

Гаврилькевич В. К.

## МЕТОДИ ТА МЕТОДИКИ ДОСЛІДЖЕННЯ ОСОБЛИВОСТЕЙ ЕМОЦІЙНОЇ САМОРЕГУЛЯЦІЇ ДОРОСЛИХ ІЗ ІШЕМІЧНОЮ ПАТОЛОГІЮ СЕРЦЯ

У статті на підставі теоретичної трьохрівневої моделі емоційної саморегуляції особистості сформовано систему методів і методик для клініко-психологічного дослідження особливостей емоційної саморегуляції дорослих із ішемічною патологією серця.

### ПОСТАНОВКА ПРОБЛЕМИ

**Постановка загальної проблеми та її зв'язок із важливими практичними завданнями.** Ішемічна патологія серця (або ішемічна хвороба серця (ІХС) за клінічною класифікацією) вже багато десятиліть займає провідне місце в статистичній картині захворюваності та смертності населення цивілізованих країн.

**Дослідження і публікації, в яких започатковано розв'язання проблеми.** Нині існує значна кількість наукових досліджень, пов'язаних з вивченням цієї недуги, її етіології та патогенезу. Зокрема, встановлено її психосоматичний характер, роль соціальних і психологічних чинників у її виникненні. F. Dunbar (1943), а пізніше J. Groen та Bastiaans (1965) описали особистісний профіль людей, що страждають на ІХС. R. Rosenman і співавтори (1966) описали характерну поведінку типу А як фактор ризику розвитку інфаркту міокарду [3, с. 151-153]. Ці ідеї знайшли своє підтвердження в дослідженнях В.М. Арутюняна (1982) [1], А.В. Баубінене (1984) [14], І. В. Гагуліна (1988) [9] та ін. Виявлено зв'язок ІХС із почуттям невдоволеності професійною діяльністю (J.G. Bruhn і співавт., 1968; M. Blohmke і співавт., 1969), а також життям у цілому (J. Liljefors, R. Rahe, 1970; C.D. Jenkins, 1971) [7]. Показано також патогенетичну роль стресу й постійного почуття внутрішнього напруження (Н.І. Russek, 1965, 1967; А.М. Ostfeld і співавт., 1964; Є.І. Чазов, 1975; Н.Л. Ястребова, Л.В. Симутенко, 1976; К.В. Судаков, 1981 та ін.) та підвищеного рівня тривоги у виникненні ІХС [8]. С. Mendes і співавт. (1991) виявили наявність істотного зв'язку між появою стенокардії та вираженістю страху [3, с. 148].

Цікавим є дослідження S.E. Cleveland і D.L. Johnson (1962). Досліджуючи особливості психіки хворих на інфаркт міокарду методиками Роршаха і ТАТ, вони виявили своєрідну двоїстість натури цих хворих: з одного боку - розвинені самоповага і честолюбство, а з іншого - почуття безнадійності, песимізму та марності всіх зусиль [7, с. 138]. Цю двоїстість, на наш погляд, зумовлює внутрішньоособистісний конфлікт потреб і мотивів, який неминуче супроводжується емоційним напруженням і дискомфортом.

Покажемо, на нашу думку, є також дослідження А.М. Ostfeld і співавторів (1964) та С.В. Bakker і R.M. Levenson (1967), які за допомогою методики ММРІ виявили кореляцію ІХС із ознаками іпохондрії, істерії, депресії в преморбідному періоді [7, с. 138]. Сутнісною ознакою названих невротичних порушень є виражений емоційний дисбаланс, який виникає внаслідок загострення потребно-мотиваційних конфліктів або тривалої фрустровано-сті актуальних потреб.

С. М. Мустафаєв дослідив особливості організації свідомості хворих на інфаркт міокарду та ішемічну хворобу серця [12]. Проаналізовано також типи ставлення людей з ішемічною патологією серця до своєї хвороби [2], внутрішню картину хвороби [5], психопатологічну структуру особистості та емоційних станів при ІХС (В.М. Арутюнян і співавт., 1982; В.Ф. Виноградов, 1986). Досліджено кореляцію особливостей емоційно-особистісної сфери з особливостями клінічного перебігу ІХС (А.А. Меркур'єва, 2003).

