

ЕМОЦІЙНІ СТАНИ ЖІНОК ЛІТНЬОГО ВІКУ ПРИ ІШЕМІЧНІЙ ХВОРОБИ СЕРЦЯ ЯК КОМПЛЕКСНЕ ЯВИЩЕ ОСОБИСТОСТІ

Онiськовець Богдана¹

¹Аспірант 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 розглядається питання емоційних станів осіб літнього віку при ішемічній хворобі серця як комплексного явища особистості, яке має психічний, психофізіологічний і поведінковий рівні реагування. Емоційний досвід особистості проявляється у відмінностях в переживанні емоцій, почуттів та емоційних станів, які різняться оцінково-полюсними категоріями. Це вміння висловлювати та рефлексувати ставлення до себе та оточуючих, а також здатність до саморегуляції свого мікросередовища, що втілено у поняттях емоційної компетентності та емоційного інтелекту. У статті з'ясовано, що емоційні стани жінок літнього віку, з переважанням домінуванням негативних, зумовлені хронічним емоційним напруженням (стресом), емоційним перенапруженням (дистресом) і психоемоційними розладами, що підвищує ризик виникнення ІХС.

Ключові слова: емоційні стани, літній вік, ішемічна хвороба серця, емоційні переживання, стрес, напруження.

Постановка проблеми.

Протягом багатовікової історії дослідження емоційних станів перебувало під пильною увагою, емоційним станам приділялась провідна роль серед сил, що визначають внутрішнє життя і вчинки людини.

Розробкою підходів до вивчення емоційних станів займалися психологи минулого століття. Інтерес до цієї проблеми і до цього дня не згасає. Навпаки, вивчення механізмів виникнення емоційних станів осіб літнього віку залишається досить актуальним для психологічної науки нашого часу, оскільки психічний стан має значний вплив на різні види діяльності та якість життя як такого.

Разом з тим, недостатньо вивченим залишається питання емоційних станів жінок літнього віку, особливості співвідношення окремих компонентів (тривоги, депресії, агресивності тощо) в структурі емоційних станів, центральних механізмів регуляції емоційних ста-

нів.

Аналіз останніх досліджень і публікацій.

Про складність у структуруванні емоційної сфери та класифікації емоційних станів наголошують такі автори як Б. Б. Айсмонстас, О. Д. Хомська, В. К. Гаврилькевич, ними виокремлюються емоції у вузькому розумінні, емоційні стани та емоційно-особистісні прояви. До компонентів емоційної сфери особистості за О. В. Винославською, О. А. Бреусенко-Кузнецовим, В. Л. Зливковим, А. Ш. Апішевою, О. С. Васильєвою входить емоційність, емоційний досвід, емоційний тон відчуттів, ситуативні емоції, пристрасті та емоційні стани (настрої, афекти, стреси, фрустрації).

На особливості впливу емоційно стресових переживань на формування серцево-судинних захворювань натрапляємо у дослідженнях О. В. Хомської, М. К. Шантручек, М. Вацек, Ю. В. Зими́на, Є. А. Гаврилова.

У працях З. А. Гургенян, І. Є. Ганеліної, В. І.

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.

Коростого, Б. В. Михайлова, Л. Г. Перетятко, Г. І. Рольник, І. В. Райцес, Г. В. Тарасова, Р. Ю. Томашива, М. Б. Федак, Б. М. Федорова, Н. В. Алексеєва, С. А. Loffredo наголошується на психотравмуючому досвіді особистостей, що хворіють серцево-судинними захворюваннями. Багатьма дослідниками, такими як Алексеєва Н. В. Васюк Ю. А., А. В. Лебедев, Т. В. Довженко, М. В. Семиглазова доведена роль емоційних чинників у виникненні та розвитку ІХС.

Дані про високе стресове навантаження хворих на стенокардію та інфаркт міокарду наводяться в дослідженнях інших країн світу, таких як: США (С. R. Brown, L. Ritzmann), Канада (С. Goulet), Швеції (J. Liljefors, R. Rahe), Австралія (A. Winn, D. Leigh), Англії (A. U. MacKinnon), Японія (J. S. Matsumoto) (Зимин, 1999).

