

УДК 159.942:159.925]:616-051
DOI <https://doi.org/10.26661/2310-4368/2022-4-3>

МОРАЛЬНИЙ ДИСТРЕС ТА ЕМОЦІЙНА ЕКСПРЕСИВНІСТЬ МЕДПРАЦІВНИКІВ: КОГНІТИВНО-ПОВЕДІНКОВА ПСИХОЕДУКАЦІЙНА ПРОГРАМА

Засєкіна Л. В.

*доктор психологічних наук, професор,
професор кафедри загальної та клінічної психології
Волинський національний університет імені Лесі Українки
просп. Волі, 13, Луцьк, Волинська область, Україна
orcid.org/0000-0001-8456-0774
zasyekina.larisa@vnu.edu.ua*

Пастрик Т. В.

*кандидат психологічних наук, доцент, в.о. ректора
КЗВО «Волинський медичний інститут» Волинської обласної ради
вул. Лесі Українки, 2, Луцьк, Волинська область, Україна
orcid.org/0000-0002-6329-9607
tetiana_pastryk@vmi.volyn.ua*

Ключові слова: моральний дистрес, емоційна експресивність, когнітивно-поведінкова психоедукаційна програма, медпрацівники, отримувачі медичних послуг, захворювання шлунково-кишкового тракту.

У статті викладено результати теоретико-емпіричного дослідження морального дистресу та емоційної експресивності (ЕЕ) медпрацівників стосовно осіб із хронічними захворюваннями. Мета дослідження полягає в теоретико-емпіричному обґрунтуванні взаємозв'язку ЕЕ та морального дистресу у медпрацівників, а також висвітленні теоретичних засад розробки і методики впровадження авторської експериментальної когнітивно-поведінкової психоедукаційної програми для медпрацівників. У дослідженні використано методи теоретичного вивчення (аналізу, синтезу, узагальнення) літератури з проблеми ЕЕ та морального дистресу, а також природний експеримент впровадження авторської програми в експериментальній (n=75) і контрольній (n=75) групах. Завдання когнітивно-поведінкової психоедукаційної програми – зменшити почуття провини, розгубленості, безпорадності та надмірної відповідальності медпрацівників (моральний дистрес), які, своєю чергою, зменшать їхнє критичне, вороже та з елементами гіперопіки ставлення до отримувачів медичних послуг. Програма складається з 3 модулів, кожен з яких триває 6 годин, має свої цілі та зміст. Методологічне забезпечення програми ґрунтується на атрибутивній моделі мотивації та емоцій, а також принципах когнітивно-поведінкової терапії. Результати впровадження когнітивно-поведінкової психоедукаційної програми свідчать про зменшення показників ЕЕ у медпрацівників, які взаємодіють із особами з хронічними захворюваннями шлунково-кишкового тракту (ШКТ) на рівні $p < 0,001$. Результати дослідження дають змогу дійти висновків, що когнітивно-поведінкова психоедукаційна програма є ефективною для зменшення показників ЕЕ у медпрацівників, які взаємодіють з особами із хронічними захворюваннями ШКТ. Водночас програма потребує більшого використання психоедукаційних і когнітивно-поведінкових технік, спрямованих на зменшення морального дистресу у медпрацівників. Зокрема, вважаємо перспективами подальшого дослідження введення у програму інтервенцій для зменшення емоцій сорому і провини у медпрацівників у результаті їхньої взаємодії з отримувачами медичних послуг та виконання професійних завдань.

MORAL DISTRESS AND EXPRESSED EMOTION IN HEALTHCARE STAFF: A COGNITIVE-BEHAVIORAL PSYCHOEDUCATIONAL PROGRAM

Zasiekina L. V.

*Doctor of Psychological Sciences, Professor,
Professor at the Department of General and Clinical Psychology
Lesya Ukrainka Volyn National University,
Voli Avenue, 13, Lutsk, Volyn region, Ukraine
orcid.org/0000-0001-8456-0774
zasyekina.larisa@vnu.edu.ua*

Pastryk T. V.

