

УДК 159.923.31(048)

DOI [https://doi.org/10.18524/2707-0409.2021.1\(53\).243358](https://doi.org/10.18524/2707-0409.2021.1(53).243358)**Пастрик Т. В.**

кандидат психологічних наук, в.о. ректора КЗВО «Волинський медичний інститут»,

вул. Лесі Українки, 2, м. Луцьк, 43025

e-mail: [tetiana\\_pastryk@vmi.volyn.ua](mailto:tetiana_pastryk@vmi.volyn.ua)

ORCID ID 0000-0002-6329-9607

**ПСИХОЛОГІЧНІ ПРОЯВИ ЕМОЦІЙНОЇ ЕКСПРЕСІВНОСТІ СТОСОВНО ОСІБ ІЗ МЕДИЧНИМИ ДІАГНОЗАМИ**

Дослідження є спробою обговорення взаємозв'язку психологічних проявів емоційної експресивності осіб із кишковими захворюваннями, зокрема синдромом подразненого кишечника, виразкового коліту, хвороби Крона, а також із цукровим діабетом, бронхіальною астмою. Емоційна експресивність реалізується через ставлення та поведінку родичів відносно особи із захворюванням. До таких видів поведінки належать ворожість, критичні зауваження, емоційна гіперопіка. Така емоційна експресивність з боку родичів здатна призвести до погіршення психологічного стану хворої особи. Особлива увага в цій розвідці приділена проблемі осіб із кишковими захворюваннями та їхнім психічним станам. Метою дослідження є встановлення специфіки впливу емоційної експресивності на якість життя осіб із медичними діагнозами. Серед використаних у роботі методів — теоретичний аналіз літератури з проблеми, дедуктивний метод, метод узагальнення. Результати дослідження засвідчили, що психічні прояви в осіб із захворюваннями мають прямий зв'язок з емоційною експресивністю з боку родичів у сім'ї, які зазвичай демонструють критику та емоційну гіперопіку. Подальші дослідження кишкових захворювань та емоційної експресивності мають перспективу в плані зосередження на більш гомогенних групах осіб із конкретними захворюваннями.

**Ключові слова:** емоційна експресивність, кишкові захворювання, діабет, астма.

**Постановка проблеми.** Емоційна експресивність (*англ. expressed emotion*) — актуальна тема сьогоденних досліджень у галузі клінічної та медичної психології, позаяк проблема ставлення осіб, які перебувають під одним «дахом» із особами з медичними діагнозами, є доволі складною і водночас нагальною. У сучасній науковій літературі термін «емоційна експресивність» (у подальшому ЕЕ) має синонімічні відповідники, наприклад, «виражена емоція», «експресивна емоція» (Колотильщикова и кол., 2019). У серії досліджень (Brown et al., 1972) вчені стали розвивати і вдосконалювати конструкт виражених емоцій, або емоційної експресивності. Термін означає ставлення родичів до осіб із хронічними захворюваннями. Така поведінка включає (проте не обмежується) критику, ворожість на адресу хворого й емоційну гіперопіку. Відтак, роль сімей у догляді за такими особами й навантаження, що лягає на родичів, дедалі частіше стають предметом наукового вивчення впродовж останніх трьох десятиліть (Anderson 1990; Hooley et al., 2000; Sensky et al., 1991). Хронічний тягар, що лежить на людях, які надають допомогу особі із захворюванням, викликає негативні емоції, тому, ймовірно, служить причиною стресу, який проявляється в тому числі у високому рівні ЕЕ, що є характеристикою членів сім'ї, а не самих хворих осіб.

Оскільки ЕЕ чинить вплив на кожного в домі, підвищуючи рівень стресу для всіх, включаючи хвору особу, поведінка кожного члена сім'ї впливає на перебіг захворювання та ризик розвитку рецидиву або прогресування захворювання.

Пропонується вимірювати виражені емоції п'ятьма змінними, які відображають ставлення членів сім'ї до хворого: ворожість, критичні коментарі, позитивні коментарі, емоційна гіперопіка і теплі стосунки. Ці змінні не індивідуально, а в сукупності впливають на частоту рецидивів. Установлено, що сім'ї, в яких її члени схильні бути ворожими, критичними й емоційно надмірно залученими, є сім'ями з високим рівнем емоцій, в той час як сім'ї, які схильні бути позитивними, чуйними, спокійними і поважними, з низьким рівнем емоцій. Вважають, що члени родин з низькою емоційною експресивністю схильні вважати, що симптоми можуть якимось чином

контролюватися особою з діагнозом. Було виявлено, що теплі стосунки, що раніше вважалися атрибутом низької ЕЕ, є ненадійною змінною ЕЕ, оскільки вони (що є позитивним) можуть супроводжуватися емоційною гіперопікою, в той час як рівні теплі стосунки низької інтенсивності можуть супроводжуватися збільшенням критичних коментарів з боку членів сім'ї, що є негативним.

