

МЕТОДОЛОГІЧНІ ЗАСАДИ ДОСЛІДЖЕННЯ ЕМОЦІЙНОЇ ЕКСПРЕСИВНОСТІ РОДИЧІВ СТОСОВНО ОСІБ ІЗ ХРОНІЧНИМИ ШЛУНКОВО-КИШКОВИМИ ЗАХВОРЮВАННЯМИ

Пастрик Тетяна

КЗВО «Волинський медичний інститут»,

м. Луцьк, Україна

tetiana_pastryk@vmi.volyn.ua

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

Мета дослідження – вироблення методології дослідження емоційної експресивності родичів стосовно осіб із хронічними шлунково-кишковими захворюваннями на основі провідних сучасних теоретичних моделей у галузі психології здоров'я.

Методи. У праці застосовано інструменти теоретичного вивчення літератури: аналіз, синтез, узагальнення та систематизація даних з досліджуваної проблеми.

Результати. Результати теоретичного аналізу літератури свідчать про те, що біопсихосоціальна модель, модель одужання та модель емоційного дистресу слугують методологічними засадами для вивчення емоційної експресивності з боку родичів стосовно осіб із хронічними шлунково-кишковими захворюваннями. Біопсихосоціальна модель ураховує недоліки біомедичної моделі, розмежовуючи недугу й захворювання як результат взаємодії систем на клітинному, тканинному, тілесному, внутрішньоособистісному та соціальному рівнях. Емоційна експресивність родичів стосовно особи з шлунково-кишковими захворюваннями розглядається як мікросистема, яка належить до ширших субсистем: мезосистеми (залучення особи з шлунково-кишковими захворюваннями до інших середовищ: місця роботи, місцевої громади і т.ін.), екзосистеми (зміни, пов'язані з пандемією, які зумовили необхідність адаптації осіб із хронічними захворюваннями) та макросистеми (існування соціокультурних норм, зокрема стигм, пов'язаних із хронічними захворюваннями). Модель емоційного дистресу за своїми характеристиками дає змогу вивчати прояви емоційного дистресу осіб із шлунково-кишковими захворюваннями та його динаміку відповідно до рівня емоційної експресивності родини стосовно до цих осіб. Модель одужання впроваджує цілісний, особистісно-орієнтований підхід щодо підтримки фізичного і психічного здоров'я.

Висновки. Розглянуті моделі дали змогу віднайти оптимальні підходи до вироблення методології дослідження емоційної експресивності родичів

стосовно осіб із хронічними шлунково-кишковими захворюваннями. Отже існує доцільність використання цих теоретичних моделей, які скеровують добір психодіагностичного інструментарію для здійснення комплексного вивчення конструкту емоційної експресивності. Перспективним є використання біопсихосоціальної моделі, моделі одужання та моделі емоційного дистресу для покращення якості життя та психологічного благополуччя осіб із хронічними шлунково-кишковими захворюваннями.

Ключові слова: емоційна експресивність, хронічні шлунково-кишкові захворювання, біомедична модель, біопсихосоціальна модель, піраміда емоційного дистресу, модель одужання.

Tetiana Pastryk. Methodology bases of studying relative's expressed emotion towards individuals with chronic gastrointestinal diseases.

Purpose of the present study is to design a methodology of studying relative's expressed emotion towards individuals with chronic gastrointestinal diseases based on modern theoretical models in public health.

Methods of the study include the tools of theoretical analysis, in particular analysis, synthesis, generalization and systematization of the research data.

Results demonstrate that biopsychosocial model, recovery model, and emotional distress model serve as methodology bases for the study of the relatives' expressed emotion towards individuals with gastrointestinal diseases. Biomedical model is more popular and traditional in western countries. Biopsychosocial model takes into account the shortcomings of biomedical model thereby suggesting the treatment of illness and diseases as a result of simultaneous interaction of systems on the cellular, tissue, body, intrapersonal and interpersonal levels. The model integrates biological science with the individual unique features. It defines the extent of the interconnection between biological and psychosocial factors to explain illness, disease, and clinical data. The emotional distress model allows investigating the manifestation of emotional distress and its dynamics in individuals with gastrointestinal diseases related to the relatives' expressed emotion towards these individuals.

Conclusions. The reviewed models allowed elaborating the approaches to designing a methodology of studying the relatives' expression emotion towards individuals with gastrointestinal diseases. Thus, the study of expressed emotion necessitates the use of these modern theoretical models and the selection of the respective psychodiagnostics tools. Among the prospects of further research are the application of biopsychological, recovery, and emotional distress models in improving life quality and well-being of individuals with gastrointestinal diseases.

Key words: expressed emotion, chronic gastrointestinal diseases, biomedical model, biopsychosocial model, emotional distress pyramid, recovery model.