*Candidate of Psychological Sciences, Associate Professor, Acting Rector
Municipal Institution of Higher Education "Volyn Medical Institute"
of the Volyn Region Council
Lesi Ukrainky str., 2, Lutsk, Volyn region, Ukraine
orcid.org/0000-0002-6329-9607
tetiana_pastryk@vmi.volyn.ua*

Key words: moral distress, expressed emotion, healthcare staff, service users, gastrointestinal diseases, cognitive-behavioral psychoeducational program.

The article presents the results of theoretical and empirical study of moral distress and expressed emotion (EE) in healthcare staff towards service users with chronic diseases. The study aims, firstly, to examine an association between EE and moral distress in healthcare staff, secondly, to develop methodological basis for the author's experimental cognitive-behavioral psychoeducational program, finally, to implement the program in experimental (n=75) and control groups (75). The objective of the cognitive-behavioral psychoeducational program is to weaken the emotion of guilt, shame, helplessness and excessive responsibility (moral distress) in healthcare staff, which, furthermore, will reduce their critical, hostile and emotional over-involving attitude towards the service users. The cognitive-behavioral psychoeducational program consists of 3 modules, each of which lasts 6 hours, and has specific goals and content. The methodological basis of the program is provided by an attributional theory of achievement motivation and emotion, and the principles of cognitive-behavioral therapy. The results of the implementation of the cognitive-behavioral psychoeducational program indicate a decrease levels of EE in experimental group of healthcare staff, who interact with service users with gastrointestinal diseases at the level of $p < 0.001$.

The results of the study indicate that cognitive-behavioral psychoeducational program is effective in reducing EE level in healthcare workers, specifically in staff, interacting with service users with chronic diseases gastrointestinal diseases. However, the program requires more cognitive-behavioral techniques aimed at reducing moral distress in healthcare staff. More specifically we consider interventions aligned with feelings of guilt and shame to be the prospects of our further research.

Постановка проблеми. Конструкт емоційна експресивність (ЕЕ) визначається як критичне, вороже або з елементами емоційної гіперопіки ставлення з боку найближчого оточення стосовно особи із хронічним захворюванням [11]. Хоча початково ЕЕ пов'язували з поганим результатом лікування виключно психіатричних розладів, у

сучасних дослідженнях фокус уваги зміщується на фізичні захворювання [2; 19].

Butzlaff і Hooley (1998) у результаті мета-аналізу шести досліджень підтвердили взаємозв'язок між показниками ЕЕ та рецидивами розладів настрою [5]. Важливим результатом останніх досліджень є встановлення того, що критика є

найважливішим елементом ЕЕ для розуміння перебігу розладів настрою та якості життя, пов'язаної із хворобою [10; 11]. Таким чином, у розробці моделей психологічного втручання, спрямованих на зменшення ЕЕ, критичність з боку медперсоналу стосовно отримувачів медичних послуг має бути у фокусі уваги.

Іншим важливим аспектом професійної діяльності, який широко висвітлюється в науковій літературі, є моральний дистрес медпрацівників. Моральний дистрес тлумачиться як емоційні переживання, пов'язані з вирішенням етичних професійних дилем, які часто трапляються у професійній діяльності медиків [12]. Глибший погляд на природу морального дистресу, який пов'язується із необхідністю прийняття рішень в умовах обмежених ресурсів, добродесного ставлення до пацієнтів і стосується взаємодії медпрацівників і отримувачів медичних послуг загалом, дає змогу зіставити моральний дистрес із проявами ЕЕ як критичного, ворожого, з елементами гіперопіки ставлення до пацієнтів.

Важливо відзначити, що, попри зростання наукового інтересу до конструкту ЕЕ та його впливу на перебіг захворювання, програми психологічних інтервенцій не отримали широкого висвітлення у науковій літературі. Серед них є психоедукаційна програма, базована на терапії прийняття, розроблена L. Eisner & S. Johnson [7]. Водночас ця програма призначена для родичів отримувачів медичних послуг з діагнозом біполярного розладу. Попри значний інтерес до ЕЕ з боку медпрацівників стосовно пацієнтів, психоедукаційні програми, спрямовані на зменшення ЕЕ та морального дистресу медпрацівників, не отримали висвітлення у науковій літературі і клінічній практиці. Це й зумовило актуальність наших наукових пошуків у розробці науково-доказової програми для зменшення ЕЕ та морального дистресу медпрацівників у взаємодії з отримувачами медичних послуг.

