

Гаврилькевич В. К. Структура механізмів емоційної саморегуляції дорослих із ішемічною патологією серця / В. К. Гаврилькевич // Науковий вісник Південноукраїнського національного педагогічного університету ім. К. Д. Ушинського: збірник наукових праць. – Одеса, 2010. – № 5-6. – С. 110-120.

УДК 159.91 : 616.132.2

Гаврилькевич В.К.,

старший викладач кафедри практичної психології та педагогіки

Хмельницького національного університету,

лікар психіатр Хмельницького обласного психоневрологічного диспансеру,

аспірант Інституту психології ім. Г. С. Костюка НАПН України

СТРУКТУРА МЕХАНІЗМІВ ЕМОЦІЙНОЇ САМОРЕГУЛЯЦІЇ ДОРΟΣЛИХ ІЗ ІШЕМІЧНОЮ ПАТОЛОГІЄЮ СЕРЦЯ

Анотація

На підставі результатів клініко-психологічного дослідження визначено структуру механізмів емоційної саморегуляції дорослих із ішемічною патологією серця (ішемічною хворобою серця) за трьома рівнями: несвідомим, свідомим волевим і свідомим смисловим.

Ключові слова: ішемічна патологія серця, ішемічна хвороба серця (ІХС), емоційна саморегуляція.

Аннотация

Структура механизмов эмоциональной саморегуляции взрослых с ишемической патологией сердца. Гаврилькевич В.К.

На основании результатов клинико-психологического исследования определена структура механизмов эмоциональной саморегуляции взрослых с ишемической патологией сердца (ишемической болезнью сердца) на трех уровнях: подсознательном, сознательном волевом, сознательном смысловом.

Ключевые слова: ишемическая патология сердца, ишемическая болезнь сердца, эмоциональная саморегуляция.

The Summary

Structure of mechanisms of emotional self-regulation of adults with ischemic pathology of heart. Gavrylkevych V.K.

On the basis of results of establishing experiment the structure of mechanisms of emotional self-regulation of adults is certain with ischemic pathology of heart (by ischemic heart disease) on three levels: subconscious, conscious volitional, conscious semantic.

Keywords: ischemic pathology of heart, ischemic heart disease, emotional self-regulation.

ПОСТАНОВКА ПРОБЛЕМИ

Постановка загальної проблеми та її зв'язок із важливими практичними завданнями. Ішемічна патологія серця, яка в клінічній практиці відома як ішемічна хвороба серця (ІХС) є дуже поширеною серед населення цивілізованих країн, в тому числі України. Вона є вагомою причиною інвалідизації осіб працездатного віку та смертності. Розробка ефективних заходів первинної та вторинної профілактики ІХС є актуальною потребою сьогодення. Серед цих заходів значне місце посідають психопрофілактичні заходи, оскільки ІХС має психосоматичну природу.

В наукових працях показано важливу роль емоційних факторів у патогенезі ІХС [7; 9]. Зокрема, виникненню ІХС сприяють психоемоційні стреси, дискомфортні емоційні переживання (гнів, страх, тривога, депресія тощо). Фактором, який протидіє дискомфортом емоційним переживанням і захищає людину від деструктивного впливу стресів, є емоційна саморегуляція особистості. Тому, в контексті психопрофілактики ІХС проблема емоційної

саморегуляції особистості має важливе значення. Емоційна саморегуляція людей які хворіють на ІХС поки що є мало дослідженою.

Дослідження і публікації, в яких започатковано розв'язання проблеми. Ми знайшли відносно невелику кількість публікацій, у яких розглядаються деякі аспекти емоційної саморегуляції хворих на ІХС. Одна група досліджень присвячена механізмам психологічного захисту [10; 13; 20]. Друга група досліджень розглядає форми поведінки, спрямовані на зменшення гостроти й тривалості емоційного стресу [19], форми реагування особистості на ситуацію фрустрації [1; 2; 8]. Третя група досліджень присвячена проблемі алекситимії у хворих на ІХС [18; 21]. Детальний огляд публікацій за проблемою емоційної саморегуляції особистості представлений у нашій статті [4].

Невирішена частина загальної проблеми. В існуючих публікаціях досліджено окремі ланки системи емоційної саморегуляції хворих на ІХС. Емоційна саморегуляція особистості дорослих із ішемічною патологією серця як цілісна система ще не була предметом окремого дослідження.