**Невирішена частина загальної проблеми.** У зв'язку з тим, що сильні емоційні переживання часто є безпосередньою причиною маніфестації ІХС і відчутно впливають на самопочуття хворих і перебіг хвороби, вони потребують особливої дослідницької уваги. Це необхідно, перш за все, для розроблення відповідних програм психокорекційної та психотерапевтичної допомоги при ІХС, оскільки така допомога передбачає безпосередню роботу з емоційними переживаннями. Цьому питанню присвячений, зокрема, цікавий огляд Е. А. Гаврилової [4]. Важливу роль у даному контексті відіграє емоційна саморегуляція особистості, спрямована на подолання патогенних емоційних станів. У існуючих дослідженнях значна увага приділяється психопатологічним і патопсихологічним аспектам емоційно-особистісної сфери хворих, але залишаються нез'ясованими питання щодо індивідуальних особливостей емоційної саморегуляції людини при ІХС.

Вважаємо за доцільне звернути увагу ще на одну обставину. Багато людей протягом життя мають тяжкі емоційні переживання та стреси, але не в усіх них виникає ішемічна патологія серця. З цього ми робимо висновок, що психологічним патогенетичним фактором ІХС є не стільки негативні емоції, почуття та стреси, скільки недостатньо розвинене вміння долати їх конструктивним чином. Тобто, ми припускаємо, що для особистості хворих на ІХС має бути характерною специфічна слабкість системи емоційної саморегуляції. Подібну думку висловлювали В. М. Арутюнян і співавтори. На підставі власних спостережень, вони казали про те, що самі по собі середовищний стрес і емоційні перевантаження явно недостатні для розвитку ІХС, необхідні також наявність особливого особистісного складу та гальмування адекватних особистісних форм розрядки емоційної напруженості [1].

Велика поширеність ІХС серед населення змушує шукати ефективні методи її профілактики та лікування, в тому числі психотерапевтичні, спрямовані на оптимізацію емоційної саморегуляції хворих. На даний момент ми бачимо невідповідність між потребами психотерапевтичної практики в галузі надання медико-психологічної допомоги людям, які страждають на ІХС, і наявним ступенем дослідженості особливостей їх емоційної саморегуляції в академічній психології. У зв'язку з такою проблемною ситуацією ми вважаємо доцільним, актуальним і своєчасним дослідження індивідуальних особливостей емоційної саморегуляції в дорослих людей, що страждають на ішемічну хворобу серця.

**Мета статті** полягає в тому, щоб створити систему методів і методик дослідження особливостей емоційної саморегуляції дорослих із ішемічною патологією серця.

### МЕТОДИКА ТА ОРГАНІЗАЦІЯ ДОСЛІДЖЕННЯ

Для досягнення поставленої мети нами проведено теоретичне дослідження наукових публікацій, присвячених емоційній саморегуляції особистості та методам психологічного дослідження особистості. При цьому ми використовували системний підхід і теоретичні методи, такі як: аналіз, синтез, порівняння, узагальнення, моделювання.

### РЕЗУЛЬТАТИ ТЕОРЕТИЧНОГО АНАЛІЗУ ПРОБЛЕМИ

Для розробки системи методів і методик дослідження особливостей емоційної саморегуляції дорослих із ішемічною патологією серця необхідно мати відповідну теоретичну основу. В даному випадку, такою основою є розроблена нами модель емоційної саморегуляції особистості. При її розробці ми спиралися на зазначені С.Д. Максименком три послідовні етапи становлення саморегуляції поведінки в системі інтеграції особистості:

- 1) базальна емоційна саморегуляція;
- 2) вольова саморегуляція;
- 3) смислова, ціннісна саморегуляція. [10, с.49];

та прислухалися до вказівки Н. В. Наумчика про те, що існують несвідомий і свідомий рівні психічної саморегуляції [13].