Мета дослідження полягає в теоретико-емпіричному обґрунтуванні взаємозв'язку ЕЕ та морального дистресу у медпрацівників, а також висвітленні теоретичних засад розробки і методики впровадження авторської експериментальної когнітивно-поведінкової психоедукаційної програми для медпрацівників. У дослідженні використано **методи** теоретичного вивчення (аналізу, синтезу, узагальнення) літератури з проблеми ЕЕ та морального дистресу, а також природний експеримент впровадження авторської програми в експериментальній (n=47) і контрольній (n=33) групах медичних сестер.

Аналіз останніх досліджень. Для розробки психоедукаційної програми у нашому дослідженні одним із пріоритетних завдань було визначення її методологічних принципів.

Результати попередніх досліджень з проблеми психологічних інтервенцій дають змогу визначити провідні ідеї атрибутивної теорії В. Weiner, які можуть слугувати основою такої програми [17]. Відповідно до моделі В. Weiner (1995) атрибуції впливають на те, як люди переживають емоції. У цій моделі атрибуції стосуються переживань, які виникають внаслідок виконання певних завдань, зокрема з погляду успіху чи, навпаки, невдачі, тому цю модель також відносять до атрибутивної моделі мотивацій та емоцій. Оскільки ЕЕ медперсоналу безпосередньо виникає упродовж їхньої професійної діяльності і виконання професійних завдань, вважаємо, що ця модель гарно підходить до дослідження ЕЕ та морального дистресу медпрацівників. Ще однією причиною використання цієї атрибутивної моделі є те, що її методологічною основою вважають когнітивний принцип, що добре узгоджується із запропонованою нами когнітивно-поведінковою психоедукаційною програмою для медпрацівників, які мають високий рівень ЕЕ.

В основу атрибутивної моделі покладено ідеї локусу контролю, стабільності та контрольованості. Спробуємо операціоналізувати ці аспекти у контексті рівня ЕЕ з боку медпрацівників до отримувачів медичних послуг [17].

Локус контролю визначається як інтернальний, якщо ЕЕ медпрацівників пов'язуються з індивідуальними особливостями пацієнтів, а не ситуацій хвороби, що своєю чергою породжує критичність, ворожість чи гіперопіку; та екстернальний, якщо ставлення медпрацівників зумовлюються ситуаціями, наприклад, тривалістю і важкістю перебігу хвороби, рецидивом/ремісією і т.ін. Зокрема, коли медпрацівник відчуває, що отримувач медичних послуг може контролювати ситуацію, медпрацівник доходить висновку, що пацієнт несе відповідальність за власну поведінку, симптоми хвороби зокрема. Судження про те, що інша особа несе відповідальність за переживання симптомів хвороби може викликати гнів і критику, якщо перебіг хвороби ускладнюється. Таким чином, оточення (медпрацівники й родичі) з високим рівнем критичності схильне розглядати симптоми захворювання пацієнтів як такі, що перебувають під контролем останніх, відповідно, особа із захворюванням може контролювати свою поведінку. Тому піклувальники вимагають, щоб особа змінила свою поведінку, тоді почуватиметься краще. Ці вимоги зазвичай супроводжуються негативним зворотним зв'язком та власною контролюючою поведінкою [10]. Так, вибухи гніву можуть далі супроводжуватися почуттям провини та сорому, що є маркерами морального дистресу.

У наших попередніх дослідженнях ми зазначали про тісний взаємозв'язок рівня ЕЕ та темпераментних типів родичів, зокрема, було

встановлено, що наявні помірні позитивні кореляційні зв'язки між показниками ЕЕ родичів та циклотимічним типом ($r=0,394$, $p<0,01$); депресивним типом ($r=0,334$, $p<0,01$) дратівливим типом ($r=0,374$, $p<0,01$).

Водночас було виділено помірний негативний кореляційний зв'язок між рівнем ЕЕ та гіпертимним типом ($r=-0,340$, $p<0,01$). Таким чином, ми дійшли висновку, що ЕЕ – важливий конструкт, який характеризує взаємодію особи із захворюванням та її найближчого оточення та взаємозв'язаний із особистісними рисами піклувальників [3].