Вступ. Емоційна експресивність (ЕЕ) – це конструкт, який означає ключові особливості ставлення членів сім'ї до особи із

хронічним захворюванням, які виражаються в критичності, емоційній гіперопіції, позитивних коментарях, ворожості та теплоті. Результати останніх досліджень свідчать про те, що ЕЕ – це конструкт, який значно відрізняється від категорії ставлення до здоров'я, до хвороби та особи, яка має проблеми зі здоров'ям (Пастрик, 2021).

Дж. Браун і М. Руттер вперше увели поняття ЕЕ у науковий обіг при вивченні осіб із шизофренією, які мають високий ризик рецидиву хвороби (Brown et al., 2008). У цих дослідженнях вчені довели, що ЕЕ є важливим чинником зменшення ризиків цих рецидивів та покращення якості життя осіб із діагнозом. Згодом конструкт ЕЕ почав застосовуватися і в контексті фізичних хвороб (Wearden et al., 2000).

Незважаючи на широке розповсюдження цього терміну та значну кількість емпіричного матеріалу у зарубіжній психології, існують труднощі у систематизації отриманих даних через брак чітких методологічних засад дослідження. Зважаючи на те, що предметом нашого дослідження є ЕЕ з боку родичів стосовно осіб із хронічними шлунково-кишковими захворюваннями (ШКЗ), важливим є вироблення чітких методологічних засад, які зумовлять вибір конкретного діагностичного інструментарію. Таким чином, *метою нашого дослідження* є вироблення методології дослідження ЕЕ з боку родичів стосовно осіб із хронічними ШКЗ на основі провідних сучасних теоретичних моделей у галузі здоров'я.

Методи та процедура дослідження. Для досягнення мети було використано такі методи теоретичного вивчення літератури: аналіз, синтез, узагальнення та систематизація даних з досліджуваної проблеми.

Обговорення результатів. Результати останніх досліджень свідчать про те, що найпоширенішими моделями є біопсихосоціальна або голістична модель, модель орієнтована на одуження, та піраміда емоційного дистресу. Розглянемо ці підходи докладніше.

Біопсихосоціальна модель Дж. Енджела відображає взаємодію біологічних, психологічних і соціальних чинників у підтриманні здоров'я. Автори погоджуються, що біопсихосоціальна модель була основою ідеальної практики сучасної медицини (Nadir, Hamza, Mehmood, 2018). Огляд літератури з проблеми також показав, що Дж. Енджел запропонував свою модель на основі праці У. Бронфенбреннера, який вважав, що соціальні чинники відіграють

важливу роль у розвитку хвороб і поведінці (Taukeni, 2020). Таким чином, наслідуючи екологічну модель У. Бронфенбреннера, Дж. Енджел вважав що мікросистема, мезосистема, екзосистема та макросистема є необхідними складовими для розвитку особистості і відповідно її повноцінної якості життя.

Отже, у підході У. Бронфенбренера природне середовище є основним джерелом розвитку людини. Незважаючи на те, що Дж. Енджел, додає біологічні складники, він також дотримується думки про визначальну роль середовища, в якому опиняється особа проблемами зі здоров'ям. У нашому дослідженні особливої ваги набуває мікросистема, яка представлена родиною та її ставленням до особи з хронічними ШКЗ. На рівні мезосистеми, це ставлення також пов'язане з іншими мікросистемами, наприклад, взаємодією особи з медперсоналом, колегами по роботі, що зрештою також впливає на її якість життя і психологічне благополуччя. На рівні екзосистеми ураховуються зміни в соціальному середовищі, у контексті нашого дослідження це зміни соціальної взаємодії внаслідок пандемії. На рівні макросистеми до уваги беруться соціо-культурні норми, пов'язані із хворобою, існування стигм зокрема.

Дж. Енджел розробив біопсихосоціальну модель як альтернативу біомедичній моделі, яку традиційно використовували лікарі. Він вважав, що біопсихосоціальна модель дасть змогу фахівцям у сфері охорони здоров'я краще виробити цілісний погляд на осіб як на суб'єктів, на їхню хворобу та страждання (Borrell-Carrió, Suchman, & Epstein, 2004). Серед сильних сторін біопсихосоціальної моделі, як відзначається в дослідженнях є такі: збільшення рівня задоволеності пацієнтів, ретельніше дотримання протоколу лікування, вища гнучкість у зміні поведінки, краще фізичне та психологічне здоров'я.

Зменшення кількості звернень до лікарів, покращення взаємодії у діаді «лікар-користувач послуг» створює основу для розроблення кроків психосоціальної підтримки осіб із хронічними захворюваннями та їхніх сімей, а також розробки психологічних заходів для покращення якості життя осіб із діагнозом. Крім того, як засвідчили дослідження науковців, модель створює позитивний вплив на якість життя осіб з інвалідністю та літніх осіб (Babalola, Noel & White, 2017; Borrell-Carrió, Suchman, & Epstein, 2004; Engel, 1977; Nadir, Hamza & Mehmood, 2018; Taukeni, 2019; Williams, Frankel, Campbell, & Deci, 2000).

