ДОСЛІДЖЕННЯ ОСОБЛИВОСТЕЙ ЕМОЦІЙНОГО СТАНУ ЖІНОК ЛІТНЬОГО ВІКУ З ІШЕМІЧНОЮ ХВОРОБОЮ СЕРЦЯ

Ониськовець Богдана Іванівна¹

¹Аспірантка Інституту психології імені Г.С. Костюка Національної академії педагогічних наук
України, м. Київ (Україна)
ORCID ID: <http://orcid.org/0000-0003-3057-4913>

UDC: 159.96

АНОТАЦІЯ

У статті висвітлено результати емпіричного дослідження психологічних складових емоційного стану жінок літнього віку з ішемічною хворобою серця (ІХС), яким було охоплено 135 респондентів, віком від 65 до 75 років з ішемічною хворобою серця.

Метою дослідження стало вивчення психологічних складових емоційних станів жінок літнього віку, які можуть вплинути на прояви та перебіг ішемічної хвороби серця, зокрема, алекситимія, тривожність, депресія, астенія.

З'ясовано, що компоненти психоемоційних станів пацієнтів-жінок з ІХС складаються як з комплексу психофізіологічних чинників, що включають в себе: специфіку емоційно-негативних станів, таких як тривога, депресія, астенія, ворожість тощо, так і з особливостей соматичного стану, самих проявів ІХС і їх супутніх змін психоемоційної сфери, зокрема і специфіки психотравмуючої ситуації для пацієнтки і її особистісних особливостей.

В ході емпіричного дослідження виявлено, що жінки похилого віку, хворі на ішемічну хворобу серця характеризуються високим рівнем тривожності, депресії, астенії, нервово – психічної напруги, роздратування, підозрілості, почуття образи, невротичності, закритості, емоційної лабільності.

Емпірично доведено, що залежно від гендерної ознаки індивіда з ішемічною хворобою серця, психологічні складові емоційних станів суттєво відрізняються.

Ключові слова: емоційний стан, ішемічна хвороба серця, жінки літнього віку.

Постановка проблеми.

На теперішній час в Україні існує стійка тенденція до збільшення кількості гострих патологічних станів нехірургічного профілю. Насамперед, це стосується таких станів, як ішемічна хвороба серця (ІХС), інфаркт міокарду (ІМ), кризи у хворих на гіпертонічну хворобу (ГХ) та інші. Ішемічна хвороба серця є одним із виразних справжніх психосоматичних захворювань (Єлісеєв, 2003). Складний багатофакторний патогенез цього захворювання і відсутність єдиних діагностичних критеріїв ускладнює своєчасну професійну діагностику, що є однією із причин недостатньо високої ефективності лікування.

Разом з тим, недостатньо вивченим залишається питання емоційних станів жінок літнього віку, особливості співвідношення окремих компонентів (тривоги, депресії, агресивності тощо) в структурі емоційних станів (Носс, 2019). Розуміння емоційних джерел розвитку ішемічної хвороби серця та їх ролі у процесі протікання хвороби є важливим завданням, що постає сьогодні перед дослідниками.

Аналіз останніх досліджень і публікацій.

У низці досліджень відзначено значущість впливу психологічних і соціальних факторів на перебіг серцево-судинних захворювань. До факторів негативно-го впливу відносять психоемоційну напругу, тип особи-

Address for correspondence, e-mail: editpsychas@gmail.com
Copyright: © Bogdana Oniskovets

This is an Open Access journal, all articles are distributed under the terms of the Creative Commons Attribution-NonCommercial-ShareAlike 4.0 International (CC BY-NC-SA 4.0) License (<http://creativecommons.org/licenses/by-nc-sa/4.0/>), allowing third parties to copy and redistribute the material in any medium or format and to remix, transform, and build upon the material, provided the original work is properly cited and states its license.

стості, шкідливі звички та інші особливості способу життя (Прохоров, 1996).

Доведено зв'язок психічного статусу з довгостроковим прогнозом у хворих з серцево-судинними захворюваннями. Пацієнти із симптомами психологічного стресу після перенесеного інфаркту мають удвічі більшу смертність протягом 5 років, навіть якщо всі інші фактори ризику захворювання контролюються (Беляков, 2002).

Досліджено, що серцево - судинна система проявляє універсальну схильність до негативних емоцій. Науковець Роговін визначив, що фактором розвитку інфаркту міокарда є дія невrogenних факторів (Роговін, 1896).

Ю. Губачов, В. Дорничев, О. Ковальов, відзначають, що важливою умовою розвитку хвороби є тривале емоційне напруження (Степанова, 2010).