Ми так само виділяємо *несвідому* та *свідому* емоційну саморегуляцію. Поділяючи останню на два види, отримуємо три основні рівні:

- 1) *несвідома емоційна саморегуляція*, що забезпечується підсвідомими механізмами психологічного захисту;
- 2) *свідома вольова емоційна саморегуляція*, спрямована на трансформацію або пригнічення дискомфортних емоційних переживань та їх психофізіологічних (моторних і вегетативних) проявів;
- 3) *свідома смислова (ціннісна) емоційна саморегуляція*, спрямована на усунення причин дискомфортних емоційних переживань шляхом осмислення та переосмислення власних потреб і цінностей, що стоять за емоційними переживаннями, та породження нових сенсів. Свідома смислова емоційна саморегуляція є вищим рівнем емоційної саморегуляції. Її механізми тісно пов'язані з функціями емоційного інтелекту (емоційної розумності) особистості.

Виходячи із цієї теоретичної концепції емоційної саморегуляції особистості, ми сформувавши систему практичних методів дослідження зазначених рівнів емоційної саморегуляції дорослих із ішемічною патологією серця. Об'єктом нашого дослідження є особистість, яка страждає від тілесної недуги, тобто за своєю суттю воно є клініко-психологічним дослідженням особистості.

Звертаючись до підручника з психології особистості [18, с. 57-104], знаходимо такі методи дослідження особистості:

- 1) генетико-моделюючий метод;
- 2) спостереження;
- 3) анкетні методи (усне інтерв'ю, анкетування, тестування);
- 4) експериментальні методи.

**Генетико-моделюючий метод** частково вже був нами використаний при побудові теоретичної моделі трьохрівневої системи механізмів емоційної саморегуляції особистості, яка відображає три послідовні етапи становлення регуляторних механізмів особистості в процесі її онтогенезу.

**Метод спостереження** як цілеспрямоване, довільне і спеціально організоване сприйняття тих чи інших явищ дійсності для нас є досить цінним. Об'єктом спостереження в нашому дослідженні є особистість дорослого, який страждає на ІХС, а предметом - особливості його емоційної саморегуляції. Мета нашого спостереження - виявити ознаки, що відображають емоційні особливості хворого на ІХС та його вміння володіти своїми емоціями та їхніми зовнішніми фізіологічними проявами (позою, жестами, мімікою, поглядом, інтонаціями голосу тощо), а також поведінкові прояви ставлення до самого обстеження. Спостереження починається вже з першого моменту зустрічі з обстежуваним і триває протягом усієї процедури обстеження.

**Анкетні методи**, які охоплюють *усне інтерв'ю*, *анкетування* і *тестування* за допомогою стандартизованих психологічних методик у нашому випадку є основними, оскільки дають найбільшу кількість емпіричного матеріалу для його подальшої математичної обробки й визначення відповідних кореляцій.

**Усне інтерв'ю** ми проводимо з хворими в клінічних умовах, тому його можна назвати ще *клінічним інтерв'ю*. Воно є одним із базових методів обстеження в клінічній психології. Це метод отримання інформації про індивідуально-психологічні властивості особистості, психологічні феномени та психопатологічні симптоми та синдроми тощо [11, с. 12]. За його допомогою ми отримуємо загальну інформацію про хворого (його вік, сімейний стан, професію, особливості виховання в дитинстві, перенесені захворювання, зокрема наявність в анамнезі черепно-мозкових травм та інших органічних уражень центральної нервової системи), історію виникнення в нього й розвитку ІХС, а також дізнаємося про його самооцінку своїх емоційних особливостей, ставлення до власних емоційних переживань і вміння ними керувати.

