

О.О. Хаустова, С.Г. Сахно

## МЕХАНІЗМИ ВПЛИВУ КОМУНІКАЦІЇ ЛІКАР-ПАЦІЄНТ В ЗАБЕЗПЕЧЕННІ ПСИХОФІЗІОЛОГІЧНОГО БЛАГОПОЛУЧЧЯ ПАЦІЄНТІВ З АРТЕРІАЛЬНОЮ ГІПЕРТЕНЗІЄЮ

Український науково-дослідний інститут соціальної і судової психіатрії та наркології МОЗ України, м. Київ

Мета роботи. Дослідити особливості та механізми впливу комунікації на фізичний стан пацієнта. Вивчити вплив окремих елементів комунікації (вербальних, невербальних, паравербальних) як умовнорефлекторних подразників, що формують певну психосоматичну відповідь у пацієнтів з артеріальною гіпертензією.

Матеріали та методи. Проаналізовано 98 джерел за основними ключовими словами «психокорекція, вербальна комунікація, друга сигнальна система, умовні рефлекси, психосоматика, вплив слова». Найбільш вживаними ключовими словами були «психокорекція, вербальна комунікація, психосоматика», найменш вживані – «друга сигнальна система, умовні рефлекси, вплив слова». З даних огляду літератури можна зробити висновок, що дослідження вербальної комунікації в контексті вищої нервової діяльності і, відповідно, психосоматики є найменш вивченим.

Результати та їх обговорення. Тілесне реагування на умовний подразник є закономірним, оскільки формування умовного рефлексу відбувається на базі безумовного рефлексу (а саме орієнтовний рефлекс на новизну). Комунікація є основним джерелом умовнорефлекторних подразників. Одиницею комунікації є транзакція. Умовнорефлекторна реакція основана на онтогенетично сформованих когніціях і системі світогляду людини.

Висновки. Транзакція є умовнорефлекторним подразником і може бути індуктором змін у вегетативній нервовій системі і відповідно – у всьому тілі, що може бути підґрунтям до соматичних захворювань або їх рецидивів.

**Ключові слова:** комунікація, транзакція, вища нервова діяльність, психосоматика.

**Актуальність.** Життя людини супроводжується хронічними стресовими станами, які часто поєднуються з розвитком депресії або агресії та призводять до порушення психофізіологічного благополуччя [8]. Застосування ресурсів психокорекції безумовно підвищує якість лікування і реабілітації пацієнтів медичних стаціонарів. Дана тенденція характеризується тим, що успіх будь-якої терапії визначається не тільки ліками, оперативним втручанням, лікувальними процедурами, але і моральними факторами – довірою хворого, вмінням впливати на особистість пацієнта [1]. Психологічна корекція забезпечується шляхом комунікації з пацієнтом. Явище комунікації здавна цікавило людство саме через силу впливу слова на психіку людини. Важливе значення у формуванні робочого альянсу в системі лікар-пацієнт мають особливості терапії, особистість лікаря (його комунікативні характеристики) та організація надання медичної допомоги [9, 10].

Давно відомо, що явище вербальної комунікації доступне людині завдяки наявності другої сигнальної системи (ДСС) вищої нервової діяльності (ВНД). Людське мислення, формою якого є слово, забезпечується завдяки функціонуванню ДСС. Мовлення – це безпосередня дійсність думки [2].

Застосування моделей ефективної комунікації в медицині стає можливим завдяки використанню науково-практичного підходу медичної психології. Теорія комунікації принципово є сферою міждисциплінар-

ного знання, пов'язаного з психологією, фізіологією, філософією тощо. На сьогоднішній день в сфері охорони здоров'я вже досліджено, як завдяки тільки комунікативним інструментам можна підвищити рівень комплаєнсу пацієнтів із цукровим діабетом, хворобами шлунково-кишкового тракту, інфекційними захворюваннями (ВІЛ/СНІД), артеріальною гіпертензією тощо (Greenberg R.N., 1984; Eisen S.A., Miller D.K., 1990; Waeber B., 1994; Lee J.Y., 1996; Philip S. Wang, 2002; Schroeder K., 2004; Osterberg L., 2005; Bangalore S., 2007; Kenneth J., 2008; Martha N. Hill, 2010 та ін.). Розроблено багато психокорекційних програм в контексті психосоматичного підходу в медицині, які передбачають використання слова для лікування [3, 4]. Можливості вербального впливу на пацієнта з метою покращення якості життя продовжують досліджуватися науковцями, лікарями і медичними психологами.

Значення і вплив слова є феноменом, який продовжує досліджуватися психологами у різних сферах наук, в тому числі в медицині. Не вивченими залишаються аспекти індивідуального, особистісного механізму реагування пацієнта в процесі комунікації, а також слово як відображення когнітивних процесів пацієнта, його вплив на фізичний стан і самопочуття. Щодо цих аспектів існують неоднозначні думки.