Виділення невирішених раніше частин загальної проблеми, яким присвячується стаття.

Виявлення та лікування ІХС ускладнене тим, що зв'язок симптомів з усвідомленими проявами психічної активності людини неоднозначний, не завжди очевидний і опосередкований маловивченими явищами несвідомої сфери психіки пацієнта. Роль сполучної ланки між психічною та соматичною сферами відводиться емоціям, що недостатньо вивчена в психологічній науці.

Постановка завдання. Головною метою цієї роботи є теоретично дослідити емоційні стани осіб літнього віку при ішемічній хворобі серця як комплексного явища особистості, яке має психічний, психофізіологічний і поведінковий рівні реагування.

Наукове обґрунтування методології проведення дослідження (в тому числі, якщо дослідження має теоретичний або оглядовий характер). 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.

Виклад основного матеріалу.

Хронічну недостатність серця (недостатність кровообігу) поділяють за ступенями (стадіям) її вираз-

ності.

Перша ступінь (Н-І) характеризується появою об'єктивних ознак недостатності кровообігу лише при виконанні помірних, раніше звичних фізичних навантажень. При швидкій ходьбі, підйомі по сходах з'являється задишка, тахікардія. Відзначається швидка втомлюваність, зниження працездатності.

При другому ступені всі ці явища недостатності кровообігу посилюються: задишка і тахікардія наступають при незначному навантаженні і навіть у стані відносного спокою. Друга ступінь підрозділяється на два періоди: А і Б. Для ступеня (Н-ІІ А) характерні застійні явища в малому або великому колах кровообігу. При недостатності лівого шлуночка застійні явища спостерігаються в легенях - з'являється кашель з мокротою, задишка може бути і в спокої. При недостатності правого шлуночка - збільшується печінка, з'являються набряки на ногах. Для Н-ІІ Б ступеня характерна недостатність як правого, так і лівого шлуночка. Застійні явища спостерігаються в малому і великому колах кровообігу, що викликає виражені набряки, значне збільшення печінки, задишку, а іноді і задуху, кашель.

Третя ступінь характеризується подальшим наростанням всіх зазначених симптомів і посилюється появою рідини в порожнинах (в черевній і плевральній). Порушення кровообігу призводить до порушення обміну речовин і до дистрофічних змін в серці, печінці та інших органах. Ці зміни набувають незворотного характеру.

Хронічна судинна недостатність виникає внаслідок порушення функцій нейрогуморального апарату, який регулює функцію судин, і викликає зниження артеріального і венозного тиску. Розвитку цього стану сприяють конституційні особливості організму, недостатнє харчування, фізична і психічна перевтома, інфекційні хвороби і вогнища хронічної інфекції. Хронічна судинна недостатність викликає швидку втомлюваність, призводить до зниження фізичної і розумової працездатності, викликає запаморочення, задишку, серцебиття, схильність до непритомності. Досить часто хворі відчувають періодичні панічні атаки. Відбуваються зміни психічного стану, Хвороба накладає відбиток на особистість хворого.

ІХС генетично пов'язана з атеросклерозом і

гіпертонічною хворобою. Етіологічні фактори атеросклерозу і гіпертонічної хвороби і, перш за все, психоемоційна перенапруга, яка призводить до ангіоневротичних порушень, є також і етіологічними факторами ішемічної хвороби серця. Тому атеросклероз, гіпертонічна та ішемічна хвороби серця «йдуть поруч».

Патогенетичні фактори ішемічної хвороби, атеросклерозу і гіпертонічної хвороби також спільні: 1) гіперліпідемія; 2) артеріальна гіпертензія; 3) надмірна маса тіла (ожиріння); 4) малорухливий спосіб життя; 5) куріння; 6) порушення толерантності до вуглеводів, в особливості цукровий діабет; 7) сечокислий діабет; 8) генетична Ці фактори ішемічної хвороби - фактори ризику розвитку інфаркту міокарда як головного прояву ІХС.

Окрему категорію становлять емоційні стани. Емоційні стани часто поділяються на стеничні і астенічні, позитивні, негативні та амбівалентні. В емоційних станах яскраво виражена суб'єктивна сторона переживання від радості до страждань (Литвинчук, 2015).