У нашому дослідженні усне інтерв'ю виконує не лише діагностичну функцію збору потрібної для дослідження інформації, але й є способом психологічного впливу на людину, що здійснюється безпосередньо на підставі особистого контакту медичного психолога та пацієнта. Тобто, воно виконує ще й психотерапевтичну функцію, що полягає в психологічній підтримці пацієнта, в покращенні його психоемоційного самопочуття, в наданні йому допомоги в усвідомленні внутрішніх психологічних підстав психосоматичного розладу, яким є ІХС. Саме на цих двох функціях інтерв'ю в клінічній психології - діагностичній і терапевтичній - наголошує В. Д. Менделевич [11, с. 12].

**Анкетування та тестування** при дослідженні особливостей емоційної саморегуляції дорослих із ішемічною патологією серця ми поєднали, оскільки в якості тестів узяли пси-ходіагностичні методики анкетного типу, спрямовані на різнобічне

обстеження системи емоційної саморегуляції особистості хворого.

Так, для дослідження першого рівня системи емоційної саморегуляції - підсвідомих механізмів психологічного захисту особистості - ми використовуємо *методику виявлення психологічних захистів Келлера-Плутчика* [17, с. 217-222]. Ця методика являє собою опитувальник із 97 пунктів і дозволяє виявити ступінь вираженості восьми основних механізмів захисту, таких як: заперечення, пригнічення, регресія, компенсація, проєкція, заміщення, інтелектуалізація, реактивне утворення. Кожному механізму захисту в названій методиці відповідає своя шкала та певний набір пунктів опитувальника: А - заперечення (13 пунктів); В - пригнічення (12 пунктів); С - регресія (14 пунктів); D - компенсація (10 пунктів); Е - проєкція (13 пунктів); F - заміщення (13 пунктів); G - інтелектуалізація (12 пунктів); Н - реактивне утворення (10 пунктів).

У зв'язку з таким нерівномірним розподілом пунктів за діагностичними шкалами за кожною з них може бути набрана різна максимальна кількість балів, якщо за стверджувальну відповідь нараховувати по одному балу. Ця обставина утруднює порівняння показників різних шкал.

Для розв'язання даної проблеми ми пропонуємо приводити отримані показники за кожною шкалою до десяткової системи одиниць шляхом простих математичних перерахунків із використанням пропорцій. Так, наприклад: за шкалою А досліджуваний дав стверджувальні відповіді на 11 пунктів і набрав, відповідно, 11 балів. Максимальну кількість балів за шкалою, (в даному випадку - 13) ми приймаємо за 10 одиниць, а набрану досліджуваним кількість балів (у нашому випадку - 11) - за X. Далі складаємо пропорцію:  $13/11 = 10/X$ , звідси  $X = 11 \times 10 / 13 = 8,46$ , при округленні до цілих отримуємо за шкалою А показник 8 одиниць. Провівши такий перерахунок за всіма діагностичними шкалами, зможемо в подальшому порівняти їх показники та побачити, які підсвідомі захисні механізми домінують у досліджуваного. Для більшої наочності отримані результати можна відобразити графічно.

Для дослідження механізмів другого та третього рівня системи емоційної саморегуляції особистості - свідомої вольової та смислової емоційної саморегуляції - ми використовуємо такі методики, як: *опитувальник для виявлення вираженості самоконтролю в емоційній сфері, діяльності та поведінці (соціальний самоконтроль)*, розроблений Г. С. Никифоровим, В. К. Васильєвим і С. В. Фірсовою [15, с. 183-186.]; *опитувальник способів оволодіння складними ситуаціями (адаптаційна методика WCO)* [17, с. 162-165].

Опитувальник, запропонований Г. С. Никифоровим, містить 36 пунктів і дозволяє визначити рівень самоконтролю за трьома шкалами: самоконтроль у діяльності, емоційний і поведінковий (соціальний) самоконтроль. Загалом, ця методика допомагає виявити, в якій мірі емоційні явища досліджуваного знаходяться під контролем його свідомої волі, в якій мірі вони виявляються назовні та впливають на його діяльність і поведінку. Тут також, як і в попередній методиці, кожній шкалі відповідає різна кількість пунктів опитувальника: самоконтроль у емоційній сфері - 11 пунктів; самоконтроль у діяльності - 12 пунктів; самоконтроль у поведінці - 13 пунктів. Для того, щоб зробити можливим порівняння показників цих шкал, ми пропонуємо розподіляти отримані досліджуваним бали за кожною шкалою за трьома рівнями вираженості самоконтролю, що показано в табл. 1.