Дж. Гулі, А. Готліб (2000) припустили, що поведінка, пов'язана з високим рівнем ЕЕ, яка демонструється членами сім'ї, сприймається пацієнтами як стрес. Крім того, було виявлено, що родичі з високим рівнем ЕЕ більш схильні до поведінкового контролю осіб. Коли вони намагаються допомогти, вони роблять це доволі настирливо. Цілком можливо, що добрі наміри у спробах родичів зробити краще викликають зворотний ефект. Якщо особи відчують стрес через дії їхніх родичів, це може привести до збільшення рівня кортизолу, вплинути на важливі нейротрансмітерні системи і в кінцевому підсумку призвести до повернення симптомів.

Нині не існує прямих доказів того, що все відбувається саме так, проте дані функціональної нейровізуалізації переконують нас у тому, що вислуховування критики або емоційних коментарів призводить до різних патернів мозкової активності в осіб експериментальної групи в порівнянні з респондентами контрольної групи. Якщо проблема ЕЕ щодо осіб із психічними захворюваннями, артритом, а також діабетом, бронхіальною астмою є доволі добре вивченою й описаною в літературі, тема впливу ЕЕ на осіб із кишковими захворюваннями, що є одним із об'єктів нашого подальшого вивчення, мало досліджена.

**Методи дослідження.** Метою дослідження є виокремити специфіку впливу емоційної експресивності на якість життя осіб із медичними діагнозами. Серед застосованих методів є теоретичний аналіз літератури з проблеми емоційної експресивності, психологічних проявів у осіб із кишковими захворюваннями, цукровим діабетом та бронхіальною астмою. Окрім того, автор спирається на гіпотетико-дедуктивний метод, метод узагальнення. Методологічну основу дослідження складають праці Дж. Брауна (1972), Д. Дросмана (2009), Дж. Вірдена (2000),

які ґрунтовно висвітлюють проблему ЕЕ, психологічних проявів у хворих осіб зазначених груп.

**Виклад основних результатів дослідження.** Загалом ЕЕ може бути інтерпретована як складна модель взаємодії між особою та її сім'єю, яка в той же час представляє спільні умови виникнення та наслідки захворювання. Довгий час у клінічній та медичній психології переважала ідея про те, що батьки є причиною психічних розладів у їхніх дітей внаслідок ворожості, відкидання або грубої нездатності виконувати батьківські функції.

На практиці прийнято розрізняти сім'ї з високим і низьким рівнем ЕЕ. Параметрами високого рівня ЕЕ є ворожість, емоційна гіперопіка та критичні зауваження, відтак члени сім'ї з високим рівнем ЕЕ ворожі, критичні і нетерпимі до особи. При цьому члени сім'ї вважають, що вони дійсно допомагають хворій особі, критикують не тільки вчинки, пов'язані з розладом, а й інші форми поведінки, унікальні для особистості пацієнта.

Критичні зауваження висловлюють недвозначну неприязнь або несхвалення поведінки пацієнта, ворожість — виявляється в різкій критиці особистості людини. Таке негативне ставлення до особи часто визначається уявленням члена(ів) сім'ї, що розлад є контрольованим і що вона свідомо вибирає поразкову позицію. Емоційна гіперопіка — це доволі складний конструкт, що позначає сукупність почуттів і форм поведінки члена сім'ї щодо пацієнта з ознаками зайвого покровительства або самопожертви. Членів сім'ї, які демонструють таку поведінку, характеризує нав'язливість, вони часто висловлюють думку, що особи не можуть допомогти самі собі і тому їх потрібно контролювати і брати на себе багато їхніх обов'язків. У різних культурах така поведінка може бути виражена по-різному, наприклад, у вигляді перебільшеного емоційного реагування, непотрібної самопожертви або відданості, надмірного покровительства.

При низькому рівні ЕЕ члени родини стриманіші у вираженні своїх критичних зауважень, вважаючи, що особа не контролює своє розлад. Низький рівень трапляється частіше в родинях із вищим рівнем освіти і де приймають розлад особи як факт.

