

Отже, можна стверджувати, що рівень комунікативно-мовленнєвого розвитку значною мірою залежить від родини, а саме від типу родинного спілкування. Як видно із отриманих результатів, чим кращі партнерські стосунки в сім'ї, чим частіше батьки виявляють зацікавленість дитиною, заохочують до спільного проведення часу, до мовленнєвої активності, тим вищий рівень комунікативно-мовленнєвого розвитку дитини. І навпаки, чим більше батьки не довіряють дитині і не поважають, суворо карають її, прагнуть нав'язати дитині у всьому свою волю, тим нижчий рівень комунікативно-мовленнєвого розвитку, що в свою чергу негативно впливає на особистісне зростання і соціалізацію дитини, тому що комунікативно-мовленнєвий розвиток є важливим компонентом її психічного розвитку.

Отже, доведено, що позитивне і гармонійне родинне спілкування є чинником успішного комунікативно-мовленнєвого розвитку дошкільника. Тобто необхідно диференційовано враховувати цей зв'язок при організації системи формувальної роботи, яка сприятиме ефективному комунікативно-мовленнєвому розвитку дошкільника.

Список використаних джерел

1. Лисина М. Влияние общения со взрослыми на психическое здоровье ребенка / М.И.Лисина // Дошкольное воспитание. – 1982. – № 8. – С. 43-47.
2. Общение и речь: Развитие речи у детей в общении со взрослыми / Под ред. М.И.Лисиной; Науч.-исслед. ин-т общей и педагогической психологии Акад. пед. наук СССР. – М.: Педагогика, 1985. – 208 с.
3. Пироженко Т.А. Коммуникативно-речевое развитие ребенка. Монография / Т.А.Пироженко. – К.: Нора-принт, 2002. – 310 с.
4. Практикум по возрастной и педагогической психологии: Учеб. пособ. для студ. пед. ин-тов / А.А.Алексеев, И.А.Архипова, Б.Н.Бабий и др.; Под ред. А.И.Щербакова. – М.: Просвещение, 1987. – 256 с.
5. Семиченко В.А. Мистецтво взаєморозуміння. Психологія та педагогіка сімейного спілкування: Навч. посібник для студентів вищ. навч. закладів. – 2-ге вид. / В.А.Семиченко, В.С.Заслуженюк. – К.: Веселка, 1998. – 214 с.
6. Сорокина Т. О некоторых особенностях общения детей со взрослыми / Т.Сорокина // Дошкол. воспитание. – 1980. – № 5. – С.47-49.

7. Урунтаева Г.А. Дошкольная психология: Учеб. пособ. для студ. сред. пед. учеб. заведений / Г.А.Урунтаева. – 4-е изд., стереотип. – М.: Академия, 1999. – 336 с.
8. Урунтаева Г.А. Практикум по дошкольной психологии: Пособ. для студ. высш. и сред. пед. учеб. заведений / Г.А.Урунтаева, Ю.А.Афонькина. – 2-е изд., стереотип. – М.: Издательский центр “Академия”, 2000. – 304 с.
9. Шаповаленко И.В. Возрастная психология (Психология развития и возрастная психология) / И.В.Шаповаленко. – М.: Гардарики, 2005. – 350 с.

In this article presented theoretical approaches to the problem of intercourse in psychology-pedagogical literature, factors and criteria of thinking-in-words development of preschool child.

Keywords: development of intercourse, preschool child, speech, parents, thinking-in-words development.

Отримано: 14.03.2010

УДК 159.98:616.1

А.В. Михальський, В.І.Співак

Організація психотерапевтичної допомоги хворим на гіпертонічну хворобу

У статті розглядаються основні причини та механізми розвитку гіпертонічної хвороби, психологічні особливості хворих. Висвітлені основні принципи лікування та особливості психотерапевтичної допомоги хворим.

Ключові слова: гіпертонічна хвороба, артеріальний тиск, особистісні риси, лікування, психотерапія.

