

## **Вплив рівня самооцінки психічних станів пацієнтів з есенціальною гіпертензією на вибір психотерапевтичної тактики**

Дослідження впливу розвитку есенціальної гіпертензії на рівень самооцінки психічного стану пацієнта та на особливості вибору психотерапевтичних тактик.

**Ключові слова:** психотерапія, індивідуально-психологічні особливості особистості, есенціальна гіпертензія, рівень самооцінки психічного стану.

Исследование влияния развития эссенциальной гипертензии на уровень самооценки психического состояния пациента и на особенности выбора психотерапевтических тактик.

**Ключевые слова:** психотерапия, индивидуально-психологические особенности личности, эссенциальная гипертензия, уровень самооценки психического состояния.

Захворювання серцево-судинної системи в економічно розвинутих країнах є найчастішою причиною смертності. Есенціальна гіпертензія посідає одне з провідних місць серед прогресуючих серцево-судинних захворювань. Останнім часом кардіологи все більше звертають увагу на психогенні фактори ризику та їх зв'язки з соматичними факторами розвитку гіпертензії. Спосіб життя, особистісні особливості та становище людини в її професійному і сімейному оточенні є важливими показниками регуляції кровообігу. Психосоматичні аспекти гіпертонічної хвороби складають вагомую частку її клініко-патогенетичної характеристики, а тому потребують більш досконалого вивчення.

Актуальність дослідження полягає в тому, що гіпертонія посідає центральне місце як фактор ризику загальної захворюваності та смертності. Медикаментозна гіпотензивна терапія може знизити такі наслідки, проте важливі проблеми виникнення, розвитку і хроніфікування підвищеного кров'яного тиску залишаються невирішеними і погребують комплексного розширеного дослідження з точки зору медичних, психологічних та соціальних концепцій з метою оптимізації основ методів лікування.

На нашу думку, пацієнти із есенціальною гіпертензією мають низький рівень самооцінки за рахунок високих показників тривожності, агресивності, фрустрованості та ригідності, що, в свою чергу

призводить до появи постійного емоційного напруження. Постійне емоційне напруження внаслідок прихованої агресивності та стримування емоційної розрядки провокує розвиток стійкого підвищення артеріального тиску, що в подальшому породжує хворобливий стан особистості.

Підвищений артеріальний тиск може бути зумовлений порушеннями ряду регуляційних механізмів (периферичних та центральних адреналових впливів, гормональних, ниркових, судинних факторів тощо). Згідно рекомендацій ВООЗ артеріальною гіпертензією вважається стан, коли при багаторазовому вимірюванні артеріального тиску протягом тривалого часу його показники перевищують 140 мм рт.ст. (систоличний) та 90 мм рт.ст. (діастолічний). Перебіг артеріальної гіпертензії певний час може бути безсимптомним і за відсутності лікування призводить до скорочення тривалості життя внаслідок хвороб серцево-судинної системи, інсультів, патології нирок. Майже у 79,9% пацієнтів із артеріальною гіпертензією провокуючих базових захворювань, в тому числі ниркових, ендокринних, серцево-судинних, неврологічних, не виявлено [12]. Даний симптоматичний хворобливий стан невідомої етіології об'єднують у поняття есенціальна гіпертензія, в основі розвитку, патогенезу та перебігу якої психосоматичний фактор відіграє вагомую роль.

Бернсхаймер [12] встановив частоту і причини різних форм підвищення кров'яного тиску: есенціальна гіпертензія – 79,9 %, ниркова – 14,0 %, ендокринна – 3,5 %, кардіоваскулярна – 2,0 %, неврогенна – 0,6 %.

Саме есенціальна гіпертонія має центральне значення як фактор ризику загальної захворюваності і визначається як схильність до реакцій підвищення тиску внаслідок специфічних умов оточення та внутрішньої індивідуальної готовності організму, які діють як пускові механізми змін артеріального тиску.