Стабільність в атрибутивній моделі В. Weiner (1995) у контексті ЕЕ передбачає відносну постійність очікувань медпрацівників стосовно поведінки отримувачів медичних послуг. Відповідно до цього аспекту важливої ролі набуває здатність медпрацівників розрізняти проблему та особистість отримувачів медичних послуг, оскільки проблема завжди пов'язана з конкретною ситуацією, тому є мінливою. Водночас, якщо медпрацівники вважають проблемою не ситуацію, а особистість отримувача медичних послуг, це породжує високий рівень ЕЕ. Окрім цього, стабільність значною мірою впливає і на ефективність професійної діяльності медпрацівників. Так, на думку F. Försterling, F. Schuster, & M. Morgenstern, якщо під час виконання завдання особа розглядає невдачу як стабільний фактор, імовірність успішного виконання завдання значно знижується [8]. Це, на наш погляд, може бути тісно пов'язане із переживанням морального дистресу медпрацівників, коли вони не можуть впоратися із професійними завданнями і надати ефективну та вчасну допомогу отримувачу медичних послуг.

Фактор контрольованості в атрибутивній моделі відіграє важливу роль, хоча, на думку M. Hogg & G. Vaughan, він є менш значущим, ніж фактори стабільності та локусу контролю [9]. Водночас він є незалежним фактором, оскільки як інтернальний, так і екстернальний локуси можуть бути і контрольованими, і неконтрольованими. До прикладу, можна контролювати професійні вміння та навички, і не можна контролювати темпераментні риси особистості. На наш погляд, моральний дистрес значною мірою зумовлюється саме неконтрольованими факторами, тому в психоедукаційній програмі важливо зосередитися на природі ЕЕ як контрольованому ставленні до отримувача медичних послуг та поясненні природи неконтрольованих факторів і їх можливого впливу на професійну діяльність з метою зменшення морального дистресу медпрацівників. Це підтверджується і даними інших досліджень, результати яких вказують на те, що високий рівень ЕЕ, зокрема критичність

та ворожість пов'язані більшою мірою з фактором контрольованості. Інакше кажучи, якщо піклувальники вважають, що хвороба та її симптоми є такими, що контролюються отримувачами медичних послуг та пов'язані з їхніми особистісними характеристиками, а не ситуацією, існує висока ймовірність для ворожого і критичного ставлення. Результати останніх досліджень підтверджують нашу думку, зокрема високий рівень ЕЕ зіставляється з інтернальними і контрольованими атрибуціями, тоді як низький рівень ЕЕ зіставляється більшою мірою з факторами екстернальності і неконтрольованості [6].

Окрім атрибутивної моделі В. Weiner (1995), до методологічних основ програми належать основні принципи когнітивно-поведінкової терапії. Останні дослідження з проблеми психологічної допомоги Л. Засекіної свідчать, що когнітивно-поведінкова терапія (КПТ) як науково обґрунтований метод надання психологічної допомоги у більшості проявів емоційного дистресу є найбільш ефективним як для очного, так і дистанційного формату [1; 2]. Зокрема, вчена пропонує протокол надання онлайн-допомоги упродовж 9 тижнів, який включає самоєдукацію щодо основних проблем, пов'язаних із психічним здоров'ям внаслідок соціальної ізоляції під час пандемії, розвиток поведінкових умінь та домашні завдання. Як зазначають А. Оту, С. Charles, S. Yaaya, саме психоедукація є центральним компонентом КПТ [15]. З огляду на: 1) запити на гібридний (очний + дистанційний) формат переважної роботи психологів з цільовою аудиторією на сучасному етапі, 2) досвід психоедукації КПТ, 3) наукову доказовість методу КПТ, 4) функціонування КПТ принципу інтерактивності думок + емоцій + поведінки + тіла, саме метод КПТ було вибрано для розробки психоедукаційної програми, спрямованої на зменшення ЕЕ з боку медпрацівників до отримувачів медичних послуг.

Результати теоретичного аналізу атрибутивної моделі В. Weiner (1995), а також методу КПТ як методологічної основи для розроблення когнітивно-поведінкової психоедукаційної програми дали змогу визначити основні теоретичні положення експериментальної програми.