Велика поширеність ІХС серед населення зумовлює необхідність розробки ефективних методів її профілактики та лікування, в тому числі психотерапевтичних, спрямованих на оптимізацію емоційної саморегуляції хворих. На даний момент ми бачимо невідповідність між потребами психокорекційної та психотерапевтичної практики в галузі профілактики ІХС і надання медико-психологічної допомоги людям, які страждають на ІХС, і ступенем дослідженості особливостей їх емоційної саморегуляції в академічній психології.

Мета цієї статті – визначити структуру механізмів емоційної саморегуляції дорослих людей із ішемічною патологією серця.

РЕЗУЛЬТАТИ ЕКСПЕРИМЕНТАЛЬНОГО ДОСЛІДЖЕННЯ ТА ЇХ ОБГОВОРЕННЯ

Методика та організація дослідження. Теоретичною основою нашого дослідження є розроблена нами трьохрівнева ієрархічна модель системи емоційної саморегуляції особистості, яка включає: несвідому, свідому волюву та свідому смислову емоційну саморегуляцію [3; 5].

Для дослідження особливостей емоційної саморегуляції дорослих із ІХС використано систему методів, таких як: 1) спостереження, об'єктом якого є особистість дорослого, що страждає на ІХС, а предметом – особливості його емоційної саморегуляції; 2) анкетні методи: клінічне інтерв'ю, анкетування та тестування за допомогою психодіагностичних методик (методики виявлення психологічних захистів Келлермана–Плутчика; опитувальника для виявлення вираженості самоконтролю в емоційній сфері, діяльності та поведінці, розробленого Г.С. Никифоровим, В.К. Васильєвим, С.В. Фірсовою; опитувальника способів оволодіння складною ситуацією (адаптація методики WCQ); методики оцінки емоційного інтелекту, яку розробив Н. Холл; Торонтської алекситимічної шкали, адаптованої в Психоневрологічному інституті імені В.М. Бехтерева); 3) експериментальні методи – констатуючий кореляційний експеримент, покликаний виявити недосліджені раніше особливості емоційної саморегуляції дорослих з ішемічною патологією серця та перевірити припущення, що для особистості хворих на ІХС має бути притаманною специфічна слабкість вищих рівнів системи емоційної саморегуляції; 4) ознайомлення з медичною документацією пацієнта (медичною картою стаціонарного хворого) та її контент-аналіз.

Обстежено дві групи осіб. Перша група – *експериментальна* – 36 дорослих осіб із ішемічною патологією серця. Друга група – *контрольна* – 46 дорослих осіб, які не мають ішемічної патології серця. Клініко-психологічне обстеження дорослих із ішемічною патологією серця, проводилось у кардіологічному відділенні Хмельницької міської лікарні в 2008-2009 роках. Наявність ішемічної патології серця визначалася лікарями кардіологами на підставі результатів клінічних та параклінічних методів обстеження. В дослідження ми не брали осіб із іншою соматичною чи психічною патологією, яка значно змінює психічне функціонування людини. Так, із обстеження ми виключали осіб із порушеннями функцій

щитоподібної залози, ендогенними психозами (шизофренія, шизотипні, маячні розлади) та іншими тяжкими психічними розладами, а також тих, які перенесли тяжкі органічні ураження центральної нервової системи (черепно-мозкові травми, гострі порушення мозкового кровообігу тощо).

До експериментальної групи увійшли 22 чоловіка і 14 жінок, що склало відповідно 61,11% і 38,89% від загальної кількості. Мінімальний вік обстежених склав 40 років, максимальний – 70 років, середній – $58,25 \pm 5,72$ років. За клінічними формами ІХС: 11 осіб (30,56%) із гострим інфарктом міокарду (ІМ), 15 (41,67%) – зі стенокардією, 6 (16,67%) – із постінфарктним кардіосклерозом (п/і к/с), 4 (11,11%) – із атеросклеротичним кардіосклерозом (а/с к/с). Порушення серцевого ритму відмічалися в 9 (25,00%) обстежених. У 30 (83,33%) обстежених хворих ІХС поєднувалася з гіпертонічною хворобою. Середній вік маніфестації ІХС в обстежених склав $54,59 \pm 7,49$ років, у чоловіків – $52,45 \pm 8,01$ років, у жінок $57,64 \pm 6,12$ років.