**Мета роботи:** дослідити особливості та механізми впливу комунікації на фізичний стан пацієнта. Вивчити вплив окремих елементів комунікації (вербальних, не-

вербальних, паравербальних) як умовнорефлекторних подразників, що формують певну психосоматичну відповідь у пацієнтів з артеріальною гіпертензією (АГ).

## Матеріали та методи дослідження

Авторами було проаналізовано 98 джерел за основними ключовими словами «психокорекція, вербальна комунікація, друга сигнальна система, умовні рефлекси, психосоматика, вплив слова». Із них було виключено 20 джерел, оскільки в даних матеріалах використовувалися методики, які автори не планують використовувати в майбутніх дослідженнях. Серед відібраних джерел: 5 мета-аналізів, 21 стаття, 11 монографій, 9 книжкових видань, 15 методичних рекомендацій, 17 електронних ресурсів. Найбільш вживаними ключовими словами були «психокорекція, вербальна комунікація, психосоматика», найменш вживані – «друга сигнальна система, умовні рефлекси, вплив слова». З даних огляду літератури можна зробити висновок, що дослідження вербальної комунікації в контексті ВНД і, відповідно, психосоматики є найменш вивченим.

## Результати та їх обговорення

За теорією І.П. Павлова, набуття людиною досвіду протягом зростання забезпечується завдяки формуванню умовних рефлексів (УР). [5] Оскільки УР формуються на базі безумовних, основою для яких є підкіркові центри головного мозку, йдеться про інтеграцію кори з підкірковими центрами, що відображає власне зв'язок психіки (вербалізація когнітивних процесів, кора) і соматички (підкіркові центри). Для формування УР необхідне поєднання в часі певної зміни в середовищі або внутрішнього стану організму, яка буде сприйнята корою півкуль, на основі безумовного рефлексу (БР). Така зміна називається умовним подразником, оскільки викликає УР (рисунок) [1].

Отже, доцільно розглядати дану схему, починаючи з БР, без якого неможливе утворення УР. Особливе місце серед БР, які закладені в таких структурах, як підкіркові ядра, стовбур, спинний мозок, займає орієнтовний рефлекс (ОР). Закономірним висновком є те, що саме ОР є базою для формування індивідуального спектра УР, які в майбутньому репрезентують реагування людини на умови зовнішнього і внутрішнього середовища. Це положення пояснюється тим, що ОР – це рефлекс на новизну. Він виникає у відповідь на будь-яку зміну зовнішнього середовища (наприклад, агресивні події) і проявляється зовнішньо в настороженні, прислуховуванні, обнюхуванні, повороті очей і голови, а іноді і всього тіла, в бік нового подразника тощо. Тобто певний стимул зовнішнього середовища, який виник вперше, супроводжується тілесним реагуванням організму. І.П. Павлов називав ОР рефлексом «що таке?». Відмінність ОР від інших безумовнорефлекторних реакцій є те, що він порівняно швидко послаблюється – згасає при повторному застосуванні одного і того самого подразника. А умовнорефлекторна реакція закріплюється. Тобто виникає стереотипний тип реагування на елементи подій зовнішнього середовища.

Таким чином, можна спостерігати зв'язок будь-якої УР (психічної) діяльності з безумовнорефлекторним (тілесним) реагуванням.

Попри значимість ПСС і БР, вищим регулятором поведінки людини є ДСС – основа для мислення і вербальної комунікації. Тобто когнітивні процеси, які замикаються на рівні кори головного мозку і зовнішньо проявляються шляхом вербальних і невербальних форм поведінки, можуть пригнічувати БР і інстинкти. Пригнічення інстинктів здавна увійшло у норму соціальних взаємодій, коли створювалася суспільна мораль і розвивалися певні стереотипи мислення, що поширювалися шляхом різних каналів комунікації. З часів фрейдівської психології з'явився інший погляд на процес пригнічення інстинктів. Таким чином, реальність пригнічення інстинктів стає неможливою, оскільки те, що раніше вважалося пригніченням інстинкту, тепер вважається витісненням інстинкту в безсвідоме. Отже, пригнічення першої сигнальної системи (ПСС) другою є важливим механізмом соматизації та формування психосоматичної клінічної картини пацієнта. Ми коротко розглянули вплив комунікативних особливостей (когніції та вербалізація) на соматичну природу людини через призму ВНД. Прикладом такого взаємозв'язку є те, що невротичні розлади, в патогенезі яких важливе місце займає когнітивний компонент особистості, супроводжуються розладами вегетативних функцій, що відображає не тільки структурний, але й функціональний зв'язок кори великого мозку і внутрішніх органів [1].

