

СУБ'ЄКТИВНЕ ПЕРЕЖИВАННЯ ЕМОЦІЙНОЇ ЕКСПРЕСИВНОСТІ ОСОБАМИ ІЗ ХРОНІЧНИМИ ЗАХВОРЮВАННЯМИ ШЛУНКОВО- КИШКОВОГО ТРАКТУ

Пастрик Тетяна Володимирівна¹

¹ Кандидат психологічних наук, доцент, виконуюча обов'язки ректора, Комунальний заклад вищої освіти «Волинський медичний інститут», м. Луцьк (Україна)

ORCID ID: <http://orcid.org/0000-0002-6329-9607>

Scopus ID: 5721557473

UDC: 159.942.5:316.613.42

АНОТАЦІЯ

Мета дослідження – теоретично обґрунтувати та емпірично дослідити суб'єктивне переживання емоційної експресивності (ЕЕ) у сукупності таких субшкел, як нестача підтримки, дратівливість, емоційна гіперопіка та критичність стосовно осіб із хронічними захворюваннями шлунково-кишкового тракту (ШКТ) з боку їхніх родичів. Відповідно до цієї мети сформульовано дослідницьке запитання (ДЗ): Чи існують відмінності у показниках суб'єктивного переживання ЕЕ та усіх її субшкел (нестача підтримки, дратівливість, емоційна гіперопіка та критичність) стосовно осіб із хронічними захворюваннями ШКТ з боку їхніх родичів відповідно до статі, сімейного стану, професійного статусу? Вибірку дослідження проявів ЕЕ стосовно осіб із захворюваннями ШКТ склали 118 особи, які перебували на стаціонарному лікуванні в гастроентерологічному й проктологічному відділеннях КЗ «Волинська обласна клінічна лікарня». У дослідженні використовувалися методи теоретичного аналізу, а також шкала діагностики сприйнятого рівня ЕЕ (Perceived level of Expressed Emotion, pLEE). Результати нашого дослідження свідчать про те, що працюючі та непрацюючі користувачі медичних послуг із захворюваннями ШКТ не мають відмінностей у суб'єктивному переживанні ЕЕ. Водночас встановлено вищі показники суб'єктивного переживання нестачі підтримки й роздратування та нижчі показники емоційної гіперопіки одруженими користувачами медичних послуг порівняно з неодруженими на рівні значущості $p < 0,01$. Окрім цього нестачу підтримки більшою мірою відчувають жінки порівняно із чоловіками на рівні значущості $p < 0,05$. Ці результати мають важливі теоретичні і практичні імплікації, оскільки можуть суттєво покращити якість життя осіб із хронічними захворюваннями через організацію просвітницької роботи з їхніми родинами. Перспективами дослідження вважаємо розроблення психоедукаційної програми для найближчих родичів та медперсоналу користувачів медичних послуг із хронічними захворюваннями ШКТ.

Ключові слова: емоційна експресивність, суб'єктивне переживання емоційної експресивності, сприйнята емоційна експресивність, хронічні захворювання шлунково-кишкового тракту.

Постановка проблеми. За даними ВООЗ, захворювання шлунково-кишкового тракту (ШКТ) входять до числа найбільш поширених хвороб та посідають третє місце серед всіх порушень здоров'я. Хвороби ШКТ характеризуються масовістю, швидким поширенням та значною динамікою захворюваності. Нормальна діяльність ШКТ – це повноцінна доставка будівельного матеріалу для організму, що постійно добудовується і перебудовується упродовж життя, а також саме ШКТ забезпечує організм енергетичним матеріалом, який є необхідним для повсякденної активності. В останніх

дослідженнях підкреслюється тісний взаємозв'язок хвороб ШКТ та емоційного дистресу, а також зазначається про взаємообумовленість психіки і процесів травлення через тісну взаємодію мозку й органів травлення (Person & Keefer, 2021).

Для поєднання психічних та кишкових хвороб у науковій літературі користуються терміном «Вісь мозок-кишківник», який означає сукупність різноманітних нейрогуморальних факторів, що обумовлюють взаємодію цих важливих органів. До механізмів взаємодії належать ентеральна нервова система та блу-

Address for correspondence, e-mail: editpsychas@gmail.com
Copyright: © Tetiana Pastryk

This is an Open Access journal, all articles are distributed under the terms of the Creative Commons Attribution-NonCommercial-ShareAlike 4.0 International (CC BY-NC-SA 4.0) License (<http://creativecommons.org/licenses/by-nc-sa/4.0/>), allowing third parties to copy and redistribute the material in any medium or format and to remix, transform, and build upon the material, provided the original work is properly cited and states its license.