Незважаючи на критику біопсихосоціальної моделі, більшість зауважень була врахована (Karunamuni, Imayama & Goonetilleke, 2020). Ключовим аргументом критики був той, що моделі бракує філософської цілісності (Benning, 2015). Інші аспекти критики стосувалися актуалізації надмірної кількості складних зв'язків між причинами та наслідками біологічних, психологічних та соціальних чинників, що впливають на стан здоров'я та/або виникнення захворювання. Відповіддю на ці критичні закиди, наприклад, були праці вчених (Karunamuni, Imayama & Goonetilleke, 2020), які пояснили ці зв'язки між біологічними, психологічними та соціальними чинниками моделі та показали, як вони здатні потенційно сприяти благополуччю суб'єкта та об'єктивним результатам фізичного здоров'я.

Серед інших аспектів критики слід зазначити такі. Голістичний характер біопсихосоціальної моделі робить її розкішною, яку багато систем охорони здоров'я в умовах обмежених ресурсів не можуть собі дозволити. Також модель потребує багато часу для втілення та надто витратна у плані ресурсів під час її застосування. Вважаємо, що саме цей аспект є найбільш вразливим у сфері медицини у контексті системи охорони здоров'я в нашій країні. Серед інших недоліків моделі є такі: вона не надає чітких рекомендацій щодо клінічного протоколу або пріоритетних правил у клінічній практиці; студентам-медикам бракує матеріалу з предметів у психологічній та соціальній галузях порівняно з кількістю предметів біомедичного спрямування. Більш того, існує нестача можливостей для стажування та фінансових ресурсів для підтримки роботи мультидисциплінарних команд, які мають включати сімейних лікарів, клінічних психологів, профільних медсестер, представників соціальних служб, аби забезпечити комплексне бачення біологічних, психологічних і соціальних чинників, що впливають на стан пацієнтів (Babalola, Noel & White, 2017; Gatchel & Oordt, 2012; Lane, 2014; Suls & Rothman, 2004).

Щоб забезпечити основу для розуміння причин захворювання та розробки раціональних методів лікування та схеми медичної допомоги, біомедичній моделі бракує врахування власне психологічних рис особи із захворюванням, її соціального оточення. Крім того, потрібно брати до уваги соціально-культурні норми, існування стигми щодо осіб з хронічними захворюваннями, особливо психічних розладів. також додаткову розроблену суспільством

систему заходів із боротьби з руйнівними наслідками хвороби, тобто враховувати роль лікаря та системи охорони здоров'я.

Важливо відмітити відмінності біомедичної та біопсихосоціальної моделей на користь останньої, що чітко демонструється в працях (Taukeni, 2019; 2020). Біомедична модель є традиційною й домінуючою в медичному світі західних країн. Ця модель має дві умови: редукціонізм та дуалізм. Сутність першого полягає в тому, що всі стани можна лінійно звести до єдиної етіології. Дуалізм полягає в тому, що хвороба або недуга різняться за ступенем «органічності», що має об'єктивно доведену етіологію, або «функціональне» порушення без специфічної етіології чи патофізіології. Клінічний стан може варіюватися від хвороби без недуги, наприклад, безсимптомна виразка чи гіпертензія, до недуги без хвороби, наприклад, хронічний біль у черевній порожнині чи слабкість. Таке розмежування, з біомедичної перспективи, має певні переваги: а) особа, яка має захворювання або недугу не може вважатися здоровою; б) захворювання з недугою є зрозумілим, або «виправданим» стражданням; в) захворювання без недуги може вважатися як «подолання». Водночас стан недуги без хвороби, з біомедичної перспективи, не існує і може кваліфікуватися як психосоматичний – пейоративний термін, що ставить під сумнів вірогідність симптомів, навіть якщо вони є цілком реальні для особи, яка їх відчуває. Ця проблема має вагоме значення у нашому дослідженні, адже недуга без хвороби чи власне хвороба без недуги не завжди супроводжується позитивним ставленням родини до особи з діагнозом, і перетворюється на критику, навіть вороже ставлення, що й становить природу ЕЕ. Таким чином, у контексті нашого дослідження якості життя осіб із хронічними ШКЗ лише біопсихосоціальна модель vs біомедична модель може забезпечити комплексне дослідження впливу сім'ї на самопочуття особи з діагнозом.