Контрольну групу склали 18 чоловіків і 28 жінок, відповідно 39,13% і 60,87% від загальної кількості. Мінімальний вік обстежених склав 38 років, максимальний – 69 років, середній – $51,76 \pm 6,91$ років.

Статистичну обробку даних здійснено з допомогою програмного забезпечення Microsoft Excel, використано такі методи: обчислення середньоарифметичних показників (X) соціально-демографічних, клінічних і психологічних параметрів досліджуваних груп; стандартного відхилення (σ) та середньої похибки (μ) середньоарифметичних показників (результати представлені за формулою $X \pm \sigma$); визначення характеру розподілу результативних ознак у досліджуваних вибірках, яке показало, що він не відрізняється від нормального, що робить можливим застосування параметричних критеріїв для оцінки статистичної достовірності результатів нашого дослідження; порівняння середніх величин експериментальної та контрольної груп і оцінку статистичної достовірності відмінностей між середніми величинами за допомогою t -критерію Стьюдента для незалежних вибірок; обчислення відносних показників та поширеності окремих явищ в досліджуваних вибірках; порівняння показників поширеності цих явищ у досліджуваних групах із використанням непараметричного φ^* -критерію кутового перетворення Фішера.

Ми висловлюємо щирі вдячність студентам Хмельницького національного університету, які навчаються за напрямами підготовки «Практична психологія» та «Соціальна педагогіка», за допомогу в обстеженні дорослих осіб контрольної групи.

Висвітлення результатів дослідження та їх інтерпретація. На підставі проведеного клініко-психологічного дослідження ми виділили характерні риси емоційної саморегуляції дорослих із ішемічною патологією серця.

Особливості несвідомої емоційної саморегуляції дорослих із ІХС полягають у тому, що найбільш розвиненими механізмами психологічного захисту в них є: *реактивне утворення, регресія* (в жінок), *проекція, інтелектуалізація*. Найменш розвиненими є механізми *заміщення* (особливо в жінок), *компенсації* (лише в жінок) та *пригнічення*.

У хворих на ІХС загалом, і в чоловіків зокрема, рівень вираженості психологічних захистів, крім пригнічення, вищий, ніж у дорослих без ІХС. У дорослих із ІХС порівняно з дорослими без ІХС, достовірно менше ($p < 0,05$) розвинений механізм блокування неприємних емоцій шляхом забування реального стимулу, що їх викликав, та всіх об'єктів і обставин, пов'язаних з ним (пригнічення). Натомість, у дорослих із ІХС достовірно більше ($p < 0,01$) розвинене приписування оточуючим різноманітних негативних якостей як раціональна основа для неприйняття їх і самоприйняття на цьому фоні (проекція).

У жінок, які страждають на ІХС, на відміну від чоловіків із ІХС та жінок без ІХС, у більшій мірі ($p < 0,01$) розвинений механізм повернення в стресовій ситуації до більш незрілих паттернів поведінки й задоволення своїх потреб (регресія). Також, більше розвинений ($p < 0,01$) механізм вироблення та підкреслювання соціально схвалюваної поведінки, заснованої на «вищих соціальних цінностях» (реактивне утворення).

У дорослих із ІХС вірогідно частіше зустрічається високий рівень проєкції ($p=0,008$) та високий загальний рівень захистів ($p=0,014$), а в дорослих без ІХС частіше спостерігається високий рівень пригнічення ($p=0,003$).

У жінок із ІХС виявлено вищий, ніж у жінок без ІХС, рівень втечі та уникання проблем, що узгоджується з більш високим рівнем розвитку в них механізму регресії.

У хворих на ІХС виявився достовірно вищим середній показник за контрольною шкалою (шкалою адекватності чи неадекватності самооцінки). В групі хворих на ІХС неадекватна оцінка власної особистості та поведінки, прагнення у своїх відповідях виглядати краще, ніж є насправді, зустрічається майже в п'ять разів частіше ($p<0,001$), ніж у групі дорослих без ІХС. Ця особливість є закономірною, якщо врахувати більшу вираженість несвідомих механізмів психологічного захисту в дорослих із ІХС.

Тут доречно згадати дослідження З.А. Вейсової, яка показала, що чим сильніше домінування «его-захисної» установки, тим нижча адекватність самооцінки. Неадекватна самооцінка детермінує неоптимальне подолання внутрішньо-особистісних критичних ситуацій, збільшуючи чутливість особистості до стресу. На підставі цього, З.А. Вейсова оцінює «его-захисну» установку (протилежність «когнітивної», установки на об'єктивне самопізнання) як значущий особистісний фактор ризику виникнення ІХС [2].

