

ПСИХОЛОГІЧНІ НАУКИ

DOI: <https://doi.org/10.32839/2304-5809/2020-7-83-5>

УДК 159.96

Онiсковиць Б.І.

Інститут психології імені Г.С. Костиюка
Національної академії педагогічних наук України

ПСИХОЛОГІЧНІ ОСОБЛИВОСТІ ЖІНОК ЛІТНЬОГО ВІКУ, ХВОРИХ НА ІШЕМІЧНУ ХВОРОБУ СЕРЦЯ

Анотація. У статті розглядається актуальне питання психологічних особливостей жінок літнього віку, хворих на ішемічну хворобу серця. Теоретично з'ясовано, що вираженість і якість змін психічної діяльності при соматичних захворюваннях знаходяться залежно від багатьох причин, і в першу чергу – від природи самого захворювання, а також від типу течії і гостроти розвитку хвороби. Так, при гострому і бурхливому початку, за наявності вираженої інтоксикації спостерігаються розлади, що досягають затьмарення свідомості, при підгострій або хронічній течії частіше проявляються невротичні симптоми. Було з'ясовано, що у низці досліджень відзначено значущість впливу психологічних і соціальних факторів на перебіг серцево-судинних захворювань. До факторів негативного впливу відносять психоемоційну напругу, тип особистості, шкідливі звички та інші особливості способу життя.

Ключові слова: психологічні особливості, ішемічна хвороба серця, психоемоційна напруга, негативні емоції, стрес, коронарний спазм.

Oniskovets Bogdana

G.S. Kostiuk Institute of Psychology
National Academy of Pedagogical Sciences of Ukraine

PSYCHOLOGICAL FEATURES OF ELDERLY WOMEN WITH ISCHEMIC HEART DISEASE

Summary. The article deals with the topical issue of the psychological characteristics of elderly women, patients with coronary heart disease. Not every physical illness is accompanied by mental disorders. So, peptic ulcer disease, colitis, hypertension, congestive heart failure most frequent neurotic disorders and pathological character traits, and in hypertensive disease, atherosclerosis and possibly the emergence of psychosis. The pilot studies have shown that stress can cause the development of coronary spasm. In the scientific literature indicates that it is possible to determine psychogenic and situational options for the development of acute myocardial infarction. Recent studies an increase in cardiovascular reactivity. Currently, among the disorders of the emotional sphere on the development of coronary heart disease, more attention is paid to the value of depression. Depression are among the most common conditions in patients with coronary heart disease. In CHD almost all patients have a decreased resistance to stress. According to experimental data it was determined that the pronounced signs of socio-psychological disadaptation with severe psychological disorders with a predominance of hypochondriacal and anxious syndromes, and low psychological resistance to stressful situations worsens the course and prognosis of the disease. The article is theoretically established that the intensity and quality changes of mental activity in somatic diseases are dependent on many factors, first and foremost – the nature of the disease, and the type of flow and the severity of the disease. Thus, in acute and violent the beginning, in the presence of severe intoxication observed disorder, reaching a clouding of consciousness, subacute, or chronic course often manifest neurotic symptoms. It was found that in a number of studies have noted the importance of the influence of psychological and social factors on the course of cardiovascular diseases. To negative factors of influence include emotional stress, personality type, habits and other features of lifestyle.

Keywords: psychological characteristics, ischemic heart disease, emotional stress, negative emotions, stress, and coronary spasm.

Постановка проблеми. Ішемічна хвороба серця є одним із виразних справжніх психосоматичних захворювань. Одним з наслідків ішемічної хвороби серця є порушення нервово-психічної сфери. Основною причиною безпосередньої та віддаленої смертності від ІХС є інфаркт міокарда. Складний багатофакторний патогенез цього захворювання і відсутність єдиних діагностичних критеріїв ускладнює своєчасну професійну діагностику, що є однією із причин недостатньо високої ефективності лікування.

Актуальність даної теми пов'язана з неухильним зростанням великої кількості захворювань на ІХС.

Аналіз останніх досліджень і публікацій. Психологічним аспектам серцево-судинних

захворювань присвячено велика низка досліджень. Так, проводилися дослідження особистісних особливостей та якості життя даної категорії хворих (Дорнічев В.М., Руднев Д.А., Соколов Є.І., Беленко Ю.Н., Шангіна О.А., Friedman M., Rosenman R., Cady L.D., Kirtler M., Woodburry N., Cole S., Griffith G., Kage H., Rosenman R., Brand R., Jenkins CD, Jenkins C., Mulder P., Vant H.). Одним з наслідків ішемічної хвороби серця є порушення нервово-психічної сфери.