Досліджуючи проблему психологічних факторів ризику ІХС слід зазначити, що неостання роль відводиться емоційному стресу у виникненні та перебігу захворювання і психологічним властивостям особистості (Майоров, 1989).

В експериментальних дослідженнях показано, що ситуації стресу можуть викликати розвиток коронарного спазму (Заболєєва-Зотова, 2010).

Останні дослідження (Краснов, 2009) підтвердили, що злоба і негативізм підвищують ризик ІХС за рахунок збільшення кардіоваскулярної реактивності.

В даний час серед розладів емоційної сфери щодо розвитку ішемічної хвороби серця все більше уваги приділяється значенню депресивних станів. Депресивні стани відносяться до найбільш поширених станів у хворих на ішемічну хворобу серця. При ІХС практично у всіх хворих спостерігаються зниження стійкості до стресів.

Описуючи особистісні якості хворих на ІХС, було виділено тип «А». До нього відносять такі складові: прагнення досягнення мети, прагнення до визнання, наполегливість, невміння відпочивати (Прохоров, 1996). Вказуються також такі риси, як амбітність, агресивність (Скот, 1991). Описуються також такі особливості, як нетерплячість, ворожість, виражений мотив суперництва. Слід зазначити, що в деяких дослідженнях отримані дані, які не підтвердили зв'язок типу «А»

з виникненням ІХС. Так, С. Jenkins відзначив, що зв'язок захворювання з поведінкою типу «А» може бути або менш стійким, або більш складним, ніж передбачалося раніше (Слісєєв, 2003).

Як зазначає М. Дорничев, при аналізі особистісних особливостей хворих на ІХС, в останні роки розглядається тип особистості D, основною характеристикою якого вважається поєднання підвищеного рівня негативних емоцій з інтенсивною тенденцією пригнічувати їх вираження в соціальних контактах і міжособистісній взаємодії. В. Дорничев за результатами проведеного дисертаційного дослідження робить висновок, що дані, отримані при психологічному обстеженні хворих на неврастенію та ІХС мають показники у фіксації психопатологічних особистісних рис та порушень (Дорничев, 1982).

Г. Гарскова досліджуючи дорослих людей, які страждають на ІХС, виявила недосконалість окремих ланок системи емоційної саморегуляції особистості. Зокрема, з достатньо високою статистичною значущістю було встановлено, що в дорослих із ішемічною патологією серця більш виражені механізми психологічного захисту, самоконтроль у діяльності та поведінці, алекситимія (Гарскова, 1999).

Хворі на серцево - судинну патологію, як правило мають і психічні порушення. При ІХС найбільш поширеними є неврастеноподібні порушення: підвищена дратівливість; нестриманість; сльозливість; підвищена виснаженість активної уваги (перепитування, помилки в рахункових операціях), при тривалій роботі - реакції роздратування, сльози і відмова продовжувати заняття; фізична стомлюваність; загальна слабкість; звуження кола інтересів із зосередженням уваги на стані здоров'я; вегетативні розлади - несистемні запаморочення, шум у голові і вухах, головні болі, потемніння в очах; зниження апетиту.

Сучасними дослідженнями встановлено, що важливе значення у розвитку серцево-судинних захворювань належить негативним емоціям, оскільки вони часто стають причиною несподіваної смерті при патологічному стані, який сам собою не загрожує життю хворих. Так, ішемічна хвороба серця найчастіше розвивається у цілеспрямованих, вольових особистостей, які тривалий час переживають негативні емоції. Є коронар-

ний тип людей, яким притаманні особливі риси характеру: відсутність задоволення від роботи, цілеспрямованість. Інфаркт міокарда як складне соматичне захворювання викликає інтенсивну психотравму та стресову дію своєю гостротою, несподіваністю, невизначеністю, ймовірністю інвалідності і можливістю трагічного кінця. У працях В. П. Блохіна та І. П. Сидельникова зазначено, що психічні розлади різноманітні та складні. Вони можуть розвиватися гостро, підгостро або поступово. За гострим періодом інфаркту міокарда може з'явитися стійке безсоння. На його тлі виникають психічні епізоди з ілюзорно-галюцинаторними розладами і руховим неспокоєм, з втратою критичного осмислення навколишнього середовища. У гострому періоді інфаркту міокарда можливі зміни у виді тривоги, пригніченості, іноді з руховим неспокоєм. У хворого нагромаджується підсвідомий страх смерті. Описана симптоматика постійно поєднується зі загальною анастезією (Краснов, 2009).

Отже, патогенез психосоматичних розладів складний та визначається поєднанням низки факторів: спадковою обтяженістю, соматичними порушеннями, схильністю до психосоматичних розладів, нейродинамічними порушеннями, особистісними особливостями, психічним і фізичним станом при психотравмуючих ситуаціях; фоном несприятливих соціальних факторів, особливостями психотравмуючих ситуацій (Даниленко, 2010).