Отримані нами результати підтверджують спостереження А.Г. Мрочек і Т.Д. Тябут (1998), які при обстеженні чоловіків із різними формами ІХС за допомогою тесту ММРІ виявили преморбідні особливості особистості хворих на ІХС, такі як: підвищений рівень невротизації, порушення самооцінки, соціальної адаптації, усвідомлення власних проблем і необхідності психологічної допомоги та підтримки [22]. Розвинені неконструктивні несвідомі механізми психологічного захисту зумовлюють і підвищений рівень невротизації, і порушення самооцінки та усвідомлення власних проблем і необхідності психологічної допомоги й підтримки (як зазначалося вище, у хворих на ІХС ми виявили нижчий рівень показника за шкалою пошук соціальної підтримки методики оцінки способів оволодіння складними ситуаціями), а часто і порушення соціальної адаптації. Вони також перешкоджають самоприйняттю та адекватному контакту із самим собою (автентичності) та конгруентній взаємодії з іншими людьми, сприяють виникненню розриву між зовнішньо зумовленими розсудковими прагненнями й спонуканнями та глибинно-особистісними потребами, через що останні перебувають у хронічній фрустрації. Саме така особливість притаманна «коронарному особистісному типу» (Dunbar, 1948; Friedman і Rosenman, 1959), який характеризується крайнім ступенем пригнічення внутрішніх спонукань, самодисципліною, розвиненим почуттям обов'язку, несхильністю відкривати душу, постійним прагненням до досягнення поставлених цілей, наполегливістю в змаганнях, честолюбними прагненнями, вмінням здобувати визнання, звичкою до прискорення життєвого темпу, відсутністю задоволення від завершення роботи й невмінням відпочивати [6, с. 24]. Тут треба додати, що в житті та діяльності хворих на ІХС розсудкові прагнення та спонукання (зовнішньо зумовлені, кон'юнктурні прагнення, обов'язки, які не стали особистісними потребами, або розсудкове «треба», яке не трансформувалося в сердечне «хочу») переважають над «сердечними» (іманентними, глибинно-особистісними). Такий висновок можна зробити, якщо взяти до уваги результати, отримані нами за шкалою ставлення до серця: хворі на ІХС менше, ніж дорослі без ІХС, прислухаються до «голосу» свого серця. Прагненням до задоволення зовнішньо зумовлених спонукань можна пояснити і відсутність задоволення від завершення роботи, оскільки власні глибинно-особистісні потреби при цьому залишаються незадоволеними. Людина шукає задоволення та не знаходить його, бо свої зусилля спрямовує на ілюзорні, а не на справжні свої потреби, адже не усвідомлює останні.

Особливості свідомої вольової емоційної саморегуляції дорослих із ІХС. У дорослих із ішемічною патологією серця, ми виявили приблизно таке ж саме загальне співвідношення трьох аспектів самоконтролю (в емоційній сфері, діяльності та поведінці), як і в людей без ІХС. При цьому, в дорослих із ІХС відмічаються достовірно вищі рівні самоконтролю

діяльності ($p < 0,01$) та поведінки ($p = 0,01$), а достовірних відмінностей щодо самоконтролю та свідомої вольової регуляції емоційних процесів і станів не виявлено. Рівень самоконтролю в емоційній сфері є помітно нижчим, ніж самоконтролю в діяльності та поведінці.

Така особливість, виявлена нами в хворих на ІХС, узгоджується зі спостереженнями К.А. Менінгер (Meninger, 1936), Ф. Данбар (Dunbar, 1942), І.А. Арлов (Arlov, 1945), які вказували, що хворі на ІХС часто зовнішньо спокійні, а всередині – агресивні, недружелюбні, напружені [16, с. 12], а також і з дослідженням Ц.П. Короленко та співавторів (1982), які виявили, що понад 50% осіб із ІХС та артеріальною гіпертензією реагують на фрустрацію зовнішньо відносно спокійно, але з великим внутрішнім напруженням (у контрольній групі – 11%) [11].