У низці досліджень відзначено значущість впливу психологічних і соціальних факторів на перебіг серцево-судинних захворювань. До факторів негативного впливу відносять психоемоційну напругу, тип особистості, шкідливі звички та інші особливості способу життя.

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.

Досліджено, що серцево-судинна система проявляє універсальну схильність до негативних емоцій. В.К. Шхвацабай дослідив, що фактором розвитку інфаркту міокарда є дія неврогенних факторів.

Ю.М. Губачов, В.М. Дорничев, О.А. Ковальов, відзначають, що важливою умовою розвитку хвороби є тривале емоційне напруження.

У дослідженнях науковців було встановлено роль психологічних змінних в порушенні ліпідного балансу та формуванні атеросклеротичних уражень судин. Отримані дані, про значну роль психічних чинників у виникненні вазоспазма (Гулієв А.В., Berstrand M.E., Beamish R.E., Dhalla N.S., Conty C.R.).

В експериментальних дослідженнях показано, що ситуації стресу можуть викликати розвиток коронарного спазму (Гулієв А.В. і співавт., Сидоренко Б.А., Ревенко В.Н., Bashour T., Nakim O., et al).

Ю.М. Губачов зазначає, що можна визначати психогенні і ситуаційні варіанти розвитку гострого інфаркту міокарда.

Останні дослідження (Гусейнов І., Дроздов Д.В., Євсєєв С.П., Морозова О.В., Смулевич Б., Фільц О.О., Шапкова Л.В. та ін.) підтвердили, що злоба і негативізм підвищують ризик ІХС за рахунок збільшення кардіоваскулярної реактивності.

Виділення не вирішених раніше частин загальної проблеми. На зміну психічної діяльності літніх людей впливає етап розвитку соматичної хвороби: якщо в гострому періоді бувають стани зміненої свідомості і невротичні симптоми, то на віддаленому етапі її розвитку можуть спостерігатися зміни характеру літньої особи, астения і психоорганічні розлади. На психічну діяльність при соматичних захворюваннях роблять вплив супутні шкідливості. Так, пневмонія або інфаркт міокарду протікають з великими порушеннями психічної діяльності у осіб, що зловживають алкоголем.

Реакції особи на соматичну хворобу у ряді хворих можуть носити патологічний характер і виявлятися у вигляді психогенних невротичних, тривожно-депресивних реакцій. У інших хворих ці реакції виражаються психологічно адекватними переживаннями факту хвороби. Нервово-психічні порушення при соматичних захворюваннях зазвичай складаються з психічних соматогенних розладів і з реакції особи на хворобу.

У цій складній структурі психічних порушень літніх людей вираженість вказаних чинників не рівнозначна. Дана стаття покликана дослідити психологічні особливості жінок літнього віку, хворих на ішемічну хворобу серця.

Мета статті. Головною метою цієї роботи є теоретично з'ясувати психологічні особливості жінок літнього віку, хворих на ішемічну хворобу серця з метою подальшого емпіричного дослідження даного феномену.

Виклад основного матеріалу. Так, при судинних захворюваннях, особливо при гіпертонічній хворобі, атеросклерозі, ендокринних захворюваннях, вирішальна роль належить саме

соматогенним чинникам, при інших захворюваннях – особовим реакціям (спотворюючи операції, дефекти особи, втрата зору).

Реакції особи на хворобу знаходиться в прямій залежності від багатьох чинників [1]:

- характеру захворювання, гостроти і темпу розвитку;
- уявлення про це захворювання у самого хворого;
- характеру лікування і психологічної обстановки;
- особи хворого;
- відношення до хвороби родичів і товаришів по службі на роботі.

Хронічно готові до боротьби гіпертоніки мають дисфункцію апарату кровообігу. Вони пригнічують вільне висловлення неприязні по відношенню до інших людей через бажання бути коханими. Їх ворожі емоції вирують, але не мають виходу. У юності вони можуть бути забіяками, але з віком помічають, що відштовхують від себе людей своєю мстивістю і починають пригнічувати свої емоції. Артритик – той, хто завжди готовий атакувати, але пригнічує в собі це прагнення. Є значний емоційний вплив на мускульне висловлення відчуттів, який при цьому виключно сильно контролюється.

Зміни нервової системи і психоемоційне напруження самі по собі можуть призводити до розвитку атеросклерозу. На думку низки авторів сам по собі невроз може впливати на формування ішемічної хвороби серця [5].

Автори вважають, що хворі скаржаться на відчуття тривоги і страху, що пов'язане з емоційними реакціями на несприятливі зовнішні фактори, порушення сну, підвищення емоційної лабільності, які обумовлені емоціями болю в області серця [4].