Як зазначає Д. Дросман, біомедична модель створює багато ситуацій невизначеності, коли з позиції медичного підходу не завжди можна пояснити етіологію чи симптоматику захворювання (Drossman, 1998). Також вчений зазначає, що медпрацівники, які працюють лише за цією моделлю, часто страждають на фрустрованість та безпорадність, а також дискомфорт від неможливості дати усі відповіді особі із захворюваннями. Натомість біопсихосоціальна модель, запропонована Дж. Енджелом, враховує

всі недоліки біомедичної моделі, покращуючи її. Як зазначає сам Дж. Енджел, модель чітко розмежовує поняття захворювання та недуги як наслідків одночасної взаємодії систем на клітинному, тканинному, тілесному, внутрішньоособистісному та зовнішньому рівнях. Вона інтегрує біологічну науку з унікальними рисами особи, визначаючи якою мірою біологічні та психосоціальні чинники є взаємопов'язаними для пояснення природи захворювання та якості життя особи із захворюванням. Модель сприяє розумінню впливу соціальних чинників на якість життя, зумовлену хворобою, а також інкорпоруванню психосоціальних чинників в клінічну оцінку. Вагомою перевагою біопсихосоціальної моделі також є те, що ця модель уможливила існування тенденції вивчати недуги в термінах здорової якості життя.

У контексті нашого дослідження вважаємо, що соціальну складову біопсихосоціальної моделі слід розглядати крізь призму мікросередовища (ЕЕ родини до особи з хронічними ШКЗ); мезосередовища (взаємодія мікросередовища у нашому дослідженні представлена взаємодією ЕЕ з боку родини до особи з хронічними ШКЗ, ЕЕ з боку осіб з ШКЗ до родини, ЕЕ з боку лікарів до особи з хронічними ШКЗ, а також вплив мезосередовища на якість життя особи з ШКЗ); екзосистеми (вплив пандемії COVID-19 на взаємодію лікарів та осіб із хронічними ШКЗ та якість життя останніх); макросередовища (існування стигми як соціально-культурної норми для особи з медичним діагнозом).

Модель одужання (recovery model) – це цілісний, особистісно-орієнтований підхід щодо підтримки фізичного і психічного здоров'я. Після її запровадження модель швидко набула популярності і стала стандартною моделлю охорони психічного здоров'я. Модель ґрунтується на двох основних положеннях:

1. Як фізичні, так і психічні розлади піддаються лікуванню, тому особи із діагнозом можуть ефективно інтегруватися у життя суспільства.

2. Найефективнішим у взаємодії з особою з діагнозом є особистісно-орієнтований підхід.

Якщо особа звертається по допомогу щодо свого психічного здоров'я або у неї є близька людина з психічним розладом, знання основних принципів цієї моделі може допомогти в догляді. Структура моделі може ключі до способів адекватного спілкування з особами з

психічними розладами. Основним принципом моделі одужання є переконання в тому, що люди здатні одужати від психічного захворювання, аби жити повноцінним життям, сповненим комфорту.

До середини 1970-х років багато практиків у галузі медицини та клінічної психології вважали, що пацієнти з психічними розладами приречені жити постійно зі своєю хворобою і не зможуть робити жодного внеску в суспільство.

Це переконання мало особливо негативний ефект на поведінку осіб із шизофренією, шизоафективним розладом і біполярним розладом. Однак кілька довготривалих досліджень учених з кількох країн, опублікованих у середині 70-х років минулого століття, показали, що такий погляд далекий від реальності (Malla, Jooper, Garcia, 2015).

Модель одужання застосовується в професійній терапії, тобто під час лікування і фізичного, і психічного здоров'я, який ґрунтується на засадах «партнерстві користувач послуг–надавач послуг–партнерство», даючи змогу користувачам послуг вибирати те, що найкраще підходить для їхнього одужання (American Occupational Therapy Association). Елементи моделі одужання можна простежити також у теорії соціальної роботи, де наголошено на таких цінностях, як самовизначення користувача послуг та здоров'я (Webber, Joubert, 2015). Цілі моделі одужання охоплюють допомогу особам вийти за межі обмежень свого психічного здоров'я, сприяння й заохочення їх до досягнення особистих амбіцій, а також стимулювання до створення значущих соціальних стосунків та зв'язків (Jacob, 2015).

Модель одужання, як зазначалося вище, передбачає особистісно орієнтований підхід. Обґрунтованих доказів нерідко буває недостатньо, щоб змінити систему. Так, наприклад, минуло понад два десятиліття, щоб модель набула поширення в медико-психологічній спільноті. Зміни відбулися загалом завдяки тому, що користувачі медичних послуг самі заявили про своє право участі у власному лікуванні. Користувачі також на основі власного життєвого досвіду почали демонструвати, що за належної підтримки вони можуть бути активним членом суспільства. Історія такого руху містить другий наріжний камінь моделі одужання: найсуттєвіші зміни відбуваються тоді, коли особа керує ними.