Завдання когнітивно-поведінкової психоедукаційної програми – зменшити почуття провини, розгубленості, безпорадності та надмірної відповідальності медпрацівників (моральний дистрес), які, своєю чергою, пов'язані із критичним, ворожим та з елементами гіперопіки ставленням до отримувачів медичних послуг із хронічними захворюваннями шлунково-кишкового тракту (ШКТ). Програма складається з 3 модулів, кожен з яких триває 6 годин, має свої цілі та зміст (див. табл. 2).

Експериментальна програма когнітивно-поведінкової психоедукаційної програми впроваджувалася

Таблиця 1

Теоретичні засади когнітивно-поведінкової психоедукаційної програми, спрямованої на зменшення рівня ЕЕ та морального дистресу у медпрацівників

№ з/п	Теорії	Основні принципи	Положення експериментальної програми
1	Атрибутивна модель	Принцип локусу контролю	Урахування інтернального (особистісних факторів) та екстернального (ситуаційних факторів) у виникненні ЕЕ та морального дистресу
		Принцип стабільності	Урахування динаміки контексту у поведінці отримувача медичних послуг та виникнення симптомів хвороби
		Принцип контрольованості	Акцент у програмі на контрольованих факторах власної поведінки та поведінки отримувачів медичних послуг, розуміння природи неконтрольованих факторів та їхнього впливу
	КПТ		Інтерактивність думок + емоцій + поведінки + тіла, що дає підстави впроваджувати техніки когнітивного рефреймінгу, емоційної стабілізації, тілесної релаксації та поведінкові експерименти

Таблиця 2

Зміст когнітивно-поведінкової психоедукаційної програми, спрямованої на зменшення рівня ЕЕ та морального дистресу у медпрацівників

Модулі	Цілі	Зміст
Психоедукація (Dixon, Adams, & Lucksted, 2000; Eisner & Johnson, 2008; Epstein & Pastryk, 2022; Zasićkina, 2018)	Інформування та забезпечення дидактичними матеріалами з проблеми ЕЕ та морального дистресу	<ol style="list-style-type: none"> 1. Важливість психосоціальної підтримки осіб із захворюваннями ШКТ. 2. Поняття морального дистресу у контексті професійної діяльності медиків. 3. Виникнення конструкту ЕЕ у контексті біопсихосоціальної vs медичної моделі. 4. Теоретичні моделі розвитку емоційної експресивності (атрибутивні моделі, модель рис особистості, модель діатезного стресу/вразливості). 6. Критичність, ворожість та емоційна гіперопіка як основні прояви високого рівня ЕЕ. 7. Емоції провини та сорому як основні прояви морального дистресу. 8. ЕЕ з боку родичів стосовно осіб із хронічними захворюваннями ШКТ. 9. ЕЕ з боку медперсоналу стосовно осіб із хронічними захворюваннями ШКТ. 10. Взаємозумовленість ЕЕ та морального дистресу у медпрацівників.
КПТ-орієнтовані техніки для зменшення морального дистресу та ЕЕ медпрацівників (Засекіна, 2014; Засекіна, 2021; Otu, Charles, & Yaya, 2020; Ruths et al., 2013; Westbrook, Kennerley, & Kirk, 2011)	Продемонструвати та розвинути навички використання когнітивних та поведінкових технік	<ol style="list-style-type: none"> 1. Виявлення негативних думок та їх зв'язок з емоціями провини, сорому, злості, ворожості. 2. Встановлення поведінкових паттернів у ситуаціях з негативними думками та емоціями. 3. Встановлення взаємозв'язку власного ставлення до отримувачів медичних послуг та їхньою поведінкою. 4. Моніторинг та планування власної діяльності з метою досягнення її ефективності та гармонійної взаємодії з отримувачем медичних послуг у ситуаціях обмежених ресурсів. 5. Релаксаційні техніки майндфулнес терапії (дихальні вправи та сканування тіла)
Розуміння поведінки отримувачів медичних послуг та ставлення медпрацівників (Нусук, Rigsby-Jones, & Redsell, 2015)	Здійснити аналіз власної поведінки, особливості проявів критичності, ворожості та її зв'язок з моральним дистресом	<ol style="list-style-type: none"> 1. Атрибутивні моделі: змішування хвороби отримувача медичних послуг з його особистісними рисами, а не ситуацією. 2. Фактори інтернального/екстернального локусу контролю, стабільності та контрольованості у породженні високого рівня ЕЕ та морального дистресу. 3. Обговорення професійних ситуацій, які найчастіше зумовлюють прояви високого рівня ЕЕ та морального дистресу. 4. Ревізія атрибутивної моделі: атрибуція поведінки отримувача медичних послуг до особливостей захворювань ШКТ та розуміння поведінки цих пацієнтів. 5. Обговорення наслідків обвинувачення, критики, ворожості, дратівливості vs підтримки та теплоти. 6. Вироблення рекомендацій для гармонізації ставлення до користувачів медичних послуг з діагнозом захворювань ШКТ.

