

ЕМОЦІЙНА ЕКСПРЕСІВНІСТЬ У КОНТЕКСТІ МОДЕЛІ РИС ОСОБИСТОСТІ: ТЕОРЕТИКО-ЕМПІРИЧНЕ ОСМИСЛЕННЯ ПОНЯТЬ

Пастрик Тетяна

КЗВО «Волинський медичний інститут»,

Луцьк, Україна

tetiana_pastryk@vmi.volyn.ua

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

Мета дослідження полягає в теоретико-емпіричному обґрунтуванні моделі рис особистості як методологічної основи дослідження та встановлення взаємозв'язку емоційної експресивності (ЕЕ) з темпераментними рисами родичів осіб із хронічними захворюваннями шлунково-кишкового тракту (ШКТ).

Методи. У дослідженні використовувалися теоретичні методи вивчення проблеми та психометричні методики: шкала ставлення родини (Family Attitude Scale, FAS), методика для діагностики рівня ЕЕ (Level of Expressed Emotion, LEE), опитувальник для діагностики темпераменту (коротка версія) (The Temperament Evaluation – Short Version (TEMPS-A)).

Результати дослідження свідчать про те, що існують помірні позитивні кореляційні зв'язки між показниками ЕЕ родичів, які на емпіричному рівні вивчалися з допомогою шкали FAS, та циклотимічним типом ($r=.394$, $p<.01$); депресивним типом ($r=.334$, $p<.01$) дратівливим типом ($r=.374$, $p<.01$). Водночас спостерігаємо помірний негативний кореляційний зв'язок між FAS та гіпертимним типом ($r=-.340$, $p<.01$). На рівні $p<.05$ встановлено значущі відмінності лише між показниками сприйнятої підтримки особами із хронічними захворюваннями ШКТ відповідно до статі. Так, чоловіки мають вищий рівень сприйнятої підтримки порівняно із жінками. Результати кореляційного аналізу показників сприйнятої ЕЕ й її окремих субшкал, загального самопочуття, віку та тривалості хвороби засвідчують відсутність значущих кореляційних зв'язків між цими змінними.

Висновки. ЕЕ – важливий конструкт, який характеризує взаємодію між особою із захворюванням та її родичами, та пов'язаний як з темпераментними рисами родичів, так і характеристиками самих користувачів медичних послуг.

Ключові слова: емоційна експресивність, особистісні риси, хронічні захворювання шлунково-кишкового тракту, користувачі медичних послуг, родичі.

Tetiana Pastryk. Expressed emotion in the context of personality traits model: theoretical and empirical examining the key concepts.

Purpose. The study aims to examine theoretically and empirically the model of personality traits and to establish the relationship between expressed emotion (EE) and affective temperamental traits of relatives of service users with chronic diseases of the gastrointestinal tract (GIT).

Methods. The study uses theoretical methods and psychometric measures: the Family Attitude Scale (FAS), Level of Expressed Emotion Scale (LEE), the Temperament Evaluation – Short Version (TEMPS-A) questionnaire.

Results. The results of the study indicate that there are moderate positive correlations between the relatives' EE and the cyclothymic type ($r=.394$, $p<.01$), depressive type ($r=.334$, $p<.01$) irritable type ($r=.374$, $p<.01$). At the same time, we observe a moderate negative correlation between FAS and hyperthymic type ($r=-.340$, $p<.01$). Significant differences were established only between perceived support in female and male service users at the $p<.05$ level. In particular, male service users have a higher level of perceived support compared to female service users. The results show no correlation between perceived EE, age and duration of the disease.

Conclusions. EE is an important construct that characterizes the interaction between service users and their relatives, which is related to both the temperamental traits of relatives and the characteristics of the service users themselves.

Key words: expressed emotion, personality traits, chronic diseases of the gastrointestinal tract, service users, relatives.

Вступ. Особи, які живуть із діагнозом хронічних захворювань шлунково-кишкового тракту (ШКТ), мають багато викликів, пов'язаних із управлінням хворобою й плануванням способу життя, який передбачає дотримання дієти та медикаментозне лікування. Тому підтримка родини для таких осіб є надзвичайно важливою, що підкреслюється у дослідженнях психологічного супроводу осіб із хворобами ШКТ (Eurasch et al, 1995).