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.

За експериментальними даними Давидова Е.Л., Харківа Є.І, які використовували методики СМОЛ та Спілбергера-Ханіна було визначено, що виражені ознаки соціально-психологічної дезадаптації з вираженими психологічними відхиленнями з переважанням іпохондричного і тривожного синдромів, а також низька психологічна стійкість до дії стресових ситуацій погіршує перебіг та прогноз захворювання [3].

Дослідники Хадзегова А.Б., Айвазян Т.А. вивчаючи фактори, що впливають на якість життя хворих на ІХС із застосуванням фізикального дослідження, психотестов, ЕКГ, холтеровського моніторингу ЕКГ виділили 4 фактори з 79, що знижують якість життя. На першому місці виявилось постінфарктне ремоделювання серця. Далі, друге місце посіла невротизація, третє – надлишкова маса тіла, та останнє-вираженість серцевої і коронарної недостатності [8].

Описуючи особистісні якості хворих на ІХС, було виділено тип «А». До нього відносять такі складові: прагнення досягнення мети, прагнення до визнання, наполегливість, невміння. Вказуються також такі риси, як амбітність, агресивність. 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 відзначив, що зв'язок захворювання з поведінкою типу «А» може бути або менш стійким, або більш складним, ніж передбачалося раніше [6].

Руднев (1990), відзначає, що основний психологічний конфлікт осіб з поведінкою типу «А» лежить в площині міжособистісних стосунків. Мова йде про неможливість реалізувати свої домінуючі мотиви та амбітні плани, відчуття нестачі часу та зануреність в роботу є важливими особистісними характеристиками поведінки типу «А». Для такого типу осіб характерні високі показники реактивної та особистісної тривожності [1].

Б. Любан-Плоцца і співавт. описуючи картину особистості хворих на ІХС зазначають, що таким особам притаманна гіперадаптація, прагнення до соціального успіху, орієнтація на змагання та працю, постійний успіх, нетерпіння, напруга [2].

Як зазначає В. О. Винокур (2006), 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. М. Дорничев (1982) 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 [2].

Відзначається у дослідженнях і низька фрустраційна толерантність хворих з ІХС, формування вираженої тривоги в ситуаціях перешкод на шляху реалізації планів. Отримані дані Bruhn J., Chandler Ст., Wolf S., 1969 свідчать про те, що хворі стенокардією, що в подальшому померли від інфаркту міокарда, відрізнялися тривожністю, іпохондрією, схильністю до депресії та мали психастенічні риси [1].

За результатами іншого дослідження, при вивченні особистісних особливостей хворих на ІХС, відзначалися циклотимні риси, а також тенденція стримувати зовнішній прояв емоційних реакцій [1].

Виявлено переважання шкали іпохондрії в профілі ММРІ у хворих інфарктом міокарда. Тарасова Е.А., Домбраускас Е.С., зазначають, що виникнення серцево-судинної патології пов'язане з активною участю в цьому процесі потреб і мотивів особистості. Є дані про детермінованість психологічної реакції на хворобу преморбідними властивостями особистості хворих на ІХС [3].

Розглядаючи особистісні чинники ІХС, слід також вказати психодинамічний опису даної проблеми. Відзначається, що важливими емоційними факторами при розладах серцевої діяльності є хронічна тривога та агресивні імпульси. Агресивність може стимулювати тривогу, а тривога підсилює агресивність, утворюючи замкнене коло [1].

Зупиняючись на динаміці психологічного статусу та якості життя у хворих на ІМ залежно від тяжкості перебігу постінфарктного періоду, Василядіс І.В., Фунтос А.І., Пападімітріон А.Г., Сбоніяс Е.С. встановили, що на гострій стадії ІМ незалежно від тяжкості хвороби провідними є синдром тривоги і кардіофобії, в постінфарктному періоді – синдроми астенії, іпохондрії та де-

пресії. Зважаючи на те, що транзиторні ішемічні епізоди в спокої у хворих на ІХС зв'язуються з ментальним стресом [9]. Експериментаторами було проведено 24-годинне моніторинґ показників функції ЛШ, ЕКГ і АТ у пацієнтів з ІХС під час фізичного навантаження і стресу.

В рамках популяційного скринінґу проекту ВООЗ була обстежена випадкова репрезентативна вибірка чоловіків. Депресію вивчали за допомогою діагностичного Мінесотського опитувальника, адаптованого ВООЗ. Дослідження показало значну поширеність ІХС при наявності депресії, особистісної тривожності та відсутності ІХС [2].