у КЗВО «Волинський медичний інститут» у грудні 2022 року. До експериментальної (n=47) та контрольної (n=33) груп увійшли слухачі відділення післядипломної освіти загальної практики сімейної медицини, а також медсестри реанімаційних, анестезійних, проктологічних і гастроентерологічних відділень. Для діагностики ЕЕ було використано шкалу ставлення родини (*Family Attitude Scale, FAS*), призначену для вивчення ставлення родини до осіб із хронічними захворюваннями, яка була адаптована до визначення ставлення медпрацівників до отримувачів медичних послуг [13]. В інструкції досліджуваних просять оцінити власне ставлення до осіб із хронічними захворюваннями ШКТ упродовж останніх місяців, оцінюючи 30 тверджень за шкалою від 0 до 30, де 0 – ніколи, 4 – щодня. Високі бали за шкалою передбачають високий рівень критичності, ворожості та низький рівень теплоти у стосунках. Також було використано опитувальник для діагностики морального дистресу, запропонованого S. Källemark та ін., який містить перелік 9 ситуацій,

кожна з яких викликає певну реакцію і оцінюється за шкалою від 0 до 4, де 0 – не викликає стрес, а 4 – викликає значний стрес [12].

Результати. Результати t тесту Стьюдента між показниками ЕЕ та морального дистресу у контрольній та експериментальній групах перед впровадженням когнітивно-поведінкової психоедукаційної програми є однорідними та не мають відмінностей на рівні значущості <0,05. Результати парного t тесту до і після впровадження експериментальної програми відображено у таблиці 3.

Як видно з таблиці 3, значущі відмінності спостерігаються лише в показниках ЕЕ у експериментальній групі після проходження когнітивно-поведінкової психоедукаційної програми. Відмінності у показниках морального дистресу як у експериментальній, так і контрольній групі виявилися незначущими. Для наочного зображення динаміки показників ЕЕ та морального дистресу ми відобразили їх на рис. 1.

Таблиця 3

Результати t-критерію Стьюдента для парних вибірок експериментальної і контрольної груп

Пари	Середнє значення (стандартне відхилення) Mean (SD)	95% довірчий інтервал	t-критерій Стьюдента	Значущість (Sig)
ЕЕ експер. гр. констатувальний зріз	43,01 (6,57)	[-1,93;5,43]	4,221	<0,001
ЕЕ експер. гр. контрольний зріз	39,34 (7,83)			
Моральний дистрес експер. гр. констатувальний зріз	16,70 (4,35)	[-0,95;0,99]	0,044	0,965
Моральний дистрес експер. гр. контрольний зріз	16,68 (4,23)			
ЕЕ контр. гр. констатувальний зріз	43,73 (10,52)	[-3,93;1,81]	-0,753	0,457
ЕЕ контр. гр. контрольний зріз	44,79 (10,87)			
Моральний дистрес контр. гр. констатувальний зріз	18,00 (4,04)	[-2,32;0,69]	-1,107	0,271
Моральний дистрес контр. гр. контрольний зріз	18,81 (4,17)			



Рис. 1. Динаміка показників ЕЕ та морального дистресу в експериментальній і контрольній групах

Результати дослідження дають змогу дійти **висновків**, що когнітивно-поведінкова психоедукаційна програма є ефективною для зменшення показників ЕЕ у медпрацівників, які взаємодіють з особами із хронічними захворюваннями ШКТ. Водночас програма потребує більшого використання психоедукаційних і когнітивно-поведінко-

вих технік, спрямованих на зменшення морального дистресу у медпрацівників. Зокрема, вважаємо **перспективами** подальшого дослідження введення у програму інтервенцій для зменшення емоцій сорому і провини у медпрацівників у результаті їхньої взаємодії з отримувачами медичних послуг та виконання професійних завдань.