каючий нерв, а також ендокринні фактори (гастроінтестинальні, панкреатичні, холецистичні пептиди) тощо. Ці кишкові гормони вивільнюються з певних епітеліальних клітин оболонки кишківника під дією поживних речовин перед їхнім всмоктуванням.

Центральна нервова система функціонує безперервно, аналізуючи постійний об'єм інформації, що надходить за допомогою нервових клітин, а також хімічних речовин як від організму, так і ззовні. Ця інформація потрібна для забезпечення життєдіяльності організму шляхом підтримки гомеостазу. Саме кишківник містить найбільшу кількість мікроорганізмів, оскільки саме він регулює надходження інформації до нервової системи. Таким чином утворюється та підтримується зв'язок подвійного спрямування «кишківник – мозок», який і називається кишково-мозковою віссю (Baier, Hamr, & Dusa, 2016).

Отже, кишково-мозкова вісь є системою, що складається з центральної нервової системи, ентєральної нервової системи, вегетативної нервової системи, а також нейроендокринної та імунної систем й мікрофлори кишківника, які поєднані між собою нейрогуморальними зв'язками. Всередині цієї різнорідної складної системи інформація у вигляді гуморальних, нервових або імунних сигналів циркулює в обох напрямках від мікрофлори кишківника до центральної нервової системи та зворотно.

Результати останніх досліджень свідчать про те, що порушення в кишково-мозковій віссі призводять до таких фізичних і психічних захворювань, як синдром подразненого кишківника, депресія, хвороба Альцгеймера та розлади аутичного спектру (Person & Keefner, 2021). Захворювання ШКТ ускладнюються тим, що окрім фізичних симптомів в особи відбувається значне погіршення функціонування у різних сферах життя, в соціальній взаємодії зокрема через необхідність дотримуватися певного режиму поведінки й харчування. Такі обмеження призводять не лише до скорочення важливих соціальних контактів, а й до часткової або повної непрацездатності особи. Таким чином, особи із хронічними захворюваннями ШКТ потребують особливої психологічної підтримки, оскільки вона сприятиме покращенню самопочуття цих осіб.

Серед найбільш важливої підтримки осіб із хро-

нічними захворюваннями особливої ваги набуває конструкт емоційної експресивності (ЕЕ). Емоційна експресивність (ЕЕ) – це конструкт, який означає ставлення найближчого оточення до особи із хронічним захворюванням (Pastryk et al., 2021; Zasiakina, 2018). Із поширенням біопсихосоціальної моделі у клінічній практиці значна увага приділяється фактору сім'ї у підтримці якості життя особи із хронічним захворюванням (Cromby, Harper, & Reavey, 2017).

Незважаючи на значну кількість досліджень, присвячених ЕЕ у контексті хронічних хвороб та її впливу на різні аспекти перебігу хвороби, ефект ЕЕ членів сім'ї на якість життя та управління хворобою осіб із хронічними захворюваннями ШКТ не отримало комплексного вивчення у науковій літературі.

Таким чином, важливість ЕЕ як виду психосоціальної підтримки осіб із захворюваннями ШКТ для ефективного управління їхньою хворобою та підтримання якості життя, з одного боку, та недостатність досліджень із цієї проблеми, з іншого, зумовили актуальність дослідження суб'єктивного переживання ЕЕ стосовно осіб із хронічними захворюваннями ШКТ з боку їхніх родичів.

Мета дослідження – теоретично обґрунтувати та емпірично дослідити суб'єктивне переживання ЕЕ у сукупності таких субшкал, як нестача підтримки, дратівливість, емоційна гіперопіка та критичність стосовно осіб із хронічними захворюваннями ШКТ з боку їхніх родичів.