Метою дослідження є вивчення психологічних складових емоційних станів жінок літнього віку.

Методи дослідження та їх обґрунтування.

Для досягнення окресленої мети було використано наступні психологічні методики: «Торонтська Алекситимічна Шкала» Дж. Тейлор, «Шкала Гамільтона для оцінки депресії» М. Hamilton, «Шкала Гамільтона для оцінки тривожності» М. Гамільтон, «Шкали астеничного стану (ШАС), Л. Д. Малкова, «Опитувальник нервово-психічної напруги (НПН) Т.А.Немчина, «Опитувальник визначення стану агресії» А. Басса та А. Даркі, «Опитувальник FPI» (фотма В).

У дослідженні взяли участь 135 респондентів похилого віку. З них 41 особа були умовно «здоровою» (середній вік 69,73 р.) та 94 особи у яких було діагновено ІХС (середній вік 69,73 р.), тобто

медичне обстеження не показало наявності патологій, у тому числі ішемічної хвороби серця (ІХС). Відповідно, у 94 особи було діагновено ІХС. З них 52 жінки (55,32%) і 42 чоловіки (44,68%) віком від 65 до 75 рр. Середній вік пацієнтів склав 68,87 р.

Задля реалізації поставленої мети, ми використовували загальнотеоретичні методи: аналіз і синтез літератури з проблеми вивчення емоційних станів в контексті психосоматичного підходу та зокрема серцево-судинних захворювань жінок літнього віку; порівняння, систематизація, узагальнення, інтерпретація наявних теоретичних підходів та емпіричних результатів; методи математичної статистики (описові статистики, кореляційний, регресійний аналіз; методи порівняння середніх – критерій U Манна-Уїтні. Статистична обробка даних здійснювалася за допомогою програм пакету IBM SPSS Statistics 22.0.00.

Виклад основного матеріалу.

Виходячи із результатів інтерв'ювання було зроблене обґрунтоване припущення про наявність ряду психологічних особливостей, присутніх всім хворим на ІХС, порівняно із здоровими людьми. Друге припущення полягало в тому, що гендерні відмінності можуть зумовлювати посилення (зменшення) проявів певних компонентів психоемоційних станів.

Виходячи із аналізу медико-психологічної літератури було визначено, що компоненти психоемоційних станів пацієнтів з ІХС складаються з комплексу психофізіологічних чинників, що включають в себе: специфіку емоційно-негативних станів, таких як тривога, депресія, астения, ворожість тощо, а також особливості соматичного стану, клінічні прояви ІХС та супутні зміни психоемоційної сфери; специфіку психотравмуючих ситуацій; особистісні особливості, зокрема, агресивність, а також тривожність, невротичність і депресивність в структурі своїх особистісних характеристик.

Все це зумовлює необхідність проведення комплексного системного дослідження багаторівневої структури емоційних станів хворих з різними клінічними формами ІХС.

Так було зроблене припущення, що велика частина пацієнтів хворих на ІХС не в змозі повністю адекватно оцінити власний психоемоційний стан. Таке припущення зумовило необхідність перевірки пацієнтів на

алекситимію.

Алекситимія. Проведенню тестів передувала структурована співбесіда, однією із цілей якої було зацікавити людей похилого віку до співпраці. Велика кількість як пацієнтів, так і здорових людей відмовлялася пройти участь в тестуванні - найчастішими були судження «я й так все про себе знаю», «що Ви можете нам розказати такого, що ми не чули», «навіщо нам це потрібно» тощо.

Першим тестом, що був запропонований всім групам був тест «Торонтська Алекситимічна шкала», тобто, фактично, тест на об'єктивне сприйняття самих себе. Наскільки люди себе адекватно оцінюють. За результатами методики ми отримали значну різницю в показниках алекситимії, а саме: контрольна група – 7, 32; експериментальна група чоловіків – 38,1; експериментальна група жінок – 61,54 (рис. 1).

За результатами порівняння показників контрольної групи та експериментальних груп за критерієм U Манна-Уїтні підтверджено статистично достовірні відмінності в проявах алекситимії між вибіркою контрольної групи і чоловіками, хворими на ІХС (отримане емпіричне значення $U_{\text{емп}} = 502.5$ знаходиться в зоні значущості) (рис. 2).