Серед сімейної підтримки, міжособових стосунків та психосоціальної підтримки осіб із хронічним захворюванням до фокусу уваги потрапляє конструкт емоційної експресивності (ЕЕ) як сукупність критичного і ворожого ставлення до особи, а також прояви емоційної гіперопіки. Попри те, що перші дослідження ЕЕ здійснювалися у контексті психічних захворювань, зокрема шизофренії, розладів особистості та розладів харчової поведінки, сучасні дослідження містять результати впливу ЕЕ на перебіг хвороби і якість життя осіб із таким захворюваннями, як астма, артрит, целиакія, серцево-судинні захворювання (Hooley & Gotlib, 2000; Wearden et al., 2000).

Також існують дослідження ефекту ЕЕ на ефективність дотримання дієти особами із хронічними захворюваннями. Як зазначають J. Hooley, D. Licht (1997), у випадку перебігу хронічної хвороби важко визначити, що є позитивним наслідком лікування хвороби, адже часто повне одужання не є можливим, і тоді варто говорити про якість життя особи та мінімізацію фізичних проявів симптомів. Таким чином, зрозумілою є думка вчених Т. Хомуленко (2021), А. Wearden і колег (2000) про те, що для таких осіб важливим є дотримання якомога високої якості життя та подолання труднощів, пов'язаних із хворобою та необхідністю дотримання пожиттєвої дієти зокрема. Отже, у випадку осіб із захворюваннями ШКТ важливого значення набуває якість життя цих осіб.

За даними ВООЗ, захворювання ШКТ входять до числа найбільш поширених, займаючи 3-4 місце серед всіх проблем зі здоров'ям. Це хвороби, які вражають різні органи ШКТ, в тому числі шлунок, кишечник, печінку і т. ін. Вони мають масовий характер і притаманні всім віковим групам без виключення. 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.

За захворювання ШКТ ускладнюються тим, що окрім фізичних симптомів в особі 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. У теперішній час не існує єдиного визначеного підходу до класифікації та діагностики хвороб ШКТ, при цьому однакові фізичні симптоми часто позначаються різними визначеннями, наприклад, синдром дефіцитності всмоктування (синдром мальабсорбції), синдром дефіцитності травлення, синдром подразненої товстої кишки. Це ускладнює не лише процес вдосконалення протоколів лікування осіб із захворюваннями ШКТ, а й налагодженню необхідного психологічного супроводу цих осіб та їхніх сімей для підтримки якості життя, пов'язаною із хворобою.

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. Окрім цього дискусійним залишається питання про методологічні засади дослідження ЕЕ, зокрема визначення теоретичної моделі, яка якнайповніше описує природу та динаміку ЕЕ.

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 недостатня обґрунтованість методологічних засад дослідження ЕЕ, з іншого, зумовили необхідність вивчення теоретичної моделі рис особистості як теоретичного каркасу для вивчення ЕЕ стосовно осіб із хронічними захворюваннями ШКТ.

Мета дослідження полягає в теоретико-емпіричному обґрунтуванні моделі рис особистості як методологічної основи дослідження та встановлення взаємозв'язку ЕЕ з особистісними властивостями родичів осіб із хронічними захворюваннями ШКТ.

А. Wearden та колеги (2000) її команда зазначають, що упродовж десятиліть вплив родинних відносин на процес сприйняття хвороби й одужання вивчається у трьох напрямках: а) розуміння родиною різних станів хвороби та здоров'я; б) специфіка хвороби та вплив сім'ї на перебіг хвороби; в) вплив поведінкових стратегій сім'ї на короткотривалі й довготривалі виклики хвороби члена родини. Ці вчені зазначають, що психологічні фактори разом із родиною й соціальними факторами впливають на ступінь вразливості до хвороби, адаптацію до хвороби та одужання, а також ступінь недієздатності особи, зумовленої хворобою, ефективність допомоги з боку служб охорони здоров'я, та якість життя особи загалом. При цьому вчені зазначають, що провідну роль серед цих факторів відіграє ставлення сім'ї до особи із хворобою, яке оптимально вивчати через поняття ЕЕ.