Н.Д. Левітов виділяє ряд наступних теоретичних положень, які важливо враховувати при розгляді проблеми емоційних станів (Гербер, 2001):

необхідність відрізнити відчуття як тимчасові переживання або стану від відчуття як стійкої риси спрямованості особистості.

у всіх емоціях виражається ставлення людини до навколишньої дійсності або до самої себе

всі емоції є специфічними переживаннями особистості

відчуття не тільки суб'єктивні, але й об'єктивні. вони детерміновані зовнішніми умовами

емоції або почуття мають яскраве зовнішнє та неоднозначне вираження

не існує цілком адекватної завданням методики вивчення відчуттів. Розглядаючи проблему емоційних станів автор виділяє наступні : настрої, емоції, афекти, потяг, пристрасть.

Розглядаючи проблему негативних емоційних станів, у науковій літературі відзначається про наступні види станів, що характеризують людей у

важких життєвих ситуаціях: тривога, депресія, астєнія, ворожість.

На сучасному етапі розвитку психології існує багато визначень понять, якими позначається психічна реальність. Тому, для уникнення «понятійного плюралізму» стосовно поняття «емоційні стани», перш за все окреслимо зміст, даного феномену.

Наголошуючи на неможливості створення уніфікованої класифікації емоцій, Б. І. Додонов, пропонує власний теоретично обумовлений поділ, в який включає наступні емоції: альтруїстичні, комунікативні, глоричні, праксичні, пугнічні, романтичні, гностичні, естетичні, гедоністичні, акизитичні (Додонов, 2003). У дослідженнях Б. В. Додонова первинним чинником у впливі емоцій на стан здоров'я є психофізіологічні особливості особистості, а вторинним – інтенсивність та частота несприятливих емоційних впливів

Б. Г. Ананьєва, П. П. Шумського та Л. Н. Іванова, В. С. Мерлін, Ю. Є. Сосновікової розглядають процесуальний характер емоцій, а емоції як мінливу та нестійку форму відреагування переживань.

Аналіз психолого-педагогічних джерел дає підстави для ствердження, що проблема емоційних станів висвітлюється з двох позицій: психології станів та психології емоцій. В межах першої М. Д. Левітовим емоційні стани були виокремлені як особливі психічні стани, що мають певну своєрідність психічного життя людини. Левітовим М. Д. було описано загальні ознаки емоційних станів. Так, зокрема розроблялись наукові уявлення щодо фіксування в цьому понятті відносно статичного, перманентного в психіці індивіда, відносної стабільності усіх її елементів. В. М. М'ясищев, розглядав емоційні стани у розрізі загального функціонального рівня психіки, В. А. Семиченко розумів їх як інтегральне відчуття благополуччя чи неблагополуччя.

В. К. Гаврилькевич поділяє емоційні стани за двома полюсами «напруження – розслаблення», а в клінічному контексті вони трактуються дослідницею як нормальні та хворобливі. Нормальні включають в себе: домінуючі за певним оцінковим судженням, емоційно фонові (настрої), стресові відреагування. Натомість особливістю патологічних є наявність деструктивного компоненту: депресивного, невротичного, іпохондричного, фобічного, емоційного напруження, в основі

останнього лежить актуальна потреба, що не може задовільнитись (Гаврилова, 1999).

Емоційні стани мають свою специфіку, згідно думки Е. І. Кіршбаум, В. М. Юрченко, вони є результатом домінування в психічному стані емоційного компонента, який починає визначати весь хід психічної діяльності людини (Гаврилова, 1999).

Друга позиція зосереджена на психології емоцій, зокрема на специфічних ознаках емоційних станів, які стосуються їх суб'єктивного змісту та форм вияву. Зміст полягає в особливому пристрасному ставленні особистості до об'єкта впливу, що виробляється суб'єктивною його значущістю – результатом оцінки цього об'єкта.

Формами вияву емоційного стану є непосредне переживання, фізіологічні зміни, емоційна експресія тощо. Вказані ознаки узагальнені у визначенні емоцій, згідно з яким, це особливий клас психічних процесів і станів, пов'язаних з інстинктами, потребами й мотивами людини, що відображають у формі безпосереднього тимчасового переживання значущість для життєдіяльності певних явищ, які діють на неї (Литвинчук, 2018).