Аналіз останніх досліджень з проблеми. На сьогоднішній день учені не мають достатньо даних, який клінічний результат хронічного захворювання можна сприймати як позитивний чи негативний. Так, огляд літератури останніх років із проблеми дає змогу зробити висновок, що контроль за власним здоров'ям та здоровий спосіб життя можуть давати позитивні результати на перебіг хвороби, при цьому ЕЕ мають сильний ефект (Wearden et al., 2000). Таким чином, у контексті хронічної хвороби вчені пропонують говорити про якість життя, обумовлену хворобою, а не про конкретний клінічний результат. Більш того, одне із першочергових завдань досліджень проблеми ЕЕ полягає в з'ясуванні того, чи містить вона спільні механізми впливу на перебіг і психічних, і фізичних захворювань,

чи ЕЕ має різні механізми впливу на психічні і фізичні захворювання (Nuechterlein, Snyder, & Mintz, 1992). Так, в останніх дослідженнях ЕЕ в осіб, що страждають і на психічні, і на фізичні захворювання одночасно, зокрема депресії після інсульту, ідеться про те, що як на депресію, так і ускладнення після інсульту більшою мірою впливає сприйнятий рівень ЕЕ родичів (тобто як хворий сприймає ставлення родича до себе), а не високий рівень ЕЕ сам по собі (Zingone et al., 2015). Результати цього дослідження, можуть бути застосовані при інших медичних станах, оскільки хронічні фізичні захворювання часто супроводжуються психологічними ускладненнями.

Інше дослідження зосереджує увагу на переліку основних факторів ЕЕ, зокрема на взаємозв'язку між ЕЕ (ворожістю / критикою та гіперопікою), менталізацію та прив'язаністю (Cherry et al., 2018). Вчені визначають менталізацію як здатність визначати свої й інших людей думки, емоції та потреби та розуміти їх як такі, що обумовлюють поведінку. Результати цього дослідження свідчать про існування взаємозв'язку між ворожістю як субшкалою ЕЕ, прив'язаністю уникнення та менталізацією. Водночас, не виявлено жодного взаємозв'язку між гіперопікою, тривожною прив'язаністю та менталізацією. Більше того в результаті регресійного аналізу з медіацією не встановлено опосередкованого впливу прив'язаності на ЕЕ через менталізацію.

Інтерпретуючи результати досліджень, вчені вважають за необхідне враховувати у клінічній практиці менталізацію й типи прив'язаності для зменшення критичного й ворожого ставлення родичів до особи із хронічними захворюваннями. Дані цього дослідження суттєво розширюють уявлення психологів щодо ЕЕ з боку родичів до осіб із захворюваннями протягом усього життя і підкреслюють необхідність досліджувати кожен вид ЕЕ – критику, ворожість, емоційну гіперопіку окремо.

Загалом розглянуті вище дослідження окреслюють вагомую роль ЕЕ, представлену емоційними реакціями, зокрема критичним, ворожим ставленням та гіперопікою осіб із хронічними захворюваннями. Хоча ЕЕ не має суттєвого впливу на сам процес одужання, вона відіграє важливу роль на перебіг хвороби і може значно покращити якість життя, пов'язану з хворобою. Важ-

ливою для нашого дослідження є думка про те, що значущим є не стільки об'єктивний рівень ЕЕ, як суб'єктивне переживання ЕЕ самими користувачами медичних послуг (Wearden et al., 2000; Zasiakina, 2018).

Відповідно до цієї думки сформульовано дослідницьке запитання (ДЗ) у нашому дослідженні: Чи існують відмінності у показниках суб'єктивного переживання ЕЕ та усіх її субшкал (нестача підтримки, дратівливість, емоційна гіперопіка та критичність стосовно осіб із хронічними захворюваннями ШКТ з боку їхніх родичів) відповідно до статі, сімейного стану, професійного статусу?

Дослідження «Емоційна експресивність з боку найближчого оточення до особи із хронічними шлунково-кишковими захворюваннями» було схвалено Комітетом з Етики наукових досліджень Волинського національного університету імені Лесі Українки № протоколу 03-24/04/1107 від 25.05.2002.

