

## ДО ПРОБЛЕМИ ПСИХОКОРЕКЦІ ЕМОЦІЙНИХ СТАНІВ ЖІНОК ЛІТНЬОГО ВІКУ З СЕРДЕВО-СУДИННИМИ ЗАХВОРЮВАННЯМИ

*Онiсковиця Богдана Іванiвна<sup>1</sup>*

<sup>1</sup>Аспірантка 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 розглянуто методику розроблення та впровадження комплексної програми психокорекції емоційних станів жінок літнього віку з серцево – судинними захворюваннями.

Обґрунтовано основні положення програми, перелік і послідовність заходів з урахуванням визначених компонентів психоемоційних станів пацієнтів з серцево – судинними захворюваннями.

З'ясовано основні складові психоемоційного стану жінок літнього віку при серцево – судинних захворюваннях, які складаються з комплексу психофізіологічних чинників, що включають в себе: специфіку емоційно-негативних станів: тривога, депресія, астения, ворожість; клінічні прояви серцево – судинних захворювань та супутні зміни психоемоційної сфери; особистісні особливості, що включають агресивність, тривожність, невротичність і депресивність в структурі особистісних характеристик.

Для досягнення психокорекційних цілей емоційних станів використано ігротерапію, арт-терапію та тілесно-орієнтовану терапію. За даними формуючого експерименту, здійснено вплив на такі психоемоційні характеристики, як тривога – 30%; депресія – 38%; астения – 42%; ворожість – 60%, що доводить ефективність методики.

**Ключові слова:** серцево – судинні захворювання, жінки літнього віку, психоемоційні стани.

### Постановка проблеми.

У сучасному світі питання проблеми зростання великої кількості жінок літнього віку з серцево – судинними захворюваннями є досить актуальною медико - психологічною проблемою та призводить до великої низки соціальних і економічних проблем. Для ефективного подолання цієї медичної проблеми, яка з роками тільки набуває величини, необхідне глибоке знання етіології та патогенезу серцево – судинних захворювань. Проте, на сьогоднішній день присутня лише незначна низка досліджень, що створює потребу у подальших дослідженнях з даної проблематики. Природа ішемічної хвороби серця є складним багаторівневим утворенням, хворі потребують не лише медикаментозного лікування, а також цілого комплексу заходів, що складається з корекції харчування, впровадження лікувальної фізкультури та якісної психокорекції пато-

логічних емоційних станів. В даний час потреба в санаторному лікуванні хворих із серцево судинними захворюваннями задовольняється лише частково для осіб працездатного віку, при цьому амбулаторно-поліклінічна ланка психокорекції практично відсутня. Однак, в умовах сучасної України, коли реабілітаційні послуги здебільшого надаються спеціалізованими комерційними центрами участь у програмах психокорекції виявилася матеріально недоступною для більшості людей літнього віку з серцево – судинними захворюваннями. Така ситуація породжує необхідність пошуку та створення доступних програм для людей літнього віку з серцево – судинними захворюваннями задля підвищення активності та поліпшення якості їх життя.

### Аналіз останніх досліджень і публікацій.

Ішемічна хвороба серця - це наслідок розвитку

Address for correspondence, e-mail: [editpsychas@gmail.com](mailto: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.

атеросклеротичного процесу, який в свою чергу є одним з проявів реакції організму на шкідливі чинники зовнішнього середовища є розвиток атеросклеротичного процесу і як наслідок цього, ішемічної хвороби серця. Саме тому, первинна та вторинна профілактика прогресування ішемічної хвороби серця має ґрунтуватися на боротьбі з чинниками ризику хвороби.

Одним з проявів хвороби - є інфаркт міокарда. Інфаркт - ділянку органу або тканини, що піддається некрозу внаслідок гостро порушення кровопостачання; міокард - середній шар стінки серця, що утворюється скорочувальними м'язовими волокнами і атипичними волокнами, які в свою чергу є складовими провідної системи серця (Федотов В.Д., 2007).

Відповідно до статистичних даних, в Україні у 2012 р. перше місце серед причин виникнення смерті посідають серцево-судинні захворювання (65,8 %). У формуванні показника захворюваності провідну роль відіграють гіпертонічна хвороба (ГХ), ІХС та цереброваскулярні захворювання, частка яких відповідно становить 36,8; 24,5 та 19,2 %.

Захворювання серця і судин викликають різноманітні порушення функцій, які проявляються характерними симптомами і викликають різноманітні скарги у хворих. Одним з порушень роботи серця є збільшення частоти його скорочень - *тахікардія*, яка компенсує недостатність кровообігу і може бути симптомом різних захворювань. Хворі нерідко відчувають тахікардію як серцебиття (посилення і почастищення роботи серця), що зумовлено підвищеною збудливістю нервового апарату. Порушення серцевого ритму, навіть уражень серцевих м'язів, іноді також відчувається як серцебиття (Степанова, 2010).

Патогенетичні фактори ішемічної хвороби, атеросклерозу і гіпертонічної хвороби також спільні: гіперліпідемія; артеріальна гіпертензія; надмірна маса тіла (ожиріння); малорухливий спосіб життя; куріння; порушення толерантності до вуглеводів, в особливості цукровий діабет; сечокислий діабез. Ці фактори ішемічної хвороби - фактори ризику розвитку інфаркту міокарда як головного прояву ІХС. Артеріальна гіпертензія в генезі інфаркту міокарда призводить до функційного обтяження міокарда, сприяє розвитку плазморагічних, геморагічних і тромбоемболічних змін. Надмірна маса

тіла і малорухливий спосіб життя створюють загальні й місцеві передумови обмінного, а куріння - вазомоторного характеру, сприяє розвитку ішемії міокарда та її наслідків. Ішемічна хвороба серця перебігає хвилеподібно і нерідко супроводжується коронарними кризами, які виникають на фоні хронічної (відносної) недостатності коронарного кровообігу (Краснов, 2009).

У цілому в жінок ІХС виникає на 10-15 років пізніше, ніж у чоловіків. Зі збільшенням тривалості життя населення ІХС стає дедалі більш характерною і частою для жінок. Враховуючи також загальне постаріння населення, на сьогодні ІХС є найбільш важливою причиною смертності та інвалідності серед жінок старшого віку. У пацієток з ІХС відзначають суттєві відмінності у клінічній картині захворювання і певні особливості діагностики, що при низькій націленості на цю патологію створює ще більші діагностичні труднощі (Степанова, 2010).