Сьогодні окреслюють чотири складники процесу одужання, як-от:

1. **Здоров'я:** для того, щоб лікувати психічне захворювання або одужати від нього, особи повинні приймати самостійні рішення, скеровані на підтримку і фізичного, і психічного благополуччя.

2. **Дім:** людям потрібне безпечне та надійне місце для помешкання.

3. **Мета:** змістовні повсякденні активності, такі як школа, робота, сім'я, участь у справі громади тощо є важливими під час процесу одужання та для підтримки здоров'я.

4. **Спільнота:** активні соціальні стосунки забезпечують особам потреби в любові, емоційній підтримці і повазі, необхідні для виживання та розвитку.

Отже, модель одужання акцентує важливість соціальних зв'язків та соціальної підтримки. Коли у людей є підтримувальні стосунки, які надають беззастережну любов, вони краще ладнають із симптомами своєї хвороби, працюючи над одужанням. Психологи, психіатри, лікарі та інші медичні працівники певною мірою можуть надати таку підтримку, проте зв'язки, які пропонують друзі, родина, однолітки мають вирішальне значення. Потребу в соціальних зв'язках можуть також задовольнити групи підтримки та громадські організації. Визначають щонайменше десять головних принципів у моделі одужання. Кожен заклад, який функціонує за моделлю одужання, включає їх до принципів своєї діяльності. Згідно з цими принципами, одужання: покладається на надію; керується особою; відбувається багатьма шляхами; є голістичним; підтримується однолітками та друзями; підтримується через соціальні стосунки; культурно зумовлено; настає внаслідок пропрацювання травми; включає індивідуальні, сімейні та громадські аспекти та відповідальність; ґрунтується на повазі.

Сьогодні концепція моделі одужання є популярною серед більшості психологів, які працюють над тим, як розробити програми та лікування на основі наведених вище принципів цієї моделі. Американська психологічна асоціація (АРА) розробила 15 навчальних модулів для поглибленого вивчення моделі одужання, які є доступними для громадськості. Теми варіюються від широкого огляду моделі до способів її впровадження на практиці.

Модель одужання є близькою до біопсихосоціальної моделі. Відмінність моделі одужання від біомедичної моделі полягає в тому, що остання постулює, що психічні розлади мають фізіологічні

причини, тому увага часто приділяється використанню ліків для лікування захворювання. Біомедична модель орієнтована на біологічні причини, які усуваються через те, що особи приймають ліки. Водночас, модель одужання передбачає, що користувачі послуг самі можуть брати безпосередню участь у власному лікуванні. Біомедична модель ґрунтується на використанні методів лікування, які базуються на емпіричних дослідженнях. Модель одужання натомість пропонує віднайдення особистісного потенціалу та підтримку з боку рідних, що необхідні людям, аби впоратися зі своєю хворобою та працювати над покращенням здоров'я.

Хоча ці моделі часто представляють як протилежні одна одній, дослідники припустили, що вони доповнюють одна одну і можуть використовуватися разом (Jacob, 2015). Тому сьогодні багато програм включають обидві моделі, здійснюючи дослідження, щоб підтвердити ефективність обох моделей. Попри те, що існують безперечні переваги моделі одужання, засновані на суб'єктивному досвіді своєї хвороби, слід назвати потенційні недоліки використання цієї моделі. Оскільки модель одужання не передбачає одну-єдину програму (її компоненти відрізняються залежно від користувача медичних послуг), буває важко виміряти її результати чи ефективність. Крім того, через специфіку деяких психічних розладів, виникають подекуди ускладнення для особи для її безпосередньої участі у керуванні власним планом лікування. Наприклад, особи, які страждають на психоз, можуть не вважати, що мають психічне захворювання. В інших випадках симптоми людини можуть бути настільки гострими, що вони потребують негайної медичної допомоги. У цій ситуації особа із психічним захворюванням, не може сприяти чи вносити пропозиції щодо свого плану одужання, доки не буде усунено симптоми. (National Alliance on Mental Illness). Однією з головних переваг моделі одужання є те, що вона зосереджується на сильних сторонах особистості та її здатностях, а не на недоліках і патологіях. Особі під час лікування виказують довіру у застосуванні свого власного досвіду, управлінні своїм станом, а родина створює необхідну підтримку у забезпеченні якості життя.

Для нашого дослідження ця модель має важливе значення, адже слідування основним положенням цієї моделі забезпечує позитивне ставлення родини до особи із ШКЗ, яке сприяє підвищенню якості життя останньої та організації ефективної взаємодії у родині.

Важливою також є ця модель у дослідженні ЕЕ з боку медперсоналу для особи із хронічними ШКЗ, адже, можемо припустити, що позитивне ставлення, на противагу критичній чи ворожій взаємодії медперсоналу та особи із ШКЗ, сприятиме підтриманню якості життя та психологічного благополуччя.