Вибірка

Вибірку дослідження для проявів ЕЕ стосовно осіб із захворюваннями ШКТ склали 119 особи, які перебували на стаціонарному лікуванні в гастроентерологічному й проктологічному відділеннях КЗ «Волинська обласна клінічна лікарня». Після отримання згоди на дослідження і заповнення бланків опитувальників, відбулося остаточне формування вибірки у кількості 118 особи. 1 особа не повністю/некоректно заповнила бланки опитувальників, відповідно ці дані не були використані у дослідженні. При діагностиці сприйнятої ЕЕ з боку сім'ї досліджуваним надавалася інструкція уявити члена родини, який контактує із ними щонайменше 10 годин щотижня. У дослідженні використовувалися такі **методи і методики**. Методи теоретичного аналізу літератури та

шкала для діагностики рівня ЕЕ (Perceived Level of Expressed Emotion, pLEE), розроблена J. Cole і S. Kazarian (1988). Шкала складається із 60 тверджень, які досліджують критичне, вороже ставлення до осіб із діагнозом, а також гіперопіку з боку родичів. Методика обрана внаслідок того, що досліджує сприйнятий рівень ЕЕ, а також є легкою у використанні для клінічної вибірки. Методика апробована на різних національно-культурних вибірках, Європи та Азії, та підтвердила надійність і

валідність.

У нашому дослідженні було використано коротку форму методики, стандартизовану В. Нале та ін. (2007). Методика складається із 38 тверджень, і має чотири субшкали: сприйнята критичність, сприйнята гіперопіка, сприйняте роздратування, сприйнята нестача підтримки. Методика обрана внаслідок того, що має високу надійність та досліджує сприйнятий рівень ЕЕ, а також є легкою у використанні для клінічної вибірки. Встановлено значущі кореляційні зв'язки між кожним пунктом опитувальника та загальним балом, коефіцієнт альфа Кронбаха становить $<0,826$ для усіх пунктів опитувальника. Усі твердження оцінюються за шкалою від 0 до 4, де 0=зовсім не погоджуюся, 4=повністю погоджуюся. Твердження 2, 7, і 8 мають зворотній характер і обернений обрахунок. Максимальна кількість набраних балів 15 свідчить про низький рівень сприйнятої ЕЕ.

Результати дослідження

Результати порівняння двох незалежних вибірок відповідно до статі з допомогою t-критерію Стьюдента відображено на рис.1.

Як видно з рисунку 1 найбільші відмінності між жінками і чоловіками спостерігаються у показниках нестачі підтримки. Беручи до уваги зворотний обрахунок балів шкали рLEE, можемо стверджувати що нижчі показники нестачі підтримки у жінок свідчать про заго-

стрене переживання ЕЕ за цією субшкалою саме жінками. Інакше кажучи, саме жінкам видається, що близькі родичі застосовують щодо них недостатню підтримку, враховуючи хронічний перебіг їхнього захворювання. Результати нашого дослідження частково зіставляються з результатами гендерних особливостей у спілкуванні юнаків зі схильністю до самоушкодження та їхніми батьками (Tschan et al., 2022). Так, встановлено, що дочки більшою мірою вимогливі та потребують більшою уваги й підтримки у спілкуванні з батьками, порівняно із хлопцями. Таким чином, незважаючи на різну етіологію захворювань ШКТ та психічних розладів, статеві відмінності у проявах суб'єктивного переживання ЕЕ є подібними у цих двох дослідженнях. Відмінності у показниках різних субшкал рLEE за статтю відображено на рис.1.

Також варто відзначити різний психодіагностичний інструментарій у нашому та зарубіжному дослідженні. Тоді як ми використовували рLEE, Tschan та ін. (2022) застосовували *метод п'ятихвилинного інтерв'ю* (Gottschalk & Gleser, 1979). На думку вчених, мовлення відображає тенденцію інтра-психічних якостей та реакцій родичів на хворобу і члена родини з цією хворобою, а також низку ставлень, які є більш правдоподібними ніж у випадку, коли необхідно давати відповіді на запитання інтерв'ю. Мовлення родичів не переривається, а записується, транскрибується, кодується й