Спадковий компонент при есенціальній гіпертензії не викликає сумніву, і все ж, маніфестація артеріальної гіпертензії пов'язана з соматичними умовами, психосоціальними та психологічними факторами, які впливають на периферичну та центральну регуляцію гемодинаміки організму. Спостерігається підйом артеріального тиску та збільшення ОЦК, що залежить від співвідношення між вазодилатацією в судинах м'язів і вазоконстрикцією вісцеральних судин та судин шкіри. Ренальна констрикція з відповідним зворотнім впливом на ренін-ангіотензин-альдостеронову систему пов'язана безпосередньо з емоційним навантаженням та являється своєрідною захисною реакцією на стрес [4]. Це підтверджує той факт, що повторний чи тривалий вплив емоцій провокує розвиток артеріальної гіпертонії.

Інтерпретація патогенезу есенціальної гіпертензії в плані домінуючого значення ендогенно-гуморальних чи неврогенних факторів правомірна, очевидно, лише при симптоматичних формах захворювання. Основними патогенетичними факторами гіпертонічної хвороби стає психічна травматизація і психічне перенапруження тривалими загальмованими емоціями негативного характеру, які викликають при опосередкуванні судинної системи не лише порушення функції, а й органічні зміни органів і тканин. Важливою причиною розвитку захворювання при цьому є не стільки екстраординарні, екстремальні ситуації, як постійна, повсякденна афективна напруженість, тривога та занепокоєння.

Саме емоції як зв'язуюча ланка між психічним та соматичним (результат вихованих соціально-детермінованих потреб, що обумовлюють особистісну мотивацію і поведінку в різних життєвих умовах, з одного боку, і комплекс певних вегетативних порушень – з другого) сприяють становленню артеріальної гіпертензії. Вирішальним патогенетичним фактором виявляється постійна або періодично повторювана афективна напруженість, яка не зникає ні внаслідок «законної» і найбільш природної розрядки в процесі вербальної чи фізичної боротьби, ні за рахунок невротичної симптоматики; неможливість «здолати» супротивника або висловити власну думку про нього тримає систему кровообігу хворих із есенціальною гіпертензією в такому стані, ніби вони «щомиті здатні до атаки» [9].

П.К.Анохін, підкреслюючи патогенетичне значення емоцій для більшості невротичних станів, відзначає, що саме емоційний стрес лежить в основі всіх гіпертензивних станів, а гіпертензія є «трагічним переходом від нормальної поведінкової емоції до емоції фіксованої, патологічної» [4].

Соматичні розлади в умовах психоемоційного стресу розцінюються як форма захисної реакції особистості, яка має психогенії, психотравмуючі ситуації та міжособистісні конфлікти ще в умовах преморбіді. Внутрішньоособистісні конфлікти та стреси можуть призвести до постійного психоемоційного перенапруження, під час якого відбувається активація вегетативного відділу нервової системи. Артеріальний тиск вважається цілком регульованим показником. Його константність контролюють шляхом вимірювання відхилень від нормальних показників. Центральна нервова система діє як регулятор, оскільки при регуляції артеріального тиску за допомогою спеціальних механізмів він змінюється так, що його середні величини залишаються незмінними. При підвищенні артеріального тиску система регуляції вже не може знизити патологічно підвищений артеріальний тиск за допомогою функціонуючої в нормі системи

регуляції. З часом регуляційна система в гіпертоніка перебудовується, що обумовлено індукованими гіпертонічними реакціями. Рівень збудливості барорецепторів підвищується, внаслідок гіпертрофії гладкої мускулатури середньої оболонки артерій відбувається звуження просвіту судин, результатом чого є стійке підвищення артеріального тиску.

У пацієнтів із есенціальною гіпертензією встановлено високий рівень нейротизму та посилене реагування на стрес, порівняно з групою здорових людей [11]. Тип реагування на стресові ситуації у більшості гіпертоніків характеризується скерованістю на живе або неживе оточення у формі підкреслення ступеня ситуації фрустрації, або ж у формі вимоги розв'язання ситуації однією особистістю.