Таким чином, психофізіологічний стан алекситимії жінок похилого віку з ІХС має виражені гендерно-вікові особливості. Проведене тестування дало змогу показати респондентам, що їх думка про абсолютно адекватне сприйняття самого себе не завжди є справедливою, особливо це стосувалося жінок, хворих на ІХС. Це дозволило переконати людей похилого віку взяти участь у тестуванні, поставивши за мету краще розібратись у проявах психофізіологічного стану і як результат – покращити ефект лікування.

Наступним кроком констатувального експерименту були здійснені заміри за шкалою Гамільтона для депресії та тривожності. Завдяки проведеній методиці, ми можемо зробити висновок, що жінки хворі на ішемічну хворобу серця, мають найвищі показники депресії та тривоги (експериментальна група жінок: показник депресії 61,54 та тривожності 32,69; експериментальна група чоловіків: показник депресії 38,1 та тривожності 28,57; контрольна група показник депресії 7,32 та тривожності 12,20) (Рис.3).

Рис. 1. Порівняння показників рівня алекситимії в контрольній групі (КГ) та в експериментальних групах за методикою «Торонтська Алекситимічна Шкала»

Рис. 2. Значущість відмінностей проявів алекситимії в групах КГ і ЕГЧ

Завдяки порівнянню вибірок за критерієм U Манна-Уїтні, припущення про те, що гендерна приналежність впливає на депресивність пацієнтів похилого віку є вірним ($U_{\text{емп}} = 770$, отже отримане значення критерію U Манна-Уїтні потрапляє в зону значущості). Оскільки середнє значення критерію депресивності в ЕГЖ менше відповідного значення в ЕГЧ, то жінки похилого віку, хворі на ІХС менш схильні до депресивних станів ніж чоловіки. Депресивність є негативним елементом, адже йому притаманні знижений настрій за типом гіпотомії, загальмована інтелектуальна діяльність, рухова загальмованість. Дані феномени, виникаючи в житті деструктивно впливають на особистість та погіршують якість життя. Для жінок з ішемічною хворобою серця, депресивність може бути спонукаючим фактором для подальшого розвитку ІХС.

Проаналізувавши результати тесту, ми також виявили підвищений рівень тривоги у жінок з ішемічною хворобою серця. Тривога деструктивно впливає на

Рис. 3. Порівняння показників за шкалою Гамільтона для оцінки депресії

людську поведінку, яка стає хаотичною та неадаптивною. Зрештою, діяльність може бути зруйнованою, а людина, що має знижену самооцінку, генетично пов'язану з підвищеним рівнем тривоги, отримає вже вторинне негативне підкріплення, що призведе до втрати самоповаги та контролю над своєю поведінкою. Негативна дія підвищеного рівня тривоги проявляється в перешкоді нормальній адаптації, який заважає нормальному розвитку та продуктивній діяльності.

Порівняльний аналіз наступної методики «Шкала астеничного стану» (ШАС) виявив значні відмінності рівня астеничності між сформованими вибірками (Рис. 4). Жінки хворі на ішемічну хворобу серця, в більшій мірі страждають підвищеною стомлюваністю і виснаженням, ослабленням та втратою здатності до тривалого розумового та фізичного напруження.

Порівняльний аналіз наступної методики «Шкала астеничного стану» (ШАС) виявив значні відмінності рівня астеничності між сформованими вибірками (рис. 4). Жінки хворі на ішемічну хворобу серця, в більшій мірі страждають підвищеною стомлюваністю і виснаженням, ослабленням та втратою здатності до тривалого розумового та фізичного напруження.

Наступним опитувальником, який отримали респонденти був багатокомпонентний тест на агресію (опитувальник Басса-Дарки). В межах цього тесту визначалась степінь прояву таких її складових як: фізична агресія, вербальна агресія, непрямая агресія, негативізм, роздратування, підозрілість, образа, почуття провини.

Аналіз результатів шкал *фізичної агресії, вербальної агресії та непрямой агресії* показав, що у всіх сформованих вибірок дані наведених вище шкал відрізняються не суттєво, відповідно психофізіологічні риси не залежать від гендерних ознак та не притаманні жінкам похилого віку із ішемічною хворобою серця.

Фізична агресія. $U_{\text{емп}} = 843$ знаходиться в зоні незначущості, що не означає відсутності фізичної агресії як такої, ми говоримо лише про те, що її прояви не суттєво відрізняються в групі КГ і в групі ЕГЧ.

Вербальна агресія. $U_{\text{емп}} = 893$ потрапляє в зону незначущості, отже, для експериментальної чоловічої групи та для експериментальної групи жінок похилого віку відмінності у вербальній агресії незначущі, тобто вербальна агресивність однаковою мірою характерна для хворих на ІХС, порівняно із здоровими респондентами.