Згідно точки зору К. Ізарда, Є. П. Ільїна, емоційні стани – це комплексне явище особистості, яке має психічний, психофізіологічний і поведінковий рівні реагування. На думку цих вчених, критеріями емоційних станів людини є ознаки її емоційних переживань (знак, модальність, інтенсивність), фізіологічні реакції (вегетативні й соматичні) та експресивна поведінка (Литвинчук, 2015).

Емоційні стани багатомірні та характеризують дійсність з різних сторін, мають неперервність, тобто межі переходу одних станів в інші чітко не визначені та плавні.

Якщо розглядати емоційний стан як одну із складових психічного стану, можна відзначити, що в даній структурі він займає досить вагоме місце.

Емоційні стани відображають домінування певної емоції, її інтенсивності, полярності.

Стани виникають в процесі діяльності, залежать від неї і визначають специфіку переживань. Кожний психічний стан переживається індивідом цілісно, як єдність духовних, психічних і фізичних (тілесних) структур. Зміна психічного стану торкається всіх цих рівнів.

Причини та патогенез ІХС є досить складними, у них задіяні чинники всіх трьох рівнів організації людини, як духовних, психічних так і соматичних.

При проведенні психофізіологічних досліджень серця співробітники Інституту Математики Серця виявили, що в залежності від того, які емоції переживає людина, змінюється ступінь когерентності електромагнітного сигналу, що виробляється серцем. При негативному емоційному стані (наприклад, роздратуванні чи гніві) електромагнітне поле серця має неоднорідний спектр різних частот, які конкурують між собою та при їх реєстрації створюють малюнок, що виглядає нерівним і нерегулярним. Коли ж люди переживають позитивні емоції, такі як любов, турбота або щира вдячність, електромагнітний сигнал серця має однорідний спектр, де замість частот, що суперничають між собою, присутні впорядковані та синхронні частоти, які перебувають у гармонії (Гербер, 2001).

Це відкриття допомагає краще зрозуміти механізми патогенного впливу негативних почуттів на функціональний стан серця. Якщо позитивні почуття покращують функціональний стан серця, який визначається перш за все його електромагнітною активністю, то негативні – погіршують, викликаючи хаос і дисбаланс у частотному спектрі електромагнітних коливань серця.

Якщо розглядати емоційні стани як окремий процес, слід виділити деякі його особливості. По-перше, можна стверджувати про обмежений термін дії емоційного стану людини. Дана особливість виражається в нестійкості та мінливості емоційних станів з плином часу, тобто вони мають початок, розвиток і кінець. По-друге, емоційний стан людини залежить від зовнішніх факторів і від його внутрішнього (суб'єктивного) ставлення до них. По-третє, від суб'єктивного ставлення до ситуації залежить і інтенсивність емоційного стану особи.

Депресія – захворювання емоційної сфери, головним проявом якого є стійке зниження та пригнічення настрою, що супроводжується спадом загального рівня активності. Це одне із найбільш розповсюджених захворювань на землі. За оцінкою експертів Всесвітньої організації охорони здоров'я, у всьому світі депресивні стани переживають близько 500 мільйонів людей.

Когнітивна модель депресії включає три поняття,

що пояснюють психологічну структуру депресії: 1) когнітивна тріада (негативні думки про себе, про майбутнє, і про досвід), 2) когнітивні схеми мислення, 3) когнітивні помилки, що утруднюють вірну обробку інформації та сприяють формуванню депресивних переконань.