ЛІТЕРАТУРА

1. Засекіна Л.В. Українські прислів'я і приказки як психолінгвістичний ресурс когнітивно-поведінкової терапії тривожних розладів. *Psychological Prospects Journal*. 2014. № 24, с. 112–124.
2. Засекіна Л.В. Онлайн когнітивно-поведінкова терапія емоційного дистресу студентів у період пандемії COVID-19. *Psychological Prospects Journal*. 2021. № 38, с. 49–62.
3. Пастрик Т. Емоційна експресивність у контексті моделі рис особистості: теоретико-емпіричне осмислення понять. *Psychological Prospects Journal*. 2022. № 40, с. 55–61.
4. Barrowclough C., & Hooley J.M. Attributions and expressed emotion: A review. *Clinical psychology review*, 2003. No. 23(6), pp. 849–880.
5. Butzlaff R.L., & Hooley J.M. Expressed emotion and psychiatric relapse: a meta-analysis. *Archives of general psychiatry*. 1998. No. 55(6), pp. 547–552.
6. Dixon L., Adams C., & Lucksted A. Update on family psychoeducation for schizophrenia. *Schizophrenia bulletin*. 2000. No. 26(1), pp. 5–20.
7. Eisner L.R., & Johnson S.L. An acceptance-based psychoeducation intervention to reduce expressed emotion in relatives of bipolar patients. *Behavior therapy*. 2008. No. 39(4), pp. 375–385.
8. Försterling F., Schuster B., & Morgenstern M. Perspectives of causal attributions: A study of couples and depression. *Journal of social and clinical psychology*. 2005. No. 24(6), p. 793.
9. Hogg M.A., & Vaughan G.M. Social psychology. Pearson Education. 2008.
10. Hooley J.M., & Campbell C. Control and controllability: beliefs and behaviour in high and low expressed emotion relatives. *Psychological medicine*. 2002. No. 32(6), pp. 1091–1099.
11. Hooley J.M., Rosen L.R., & Richters J.E. Expressed emotion: Toward clarification of a critical construct. In *The behavioral high-risk paradigm in psychopathology*. 1995. Pp. 88–120. Springer, New York, NY.
12. Källemark S., Höglund A.T., Hansson M.G., Westerholm P., & Arnetz B. Living with conflicts-ethical dilemmas and moral distress in the health care system. *Social science & medicine*. 2004. No. 58(6), pp. 1075–1084.
13. Kavanagh D.J., O'Halloran P., Manicavasagar V., Clark D., Piatkowska O., Tennant C., & Rosen A. The Family Attitude Scale: reliability and validity of a new scale for measuring the emotional climate of families. *Psychiatry research*, 1997. No. 70(3), pp. 185–195. DOI: 10.1016/S0165-1781(97)00033-4.
14. Nycyk M., Rigsby-Jones J., & Redsell M. The Value of External Support Services when Children Transition into Foster Care: An Example of a Volunteering Project. *Children Australia*. 2015. No. 40(4), pp. 367–371.
15. Otu A., Charles C.H., & Yaya S. Mental health and psychosocial well-being during the COVID-19 pandemic: The invisible elephant in the room. *International Journal of Mental Health Systems*. 2020. No. 14, pp. 1–5.
16. Ruths F.A., de Zoysa N., Frearson S.J., Hutton J., Williams J.M.G., & Walsh J. Mindfulness-based cognitive therapy for mental health professionals – a pilot study. *Mindfulness*. 2013. No. 4(4), pp. 289–295.
17. Weiner B. Judgments of responsibility: A foundation for a theory of social conduct. Guilford Press. 1995.
18. Westbrook D., Kennerley H., & Kirk J. An introduction to cognitive behaviour therapy: Skills and applications. Sage. 2011.
19. Zasiékina L. Expressed Emotion Towards Individuals with Mental and Physical Health Conditions: A Structured Literature Review. *East European Journal of Psycholinguistics*. 2018. No. 5(2), pp. 108–117. URL: <https://doi.org/10.29038/eejpl.2018.5.2.zas>.