У доклінічній стадії, тобто тоді, коли діагноз гіпертонічної хвороби ще не встановлено, у більшості випадків відзначають астенічні симптоми: роздратованість, втомлюваність, млявість, порушення сну, головні болі. У початковій стадії захворювання нерідко з'являється тривога, гострі психоорганічні синдроми, неврастенічні симптоми. Характерними є психогенні: фобійні, тривожно-фобійні, рідше – депресивні та депресивно-іпохондричні порушення.

У багатьох хворих на гіпертонію пригнічується сексуальна активність, особливо, коли вони приховують свої сексуальні стосунки від оточення, це супроводжується підвищеною тривогою та почуттям провини, оскільки такі «незаконні» сексуальні дії означають для них бунт і протест. При аналізі таких особистостей виявляється явний конфлікт між пасивно-залежними схильностями та компенсаторними агресивно-ворожими імпульсами. Чим більше вони поступаються своїм залежним нахилам, тим сильніше виражена їх реактивна ворожість щодо тих, кому вони підпорядковуються. Ця ворожість породжує страх і змушує уникати суперництва, надаючи перевагу пасивній залежній поведінці. Це, в свою чергу, ще більше посилює почуття власної неповноцінності та ворожості. Слід зазначити, що хворий гіпертонією не може вільно діяти відповідно до пасивних залежних бажань через породжений конфлікт. Протилежні нахили агресії і підпорядкування одночасно стимулюють і блокують один одного, викликаючи в результаті своєрідний емоційний параліч [10].

При прогресуванні гіпертонічної хвороби наростають психоорганічні розлади, що виявляються у вигляді виснаження, стомлюваності, послаблення пам'яті, коливань настрою. При цьому пацієнти стають надто вразливими, надають великого значення дрібним неприємностям, життєвим невдачам, схильні до надмірної

фіксації на проблемах. Скаржаться на безсоння, втому, неуважність, дратівливість. Різке загострення гіпертонічної хвороби може призвести до виникнення гострого психозу (навіть з ознаками делірію, аменції, депресивно-маніакального розладу).

Тривожність, зниження почуття приязного ставлення до близьких, відвертий егоцентризм зі зсувом інтересів на самого себе, свій організм та його функції, що з роками наростає, посилена тенденція до надмірного спостереження за власним здоров'ям помітно збільшують вірогідність формування іпохондричних станів. Астено-іпохондричний синдром в клініці гіпертонічної хвороби розцінюється як гіпертрофована форма природної, психологічно зрозумілої уваги хворого до свого здоров'я і тривоги за нього, цілком послідовна реакція зміни свого самопочуття. Змінене самопочуття і втрата колишньої працездатності, почуття власної безпорадності і залежності від оточуючих, відчуття "викресленості з життя" внаслідок дійсної чи уявної втрати соціального і навіть сімейного престижу стають непосильним тягарем для таких хворих, не здатних прийняти поступове наближення старості. Навіть незначне підвищення систолічного артеріального тиску може за певних умов спровокувати стан дистимії, чи навіть депресії у хворих із есенціальною гіпертензією, підкреслюючи неадекватність відреагування стресу.