Особливості свідомої смислової емоційної саморегуляції дорослих із ІХС. У дорослих із ІХС виявлено достовірно вищий рівень алекситимії ($p < 0,05$), що свідчить про знижену здатність усвідомлювати та вербалізувати власні емоційні переживання, а також достовірно нижчий рівень позитивної переоцінки та видобування корисного особистісного досвіду із проблемних ситуацій ($p < 0,05$). Це підтверджує спостереження І.Є. Ганеліної та співавторів (1987), які спостерігаючи протягом 7 років за групою хворих із різними формами ІХС, рідко виявляли в них розв'язання психотравмуючої ситуації шляхом зміни ставлення до неї [8, с. 55-56].

Із описаних вище особливостей видно, що в системі емоційної саморегуляції дорослих із ішемічною патологією серця домінують механізми несвідомого рівня та свідомий вольовий контроль зовнішніх поведінково-діяльнісних проявів емоційних явищ. Ці механізми в них розвинені достовірно краще, ніж у дорослих без ішемічної патології серця. Натомість механізми свідомої смислової саморегуляції розвинені достовірно слабше, а свідомо вольова регуляція емоційних явищ має такий самий рівень, як і в дорослих без ІХС. Отримані нами результати узгоджуються із результатами, отриманими Ю.Ф. Поляковим і співавторами (1988), які вказують на наявність стійкого дисбалансу довільної та мимовільної регуляції діяльності в хворих із серцево-судинними захворюваннями (ІХС і гіпертонічною хворобою), що зростає в емоціогенних ситуаціях [14, с. 67].

Підвищений рівень самоконтролю поведінково-діяльнісних проявів емоційних явищ, виявлений нами в дорослих із ІХС (серед яких 83,33% мали гіпертонічну хворобу), узгоджується з літературними даними щодо хворих на есенціальну артеріальну гіпертензію, яким притаманна гіпертрофована здатність до самоконтролю при високій емоційності [17, с. 15].

Узагальнюючи результати проведеного нами дослідження особливостей емоційної саморегуляції дорослих із ішемічною патологією серця, можемо констатувати наступне. Ми виявили кореляцію ішемічної патології серця з такими структурними особливостями системи емоційної саморегуляції особистості:

- 1) підвищений рівень прояву несвідомих механізмів психологічного захисту, що мають неконструктивний характер – *проекції, регресії, реактивного утворення*;
- 2) гіпертрофований самоконтроль зовнішніх (поведінково-діяльнісних) проявів емоційних явищ при недостатньому володінні самими емоційними процесами і станами на рівні внутрішніх (суб'єктивних) переживань;
- 3) низький рівень свідомої смислової емоційної саморегуляції, яка здатна усувати причини емоційної дисгармонії та емоційного дискомфорту на рівні потребово-мотиваційних і ціннісних структур духовно-психофізіологічної організації людини та сприяти особистісному зростанню індивіда.

Наступний крок дослідження ми вбачаємо в тому, щоб визначити місце, яке виявлені нами особливості емоційної саморегуляції займають в психосоматичній системі етіопатогенезу ІХС. Тут можна сформулювати дві гіпотези:

- 1) описані нами особливості емоційної саморегуляції є преморбідними характеристиками особистості, що створюють патогенетичний ґрунт, на якому стреси та деструктивні емоційні переживання процвітають і здійснюють свій патогенний вплив;

2) описані нами особливості хворих на ІХС є набутими внаслідок хронічного захворювання серця та психологічної адаптації особистості до цього захворювання.

Щоб визначити, яка із цих гіпотез є більш вірогідна, слід проаналізувати психологічну природу виявлених особливостей емоційної саморегуляції.

Несвідомі інтрапсихічні механізми психологічного захисту формуються тривалий час у процесі розвитку особистості, починаючи з раннього дитинства, під впливом соціального оточення. У кожного індивіда формується своя система механізмів захисту, що має індивідуальну структуру. Ці механізми в значній мірі закриті від довільного та безпосереднього втручання свідомості. Внаслідок цього вони є досить стійкими та консервативними утвореннями психіки, зумовлюють стереотипні ментально-емоційні та поведінкові реакції на стресові подразники [12; 15]. Маючи таку природу, система несвідомих інтрапсихічних механізмів психологічного захисту є досить стійкою характеристикою особистості. Практика психодинамічної психотерапії свідчить, що для досягнення конструктивних змін у системі несвідомих механізмів захисту потрібні регулярні багаторічні свідомі зусилля самої людини. Виходячи зі сказаного, особливості несвідомого рівня емоційної саморегуляції, виявлені нами в хворих на ІХС, слід розглядати як такі, що існували в них і в преморбідному періоді. Це означає, що вони могли зробити свій внесок у виникнення ІХС.

