  $9,14 \pm 1,64$  балів ( $p < 0,01$ ),  $15,05 \pm 3,73$  балів проти  $8,44 \pm 1,90$  балів ( $p < 0,01$ ) та  $14,33 \pm 2,30$  балів проти  $9,42 \pm 1,64$  балів ( $p < 0,01$ ), а за шкалою «Прагнення прискорити розвиток дитини» – значуще меншим:  $8,93 \pm 1,74$  балів проти  $16,38 \pm 2,71$  балів ( $p < 0,01$ ).

З даних, наведених на рис. 1 слідує, що у сім'ях психічно здорових осіб переважав демократичний тип виховання (66,0 %), який характеризується прагненням батьків встановити теплі довірчі стосунки з дитиною, залучати її до вирішення проблем, всіляко заохочувати її ініціативу та самостійність. У таких сім'ях батьки встановлюють правила і твердо проводять їх у життя, однак при цьому не вважають себе бездоганними, пояснюють дитині мотиви своїх вимог та обговорюють їх з дітьми. Основною складовою цього типу є взаємна довіра, що визначає в якості основних засобів виховання схвалення і заохочення, цінуючи як послух, так і незалежність дитини. При демократичному вихованні зміст взаємодії визначається не лише інтересами батьків, а й інтересами дитини, а міжособистісна комунікація має двосторонній характер. Демократичний тип виховання сприяє формуванню у дитини активності, відповідальності, дружельюбності й терпимості. У чоловіків психічно здорових жінок демократичний тип виховання також був найпоширенішим, хоча його питома вага виявилася дещо меншою, ніж у жінок (58,0 %).

Натомість, у жінок, хворих на ПШ, демократичний тип виховання був найменш поширеним (20,0 %), а у їхніх чоловіків питома вага демократичного типу хоча й виявилася найбільшою, вона є суттєво меншою, ніж у чоловіків, жінки яких психічно здорові (41,0 %).

Гіперпротективний тип виховання у психічно здорових жінок виявився другим за поширеністю (21,0 %), як і у їхніх чоловіків (23,0 %). Гіперпротективному типу притаманні надмірна опіка і дріб'язковий контроль за дитиною, постійне спостереження за нею, прагнення огородити її від найменших небезпек та труднощів. Гіперпротективний тип виховання асоційований з високою тривожністю та тривожно-помисливими рисами. Цей тип виховання сприяє формуванню несамостійності, нерішучості, боязкості, підвищеної тривожності у дітей. У жінок, хворих на ПШ, гіперпротективний тип виховання виявлений у 38,0 % обстежених, що значно більше, ніж у психічно здорових жінок. У чоловіків, дружини яких хворіють на ПШ, питома вага гіперпротективного типу також

виявилася більшою, ніж у чоловіків, жінки яких психічно здорові (32,0 %).

Авторитарний тип виховання у психічно здорових жінок та їхніх чоловіків виявився найменш поширеним – відповідно 13,0 % та 19,0 %. Цьому типу притаманні прагнення батьків максимально обмежити самостійність дитини, підпорядкувати її собі, пригнічувати її ініціативу, повністю контролювати її поведінку, інтереси, коло контактів, бажання, внутрішній світ. Комунікація при авторитарному типі виховання є односторонньою і спрямована від батька (матері) до дитини, і будь-які прагнення дитини до самостійності та незалежності жорстко припиняються. Цей тип сприяє формуванню у дитини відчуження до батьків, ворожисть до оточуючих, агресію або ж апатію і пасивність. У жінок, хворих на ПШ, авторитарний тип виховання був найпоширенішим (42,0 %), що є закономірним з урахуванням клінічних особливостей шизофренії – підозрливості, ригідності, аутичності, нетерпимості до оточуючих. У чоловіків, дружини яких хворі на ПШ, авторитарний тип був найменш поширеним, однак, його питома вага була суттєво більшою, ніж у чоловіків, жінки яких психічно здорові (27,0 %).