При наростанні органічних змін змінюється характер психосоматичних співвідношень, все більше втрачається початкова залежність депресивно-іпохондричних розладів від соматичного стану хворого (від ступеня важкості артеріальної гіпертензії та супутніх серцево-судинних розладів). Об'єктивне покращення соматичного статусу хворого зі стабілізацією артеріального тиску при есенціальній гіпертензії чи послабленням астеничних проявів в подальшому вже ніяк не послаблює вираженості іпохондричної симптоматики. Іпохондричні страхи стають більш стійкими й неадекватними. Найменше погіршення самопочуття або відчуття соматичного дискомфорту у зв'язку з коливаннями атмосферного тиску, легкий головний біль чи розлади сну набувають у цих хворих самостійного психотравмуючого стресогенного значення. Неврозоподібна симптоматика, яка на початкових етапах захворювання супроводжує появу гіпертонічного кризу, згасає після його закінчення повільніше і неповністю; більш стійкими і некерованими стають реакції хворих на стресові ситуації, наростає тривожність та відчуття постійного очікування неминучої, швидкої смерті від інфаркту міокарда, інсульту чи виникнення паралічу. Чим самостійнішого характеру набувають іпохондричні переживання в клініці судинної патології, тим вищий рівень їх стабілізації та тим менша вірогідність ремісії.

Вже не реакція на хворобу з чітким депресивним моноідеїзмом, напливами думок тривожного змісту і навіть суїцидальними тенденціями, а заглиблення у хворобу з відвертим страхом за своє життя та здоров'я провакують ситуацію хронічного стресу, визначають кожен крок такого пацієнта, породжуючи відчуття постійного напруження.

Депресивно-іпохондричні та астено-іпохондричні стани з великою кількістю неприємних соматичних відчуттів нерідко сприяють патологічному розвитку особистості з більш-менш стійким та резистентним до терапевтичних втручань сенестопатично-іпохондричним синдромом при артеріальній гіпертензії [7]. Іпохондричний розвиток сприяє різкому звуженню інтересів, які вже не виходять за межі власного тіла, патологічній фіксації пацієнта на функціонуванні своїх внутрішніх органів, неперервній іпохондричній переробці астеничних проявів і різних неприємних відчуттів, до яких постійно прислуховуються такі пацієнти; детальному аналізу найменших нюансів і варіантів свого стану з вишукуванням у себе все нових і нових симптомів як свідчення все більш серйозних порушень життєдіяльності організму. Характерні тривожна реакція на найменші порушення фізичного самопочуття (незначне посилення головного болю, деяке погіршення сну), груба переоцінка важкості свого стану з очікуванням близької смерті; тверда переконаність у підтриманні щадного, а нерідко й напівліжкового режиму з необґрунтованою відмовою від трудової діяльності при збереженій працездатності; постійна зацікавленість медичною літературою; безперервне відвідування лікарень (з масою різноманітних скарг та вимог, які не піддаються об'єктивній оцінці) або ж, навпаки, відмова від будь-якої лікарської допомоги у зв'язку з розробкою власних систем самолікування на підставі джерел народної медицини чи нефахових порад.

Неадекватні (при наростанні психоорганічного синдрому з втратою критики до власного стану) та нав'язливі скарги пацієнтів, наростаюча роздратованість, збудженість, конфліктність, тотальна незадоволеність (особливо лікуванням), певна схильність до ідей звинувачення на адресу близьких та оточуючих (в першу чергу лікарів) через відсутність належної уваги до «нікому не потрібних людей», через неповагу до їх досягнень та заслуг (нерідко перебільшених); часом неправильна поведінка і, врешті, чітка тенденція до сутяжницької діяльності (особливо при черепно-мозкових травмах в анамнезі) роблять цих хворих нестерпними в побуті і ще більш важкими в процесі терапії [12]. Внаслідок прогресування структурних змін зі стабільним підвищенням артеріального тиску та формуванням психоорганічного синдрому – афект стає все більш

монотонним і недиференційованим; іпохондричні розлади втрачають емоційну насиченість і гостроту. Хворі пригнічені, плаксиві, настрої постійно знижений; нерідко при артеріальній гіпертензії залежність афективних коливань від конкретної ситуації зникає. Втрачають свій попередньо пароксизмальний характер страхи; на зміну фобіям, що виникають приступоподібно та посилюються (з яскравою вегетативною симптоматикою на тлі тривожної депресії) приходять зміни, які не піддаються корекції навіть в періодах між нападами. Все більш стійкі, вони стають нерухомими та монотонним і спостерігаються вже не на висоті тривожно-тужливого афекту, а переважно на світанку, в передранковій години [12].