Отже, особи з медичними діагнозами стикаються з низкою психологічних та поведінкових викликів, при цьому важливу роль відіграє взаємодія емоційних, фізичних та родинних чинників. Наприклад, у дослідженнях (Anderson, 1990) йдеться про те, що в дітей з діабетом важче протікає лікування, коли існують конфлікти в сім'ї. І навпаки, підтримка з боку родини краще впливає на процес лікування. Водночас у праці (Stevenson et al., 1991) засвідчено відсутність зв'язку між контролем глюкози в крові та будь-якою шкалою ЕЕ, за винятком шкали емоційної гіперопіки. Якщо для осіб із іншими діагнозами емоційна гіперопіка з боку членів родини погіршувала їхній стан, то для осіб із діабетом відбувалася нормалізація рівня глюкози.

Водночас дослідники одностайні в тому, що критика як один із проявів ЕЕ негативно впливає на психологічний стан особи із захворюваннями. У той же час існують розбіжності в оцінці ЕЕ з боку чоловіка/дружини та батьків щодо особи, а також віку цих осіб і наявності депресивних станів. Тому однозначних даних щодо цієї проблеми допоки у дослідників не існує.

Як і у випадку діабету та інших медичних діагнозів, у хворих на бронхіальну астму осіб частотність нападів залежить від психологічних та зовнішніх стресорів. У дослідженні (Miller, Wood, 1995) з'ясовано позитивний зв'язок між критикою обох батьків та частотністю астматичних нападів у дітей 6–13 років. У дослідженні (Wamboldt et al., 1995) вивчали осіб з астмою після перебування в лікарні. Попри те, що особи, з «критиковальними» членами родини виявляли меншу комплаєнтність до лікування перед лікарнею, вони проводили менше часу в лікарні, у них напади були менш інтенсивними, вони приймали меншу кількість ліків.

Особливо цікавою й актуальною постає проблема дослідження психічних проявів у осіб із кишковими захворюваннями, бо вона не здобула ще такої поширеності, на відміну від досліджень осіб із цукровим діабетом та бронхіальною астмою. Захворювання кишечника, що охоплюють синдром подразненого кишечника (СПК) та запальне захворювання кишечника (ЗЗК), включаючи хворобу Крона та виразковий коліт (ВК),

вважають мільйони людей у світі. Як хронічні стани, СПК та ЗЗК знижують загальну якість життя особи. Клінічно ці два синдроми різняться в плані їхнього лікування, проте вони мають деякі спільні симптоми. Симптоми цих хвороб, як правило, проявляються як діарея, закреп, здуття живота, млявість, дискомфорт і біль у кишечнику, виразки, кишкова кровотеча, втрата ваги, ураження шкіри та лихоманка. Крайні симптоми відчувають особи люди з ЗЗК (Sandler et al., 2002). Ці хвороби виснажують фізичні, емоційні ресурси, адже потребують медикаментозної терапії і подекуди навіть операції, особливо у випадку ЗЗК.

Показники якості життя, характерні для осіб з хронічними хворобами шлунково-кишкового тракту (Enck et al., 2006; Eyrasch et al., 1995), можуть допомогти лікарям краще зрозуміти досвід цих осіб. Особливо цінними в цьому зв'язку є дослідження на основі нарративу / розповідей про особистий досвід осіб із хронічними кишковими захворюваннями. Отримання діагнозу може кардинально змінити життя особи на екзистенційному рівні, створюючи підстави для роздумів і запитань, наприклад: «Як це сталося?» та «Що пішло не так?» Прагнучи бути нормальними, учасники також повідомляють про болючі відчуття відмінності від інших, зокрема виникають скарги на погану генетику, претензії до світу, відчуття нікчемності.

Особи з діагнозом розповідають про те, як боротьба з їхніми симптомами у соціальних ситуаціях може викликати сором. Відчуття приниження може сильно вплинути на почуття власної гідності та впевненості осіб із захворюваннями.

ЕЕ членів сімей із часом зазнає змін і залежить від обставин — вона зменшується після виписки пацієнта з лікарні, а потім знову повільно посилюється, досягаючи максимуму в момент госпіталізації хворої особи.

У низці праць дослідники доводять, що при діабеті рівень глюкози в крові має пряму залежність від стресу, а, наприклад, при астмі частотність та інтенсивність нападів залежать від психологічних чинників, хоча таку залежність між психологічними факторами та фізичними проявами і важко встановити (Bradley, 1988; Lai, Trimble, 1997; Miller, Wood, 1995).

Хоча більшість респондентів із медичними діагнозами відкидають думку про те, що їхня хронічна хвороба визначає їхню особистість, водночас вони також визнають реальність того, що ці стани значною мірою є частиною їхньої особистості. Особи зазначають проблеми, що завдає хвороба у житті, наприклад, дискомфорт під час подорожей, зустрічей, вечірок, харчування у громадських місцях.