Показник виконання господарсько-побутових функцій у чоловіків, дружини яких хворі на ПШ, та у чоловіків, дружини яких психічно здорові, статистично значуще не відрізнялися (рис. 2) ( $p > 0,05$ ): відповідно  $42,12 \pm 3,77$  балів та  $42,76 \pm 7,29$  балів. Натомість, у жінок, хворих на ПШ, виконання господарсько-побутових функцій суттєво утруднено: середній показник у них склав  $51,33 \pm 4,81$  балів проти  $47,16 \pm 8,20$  балів ( $p < 0,01$ ).

Значно більше були виражені відмінності між чоловіками, жінки яких хворіють на ПШ, та чоловіками, жінки яких психічно здорові, щодо реалізації подружньої функції: у перших порушення значуще більші ( $35,74 \pm 4,44$  балів проти  $19,34 \pm 3,26$  балів,  $p < 0,01$ ). Ще більшою мірою були виражені відмінності за цією функцією між жінками, хворими на ПШ та психічно здоровими жінками ( $38,54 \pm 2,07$  балів проти  $20,94 \pm 3,24$  балів,  $p < 0,01$ ), що є цілком закономірним з урахуванням впливу клінічної симптоматики ПШ на можливість реалізації подружньої функції.

Статистично значущими були також розбіжності у показниках ставлення (ключова функція для виховання дітей). Середній показник у чоловіків, дружини яких хворіють на ПШ, склав  $18,65 \pm 3,99$  балів, а у чоловіків, дружини яких психічно здорові –  $21,06 \pm 2,71$  балів ( $p < 0,01$ ). У жінок, хворих на ПШ, середнє значення показника склало  $19,56 \pm 5,05$  балів, тоді як у психічно здорових жінок –  $25,22 \pm 3,62$  балів. Ці показники відображують рівень жертвовності батьків та надавторитету (заохочення залежності дитини від батьків), що у при шизофренії порушуються, насамперед, під впливом негативної симптоматики.

У родинях психічно здорових жінок переважаючим був задовільний рівень реалізації подружньої функції – він був виявлений у 43 родинях (86,0 %)



(рис. 3). Для цієї групи (задовільний рівень реалізації подружньої функції) 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.

Натомість, у родинах, де жінка хворіє на ПШ, домінував недостатній рівень реалізації подружньої функції, 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.

Розподіл обстежених за рівнем батьківсько-дитячої взаємодії (рис. 4) показав, що до родин із задовільною батьківсько-дитячою взаємодією були віднесені 44 сімей (88,0 %), де мати психічно здорова та лише 16 родин (16,0 %) ОГ.

Цій групі 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) були віднесені 6 сімей (12,0 %), де мати психічно здорова, і 84 сім'ї (84,0 %) сімей, де мати хворіє на ПШ. Для цієї групи були характерними системні порушення батьківсько-дитячої взаємодії у вигляді слабкого 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, виражені ознаки тривоги та неспокою, дратівливості, невротизації, конфліктність членів подружжя з ключових питань виховання дитини і небажання шукати компроміс, відсутність 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 показника сімейної взаємодії (рис. 5), 44 сім'ї (88,0 %), де жінка є психічно здоровою, були віднесені до групи із задовільним рівнем сімейної взаємодії, і 6 сімей (12,0 %) – до групи з недостатнім рівнем сімейної взаємодії (рис. 6). Натомість, у родинах, де жінка хворіє 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.

## 7. Висновок

В результаті дослідження були виявлені суттєві порушення подружнього та дитяче-батьківського рівнів сімейного функціонування у родинах, де жінка хворіє на ПШ, причому у всіх складових цієї сфери жінки, хворі на ПШ, та їхні чоловіки, виявили значуще гірші показники, ніж здорові особи.

1. У сім'ях, де мати хворіє на ПШ, переважають дисгармонійні типи, причому це стосується не лише власне хворої, але й її чоловіка.

2. Задовільний рівень дитяче-батьківської взаємодії встановлено у 44 сімей (88,0 %), де мати психічно здорова і 16 родин (16,0 %), де жінка хворіє на ПШ. Незадовільний рівень батьківсько-дитячої взаємодії був притаманний 6 родинам (12,0 %), де мати психічно здорова, і 84 сім'ям (84,0 %), де мати хворіє на ПШ.