Водночас пом'якшуються і зникають гіпоталамічні включення (нерідко домінуючі в клінічній картині на ранніх етапах захворювання); згладжуються і ніби нівелюються хвилеподібність та пароксизмальність сенестопатій; все більш стереотипними стають вегетативно-судинні прояви; скарги хворих набувають монотонного характеру (спазми, поколювання, посіпування, озноб, свербіж кінцівок). Показовою є моносимптомність страждань – хворі роками пред'являють ту саму скаргу (на відміну від множинних симптомів при іпохондричних розладах на тлі артеріальної гіпертензії в молодому віці); втрачається лабільність хворобливих відчуттів, які набувають стійкої фіксованої локалізації.

Депресивно-іпохондричний синдром набуває склеротичних змін: психопатологічні прояви іпохондрії набувають стереотипності, мислення – торпідності, афект стає більш монотонним та одноманітним, фіксованим на негативних емоціях. Явні органічні порушення знімають вітальну гостроту, властиву іпохондричним розладам на початковій стадії розвитку артеріальної гіпертензії, особливо в молодому віці. З подальшим наростанням фізичного та інтелектуального виснаження, слабкодухості та погіршення пам'яті на тлі прогресуючих судинних змін поступово стирається й здатність до суб'єктивного оцінювання свого стану, високі вимоги до оточення, що може бути ознакою неадекватної самооцінки. За типом реагування у пацієнтів із есенціальною гіпертензією виявлено переважання пригнічено-домінантних реакцій – в ситуаціях стресу хворі зосереджуються на ідеях стримування, гальмування, приховування емоційних проявів. Велике значення в патологічному подовженні центрогенного підвищення артеріального тиску має пригнічення чи стримування таких мимовільних виражень емоцій, як міміка, рухи, мова. Зміни психіки призводять до того, що емоційні реакції стають малорухомими, з'являється схильність до “застрягання” на неприємних переживаннях, що створює оптимальні умови для

підвищення артеріального тиску. У такий спосіб формується характерний для даного психосоматичного захворювання неперервний ланцюг: зниження суб'єктивного порогу психоемоційного стресу – ситуація хронічного стресу – стійке підвищення артеріального тиску – вплив соматизованого захворювання на психіку пацієнта.

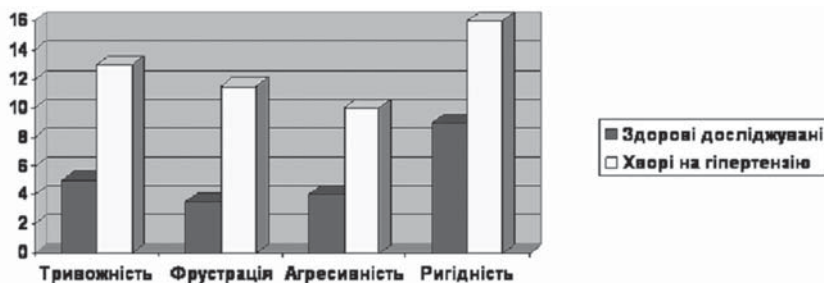
З метою діагностики самооцінки психічних станів було обстежено 50 хворих із артеріальною гіпертензією, а також 25 здорових осіб (контрольна група) за методикою за Г. Айзенка, стандартизованих за віковими показниками (40-50 років).