REFERENCES

1. Zasiékina, L. (2014). Ukrainski pryslivya ta prykazky yak psycholinguistichnyy resurs kognityvno-povedinkovoi terapii tryvozhnyh rozladiv [Ukrainian sayings and proverbs as psycholinguistic resource of cognitive and behavioural therapy of anxiety disorders]. *Psychological Prospects Journal*, (24), 112–124 [in Ukrainian].

2. Zasiiekina L. (2021). Online kognityvno-povedinkovoi terapia emotsionalnogo dystresy studentiv pid chas pandemii COVID-19 [Online cognitive and behavioural therapy for students' emotional distress during pandemic COVID-19]. *Psychological Prospects Journal*, (38), 49–62 [in Ukrainian].
3. Pastryk, T. (2022). Emotsyina ekspresyvnist u konteksti modeli rys osobystosti: teoretyko-empyrychne osmyslennya ponyat [Expressed emotion in the context of personality traits: theoretical and empirical generalization of concepts]. *Psychological Prospects Journal*, (40), 55–61.
4. Barrowclough, C., & Hooley, J.M. (2003). Attributions and expressed emotion: A review. *Clinical psychology review*, 23(6), 849–880 [in Ukrainian].
5. Butzlaff, R.L., & Hooley, J.M. (1998). Expressed emotion and psychiatric relapse: a meta-analysis. *Archives of general psychiatry*, 55(6), 547–552.
6. Dixon, L., Adams, C., & Lucksted, A. (2000). Update on family psychoeducation for schizophrenia. *Schizophrenia bulletin*, 26(1), 5–20.
7. Eisner, L.R., & Johnson, S.L. (2008). An acceptance-based psychoeducation intervention to reduce expressed emotion in relatives of bipolar patients. *Behavior therapy*, 39(4), 375–385.
8. Försterling, F., Schuster, B., & Morgenstern, M. (2005). Perspectives of causal attributions: A study of couples and depression. *Journal of social and clinical psychology*, 24(6), 793.
9. Hogg, M.A., & Vaughan, G.M. (2008). *Social psychology*. Pearson Education.
10. Hooley, J.M., & Campbell, C. (2002). Control and controllability: beliefs and behaviour in high and low expressed emotion relatives. *Psychological medicine*, 32(6), 1091–1099.
11. Hooley, J.M., Rosen, L.R., & Richters, J.E. (1995). Expressed emotion: Toward clarification of a critical construct. In *The behavioral high-risk paradigm in psychopathology* (pp. 88–120). Springer, New York, NY.
12. Källemark, S., Höglund, A.T., Hansson, M.G., Westerholm, P., & Arnetz, B. (2004). Living with conflicts-ethical dilemmas and moral distress in the health care system. *Social science & medicine*, 58(6), 1075–1084.
13. 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. DOI: 10.1016/S0165-1781(97)00033-4.
14. Nycyk, M., Rigsby-Jones, J., & Redsell, M. (2015). The Value of External Support Services when Children Transition into Foster Care: An Example of a Volunteering Project. *Children Australia*, 40(4), 367–371.
15. Otu, A., Charles, C.H., & Yaya, S. (2020). Mental health and psychosocial well-being during the COVID-19 pandemic: The invisible elephant in the room. *International Journal of Mental Health Systems*, 14, 1–5.
16. Ruths, F.A., de Zoysa, N., Frearson, S.J., Hutton, J., Williams, J.M.G., & Walsh, J. (2013). Mindfulness-based cognitive therapy for mental health professionals – a pilot study. *Mindfulness*, 4(4), 289–295.
17. Weiner, B. (1995). *Judgments of responsibility: A foundation for a theory of social conduct*. Guilford Press.
18. Westbrook, D., Kennerley, H., & Kirk, J. (2011). *An introduction to cognitive behaviour therapy: Skills and applications*. Sage.
19. Zasiiekina, L. (2018). Expressed Emotion Towards Individuals with Mental and Physical Health Conditions: A Structured Literature Review. *East European Journal of Psycholinguistics*, 5(2), 108–117. Retrieved from: <https://doi.org/10.29038/eejpl.2018.5.2.zas>.