В статье рассмотрены основные причины и механизмы развития гипертонической болезни, психологические особенности больных. Освещены основные принципы лечения та особенности психотерапевтической помощи больным.

Ключевые слова: гипертоническая болезнь, артериальное давление, личностные черты, лечение, психотерапия.

Гіпертонічна хвороба (ГХ) – захворювання, провідною ознакою якого є артеріальна гіпертензія, не пов'язана з якою-небудь відомою причиною. Ця хвороба уражує людей, які ведуть малорухливий та

емоційно напружений спосіб життя. За статистикою, від підвищеного тиску страждає третина українців, але насправді таких людей набагато більше – гіпертонію тепер діагностують навіть у вісімнадцятирічних! Наслідки артеріальної гіпертензії вбивають нас частіше за інші хвороби, а найважче люди переносять цю недугу у період зміни пори року.

Захворювання серця та судин в економічно розвинених країнах є самою частою причиною смерті. За останні роки кардіологи все більше значення надають психосоціальним факторам ризику та їх зв'язку з соматичними факторами. Питання психосоматики завжди були актуальними, зокрема дослідженням пацієнтів із серцево-судинними захворюваннями займалися Л.Ф.Бурлачук, О.Ю.Коржова, Л.О.Оганесян, А.Б.Смулевіч, А.Л.Сиркін, М.Ю.Дробіжев, Дж. Браун, К.Ледерах-Гофманн та інші.

ГХ є класичною психосоматичною хворобою. На початкових етапах роль особистісно-психологічних факторів в етіопатогенезі цієї хвороби досить значний. А вже на більш пізніх етапах виникають органічні зміни із сторони внутрішніх органів. Пусковим механізмом розвитку гіпертонічної хвороби у людини є нервовий імпульс. Початковою ланкою цього механізму служать емоція, душевне переживання, яке супроводжується і у здорових людей багатьма реакціями з боку організму, та зокрема підвищенням артеріального тиску.

Експериментальні дані вказують на те, що при страху, гніві і озлобленні підвищується артеріальний тиск і хронічна емоційна перенапруга може призводити до стійкої гіпертензії. Роль психічних факторів в патогенезі ГХ була показана як кардіологами (Г.Ф.Ланг, А.Л.Мясніков та ін.), так і психіатрами і психологами (А.Вольф, Ф.Данбер та ін.).

Серед причин, які сприяють розвитку захворювання, виділяють як внутрішні, так і зовнішні фактори. Найбільш важливим внутрішнім фактором є спадково-конституціональні особливості, а до зовнішніх факторів можна віднести травми черепа, інтоксикації, професійні шкідливості (постійна напруга уваги, зору, шум), особливості харчування (надлишок кухонної солі у їжі), нервово-психічна травматизація.

Пусковою ланкою патогенезу ГХ є гіперактивність нервових центрів регуляції артеріального тиску, яка розвивається під впливом різних етіологічних факторів і в першу чергу – психоемоційних. Підвищена активність цих центрів призводить до підвищення активності симпато-адреналової системи і збільшення вироблення ренальних пресорних речовин (включення ренін-ангіотензинового

механізму), що в кінцевому результаті призводить до вазопресорного ефекту.

Збільшення активності симпато-адреналової системи є основним фактором підвищення артеріального тиску в період становлення ГХ. Неврогенні стимули призводять до гіперпродукції пресорно-активних гуморальних речовин: реніну, ангіотензину II, альдостерону та ін. Виділення вказаних речовин призводить до підвищення артеріального тиску.

О.Л.Мясніков (1965) характеризує ГХ як хворобу напруження, вважаючи, що невротичний стан при цьому носить гіперстенічний характер. На його думку, хворі на ГХ характеризуються не слабкими, а сильними процесами вищої нервової діяльності, і тому хвороба розвивається досить часто у енергійних людей, які виконують велику, складну роботу, що супроводжується значним напруженням нервової системи.