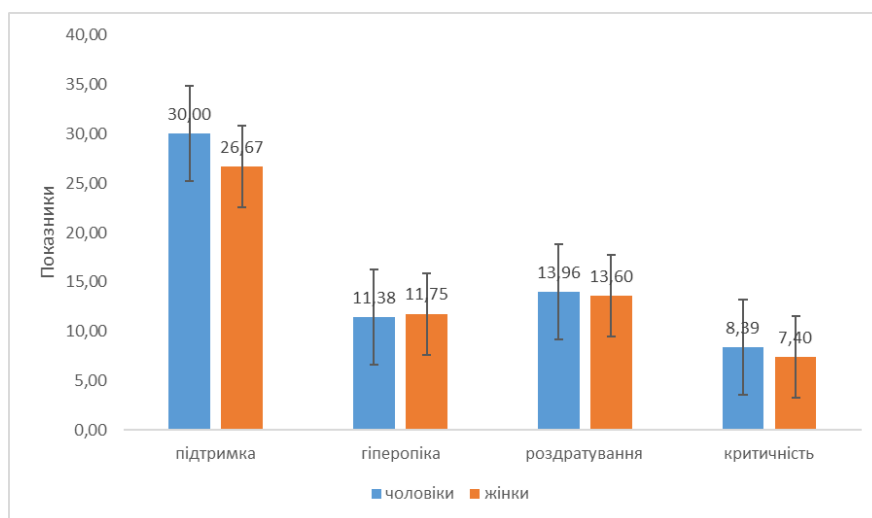


Рис. 1. Відмінності у показниках підтримки, емоційної гіперопіки, роздратування, критичності відповідно до статі

згодом аналізується. Кодування здійснюється за такими субшкалами: тривожність (опис випадків чи загроз смерті, каліцтво, сором, провина, сепарація); ворожість (опис вороже-агресивної поведінки); надія (вираження оптимізму щодо перебігу хвороби). Таким чином, порівнюючи ці два діагностичних інструменти, обидва інструменти, по-перше, досліджують рівень суб'єктивного переживання ЕЕ користувачами медичних послуг, а по-друге, вивчають ворожість і нестачу підтримки з боку родичів.

Середньогрупові показники сприйнятої ЕЕ відповідно до статі та t-критерій Стьюдента відображено у таблиці 1.

З таблиці 1 помітно, що не існує значущих відміннос-

також зазначають, що така думка суперечить загальноприйнятому стереотипу про те, що для одужання особам потрібна соціальна підтримка. Адже самотні люди можуть не мати під рукою надійної мережі підтримки, що зменшує їх опірність до життєвих стресів. Ця знижена стресостійкість й призводить до рецидивів, не пов'язаних безпосередньо з ЕЕ. Також за результатами зарубіжного дослідження, ті, хто живе в подружжі, мають більший рівень рецидивів, ніж ті, хто живе з батьками. Шлюбний партнер, як правило, відчуває гнів і розчарування щодо особи через те, що на неї більше не можна покладатися. Нездатність користувача медичних послуг нормально функціонувати, а також надмірна допомога і терпіння, яких він потребує або очікує від

Таблиця 1.

Середні значення та стандартні відхилення субікал рЕЕЛ для досліджуваних осіб із хронічними захворюваннями ШКТ та відмінності за статтю

Субшкали	Разом (n=52) Чоловіки		Разом (n=66) М (SD), Min-Max Жінки		t	p
	M (SD), Min-Max					
Нестача підтримки	30,00 (10,48)	0,00 57,00	26,67 (7,26)	2,00 56,00	2,036	0,044
Гіперопіка	11,38 (3,60)	7,00 22,00	11,75 (2,99)	7,00 20,00	-0,605	0,546
Роздратування	13,96 (4,62)	7,00 28,00	13,50 (4,80)	7,00 27,00	0,411	0,682
Критичність	8,38 (3,53)	5,00 20,00	7,40 (2,06)	7,00 20,00	1,883	0,062

тей у показниках емоційної гіперопіки, критичності та роздратування відповідно до статі користувачів медичних послуг.

Результати порівняння показників суб'єктивного переживання ЕЕ відповідно до сімейного стану з допомогою t-критерію Стьюдента відображено у таблиці 2 та на рис.2.

Результати дослідження свідчать про те, що найбільші значущі відмінності за критерієм сімейного стану спостерігаються у показниках емоційної гіперопіки. Враховуючи зворотний порядок обрахунку балів за шкалою рLLE, можна зробити висновок про те, що найбільшу гіперопіку відчувають неодружені користувачі медичних послуг. Наші результати частково зіставляються з дослідженнями G. Brown, L. Birley та J. Wing (1972). Результати цих вчених свідчать на користь того, що самотні особи, що не мають сім'ї чи друзів, з боку яких проявляється ЕЕ протягом тривалого часу, мають нижчий рівень частоти рецидивів. Водночас ці вчені

шлюбного партнера, також можуть бути для останнього надзвичайно стресовими.