Наступним негативним станом є *тривога*. Тривога – це безумовна реакція організму на ситуації небезпеки. У психології тривога поділяється на нормальну (відповідну ситуації) і невротичну (патологічну). Кожен індивід схильний переживати тривожні хвилювання за певних обставин (перша зустріч, події, які можуть змінити хід життя і т.д.). Але коли тривога простежується впродовж тривалого часового періоду (наприклад декількох тижнів), а також супроводжується занепокоєнням, апатією, напруженістю м'язів та порушенням сну, її можна назвати патологічною. Існує чотири складники, за якими можна характеризувати різномірність проявів тривоги:

- інтенсивність тривожності (сила ситуативних переживань);
- лабільність тривожних переживань у часі (дискомфорт під час переживання ситуації, під час наближення імовірної небезпеки, чи навіть під час думки про неї);
- наявність суб'єктивних неприємних відчуттів (неспокою, побоювань, напруги);
- активізація нервової системи, яка впливає на фізіологічні відчуття (посилене потовиділення, збій роботи шлунково-кишкового тракту, тремор рук, зміна інтонацій та гучності голосового діапазону).

Різні соматичні захворювання та психічних розлади можуть спричинювати астенію (астенічні стани). Астенія, що розвивається через нервову перенапруженість, хвилювання, тяжкі, частіше тривалу стурбованість і конфлікти, називають часто неврастенією. Астенія може настати в початковому періоді захворювань внутрішніх органів (наприклад, при коронарній хворобі), супроводжувати це захворювання як один з його проявів або виникати як наслідок гострого захворювання.

Астенія літніх людей являє собою характеристику стану здоров'я, яка відображає потребу в догляді.

Розкриваючи феномен негативних емоційних

станів необхідно зупинитись детально на такому явищі як *нервово-психічна напруженість*. Особливістю поведінки в стані нервово-психічної напруженості є її негнучкість, відсутність лабільності та пластичності. В той же час стереотипні дії протікають скоріше, з тенденцією до автоматизму. Тому й загальною характеристикою стану нервово-психічна напруга вважається порушення структури складної професійної діяльності. Нервово-психічна напруга розглядається як загальна реакція організму при зміні стереотипу діяльності і найбільш різко виявляється при реальній або уявній загрозі життю або здоров'ю.

До основних причин, що зумовлюють розвиток нервово-психічної напруги, відносять:

- психологічну невідповідність до роботи (відсутність вольової установки, слабку тренуваність, невпевненість у своїх силах);
- фізичну чи психічну втому різного походження;
- несприятливі умови життя.

Від стану нервово-психічної напруженості слід відрізнити стан психоемоційної напруги, який характеризується адекватним вираженням емоційних реакцій, спрямованих на мобілізацію функцій для успішного виконання професійної діяльності.

Встановлено, що в критичній ситуації, такій як загроза, виконання складного, відповідального завдання в людини підвищується рівень нервовопсихічної напруги. Наприклад, перед виходом на орбіту серце у американського астронавта Е. Бормана билось з частотою 130 ударів на хвилину, а в момент висадки на поверхню місяця у Е. Армстронга пульс сягнув 156 ударів на хвилину замість звичних 77. Подібні фізіологічні зміни викликає не лише небезпека, але й ситуації, пов'язні з високим рівнем відповідальності, за діяльність, що виконується.

Проте й фактор особистості відіграє не останню роль. Нервово-психічна напруга являє собою особливий різновид психічного стану, що розвивається в людини в складних умовах її життєдіяльності. Вона протікає як системний процес, що включає в себе різні рівні нервовопсихічної й соматофізіологічної організації людини, супроводжується як позитивними так і негатив-

ними переживаннями, суттєвими зсувами в організмі людини й змінами в її працездатності. Нервово-психічна напруга є причиною і в той же час одним із функціональних проявів емоційного стресу. Серед якостей особистості, що зумовлюють можливість виникнення стресу, чільне місце займає тривога.

Є. А. Гаврилова, посилаючись на праці П. С. Хомуло, Dhalla, S. N. Willich, зазначає, що психо-емоційне напруження часто є пусковим моментом у розвитку нападу стенокардії та інфаркту міокарду (Гаврилова, 1999).

У дослідженнях Преймате Є. Я., зазначається, зокрема, що депресія та тривога викликають вегетативний дисбаланс, значно погіршують функціональний стан серця, сприяють виникненню порушень ритму серця, різко підвищують захворюваність на ІХС і смертність від серцево-судинних катастроф (Vassiliadis et al., 2008).

У даному випадку, клінічні спостереження, які засвідчують погіршення функціонального стану серця під впливом депресії та тривоги цілком узгоджуються зі спостереженнями східної медицини та психофізіологічними закономірностями, встановленими дослідниками Інституту Математики Серця.