Інформація про ліки та їх побічні ефекти здатна поглибити накопичені розчарування, невпевненість у собі та почуття стигматизації на початку хвороби. І лише усвідомивши, яку хворобу вони мають, багато осіб починають більш упевнено шукати рішення у вигляді ліків або інших, немедикаментозних, стратегій. Адже багато осіб уникають прийому ліків через страх перед невідомими ризиками та довгостроковими наслідками їх прийому. Такий страх спонукає експериментувати з методами лікування нетрадиційною медициною.

Поріг того, які побічні ефекти індивід готовий прийняти, залежав від того, наскільки негативно він сприймав життя в цей момент із симптомами хвороб кишечника. Для більшості осіб поточна якість життя виявилася важливим чинником при визначенні того, який ступінь ризику вони готові прийняти.

Існує проблема адаптації осіб із хронічними кишковими захворюваннями, що змушує їх розробити та прийняти план дій для щоденного виживання. Для деяких «спрацювала» щоденна йога, за якою слідувала склянка соку чорносливу та чашка трав'яного чаю. Для інших досягненню рівноваги сприяли ліки. Поширеною причиною дисбалансу, відзначеною особами, був стрес. Неправильне харчування також є поширеним джерелом дисбалансу, що призводило до погіршення стану, а отже, дієти слід суворо дотримуватися.

Працевлаштування створює додаткові виклики для багатьох осіб з погляду їхньої адаптації до робочого місця. Для тих, хто працює в офісі, потрібні творчі рішення для боротьби зі спазмами та дискомфортом у животі, наприклад, робота не на стільці, а з ноутбуком на колінах. Уміння керувати згаданими вище незручностями створює передумови для можливості насолоджуватися життям, часто використовуючи гумор як механізм

подолання. Зустріч з особами з таким самим діагнозом також сприяє психологічній стійкості.

Попередні дослідження виявили випадки сильного розчарування та соціальної ізоляції серед осіб із кишковими розладами (Bertram et al., 2001). Учасників дослідження дратувала нездатність контролювати симптоми, намагання зрозуміти, що саме викликає збій в роботі кишечника, і необхідність відмови від нормальної соціальної діяльності. Д. Дроссман та колеги встановили, що особи з цим діагнозом відзначали раптовість появи симптомів, через це втрату свободи пересування та почуття стигматизації й збентеження, пов'язаного з їхнім захворюванням. Багато з цих осіб відчували нерозуміння з боку друзів, родини та медичних працівників (Drossman et al., 2009). Дослідження в галузі психосоматики виявляють, що деякі психосоціальні чинники можуть сприяти провокуванню рецидивів. Постійний стан стресу сприяє реактивації хвороб кишечника, адже стрес змінює моторику товстої кишки, впливаючи на ендокринну та імунну систему, що сприяє запальному процесу. Часті стресові ситуації або життєві події збільшують ризик рецидиву в осіб з виразковим колітом, особливо збільшує ймовірність загострення перебування у хронічному стресі. Водночас особи з СПК повідомляли про вищий рівень стресу та погіршення психічного здоров'я, ніж при ЗЗК. Коли ці дві хвороби супроводжувалися іншими хронічними захворюваннями, відбуваються порушення діяльності вдома та на роботі. СПК також асоціюється з низкою інших станів, зокрема з іншими розладами кишечника, наприклад, синдромом хронічної втоми.

Щодо якості життя, фізичні скарги можуть негативно вплинути на нього, що було доведено в дослідженнях осіб з виразковим колітом та хворобою Крона (McCormick et al., 2012). В останніх дослідженнях підкреслюється наявність супутніх симптомів тривоги, депресивні та панічні розлади як основні причини цього порушення. Важливими рисами особистості при виразковому коліті були невротизм та внутрішній локус контролю. Особи із кишковими захворюваннями часто мають високий рівень залежності від інших та низький рівень ворожості та агресії. На відміну від осіб з високим рівнем залежності

від інших люди з внутрішнім локусом контролю, як правило, менше страждають у стресових ситуаціях і мають вищу якість життя. Натомість, ворожість та інші агресивні риси особистості можуть мати негативний вплив на якість життя. У підлітків з кишковими захворюваннями ворожість пов'язана з нездоровими звичками та міжособистісними конфліктами.

До категорії тривожних розладів належить велика група психопатологічних станів, у генезі і клінічних проявах яких провідне місце посідає патологічна тривога. Хоча патологічну тривогу можуть спровокувати життєві обставини, здебільшого вони не значущі, бо вона, як правило, виникає через внутрішні причини. Патологічна тривога ускладнює адаптацію, перешкоджаючи процесу прийняття рішень.