Важливим результатом для нашого дослідження є думка про те, що висока ЕЕ, яка проявляється через емоційну гіперопіку, частіше простежується у батьків щодо своїх дітей із захворюванням. Батьки захищають своїх нащадків і готові на все, щоб зняти провину з дитини, включаючи перекладання почуття провини та тягаря на себе. Батьки настільки переживають за дитину, що пригнічують її своєю надмірною увагою, сподіваючись зняти з неї стрес і біль. Проте насправді такий надмірний інтерес чинить негатив на дитину, спричиняючи рецидив хвороби.

Таким чином, сімейний стан є значущим фактором відмінностей у суб'єктивному переживанні ЕЕ з боку родичів. Важливо відмітити, що нестачу підтримки та роздратування більшою мірою відчувають одружені користувачі медичних послуг, що також повністю

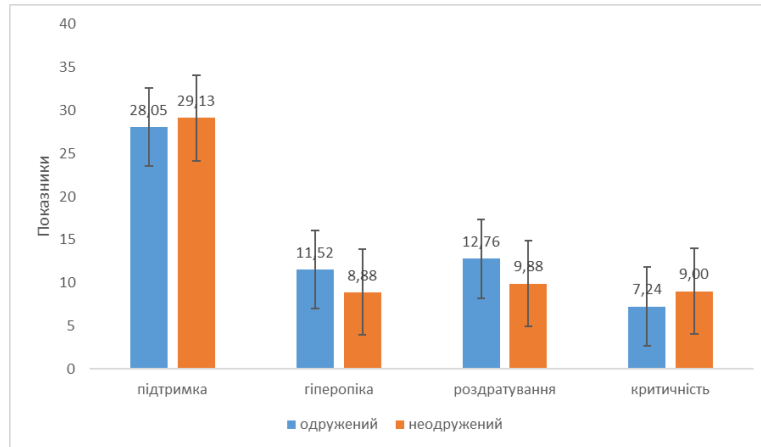


Рис. 2. Відмінності у показниках підтримки, емоційної гіперопіки, роздратування, критичності відповідно до сімейного стану

узгоджується із дослідженням G. Brown, L. Birley та J. Wing (1972).

Як видно з рисунку найбільші відмінності спостерігаються у показниках сприйнятого роздратування з

Таблиця 2.

Середні значення та стандартні відхилення субікал рEEL для досліджуваних осіб із хронічними захворюваннями ШКТ та відмінності за сімейним станом

Змінні	Разом (n=76) Одружені		Разом (n=42) Неодружені		t	p
	M (SD), Min-Max	M (SD), Min-Max	M (SD), Min-Max	M (SD), Min-Max		
Нестача підтримки	28,04 (7,34)	19,00 57,00	29,12 (8,72)	17,00 57,00	-,474	0,037
Гіперопіка	11,52 (2,86)	7,00 22,00	8,86 (2,03)	5,00 20,00	3,390	0,001
Роздратування	12,76 (4,47)	7,00 28,00	9,88 (2,16)	5,00 28,00	2,466	0,017
Критичність	7,23 (2,11)	5,00 19,00	9,00 (4,68)	5,00 20,00	-1,984	0,052

Результати дослідження відмінностей у показниках рLEE відповідно до професійного статусу (працюючий/непрацюючий) подано на рисунку 3.

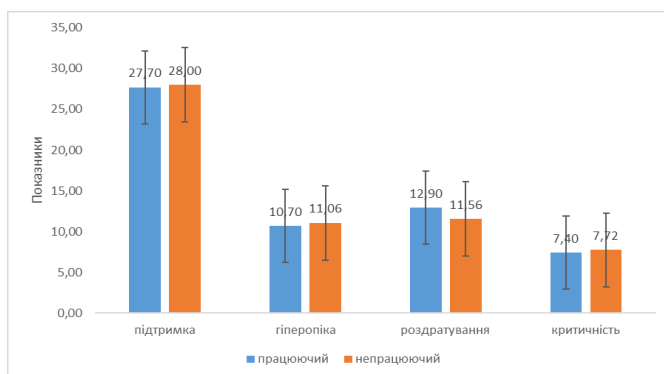


Рис. 3. Відмінності у показниках підтримки, емоційної гіперопіки, роздратування, критичності відповідно до професійного статусу

боку родичів особами, які не працюють. Водночас ці відмінності не є значущими. Результати нашого дослідження не зіставляються із останніми дослідженнями осіб із ОКР, у яких професійний статус є значущим незалежним предиктором EE стосовно цих осіб ($B = 1,429; p < 0,01$) (Ranjan, Gujar, & Gupta, 2022). Як видно з рисунку, у наших досліджуваних відмінностей у показниках суб'єктивного переживання EE відповідно до професійного статусу не виявлено. Така розбіжність нашого дослідження із зарубіжним, може пояснюватися різними діагнозами досліджуваних осіб, а також неоднаковими інструментами діагностики суб'єктивного переживання EE.