Непряма агресія. $U_{\text{емп}} = 1003$ потрапляє в зону незначущості, отже, для контрольної групи та для експериментальної групи жінок похилого віку вказує, що відмінності у вербальній агресії несуттєві.

Наступні шкали – *негативізму, роздратування, підозрілісті, образи, почуття провини*, опитувальника Басса – Дарки яскраво показали суттєву різницю за результатами досліджених психофізичних показників.

Негативізм. Значення $U_{\text{емп}} = 519$ потрапляє в зону значущості, отже, для контрольної групи та для експериментальної чоловічої групи свідчить, що відмінності у оцінці негативізму значущі. Даний показник

Рис. 4. Результати опитування астеничного стану за методикою «Шкала астеничного стану» (ШАС)

вказує, як індивід сприймає навколишній світ (негативізм проявляється наступними ознаками: гостро неприязне ставлення до людей, поглядами на життя, грубе і жорстке спілкування навіть з близькими людьми, скептицизм і недовіра щодо всіх навколо, впертість і небажання йти на компро-міси, постійні гнітючі думки про недосконалість світу, звичка занурюватися в проблему замість пошуку способу її вирішення, прихована або відкрита агресія), відповідно окреслене сприйняття світу впливає на усі сфери життя людини, і в тому числі на стан здоров'я особистості.

Роздратування. $U_{\text{емп}} = 635$. Порівняння контрольної групи та експериментальної чоловічої за допомогою критерію U Манна-Уїтні не дозволило винести судження про значущість відмінностей. Спроба ж застосування цього критерію на отриманих вибірках показала його недостатню чутливість для такої кількості респондентів і також зумовила потрапляння отриманого за ним результату у зону невизначеності.

Підозрілість. $U_{\text{емп}} = 924.5$ $U_{\text{емп}}$ потрапляє в зону незначущості, отже, для експериментальної чоловічої групи та для експериментальної групи жінок похилого віку відмінності у ступені прояву підозрілості незначущі.

Спостерігаємо картину аналогічну щодо роздратування. Пацієнти груп ЕГЧ і ЕГЖ проявляють однаковий рівень підозрілості. Отже ця психофізіологічна характеристика є особливістю жінок похилого віку хворих на ІХС, порівняно із здоровими респондентами тієї ж вікової категорії.

За допомогою опитувальника «FPI» ми дослідили невротичність, як вагому психофізичну рису, що може впливати на стан пацієнтів, хворих на ішемічну хворобу серця. Значення $U_{\text{емп}} = 767.5$ потрапило в зону значущості, отже порівняння значень показників проявів невротичності в групах ЕГЧ і ЕГЖ показала значущість відмінностей між ними.

Невротичність жінок літнього віку з ішемічною хворобою серця проявляється в наступних рисах: такі люди зважають на усі обставини, часто відчувають почуття провини, уразливі, жадібні, боягузливі і тривожні, уперті, ледачі, прагнуть зберегти існуючий невротичний стан. Нами було з'ясовано, що зріла невротична особистість формується в результаті поступового пере-

ходу від одного етапу до іншого, при умові відсутності лікувального і психотерапевтичного впливу з метою нормалізації поведінки людини. Таких етапів декілька: невротична тенденція, що є ніби установкою людини діяти певним чином; невротичний процес, коли тенденція реалізовується в діяльності; невротичний стан, що є наслідком багаторазового виконання невротичної поведінки; і невротична властивість, як складова невротичного характеру.

Оскільки мета нашої роботи полягає у вивченні психологічних особливостей емоційних станів жінок літнього віку, хворих на ішемічну хворобу серця на амбулаторному етапі, то найбільш важливим у контексті дослідження є визначення відмінностей між психофізичними станами респондентів ЕГЖ у порівнянні із групами КГ та ЕГЧ.

Критичні значення для цих двох вибірок становлять - $p \leq 0,01$: $U_{\text{кр}} = 764$; $p \leq 0,05$: $U_{\text{кр}} = 852$. Таким чином, значущі відмінності зафіксовано для вибірок при порівнянні опитувальників щодо таких психофізіологічних якостей, як: алекситимія ($U_{\text{емп}} = 502.5$); депресивність (за Шкалою Гамільтона - $U_{\text{емп}} = 732.5$, а за опитувальником FPI - $U_{\text{емп}} = 631.5$); тривожність (за Шкалою Гамільтона $U_{\text{емп}} = 568$); астения ($U_{\text{емп}} = 675$); нервово-психічна напруга ($U_{\text{емп}} = 556$); вербальна агресія ($U_{\text{емп}} = 476$); негативізм ($U_{\text{емп}} = 638$); роздратування ($U_{\text{емп}} = 638.5$); підозрілість ($U_{\text{емп}} = 664$); образа ($U_{\text{емп}} = 643$); почуття провини ($U_{\text{емп}} = 404.5$); невротичність ($U_{\text{емп}} = 324.5$); спонтанна агресивність ($U_{\text{емп}} = 462$); дратівливість ($U_{\text{емп}} = 225.5$); товариськість ($U_{\text{емп}} = 744$); врівноваженість ($U_{\text{емп}} = 571.5$); відкритість 687); емоційна лабільність ($U_{\text{емп}} = 572.5$);