Алмазів В. А., Шляхто Е.В., серед причин, що сприяють розвитку захворювань серцево-судинної системи, розглядають надмірне емоційне напруження. Губачев Ю. М., Стабровський Е. М., виділяють наступні варіанти ситуацій, що обумовлюють збільшення емоційної напруги і ризик розвитку інфаркту міокарда: вихід на пенсію, день народження та ін. (Гаврилькевич, 2013).

Тривале та інтенсивне емоційне напруження стає певним механізмом цілого комплексу психофізіологічних нейрогуморальних зрушень в організмі, пов'язаних, переважно зі зміною активності симпатичної — адреналової системи.

Психогенні вегетативні та гуморальні реакції істотно збільшують потребу серцевого м'яза в кисні. Відповідно ангіоспазм, який виникає спочатку як відображення тривоги і занепокоєння при «сомато-емоційній підтримці патологічної стимуляції» переростає у важкий напад гострої коронарної недостатності, що може завершитись розвитком інфаркту міокарда або зупинкою серця.

Отримано дані, згідно з якими у багатьох хворих на ІХС напади стенокардії можуть виникати при емоційній нарузі частіше, ніж при фізичних навантаженнях. Відзначається, що гострі емоційні реакції, передують розвитку інфаркту міокарда частіше, ніж надмірне фізичне напруження (Гаврилькевич, 2013).

Алмазов В.А., Шляхто Є.В. відзначають, що емоційне напруження сприяє розвитку захворювань серця. Відзначається, що досить поширеним в соматичній клініці є астенічний стан, проте робіт з проблеми астенії при ІХС небагато (Гаврилова, 1999).

У дослідженні О. В. Боевої астенія вивчалася в комплексі психопатологічних проявів у пацієнтів з післяінфарктним кардіосклерозом. За результатами дослідження було встановлено, що поширеність невротичних розладів у післяінфарктних хворих, в тому числі і астенії, достовірно переважає у представників психотипів з циклоїдною структурою (Гаврилова, 1999).

У дослідженні Ташук І. А., відзначається, що наявність астено-невротичного синдрому при нестабільній стенокардії може бути залишковим преморбідним фоном, пов'язаним з попередньою вегетативною дисфункцією. У астенічних проявах при нестабільній стенокардії було зафіксовано поліморфізм скарг і суб'єктивних проявів (Гаврилькевич В. К., 2013).

Низку досліджень присвячено проблемі станів тривоги при ІХС. Описано панічний розлад у клінічній картині ІХС.

Доведено, що у хворих на ІХС з клінічно вираженим рівнем тривоги - найгірше якість життя. Відзначається, що осіб з ІХС більше, які мають особистісну тривожність, ніж ті, які не мають її. Також наголошується, що для пацієнтів з механічними ускладненнями гострого періоду інфаркту міокарда характерні підвищені показники реактивної та особистісної тривожності (Гаврилькевич, 2013).

Висновки і перспективи досліджень.

Головною метою цієї роботи є теоретично дослідити емоційні стани осіб літнього віку при ішемічній хворобі серця як комплексного явища особистості, яке має психічний, психофізіологічний і поведінковий рівні реагування. Підсумовуючи все вище викладе, можна зробити висновок, що емоційні стани літніх людей, зумовлені домінуванням негативних, зумовлені хроніч-

ним емоційним напруженням (стресом), емоційним перенапруженням (дистресом) і психоемоційними розладами, підвищують ризик виникнення ІХС.

Негативні почуття погіршують функціональний стан серця, викликаючи його електромагнітну дестабілізацію. Серед основних механізмів, через які реалізується патогенний вплив стресу при ІХС можна назвати: підвищене виділення катехоламінів, що призводить до збільшення потреби міокарду в кисневі внаслідок зростання частоти серцевих скорочень, артеріального тиску і сили скорочення міокарду; порушення судинного тону епікардіальних артерій і мікроциркуляції; підвищення агрегації тромбоцитів, секреції деяких факторів згортання крові, зниження фібринолітичної активності крові.