Механізми свідомого вольового самоконтролю поведінково-діяльнісних проявів емоційних явищ, будучи закріплені як звичка, також стають характерною рисою особистості. Можна припустити, що хронічне захворювання серця, відображаючись у свідомості хворого змінює його свідому поведінку, змушує більше контролювати свої діяльність, поведінку та емоційні прояви, оскільки напади серцевого болю часто асоціюються з надмірними емоційними сплесками. Навчитися краще контролювати (тобто загальмовувати) окремі аспекти своєї діяльності та поведінки (психомоторні акти) набагато легше, ніж власне емоції. Наслідком цього є диспропорційне зростання самоконтролю зовнішніх (поведінково-діяльнісних) проявів емоцій при недостатньому контролі внутрішніх (суб'єктивних) аспектів емоційних явищ. Саме таку картину і зафіксувало наше дослідження.

Але, необхідно взяти до уваги, що в понад 80% обстежених нами хворих ІХС виникла на фоні артеріальної гіпертонії. Гіпертрофована здатність до самоконтролю психомоторних компонентів емоційних переживань, як зазначалося вище, є типовою преморбідною рисою хворих на артеріальну гіпертонію. Відповідно, ми робимо висновок, що виявлені нами особливості свідомого вольового рівня емоційної саморегуляції хворих на ІХС, найбільш вірогідно, існували в них ще до появи ішемічної патології серця.

Що ж стосується свідомої смислової емоційної саморегуляції, то вона піддається розвитку ще важче, ніж механізми нижчих рівнів, оскільки потребує свідомого пізнання своїх емоційних переживань і внутрішньо-особистісних перебудов. Її розвиток займає багато років, а втрачена вона може бути лише при тяжкій психічній та неврологічній патології, що супроводжується вираженим регресом когнітивних функцій та свідомості. Ми не включали в експериментально-психологічне дослідження осіб із такою патологією, тому в нас є всі підстави вважати, що низький рівень свідомої смислової емоційної саморегуляції, виявлений у хворих на ІХС, є характерною рисою їхньої особистості, яка передувала виникненню ІХС і робила свій внесок у виникнення ішемічної патології серця.

Таким чином, внаслідок проведеного аналізу ми спростували другу із сформульованих нами гіпотез і прийшли до висновку, що *описані нами особливості емоційної саморегуляції є преморбідними характеристиками особистості, вони створюють патогенетичний ґрунт, на якому стреси та деструктивні емоції здійснюють свій патогенний вплив.*

Виходячи зі сказаного, при розробці профілактичних та лікувальних заходів при ІХС необхідно обов'язково враховувати особливості емоційної саморегуляції особистості. Зокрема, психокорекційні та психотерапевтичні зусилля слід спрямувати на усунення дисбалансу між рівнями і компонентами системи емоційної саморегуляції особистості.

ВИСНОВКИ

1. Ішемічна патологія серця корелює з такою структурою механізмів емоційної саморегуляції особистості: 1) підвищений рівень прояву несвідомих механізмів психологічного захисту, що мають неконструктивний характер – проєкції, регресії, реактивного утворення; 2) гіпертрофованій самоконтроль зовнішніх (поведінково-діяльнісних) проявів емоційних явищ при недостатньому володінні самими емоційними процесами і станами на рівні внутрішніх (суб'єктивних) переживань; 3) низький рівень свідомої смислової емоційної саморегуляції, яка здатна усувати причини емоційної дисгармонії та емоційного дискомфорту на рівні потребово-мотиваційних і ціннісних структур духовно-психофізіологічної організації людини та сприяти особистісному зростанню індивіда.

2. Описані нами особливості емоційної саморегуляції є преморбідними характеристиками особистості, вони створюють патогенетичний ґрунт, на якому стреси та деструктивні емоції здійснюють свій патогенний вплив.

3. Виявлені нами особливості емоційної саморегуляції особистості хворих на ІХС слід враховувати при розробці профілактичних та лікувальних заходів. Психокорекційні та психотерапевтичні зусилля слід спрямувати на усунення дисбалансу між рівнями і компонентами системи емоційної саморегуляції особистості.

Перспективи подальших досліджень ми бачимо в з'ясуванні кореляційних зв'язків між особливостями емоційної саморегуляції та різними клінічними формами ІХС, а також порушеннями ритму серця при ІХС.