Знання основних механізмів розвитку ГХ допомагає свідоміше сприймати лікарські поради щодо впорядкування, регламентації праці і відпочинку. Ці поради засновані на тому, що для запобігання прогресу ГХ очевидна необхідність зниження інтенсивності нервово-емоційної напруги, створення умов для розрядки «заряду» емоцій, які накопичуються в центральній нервовій системі.

Незважаючи на те, що для хворих на ГХ не встановлено єдиної особистісної структури все-таки можна помітити у них деякі спільні особистісні риси. Більшість хворих на ГХ правильно сприймають своє захворювання і адекватно ставляться до рекомендацій і призначень лікаря. Хворими з недовірливими рисами характеру виявлення високого артеріального тиску сприймається як трагедія, катастрофа, крах всіх надій і життєвих планів, особливо якщо вони вже мають уявлення про ГХ — їх родичі хворіли або вмирили від неї. У цих хворих спостерігаються виражені психогенні порушення: пригнічений настрій, тривожні побоювання за своє здоров'я, фіксація на своєму самопочутті. Вони постійно відвідують лікарів, самі стежать за показниками артеріального тиску, обмежують навантаження. Всі їх думки зосереджені на хворобі, знижується працездатність і обмежується коло інтересів і спілкування. Весь режим будується так, щоб не викликати підвищення артеріального тиску. Для збереження здоров'я такі хворі відмовляються від захоплень, театрів і концертів, не ходять в гості, щоб не порушити режим, акуратно, до педантизму, дотримуються призначення лікаря. Сон у них поверхневий, часто можна спостерігати розлад засипання за типом неврозу очікування, особливо якщо сну відводиться вирішальна роль в нормалізації артеріального тиску [1, 2].

У частини хворих, ГХ не викликає хворобливої реакції, скоріше вони заперечують факт хвороби, відмовляються від лікування або проводять його нерегулярно, продовжують вести звичайний спосіб життя, ігноруючи захворювання. Таке ставлення частіше спостерігається у осіб з невисоким інтелектом, або тих, хто зловживає алкоголем.

Хворі, які тривалий час страждають від гіпертензії, можуть звикнути до неї, при цьому не звертають уваги на серйозність захворювання, на необхідність тривалого лікування.

Основними симптомами ГХ є головокружіння, головні болі, порушення сну, дратівливість, тривожність. А при гіпертонічних кризах всі прояви хвороби посилюються.

ГХ може змінювати і характер людини. Як правило загострюються риси особистості, які раніше були непомітні. Так, недовірливі люди стають підозрливими. На початкових стадіях хвороби виявляється підвищена збудливість, імпульсивність, порушується динаміка діяльності, хоча структурних порушень пізнавальних процесів не спостерігається. Хворі стають важкими в спілкування, вони легко спалахують, ображаються, плачуть. Часто у хворих на гіпертонічну хворобу виявляється пригніченість, тривожність, знижений настрій, увага не стійка.

Часто хворі стають образливими, плаксивими, недовірливими. Вони самі помічають у себе забудькуватість, розсіяність, підвищену втомлюваність при розумовій діяльності. До особистісних рис хворих на ГХ можна також віднести скритність, упертість, незадоволеність собою і оточенням, невпевненість, чутливість до критики, і тенденція виявляти реакцію у формі депресії на психологічний стресор [6].

Результати психологічного обстеження хворих на ГХ вказують на те, що виконання поодиноких операцій не порушено, але страждає динаміка тривалої діяльності, а саме стійкість уваги, виносливість.

За своїм психічним складом хворі на ГХ особливо чутливі до емоційних впливів негативного характеру, у них часто спостерігається схильність до песимістичної оцінки перспективи, високий рівень невротизації [7].

Враховуючи дані психологічного обстеження можна оптимізувати індивідуальні програми соціально-психологічної реабілітації хворих на ГХ.

Мета роботи полягає у вивченні особливостей психотерапевтичної допомоги хворим з на ГХ.