Модель емоційного дистресу уведена Дж. Мендіве (2009). Автор зазначає, що емоційний дистрес зазвичай не використовується як конкретний стан у діагностиці, але покриває стани, з якими зустрічаються клінічні психологи та сімейні лікарі на рівні первинної ланки. Вчений визначає конкретні причини, які призводять до емоційного дистресу, а також зазначає, що емоційний дистрес призводить до проблем зі здоров'ям або загострює вже хронічні хвороби (Mendive, 2009). До них належать проблеми з освітою та навчанням, проблеми, пов'язані з роботою та працевлаштуванням, проблеми, пов'язані з місцем проживання, проблеми, пов'язані з негативними життєвими подіями у дитинстві, проблеми, пов'язані з нестачею соціальної підтримки з боку родини.



Рис. 1. Піраміда емоційного дистресу осіб із хронічним захворюванням

У контексті нашого дослідження емоційний дистрес осіб із хронічними ШКЗ вивчається у контексті ЕЕ родини до особи із діагнозом. Важливою думкою цієї моделі є те, що емоційний дистрес не перебачений діагностичними керівництвами такими, як DSM та

ICD через те, що він може долатися самою особою за умови належної психосоціальної підтримки з боку найближчого оточення особи. Відтак, емоційний дистрес часто не потребує спеціалізованого втручання навіть на первинній ланці медичної чи психологічної допомоги. Результати вивчення моделі емоційного дистресу та занурення його у контекст осіб із хронічними ШКЗ дають змогу зобразити емоційний дистрес у вигляді піраміди, у якій відображено емоційні переживання та необхідний психосоціальний супровід цих осіб. Таким чином, використання моделі емоційного дистресу як складової методології нашого дослідження створює ґрунт для вивчення проявів емоційного дистресу осіб із ШКЗ та його динаміку відповідно до рівня ЕЕ родини стосовно до цих осіб.

Результати теоретичного аналізу літератури свідчать про те, що біопсихосоціальна модель, моделі одужання та емоційного дистресу слугують методологічними засадами для вивчення ЕЕ з боку родичів стосовно осіб із хронічними ШКЗ (див. табл. 1).

Таблиця 1

Методологічні засади дослідження ЕЕ родини стосовно осіб із ШКЗ

№ з/п	Рівні методології	Основні положення	Операціоналізація у дослідженні
1	Біопсихосоціальна модель як голістична наукова парадигма	На протигагу біомедичній парадигмі розгляд особи із захворюванням як суб'єкта із органічними (фізіологічні прояви захворювання), психологічними (особистісні риси та властивості) та соціальними (мікросистема, мезосистема, екосистема, макросистема) особливостями	Вплив стану здоров'я, психологічних рис особи, ЕЕ родини та особи з ШКЗ на її якість життя, психологічне благополуччя; вплив пандемії COVID-19 на стан здоров'я та благополуччя осіб із ШКЗ; вплив стигми щодо осіб із захворюваннями на якість життя осіб із хронічними ШКЗ.
2	Модель одужання	Цілісний, особистісно-орієнтований підхід щодо підтримки фізичного і психічного здоров'я	Конструктивне ставлення особи до хвороби, ефективне управління хворобою та позитивне ставлення родини до особи з хронічними ШКЗ сприяє покращенню якості життя останньої та організації ефективної взаємодії у родині

3	Модель емоційного дистресу	Емоційний дистрес сукупність негативних психічних станів, які покращуються за правильно організованої психосоціальної підтримки найближчого оточення, зокрема родини і громадських об'єднань	Прояви емоційного дистресу осіб із хронічними ШКЗ та його динаміка відповідно до рівня ЕЕ родини стосовно цих осіб
---	----------------------------	--	--

Розглянуті моделі дають змогу віднайти оптимальні підходи до вироблення методології дослідження ЕЕ з боку родичів стосовно осіб із хронічними КЗ. Водночас, моделі мають свої особливості.

Висновки і перспективи. Розроблення методологічних засад дослідження ЕЕ родини до осіб із хронічними ШКЗ дає змогу зробити висновок про доцільність використання сучасних теоретичних моделей та підібрати адекватний меті і завданням дослідження психодіагностичний інструментарій та здійснити комплексне вивчення конструкту ЕЕ. Перспективним вважаємо використання біопсихосоціальної моделі, моделі одужання та моделі емоційного дистресу для покращення якості життя та психологічного благополуччя осіб із хронічними ШКЗ.