Таким чином, можна зробити висновки, що при наявності ІХС у хворих та здорових респондентів похилого віку відрізняється досить великий спектр психофізичних якостей. Жінки більш піддатливі таким несприятливим емоційним станам, як депресивність, невротичність, висока лабільність, закритість, ворожість, стримування негативних емоцій в собі. Також нами було з'ясовано, що жінки хворі на ішемічну хворобу серця воліють ігнорувати симптоми серцево – судинних захворювань, та звертаються до спеціалістів, коли хвороба достатньо розвинулась. Проаналізувавши отримані емпіричні дані, можна впевнено стверджувати, що

на вказаний вище феномен впливають різні психоемоційні фактори. А саме: недовіра до світу, невротичність, ворожість, негативізм.

Висновки і перспективи подальших розвідок. Отже, у жінок літнього віку хворих на ішемічну хворобу серця компоненти психологічного стану складаються з комплексу психофізіологічних чинників, що включають в себе: специфіку емоційно-негативних станів (тривога, депресія, астения, ворожість), клінічні прояви ІХС та супутні зміни психоемоційної сфери; особистісні особливості, зокрема, агресивність, а також тривожність, невротичність і депресивність в структурі особистісних характеристик. Спостерігається негативізм, внутрішнє невдоволення собою, закритість, недовіра до навколишнього світу.

Було визначено, що жінки похилого віку, хворі на ішемічну хворобу серця характеризуються високим рівнем тривожності, а також яскраво вираженими проявами тривоги і депресії. Експериментальне дослідження показало, до значимих психофізіологічних станів жінок похилого віку, хворих на ІХС ми можемо віднести: алекситимію, депресивність, тривожність, невротичність, знижену товариськість, низьку відкритість, висока емоційна лабільність, адже перераховані показники значимо перевищують аналогічні показники у здорових людей і у чоловіків. Всі перераховані вище психофізіологічні риси впливають на індивіда в негативному спектрі, та поглиблюють прояви ішемічної хвороби серця. Відповідно жінкам, в яких виявлена ІХС рекомендовано пройти програму психокорекції емоційних станів. Перспективи подальших розвідок полягають у дослідженні емоційних станів жінок літнього віку з ішемічною хворобою серця, що дасть змогу пролити світло на елементи взаємозв'язку емоційних станів та ІХС, а також дозволить розробити корекційну програму по роботі з особами, що страждають ішемічною хворобою серця.

References:

- Zaboleeva-Zotova, A.V., Bobkov, A.S., & Fedorov, O.S. (2010). Avtomatizirovannyi podhod k resheniyu zadachi opredeleniya emotsionalnykh reaktsiy cheloveka. [An automated approach to solving the problem of determining a person's emotional reactions]. A.V. Rozaliev (Eds.), *Aktualni problemi psihologii* - Current problems of psychology: Izvestiya Volgogradskogo gosudarstvennogo tekhnicheskogo universiteta: (Vols. 8), (pp. 51 -55). Volgograd [in Russian].
- Beliakov, F.N. (2002). *Psykhosomaticheskyye aspekty yshemycheskoy bolezni serdtsa* [Psychosomatic aspects of coronary heart disease]. Moskva: Kardyolohiya [in Russian].
- Garskova, G.G. (1999). Vvedenie ponyatiya «emotsionalnyy intellekt» v psikhologicheskuyu teoriyu [Introduction of the concept of "emotional intelligence" into psychological theory]. Proceedings from MII '99: *II Mezhdunarodnaya nauchno-prakticheskaya konferentsiya «Ananvskie chteniya» - The second international scientific-practical conference «Ananyev readings»* (pp. 26-27). Moskva: Smysl [in Russian].
- Danylenko, T.P. (2010). Aktsentatsyy kharaktera y lychnosnye osobennosti patsyentov s kardyofobiymi [Accentuation of character and personality and characteristics of patients with cardiophobia]. Proceedings from MIIM '10: *Mezhdunarodnaya nauchno-prakticheskaya konferentsiya «Medychna psikhologiya» - The international scientific-practical conference «Medichna psihologiya»* (pp. 62-63). Odessa: TOV «Nauka»[in Ukrainian].
- Eliseev, O.P. (2003). *Praktikum po psikhologii lichnosti* [Workshop on Personality Psychology]. Piter : Politizdat [in Russian].
- Krasnov, V.N., & Paleev, N.R. (2009). Vzaimosvyaz psikhosomatiki ta somatopsihiatrii v sovremennoy meditsine [The relationship of psychosomatics and somatopsychiatry in modern medicine] Moskva: Smysl [in Russian].
- Prohorov, O.O. (1996). Funktsionalni strukturi [Functional structures of mental states] *Psihologichnyi zhurnal - Psychological journal*, 7, 76-88 [in Ukrainian].
- ManYorov, V.X. (1989). Avtomaticheskoe raspoznavanie emotsiy po spektralnyim i intonatsionnyim priznakam [Automatic recognition of emotions based on spectral and intonation features] *Akustika rechi i sluha - Speech and hearing acoustics*, 5, 72-83 [in Russian].
- Noss, Y.N., & Kovaleva, M.E. (2019). *Modelirovaniye v psikhologicheskoy issledovaniy* [Modeling in psychological research] Moskva : Smysl [in Russian].
- Rohovyn, M.S., Urantsev, L. P., & Zymovskiy, B.F. (1986). *Psikhologiya deiatelnosti vracha*. [Psychology of a doctor's activity]. *Kllynycheskaia medytyna - clinical medicine*, 5, 133-140 [in Russian].
- Skot, D. (1991). *Konflikt, sposobi Yih rozvyazannya* [Conflicts, ways of solving]. Kviv: Alfa [in Ukrainian].
- Stepanova, N.M. (2010). Psikhokorektsiini zakhody v kompleksnomu likuvanni patsientiv z arterialnoie hipertenzieiu ta ishemichnoiu khvoroboiu serdtsia [Psychocorrective measures in the complex treatment of patients with hypertension and coronary heart disease]. *Medytynskaia psikhologiya - Meditsinskaya psihologiya*. (Vols. 5), (pp. 28-35) [in Ukrainian].

Bogdana Oniskovets

Post-graduate student at the G. S. Kostyuk Institute of Psychology of the National Academy of Pedagogical Sciences of Ukraine, Kiev (Ukraine)

STUDY OF THE FEATURES OF THE EMOTIONAL STATE OF ELDERLY WOMEN WITH ISCHEMIC HEART DISEASE

ABSTRACT

The article highlights the results of an empirical study of the psychological components of the emotional state of elderly women with coronary heart disease (CHD), which covered 135 respondents aged 65 to 75 years with coronary heart disease.

The aim of the study was to study the psychological components of emotional states of elderly women that can affect the manifestations and course of coronary heart disease, in particular, alexithymia, anxiety, depression, asthenia.

It was found that the components of psycho-emotional states of patients with coronary heart disease consist of a set of psychophysiological factors, including: the specifics of emotionally negative states such as anxiety, depression, asthenia, hostility, etc., and the features of the somatic state, themselves manifestations of coronary heart disease and their concomitant changes in the psycho-emotional sphere, in particular the specifics of the traumatic situation for the patient and her personal characteristics.

An empirical study found that elderly women with coronary heart disease are characterized by high levels of anxiety, depression, asthenia, mental stress, irritability, suspicion, resentment, neuroticism, secrecy, emotional lability.

It is empirically proven that depending on the gender of an individual with coronary heart disease, the psychological components of emotional states differ significantly. It has been studied that women with coronary heart disease have a high level of lability and unstable emotional state. It is established that the emotional state changes rapidly depending on the factors of external and internal stimuli. A labile emotional state is a sign of danger in a person's psychological state, so it can be critical for women with coronary heart disease. Due to the qualitative processing of the obtained results, we found that in the three formed samples - CG, ECG and ECG, the results of the study differed significantly. In the experimental group of men there are no such psycho-emotional phenomena as negativism, irrita-

tion, suspicion, resentment and guilt; neuroticism. The results of the control group revealed a high percentage of women at risk. In the experimental group of women, which is the main goal of our study, the outlined phenomena had the highest rate.

A number of emotions that contribute to coronary heart disease were identified: dissatisfaction with work, education, life in general; experiencing creative failures, defeats in ambitious desires; insult; frustration caused by the sharp destruction of the usual stereotype of life; constant feeling of inner tension; lack of satisfaction in achieving success; fear; chronic anxiety. From this list of feelings it is clear that they all belong to the register of negative feelings, those that create emotional discomfort. All these feelings are antipodes of feelings that are traditionally considered attributes of a healthy heart, such as: love, courage, courage, joy. The above conditions are special for people with coronary heart disease and have significant differences between male and female groups, and therefore they can be considered as psychophysiological features of elderly women with coronary heart disease.