Результати теоретичного аналізу свідчать про те, що існує три теоретичні моделі, з допомогою яких описується ЕЕ (Wearden et al., 2000). До них належить модель каузальної атрибуції, модель вразливості або діатезного стресу, модель рис особистості. Модель каузальної атрибуції введена у науковий обіг С. Brewin і колегами (1991). Найпоширенішими емоціями, які зумовлюють виникнення високого рівня ЕЕ у членів родини, на думку авторів моделі, є

контроль та провина. Члени сім'ї з високим проявом ЕЕ вимагають, аби особи із хронічним захворюванням здійснювали контроль над своїми симптомами, відтак часто застосовують критичність та критичні судження. Також в межах моделі вважається, що особи із хронічним захворюванням часто самі винні у своїх проблемах та важкому перебігу одужання. Водночас, така підвищена критичність зумовлює почуття провини у членів сім'ї.

Модель вразливості або діатезного стресу відображає ЕЕ як медіатор взаємодії між членами сім'ї та особами, що хворіють. J. Hooley та I. Gotlib (2000) зазначають, що модель вразливості або діатезного стресу охоплює випадки шизофренії, пограничного розладу особистості та депресії, та при цьому розглядає ЕЕ у членів родини як один із важливих предикторів стресу в осіб із захворюваннями. Окрім цього і сам стрес у родичів залежить від вираження симптомів та тривалості захворювання. Зазначимо, що модель розглядає захворювання, які важко піддаються лікуванню, тому мова радше йде не про одужання, а про якість життя осіб із психічними захворюваннями та їхніх родин.

Модель рис особистості, розроблена J. Leff та C. Vaughn (1985), ґрунтується на толерантному та емпатійному ставленні членів родини до особи із захворюванням. ЕЕ, на думку вчених, – це особистісна риса, яка визначається недорозвинутим толерантним та емпатійним ставленням до особи із захворюванням. За J. Leff та C. Vaughn (1985), родичі з високим рівнем ЕЕ є менш послідовними, толерантними, водночас більш негнучкими, нав'язливими та нецілеспрямованими (хаотичними), ніж родичі з низьким рівнем ЕЕ (Leff & Vaughn, 1995). Цікавим є висновком учених, що прояви теплих стосунків та гіперопіки визначається психічним та фізичним станом осіб, які хворіють, а критичні коментарі родичів зумовлюється їхніми рисами особистості.

Результати теоретичного аналізу моделей ЕЕ свідчать про те, що усі вони базуються на особистості родича, який в силу своїх особистісних властивостей вибудовує траєкторію взаємодій із членом родини, що має медичний діагноз. Так, модель каузальної атрибуції описує поведінку родичів внаслідок їхньої інтерпретації причин симптомів та самопочуття особи із захворюваннями; модель діатезного стресу фокусує увагу на надлишковій вразливості родичів до сімейних труднощів; модель особистісних рис на низький

толерантності та високій нав'язливості родичів. Незважаючи на зовнішні розбіжності цих моделей, усі вони зводяться до моделей рис особистості, адже саме особистісні характеристики пов'язані із певним типом поведінки родича стосовно особи із захворюванням. Тому в подальшому ми будемо розглядати модель рис особистості як базову модель для операціоналізації ЕЕ.

Методи та процедура дослідження. Емпіричне дослідження було спрямоване на пошук відповіді на такі дослідницькі запитання:

(RQ1) Чи може слугувати теоретична модель рис особистості методологічною основою для вивчення ЕЕ родичів до особи із хронічними захворюваннями ШКТ?

(RQ 2) Чи існують відмінності у показниках сприйнятої ЕЕ та самопочуття із хронічними захворюваннями ШКТ відповідно до тривалості хвороби, віку та статі?

Для реалізації завдань та досягнення поставленої мети було використано такі **методи** дослідження: *теоретичні*: аналіз, порівняння, узагальнення, синтез, систематизація наукових джерел із проблем ЕЕ та теоретичних моделей для їх пояснення; *психометричні* методики: шкала ставлення родини (Family Attitude Scale, FAS), методика для діагностики рівня ЕЕ (Level of Expressed Emotion, LEE), опитувальник для діагностики темпераменту (коротка версія), the Temperament Evaluation – Short Version (TEMPS-A).

У дослідженні використовувався багатоплановий дизайн емпіричного дослідження із використанням методів кореляційного аналізу, програми SPSS, версія 26.