Таблиця 1 - Розподіл показників самоконтролю в емоційній сфері, діяльності й поведінці

Шкала	за трьома рівнями вираженості		
	Рівень	Діапазон балів	Показник обстежуваного
Самоконтроль у емоційній сфері	Високий	15 - 22	
	Середній	8 - 14	
	Низький	0 - 7	
Самоконтроль у діяльності	Високий	16 - 24	
	Середній	9 - 15	
	Низький	0 - 8	
Самоконтроль у поведінці	Високий	18 - 26	
	Середній	9 - 17	
	Низький	0 - 8	

Отримані показники також можна відобразити графічно для більшої наочності. Друга із названих методик теж являє собою опитувальник, що складається із 50 тверджень, які розподіляються за вісьмома шкалами:

- 1) *конфронтативне оволодіння ситуацією* - агресивні зусилля для зміни ситуації, певний ступінь ворожості та готовності до ризику (6 пунктів);
- 2) *пошук соціальної підтримки* - зусилля здобути емоційний комфорт і інформацію від інших (6 пунктів);
- 3) *планування вирішення проблеми* - довільні проблемно-фокусовані зусилля, спрямовані на зміну ситуації, що включають аналітичний підхід до вирішення проблеми (6 пунктів);
- 4) *самоконтроль або зусилля по регулюванню своїх почуттів і дій* (7 пунктів);
- 5) *дистанціювання* - когнітивні зусилля відділитися від ситуації та зменшити її значущість (6 пунктів);
- 6) *позитивна переоцінка* - зусилля, спрямовані на створення позитивного значення проблемної ситуації, фокусування на зростанні власної особистості, включає також релігійний вимір (7 пунктів);
- 7) *взяття відповідальності* - визнання своєї ролі в проблемі та спроби її розв'язати (4 пункти);
- 8) *втеча-уникання* - прагнення в думках і поведінкові зусилля, спрямовані до втечі або уникання проблеми, а не

дистанціювання від неї (8 пунктів).

За кожний пункт опитувальника досліджуваний може отримати від 0 до 4 балів у залежності від того, як часто спостерігає він у себе наведений у твердженні спосіб реагування у важкій життєвій ситуації.

Як бачимо, в цій методиці також пункти опитувальника кількісно нерівномірно розподілені за діагностичними шкалами, але разом із опитувальником для кожної шкали є тестові норми, визначені статистичним методом на вибірці з 381 особи для вікової групи старше 20 років і з 219 осіб молодше 20 років. Це дає змогу розподілити отримані емпіричні дані за трьома рівнями значень: низьким, середнім, високим. Оскільки наше дослідження стосується тільки дорослих осіб, які потрапляють у вікову групу старше 20 років, для фіксації та систематизації отриманих показників ми використовуємо таблицю 2, записуючи показник обстежуваного в графу, що відповідає низькому, середньому чи високому рівню за кожною шкалою. А потім, для більшої наочності, відображаємо отримані результати графічно.

Опитувальник способів оволодіння складною ситуацією дає змогу виявити найбільш застосовувані способи вольової емоційної саморегуляції, а також ступінь вираженості смислової саморегуляції, про яку говорить шкала позитивної переоцінки та шкала взяття відповідальності. Адже осмисленню власних проблем та переоцінці цінностей обов'язково передуватиме взяття на себе відповідальності за власні проблеми.