Наприклад, особи із цукровим діабетом не здатні контролювати тривогу, натомість вона домінує в свідомості і має прояв як низка певних психопатологічних синдромів із тенденцією до затяжного перебігу. Провідні серед них — постійна і пароксизмальна тривога. Тривожні розлади зафіксовано в осіб із діабетом щонайменше у 30–35 % випадків. При діабеті генералізований або органічний тривожний розлад простежується у 15–20 % хворих, агорафобія — у 12–15 %, панічний розлад — у 2–13 %, соціальна фобія — у 8–11 %. Згадані вище тривожні розлади можуть комбінуватися один з одним, а також з афективними, стресовими і когнітивними розладами.

Щодо наявності в осіб із діабетом психічних проявів, більшість дослідників відзначають депресивні стани, тривогу, порушення сну. Багато осіб із діабетом страждають від стресових розладів, нерідко фіксуються панічні розлади і фобії. На наявність депресії при діабеті вказують такі ознаки: знижений настрій, пригніченість; безрадісність, нездатність переживати позитивні емоції, апатія, порушення серцево-судинної, травної, дихальної та інших систем організму.

Особи з астмою відзначаються високим рівнем тривожності, депресивним станом. Із віком в осіб із бронхіальною астмою середні показники вираженості психоемоційних розладів збільшуються, набуваючи максимальної величини у віковому діапазоні 40–60 років; віковий клас хворих на бронхіальну астму

понад 40 років значущо відрізняється від молодших вікових груп за ступенем вираженості середніх показників соматопсихічних синдромів, що, у свою чергу, не мають значущих відмін між собою (Константинович, 2008).

У табл. 1 наведено зіставні дані щодо наявності або відсутності згаданих вище психологічних проявів у осіб із кишковими захворюваннями, цукровим діабетом та бронхіальною астмою.

Таблиця 1

**Зіставні характеристики психологічних проявів у осіб із кишковими захворюваннями, діабетом та астмою**

Психічні прояви	Кишкові захворювання	Діабет	Астма
Тривога	+	+	+
Депресивні стани	+	+	+
Синдром хронічної втоми	+	+	–
Стресовий розлад	+	+	+
Напруга	+	–	+
Неспокій	+	+	+
Дратівливість	+	+	+
Порушення сну	+	+	+
Панічні розлади	–	+	+
Фобії	–	+	+

Узагальнені дані дають змогу побачити, що осіб зі згаданими медичними діагнозами об'єднують спільні психологічні прояви. Зокрема в усіх хворих простежуються стресові розлади, депресивні стани, тривога, підвищена дратівливість тощо.

**Висновки.** Здійснене дослідження ЕЕ та психічних проявів у осіб із медичними діагнозами засвідчило наявність стійкого зв'язку між ставленням родичів та важкістю перебігу цих захворювань. Психотерапія при кишкових захворюваннях може покращити перебіг хвороби, зменшити депресію, покращуючи якість життя. Бажано залучити консервативну терапію й одночасно як додаткове лікування психотерапію, яка має два основні підходи: психодинамічна терапія (включаючи психоаналіз) та когнітивно-поведінкова терапія (здебільшого навчання керування стресом). **Перспективним** видається вивчення впливу

ЕЕ на перебіг хвороби в осіб із кишковими захворюваннями, а також систематизація даних про комунікативну поведінку члена сім'ї щодо психічних проявів в особи під час її хвороби.