3. У родинах психічно здорових жінок переважаючим був задовільний рівень реалізації подружньої взаємодії – він був виявлений у 43 родинах (86,0 %). У родинах, де жінка хворіє на ПШ, домінував недостатній рівень реалізації подружньої взаємодії (90 сімей (90,0 %)).

4. За результатами аналізу інтегрального показника сімейної взаємодії, 44 сім'ї (88,0 %), де жінка є психічно здоровою, були віднесені до групи із задовільним рівнем сімейної взаємодії, і 6 сімей (12,0 %) – до групи з недостатнім рівнем сімейної взаємодії. У родинах, де жінка хворіє 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.

5. Виявлені закономірності повинні враховуватися при розробці психокорекційних та профілактичних заходів оптимізації подружньої, материнсько-дитячої взаємодії та сімейного функціонування у жінок, хворих на ПШ.

#### Література

1. Косенко, К. А. Психосоціальна реабілітація жінок на параноїдну шизофренію, при різних моделях родинної взаємодії [Текст]: автореф. дис. ... канд. мед. наук / К. А. Косенко; ДУ «Інститут неврології, психіатрії та наркології НАМН України». – Х., 2015. – 24 с.
2. Животовська, Л. В. Аналіз сімейного здоров'я при шизофренії в одного з батьків [Текст] / Л. В. Животовська, О. А. Казаков, В. В. Борисенко // Медична психологія. – 2015. – Т. 10, № 3. – С. 48–51.
3. Пшук, Н. Г. Динаміка ресурсу сім'ї, де проживає хворий на параноїдну шизофренію [Текст] / Н. Г. Пшук, М. В. Маркова, С. Я. Пшук // Український вісник психоневрології. – 2012. – Т. 20, № 3 (72). – С. 215.
4. Маркова, М. В. Рівень функціонування родини як критерій вибору типу психотерапевтичного втручання в комплексному лікуванні хворих на параноїдну шизофренію [Текст] / М. В. Маркова, В. О. Діхтяр // Український вісник психоневрології. – 2012. – Т. 20, № 1 (70). – С. 50–51.
5. Плевачук, О. Ю. Взаємозв'язок перебігу шизофренії з психологічними особливостями мікросередовища пацієнта [Текст]: автореф. дис. ... канд. мед. наук / О. Ю. Плевачук; ДУ «Інститут неврології, психіатрії та наркології НАМН України». – Х., 2011. – 18 с.
6. Маркова, М. В. Особливості сімейної взаємодії та адаптації в родині у пацієнтів, хворих на шизофренію, з точки зору психотерапевтичного потенціалу сім'ї [Текст] / М. В. Маркова, В. О. Діхтяр // Український вісник психоневрології. – 2010. – Т. 13, № 3 (64). – С. 133–134.
7. Клиническая психология [Текст] / ред. Б. Д. Карвасарский. – СПб.: ПИТЕР, 2007. – 960 с.
8. Кравченко, Т. В. Допомога батькам у вихованні дітей [Текст]: метод. реком. / Т. В. Кравченко, І. М. Трубавіна. – К.: ДЦССМ, 2004. – 99 с.
9. Лапач, С. Н. Статистические методы в медико-биологических исследованиях с использованием Excel: Экспериментальные исследования. Клинические испытания. Анализ фармацевтического рынка [Текст] / С. Н. Лапач, А. В. Чубенко, П. Н. Бабич. – К.: Морион, 2001. – 407 с.
10. Піонтковська, О. В. Стан сімейної взаємодії як інтегральний критерій реабілітаційного ресурсу родин дітей з онкологічною патологією [Текст] / О. В. Піонтковська, М. В. Маркова // Міжнародний неврологічний журнал. – 2013. – № 7. – С. 63–67.

*Дата надходження рукопису 04.01.2017*

**Дрюченко Майя Олександрівна**, асистент, кафедра сімейної медицини, Ужгородський національний університет, пл. Народна, 3, м. Ужгород, Україна, 88000  
E-mail: mdryu@gmail.com

**Маркова Маріанна Владиславівна**, доктор медичних наук, професор, кафедра сексології та медичної психології, Харківська медична академія післядипломної освіти, вул. Амосова, 58, м. Харків, Україна, 61176  
E-mail: mariannochka1@ukr.net