На думку М. С. Роговина, головні завдання лікування для осіб із захворюваннями серцево-судинної системи полягають у корекції харчування, індексу маси тіла, рівня артеріального тиску, холестерину, а також підвищенні фізичної активності, що веде до зниження рівня ризику розвитку серцево-судинних захворювань. Здатність виконувати фізичну роботу не тільки розширює рухові можливості людини, але й значною мірою покращує якість життя хворого (Роговин, 1986).

Існує необхідність застосування засобів фізичної корекції у комплексному відновленні осіб із захворюваннями серцево – судинної системи доведено теорією і практикою. У наукових публікаціях для осіб з ішемічною хворобою серця пропонується застосовувати програми фізичних тренувань, які складаються з комплексу інтенсивних гімнастичних вправ, дозованої ходьби та тренувань на велоергометрі, масажу та фізіотерапії (Кириленко, 2007).

Однак, надаючи деякі методичні рекомендації, не деталізуються терміни і тривалість застосування певних форм ЛФК та не вказується чітка послідовність застосування засобів фізичної корекції людей різних вікових категорій. Особливо це стосується таких вікових категорій як люди літнього віку (56-65 років для жінок та 60-70 років – для чоловіків) та старих людей.

Питання про роль гострого і хронічного психіч-

ного стресу в розвитку ІХС на даний момент є найбільш вивченим, порівняно з іншими психічними чинниками етіології ІХС, зокрема, детально вивчені патогенетичні механізми стресу. Виділяють 2 види стресу: гострий і хронічний. За даними більшості досліджень, у людській популяції джерелами гострого стресу є смерть близьких, стихійні лиха, наслідки терористичних актів і т. д., до хронічного стресу переважно призводять соціально-економічні фактори, в першу чергу особливості роботи (Максименко, 2015).

Н. В. Варіна у своєму дослідженні показала, що стрес має переважне значення серед чинників, що зумовлюють виникнення та перебіг ІХС. Дані про високе стресове навантаження хворих на стенокардію та інфаркт міокарду наводяться в епідеміологічних дослідженнях, виконаних у високорозвинених країнах: США (Варіна, 2006). Д. Райгородський зазначає, що психоемоційне напруження часто є пусковим моментом у розвитку нападу стенокардії та інфаркту міокарду. Тривале й виражене психоемоційне напруження в хворих на ІХС сприяє виникненню порушень ритму серця, в першу чергу шлуночкової (Райгородський, 2003).

За дани Н. В. Степанової, вивчення стану психіки показало, що 72,4% хворих на ІХС до появи симптомів захворювання мали ті чи інші психопатологічні порушення. Провідне місце займали гіперстенічний і гіпостенічний синдроми, в той час як інші відхилення в психічній діяльності зустрічалися значно рідше. Вважаємо за необхідне звернути увагу на те, що як для гіперстенічного, так і для гіпостенічного невротичних синдромів характерними є прояви емоційної неврівноваженості та нестійкості, ослаблення здатності особистості керувати своїми емоційними процесами і станами (Степанова, 2010).

Як зазначає В. В. Столін, невроз не здійснює впливу на розвиток ІХС; у хворих же на маніакально-депресивний психоз, за літературними даними і за попередніми спостереженнями, ІХС зустрічається частіше, ніж у контрольній групі. Показана патогенна роль депресії в розвитку ІХС у формі інфаркту міокарду, стенокардії та серцево-судинної смерт (Столін, 1893).

На сьогоднішній день тривога і депресія розглядаються як вагомні фактори ризику розвитку ІХС. Зна-

чається, 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. 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 (Соловієнко, 2000).

Механізми, через які депресія реалізує свій вплив на захворюваність і смертність, можна поділити на прямі патофізіологічні та поведінкові. Важливу патогенетичну роль при депресії відводять підвищенню активності симпатико-адреналової системи, що призводить до збільшення частоти серцевих скорочень, артеріального тиску, скоротливості міокарду та, відповідно, споживання міокардом кисню. В пацієнтів із депресією є не тільки підвищений базальний рівень циркулюючих катехоламінів, але й збільшена їх продукція у відповідь на емоційний стрес. При депресії виявлено також зниження вагусної активності. В пацієнтів із ІХС і депресією знаходили підвищену агрегаційну здатність тромбоцитів (Каткова, 2016).

**Метою** дослідження є розроблення та впровадження комплексної програми психокорекції емоційних станів жінок літнього віку з серцево – судинними захворюваннями.

#### **Методи дослідження та їх обґрунтування.**

У дослідженні взяли участь 52 респондентів похилого віку. Із загальної групи жінок (n = 52) нами були сформовані контрольна та експериментальна групи. До контрольної увійшло 18 пацієнтів, а до експериментальної, відповідно, 34 жінки з серцево – судинними захворюваннями.

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; Для створення програми психокорекції емоційних станів

жінок літнього віку з серцево – судинними захворюваннями, було використано системний та генетико – моделюючий підхід.

### Виклад основного матеріалу.

Ішемічна хвороба серця - це наслідок розвитку атеросклеротичного процесу, який в свою чергу є одним з проявів реакції організму на шкідливі чинники зовнішнього середовища є розвиток атеросклеротичного процесу і як наслідок цього, ішемічної хвороби серця. Саме тому, первинна та вторинна профілактика прогресування ішемічної хвороби серця має ґрунтуватися на боротьбі з чинниками ризику хвороби ( Каткова, 2016).

На думку Ю. Семенової Амосової головні завдання лікування для осіб із захворюваннями серцево-судинної системи полягають у корекції харчування, індексу маси тіла, рівня артеріального тиску, холестерину, а також підвищенні фізичної активності, що веде до зниження рівня ризику розвитку серцево-судинних захворювань. Здатність виконувати фізичну роботу не тільки розширює рухові можливості людини, але й значною мірою покращує якість життя хворого. (Семенова, 2010). Необхідність застосування засобів фізичної корекції у комплексному відновленні осіб із захворюваннями серцево – судинної системи доведено теорією і практикою.

У наукових публікаціях для осіб з ішемічною хворобою серця пропонується застосовувати програми фізичних тренувань, які складаються з комплексу інтенсивних гімнастичних вправ, дозованої ходьби та тренувань на велоергометрі, масажу та фізіотерапії (Степанова, 2010). Однак, надаючи деякі методичні рекомендації, не деталізуються терміни і тривалість застосування певних форм ЛФК та не вказується чітка послідовність застосування засобів фізичної корекції людей різних вікових категорій. Особливо це стосується таких вікових категорій як люди літнього віку (56-65 років для жінок та 60-70 років – для чоловіків) та старих людей.