За останні десятиліття досягнуті значні успіхи в лікуванні ГХ. В першу чергу це зумовлено запровадженням цілого арсеналу фармакологічних засобів.

Метою лікування ГХ є зниження рівня артеріального тиску для зменшення ризику розвитку серцево-судинних ускладнень. Лікування ГХ здійснюється як фармакологічними так і нефармакологічними (немедикаментозними) методами. Фармакологічні методи передбачають використання бета-адреноблокаторів, діуретиків, інгібіторів ангіотензин-перетворюючого ферменту, блокаторів ангіотензинових рецепторів, альфа-адреноблокаторів і антагоністів кальцію. Надзвичайно важливим є диференційоване, комбіноване медикаментозне лікування ГХ [3].

Незважаючи на великий вибір медикаментозних засобів, лікування ГХ потребує застосування і нефармакологічних засобів, до яких можна віднести:

- а) зменшення маси тіла за рахунок зменшення в дієті жирів і вуглеводів;
- б) обмеження вживання кухонної солі;
- в) відмова від шкідливих звичок (паління і вживання спиртних напоїв);
- г) боротьба з гіподинамією (збільшення фізичної активності);
- д) санаторно-курортне лікування, методи фізіотерапії і лікувальної фізкультури;
- е) психотерапевтичні впливи.

Немедикаментозні методи лікування рекомендуються всім пацієнтам. Вони підвищують ефективність медикаментозної терапії і дозволяють зменшити дози гіпотензивних засобів.

Частота ГХ збільшується з віком, особливо після 35 років, до того ж у цьому віці з'являються відхилення в способі життя, психосоматичні проблеми. Тому при проведенні лікування важливо всі ці фактори враховувати.

Умови для лікування гіпертоніка характеризуються:

- низькою мотивацією, оскільки скарги надходять в основному на незначні суб'єктивні симптоми;
- хорошими можливостями терапії ліками;
- особистісними факторами, які характеризуються конфліктом агресивності/залежності, що може призвести до напруженості стосунків лікаря і хворого, а через це – до невиконання лікувальних рекомендацій [4].

Для профілактики негативних змін в емоційно-особистісній сфері хворих необхідно проводити корекційну роботу спрямовану на формування адекватного відношення до хвороби. При виявленні ознак виснаженості психічних процесів необхідно впорядкувати робочий день: надавати таким хворим додатковій перерви під час роботи, працювати не повний робочий день, чергувати періоди праці

і відпочинку, уникати перевантаження. Важливим є активізація хворого, йому необхідно надати можливість самостійно вимірювати артеріальний тиск, реєструвати результати дії препаратів і зміни свого способу життя.

При психотерапії велику роль відіграє емоційна дія на хворого, вона визначається тією інформацією, яка виходить від лікаря, зовнішнього вигляду і особистості в цілому. Психотерапевтична дія може адресуватися до одного хворого (індивідуальна психотерапія) або одночасно до декількох хворих (групово, сімейна психотерапія).

Існує чимала кількість різних психотерапевтичних шкіл і напрямів. В даний час прогресивні психотерапевти застосовують еkleктичний підхід до лікування хворого. Цей підхід припускає використання різних психотерапевтичних методів для кожної конкретної ситуації. Більшість сучасних шкіл психотерапії при всіх суперечностях і різних підходах орієнтовані на досягненні більш високого рівня соціальної адаптації, розкриття внутрішніх можливостей. Якщо порушення функцій внутрішніх органів є проявом загальних розладів нервової діяльності, викликаних дією психотравмуючих подразників, то перш за все слід їх усунути. Якщо це неможливо, потрібно спробувати шляхом навіювання або переконання змінити відношення хворого до цих подразників і таким чином усунути конфлікт.