Таблиця 2 - Середньостатистичні тестові норми та показники обстежуваного щодо спосо

Шкала	бів оволодіння складною ситуацією		
	Рівень	Діапазон балів	Показник обстежуваного
Конфронтативне совладання	Високий	12 - 17	
	Середній	7 - 11	
	Низький	1 - 6	
Пошук соціальної підтримки	Високий	14 - 18	
	Середній	8 - 13	
	Низький	0 - 7	
Планування вирішення проблеми	Високий	16 - 18	
	Середній	11 - 15	
	Низький	2 - 10	
Самоконтроль або зусилля по регулюванню своїх почуттів і дій	Високий	17 - 21	
	Середній	12 - 16	
	Низький	4 - 11	
Дистанціювання	Високий	12 - 17	
	Середній	7 - 11	
	Низький	1 - 6	
Позитивна переоцінка	Високий	16 - 21	
	Середній	10 - 15	
	Низький	3 - 9	
Взяття відповідальності	Високий	10 - 12	
	Середній	6 - 9	
	Низький	0 - 5	
Втеча - уникання	Високий	14 - 23	
	Середній	8 - 13	
	Низький	3 - 7	

Для більш повного дослідження здатності до смислової емоційної саморегуляції ми використовуємо *методику оцінки емоційного інтелекту*, яку розробив Н. Холл. Вона складається з 30 тверджень, які рівномірно розподіляються за п'ятьма шкалами (по 6 пунктів опитувальника в кожній): 1) емоційна обізнаність; 2) керування своїми емоціями (емоційна відхідливість, емоційна неригідність); 3) самомотивація (довільне керування своїми емоціями); 4) емпатія; 5) розпізнавання емоцій інших людей (вміння впливати на емоційний стан інших людей) [6, с.78-82]. Проаналізувавши пункти опитувальника, що відповідають певним шкалам цієї методики, ми вважаємо, що другу шкалу більш точніше було би назвати «володіння своїми емоційними станами», третю - «самомотивація та довільне керування своїми почуттями», і п'яту - «керуваннями емоціями та почуттями інших людей (вміння впливати на емоційний стан інших людей)». За кожною шкалою вираховується сума балів із урахуванням знаку відповіді («+» або «-»). Чим більше плюсова сума балів, тим більше виражений даний емоційний прояв.

Існують, звичайно, й інші, більш об'ємні, методики діагностики емоційного інтелекту, але проблема в тому, що вони є

англомовними і поки ще не адаптовані для слов'яномовної популяції.

На нашу думку, гармонійним доповненням до методики оцінки емоційного інтелекту є *Торонтська Алекситимічна Шкала*, адаптована в інституті ім. В. М. Бехтерева, що містить 26 тверджень і діагностує ступінь уміння чи невміння вербалізувати власні емоції та почуття. Теоретичний розподіл результатів за цією методикою можливий від 26 до 130 балів. За даними авторів методики, «алекситимічний тип» особистості отримує 74 бала і більше. «Неалекситимічний» тип особистості набирає 62 бала і менше. Вчені психоневрологічного інституту ім. В. М. Бехтерева, які адаптували методику, виявили середні значення показника алекситимії в декількох групах: контрольна група здорових людей -  $59,3 \pm 1,3$ ; група хворих з психосоматичними розладами -  $72,09 \pm 0,82$ ; група хворих невротиками -  $70,1 \pm 1,3$  [16, с. 153-156].

Алекситимія - невміння описувати словами власні почуття та емоції - є антиподом розвинутої емоційної розумності. При поєднанні двох останніх наведених нами методик їх результати мають перебувати в обернено пропорційній залежності, що може бути індикатором достовірності отриманих результатів.

**Експериментальні методи** в нашому дослідженні представлені *констатуючим науковим експериментом*, покликаним виявити певні кореляції між показниками, що відображають індивідуальні особливості емоційної саморегуляції дорослого з ішемічною патологією серця та клінічною формою й особливостями виникнення в нього та перебігу ІХС. За допомогою такого *кореляційного експерименту* ми прагнемо перевірити і сподіваємось підтвердити наше припущення, що для особистості хворих на ІХС має бути притаманною специфічна слабкість вищих рівнів системи емоційної саморегуляції. З одного боку, за допомогою нашого експерименту ми виявляємо і з'ясовуємо особливості емоційної саморегуляції дорослих з ІХС на підставі трьохрівневої моделі емоційної саморегуляції особистості, які раніше не досліджувалися. З другого боку, він дає нам можливість перевірити правильність нашого гіпотетичного судження. Тому, звертаючись до різновидів експериментів, описаних в підручнику з психології особистості [18, с. 91-92], ми можемо класифікувати наш експеримент і як дослідницький, і як перевіряючий одночасно.