В вітчизняній літературі практично не зустрічається праць, присвячених дослідженню психокорекції людей літнього віку. Дослідження процесів і організації психологічної реабілітації серед пацієнтів цієї вікової групи широкомаштабно проводились у США та

Канаді. Частково цей інтерес пояснюється тим, що пенсійний вік в західних країнах припадає на 65 років, за рахунок вищих стандартів життя та якості життя середній вік населення в країнах західного світу набагато вищий ніж в Україні та існує інша класифікація за віком. Людми літнього віку прийнято вважати вікову категорію яка в нашій класифікації підпадає під старість.

Зазначимо також, що в реформі сучасної медицини в нашій державі існує помітна тенденція до скорочення відділень психопрофілактики та реабілітації при поліклініках, функція реабілітації після судинних катастроф передана спеціалізованим центрам. Зменшується надання безкоштовних послуг для пацієнтів.

Послуги спеціалізованих реабілітаційних комерційних центрів надаються за досить вузькою спеціалізацією. Їх кількісно недостатньо для вирішення комплексних проблем психопрофілактики та тим більше, що при зубожінні більшості населення, пенсіонери літнього віку не в змозі скористатися дорогими в грошовому вимірі послугами.

У нашому дослідженні було з'ясовано компоненти психологічного стану при ІХС, які 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.

Було визначено, що жінки літнього віку, хворі на ішемічну хворобу серця характеризуються високим рівнем *тривожності*, а також яскраво вираженими проявами *тривоги і депресії*.

Подібні висновки наштовхнули нас на думку створення комплексної програми психокорекції негативних емоційних станів жінок літнього віку, хворих на ішемічну хворобу серця. При цьому вона має бути: з одного боку науково-методологічно обґрунтованою, а з другого боку - комплекс вправ має бути легким для розуміння, доступним для застосування в самостійному щоденному використанні людей літнього віку. Комплекс вправ має бути безпечним з точки зору ризиків ускладнень хвороби. Він має складатися з простих до засвоєння методик, спрямованих на підтримання та

посилання тих компенсаторних утворень, що характерні для літнього віку.

*Комплексна програма психокорекції емоційних станів жінок літнього хворих на ішемічну хворобу серця (далі КПП) створена на засадах системного та генетико-моделюючого підходів.*

*Системний підхід, як принцип вивчення будь-якого явища або психофізіологічної проблеми в цей час є загальноприйнятим у науковому співтоваристві. Системний підхід є якісно-сутнісним аналізом цілісних об'єктів, самостійним методологічним засобом передбачення, опису, пояснення цілісних утворень (Рубінштейн, 1989), «сполучною ланкою між філософською методологією та методологією конкретних наук», що дозволяє будувати нові шляхи пізнання складних цілісних об'єктів та нові проблеми їх дослідження.*

Ідеї системного підходу у вітчизняній медицині та психології представлені в роботах В.Н. Мясіщева, Б.С. Братуся та ін. Системний підхід передбачає впровадження в практику основних реабілітаційних технологій, що сприятимуть відновленню фізичних, психічних та духовних ресурсів особи, переходу із сфери можливого відновлення у сферу реального. До них належать організаційні, діагностичні, терапевтичні, психотерапевтичні та інші технології. Системність при створенні комплексної програми психокорекції хворих має враховувати всі аспекти психокорекції, завдяки яким пацієнт після проходження Програми може повернутися в суспільство повноцінним його членом (Прокоф'єва, 2015).

*Генетико-моделюючий підхід* в контексті якого розглядаємо мультимодальність розвитку особистості та формуємо засоби для створення сприятливого простору з метою розвитку позитивних природних якостей та схильностей особистості (Максименко, 2015).

*Основна мета психокорекції жінок літнього віку хворих на ІХЗ, базується на основі системного та генетико-моделюючого підходів та полягає в підтриманні фізичного та психічного статусів.*

На основі проведених досліджень, з урахуванням визначених компонентів психоемоційних станів пацієнтів з ІХЗ, які складаються з комплексу психофізіологічних чинників, визначено основні положення програми, перелік і послідовність можливих заходів щодо впрова-

дження цієї програми. При роботі з жінками літнього віку, хворих на ішемічну хворобу серця завдання діагностики можна об'єднати в три відносно автономних блоки, що мають фізичний, психологічний, соціально-педагогічний компоненти.

Пролонгований характер процесу психокорекції, а також неоднозначність його результату ставлять перед діагностом питання: визначення факторів - внутрішньоособистісних, міжособистісних, тощо; на якій стадії відновлення дані фактори стають провідними, який процес їх зміни; на які особистісні особливості досліджуваних необхідно звернути увагу, щоб підвищити ефективність програми; як організувати індивідуальну роботу.

Системний підхід передбачає впровадження в практику основних відновлювальних технологій, що сприятимуть відновленню фізичних та психічних ресурсів особи, переходу із сфери можливого відновлення у сферу реального. До них належать організаційні, діагностичні, терапевтичні, психотерапевтичні та інші технології.

Приймаючи всі характеристики системи та генетико-моделюючого підходу, ми, як особливо важливі для нас, *виокремлюємо наступні*: цілісність, взаємозв'язок системи із середовищем, ієрархічність, множинність опису, цілеспрямованість та самоорганізація.

*Основою Програми є такі положення:*

- 1) найважливішим фактором ефективної психокорекції є активна участь самого хворого;
- 2) найкраща форма роботи з жінками літнього віку з ІХЗ – групова;
- 3) комплексна програма психокорекції емоційних станів жінок літнього хворих на ішемічну хворобу серця має 3 компоненти - фізичний, психологічний, педагогічний;
- 4) КПП триває протягом значного періоду часу і не тільки у формі групової роботи з тренером, у взаємодії з членами групи, самостійних занять;
- 5) набуті навички виконання вправ, засвоєних прийомів дихальної гімнастики, самоконтролю та релаксації мають застосовуватись щоденно самостійно в побутових умовах.

*Основними принципами КПП були*: добровільна згода пацієнта на участь у Програмі; принцип партнерс-

тва, залучення хворого до активної співпраці у процесі психокорекції; принцип єдності лікувальних, біологічних і психосоціальних методів впливу; принцип етапності, що підкреслює необхідність дотримання певної послідовності в застосуванні різних елементів відповідального комплексу.

Структуру комплексної програми психокорекції емоційних станів жінок літнього віку, хворих на ішемічну хворобу серця подаємо у формі таблиці 1.