Оскільки депресивні стани відзначаються у 14-24% хворих ІХС, причому, ознаки депресії є настільки ж значущим прогностичним фактором рівня летальності при ІХС, як і ступінь недостатності кровообігу (НК) [7].

З метою оцінки психоемоційного статусу хворих проводилися психодіагностичні та психофізіологічні дослідження [6]. Використовувалась методика Ханіна Ю. К. яка складається з 40 питань "шкала самооцінки", спрямованих на виявлення тривоги пацієнтів як в даний момент (реактивна тривожність), так і протягом тривалого періоду життя (особистісна тривожність). З допомогою тесту САН було оцінено функціональний стан хворих в момент дослідження за трьома параметрами: самопочуття (С), активності (А) і настрою (Н). Рівень депресії визначався за опитувальника Бека.

Гаврилькевич В.К. досліджуючи дорослих людей, які страждають на ІХС, виявив недосконалість окремих ланок системи емоційної саморегуляції особистості [7]. Зокрема, з достатньо високою статистичною значущістю ним було встановлено, що в дорослих із ішемічною патологією серця більш виражені механізми психологічного захисту, самоконтроль у діяльності та поведінці, алекситимія. В той же час, у них менш виражена здатність до позитивної переоцінки складних життєвих ситуацій. Встановлено кореляції ішемічної патології серця з такими структурно-функціональними особливостями системи емоційної саморегуляції особистості: 1) підвищеним рівнем прояву несвідоміх механізмів психологічного захисту, що спотворюють сприйняття дійсності та перешкоджають особистісному розвитку; 2) гіпертрофованим самоконтролем зовнішніх (поведінково-діяльнісних) проявів емоційних явищ при недостатньому володінні самими емоційними переживаннями; 3) низьким рівнем свідомої смислової емоційної саморегуляції.

В цілому, багато дослідників відзначають, що хворі ІХС відрізняються підвищеним рівнем невротизації, тривоги, ригідності, утрудненнями в сфері соціальних контактів, схильністю до депресії. Але, інші автори вказують на те, що хворим ІХС властиві такі особливості, як ворожість, агресивність, гнів, імпульсивність.

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.

Висновки і пропозиції. У статті розглядається актуальне питання психологічних особливостей жінок літнього віку, хворих на ішемічну хворобу серця.

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.

Теоретично з'ясовано, що вираженість і якість змін психічної діяльності при соматичних захворюваннях знаходяться залежно від багатьох причин, і в першу чергу – від природи самого захворювання, а також від типу течії і гостроти розвитку хвороби.

У низці досліджень відзначено значущість впливу психологічних і соціальних факторів на перебіг серцево-судинних захворювань. До факторів негативного впливу відносять психоемоційну напругу, тип особистості, шкідливі звички та інші особливості способу життя.

Список літератури:

1. Гаврилькевич В.К. Особливості емоційної саморегуляції дорослих з ішемічною патологією серця : дис. канд. психол. наук : 19.00.04 «Медична психологія». Вячеслав Костянтинович Гаврилькевич. Інститут психології ім. Г.С. Костюка НАПН України. Київ, 2011. 218 с.
2. Гагулин И.В., Пак В.А., Гафаров В.В., Гафарова А.В. Депрессия, личностная тревожность и ИБС (программа ВОЗ «Моника- психосоциальная»). Труды Российского национального конгресса кардиологов. Москва, 2001. 84 с.
3. Давыдов, Е.Л., Харьков, Е.И. Оценка психологического профиля больных ишемической болезнью. Мат. Рос. нац. конгресса кардиологов. Москва, 2001. С. 112–113.
4. Литвинчук Л.М. Застосування методів музикотерапії як метод підвищення адаптаційної здатності організму осіб, хворих на наркоманію. Актуальні проблеми психології : зб. наук. пр. Ін-ту психології імені Г.С. Костюка НАПН України. 2015. Київ : Гнозіс, 2015. Т. XI, вип. 13. С. 79–88.
5. Литвинчук Л.М., Чистяк О.В. Розвиток символічного засобу комунікації особистості методами музичного впливу: психофізіологічне дослідження на основі візуального та звукового біологічного зворотного зв'язку. Збірник наукових праць Національної академії Державної прикордонної служби України. Серія : психологічні науки [гол. ред. О.Ф. Волобуєва]. Хмельницький : Видавництво НАДПСУ, 2018. № 1. С. 158–165.
6. Радзиевский С.А. Кардиопротекторный эффект рефлексотерапии при стрессорных и ишемических повреждениях (экспериментально-клиническое исследование) : автор. дисс. докт. мед. наук. Москва, 1991. 47 с.
7. Разумов А.Н. Основы государственного регулирования в сфере развития восстановительной и курортной медицины. Мат. м/н конгресса «Здравница – 2001». Москва, 2001. С. 6–9.
8. Хадзегова А.Б., Айвазян Т.А., Померанцев В.П., Васюк Ю.А. и др. Динамика психологического статуса и качества жизни больных инфарктом миокарда в зависимости от тяжести течения постинфарктного периода. Кардиология. Москва, 1997. С. 37–40.
9. Vassiliadis, I.V., Fountos, A.I., Papadimitrion, A.G., Sbonias, E.C. Mental Stress – induced silent myocardial ischemia detected during ambulatory Ventricular function monitoring. Int J. Card Imaging. 1998. Jun; 14(3): p. 171–177.