1. *Шкала ставлення родини (Family Attitude Scale, FAS)* призначена для вивчення ставлення родини до осіб із хронічними захворюваннями (Kavanagh et al., 1997). В інструкції досліджуваних родичів просять оцінити власне ставлення до осіб із хронічними захворюваннями ШКТ упродовж останнього місяця, оцінюючи 30 тверджень за шкалою від 0 до 30, де 0-ніколи, 4-кожен день. Високі бали за шкалою передбачають високий рівень критичності, ворожості, та низький рівень теплоти у стосунках, які зіставляються із субшкалами «золотого стандарту» для діагностики ЕЕ – сімейним інтерв'ю Кембервела (CFI) (Camberwell Family Interview). CFI вперше застосовувалося для визначення ЕЕ з боку родин до осіб із шизофренією (Hooley & Licht, 1997). CFI зазвичай проводиться за три місяці до того, як особа госпіталізована, а також за кілька днів після

госпіталізації. Опитування має форму тригодинного напівструктурованого інтерв'ю із родичами особи із захворюваннями і потребує спеціального навчання для проведення, кодування й інтерпретації даних. Тому замість CFI часто застосовують експрес методи вивчення EE, FAS, який є зручнішим у використанні, є гарною альтернативою для CFI. Kavanagh та ін. (1997) зазначають про високу надійність та валідність. Альфа Кронбаха становить 0.90. У дослідженні використовується середній бал отриманий за усі 30 тверджень.

2. *Методика для діагностики рівня EE (Level of Expressed Emotion, LEE)*, розроблена J. Cole і S. Kazarian (1988). Методика складається із 8 тверджень, які досліджують критичне, вороже ставлення до осіб із діагнозом, а також гіперопіку з боку родичів. Методика обрана внаслідок того, що досліджує сприйнятий рівень EE, а також є легкою у використанні для клінічної вибірки. Методика апробована на різних національно-культурних вибірках, Європи та Азії, та підтвердила надійність і валідність. Встановлено значущі кореляційні зв'язки між кожним пунктом опитувальника та загальним балом, коефіцієнт альфа Кронбаха становить $<.826$ 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 EE.

3. *Опитувальник для діагностики темпераменту (коротка версія), the Temperament Evaluation – Short Version (TEMPS-A)*, розроблений і стандартизований Н. Akiskal та ін (2005). Опитувальник містить 39 тверджень, які зіставляються з афективними типами темпераменту, зокрема циклотимічним, дратівливим, гіпертимним, тривожним, депресивним типами. Опитувальник вирізняється високою надійністю, відповідно Альфа Кронбаха становить .91 для циклотимічного, .81 для депресивного, .77 для дратівливого, .76 – гіпертимного, .57 для тривожного типів. На думку авторів, цей опитувальник підходить для дослідження осіб із хронічними захворюваннями (284 осіб) та їхніх родичів (131 особа), оскільки розроблявся га вибірці здорових осіб та осіб із діагнозом. Оскільки автори встановили низку кореляційних зв'язків усіх субшкал опитувальника з різними особистісними властивостями,

вважаємо, що ця методика емпірично операціоналізує усі запропоновані теоретичні моделі ЕЕ. Так, встановлено позитивний кореляційний зв'язок між усіма субшкалами окрім гіпертимності з уникненням невдачі; між циклотимічним й гіпертимним типами та пошуком новизни. Окрім цього встановлено позитивні кореляційні зв'язки між гіпертимним типом та пошуком винагороди, наполегливості й цілеспрямованості. Таким чином, результати діагностики свідчать про правомірність моделі особистісних рис, адже взаємодія між родичами й особами із хронічними захворюваннями пов'язана із темпераментними рисами особистості родича. Водночас не існує емпіричних досліджень взаємозв'язку темпераментних рис особистості та ЕЕ з боку родичів до осіб із хронічними захворюваннями ШКТ.

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 88 особи. 31 особи не повністю/некоректно заповнили бланки опитувальників, відповідно ці дані не були використані у дослідженні. Окрім цього у дослідженні взяли участь 111 найближчих родичів (23 опитувальника неповних), внаслідок чого утворилося 88 діад (176 осіб), дані яких є придатними для аналізу: особа із захворюваннями ШКТ та її найближчий родич. При діагностиці сприйнятої ЕЕ з боку сім'ї досліджуваним надавалася інструкція уявити члена родини, який контактує із ними щонайменше 10 годин щотижня.