ЛІТЕРАТУРА

1. Арутюнян В.М. Личностные аспекты патогенеза ишемической болезни сердца / В.М. Арутюнян, Г.А. Минасян, Г.А. Еганян // Журнал экспериментальной и клинической медицины. – 1982. – Т. XXII, № 6. – С. 538-541.

2. Вейсова З.А. Об одном личностном факторе риска возникновения ИБС / З.А. Вейсова // Психопатология, психология эмоций и патология сердца: Тезисы докладов Всесоюзного симпозиума. Суздаль, 12-15 апреля 1988 г. / Отв. ред. акад. АМН СССР Г.В. Морозов / Министерство здравоохранения СССР, Всесоюзное научное общество невропатологов и психиатров, Московский научно-исследовательский институт психиатрии Минздрава РСФСР, Московский ордена Трудового Красного Знамени медицинский стоматологический институт им. Н.А. Семашко. – М. : Изд. Всесоюзного научного общества невропатологов и психиатров, 1988. – С. 18.

3. Гаврилькевич В.К. Иерархические уровни эмоциональной саморегуляции личности как объект психодиагностики / В.К. Гаврилькевич // Материали за 5-а Международна научна практична конференция «Настоящи изследвания – 2009» (17-25 януари 2009). Том 8. Педагогически науки. Психология и социология. Музыка и живот. Физическа култура и спорт. – София : «Бял ГРАД-БГ» ООД, 2009. – С. 44-50.

4. Гаврилькевич В.К. Особливості емоційної саморегуляції особистості при ішемічній хворобі серця (огляд літератури) / В.К. Гаврилькевич // Науковий вісник Південноукраїнського національного педагогічного університету ім. К.Д. Ушинського (Збірник наукових праць). – 2010. – № 3-4. – С. 51-59.

5. Гаврилькевич В.К. Психодіагностичний інструментарій комплексного дослідження емоційної саморегуляції особистості / В.К. Гаврилькевич // Проблеми загальної та педагогічної психології : Зб. наук. праць Інституту психології ім. Г.С. Костюка АПН України / За ред. С.Д. Максименка. – К., 2008. – Т. X, част. 5. – С. 104-113.

6. Губачев Ю.М. Психосоматические соотношения при гипертонической болезни и ишемической болезни сердца : Лекция по терапии для врачей-курсантов / Ю.М. Губачев / Ленинградский государственный ордена Ленина институт усовершенствования врачей им. С.М. Кирова, II кафедра терапии. – Ленинград : Б.и., 1978. – 28 с.