Поряд із тривалим емоційним перенапруженням значну роль захворюванні на ІХС літніх жінок відіграють гостра та хронічна травматизація психіки, психоемоційні розлади, найбільш значущими серед яких є депресивні та тривожно-фобічні. Крім того, при депресії мають місце такі поведінкові чинники, як небажання пацієнтів приймати медикаментозні препарати та дотримуватись призначеного режиму.

Перспективи подальших розвідок у цьому напрямі полягають у подальшій емпіричній перевірці отриманих теоретичних результатів.

References:

- Havrylova, E. A. (1999). Rol povedencheskoho typu A u psykhycheskoho stressa v razvytyu yshemycheskoi bolezny serdtsa, vozmozhnosti psykhoprofilaktyky u psykhoterapy zabolevaniya [The role of behavioral type A and mental stress in the development of coronary heart disease, the possibility of psychoprophylaxis and psychotherapy of the disease]. *Cardiology – Cardiology*, 9, 72-78 [in Russian].
- Havrylkevych, V. K. (2013). Rol emotsiinykh staniv u etiologii ta patohenezi ishemicnoi khvoroby sertsia [The role of emotional states in the etiology and pathogenesis of coronary heart disease]. *Praktychna psykholohiia ta sotsialna robota: naukovy -praktychnyi ta osvithno-metodychnyi zhurnal – K.*, «SOTsYS-PRES», 6 (171), 62-66 [in Ukrainian].
- Herber, R. (2001). *Vybratsyonnaia medytyna [Vibration medicine]*. Moskva: Sofiya, Helyos, 64-68 [in Russian].
- Dodonov, B. Y. (2003). *Emotsiia kak tsennost [Emotion as a value]*. Moskva: Polytyzdat [in Russian].
- Zymyn, Yu. V. (1999). Nekotorye sotsyalnye u psykholohycheskye

faktory v etyologii yshemycheskoi bolezny serdtsa [Some social and psychological factors in the etiology of coronary heart disease]. *Cardiology – Cardiology* 8, 133-143 [in Russian].

- Lytvynchuk, L. M. (2015). Zastosuvannia metodiv muzykoterapii yak metod pidvyshchennia adaptatsiinoi zdatnosti orhanizmu osob, khvorykh na narkomaniiu [Application of music therapy methods as a method of increasing the adaptive capacity of the body of persons with drug addiction]. *Aktualni problemy psykholohii : zb. nauk. pr. In-tu psykholohii imeni H. S. Kostiuks NAPN Ukrainy*. Kyiv. : Hnozis, 13, 79-88 [in Ukrainian].
- Lytvynchuk, L.M., & Chystiak, O.V. (2018). Rozvytok symvolichnoho zasobu komunikatsii osobystosti metodamy muzychnoho vplyvu: psykhoфизиологичне дослідження на основі візуального та звукового біологічного зворотного зв'язку [Application of music therapy methods as a method of increasing the adaptive capacity of the body of persons with drug addiction]. *Zbirnyk naukovykh prats Natsionalnoi akademii Derzhavnoi prykordonnoi sluzhby Ukrainy. Seria: psykholohichni nauky [hol. red. O. F. Volobueva] – Khmelnytskyi: Vydavnytstvo NADPSU*, 1, 158-165 [in Ukrainian].
- Vassiliadis, I.V., Fountos, A.I., Papadimitrion, A.G., Sbonias, E.C. (2008). Mental Stress – induced silent myocardial ischemia detected during ambulatory Ventricular function monitoring. *Int J. Card Imaging*. Jun; 14 (3), 171-177.

Bogdana Oniskovets

Postgraduate student of the G.S. Kostyuk Institute of Psychology, the National Academy of Educational Sciences of Ukraine, Kyiv (Ukraine)

EMOTIONAL STATES OF ELDERLY WOMEN WITH ISCHEMIC HEART DISEASE AS A COMPLEX PERSONALITY PHENOMENON

ABSTRACT

The article examines emotional states of elderly people with ischemic heart disease (IHD) as a complex personality phenomenon. An individual's emotional experience is manifested in different emotions, feelings and emotional states, which are evaluative and have negative/positive poles. The main purpose of this work was to analyse theoretically the emotional states of elderly people with ischemic heart disease as a complex personality phenomenon that has mental, psychophysiological and behavioural levels.