Головною ідеєю запропонованого комплексу заходів психокорекції стало наступне твердження: встановлені компоненти психоемоційного стану пацієнтів літнього віку, хворих на ІХС дозволяють цілеспрямовано впливати на патогенетичні чинники їх розвитку та зменшувати їх рівень завдяки спеціальним психокорекційним та психопрофілактичним заходам, та співвідносяться з індивідуальними та статевовіковими особливостями.

трирівневий основі, складаючись з наступних компонентів: методологічного (головна мета, логіка та цілі комплексу заходів);

Головна мета полягала в переосмисленні особами ставлення до своїх життєвих стратегій, ідентифікація та розуміння власних емоційних станів завдяки використанню технологій психологічного тренінгу й стратегій психокорекції. Цілями визначені ефективне залучення Програми, формування профілактичного комплексу під час проведення заходів, пролонгація позитивного ефекту.

3) системного - зв'язки між компонентами та елементами, що їх складають.

Толерантність до фізичного навантаження можна визначити за результатами «12-хвилинного тесту», розробленого К. Купером: що передбачає біг (чи ходьбу) протягом 12 хвилин, після чого визначають відстань

Таблиця 1.

**Структура комплексної програми психокорекції емоційних станів жінок літнього віку, хворих на ішемічну хворобу серця**

Компоненти програми психокорекції	Напрямок роботи	Форма впливу	Результат
Педагогічна робота.	Навчання та психологічне консультування медиків.	1. Міні-лекція в режимі відкритої групи обговорення для медичного персоналу. 2. Психологічне консультування медиків з приводу їхніх запитів, щодо особливостей емоційних станів. 3. Обговорення.	Переосмислення медиками взаємодії з пацієнтами. Отримання психологічної інформації, щодо особливостей емоційних станів жінок з ІХС.
Покращення психоемоційних характеристик особистості.	Щоденне тренування в доступних формах	Теоретична частина (декілька міні-лекцій по 5-7 хвилин), яка розкривала тему блоку, та практичних занять блоку (рольові та ділові ігри, групова дискусія, групова та індивідуальна консультація).	Переосмислення особами ставлення до своїх життєвих стратегій, ідентифікація та розуміння власних емоційних станів;
Покращення фізичного стану, підвищення витривалості та працездатності	Навчання та психологічне консультування досліджуваних.	ЛФК, дозована ходьба, дихальна гімнастика.	Формування навичок здорового способу життя; поліпшення коронарного та периферичного кровообігу, дії.

стями.

Для досягнення даної мети були окреслені проміжні цілі, послідовне досягнення яких призводило до її вирішення.

Проміжні цілі та їх послідовність: нормалізація психоемоційного стану, формування навичок саморегуляції; редукція схильності до агресії та саморуйнівної поведінки; підвищення стресостійкості; актуалізація особистісних ресурсів самозмінення; розвиток емпатії і аффіліації як провідних адаптивних копінг-ресурсів.

Запропонований комплекс заходів базувався на

пройдену за цей час. При появі задишки та інших негативних суб'єктивних відчуттів біг сповільнюється чи переходять на ходьбу, можна навіть присісти, поки дихання не відновиться.

Самий об'єктивний показник функціонального стану серцево-судинної системи (з тих, котрі можна визначити самостійно) - частота серцевих скорочень (ЧСС). Встановлено, що максимальній фізичній роботі, а отже, і максимальному споживанню кисню завжди відповідає певна частота серцевих скорочень, що теж називається максимальною. У здорової людини вона

постійна і залежить в основному від віку, статі і загальної фізичної підготовки.

Для оцінки сил можна використовувати більш м'яку і «повсякденну» перевірку, наприклад, піднятися по сходах на 4-й поверх. Якщо після цього можна піднятися ще вище (тобто не виникає ніяких неприємних відчуттів), то можна говорити про задовільну фізичну підготовку. Щоб переконатися в тому, що і стан серця цілком задовільний, треба поррахувати пульс: якщо він складає 100-120 ударів у хвилину - це дуже добре, якщо 120-140 - задовільно, 140 ударів у хвилину і більше – незадовільно.

М. С. Роговин запропонував використовувати також пробу з присіданнями. Встати прямо, ноги разом, руки вздовж тулуба. Порахувати пульс і зробити 20 присідань у повільному темпі, піднімаючи руки вперед і розводячи коліна в сторони; тулуб тримати прямо. Люди літнього віку можуть при цьому триматися за спинку стільця. Зробивши 20 присідань, знову поррахувати пульс. Оцінка відмінно - ЧСС зросла не більше ніж на 25%; задовільно - на 25-50%; якщо ж на 75% і більше – незадовільно (Роговин, 1986).

Важливим аспектом є забезпечення безпеки тренувань і методи лікарського контролю. Для забезпечення безпеки заняття ЛФК повинні проводитися лише в присутності і під спостереженням лікаря, що володіє методами надання реанімаційної допомоги. У залі, де проводяться заняття, повинні знаходитися готові до використання дефібрилятор, стерильні шприци і голки з набором медикаментів, необхідних для екстренної медичної допомоги.

Поява патологічної реакції на дозоване фізичне навантаження є критерієм екстреного її припинення і відсторонення хворого від заняття. Знову до занять такий хворий може бути допущений лише після ретельного лікарського огляду і реєстрації ЕКГ у спокої. З появою ознак проміжного типу реакції серцево-судинної системи на фізичне навантаження необхідно або зменшити рівень фізичного навантаження, або тимчасово перервати його виконання (до припинення болювого приступу, нормалізації дихання і т.д.). Будь-які відхилення в реакції на фізичне навантаження (проміжна чи патологічна реакція) реєструються в протоколі заняття.

*Комплексна програма психокорекції емоційних станів жінок літнього хворих на ішемічну хворобу серця - «Покращення психоемоційних характеристик особистості».*

*Вступ:* оголошення теми тренінгу; прийняття «Правил» проведення тренінгу (цінувати час (говорити по черзі, коротко і нечасто, за темою заняття), говорити тільки від свого імені, бути доброзичливим і позитивно ставитися до себе та до інших (Бути +), поважати свою і протилежну стать, добровільно бути активним, правило додавання (Я + Ти + Ми), забезпечувати абсолютну конфіденційність того, що відбувається на тренінгу).

*Привітання* – уточнення самопочуття кожного, що створює атмосферу «тут і зараз». Розкриваючи свій емоційний стан, учасники розповідають, чого вони очікують від заняття, та про зміни, які сталися внаслідок попереднього заняття.

*Основна частина.* Вправи пасивного характеру виконуються по черзі з рухливими іграми. І перший, і другий етапи обов'язково завершуються обговоренням і самозвітом учасників стосовно своїх відчуттів і думок.