Як видно з таблиці 3, особи, які працюють мають однакові суб'єктивні переживання EE з боку роди-

Таблиця 3.

Середні значення та стандартні відхилення rLEE для досліджуваних осіб із хронічними захворюваннями ШКТ та відмінності за професійним статусом

Змінні	Разом (n=72) Працюючі		Разом (n=46) Непрацюючі		t	p
	M (SD), Min-Max		M (SD), Min-Max			
Нестача підтримки	5,30 (0,66)	4,00 10,00	5,72 (1,11)	5,00 10,00	-0,144	0,896
Гіперопіка	59,57 (13,43)	38 111,00	56,88 (13,13)	37,00 110,00	-0,444	0,659
Розратування	72,50 (13,62)	20,00 90,00	58,33 (13,63)	22,00 90,00	1,147	0,357
Критичність	7,40 (2,21)	5,00 20,00	7,72 (3,51)	4,00 19,00	-0,371	0,712

ни з непрацюючими особами. На наш погляд, це пов'язано із тим, що у період пандемії, пост-пандемії та початку повномасштабного вторгнення в Україну багато людей перейшли на віддалені форми роботи і працюють дистанційно, перебуваючи вдома. Це, на нашу думку, може певною мірою стирати фактор професійного статусу як фактор впливу, адже такі умови передбачають тривале перебування користувача медичних послуг з родиною. Водночас таке припущення потребує подальшої перевірки на рівні емпіричного дослідження, що й може слугувати перспективою подальших наукових пошуків.

Висновки

Результати теоретико-емпіричного вивчення суб'єктивного переживання ЕЕ стосовно осіб із хронічними захворюваннями ШКТ свідчать про те, що важливого значення набуває не лише рівень об'єктивного ставлення родини до особи із захворюванням, а й власне, як це ставлення переживається самою особою, так зване сприйняте ЕЕ. Результати нашого дослідження свідчать про те, що працюючі та непрацюючі користувачі медичних послуг із захворюваннями ШКТ не мають відмінностей у суб'єктивному переживанні ЕЕ. Водночас встановлено вищі показники суб'єктивного переживання нестачі підтримки та роздратування одруженими користувачами медичних послуг. Окрім цього нестачу підтримки більшою мірою відчувають жінки порівняно із чоловіками. Ці результати мають важливі теоретичні і практичні імплікації, оскільки можуть суттєво покращити якість життя осіб із хронічними захворюваннями через організацію просвітницької роботи з їхніми родинами та медперсоналом. **Перспективами дослідження**

вважаємо розроблення психоедукаційної програми для найближчих родичів та медпрацівників користувачів медичних послуг із хронічними захворюваннями ШКТ.

References :

Bauer, P. V., Hamr, S. C., & Duca, F. A. (2016). Regulation of energy balance by a gut-brain axis and involvement of the gut microbiota. *Cellular and molecular life sciences*, 73(4), 737-755. doi:10.1007/s00018-015-2083-z.

Brown, G. W., Birley, L. & Wing, J. K. (1972). Influence of family life on the course of schizophrenic disorders: a replication. *British Journal of Psychiatry*, 129, 125-137.

Cherry, M. G., Taylor, P. J., Brown, S. L., & Sellwood, W. (2018). Attachment, mentalisation and expressed emotion in carers of people with long-term mental health difficulties. *BMC psychiatry*, 18 (1), 257. doi: 10.1186/s12888-018-1842-4.

Cole, J. D., & Kazarian, S. S. (1988). The level of expressed emotion scale: a new measure of expressed emotion. *Journal of Clinical Psychology*, 44(3), 392-397.

Cromby, J., Harper, D., & Reavey, P. (2017). *Psychology, mental health and distress*. Bloomsbury Publishing.

Gottschalk, L. A., & Gleser, G. C. (1979). *The measurement of psychological states through the content analysis of verbal behavior*. Univ of California Press.

Nuechterlein, K. H., Snyder, K. S., & Mintz, J. (1992). Paths to relapse: Possible transactional processes connecting patient illness onset, expressed emotion, and psychotic relapse. *The British Journal of Psychiatry*, 161(S18), 88-96. doi: 10.1192/S0007125000297109.