We have determined theoretically that negative feelings worsen a functional state of the heart, causing its elec-

tromagnetic destabilization. The main mechanisms of the pathogenic influence of stresses on IHD are: the increased release of catecholamines, which leads to increased myocardial oxygen consumption as a result of an increased heart rate, higher blood pressure and stronger myocardial contraction force; a violated vascular tone of the epicardial arteries and worsened microcirculation; increased platelet aggregation, secretion of certain blood coagulation factors, decreased fibrinolytic activity of the blood.

Considering the problem of negative emotional states, the scientific literature notes the following states that characterize an individual in difficult life situations: anxiety, depression, asthenia, hostility.

Long-term emotional overstrain, acute and chronic traumas of the psyche, psychological-emotional disorders, the most significant of which are depressive and anxiety-phobic, influence significantly on older women's ischemic heart disease. In addition, at the case of depression, behavioural factors such as patients' reluctance to take medications or to comply with the prescribed regimen have a significant effect.

The article determines that elderly women's emotional states are mainly negative, they are caused by chronic emotional stresses, emotional overstrain (distress) and psychological-emotional disorders and increases the risk of coronary heart disease.

Keywords: emotional states, old age, coronary heart disease, emotional experiences, stress, tension.

Онисковець Богдана Ивановна

Аспирант Інститута психології імені Г.С. Костюка Національної академії педагогічних наук України, м. Київ (Україна)

ЭМОЦИОНАЛЬНОЕ СОСТОЯНИЕ ЖЕНЩИН ПОЖИЛОГО ВОЗРАСТА ПРИ ИШЕМИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНИ СЕРДЦА КАК КОМПЛЕКСНОЕ ЯВЛЕНИЕ ЛИЧНОСТИ

АННОТАЦИЯ

В статье рассматривается вопрос эмоциональных состояний лиц пожилого возраста при ишемической болезни сердца как комплексного явления личности. Эмоциональный опыт личности проявляется в различных в переживании эмоций, чувств и эмоциональных состояний, которые различаются оценочно-полносными категориями. Главной целью этой работы является теоретически исследовать эмоциональные состояния лиц

пожилого возраста при ишемической болезни сердца как комплексного явления личности, которое имеет психический, психофизиологический и поведенческий уровни реагирования.

Теоретически установлено, что негативные чувства ухудшают функциональное состояние сердца, вызывая его электромагнитную дестабилизацию. Среди основных механизмов, через которые реализуется патогенное влияние стресса при ИБС можно назвать: повышенное выделение катехоламинов, что приводит к увеличению потребности миокарда в кислороде в результате роста частоты сердечных сокращений, артериального давления и силы сокращения миокарда; нарушения сосудистого тонуса эпикардальных артерий и микроциркуляции; повышение агрегации тромбоцитов, секреции некоторых факторов свертывания крови, снижение фибринолитической активности крови.

Рассматривая проблему негативных эмоциональных состояний, в научной литературе отмечается о следующих видах состояний, которые характеризуют личность в трудных жизненных ситуациях: тревога, депрессия, астения, враждебность.

Наряду с длительным эмоциональным перенапряжением значительную роль в заболевании ИБС пожилых женщин играют острая и хроническая травматизация психики, психоэмоциональные расстройства, наиболее значимыми из которых являются депрессивные и тревожно-фобические. Кроме того, при депрессии имеют место такие поведенческие факторы, как нежелание пациентов принимать медикаментозные препараты и соблюдать назначенный режим.

В статье установлено, что эмоциональные состояния женщин пожилого возраста, с преобладанием доминирования негативных, обусловленные хроническим эмоциональным напряжением (стрессом), эмоциональным перенапряжением (дистрессом) и психоэмоциональными расстройствами, повышает риск возникновения ИБС.

Ключевые слова: эмоциональные состояния, летный возраст, ишемическая болезнь сердца, эмоциональные переживания, стресс, напряжение.

Дата отримання статті: 26.06.2020

Дата рекомендації до друку: 25.07.2020

Дата оприлюднення: 30.07.2020

© Bogdana Oniskovets