*Вправи для емоційної розминки – спрямовані на створення внутрішньої свободи учасників групи.*

*Підведення підсумків заняття – висловлювання учасників по черзі стосовно своїх відчуттів і вражень щодо проведеної роботи, побажання тренеру та групі.*

*Закінчення заняття* – заключні вправи, після яких – оцінка-аналіз заняття, який можна проводити у формі анкет, опитувальних листів або просто висловів присутніх.

*Прощання* – ритуальна дія, яка може мати різні форми.

*Перелік технік, що використовуються при проведенні тренінгу:*

*Презентація та «криголами».*

Використовуються короткі вправи, що призначені розпочинати заняття: вони сприяють створенню атмосфери довіри в групі, заохочують до участі та взаємної підтримки.

*«Мозковий штурм».* Збір якомога більшої кількості ідей щодо певної проблеми від усіх учасників занять упродовж обмеженого за обсягом часу.

*Обговорення великою групою.* Вся група обговорює ідеї чи події, що стосуються якоїсь запланованої

або *імпрізованої теми*.

**Обговорення малою групою.** Група з 3 – 6 осіб обговорює певні проблеми та виробляє шляхи їх вирішення, потім – обмін думками та їх обговорення усіма членами групи.

**Групова дискусія** – дозволяє зіставити протилежні позиції, побачити проблему з різних боків, уточнити взаємні позиції, що зменшує опір сприйняттю нової інформації, усуває емоційну упередженість.

**Міні-лекції** – (по 10 – 20 хв.) надають можливість донести нову, необхідну для подальшої роботи інформацію, що має допомогти присутнім глибше зрозуміти проблему і зробити необхідні висновки.

**Рольова гра** – імітує реальність того, що відбувається, та надає можливість діяти учасникам «мов насправді». Мета – визначити ставлення до конкретної життєвої ситуації, набутти досвіду шляхом гри. Інколи присутні можуть розігрувати ситуації, в яких вони вже побували.

**Дослідження випадків.** Базується на реальних випадках, які є власним досвідом членів групи. Стимулює пошук здобутків і помилок у власній поведінці.

**Психогімнастика** – учасники спілкуються без допомоги слів.

Теми психогімнастичних вправ можуть бути найрізноманітнішими, але можна виділити основні: – щоденні життєвські ситуації; – проблематика окремих членів групи; – типові людські конфлікти; – відносини в групі; – фантазії і казки; – відношення до самого тренінгу.

**Емоційний тренінг.** Запропоновані нижче вправи спрямовані на розвиток у суб'єктів здатності розбиратися у своїх почуттях, а також на розвиток емоційної відкритості, емпатії, навичок сприйняття й адекватної оцінки емоційних станів інших людей.

**Розминочні вправи.**

**Вправа «Вітання».** Починає один з учасників і, звертаючись до сусіда з почуттям радості від зустрічі з ним, закінчує фразу «Вітаю...», виражаючи своє почуття і голосом, і жестом, і посмішкою;

**Вправа «Вітаю, ти уявляєш...».** Члени групи по колу вітаються цією фразою, описуючи який-небудь цікавий випадок, смішний епізод, що відбувся з ними;

**Вправа «Вітаю, я рад тебе бачити...».** Учасни-

ки тренінгу звертаються один до одного по черзі, закінчуючи фразу «Здрастуй, я рад тебе бачити...». Потрібно сказати щось гарне, приємне, але обов'язково від усієї душі, широко;

**Вправа «Конвейєр».** Один з учасників представляє, що в нього в руках симпатичне, пухнасте кошеня, він гладить його, пестить, а потім передає сусіду.

**Вправи, що спрямовані на розвиток здатності регулювати свої почуття:**

**Вправа «Чарівний глечик».** Керівник просить членів групи уявити, що вони тримають у руках глечики, у яких знаходиться якась рідина, повідомляє, що в них налито каву, і просить випити її; потім говорить, що в глечикі риб'ячий жир, гарячий чай, касторка, гаряче молоко із содою, мінеральна вода тощо. В подальшому організовується обмін хвилюваннями;

**Вправа «Фізичне самопочуття».** Ведучий просить учасників тренінгу послідовно відновити у своїй пам'яті те фізичне самопочуття, що вони відчули в зв'язку з хворобою, фізичними навантаженнями, жарою, холодом, травмами, болем, здоровим сном. Після цього члени групи діляться своїми емоційними хвилюваннями;

**Вправа «Настрій».** Ведучий просить за допомогою спогаду про гарний чи поганий день викликати визначений настрій і пережити його;

**Вправа «Магнітна стрічка».** Члени групи закривають очі і зосереджуються на звуках, що оточують їх. В подальшому намагаються викликати у себе спогади про різні звуки. Це може бути голосний дзвоник міжміського телефону, позивні радіостанції «Маяк», шум відбійного молотка, булькіт води при наливанні в склянку, звук бормащини, тиха приємна мелодія тощо. При цьому щоразу фіксуються ті почуття, що вони переживають.

**Вправа «Кругова кінострічка».** Від учасників потрібно визначити зухвалі сильні емоції теми сюжету: пожежа, катастрофа, весілля, день народження тощо. Далі на своєму «внутрішньому екрані» скласти кінострічку (близько 10 кадрів). «Склеїти» думкою перший і останній кадри і прокручувати цю безупинну стрічку на своєму «внутрішньому екрані», збільшуючи швидкість перегляду;

**Вправа «Самотність».** Керівник дає завдання:



«Згадайте про час, коли ви були особливо самотні у своєму житті. Намагайтеся на 1-2 хвилини відновити ці почуття, пережити їх знову». Після цього проводиться обмін хвилюваннями. У разі потреби група надає психологічну підтримку своїм членам.

Наведені вище вправи на перший погляд є не суттєвими, та доведено, що методичне виконання поставлених завдань призводить до покращення самопочуття та емоційного стану. Допомагають зняти напругу, позбутися роздратування та тривоги, що є основними емоціями, які провокують розвиток ІХС.

*Вправи, спрямовані на тренінг емоційної відкритості та регуляції негативних емоційних переживань»:*

*Вправа «Про які емоційні переживання розповість моя річ» (30 хв.).*

*Мета:* самопрезентація через розвиток креативності, виявлення емоційних переживань.

