



УДК 159.942.5:316.613.42

[https://doi.org/10.52058/2708-7530-2023-3\(33\)-394-405](https://doi.org/10.52058/2708-7530-2023-3(33)-394-405)

Пастрик Тетяна Володимирівна кандидат психологічних наук, доцент, в.о. ректора, КЗВО «Волинський медичний інститут», <https://orcid.org/0000-0002-6329-9607>

НАРАТИВНИЙ ПІДХІД ДО ВИВЧЕННЯ ОБ'ЄКТИВНОЇ І СУБ'ЄКТИВНОЇ ЕМОЦІЙНОЇ ЕКСПРЕСИВНОСТІ ЯК СІМЕЙНОЇ КОМУНІКАТИВНОЇ МОДЕЛІ

Анотація. На сучасному етапі розвитку клінічної психології важливого значення набувають стосунки між отримувачем медичних послуг та членами родини як протективного фактора якості життя, пов'язаної із хворобою. Завданням емпіричного дослідження є вивчити специфіку проявів агентивності, спільності та текстової зв'язності наративів про хворобу отримувачів медичних послуг з хронічними розладами шлунково-кишкового тракту як вираження емоційної експресивності стосовно них з боку піклувальників.

У дослідженні було використано такі методики дослідження: *Управління хворобою та саморегуляція осіб із хронічним захворюванням*, який було адаптовано з опитувальника *Управління здоров'ям та саморегуляція осіб із цукровим діабетом* (Health and Self-Management in Diseases-HASMD), розроблений J. Carlton; *Шкала для оцінки сприйнятої критичності* (Hooley & Teasdale) та методика вивчення наративу за J. Adler. Результати здійсненого дослідження дають змогу дійти висновків про те, що існує зв'язок між сприйнятою критичністю в отримувачів медичних послуг з хронічними захворюваннями шлунково-кишкового тракту та агентивністю, спільністю та зв'язністю наративів про хворобу. Дослідження виявило, що критичність та сприйнята критичність відіграють фундаментальну роль у формуванні ЕЕ як ворожого сімейного клімату для осіб з хронічними захворюваннями шлунково-кишкового тракту. Дослідження також показало збіг критичності стосовно отримувачів послуг з боку піклувальників та сприйнятою критичністю з боку отримувачів послуг, що підтверджує взаємну природу емоційної експресивності. Крім того, висока мотивація споживачів послуг контролювати обставини, пов'язані зі здоров'ям, може прогнозувати високий рівень сприйнятої критичності та об'єктивної критичності в сімейному середовищі. Ураховуючи важливу роль фактора контрольованості для ефективного управління захворюванням шлунково-кишкового тракту в



отримувачів послуг, необхідні подальші дослідження для уточнення наряду впливу агентивності на сприйняту критичність та управління хворобою.

Ключові слова: управління хворобою, об'єктивна та сприйнята критичність, отримувачі медичних послуг, хронічні захворювання шлунково-кишкового тракту.

Pastryk Tetiana Volodymyrivna Candidate of Psychological Sciences, Associate Professor, Acting Rector, Volyn Medical Institute, <https://orcid.org/0000-0002-6329-9607>

NARRATIVE APPROACH TO OBJECTIVE AND PERCEIVED EXPRESSED EMOTION AS FAMILY COMMUNICATIVE MODULE

Abstract. In today's clinical psychology, the relationship between the service users and family members is gaining importance as a protective factor in the quality of life associated with the disease. The objective of this empirical study is to examine the specifics of manifestations of agency, communion, and narrative coherence about the disease of people with chronic gastrointestinal disorders. In light of the research question, the following hypotheses were put forward for the current study: 1) there is a relationship between expressed emotion, perceived criticism, and objective criticism and the structural components of the illness narrative (agency, communion, and narrative coherence); 2) there is a reciprocal relationship between caregivers and service users, which is expressed in a combination of a high level of perceived criticism by service users and a high level of criticism towards the latter by caregivers; there is a connection between narrative coherence and health and disease management in chronic illness; disease duration, criticism, and agency are predictors of perceived criticism in people with chronic gastrointestinal diseases. The following research measures were used in the study: Disease management and self-management of people with chronic disease, which was adapted from the Health and Self-Management in Diseases-HASPID questionnaire developed by J. Carlton; Scale for assessing perceived criticality (Hooley & Teasdale) and the method of studying narrative by J. Adler. The results of the study allow us to conclude that there is a connection between perceived criticism in service users with chronic gastrointestinal diseases and agency, commonality and coherence of narratives about the disease. The study found that criticism and perceived criticism play a fundamental role in shaping the expressed emotion as a hostile family climate for service users with gastrointestinal chronic diseases. The study also showed that caregivers' criticism of service users and service users' perceived criticism coincided, which confirms the reciprocal nature of EE. In addition,