Prospects for further research may be the feasibility of creating a comprehensive program of psychocorrection of emotional states of elderly women with coronary heart disease.

Key words: emotional state, coronary heart disease, elderly women.

Онисковец Богдана Ивановна

Аспирантка Института психологии имени Г.С. Костюка Национальной академии педагогических наук Украины, г. Киев (Украина)

ИССЛЕДОВАНИЕ ОСОБЕННОСТЕЙ ЭМОЦИОНАЛЬНОГО СОСТОЯНИЯ ЖЕНЩИН ПОЖИЛОГО ВОЗРАСТА С ИШЕМИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНЬЮ СЕРДЦА

АННОТАЦИЯ

В статье отражены результаты эмпирического исследования психологических составляющих эмоционального состояния женщин пожилого возраста с ишемической болезнью сердца (ИБС), которым было охвачено 135 респондентов в возрасте от 65 до 75 лет с ишемической болезнью сердца.

Целью исследования стало изучение психологических составляющих эмоциональных состояний жен-

щин пожилого возраста, которые могут повлиять на проявления и течение ишемической болезни сердца, в частности, алекситимия, тревожность, депрессия, астения.

Выяснено, что компоненты психоэмоциональных состояний пациентов-женщин с ИБС состоят как из комплекса психофизиологических факторов, включающих в себя: специфику эмоционально-негативных состояний, таких как тревога, депрессия, астения, враждебность и т.д., так и из особенностей соматического состояния, самых проявлений ИБС и их сопутствующих изменений психоэмоциональной сферы, в том числе и специфики психотравмирующей ситуации для пациентки и ее личностных особенностей.

В ходе эмпирического исследования выявлено, что пожилые женщины, больные ишемической болезнью сердца характеризуются высоким уровнем тревожности, депрессии, астении, нервно - психического напряжения, раздражения, подозрительности, чувство обиды, невротичности, закрытости, эмоциональная лабильность.

Эмпирически доказано, что в зависимости от гендерного признака индивида с ишемической болезнью сердца, психологические составляющие эмоциональных состояний существенно отличаются. Доказано, что у женщин с ИБС высокий уровень лабильности, неустойчивого эмоционального состояния. Установлено, что эмоциональное состояние быстро меняется в зависимости от факторов внешних и внутренних раздражителей. Лабильный эмоциональное состояние это признак опасности в психологическом состоянии человека, поэтому для женщин с ишемической болезнью сердца может быть критическим. Благодаря качественному обработке полученных результатов мы установили, что в трех сформированных выборках - КГ, ЕГЖ и ЕГЧ результаты исследования существенно отличались. В экспериментальных группе мужчин отсутствуют такие психоэмоциональные явления, как негативизм, раздражение, подозрительность, обида и чувство вины; невротичность. По результатам контрольной группы выявлен высокий процент женщин, находящихся в группе риска. В экспериментальных группе женщин, которые являются основной целью нашего исследования, указанные феномены имели самый высокий

показатель.

Было выделено ряд эмоций, способствующих возникновению ИБС: недовольство работой, уровнем образования, жизнью в целом; переживания творческих неудач, поражения в честолюбивых желаниях; образа; фрустрация, вызванная резким разрушением привычного жизненного стереотипа; постоянное чувство внутреннего напряжения; отсутствие чувства удовольствия при достижении успеха; страх; хроническая тревога. Из этого перечня чувств видно, что все они относятся к реестра негативных чувств, тех которые создают эмоциональный дискомфорт. Все указанные чувства являются антиподами чувств, традиционно считаются атрибутами здорового сердца, таких как: любовь, мужество, отвага, радость. Указанные выше состояния являются особенными для людей с ИБС и имеют значимые различия между мужскими и женскими группами, а значит их можно считать именно психофизиологическими особенностями пожилых женщин с ишемической болезнью сердца.

Перспективами дальнейшего исследования могут стать вопросы целесообразности создания комплексной программы психокоррекции эмоциональных состояний женщин пожилого возраста больных ишемической болезнью сердца.

Ключевые слова: эмоциональное состояние, ишемическая болезнь сердца, женщины пожилого возраста.

Oniskovets, B. (2021). STUDY OF THE FEATURES OF THE EMOTIONAL STATE OF ELDERLY WOMEN WITH ISCHEMIC HEART DISEASE. PSYCHOLOGICAL JOURNAL, 7 (6), 89-97. <https://doi.org/10.31108/1.2021.7.6.8> [in Ukrainian]

Дата отримання статті: 21.05.2021

Дата рекомендації до друку: 11.06.2021

Дата оприлюднення: 30.06.2021