Обговорення результатів. Як видно з таблиці 1, існують помірні позитивні кореляційні зв'язки між показниками ЕЕ родичів, які операціоналізувалися з допомогою шкали FAS, та циклотимним типом ($r=.394$, $p<.01$); депресивним типом ($r=.334$, $p<.01$) дратівливим типом ($r=.374$, $p<.01$). Водночас спостерігаємо помірний негативний кореляційний зв'язок між FAS та гіпертимним типом. Враховуючи, що FAS діагностує критичне та вороже ставлення родичів, якому бракує теплоті у стосунках, вважаємо, що дратівливість, депресивність и циклотимність узгоджується із такими субшкалами ЕЕ. Продовжуючи думку авторів опитувальника TEMPS-A, можемо

стверджувати, що родичи із циклотимним, депресивним та дратівливим типами спрямовані на уникнення невдачі, тоді як родичі з гіпертимним типом вирізняються послідовною і цілеспрямованою поведінкою, що зіставляється з результатами досліджень авторів моделі рис особистості.

Таблиця 1

Кореляційні зв'язки між ЕЕ до осіб із хронічними захворюваннями ШКТ та особистісними рисами родичів

	FAS	ЦТ	ДТ	ДрТ	ГТ	ТТ
FAS	-	.394*	.334*	.374*	-.427*	.112
ЦТ	.394*	-	.179	.217	-.229	-.061
ДТ	.334*	.179	-	.668*	-.231	-.094
ДрТ	.374*	.217	.668*	-	-.340	-.177
ГТ	-.427*	-.229	-.231	-.340*	-	.347*
ТТ	.112	-.061	-.094	-.177	.347*	-

Примітка. FAS-Family Attitude Scale, ЦТ = циклотимний тип, ДТ = депресивний тип, ДрТ = дратівливий тип, ГТ = гіпертимний тип, ТТ = тривожний тип

Відтак, можна стверджувати, що теоретична модель рис особистості, яка розроблена J. Leff та C. Vaughn (1985) описує ЕЕ й її походження стосовно осіб із захворюваннями має емпіричне підтвердження у нашому дослідженні.