7. Зимин Ю.В. Некоторые социальные и психологические факторы этиологии ишемической болезни сердца / Ю.В. Зимин // Кардиология. – 1974. – Т. XIV. – № 8. – С. 133-143.
8. Значение нервного напряжения и поведенческих особенностей для развития и течения ишемической болезни сердца / И.Е. Ганелина, Н.Я. Притыкина // Регуляция висцеральных функций : Закономерности и механизмы : Сборник научных работ / Отв. ред. Н.П. Бехтерева / Академия наук СССР отделение физиологии. – Ленинград : Изд-во «Наука» Ленинградское отделение, 1987. – С. 45-62.
9. Ибатов А. Тревога и ишемическая болезнь сердца / А. Ибатов, А. Сыркин, А. Вейн // Врач. – 2003. – № 9. – С. 8-11.
10. К анализу некоторых форм психологических защитных реакций у больных ишемической болезнью сердца / Л.В. Бондарева, З.Я. Ковалева, В.А. Перевозникова, Л.Н. Капитонова // Реабилитация больных ишемической болезнью сердца: Сборник научных трудов / Ред. коллегия: В.И. Шахматов и др. / Четвертое главное управление при Министерстве здравоохранения СССР. – М.: Б.и., 1980. – С. 36-39.
11. Короленко Ц.П. Социально-психологические факторы в развитии ишемической болезни сердца и артериальной гипертонии / Ц.П. Короленко, Н.Л. Бочкарева, В.П. Соколов // Тезисы V Всероссийского съезда терапевтов. Москва, 23-25 ноября 1982 г. / Ред. коллегия : акад. АМН СССР Е.М. Тареев и др. / Министерство здравоохранения РСФСР, Всероссийское научное медицинское общество терапевтов, Научно-исследовательский институт скорой помощи им. Н.В. Склифосовского. – М. : Б.и., 1982. – Часть II. – С. 144-145.
12. Механизмы психологической защиты / Е.В. Безносок, Е.Д. Соколова // Журнал неврологии и психиатрии им. С.С. Корсакова. – 1997. – Т. 97, № 2. – С. 44-48.
13. О роли медицинского психолога в изучении психологических факторов риска ИБС / Л.В. Бондарева, З.Я. Ковалева // Реабилитация больных ишемической болезнью сердца: Сборник научных трудов / Ред. коллегия: В.И. Шахматов и др. / Четвертое главное управление при Министерстве здравоохранения СССР. – М.: Б.и., 1980. – С. 31-33.
14. Особенности личностной регуляции у больных сердечно-сосудистыми заболеваниями / Ю.Ф. Поляков, В.В. Николаева, С.Э. Вейтиса Моро, И.А. Сапарова // Психопатология, психология эмоций и патология сердца : Тезисы докладов Всесоюзного симпозиума. Суздаль, 12-15 апреля 1988 г. / Отв. ред. акад. АМН СССР Г.В. Морозов / Министерство здравоохранения СССР, Всесоюзное научное общество невропатологов и психиатров, Московский научно-исследовательский институт психиатрии Минздрава РСФСР, Московский ордена Трудового Красного Знамени медицинский стоматологический институт им. Н.А. Семашко. – М. : Изд-во Всесоюзного научного общества невропатологов и психиатров, 1988. – С. 67-68.
15. Психологическая защита : направления и методы : Учебное пособие / Т.В. Маликова, Л.А. Михайлов, В.П. Соломин, О.В. Шатровой. – СПб. : Речь, 2008. – 231 с.
16. Психологические аспекты ишемической болезни сердца / З.И. Янушкевичюс, И.Н. Блужас, А.В. Баубинене, А.А. Гоштаутас // Первичная психологическая профилактика и реабилитация больных ИБС : Тематический сборник научных трудов / Отв. ред. акад., проф., д. мед. н. З.И. Янушкевичюс / Министерство высшего и среднего специального образования Литовской ССР, Научно-исследовательский институт физиологии и патологии сердечно-сосудистой системы при Каунасском медицинском институте. – Вильнюс : Редакционно-издательский совет Министерства высшего и среднего специального образования Литовской ССР, 1982. – С. 3-16.
17. Психология сердца. Пособие для врачей общей практики / А.В. Курпатов, Г.Г. Аверьянов. – М. : ЗАО «ОЛМА Медиа Групп», 2007. – 192 с.
18. Психосоматические соотношения у больных ишемической болезнью сердца с алекситимией / В.М. Провоторов, А.В. Будневский, А.Я. Кравченко, Т.И. Грекова // Кардиология. – 2001. – Т. 41, № 2. – С. 46-49.
19. Симаненков В.И. Психосоматические факторы риска при ишемической болезни сердца и язвенной болезни / В.И. Симаненков // Предболезнь – болезнь – выздоровление :

Тезисы XVIII Всесоюзного съезда терапевтов. Ленинград, 24 марта 1981 г. / Под ред. академика АМН СССР, Героя Социалистического Труда, проф. Ф.И. Комарова / Министерство здравоохранения СССР, Всесоюзное научное общество терапевтов. – М. : Б.и., 1981. – Часть I. – С. 472-473.

20. Соложенкин В.В. Изучение механизмов психологической защиты у больных, перенесших инфаркт миокарда, на госпитальном этапе реабилитации / В.В. Соложенкин, С.Ю. Мухтаренко, А.Н. Зерниченко // Профилактика, диагностика и лечение основных сердечно-сосудистых заболеваний в условиях Киргизии / Под ред. член.-корр. АМН СССР, проф. М.М. Миррахимова / Министерство здравоохранения Киргизской ССР, Киргизский научно-исследовательский институт кардиологии. – Фрунзе : Б.и., 1986. – С. 89-99.

21. Традиционные факторы риска ИБС в контексте проблемы алекситимии / В.М. Провоторов, А.Я. Кравченко, А.В. Будневский, Т.И. Грекова // Российский медицинский журнал. – 1998. – № 6. – С. 45-48.

22. Характеристика личностных особенностей больных различными формами ишемической болезни сердца / А.Г. Мрочек, Т.Д. Тябут // Здравоохранение : Научно-практический ежемесячный журнал. – Минск, 1998. – № 11. – С. 7-11.