service users' high motivation to control health-related circumstances may predict high levels of perceived criticism and objective criticism in the family environment. Given the important role of the controllability factor for the effective management of gastrointestinal disease in service users, further research is needed to clarify the direction of agency's influence on perceived criticism and disease management.

Keywords: disease management, objective and perceived criticism, service users, chronic gastrointestinal diseases.

Постановка проблеми. На сучасному етапі розвитку клінічної психології важливого значення набувають стосунки між отримувачем медичних послуг та членами родини як протективного фактора якості життя, пов'язаної із хворобою. На відміну від традиційних досліджень емоційної експресивності (ЕЕ) в межах моделей причинно-наслідкової атрибуції, вразливості або діатез-стресу та особистісних рис, метою нашого дослідження є застосувати нарративний підхід до вивчення ЕЕ в межах сімейної комунікативної моделі. Останні дослідження чітко вказують на зв'язок між ЕЕ та стилем мовлення членів сім'ї по відношенню до осіб із захворюванням, а саме: піклувальники з високим рівнем ЕЕ висловлюють більше критичних висловлювань та менше висловлювань на підтримку, ніж піклувальники з низьким рівнем ЕЕ [4].

J. Leff і J. Vaughn (1985) виокремлюють чотири характеристики високої ЕЕ як сімейної комунікативної моделі:

- нав'язливість – вербальні спроби повністю контролювати поведінку споживача послуг;
- емоційне реагування – вербальне вираження негативних емоцій, а саме гніву та емоційного дистресу;
- неприйняття хвороби отримувача медичних послуг – вербально виражене звинувачення осіб із захворюванням шлунково-кишкового тракту (ШКТ) у наявних у них симптомах та в тому, що вони хворі;
- нетолерантне ставлення до споживача послуг – нетерпимі та критичні зауваження [5; 6].

Одним із важливих способів впоратися з хронічним захворюванням є конструювання особами із захворюваннями сенсу довготривалих страждань та ставлення до них близьких людей. Тому сприйняття ЕЕ з точки зору отримувачів послуг має важливе значення [8]. Крім того, існує припущення про існування взаємного характеру відносин між піклувальниками та особами із захворюванням ШКТ.

Одним з неочікуваних висновків стало те, що виявлена кореляція між низькою ЕЕ отримувачів послуг та низькою ЕЕ піклувальників, або між високою ЕЕ отримувачів послуг та високою ЕЕ піклувальників, є більш



значущою, ніж фактичний рівень ЕЕ [9]. З огляду на це, суб'єктивно сприйнятий сімейний клімат, а не об'єктивний рівень ЕЕ, може пояснювати сімейне спілкування та атмосферу і конструювати вагомість фактора якості життя, що пов'язаний зі здоров'ям, та сприятливим сімейним середовищем. Незважаючи на важливість сприйнятої ЕЕ, залишається недостатньо даних щодо наративу хвороби як способу конструювання отримувачем послуг значення ставлення сім'ї до себе. У нашому дослідженні ми зробили спробу показати, що побудова самонаративу про хворобу через окремі елементи наративу пов'язана з конструюванням значення, яке виражає ставлення піклувальників до особи із хронічним захворюванням ШКТ.

Виклад основного матеріалу. Наратив про хворобу має чітко вибудовану структури та його елементи. Хронічне захворювання ШКТ – це стан, який суттєво впливає на якість життя отримувачів послуг. Brokerhof та ін. визначають хронічні захворювання як тривалі хвороби, що не проходять спонтанно і рідко виліковуються повністю [2]. Кожна четверта людина у світі страждає на функціональні шлунково-кишкові розлади різного ступеня тяжкості. Крім того, захворювання органів травлення зумовлюють необхідність проведення 25% всіх хірургічних операцій. Wearden та ін. стверджують, що у випадку хронічних захворювань при дотриманні дієти ЕЕ стосується радше перебігу хвороби, ніж її результату. Водночас, говорячи про результат хвороби, з'являються інші важливі аспекти, а саме «психосоціальна адаптація, подолання та тягар сім'ї» серед інших [10; 11, с. 656]. Одним із найвідоміших підходів до вивчення всіх цих аспектів у осіб із захворюваннями є наратив про хворобу.