### Список використаних джерел і літератури

1. Колотильщикова Е. А., Голенищенко А. В., Зотова А. В., Штакельберг О. Ю. Выраженные эмоции при нервно-психических расстройствах. *Вестник психотерапии*. 2019. 71 (76). С. 108–126.
2. Константинович Т. В. Психологічний статус хворих на бронхіальну астму та методи його корекції. *News of Medicine and Pharmacy. Allergology and Pulmonology*. 2008. С. 246.
3. Anderson B. J. Diabetes and adaptation in family systems. *C. S. Holmes (Ed.). Neuropsychological and behavioral aspects of diabetes*. New York: Springer-Verlag. 1990. P. 85–101.
4. Bertram S., Kurland M., Lydick E., Locke G. R., Yawn B. P. The patient's perspective of irritable bowel syndrome. *Journal of Family Practice*. 2001. 50(6). P. 521–525.
5. Bradley C. Stress and diabetes. *S. Fisher & J. Reason (Eds.). Handbook of life stress, cognition and health*. Chichester, UK: John Wiley. 1988. P. 383–401.
6. Brown G. W., Birley L., Wing, J. K. Influence of family life on the course of schizophrenic disorders: a replication. *British Journal of Psychiatry*. 1972. 129. P. 125–137.
7. Drossman D. A., Chang L., Schneck S., Blackman C., Norton W. F., Norton N. J. A focus group assessment of patient perspectives on irritable bowel syndrome and illness severity. *Digestive Diseases and Sciences*. 2009. 54(7). P. 1532–1541. <https://doi.org/10.1007/s10620-009-0792-6>
8. Enck P., Kowalski A., Martens U., Klosterhalfen S. Internet-based assessment of bowel symptoms and quality of life. *European Journal of Gastroenterology and Hepatology*. 2006. 18(12). P. 1263–1269. <https://doi.org/10.1097/01.meg.0000243879.25067.32>
9. Eypasch E., Williams J. I., Wood-Dauphinee S, Ure B., Schmulding C., Neugebauer E., Troidl H. Gastrointestinal Quality of Life Index: development, validation and application of a new instrument. *British Journal of Surgery*. 1995. 82(2). P. 216–222. <https://doi.org/10.1002/bjs.1800820229>
10. Hooley J. M., Gotlib I. H. A diathesis-stress conceptualization of expressed emotion and clinical outcome. *Applied & Preventive Psychology*. 2000. 9(3). P. 135–151. [https://doi.org/10.1016/S0962-1849\(05\)80001-0](https://doi.org/10.1016/S0962-1849(05)80001-0)
11. Hooley J. M., Richters J. E. Expressed emotion: A developmental perspective. *D. Cicchetti & S. L. Toth (Eds.). Emotion, cognition and representation. Rochester symposium on developmental psychopathology*. New York: University of Rochester Press, 1995. Vol. 6. P. 133–166.
12. Lai C. W., Trimble M. R. Stress and epilepsy. *Journal of Epilepsy*. 1997. 10. P. 177–186.
13. McCormick J. B., Hammer R. R., Farrell R. M., Geller G., James K. M., Loftus E. V., Jr, Mercer M. B., Tilburt J. C., Sharp R. R. Experiences of patients with chronic gastrointestinal conditions: in their own words. *Health and quality of life outcomes*. 2012. 10. P. 25. <https://doi.org/10.1186/1477-7525-10-25>
14. Miller B. D., Wood B. L. Psychophysiological reactivity in asthmatic children—a new perspective on emotionally triggered asthma. *Pediatric Asthma, Allergy & Immunology*. 1995. 9. P. 133–142.
15. Moser G. Psychosomatik der Darmerkrankungen [Psychosomatic aspects of bowel diseases]. *Zeitschrift für Psychosomatische Medizin und Psychotherapie*. 2006. 52(2). P. 112–26. <https://doi.org/10.13109/zptm.2006.52.2.112>
16. Prasko J., Jelenova D., Mihal V. Psychological aspects and psychotherapy of inflammatory bowel diseases and irritable bowel syndrome in children. *Biomed Pap Med Fac Univ Palacky Olomouc Czech Repub*. 2010. 154(4). P. 307–14. <https://doi.org/10.5507/bp.2010.046>
17. Sandler R. S, Everhart J. E, Donowitz M., Adams E., Cronin K., Goodman C., Gemmen E., Shah S., Avdic A., Rubin R. The burden of selected digestive diseases in the United States. *Gastroenterology*. 2002. 122(5). P. 1500–1511. <https://doi.org/10.1053/gast.2002.32978>
18. Sensky T., Stevenson K., Magrill L., Petty R. Family expressed emotion in non-psychiatric illness: Adaptation of the Camberwell Family Interview to the families of adolescents with diabetes. *International Journal of Methods in Psychiatry Research*. 1991. 1. P. 39–51.
19. Stevenson K., Sensky T., Petty R. Glycaemic control in adolescents with Type I diabetes and parental expressed emotion. *Psychotherapy and Psychosomatics*. 1991. 55. P. 170–175.
20. Wamboldt F. S., Wamboldt M. Z., Gavin L. A., Roesler T. A., Brugman S. M. Parental criticism and treatment outcome in adolescents hospitalized for severe, chronic asthma. *Journal of Psychosomatic Research*. 1995. 39. P. 995–1005.
21. Wearden A. J., Tarrrier N., Barrowclough C., Zastowny T., Rahill A. A Review of Expressed Emotion Research in Health Care. *Clinical Psychology Review*. 2000. 20(5). P. 633–666.

### REFERENCES

1. Kolotilshchikova, Ye. A., Golenishchenko, A. V., Zotova, A. V., Shtakelberg, O. Yu. (2019). Vyrashennyie emotsii pri nervon-psihicheskikh rasstroistvakh [Expressed emotion in neural and mental disorders]. *Vestnik Psihoterapii*, 71(76), 108–126. (in Russian)
2. Konstatntinovykh, T. V. (2008). Psyholohichyiy status khvorykh na bronkhi-alnu astmu ta metody yoho korektsii [Psychological status of individuals with bronchial asthma and methods of its correction]. *News of Medicine and Pharmacy. Allergology and Pulmonology*, 246. (in Ukrainian)
3. Anderson, B. J. (1990). Diabetes and adaptation in family systems. In C. S. Holmes (Ed.), *Neuropsychological and behavioral aspects of diabetes* (pp. 85–101). New York: Springer-Verlag.