Проте часто буває дуже важко виявити ці самі конфліктні ситуації, через те що у хворого спрацьовують механізми психологічного захисту. У цих випадках доцільне використання психодіагностичних методик, зокрема проєктивних психологічних тестів (ТАТ, тест Роршаха, колірний тест Люшера та ін.). Добре себе показала так звана методика керованої уяви (У. Стюарт), яка наділена великим терапевтичним потенціалом. При лікуванні порушень функцій внутрішніх органів важливо з'ясувати і сімейну ситуацію. При порушенні відносин в сім'ї необхідно застосовувати методи сімейної психотерапії. Вибір методу психотерапії залежить від особистості хворого, від його відношення до тих або інших методик.

Яким би не був зрештою метод лікувальної дії, важливо, щоб він дав бажаний результат. Так, одній людині достатньо одного коротко-строгового психотерапевтичного прийому, тоді як іншому потрібна тривала повноцінна психотерапія і кваліфікована допомога. Необхідно добиватись власної відповідальності пацієнта, вони мають зрозуміти, які ситуації, труднощі і конфлікти призводять до підвищення артеріального тиску, навчитись контролювати свої успіхи і невдачі.

Для лікування ГХ можуть використовуватись методи терапії фокусованої на вирішенні, символдрамі, арт-терапії, креативної візуалізації, сімейної психотерапії, транзактного аналізу [5].

Переконання, або раціональна психотерапія

Лікування переконанням — це лікування інформацією, вступаючою у взаємодію з тими уявленнями які є у хворого і піддаються логічній переробці. На підставі цього можуть виникати нові погляди на речі, нова оцінка подій, що травмували психіку, нові установки на майбутнє. При лікуванні методом переконання виробляються або зміцнюються корисні для здоров'я хворого нові уявлення і гальмуються старі. Таким шляхом досягається зміна інформаційного значення деяких подразників і втрата ними патогенних властивостей.

У процесі лікування переконанням необхідно не тільки змінити ставлення хворого до тієї або іншої психотравмуючої події, але і більш глибоко вплинути на його особистість — перевиховати його, вплинути на риси вдачі або укорінені погляди, що роблять його особливо чутливим відносно психотравмуючих подій. Це має величезне значення як для лікування, так і для загального оздоровлення і профілактики нових загострень захворювання.

Техніка лікування зводиться до бесід з хворим, під час яких пояснюються причини захворювання і характер наявних порушень, рекомендується хворому змінити своє відношення до подій навколишнього оточення, що хвилюють його, перестати фіксувати увагу на патологічних симптомах. Аргументи можуть бути найрізноманітнішого характеру. Лікувальний ефект досягається краще, якщо те, в чому переконують хворого, не суперечить його уявленням.

Аутогенне тренування

Даний спосіб самонавіювання може бути корисний абсолютно всім.

Самонавіювання може мати величезний вплив на психічні і вегетативні процеси в організмі.

Аутогенне тренування на тлі загального спокою і розслаблення м'язів всього тіла все ширше використовується для регулювання нервово-емоційного стану, відновлення сил після напруженої праці. Людина може вселити собі радість, бадьорість і інші відчуття, які покращують самопочуття, піднімають настрій.

Самонавіювання впливає позитивно не тільки на психіку людини, але і на стан внутрішніх органів. Поєднання навіювання з розслабленням м'язів знижує тонус мускулатури внутрішніх органів і таким чином знімає спастичні стани, які характерні для багатьох захворювань.

У стані розслаблення спостерігаються уповільнення пульсу і дихання, зниження артеріального тиску. Проте треба пам'ятати, що ефект з'являється не відразу, а лише через 2—3 місяці

тренування. Самонавіювання доступне всім, його можна використувати в різних цілях.

Отже, проблема лікування і реабілітації хворих на ГХ має велике медичне і соціально-економічне значення, через поширеність цієї патології можливі важкі її ускладнення (інфаркт міокарду, мозковий інсульт), обмеженість чи втрату працездатності. Сучасна медична наука та клінічна практика визначили доцільність використання, крім медикаментозних, немедикаментозних засобів лікування і профілактики. Це витікає із сучасних уявлень про етіопатогенез ГХ, з хронічного перебігу хвороби і необхідності тривалого застосування лікувально-профілактичних засобів.