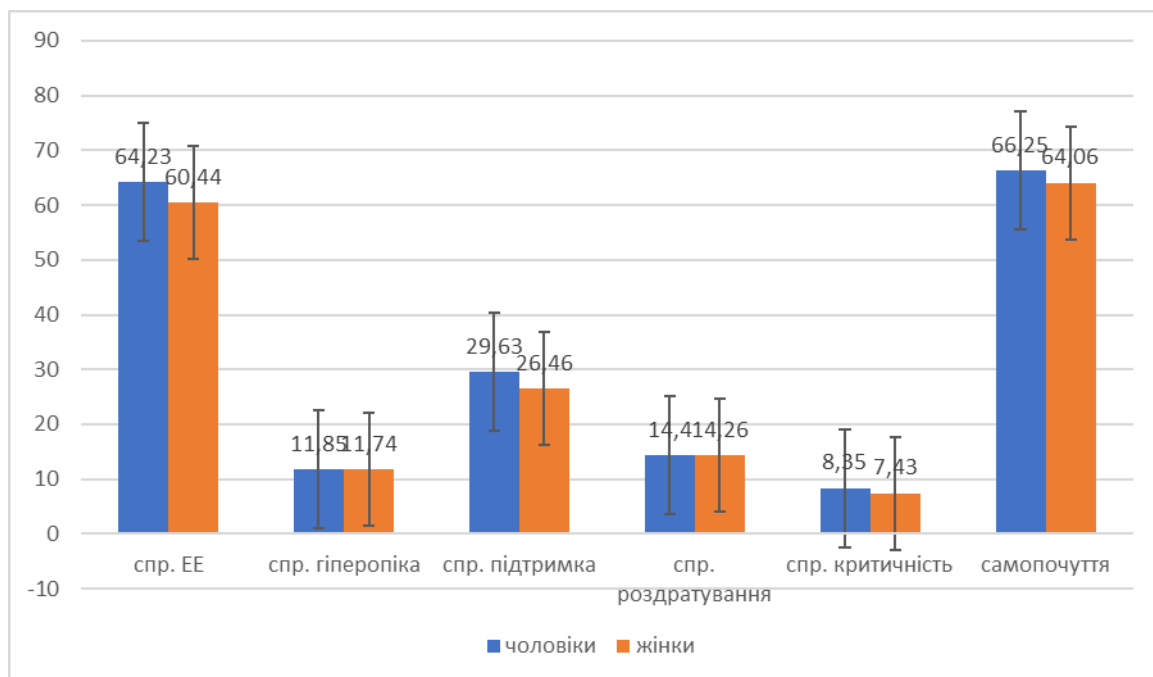


Рис. 1. Показники сприйнятої ЕЕ та самопочуття осіб із хронічними захворюваннями відповідно до статі

Водночас дещо неочікуваним виявився результат відсутності кореляційного зв'язку між ЕЕ та тривожним типом темпераменту.

який за своєю природою зіставляється із такою субшкалою ЕЕ, як гіперопіка. На наш погляд, це може бути пов'язано із відсутністю цієї субшкали у FAS, яка діагностує критичність, ворожість та брак теплоти у стосунках. Також наші результати узгоджуються із результатами досліджень М. Scazufca та Е. Kuipers (1996) про те, що родичі осіб із хронічними захворюваннями часто не витримують відповідальності, покладеної на них, та виявляють схильність до депресій, особливо у випадках коли фізична чи психічна хвороба є невиліковною и тривалою.

Таблиця 2

Середні значення та стандартні відхилення сприйнятої ЕЕ для досліджуваних осіб із хронічними захворюваннями ШКТ (n = 88) та відмінності за t-Стьюдента між чоловіками (n = 40) і жінками (n = 48)

Змінні	Разом (n=40) Чоловіки		Разом (n=48) Жінки		t	p
	Середнє	Стандартне відхилення	Середнє	Стандартне відхилення		
СпрП	29.63 (10.78)	19.00 43.00	26.46 (7.58)	19.00 41.00	1.612	.111
СпрГ	11.85 (3.68)	7.00 16.00	11.74 (3.03)	7.00 17.00	.146	.884
СпрД	14.40 (4.51)	7.00 24.00	14.25 (4.50)	7.00 18.00	.041	.889
СпрКр	5.35 (3.41)	5.00 20.00	7.43 (2.00)	5.00 11.00	.121	.924
СпрЕЕ	64.23 (18.54)	38.00 87.00	60.45 (13.21)	38.00 86.00	1.106	.222

Примітка. СпрП = сприйнята підтримка, СпрГ = сприйнята гіперопіка, СпрД = сприйнята дратівливість, СпрКр = сприйнята критичність, СпрЕЕ = сприйнята емоційна експресивність

Як видно з таблиці 2, існують значущі відмінності лише між показниками сприйнятої підтримки особами із хронічними захворюваннями ШКТ відповідно до статі. Так, чоловіки мають вищий рівень сприйнятої підтримки порівняно із жінками. Водночас не існує відмінностей між загальним рівнем сприйнятої ЕЕ між жінками і чоловіками. Таким чином, можна стверджувати, що жінки є більш чутливими до підтримки під час хвороби та відповідно меншою мірою відчувають її з боку родичів. Результати нашого дослідження частково збігаються із результатами недавніх зарубіжних розвідок, зокрема S. Nayta та ін. (2018), які свідчать про те, що стать, важкість перебігу хвороби та статус родича не впливає на рівень сприйнятої ЕЕ в осіб із захворюванням псоріаз. Водночас

вчені не встановили значущих відмінностей і за субшкалою сприйнятої підтримки.

Результати кореляційного аналізу показників сприйнятої ЕЕ й її окремих субшкал, загального самопочуття, віку та тривалості хвороби засвідчують відсутність значущих кореляційних зв'язків між цими змінними. Водночас встановлено значущий кореляційний зв'язок між тривалістю хвороби й віком досліджуваних ($r=.298$, $p<.01$), що є природнім, адже у дослідженні брали участь особи, захворювання яких є хронічними.