Органічним доповненням до викладених вище методів і методик в нашому дослідженні є *ознайомлення з медичною документацією пацієнта* (медичною картою стаціонарного хворого), та її *контент-аналіз*. Ця процедура передуює безпосередньому знайомству з хворим, оскільки із медичної документації можна отримати загальну та специфічну медичну інформацію про пацієнта, зібрану лікарями, що дозволяє скласти попереднє уявлення про хворого та скоротити витрати часу при проведенні клінічного інтерв'ювання. Крім того, з медичної документації ми отримуємо специфічні медичні дані (зокрема, щодо клінічної форми та особливостей перебігу ІХС), які не може нам повідомити сам пацієнт, який, зазвичай, не має медичної освіти.

## ВИСНОВКИ

1. Описана в статті система діагностичних методів і методик дослідження особливостей емоційної саморегуляції дорослих із ішемічною патологією серця базується на запропонованій нами теоретичній моделі емоційної саморегуляції особистості, яка відображає основні етапи становлення регуляторних механізмів особистості та охоплює механізми трьох рівнів:

- 1) *несвідома емоційна саморегуляція*, що забезпечується підсвідомими механізмами психологічного захисту;
- 2) *свідома вольова емоційна саморегуляція*, спрямована на трансформацію або пригнічення дискомфортних емоційних переживань та їх психофізіологічних (моторних і вегетативних) проявів;
- 3) *свідома смислова (ціннісна) емоційна саморегуляція*, спрямована на усунення причин дискомфортних емоційних переживань шляхом осмислення проблемної ситуації та переосмислення власних потреб і цінностей, що стоять за емоційними переживаннями, та породження нових сенсів.

2. Основними методами дослідження особливостей емоційної саморегуляції дорослих із ІХС є такі:

- 1) *генетико-моделюючий метод*, який ми використали при побудові теоретичної моделі системи механізмів емоційної саморегуляції особистості;
- 2) *спостереження*, об'єктом якого є особистість дорослого, що страждає на ІХС, а предметом - особливості його емоційної саморегуляції;
- 3) *анкетні методи: клінічне інтерв'ю, анкетування та тестування*;
- 4) *експериментальні методи* - констатуючий кореляційний експеримент, покликаний виявити недосліджені раніше особливості емоційної саморегуляції дорослих з ішемічною патологією серця та перевірити наше припущення, що для особистості хворих на ІХС має бути притаманною специфічна слабкість вищих рівнів системи емоційної саморегуляції;
- 5) *ознайомлення з медичною документацією пацієнта* (медичною картою стаціонарного хворого) та її *контент-аналіз*.

3. Для анкетування і тестування дорослих із ІХС з метою дослідження особливостей їх емоційної саморегуляції доцільно використати такі тестові психодіагностичні методики анкетного типу, як: *методика виявлення психологічних захистів Келлермана-Плутчика*; *опитувальник для виявлення вираженості самоконтролю в емоційній сфері, діяльності та поведінці (соціальний самоконтроль)*, розроблений Г.С. Никифоровим, В.К. Васильєвим, С.В. Фірсовою; *опитувальник способів оволодіння складними ситуаціями (адаптація методики WCO)*; *методика оцінки емоційного інтелекту*, яку розробив Н. Холл; *Торонтська Алекситимічна Шкала*, адаптована в інституті ім. В.М. Бехтерева.

**Перспективи подальших досліджень.** Створена нами система методів і методик психологічного дослідження особливостей емоційної саморегуляції дорослих із ішемічною патологією серця потребує подальшої емпіричної перевірки на достатній за об'єм вибірці, щоб отримати статистично достовірні дані.