L. Zasiékina зазначає, що наратив про хворобу – це свідоме та несвідоме представлення складних особистих мотивів та особистих стосунків у мікро- та макросередовищі; отже, наратив про хворобу виражає сімейні комунікативні патерни, враховуючи хворобу та поведінку отримувача послуг [12]. Таким чином, наративи про хворобу та елементи такого нарративу можуть бути додатковим інструментом оцінки сприйнятої ЕУ. Тому дослідження ЕЕ в наративах про хворобу має гарний потенціал для розуміння сімейного оточення у людей з хронічними захворюваннями ШКТ.

J. Adler та ін. вважають, що суб'єктність, комунікація та зв'язність нарративу є фундаментальними елементами наративів про хворобу у пацієнтів з пограничним розладом особистості [1]. Ми припускаємо, що ці елементи також відіграють вирішальну роль у конструюванні значення сімейного оточення отримувача послуг з хронічним захворюванням ШКТ, оскільки агентність, спільність та зв'язність нарративу виражають суб'єктивний погляд на хворобу та її вплив на стосунки з близькими.

Крім того, елементи агентивності та зв'язності можуть виражати сприйняту ЕЕ споживачами послуг. Активність/агентивність є елементом



розповіді, що позиціонує отримувачів послуг як ініціаторів озвучення сімейного досвіду, пов'язаного з хронічним захворюванням. Спільність розглядає близькість між отримувачем послуг та значущими іншими, в той час як агентивність маркує мотивацію отримувачів послуг до подолання обставин, спільність виражає індивідуальну мотивацію до прихильності, афіліації, любові, дружби та піклування [1, с. 501]. З огляду на те, що суб'єктність і спільність є двома основними вимірами тематичного змісту, зв'язність наративу є одним із фундаментальних структурних компонентів наративів про хворобу. Adler ін. припускають, що низька зв'язність наративу пов'язана з поганим психічним здоров'ям [1]. Однак зв'язок між низькою зв'язністю наративу та хронічними захворюваннями залишається нез'ясованим.

Мета статті. У нашому дослідженні емпіричним завданням є вивчити специфіку проявів агентивності, спільності та текстової зв'язності наративів про хворобу осіб з хронічними розладами ШКТ.

Дослідницьким питанням є чи існує зв'язок між сприйнятою ЕЕ та агентивністю, спільністю та наративною зв'язністю як маркерами конструювання значення в наративах про хворобу?

У світлі дослідницького питання для поточного дослідження було висунуто такі гіпотези:

Г1: Існує зв'язок між ЕЕ, сприйнятою критичністю та об'єктивною критичністю і структурними компонентами наративу про хворобу (агентивність, спільність та наративна зв'язність).

Г2: Існує реципрокний характер взаємовідносин між піклувальниками та отримувачами медичних послуг, що виражається у поєднанні високого рівня сприйнятої критичності отримувачами медичних послуг та високого рівня критичності стосовно останніх з боку піклувальників.

Г3: Існує зв'язок між зв'язністю розповіді та здоров'ям і управлінням хворобою при хронічному захворюванні.

Г4: Тривалість захворювання, критичність та агентивність є предикторами сприйнятої критичності в осіб з хронічними розладами ШКТ.

Вибірка та методи дослідження.

Для врахування гетерогенності популяції осіб із хронічними захворюваннями застосовано стратегію максимальної варіації вибірки щодо віку, статі, сімейного стану, професійного статусу та тривалості захворювання.