Pastryk, T., Kireieva, Z., Kordunova, N., & Lyla, M. (2021). Perceived Expressed Emotion in the Illness Narratives of Individuals with Chronic Gastrointestinal Disorders. *East European Journal of Psycholinguistics*, 8(2), 189-200. doi.org/10.29038/eejpl.2021.8.2.pas.

Person, H., & Keefer, L. (2021). Psychological comorbidity in gastrointestinal diseases: Update on the brain-gut-microbiome axis. *Progress in Neuro-Psychopharmacology and Biological Psychiatry*, 107, 110209. doi: [10.1016/j.pnpbp.2020.110209](https://doi.org/10.1016/j.pnpbp.2020.110209).

Ranjan, L. K., Gujar, N. M., & Gupta, P. R. (2022). Sociodemographic predictors of perceived expressed emotions and self-esteem in persons with obsessive-compulsive disorder. *Journal of Mental Health and Human Behaviour*, 27(1), 35. doi: [10.4103/jmhbb.jmhbb_171_21](https://doi.org/10.4103/jmhbb.jmhbb_171_21).

Tschan, T., Pfeiffer, S., Gutzweiler, R., & In-Albon, T. (2022). A comparison of expressed emotion between mothers and their adolescent daughters with and without a history of nonsuicidal self-injury. *Child and adolescent psychiatry and mental health*, 16(1), 1-8. doi: [10.1186/s13034-022-00500-y](https://doi.org/10.1186/s13034-022-00500-y).

Wearden, A. J., Tarrrier, 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.

Zasiekina, 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>

Zingone, F., Swift, G. L., Card, T. R., Sanders, D. S., Ludvigsson, J. F., & Bai, J. C. (2015). Psychological morbidity of celiac disease: A review of the literature. *United European Gastroenterology Journal*, 3(2), 136-145. doi: [10.1177/2050640614560786](https://doi.org/10.1177/2050640614560786).

Tetiana Pastryk

Candidate of Psychological Sciences, Associate Professor, Acting Rector, Communal Institution of Higher Education "Volyn Medical Institute", Lutsk (Ukraine)

SUBJECTIVE EXPERIENCE OF EXPRESSED EMOTION TOWARDS SERVICE USERS WITH CHRONIC GASTROINTESTINAL DISEASES

ABSTRACT

The study aims to expand the understanding of perceived relatives' expressed emotion (EE) according to four subscales: lack of support, irritability, criticism and emotional over-involvement towards service users with chronic gastrointestinal diseases. Considering the aim of the study there is a key research question: Are there any differences in the service users' subjective experience of EE (perceived EE) and its subscales (lack of support, irritability, criticism and emotional over-involvement) according to demographic characteristics, namely gender,

marital status and professional status? The study sample includes 118 service users who were undergoing inpatient treatment in the gastroenterology and proctology departments of the "Volyn Regional Clinical Hospital". The study applies methods of theoretical analysis and the Level of Perceived EE (pLEE) Scale. The results of the study indicate that there are no significant differences in pLEE according to professional status. Employed persons have the same indices of perceived lack of support, irritability, criticism and emotional over-involvement with unemployed service users. Married individuals with chronic gastrointestinal diseases have lower indices of emotional over-involvement and higher indices of perceived lack of support and irritability compared to single service users at the level $p < 0.01$. Women experience higher lack of support compared to men at the level $p < 0.05$. The study has an important practical implication, namely developing a psychoeducational program for relatives and healthcare staff of service users with chronic gastrointestinal diseases. It will lead to enhancing the illness-related quality of life in service users.

Key words: expressed emotion, perceived expressed emotion, chronic gastrointestinal diseases, service users', subjective experience of expressed emotion.

How to cite (як цитувати):

Pastryk, T. (2022). SUBJECTIVE EXPERIENCE OF EXPRESSED EMOTION TOWARDS SERVICE USERS WITH CHRONIC GASTROINTESTINAL DISEASES. *PSYCHOLOGICAL JOURNAL*, 8 (5), 39-46. <https://doi.org/10.31108/1.2022.8.5.4> [in Ukrainian]

Подання статті: 15.03.2022

Дата рекомендації до друку: 24.05.2022

Дата оприлюднення: 30.05.2022