**Показники рівня самооцінки у хворих із есенціальною гіпертензією**

Тривожність	Фрустрація	Агресивність	Ригідність
12-16	9-14	9-12	14-17

**Показники рівня самооцінки в контрольній групі**

Тривожність	Фрустрація	Агресивність	Ригідність
4-8	4-8	1-6	2-6



Мал. 1. Порівняльна характеристика показників самооцінки у пацієнтів із артеріальною гіпертензією та здорових осіб

Надмірна складність взаємодії генетичних, емоційних, соціально-психологічних факторів у розвитку захворювання, з одного боку, і причинно-наслідкові взаємовпливи між емоціями та стійким підвищенням артеріального тиску, з другого, не дозволяють поки що дати чітку відповідь на запитання: чому так багато хворих на артеріальну гіпертензію лікуються неадекватно і що можна зробити, щоб покращити це становище.

Тому, так як і в випадку будь-якого захворювання, профілактика есенціальної гіпертензії краща, ніж лікування, і тому можна передбачити, що найбільш цінний внесок в проблему есенціальної гіпертензії зробить рання діагностика та застосування психотерапевтичних методів на початкових стадіях захворювання.



Слід пам'ятати, що стосунки лікаря і хворого часто характеризуються конфліктом агресивності / залежності з боку хворого. Це відповідає скептичному і відхиляючому ставленню цієї групи хворих до терапевтичних пропозицій лікаря і може призвести до уникання лікарського спостереження і порушень терапевтичного комплексу. Але щодо формування стійких взаємин у системі лікар-пацієнт і прийняття лікарського терапевтичного втручання дієвою виявляється не тільки структура особистості окремого пацієнта, а й поведінка сім'ї в цілому.

Для підтримуючого лікування рекомендується раннє залучення соціального оточення, недирективне ставлення лікаря, яке не посилює конфлікт агресивності / залежності, активне повідомлення інформації лікарем, посилення відповідальності й самостійності пацієнта та самосприйняття і прості схеми лікарських призначень.

У подальшому, в комплексі з медикаментозним лікуванням психотерапевтичний вплив з метою корекції особистості хворого та вироблення адекватної поведінки в умовах стресогенних ситуацій має вагоме значення. Релаксація і поведінкові методи добре зарекомендували себе як засіб потенціювання медикаментозної терапії, за рахунок чого вдається істотно знизити дози ліків. В межах поведінкової терапії слід вимагати власної відповідальності пацієнта при використанні методу біологічного зворотного зв'язку і застосування методик зняття напруження. Пацієнти повинні зрозуміти, які ситуації, труднощі, конфлікти провокують підвищення артеріального тиску, навчитися контролювати свої успіхи та невдачі. Необхідно з'ясувати, чи відповідають ці успіхи канонам класичної рефлексорної теорії та чи йдеться про пряме утворення умовних зв'язків, а не просто про навчання хворих загальним заспокійливим методикам.

Можуть успішно використовуватися методи терапії, сфокусовані на рішенні, символдрами, арттерапії, креативної візуалізації, транзактного аналізу, сімейної психотерапії, біосинтезу.

Отже, можна зробити висновки:

1. Досліджуючи проблему есенціальної гіпертензії, її етіологічні чинники, патогенетичні механізми та особливості перебігу, слід звернути увагу на те, що не лише соматичний, а й психічний вплив внутрішнього і зовнішнього фактора, вплив оточення і його суб'єктивна переробка у своїй сукупності і взаємодоповненні мають значення як взаємодіючі між собою факторів розвитку даного захворювання.

2. Інтерпретація патогенезу артеріальної гіпертензії з точки зору домінуючого значення ендогенно-гуморальних чи нейрогенних факторів правомірна, але не може бути вирішена без урахування психогенного впливу.

3. Аналізуючи залежність підвищення артеріального тиску від рівня самооцінки пацієнтів, для дослідження була запропонована методика самооцінки психічних станів за Г. Айзенком, за результатами якої було зроблено такі висновки:

- між розвитком артеріальної гіпертензії та рівнем самооцінки пацієнтів існує пряма залежність;
- показники шкал тривожності, фрустрованості, агресивності та ригідності значно вищі у пацієнтів із есенціальною гіпертензією, ніж у контрольній групі;
- низький рівень самооцінки за рахунок високих показників фрустрованості, тривожності, агресивності і ригідності обумовлює психопатологічні зміни особистості хворого, провокуючи стійке підвищення артеріального тиску.