1. *Управління хворобою та саморегуляція осіб із хронічним захворюванням*, який було адаптовано з опитувальника *Управління здоров'ям та саморегуляція осіб із цукровим діабетом* (Health and Self-Management in Diabetes-HASMD), розроблений J. Carlton. Вибір цього опитувальника обумовлений думкою про те, що цей опитувальник може широко використовуватися для вивчення осіб, захворювання яких потребують



тривалого дотримання дієти. Зокрема опитувальник управління хворобою J. Carlton дає шлях для ґрунтовного вивчення впливу захворювання на чотири аспекти якості життя: контроль, труднощі, пов'язані із захворюванням, стрес та підтримка, а також високою надійністю і економністю у використанні. Невелика кількість запитань і нескладне використання опитувальника є особливо важливим в умовах клінічного дослідження. Опитувальник має високу надійність та валідність у вибірках осіб із тривалим дотриманням дієтичної харчової поведінки. Опитувальник містить 8 пунктів, які відповідають таким субшкалам: настрої, гострі напади хвороби, втомлюваність, соціальне обмеження, контроль, труднощі, стрес, соціальна підтримка; та оцінюються шкалою від 1 до 4, де 0=ніколи, 1=деколи, 2=зазвичай, 3=завжди. Максимальний бал за опитувальник становить 24, та означає низьку саморегуляцію і низький контроль за станом здоров'я, та відповідно низьку якість життя. Опитувальник містить зворотні твердження, відповідно із зменшенням балів якість зазначених сфер покращується. Встановлено значущі кореляційні зв'язки між кожним пунктом опитувальника та загальним балом, коефіцієнт альфа Кронбаха становить <0.712 для усіх пунктів опитувальника. Таким чином, опитувальник має високі показники надійності і валідності.

2. *Шкала для оцінки сприйнятої критичності* (Hooley & Teasdale, 1989). Шкала представлена двома твердженнями: *Оцініть, будь ласка, від 1 до 10 наскільки Вас засмучує, коли найближчий до Вас член сім'ї Вас критикує.* Друге твердження *Оцініть, будь ласка, від 1 до 10 наскільки засмучується найближчий до Вас член сім'ї, коли Ви його критикуєте.* Шкала має високі показники тестової надійності і конструктивної валідності із іншими діагностичними методиками ЕЕ. За даними авторів, коефіцієнт альфа Кронбаха становить $<0,785$ для усіх пунктів опитувальника. На думку вчених, важливого значення набуває не стільки власне критичність, як сприйнята критичність, адже саме тоді ми маємо визначення ставлення родичів чи медперсоналу, як його сприймає особа із захворюванням. Як зазначалося у теоретичному аналізі, саме суб'єктивна думка користувачів медичних послуг є більш важливою ніж об'єктивний рівень ЕЕ. Адже ставлення з елементами критики чи гіперопіки по-різному може сприйматися особами, і відповідно мати різний вплив на їхню якість життя. Окрім того, із усіх видів ЕЕ, за результатами останніх досліджень, саме критичність відіграє найбільшу роль у налагодженні якості життя особи із хронічним захворюванням (Hooley, Teasdale, 1989). Іншою важливою ідеєю розробки шкали є результати дослідження відповідного стилю ставлення як до особи із діагнозом, так і самого пацієнта до родича. Відповідний стиль ставлень був вперше досліджений на вибірці осіб із діагнозом булімія та



анорексія. Результати цих досліджень засвідчили, що низький рівень ЕЕ родичів зіставляється із низьким рівнем ЕЕ осіб із діагнозом, і навпаки.

3. Зв'язність наративу. У дослідженні аналізуються автонаративи про хворобу на основі їхніх структурних компонентів: агентивність, спільність та зв'язність наративу (Adler та ін., 2012). Інструкція була така: «Напишіть розповідь про свою хворобу та її вплив на ваше життя». Наративи про хворобу оцінювалися окремо за компонентами агентивності та спільності за шкалою від 0 до 3 балів. Зв'язність наративу включала чотири параметри, а саме: контекст (необхідна довідкова інформація для розуміння змісту наративу про хворобу), структура (логічна та послідовна розповідь), афект (вираження емоцій та почуттів в наративі про хворобу), інтеграція (зв'язок окремих епізодів з цілісною особистою історією). У дослідженні кожен вимір оцінювався незалежно за шкалою від 0 до 3, від 0 – зовсім слабо, до 3 – дуже яскраво.

Результати дослідження.