*Хід вправи:* учасники групи по черзі кладуть у групове коло будь-який особистий предмет який мають при собі. Та розповідають з якими емоційними переживаннями пов'язаний цей предмет (наприклад: «мій гребінець розповість про мене, що коли я розчісую волосся і воно плутається то я можу сильно дратуватись, переживати неконтрольований гнів», тощо). Група має дати контраргументи до негативних характеристик емоційних переживань (наприклад: підтримуючий «але в тебе красиве довге волосся», ідентифікуючий «у мене теж так буває», тощо).

*Вправа «Розмова через скло».* Члени групи розбиваються на пари. Потім за допомогою лише жестів, міміки намагаються передати по черзі один одному свій настрій, обговорити його, як би знаходячись при цьому перед звуконепрозорим склом;

*Вправа «Без маски».* Всі учасники по черзі беруть картки, що лежать стопкою в центрі кола, і без підготовки продовжують висловлення, що почате в картці. Висловлення повинне бути щирим, на межі відвертості, «відкритості». Група прислухається до інтонації, голосу що говорить, оцінює ступінь відвертості. Якщо визнається, що висловлення було щирим, то свою картку бере сидячий ліворуч і так само без підготовки продовжує почата пропозиція. Якщо ж група визнала, що висловлення було «затиснутим», «шаблонним», то в

учасника є ще одна спроба стати відкритим для інших, але тільки після усіх виступів.

*Вправа «Групова картина».* Один з учасників бере чистий лист паперу і, дивлячись на нього, починає описувати картину і той настрій, що вона в нього викликає. Потім передає лист сусіду і тощо ;

*Вправа «Остання зустріч».* Керівник дає інструкцію: «Сядьте в коло, закрийте очі й уявіть собі, що заняття в групі вже закінчені. Ви йдете додому. Подумайте про те, які почуття ви при цьому відчуваєте. Через 2-3 хвилини відкрийте очі й опишіть свої почуття».

*Вправа в три етапи «Саморегуляція негативних емоційних переживань та станів (1 год. 20 хв.).*

*Мета:* діагностика способів виявлення негативних та сильних за тональністю емоційних переживань та пошук учасниками індивідуальних способів відреагування цих переживань.

*Етап I рефлексивний* – пошук власних досвідів відреагування негативних емоційних переживань.

Стимульний матеріал для I етапу: папір, ручка.

*Хід вправи:* психолог задає групі стимулюючі запитання: «Які ви знаєте способи відреагування сильних негативних емоційних переживань?», «Що треба робити, коли є потреба неконтрольовано відреанувати свої емоційні переживання (вдарити когось чи образити словесно, потрощити щось)?». Учасники озвучують свої досвіди саморегуляції негативних емоційних переживань, а психолог доповнює.

*Етап II проєктивний* – створення малюнку «Мої невиявлені негативні емоційні переживання».

Стимульний матеріал для II етапу: папір, кольорові олівці, фарби, гумка.

*Хід вправи:* особам пропонується зобразити на малюнку свої невідредаговані негативні емоційні стани (злість, печаль, образу, тощо). Процес малювання може включати відтворення різними звуками, що асоціативно виникають. Учасників заохочується до символічного втілення на малюнку негативні емоційні переживання, які можуть виглядати як кігті, жала, колючки, ікла, тощо. Після завершення малюнку психолог пропонує його знищити: спалити, порвати, втопити за вибором учасників.

*Етап III інтегративний* – пошук конструктив-

них способів індивідуальної саморегуляції негативних емоційних переживань.

*Хід вправи:* учасники інтегрують результатами попередніх двох етапів у два способи: пошук символічному образу негативних переживань конструктивний вияв (наприклад: кігті мають потребу дряпати, жало – жали, колючки – колоти, ікла – лякати або кусати, тощо); міркування над об'єктивним параметром символічного образу негативних емоційних переживань; пошук кожним учасником індивідуальних соціально прийнятних шляхів та способів відреагування негативних емоційних переживань.

Наслідки негативних емоційних станів, які людина переживає в окремих ситуаціях, є результатом її оцінки або інтерпретації ситуації. Якщо в ситуації знаходиться щось, що є, на думку людини, потенційною загрозою для її моральної гідності або фізичного благополуччя, то вона, зіткнувшись з цією ситуацією, напевно відчує занепокоєння та тривогу. Переконавання є неадекватними, коли вони призводять до крайнощів в емоціях і поведінці. Якщо людина тривожиться, злиться, перебуває у стані депресії, розчаруванні або відчуває наслідки будь-якого іншого негативного емоційного стану, якого, можливо, навіть не усвідомлює, то слід звернути увагу на переконання, які виникають щодо стресора чи активуючої події для того, щоб змінити цей стан. Для того, щоб ясно мислити, ефективно долати негативні емоційні стани та вирішувати практичні проблеми, треба спочатку встановити контроль над власними емоціями

#### *Рефлексія вправи.*

Вербалізація кожним учасником своїх способів відреагування негативних емоційних переживань, підсумок того, що кожен учасник пізнав для себе.

Наведена вправа допомагає не тільки якісно провезти релаксацію, що вже позитивно впливає на організм, адже допомагає розвантажити індивіда, навести лад у думках, а також працює значно глибше. Респонденти чітко розуміють, що з ними відбувається під час негативних переживань. Прислуховуються до себе, а відповідно і пропрацьовують елементи, які можуть впливати на стан організму та ішемічну хворобу зокрема.

#### *Ритуал прощання на завершення групи (5 хв.).*

*Вправи, спрямовані на розвиток розуміння емоційного стану іншої людини.*

*Вправа «Сищик».* Ведучий просить учасників тренінгу уявити себе в ролі сищиків. Кожен повинен намітити собі об'єкт спостереження – одного з членів групи – так, щоб той про це не здогадався. У процесі спостереження необхідно визначити, який настрій у «підслідного», угадати, чому він сьогодні такий. Вправа триває біля п'яти хвилин. Потім результати спостереження обговорюються;

*Вправа «Зрозумій іншого».* Кожен член групи повинен протягом 2-3 хвилин описати настрій одного з партнерів, тобто уявити собі людини, відчути його стан, емоції, хвилювання, і все це викласти на папері. Потім всі описи зачитуються вголос, а той, чий настрій описували, співвідносить їх зі своїм дійсним станом, чи підтверджує чи відкидає вірогідність проникнення у свій внутрішній світ. Коментарі в цьому випадку не потрібні;

*Вправа «Емоційний портрет».* Кожен із членів групи складає список емоційних рис характеру одного з учасників тренінгу, описує властивості і якості його особистості. У такому портреті повинно бути 10-12 рисунків. Потім написавши його зачитує свій здобуток вголос, а група вирішує, хто ж це;