Література

1. Пастрик Т. (2021). Емоційна експресивність у контексті ставлення до себе, до інших і до світу. Науковий вісник Херсонського державного університету, 4, 55-61. <https://doi.org/10.32999/ksu2312-3206/2021-4-7>
2. American Occupational Therapy Association. Occupational therapy's role with mental health recovery. URL: <https://www.aota.org/-/media/corporate/files/aboutot/professionals/whatisot/mh/facts/mental-health-recovery.pdf>
3. Babalola, E., Noel, P., & White, R. (2017). The bio-psychosocial approach and global mental health: Synergies and opportunities. *Indian Journal of Social Psychiatry*, 33, 291-296.
4. Benning, T.B. (2015). Limitations of the biopsychosocial model in psychiatry. *Advances in Medical Education and Practice*, 6, 347-52.
5. Bonney, S., & Stickley, T. (2008). Recovery and mental health: a review of the British literature. *Journal of psychiatric and mental health nursing*, 15(2), 140–153. <https://doi.org/10.1111/j.1365-2850.2007.01185.x>
6. Borrell-Carrió, F., Suchman, A., & Epstein, R. (2004). The biopsychosocial model 25 years later: Principles, practice and scientific inquiry. *Annals of Family Medicine*, 2(6), 576-582.
7. 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.

8. Davidson, L. (2005). Recovery, self management and the expert patient: Changing the culture of mental health from a UK Perspective. *Journal of Ment Health*, 14, 25-35.
9. Drossman, D. (1998). Presidential address: Gastrointestinal illness and the biopsychosocial model. *Psychosomatic Medicine*, 60(3), 258-267.
10. Engel, G. L. (1977). The need for a new medical model: A challenge for biomedicine. *Science*, 196(4286), 129-136.
11. Gatchel, R.J., & Oordt, M. S. (2012). Health psychology and primary care: Practical advice and clinical guidance for successful collaboration. Washington, DC: American Psychological Association.
12. Hogan, M.F. (2003) The President's New Freedom Commission: Recommendations to transform mental health care in America. *Psychiatr Service*, 54(11), 1467-1474. <https://doi.org/10.1176/appi.ps.54.11.1467>
13. Jacob, KS. (2015). Recovery model of mental illness: A complementary approach to psychiatric care. *Indian Journal of Psychol Medicine*, 37(2), 117-119. <https://doi.org/10.4103/0253-7176.155605>
14. Karunamuni, N., Imayama, I., & Goonetilleke, D. (2020). Pathways to well-being: Untangling the causal relationships among biopsychosocial variables. *Social Science and Medicine*. URL: <https://healtheconbot.wordpress.com/2020/02/11/pathways-to-well-being-untangling-the-causal-relationships-among-biopsychosocial-variables/>
15. Malla A, Joobar R, Garcia A. (2015). Mental illness is like any other medical illness: A critical examination of the statement and its impact on patient care and society. *Journal of Psychiatry Neuroscience*, 40(3), 147-150. <https://doi.org/10.1503/jpn.150099>
16. Mendive, J. (2009). Emotional distress: an alternative primary care perspective. *Mental Health in Family Medicine*, 6(3), 125.
17. Nadir, M., Hamza, M., & Mehmood, N. (2018). Assessing the extent of utilization of biopsychosocial model in doctor-patient interaction in public sector hospitals of a developing country. *Indian journal of psychiatry*, 60(1), 103–108. https://doi.org/10.4103/psychiatry.IndianJPsychiatry_153_17
18. National Alliance on Mental Illness. URL: <https://www.nami.org/blogs/nami-blog/april-2015/science-meets-the-human-experience-integrating-th>
19. Suls, J., & Rothman, A. (2004). Evolution of the bio-psychosocial model: Prospects and challenges for health psychology. *Health Psychology*, 23, 19-125.
20. Taukeni, S.G. (2019). Introductory chapter: Bio-psychosocial model of health. In S.G. Taukeni (Ed.). *Psychology of Health: Biosychosocial approach* (p.1-8). London: IntechOpen.
21. Taukeni, S. G. (2020). Biopsychosocial Model of Health. *Psychology and Psychiatry*, 4(1).
22. Vaughn, C. Leff, J., Sarnier, M. (1999). Relatives' expressed emotion and the course of inflammatory bowel disease. *Journal of Psychosomatic Research*, 47(5), 461–469.
23. Wearden A. J., Tarrier, N., Barrowclough, C., Zastowny, T., Rahill, A. (2000). A Review of Expressed Emotion Research in Health Care. *Clinical Psychology Review*, 20(5), 633–666.
24. Webber M, Joubert L. (2015). Social work and recovery. *British Journal of Social Work*, 45(suppl 1), i1-i8. doi:10.1093/bjsw/bcv125.
25. Williams, G.C., Frankel, R.M., Campbell, T.L., & Deci, E.L. (2000). Research on relationship-centred care and healthcare outcomes from the Rochester bio-psychosocial

program: A self-determination theory integration. *Journal of Family System Health*, 18, 79-90.