Нижче наведено два уривки з наративів про хворобу та їхні оцінки:

(1) *Коли я дізналася про свій діагноз, мої рідні почали піклуватися про мене та підтримувати в повсякденних справах. Вони не перевантажують мене роботою. Я вдячна Богу за те, що у мене є моя сім'я.*

(2) *До того, як я захворів, все було добре. Але через хворобу я весь час відчуваю злиму. Я часто сварюся з членами моєї сім'ї з будь-якого приводу. Я часто кричу на дружину та дітей, тому що вони не розуміють мене та мій стан. Вони також не задоволені моєю поведінкою і часто критикують мене. Вони не знають, що я можу працювати так само багато, як раніше. Але я не можу працювати на попередній роботі.*

Перший уривок виражає позитивне сімейне середовище, а другий – ворожу атмосферу. Усі структурні компоненти наративу втілено в окремих мовних одиницях. Наприклад, перший уривок отримав 3 бали за агентивність («я дізналася», «я вдячна») та комунікативність («почали піклуватися», «підтримувати»); 1 бал за контекст (відсутня фонові інформація та особистий досвід до постановки діагнозу), 1 бал за афективність (відсутні категорії, що виражають почуття та емоції окрім вдячності), 3 бали за структуру (логічні та послідовні думки), 1 бал за показником інтегрованості (відсутні конкретні життєві епізоди, що підтверджують досвід оповідача).

Другий приклад отримав 3 бали за показником агентивності (цілковито виражена позиція та поведінка оповідача), 0 балів за показником спільності (відсутня близькість та сімейна підтримка, розуміння проблем, пов'язаних зі здоров'ям), 1 бал за показником тла (є короткий вступ та фонові інформація), 3 бали за показником структури (розповідь логічна та послідовна), 3 бали за показником афекту (є категорії, що вказують на емоції та почуття: злість,



незадоволеність), 1 бал за показником інтегрованості (є лише один життєвий епізод, що характеризує попередній рівень професійної діяльності).

Два експерти, які не володіли інформацією щодо мети та гіпотези даного дослідження, вивчили всі структурні компоненти наративу про хворобу (Агентивність – коефіцієнт внутрішньої узгодженості = 0,77, Спільність – коефіцієнт внутрішньої узгодженості = 0,80, Контекст – коефіцієнт внутрішньої узгодженості = 0,80, Структура – коефіцієнт внутрішньої узгодженості = 0,79, Афект – коефіцієнт внутрішньої узгодженості = 0,82, Інтеграція – коефіцієнт внутрішньої узгодженості = 0,79).

Згідно з Г1, Г2 та Г3, існує зв'язок між ЕЕ, сприйнятою критичністю та критичністю і структурними компонентами наративу про хворобу; існує реципрокний характер взаємовідносин між піклувальниками та отримувачами послуг, що виражається у відповідності взаємовідносин піклувальників та споживачів послуг: чим вищий рівень сприйнятої критичності щодо споживачів послуг тим вищий рівень критичності отримувачів послуг щодо піклувальників. Існує зв'язок між зв'язністю наративу та здоров'ям і управлінням при хронічному захворюванні ШКТ.

Таблиця ілюструє значущі кореляційні зв'язки.

Таблиця 1

Кореляції (2-сторонній критерій Пірсона r) між HASMGID, ЕЕ, СК, критичністю та структурними компонентами наративу про хворобу (n=118)

Змінні	HASMGID	ЕЕ	СК	К	Агент	Сп	НЗ
HASMGID	-	-.26	.49**	.44**	.09	.04	.02
ЕЕ	-.26	-	-.20	-.04	.07	-.22	-.08
РС	.49**	-.20	-	.90**	.33*	.09	.06
С	.44**	-.39*	.90**	-	.33*	.24	.11
Ag	.09	.07	.33*	.33*	-	.15	.03
См	.04	-.22	.09	.24	.15	-	.59**
NC	.02	-.08	.06	.11	.03	.59**	-
Середнє (середнє відхилення)	10.45 (3.52)	5.75 (4.02)	7.23 (7.65)	6.70 (6.27)	3.19 (.99)	1.52 (1.47)	5.35 (4.86)

Примітка. ЕЕ = емоційна експресивність, СК = сприйнята критичність, К = критичність, Ag = агентивність, Сп = спільність, А = афект, НЗ = наративна зв'язність, * $p < 0.05$, ** $p < .01$

Для прогнозування значення змінної сприйнятої критичності на основі інших незалежних змінних, а саме тривалості захворювання, критики та агентивності було застосовано множинний регресійний аналіз. Припущення



про лінійний зв'язок та автокореляцію першого порядку (Durbin Watson $d=1,99$), мультиколінеарність (середній Tolerance=.97>.1, а середній VIF=1,33, отже $1 < VIF < 10$) були виконано. Обсяг вибірки перевищує кількість, що вимагається центральною граничною теоремою ($n=118 > 30$). Отже, припущення щодо нормального розподілу даних також виконуються.