4. Bertram, S., Kurland, M., Lydick, E., Locke, G. R., Yawn, B. P. (2001). The patient's perspective of irritable bowel syndrome. *Journal of Family Practice*, 50(6), 521–525.
5. 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.
6. Drossman, D. A., Chang, L., Schneck, S., Blackman, C., Norton, W. F., Norton, N. J. (2009). A focus group assessment of patient perspectives on irritable bowel syndrome and illness severity. *Digestive Diseases and Sciences*, 54(7), 1532–1541. <https://doi.org/10.1007/s10620-009-0792-6>
7. Enck P., Kowalski A., Martens U., Klosterhalfen S. (2006). Internet-based assessment of bowel symptoms and quality of life. *European Journal of Gastroenterology and Hepatology*, 18(12), 1263–1269. <https://doi.org/10.1097/01.meg.0000243879.25067.32>
8. Eypasch, E., Williams, J. I., Wood-Dauphinee, S, Ure, B., Schmulding, 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>
9. Hooley, J. M., & Gotlib, I. H. (2000). A diathesis-stress conceptualization of expressed emotion and clinical outcome. *Applied & 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)
10. Hooley, J. M., & Richters, J. E. (1995). Expressed emotion: A developmental perspective. In D. Cicchetti & S. L. Toth (Eds.), *Emotion, cognition and representation. Rochester symposium on developmental psychopathology, Vol. 6* (pp. 133–166). New York: University of Rochester Press.
11. Lai, C. W., & Trimble, M. R. (1997). Stress and epilepsy. *Journal of Epilepsy*, 10, 177–186.
12. McCormick, J. B., Hammer, R. R., Farrell, R. M., Geller, G., James, K. M., Loftus, E. V., Jr, Mercer, M. B., Tilburt, J. C., & Sharp, R. R. (2012). Experiences of patients with chronic gastrointestinal conditions: in their own words. *Health and quality of life outcomes*, 10, 25. <https://doi.org/10.1186/1477-7525-10-25>
13. Moser, G. (2006). Psychosomatik der Darmerkrankungen [Psychosomatic aspects of bowel diseases]. *Zeitschrift für Psychosomatische Medizin und Psychotherapie*, 52(2), 112–26. <https://doi.org/10.13109/zptm.2006.52.2.112>
14. Prasko, J., Jelenova, D., Mihal, V. (2010). Psychological aspects and psychotherapy of inflammatory bowel diseases and irritable bowel syndrome in children. *Biomed Pap Med Fac Univ Palacky Olomouc Czech Repub*, 154(4), 307–14. <https://doi.org/10.5507/bp.2010.046>
15. Sandler R. S, Everhart J. E, Donowitz M., Adams E., Cronin K., Goodman C., Gemmen E., Shah S., Avdic A., Rubin R. (2002). The burden of selected digestive diseases in the United States. *Gastroenterology*, 122(5), 1500–1511. <https://doi.org/10.1053/gast.2002.32978>
16. Sensky, T., Stevenson, K., Magrill, L., & Petty, R. (1991). Family expressed emotion in non-psychiatric illness: Adaptation of the Camberwell Family Interview to the families of adolescents with diabetes. *International Journal of Methods in Psychiatry Research*, 1, 39–51.

17. Stevenson, K., Sensky, T., & Petty, R. (1991). Glycaemic control in adolescents with Type I diabetes and parental expressed emotion. *Psychotherapy and Psychosomatics*, 55, 170–175.
18. Wamboldt, F. S., Wamboldt, M. Z., Gavin, L. A., Roesler, T. A., & Brugman, S. M. (1995). Parental criticism and treatment outcome in adolescents hospitalized for severe, chronic asthma. *Journal of Psychosomatic Research*, 39, 995–1005.
19. 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.