Висновки і перспективи. Результати дослідження дали змогу дійти таких висновків. ЕЕ – важливий конструкт, який характеризує взаємодію між особою із захворюванням та її родичами, та пов'язаний як з темпераментними рисами родичів, так і характеристиками самих користувачів медичних послуг. Перспективним вважаємо дослідження сприйнятого рівня ЕЕ відповідно до темпераментних рис користувачів медичних послуг.

Література

1. Хомуленко, Т., Кислова, І., & Лесніченко, Н. (2021). Психологічні особливості тілесного я жінок, хворих на рак репродуктивної системи. *Вісник ХНПУ імені Г.С. Сковороди "Психологія"*, 63, 107-116. <https://doi.org/10.34142/23129387.2020.63.07>
2. Akiskal, H. S., Mendlowicz, M. V., Jean-Louis, G., Rapaport, M. H., Kelsoe, J. R., Gillin, J. C., & Smith, T. L. (2005). TEMPS-A: validation of a short version of a self-rated instrument designed to measure variations in temperament. *Journal of affective disorders*, 85(1-2), 45-52. <https://doi.org/10.1016/j.jad.2003.10.012>
3. Brewin, C. R., MacCarthy, B., Duda, K., & Vaughn, C. E. (1991). Attribution and expressed emotion in the relatives of patients with schizophrenia. *Journal of Abnormal Psychology*, 100(4), 546. <https://doi.org/10.1037/0021-843X.100.4.546>.
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. [https://doi.org/10.1002/1097-4679\(198805\)44:3<392::aid-jclp2270440313>3.0.co;2-3](https://doi.org/10.1002/1097-4679(198805)44:3<392::aid-jclp2270440313>3.0.co;2-3)
5. Eypasch, E., Williams, J.I., Wood-Dauphinee, S, Ure, B., Schmulling, C, Neugebauer, E, Troidl, H. (1995). Gastrointestinal Quality of Life Index: development, validation and application of a new instrument. *British Journal of Surgery*, 82(2), 216–222. <https://doi.org/10.1002/bjs.1800820229>
6. Hayta, S. B., Guner, R., Akyol, M., Albayrak, F., Kuğu, N., & Ozelik, S. (2018). Increased expressed emotion in patients with psoriasis. *Neuropsychiatria i Neuropsychologia/Neuropsychiatry and Neuropsychology*, 13(1), 9-16. <https://doi.org/10.5114/nan.2018.77449>
7. Hooley, J. M., & Gotlib, I. H. (2000). A diathesis-stress conceptualization of expressed emotion and clinical outcome. *Applied and Preventive Psychology*, 9(3), 135-151. [https://doi.org/10.1016/S0962-1849\(05\)80001-0](https://doi.org/10.1016/S0962-1849(05)80001-0)

8. Hooley, J. M., & Licht, D. M. (1997). Expressed emotion and causal attributions in the spouses of depressed patients. *Journal of Abnormal Psychology, 106*(2), 298. <https://doi.org/10.1037/0021-843X.106.2.298>.
9. Kavanagh, D. J., O'Halloran, P., Manicavasagar, V., Clark, D., Piatkowska, O., Tennant, C., & Rosen, A. (1997). The Family Attitude Scale: reliability and validity of a new scale for measuring the emotional climate of families. *Psychiatry Research, 70*(3), 185-195. [https://doi.org/10.1016/S0165-1781\(97\)00033-4](https://doi.org/10.1016/S0165-1781(97)00033-4).
10. Leff, J., & Vaughn, C. (1985). Expressed emotion in families: Its significance for mental illness. Guilford Press.
11. Lister, Z., Wilson, C., Fox, C., Herring, R. P., Simpson, C., Smith, L., & Edwards, L. (2016). Partner expressed emotion and diabetes management among spouses living with Type 2 diabetes. *Families, Systems, & Health, 34*(4), 424. <https://doi.org/10.1037/fsh0000209>.
12. Scazufca, M., & Kuipers, E. (1996). Links between expressed emotion and burden of care in relatives of patients with schizophrenia. *The British journal of psychiatry, 168*(5), 580-587. <https://doi.org/https://doi.org/10.1192/bjp.168.5.580>.
13. 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. [https://doi.org/10.1016/s0272-7358\(99\)00008-2](https://doi.org/10.1016/s0272-7358(99)00008-2)