Результати регресії показують, що три змінні (тривалість захворювання, критика та агентивність) пояснюють 81,3 %, $R^2 = 0,813$, $F(3,114) = 57,56$, $p < 0,001$. Результати також показують, що об'єктивна критичність є незалежним предиктором сприйнятої критичності, $b = .87$, $t(118) = 11.56$, $p < 0,001$. Тривалість захворювання, $b = -16,03$, $t(118) = -1,58$, $p = 0,12$ та агентивність, $b = 0,13$, $t(118) = 1,24$, $p = 0,22$ не є самостійними значущими предикторами сприйнятої критичності в осіб з хронічними захворюваннями ШКТ (див. табл. 2).

Таблиця 2

Результати множинного регресійного аналізу (n = 118)

Змінні	B	SEB	β	t	p
TX	-16,03	0,10	-1,13	-1,58	1,24
Агент	0,13	0,10	0,11	1,24	0,22
K	0,87	0,08	0,87	11,56	0,001

Примітка. Агент = агентивність, K = критичність, TX = тривалість хвороби

На початку підрозділу було висунуто гіпотезу про те, що особи з хронічною патологією ШКТ із високим рівнем сприйнятої критичності репрезентують структурні особливості наративів про хворобу. Щодо першого дослідницького питання встановлено, що існує позитивний кореляційний зв'язок між структурним наративним компонентом агентивності та критичністю стосовно отримувачів послуг з боку піклувальників ($r=0,33$, $p<0,05$), а також сприйнятої критичності отримувачами послуг ($r=.33$, $p<.05$). Крім того, існує середній позитивний кореляційний зв'язок між HASMGID та сприйнятою критичністю ($r=0,49$, $p<0,01$).

Ці результати підтверджують нещодавні висновки Rienecke та Richmond, які припускають, що суб'єктивно сприйнятий сімейний клімат, а не фактична ЕЕ, може пояснювати сімейне спілкування та атмосферу [9]. Крім того, наші висновки узгоджуються з результатами іншого дослідження Mazaheri, який припускає, що сприйнята критичність є незалежним конструктом, пов'язаним з частими рецидивами [7]. Таким чином, вивчення сприйнятої критичності проливає світло на вплив сімейного оточення на здоров'я та самоконтроль у осіб з хронічними захворюваннями ШКТ.

Враховуючи дотримання дієти протягом усього життя отримувачами послуг з хронічними захворюваннями ШКТ, підтримка та розуміння з боку



сім'ї має велике значення. Іншим важливим висновком є наявність помірної кореляції між критичністю піклувальників стосовно отримувачів послуг та сприйнятої критичності з боку останніх. Цей результат засвідчує результати Rienecke та Richmond, які також виявили, що відповідність ЕЕ піклувальників та отримувачів послуг є більш шкідливою для якості життя отримувача медичних послуг, ніж об'єктивний рівень ЕЕ [9].

Одним з несподіваних результатів є те, що існує позитивна кореляція між агентивністю й сприйнятою критичністю ($r=0,33$, $p<0,05$) та об'єктивною критичністю ($r=0,33$, $p<0,05$). Можливим поясненням цьому може бути міркування. Агентивність пов'язана з мотивацією індивідів до досягнення та здійснення певного впливу на обставини, в яких вони перебувають. Це також стосується мотивації контролю над сімейним оточенням та членами сім'ї. Цей контроль може призвести до створення критичної обстановки в сім'ї, що погано впливає на результати захворювання. Ця думка є суголосною іншим висновкам, про які засвідчили Wearden та ін., постулюючи, що ЕЕ є результатом переконань про здатність контролювати труднощі, пов'язані зі здоров'ям [10]. Однак попередні висновки свідчать про те, що контрольованість – надійний предиктор ЕЕ у піклувальників. Існує багато питань без відповідей щодо контрольованості як предиктора ЕЕ отримувачів послуг та сприйнятої ЕЕ у медпрацівників та самоконтролю хронічних захворювань ШКТ. Тому це питання буде досліджуватися нами в подальшому. Ще одним несподіваним висновком є відсутність значущої негативної кореляції між соціальною взаємодією та ЕЕ. Цей результат можна пояснити тим, що соціальна взаємодія пов'язана з мотивацією людини до прихильності та любові. На відміну від цього, ЕЕ включає критичність, ворожість та емоційну гіперопіку.