*Вправа «Телепатія».* Один з партнерів невербальним способом, тільки виразом обличчя, передає свій настрій іншому, який повинен його сприйняти;

*Вправа «Емоційне дзеркало».* Учасники по черзі повинні відбити внутрішній емоційний стан один одного і продемонструвати його;

*Вправа «Вороги».* Один з учасників сідає в центр, а група намагається уявити ворогів цієї людини, людей, що були, чи є, чи могли б бути її ворогами. Після цього описують ті почуття, що випробував, чи випробує, чи може випробувати по відношенню до ворогів сидячий у центрі учасник. Учасник, що знаходиться в центрі кола, аналізує висловлювання, пропозиції групи. Якщо в нього є бажання, то реагує, чи підтверджуючи, чи відхиляючи пропозиції інших учасників. Потім його змінює інша людина, що вирішила (за бажанням чи по жеребі) виявитися в центрі уваги групи;

*Вправа «Телефонна розмова».* Вправа виконується в діадах. Партнери розташовуються спиною один

до одного та імітують телефонну розмову, у ході якого вони повинні по манері говорити, по інтонації голосу партнера визначити його емоційний стан, результати завдання обговорюються.

За результатами дослідження, жінки хворі на ішемічну хворобу серця в комплексі емоційних станів мають такі паталогічні риси, як ворожість, закритість, тривогу. Даний комплекс вправ розроблений таким чином, щоб учасники при взаємодії пропрацьовували наведені вище елементи. Таким чином відбувається розвантаження психоемоційної сфери, що в цілому позитивно впливає на респондентів, а подальшому покращує рівень життя.

### Висновки і перспективи подальших розвідок.

На основі проведеного дослідження, ми виокремили складові комплексу психофізіологічних чинників розвитку емоційних станів, що впливають на протікання ішемічної хвороби серця, а саме: невротенія, депресія, ворожість, астения, тривога та тривожність.

У ході дослідження було розроблено та впроваджено комплексну програму психокорекції емоційних станів жінок літнього віку з серцево – судинними захворюваннями. Для досягнення психокорекційних цілей ми використали наступні методи: ігротерапія, арт-терапія, тілесно-орієнтовану.

Результати застосування програми психокорекції емоційних станів у жінок літнього віку з серцево – судинними захворюваннями психологом на базі кардіологічного центру, на основі опитування респондентів з 52 осіб жіночої статі, показали позитивний вплив, на такі характеристики: *тривога – 30%; депресія – 38%; астения – 42%; ворожість – 60%*.

Таким чином, застосування вище вказаної комплексної програми та використання окремих технік програм психокорекції допомагає жінкам літнього віку з серцево – судинними захворюваннями долати паталогічні емоційні стани, виявляти перші ознаки виникнення та розуміти причини їх виникнення. Усвідомлювати систему засобів подолання та попередження формування комплексів емоційного стану, що провокують розвиток серцево – судинних захворювань.

### References:

- Varina, H.B., & Katkova, T.A. (2016). *Psyhkholohichni osoblystosti osobystisnoi sfery osib z invalidyziuyuchymy zakhvoriuvanniamy* [Psychological peculiarities of the personal sphere of persons with disabilities]. Proceedings from MII '16: *Mlzhdunarodna naukovo - praktichna konferentsiya: «Realni perspektivi psihologiyi» - International scientific and practical Conference «Real perspectives of psychology»*. (pp. 67-71). Kyiv: TOV «Nauka» [in Ukrainian].
- Maksymenko, S.D., Tsarkova, O.V., Prokofieva, O.O., Tsekhmister, Ya.V., & Kochkurova, O.V. (2015). *Praktykum iz hrupovoi psyhkhokoreksii: pidruchnyk* [Workshop on group psycho-correction: a textbook]. Kyiv: Vydavnychiy dim «Slovo». [in Ukrainian].
- Maksimenko S.D., & SolovIenko V.O. (2014) *Perezhivannya yak psihologichniy mehanizm samorozvitku osobistosti*. [Experience as a psychological mechanism of personal self-development ] Kyiv: Vydavnychiy dim «Slovo». [in Ukrainian]
- Petrovskiy, A.V., Yaroshevskiy, M.G. (1990). *Psihologiya*. [Psychology]. Moscow: Politizdat. 1990. [in Russian].
- Rohovyn M.S., Urantsev L.P., & Zymovskiy B.F. (1986). *Psyhkholohiya deiatelnosti vracha*. [Psychology of a doctor's activity]. Moskva: Politizdat [in Russian].
- Rubinshtejn, S.L. (1989). *Osnovy obshchej psihologii* [Fundamentals of General Psychologists]. Moscow: Piter [in Russian].
- Spilberger, Ch.D. (2002). *Issledovanie trevozhnosti* [Anxiety study] Moskva : Smysl [in Russian].
- Kyrylenko T.S. (2007). *Psyhkholohiya: emotsiina sfera osobystosti*. [Psychology: emotional sphere of personality]. Rivne: Lybid [in Ukrainian].
- Krasnov, V.N., & Paleev, N. R. (2009). *Vzaimosvyaz psihosomatiki ta somatopsihiatrii v sovremennoy meditsine* [The relationship of psychosomatics and somatopsychiatry in modern medicine]. Odessa: TOV «Nauka» [in Russian]
- Raygorodskiy, D.Y. (2003). *Psikhologiya samosoznaniya: Khrestomatiya*. [The Psychology of Self-Consciousness]. Samara: «Bakhrakh-M» [in Russian].
- Stepanova N.M. (2010). *Psyhkhokorektsiini zakhody v kompleksnomu likuvanni patsientiv z arterialnoie hipertenziieiu ta ishemichnoiu khvoroboiu sertsia*. [Psychocorrective measures in the complex treatment of patients with hypertension and coronary heart disease]. *Medytsynskaia psyhkholohiya - Medical psychology*, 4, 28-35 [in Ukrainian].
- Stolin, V.V. (1983). *Samosoznaniye lichnosti* [Self-awareness of personality]. Moscow: Prosveshcheniye [in Russian].
- Vasiliuk, F.E. (1984). *Psihologija perezhivaniya: analiz preodoleniya kriticheskikh situacij* [Psychology of experience: the analysis of critical situations' overcoming]. Moscow: MosSU [in Ukrainian].

an].

Shapovalenko, I.V. (2004). *Psihologija razvitija i vozrastnaja psihologija [Development Psychology and Developmental]*, Moskva: Politizdat [in Russian].