Регулярні вправи, направлені на зняття напруги (аутогенне тренування), можуть тимчасово, а іноді і на тривалий час знизити артеріальний тиск на 10-15 мм рт.ст. Головне при цьому – вплинути на весь стиль життя хворого, що не так і легко, оскільки гіпертоніки – це пацієнти із важкою податливістю.

Отже, враховуючи високу тривожність хворих на ГХ і фіксацію на соматичних відчуттях, важливим методом лікування, хоча і не основним, є психотерапія, що включає елементи психокорекції. Психотерапія проводиться паралельно з фармакологічними та іншими немедикаментозними методами лікування. Психотерапія допомагає знизити тривожність, відвернути увагу хворого від іпохондричних побоювань, змусити його брати активну участь в лікувальному процесі. Хочеться підкреслити, що лікуванню підлягає особистість хворого, а не ізольований орган або система. В принципі, у всіх випадках терапія переконанням, навіюванням і самонавіюванням (зокрема, аутогенне тренування) дає позитивні і стійкі результати. До того ж, психотерапія сприяє потенціюванню фармакотерапії, за рахунок чого вдається знизити дози медикаментозних засобів.

Список використаних джерел

1. Губачев Ю.М., Стабровский Е.М. Клинико-физиологические основы психосоматических соотношений / Ю.М.Губачев, Е.М.Стабровский. – Л.: Медицина, – 1981. – 216 с.
2. Задионченко В.С., Хруленко С.Б., Петухов О.И. Психологические особенности и качество жизни больных артериальной гипертонией с метаболическими факторами риска / В.С.Задионченко, С.Б.Хруленко, О.И.Петухов // Кардиология. – 2002. – № 8. – С. 15-19.
3. Кушаковский М.С. Гипертоническая болезнь и вторичные артериальные гипертензии / М.С.Кушаковский. – Л.: Медицина, 1982. – 288 с.

4. Любан-Плоцца Б., Пельдингер В., Крегер Ф., Ледерах-Гофманн К. Психосоматичний хворий на прийомі у лікаря / Б.Любан-Плоцца, В.Пельдингер, Ф.Крегер, К.Ледерах-Гофманн. – К.: АДЕФ-Україна, 1997. – 328 с.
5. Малкина-Пых И.Г. Психосоматика: Новейший справочник / И.Г.Малкина-Пых. – М.: Изд-во “Эксмо”; СПб.: Сова, 2003. – 928 с.
6. Михальський А.В. Психологічні особливості хворих гіпертонічною хворобою. Проблеми сучасної психології / А.В.Михальський // Збірник наукових праць Кам’янець-Подільського національного університету імені Івана Огієнка, Інститут психології ім.Г.С.Костюка АПН України / За ред. С.Д.Максименка, Л.А.Онуфрієвої. – Кам’янець-Подільський: Аксіома, 2010.- Вип.9. – С. 127-138.
7. Шхвацабая И.К. Вопросы нейрогуморальной регуляции и патогенез гипертонической болезни / И.К.Шхвацабая // Кардиология. – 1980. – № 9. – С. 5-13.

The article discusses the basic causes and mechanisms of hypertension, psychosocial characteristics of patients. Highlights the key principles and features of psychotherapeutic treatment of the sick.

Key words: hypertension, blood pressure, personality traits, treatment, psychotherapy.

17.024.1-053.67

О.М.Молчанова

Становлення совісті особистості в юнацькому віці

В статті приводиться теоретичний аналіз психологічних досліджень з проблеми становлення совісті та її складових в юнацькому віці. Подаються результати експериментального дослідження з даної проблематики в віковому та гендерному аспекті.

Ключові слова: совість, моральна самосвідомість, моральні знання, моральні цінності, відповідальність, самоконтроль, емпатія.