Цей результат підтверджує інші дані, які свідчать про відсутність зв'язку між емоційною надмірною гіперопікою як компонентом ЕЕ та тривожно-уникаючою прив'язаністю. Однак для з'ясування зв'язку між об'єктивною критичністю, сприйнятою критичністю та прив'язаністю необхідні подальші дослідження.

Враховуючи зв'язок між фундаментальною роллю сприйнятої критичності і об'єктивною критичністю та управлінням хворобою, ще одним важливим висновком було те, що тривалість захворювання, об'єктивний рівень критичності та агентивність разом узяті є предикторами сприйнятої критичності. Крім того, об'єктивний рівень критичності є значущим незалежним предиктором сприйнятої критичності, оскільки в цьому дослідженні власне об'єктивний рівень критичності вимірюється як критичне ставлення піклувальників до отримувачів медичних послуг. Цей результат можна пояснити гіперконтрольованістю хвороби, вираженою агентивністю



отримувачів послуг, що може передбачати критику з боку родини. Однак ці дані слід інтерпретувати з обережністю, оскільки висока агентивність як мотивація до досягнення та контролю над станом здоров'я може позитивно впливати на здоров'я та самоконтроль хронічних захворювань ШКТ. Необхідно провести подальші дослідження, які б враховували змінні агентивності, критики та рівень сприйнятої критичності, а також HASMGID.

Отже результати дослідження дають змогу дійти **висновків** про те, що існує зв'язок між сприйнятою критичністю в отримувачів медичних послуг з хронічними захворюваннями ШКТ та агентивністю, спільністю та зв'язністю наративів про хворобу. Дослідження виявило, що критика та сприйнята критичність відіграють фундаментальну роль у формуванні ЕЕ як ворожого сімейного клімату для споживачів послуг з хронічними захворюваннями ШКТ. Дослідження також показало збіг критичності стосовно отримувачів послуг з боку піклувальників та сприйнятою критичністю з боку отримувачів послуг, що підтверджує взаємну природу ЕЕ. Крім того, висока мотивація споживачів послуг контролювати обставини, пов'язані зі здоров'ям, може прогнозувати високий рівень сприйнятої критичності та об'єктивної критичності в сімейному середовищі. Ураховуючи важливу роль фактора контрольованості для ефективного управління захворюванням ШКТ у споживачів послуг, необхідні подальші дослідження для уточнення напряму впливу агентивності на сприйняту критичність та управління хворобою.

Література:

1. Adler, J. M., Chin, E. D., Kolisetty, A. P., & Olmanns, T. F. (2012). The distinguishing characteristics of narrative identity in adults with features of borderline personality disorder: An empirical investigation. *Journal of Personality Disorders*, 26(4), 498-512. <https://doi.org/10.1521/pedi.2012.26.4.498>
2. Brokerhof, I. M., Ybema, J. F., & Bal, P. M. (2020). Illness narratives and chronic patients' sustainable employability: The impact of positive work stories. *PloS ONE*, 15(2), e0228581. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0228581>
3. Bertram, S., Kurland, M., Lydick, E., Locke, G.R., Yawn, B.P. (2001). The patient's perspective of irritable bowel syndrome. *Journal of Family Practice*, 50(6), 521-525.
4. Hooley J.M., Gruber S.A., Parker H.A. [et al.] Cortico-limbic response to personally challenging emotional stimuli after complete recovery from depression. *Psychiatry Res.* 2009. Vol. 30 ; 172(1). P. 83-91.
5. Leff, J., & Vaughn, C. (1985). Expressed emotion in families: Its significance for mental illness. Guilford Press.
6. Leff, J., & Vaughn, C. (1985). *Expressed emotion in families: Its significance for mental illness*. Guilford Press.
7. Mazaheri, M. (2015). Difficulties in emotion regulation and mindfulness in psychological and somatic symptoms of functional gastrointestinal disorders. *Iranian journal of psychiatry and behavioral sciences*, 9(4).
8. Medina-Pradas, C., Navarro, J. B., López, S. R., Grau, A., & Obiols, J. E. (2011). Further development of a scale of perceived expressed emotion and its evaluation in a sample of patients with eating disorders. *Psychiatry Research*, 190(2-3), 291-296. <https://doi.org/10.1016/j.psychres.2011.06.011>