References

1. Pastryk, T. (2021). Expressed emotion in the context of the attitude towards self, others and the world [Emotional expressiveness in the context of attitude to oneself, to others and to the world]. *Naukovyi Visnyk of Kherson State University. Psychological Sciences Serie – Scientific Bulletin of Kherson State University*, 4, 55-61. <https://doi.org/10.32999/ksu2312-3206/2021-4-7> [in Ukrainian].
2. American Occupational Therapy Association. Occupational therapy's role with mental health recovery. URL: <https://www.aota.org/-/media/corporate/files/aboutot/professionals/whatisot/mh/facts/mental-health-recovery.pdf>
3. Babalola, E., Noel, P., & White, R. (2017). The bio-psychosocial approach and global mental health: Synergies and opportunities. *Indian Journal of Social Psychiatry*, 33, 291-296.
4. Benning, T.B. (2015). Limitations of the biopsychosocial model in psychiatry. *Advances in Medical Education and Practice*, 6, 347-52.
5. Bonney S, Stickley T. Recovery and mental health: A review of the British literature. *J Psychiatr Ment Health Nurs* 2008;15:140-53.
6. Borrell-Carrió, F., Suchman, A., & Epstein, R. (2004). The biopsychosocial model 25 years later: Principles, practice and scientific inquiry. *Annals of Family Medicine*, 2(6), 576-582.
7. 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.
8. Davidson, L. (2005). Recovery, self management and the expert patient: Changing the culture of mental health from a UK Perspective. *Journal of Ment Health*, 14, 25-35.
9. Drossman, D. (1998). Presidential address: Gastrointestinal illness and the biopsychosocial model. *Psychosomatic Medicine*, 60(3), 258-267.
10. Engel, G. L. (1977). The need for a new medical model: A challenge for biomedicine. *Science*, 196(4286), 129-136.
11. Gatchel, R.J., & Oordt, M. S. (2012). Health psychology and primary care: Practical advice and clinical guidance for successful collaboration. Washington, DC: American Psychological Association.
12. Hogan, M.F. (2003) The President's New Freedom Commission: Recommendations to transform mental health care in America. *Psychiatr Service*, 54(11), 1467-1474. doi:10.1176/appi.ps.54.11.1467
13. Jacob, KS. (2015). Recovery model of mental illness: A complementary approach to psychiatric care. *Indian Journal of Psychol Medicine*, 37(2), 117-119. doi:10.4103/0253-7176.155605
14. Karunamuni, N., Imayama, I., & Goonetilleke, D. (2020). Pathways to well-being: Untangling the causal relationships among biopsychosocial variables. *Social Science and Medicine*. URL: <https://healtheconbot.wordpress.com/2020/02/11/pathways-to-well-being-untangling-the-causal-relationships-among-biopsychosocial-variables/>
15. Malla A, Joobar R, Garcia A. (2015). Mental illness is like any other medical illness: A critical examination of the statement and its impact on patient care and society. *Journal of Psychiatry Neuroscience*, 40(3), 147-150. doi:10.1503/jpn.150099.

16. Mendive, J. (2009). Emotional distress: an alternative primary care perspective. *Mental Health in Family Medicine*, 6(3), 125.
17. Nadir, M., Hamza, M., & Mehmood, N. (2018). Assessing the extent of utilization of biopsychosocial model in doctor-patient interaction in public sector hospitals of a developing country. *Indian Journal of Psychiatry*, 60(1), 103-108.
18. National Alliance on Mental Illness. URL: <https://www.nami.org/blogs/nami-blog/april-2015/science-meets-the-human-experience-integrating-th>
19. Suls, J., & Rothman, A. (2004). Evolution of the bio-psycho-social model: Prospects and challenges for health psychology. *Health Psychology*, 23, 19-125.
20. Taukeni, S.G. (2019). Introductory chapter: Bio-psycho-social model of health. In S.G. Taukeni (Ed.). *Psychology of Health: Biosychosocial approach* (p.1-8). London: IntechOpen.
21. Taukeni, S. G. (2020). Biopsychosocial Model of Health. *Psychology and Psychiatry*, 4(1).
22. Vaughn, C. Leff, J., Sarnier, M. (1999). Relatives' expressed emotion and the course of inflammatory bowel disease. *Journal of Psychosomatic Research*, 47(5), 461–469.
23. Wearden A. J., Tarrier, N., Barrowclough, C., Zastowny, T., Rahill, A. (2000). A Review of Expressed Emotion Research in Health Care. *Clinical Psychology Review*, 20(5), 633–666.
24. Webber M, Joubert L. (2015). Social work and recovery. *British Journal of Social Work*, 45(suppl 1), i1-i8. doi:10.1093/bjsw/bcv125.
25. Williams, G.C., Frankel, R.M., Campbell, T.L., & Deci, E.L. (2000). Research on relationship-centred care and healthcare outcomes from the Rochester bio-psycho-social program: A self-determination theory integration. *Journal of Family System Health*, 18, 79-90.

Received: 07.05.2022

Accepted: 22.05.2022