Semenova, Yu.S. (2011). Psihotravma (psihologichna travma): diskusijni pitannya medicini ta psihologiyi [Psychotrauma (psychological trauma): discussion questions of medicine and psychology]. Proceedings from MII '11: *V naukovo-praktichna konferenciyi «Aktualni problem suchasnoyi medichnoyi psihologiyi» - The fifth scientific and practical conference «On topical issues of modern medical psychology»*. (pp. 50-54). Kviv: Alfa [in Ukrainian].

### **Bogdana Oniskovets**

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

## **PSYCHOCORRECTIONAL PROBLEMS OF EMOTIONAL STATES OF ELDERLY WOMEN WITH CARDIOVASCULAR DISEASES**

### **ABSTRACT**

The article considers the method of development and implementation of a comprehensive program of psychocorrection of emotional states of elderly women with cardiovascular diseases.

The basic provisions of the program, the list and sequence of actions taking into account the certain components of psychoemotional states of patients with cardiovascular diseases are substantiated.

The main components of the psycho-emotional state of elderly women with cardiovascular diseases, which consist of a set of psychophysiological factors, including: the specifics of emotionally negative states: anxiety, depression, asthenia, hostility; clinical manifestations of cardiovascular diseases and concomitant changes in the psycho-emotional sphere; personality traits, including aggression, anxiety, neuroticism and depression in the structure of personal characteristics.

An important pathogenetic role in depression is assigned to increase the activity of the sympathetic - adrenal system, which leads to increased heart rate, blood pressure, myocardial contractility and, accordingly, myocardial oxygen consumption, which leads to cardiovascular disease. Depression also revealed a decrease in vagal activity.

It was determined that elderly women with cardiovascular disease are characterized by high levels of anxiety, as well as pronounced manifestations of anxiety and depression.

The main idea of the proposed comprehensive program of psychocorrection was the following statement: the established components of the psycho-emotional state of elderly patients with cardiovascular disease can purposefully influence the pathogenetic factors of their development and reduce their level through special psychocorrectional and psychoprophylactic measures. features.

The main goal of psychocorrection of elderly women with cardiovascular diseases was based on systemic and genetic modeling approaches and is to maintain physical and mental status.

The following components were included in the complex program: methodological, methodical and system.

The set of psychocorrection measures consisted of 3 blocks that had different goals and content: pedagogical, block to improve the psycho-emotional characteristics of the individual, block to improve physical condition, increase endurance and efficiency.

Game therapy, art therapy and body-oriented therapy were used to achieve psycho-correctional goals of emotional states. According to the formative experiment, the impact on such psycho-emotional characteristics as anxiety - 30%; depression - 38%; asthenia - 42%; hostility - 60%, which proves the effectiveness of the technique.

**Key words:** cardiovascular diseases, elderly women, psychoemotional states.

### **Онисковец Богдана Ивановна**

*Аспирантка Інститута психології імені Г.С. Костюка Національної академії педагогічних наук України, г. Київ (Україна)*

## **К ПРОБЛЕМЕ ПСИХОКОРЕКЦИИ ЭМОЦИОНАЛЬНЫХ СОСТОЯНИЙ ЖЕНЩИН ПОЖИЛОГО ВОЗРАСТА С СЕРДЕЧНО-СОСУДИСТЫМИ ЗАБОЛЕВАНИЯМИ**

### **АННОТАЦИЯ**

В статье рассмотрена методика разработки и внедрения комплексной программы психокоррекции эмоциональных состояний женщин пожилого возраста с сердечно - сосудистыми заболеваниями.

Обоснованы основные положения программы, перечень и последовательность мероприятий с учетом определенных компонентов психоэмоциональных состояний пациентов с сердечно - сосудистыми заболеваниями.

Выяснены основные составляющие психоэмоционального состояния женщин пожилого возраста при сердечно - сосудистых заболеваниях, состоящих из комплекса психофизиологических факторов, включающих в себя: специфику эмоционально-негативных состояний: тревога, депрессия, астения, враждебность; клинические проявления сердечно - сосудистых заболеваний и сопутствующие изменения психоэмоциональной сферы; личностные особенности, включающие агрессивность, тревожность, невротичность и депрессивность в структуре личностных характеристик.

Отведено важную патогенетическую роль при депрессии повышению активности симпатико - адреналовой системы, что приводит к увеличению частоты сердечных сокращений, артериального давления, сократимости миокарда и, соответственно, потребления миокардом кислорода, что приводит к сердечно - сосудистых заболеваний. При депрессии выявлено также снижение вагусной активности.

Было определено, что женщины пожилого возраста с сердечно - сосудистыми заболеваниями характеризуются высоким уровнем тревожности, а также ярко выраженными проявлениями депрессии.

Главной идеей предлагаемой комплексной программы психокоррекции, стало следующее утверждение: установленные компоненты психоэмоционального состояния пациентов пожилого возраста, больных сердечно - сосудистыми заболеваниями позволяют целенаправленно воздействовать на патогенетические факторы их развития и уменьшать их уровень благодаря специальным психокоррекционным и психопрофилактическим мероприятиям, и соотносятся с индивидуальными и половозрастными особенностями.

Основная цель психокоррекции женщин пожилого возраста, с сердечно - сосудистыми заболеваниями, базировалась на основе системного и генетико-моделирующего подходов и заключается в поддержании физического и психического статуса.

К комплексной программой были отнесены сле-

дующие компоненты: методологический, методичный и системный.

Комплекс мероприятий психокоррекции состоял из 3-х блоков, имели разные цели и содержательное наполнение: педагогического, блока улучшения психоэмоциональных характеристик личности, блока улучшения физического состояния, повышения выносливости и работоспособности.

Для достижения психокоррекционных целей эмоциональных состояний использовано игротерапию, арт-терапию и телесно-ориентированную терапию. По данным формирующего эксперимента, оказано влияние на такие психоэмоциональные характеристики, как тревога - 30%; депрессия - 38%; астения - 42%; враждебность - 60%, что доказывает эффективность методики.

**Ключевые слова:** сердечно - сосудистые заболевания, пожилые женщины, психоэмоциональные состояния.

Oniskovets, B. (2021). *PSYCHOCORRECTIONAL PROBLEMS OF EMOTIONAL STATES OF ELDERLY WOMEN WITH CARDIOVASCULAR DISEASES. PSYCHOLOGICAL JOURNAL*, 7 (5), 107-119. <https://doi.org/10.31108/1.2021.7.5.10> [in Ukrainian]

Дата отримання статті: 21.03.2021

Дата рекомендації до друку: 11.04.2021

Дата оприлюднення: 31.05.2021