#### ЛІТЕРАТУРА

1. Арутюнян В. М. Личностные аспекты патогенеза ишемической болезни сердца / Арутю-нян В. М., Минасян Г. А., Еганян Г. А. // Журнал экспериментальной и клинической медицины. - 1982. - Т. XXII. - № 6. - С. 538-541.
2. Боев С. С., Селивоненко В. Г. Клинико-психологическое обследование больных ишемической болезнью сердца // Врачебное дело. - 1988. - № 6. - С. 19-20.
3. Бройтигам В. Психосоматическая медицина: Кратк. учебн. / Бройтигам В., Кристиан П., Рад М. / Пер. с нем. Г. А. Обухова, А. В. Бруенка; Предисл. В. Г. Остроглазова. - М.: ГЭОТАР МЕДИЦИНА, 1999. - 376 с.
4. Гаврилова Е. А. Роль поведенческого типа А и психического стресса в развитии ишемической болезни сердца, возможности психопрофилактики и психотерапии заболевания // Кардиология. - 1999. - № 9. - С. 72-78.
5. Добровольский А. В. Клинические особенности ишемической болезни сердца и внутренняя картина болезни // Журнал неврологии и психиатрии им. С. С. Корсакова. - 2000. - Т. 100, № 1. - С. 23-27.
6. Егоров И. А. Влияние уровня эмоционального интеллекта руководителей организации на выполнение управленческих функций [Электронный ресурс]: Дис. ... канд. психол. наук: 19.00.05. / Государственный университет управления - М.: РГБ, 2007. - 119 с. - (Из фондов Российской Государственной Библиотеки). - Режим доступа: <http://di.ss.rsl.ru/di/ss/07/0219/070219010.pdf>.
7. Зимин Ю. В. Некоторые социальные и психологические факторы этиологии ишемической болезни сердца // Кардиология. - 1974. - Т. XIV. - № 8. - С. 133-143.
8. Ибатов А. Тревога и ишемическая болезнь сердца / Ибатов А., Сыркин А., Вейн А. // Врач. - 2003. - № 9. - С. 8-11.
9. Изучение связи поведенческого риска возникновения ишемической болезни сердца с некоторыми соматическими показателями у мужчин 25-64 лет, проживающих в Новосибирске // Гагулин И. В., Гафаров В. В., Воевода М. И. и др. // Кардиология. - 1988. - Т. 28. - № 12. - С. 80-83.
10. Максименко С. Д. Генеза здійснення особистості. - К.: Видавництво ТОВ «КММ», 2006. - 240 с.
11. Менделевич В. Д. Клиническая и медицинская психология: Практическое руководство. - М.: МЕДпресс, 2001. - 592 с.
12. Мустафаев С. М. Изучение особенностей организации сознания у больных инфарктом миокарда и ишемической болезнью сердца // Практична психологія та соціальна робота. - 2008. - № 3. - С. 31-34.
13. Наумчик Н. В. К проблеме психической саморегуляции личности // Практична психологія та соціальна робота. - 2005. - № 1. - С. 57-60.
14. Некоторые особенности лиц с поведенческим риском ишемической болезни сердца / А. В. Баубинене, А. А. Гоштаутас, П. Грибаускас и др. // Кардиология, 1984. - Т. 24, № 2. - С. 76-79.
15. Никифоров Г. С. Самоконтроль человека. - Л.: Издательство Ленинградского университета, 1989. - 192 с.
16. Практическая психодиагностика. Методики и тесты. Учебное пособие. / Редактор-составитель Д. Я. Райгородский. - Самара: Издательский Дом «БАХРАХ-М», 2004. - 672 с.
17. Психологическая защита: направления и методы: Учебное пособие / Маликова Т. В., Михайлов Л. А., Соломин В. П., Шатровой О. В. - СПб.: Речь, 2008. - 231 с.
18. Психологія особистості / Максименко С. Д., Максименко К. С., Папуча М. В. / За ред. С. Д. Максименка. - К.: Видавництво ТОВ «КММ», 2007. - 296 с.