Referances

1. Khomulenko, T., Kyslova, I., Lesnichenko, N. (2021). Psykholohichni osoblyvosti tilesnoho "ya" zhinok, khorykh n arak reproduktyvnoyi systemy. [Psychological features of bodily "self" of women with cancer of reproductive system]. *Visnyk of Hryhorii Skovoroda Kharkiv National Pedagogical Universit - Visnik HNPU imeni G.S. Skovorodi Psihologija, 63*, 107-116. [in Ukrainian]. <https://doi.org/10.34142/23129387.2020.63.07>
2. Akiskal, H. S., Mendlowicz, M. V., Jean-Louis, G., Rapaport, M. H., Kelsoe, J. R., Gillin, J. C., & Smith, T. L. (2005). TEMPS-A: validation of a short version of a self-rated instrument designed to measure variations in temperament. *Journal of affective disorders, 85*(1-2), 45-52. <https://doi.org/10.1016/j.jad.2003.10.012>
3. Brewin, C. R., MacCarthy, B., Duda, K., & Vaughn, C. E. (1991). Attribution and expressed emotion in the relatives of patients with schizophrenia. *Journal of Abnormal Psychology, 100*(4), 546. <https://doi.org/10.1037/0021-843X.100.4.546>.
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. [https://doi.org/10.1002/1097-4679\(198805\)44:3<392::aid-jclp2270440313>3.0.co;2-3](https://doi.org/10.1002/1097-4679(198805)44:3<392::aid-jclp2270440313>3.0.co;2-3)
5. Eypasch, E., Williams, J.I., Wood-Dauphinee, S, Ure, B., Schmulling, C, Neugebauer, E, Troidl, H. (1995). Gastrointestinal Quality of Life Index: development, validation and application of a new instrument. *British Journal of Surgery, 82*(2), 216–222. <https://doi.org/10.1002/bjs.1800820229>
6. Hayta, S. B., Guner, R., Akyol, M., Albayrak, F., Kuğu, N., & Ozelik, S. (2018). Increased expressed emotion in patients with psoriasis. *Neuropsychiatria i Neuropsychologia/Neuropsychiatry and Neuropsychology, 13*(1), 9-16. <https://doi.org/10.5114/nan.2018.77449>
7. Hooley, J. M., & Gotlib, I. H. (2000). A diathesis-stress conceptualization of expressed emotion and clinical outcome. *Applied and Preventive Psychology, 9*(3), 135-151. [https://doi.org/10.1016/S0962-1849\(05\)80001-0](https://doi.org/10.1016/S0962-1849(05)80001-0)
8. Hooley, J. M., & Licht, D. M. (1997). Expressed emotion and causal attributions in the spouses of depressed patients. *Journal of Abnormal Psychology, 106*(2), 298. <https://doi.org/10.1037/0021-843X.106.2.298>.

9. Kavanagh, D. J., O'Halloran, P., Manicavasagar, V., Clark, D., Piatkowska, O., Tennant, C., & Rosen, A. (1997). The Family Attitude Scale: reliability and validity of a new scale for measuring the emotional climate of families. *Psychiatry Research*, 70(3), 185-195. [https://doi.org/10.1016/S0165-1781\(97\)00033-4](https://doi.org/10.1016/S0165-1781(97)00033-4).

10. Leff, J., & Vaughn, C. (1985). *Expressed emotion in families: Its significance for mental illness*. Guilford Press.

11. Lister, Z., Wilson, C., Fox, C., Herring, R. P., Simpson, C., Smith, L., & Edwards, L. (2016). Partner expressed emotion and diabetes management among spouses living with Type 2 diabetes. *Families, Systems, & Health*, 34(4), 424. <https://doi.org/10.1037/fsh0000209>.

12. Scazufca, M., & Kuipers, E. (1996). Links between expressed emotion and burden of care in relatives of patients with schizophrenia. *The British journal of psychiatry*, 168(5), 580-587. <https://doi.org/https://doi.org/10.1192/bjp.168.5.580>.

13. 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. [https://doi.org/10.1016/s0272-7358\(99\)00008-2](https://doi.org/10.1016/s0272-7358(99)00008-2)

Received: 10.11.2022

Accepted: 28.11.2022