4. Прихована агресивність, безпричинна тривожність, виражена ригідність у викоріненні негативних емоцій та відчуття фрустрації впливають на формування неадекватної самооцінки у таких хворих, що провокує виникнення та розвиток есенціальної гіпертензії. На підставі викладеного матеріалу розробляються методи психологічного втручання для корекції особистості хворих артеріальною гіпертензією та обираються адекватні методи психотерапії.

#### **Список використаних джерел**

1. Александер Ф. Психосоматическая медицина. Принципы и применение / Ф.Александр. – М.: Институт Общегуманитарных исследований, 2001. – 336 с.
2. Бройтигам В. Психосоматическая медицина / В.Бройтигам. – М., 1999. – 376 с.
3. Бурлачук Л.Ф. Индивидуально-психологические особенности больных сердечнососудистыми заболеваниями в процессе их социальной адаптации / Л.Ф.Бурлачук, Е.Ю.Коржова// Психол. журн. – 1992. – № 3.
4. Волков В. Т. Личность пациента и болезнь / В. Т.Волков. – Томск, 1995. – 325 с.
5. Гиндикин В. Я. Справочник: соматогенные и соматоформные психические расстройства (Клиника, дифференциальная диагностика, лечение) / В. Я.Гиндикин. – М., 2000.
6. Голькина Е. В. Расстройства мотивационно-эмоционального компонента личности у больных артериальной гипертонией и их психологическая коррекция / Укр. Вісник психоневрології. – 1994. – № 4. – С. 242-244.
7. Горбенко Н. И. Психологические особенности личности больных гипертонической болезнью молодого возраста / Н. И.Горбенко// Лікарська справа. – 2000. – № 5. – С. 25-26.

8. Захаржевский В.Б. Физиологические аспекты невротической и психосоматической патологии: механизмы специфичности психовегетативного эффекта. – СПб.: Наука, 1991. – 177 с.
9. Малкина-Пых И. Г. Психосоматика: Новейший справочник. – М: Изд-во Эксмо, СПб.: Сова, 2003. – С.684-701.
10. Никитин В. Н. Психология телесного сознания / В. Н.Никитин. – М., Алетейа, 1998. – С.134-142.
11. Палеев П. Р. Проблемы психосоматики и соматопсихиатрии в клинике внутренних болезней / П. Р.Палеев // Вестн. Рос. Мед. Наук, 1998, № 4.
12. Смулевич А. Б. Психическая патология и ишемическая болезнь сердца. Псих. расстройства и сердечно-сосудистая патология. Под. ред. А. Б. Смулевича и А. Л. Сыркина. М., 1994. – С.2-19.
13. Судаков К. В. Системные механизмы эмоционального стресса / К. В.Судаков // Механизмы развития стресса. – Кишинев, 1987. – С. 59-79

Research on influence of essential hypertension on the level of patient's self-assessment of mental state and on the features selection of psychotherapeutic tactics

**Keywords:** psychotherapy, individual-psychological features of personality, essential hypertension, the level of self-assessment of mental state

*Отримано: 13.07.2010*

УДК 159.9:37.015.3

*І.В. Коваль*

## **Вплив когнітивних стилів на процес оволодіння іноземною мовою у вищому навчальному закладі**

У статті розкривається поняття “когнітивний стиль” та досліджується його внесок у формування індивідуального стилю навчальної діяльності, оскільки основною функцією когнітивних стилів є регулювання пізнавальних процесів.

**Ключові слова:** оволодіння іноземною мовою, когнітивний стиль особистості, полезалежність, полenezалежність, аналітичність, синтетичність, особистісне зростання, самодетермінація, мотивація.