References:

1. Havrylkevych, V.K. (2011). *Osoblyvosti emotsiinoi samorehuliatcii doroslykh z ishemichnoiu patolohiieiu sertsia : dys. ... kand. psykhol. nauk: 19.00.04 «Medychna psykholohiia* [Characteristics of emotional self-regulation in adults with coronary heart disease: dis. kand. the course of studies. Sciences: 19.00.04 "Medical psychology"]. Kyiv: Instytut psykholohii im. H.S. Kostiuka NAPN Ukrainy. (in Ukrainian)
2. Nahulyn, Y.V., Pak, V.A., Hafarov, V.V., & Hafarova, A.V. (2001). *Depressiya, lychnostnaia trevozhnost y YBS (programma VOZ «Monyka – psykhosotsyalnaia»*. *Trudy Rossyiskoho natsyonalnoho konhressa kardyyolohov* [Depression, personal anxiety and ischemic heart disease (the who programme "Monica – psychosocial"). Works Russian national Congress of cardiology]. Moskva. (in Russian)
3. Davydov, E.L., & Kharkov, E.Y. (2001). *Otsenka psykholohycheskoho profylya bolnykh yshemycheskoi bolezniu. Mat. Ros. nats. konhressa kardyyolohov* [Assessment of the psychological profile of patients with coronary disease. Mat. Rus. NAT. Congress of cardiology]. Moskva. (in Russian)
4. Lytvynchuk, L.M. (2015). *Zastosuvannia metodiv muzykoterapii yak metod pidvyshchennia adaptatsiinoi zdatnosti orhanizmu osib, khvorykh na narkomaniu* [Application of methods of music therapy as a method of improving the adaptive abilities of the body of drug addicts]. *Aktualni problemy psykholohii: zb. nauk. pr. In-tu psykholohii imeni H.S. Kostiuka NAPN Ukrainy*, vol. 13, no. 11, pp. 79–88.
5. 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* [Development of the symbolic means of communication of the person by methods of musical influence: psychophysiological research on the basis of visual and sound biological feedback]. *Zbirnyk naukovykh prats Natsionalnoi akademii Derzhavnoi prykordonnoi sluzhby Ukrainy. Seriya: psykholohichni nauky [hol. red. O.F. Volobueva]*, no. 1, pp. 158–165.
6. Radzjevskiy, S.A. (1991). *Kardyyoprotekturnyi effekt refleksoterapii pry stressornykh y yshemycheskykh povrezhdeniyakh (eksperymentalno-kllynycheskoe yssledovavanye): avtor. dyss. dokt. med. nauk* [Cardioprotective effect of reflexology in stress and ischemic injuries (experimental-clinical study)]. Moskva. (in Russian)
7. Razumov, A.N. (2001). *Osnovy hosudarstvennoho rehulyrovannia v sfere razvytyia vosstanovyitelnoi y kurortnoi medytsyny. Mat. m/n konhressa «Zdravnytsa – 2001»* [Fundamentals of state regulation in the field of rehabilitation and spa medicine. Mate. m/n of the Congress "Health Resort"]. Moscow.
8. Khadzehova, A.B., Aivazian, T.A., Pomerantsev, V.P., Vasiuk, Yu.A. i dr. (1997). *Dynamyka psykholohycheskoho statusa y kachestva zhynnykh bolnykh ynfarktom myokarda v zavysymosti ot tiazhesty techeniya postynfarktnoho peryoda* [Dynamics of psychological status and quality of life of patients with myocardial infarction depending on the severity of the postinfarction period]. *Kardyyolohiya* [Cardiology]. Moskva.
9. Vassiliadis, I.V., Fountos, A.I., Papadimitrion, A.G., & Sbonias, E.C. (1998). *Mental Stress – induced silent myocardial ischemia detected during ambulatory Ventricular function monitoring*. Int J. Card Imaging. Jun; vol. 14(3), pp. 171–177.