9. Rienecke, R. D., & Richmond, R. L. (2017). Psychopathology and expressed emotion in parents of patients with eating disorders: Relation to patient symptom severity. *Eating Disorders*, 25(4), 318-329.
10. Wearden, A. J., Tarrier, N., & Davies, R. (2000). Partners' expressed emotion and the control and management of Type 1 diabetes in adults. *Journal of Psychosomatic Research*, 49(2), 125-130. [https://doi.org/10.1016/S0022-3999\(00\)00141-0](https://doi.org/10.1016/S0022-3999(00)00141-0)
11. Wearden, A. J., Tarrier, N., Barrowclough, C., Zastowny, T. R., & Rahill, A. A. (2000). A review of expressed emotion research in health care. *Clinical Psychology Review*, 20(5), 633-666.
12. Zasiakina, L. (2018). Expressed Emotion Towards Individuals with Mental and Physical Health Conditions: A Structured Literature Review. *East European Journal of Psycholinguistics*, 5(2), 108-117. <https://doi.org/10.29038/eejpl.2018.5.2.zas>

References:

1. Adler, J. M., Chin, E. D., Kolisetty, A. P., & Oltmanns, T. F. (2012). The distinguishing characteristics of narrative identity in adults with features of borderline personality disorder: An empirical investigation. *Journal of Personality Disorders*, 26(4), 498-512. <https://doi.org/10.1521/pedi.2012.26.4.498>
2. Brokerhof, I. M., Ybema, J. F., & Bal, P. M. (2020). Illness narratives and chronic patients' sustainable employability: The impact of positive work stories. *PloS ONE*, 15(2), e0228581. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0228581>
3. Bertram, S., Kurland, M., Lydick, E., Locke, G.R., Yawn, B.P. (2001). The patient's perspective of irritable bowel syndrome. *Journal of Family Practice*, 50(6), 521-525.
4. Hooley J.M., Gruber S.A., Parker H.A. [et al.] Cortico-limbic response to personally challenging emotional stimuli after complete recovery from depression. *Psychiatry Res.* 2009. Vol. 30 ; 172(1). P. 83-91.
5. Leff, J., & Vaughn, C. (1985). Expressed emotion in families: Its significance for mental illness. Guilford Press.
6. Leff, J., & Vaughn, C. (1985). *Expressed emotion in families: Its significance for mental illness*. Guilford Press.
7. Mazaheri, M. (2015). Difficulties in emotion regulation and mindfulness in psychological and somatic symptoms of functional gastrointestinal disorders. *Iranian journal of psychiatry and behavioral sciences*, 9(4).
8. Medina-Pradas, C., Navarro, J. B., López, S. R., Grau, A., & Obiols, J. E. (2011). Further development of a scale of perceived expressed emotion and its evaluation in a sample of patients with eating disorders. *Psychiatry Research*, 190(2-3), 291-296. <https://doi.org/10.1016/j.psychres.2011.06.011>
9. Rienecke, R. D., & Richmond, R. L. (2017). Psychopathology and expressed emotion in parents of patients with eating disorders: Relation to patient symptom severity. *Eating Disorders*, 25(4), 318-329.
10. Wearden, A. J., Tarrier, N., & Davies, R. (2000). Partners' expressed emotion and the control and management of Type 1 diabetes in adults. *Journal of Psychosomatic Research*, 49(2), 125-130. [https://doi.org/10.1016/S0022-3999\(00\)00141-0](https://doi.org/10.1016/S0022-3999(00)00141-0)
11. Wearden, A. J., Tarrier, N., Barrowclough, C., Zastowny, T. R., & Rahill, A. A. (2000). A review of expressed emotion research in health care. *Clinical Psychology Review*, 20(5), 633-666.
12. Zasiakina, L. (2018). Expressed Emotion Towards Individuals with Mental and Physical Health Conditions: A Structured Literature Review. *East European Journal of Psycholinguistics*, 5(2), 108-117. <https://doi.org/10.29038/eejpl.2018.5.2.zas>