**Пастрык Т. В.**

### **ПСИХОЛОГИЧЕСКИЕ ПРОЯВЛЕНИЯ ЭМОЦИОНАЛЬНОЙ ЭКСПРЕССИВНОСТИ ОТНОСИТЕЛЬНО ЛИЦ С МЕДИЦИНСКИМИ ДИАГНОЗАМИ**

Исследование является попыткой обсуждения взаимосвязи психологических проявлений эмоциональной экспрессивности у лиц с кишечными заболеваниями, в частности синдромом раздраженного кишечника, язвенного колита, болезни Крона, а также с сахарным диабетом, бронхиальной астмой. Эмоциональная экспрессивность реализуется через взаимоотношение и поведение родственников в отношении лица с заболеванием. К таким видам поведения принадлежит враждебность, критические замечания, эмоциональная гиперопека. Такая эмоциональная экспрессивность со стороны родственников способна привести к ухудшению психологического состояния больного человека. Особое внимание в этом исследовании уделено проблемам лиц с кишечными заболеваниями и их психическим состояниям. Целью исследования является установление специфики влияния эмоциональной экспрессивности на качество жизни лиц с медицинскими диагнозами. Среди использованных в работе методов — теоретический анализ литературы по проблеме, дедуктивный метод, метод обобщения. Результаты исследования показали, что психические проявления у лиц с заболеваниями имеют прямую связь с эмоциональной экспрессивностью со стороны родственников в семье, которое обычно демонстрируют критику и эмоциональную гиперопеку. Дальнейшие исследования кишечных заболеваний и эмоциональной экспрессивности имеют перспективу в плане сосредоточения на более гомогенных группах лиц с конкретными заболеваниями.

**Ключевые слова:** эмоциональная экспрессивность, кишечные заболевания, диабет, астма.

**Pastryk T.**

### **PSYCHOLOGICAL FEATURES OF EXPRESSED EMOTION IN INDIVIDUALS WITH MEDICAL CONDITIONS**

**Abstract.** The article is an attempt to discuss psychological features of individuals with bowel diseases, namely irritable bowel syndrome, ulcerative colitis, Crohn's disease as well as diabetes, bronchial asthma in relation to expressed emotion. Expressed emotion is manifested through relatives' attitude and behavior towards those individuals. Such behavior can include hostile attitude, critical comments, emotional overinvolvement. This expressed emotion on the part of family relatives typically can cause the worsening of the sick individual psychological state. A special focus in this study is on the individuals with bowel syndromes and their psychological states. The research goal is to find out the specifics of the expressed emotion impact on the quality of life of individuals with medical diagnoses. Theoretical literature overview, deduction, induction were among the main research tools. Results of the study have shown that the psychological states of sick individuals clearly correlate with expressed emotion on the part of their spouses/ parents or relatives who typically demonstrate critical comments, overinvolvement. Future studies of bowel diseases and expressed emotion would benefit from concentrating on a clearly defined and relatively homogeneous group of individuals.

**Key words:** expressed emotion, bowel diseases, diabetes, asthma.

*Статті надійшла до редакції 21.05.2021*

УДК 159.9:62+159.938.362.63+159.962.22

DOI: [https://doi.org/10.18524/2707-0409.2021.1\(53\).241355](https://doi.org/10.18524/2707-0409.2021.1(53).241355)

**Пундєв В. В.**

кандидат психологічних наук,  
доцент кафедри соціальної і прикладної психології  
Одеського національного університету  
імені І. І. Мечникова;  
e-mail: rrr969@gmail.com  
ORCID: ID 0000-0003-0407-4229

### **ПСИХОЛОГІЯ ПРАЦІ ТА ІНЖЕНЕРНО-ПСИХОЛОГІЧНЕ ЗАБЕЗПЕЧЕННЯ ТРУДОВОЇ ДІЯЛЬНОСТІ РОБІТНИКІВ ДСНС ОДЕСЬКОЇ ОБЛАСТІ**

У роботі розглядається психологічне ставлення до трудової діяльності робітників Державної служби України з надзвичайних ситуацій (ДСНС) з позицій соціальної, трудової та інженерної психології. Актуальний сучасний стан епідеміологічної, економічної та політичної сфер української держави зумовлює нові соціальні проблеми у психології праці та інженерно-психологічного вивчення представників допоміжних і екстремальних професій, зокрема ДСНС. Створення умов для професійного становлення працівників ДСНС має поліпшити наявну ситуацію, коли все частіше виникає потреба у профілактиці та корекції негативних психічних станів, що виникають у фахівців-рятувальників під впливом ризиконебезпечних ситуацій службової діяльності. Для досягнення завдань були проведені дослідження індивідуальних психологічних особливостей працівників ДСНС Одеської області за допомогою індивідуально-типологічного опитувальника Л. М. Собчик, методики для визначення ймовірності розвитку стресу Т. А. Немчина; опитувальника вольових якостей людини М. В. Чумакова та інших. Продемонстровано, що професійна діяльність фахівців технічно орієнтовна, це визначає інженерно-психологічний аспект супроводу діяльності. Крім того, працівник повинен мати необхідні базові якості, розвивати комплекс особистісних та професійно важливих якостей, на вивчення чого направлена психологія пра-