Оскільки слово може бути умовним подразником для окремої людини і викликає УР, обов'язково супроводжується тілесним реагуванням, в процесі лікування важливо сформувати уявлення про дані феномени спілкування з пацієнтом, що можливе за допомогою психотерапії.



Рисунок. Формування умовного рефлексу

Адаптація людини до умов зовнішнього і внутрішнього середовища відбувається на базі психофізіологічних механізмів сприйняття, мовлення, пам'яті тощо. Психофізіологічні механізми поведінки людини є результатом спільної діяльності ПСС і ДСС (кори і підкіркових та стовбурових утворень мозку). Взаємовплив ПСС і ДСС можна розглядати як основу для аналізу системи «слово–тіло», що є психосоматичною концепцією в медицині.

Досить цікаво вплив словесних форм на стан пацієнта розглянув американський психіатр Ерік Берн. Він розглядав слово у комплексі з іншими компонентами комунікації, такими як тон голосу, інтонація, позитивний, негативний або нейтральний його зміст, наявність

прихованого змісту комунікації. І назвав цей комплекс стимулів транзакцією [6]. Транзакція може бути специфічним умовнорефлекторним подразником. Важливо зауважити, що транзакції бувають як вербальні, так і невербальні. Транзакція стимулює у ВНС людини певний когнітивний процес, і вплив цього стимулу може бути виражений в тілесному реагуванні людини. Активна парасимпатичної нервової системи, коли людина чує своє ім'я в агресивній формі, – дуже поширений тип тілесного реагування на даний тип транзакції. На шляху від транзакції до реакції нез'ясованим залишається когнітивний компонент – що людина усвідомлює чи не усвідомлює в цей час. Цей когнітивний процес Ерік Берн називав системою світогляду людини (frame of reference). Отже, транзакція – це умовний подразник, який викликає УР і залучає в реакцію тілесний компонент.

Фізіолог Мюллер стверджував, що характер реакції в своїй суті залежить не від подразника, а від закладеної енергії в організм. Враховуючи таку точку зору, ми бачимо, що особистісне реагування залежить не тільки від характеру транзакції, але і від субстрату (особистості), на який ця транзакція спрямована. Субстратом можна вважати феноменологію системи світогляду особистості – її досвід, культуру виховання, всі її інтрапсихічні процеси і вищі психічні функції (сприйняття, пам'ять, мислення тощо). Врахування психологічних особливостей пацієнтів у процесі лікування сприяє підвищенню якості лікування [11, 12].

Отже, ми побачили закономірність тілесного реагування на умовний подразник на основі робіт І.П. Павлова, але він не розглянув комунікацію як основне джерело умовнорефлекторних подразників, які і стимулюють у людині відповідні когнітивні процеси, підкріплені тілесним реагуванням. На це звернув увагу Ерік Берн, описуючи транзакцію як одиницю комунікації, що викликає специфічну реакцію, яка може бути тілесного характеру. Проте поза межами уваги Берна залишилося більш детальне дослідження саме фізіологічної сторони особистісного реагування на транзакцію. Завдяки поглядам Мюллера можна зробити висновок, що умовнорефлекторна реакція ґрунтується на онтогенетично сформованих когніціях і системі світогляду людини. Таким чином, фокусом подальшого дослідження може бути саме дослідження особливостей та механізмів

впливу окремих транзакцій на фізичний стан пацієнта і виявлення когнітивного процесу, який виникає внаслідок сприйняття пацієнтом транзакції.

## Висновки

Характер взаємодії ДСС і ПСС відображає психосоматичний характер захворювань. Умовнорефлекторна діяльність передбачає тілесне реагування, оскільки вона ґрунтується на безумовних рефlekсах, найважливішим з яких є орієнтовний рефлекс. Елементи комунікації можуть бути умовнорефлекторним подразником. Одиницею комунікації є транзакція. Реагування на транзакцію зумовлене інтрапсихічним процесом особистості, що передбачає певний когнітивний процес.

Дані висновки дозволяють більш детально розглянути транзакцію як умовнорефлекторний подразник з метою визначення впливу слова як індуктора змін у вегетативній нервовій системі і відповідно – у всьому тілі, що може бути підґрунтям до соматичних захворювань або їх рецидивів.

## Список використаної літератури

1. Физиология человека / Е.Б. Бабский, В.Д. Глебовский, А.Б. Коган и др.; под ред. Г.И. Косицкого [3-е изд.]. – М.: Медицина, 1985. – 544 с.
2. Хаустова О.О., Трачук Л.Є., Сахно С.Г. Психокорекційна програма для оптимізації комплаєнсу при проведенні антигіпертензивної терапії // Ліки України плюс. – 2012. – № 3–4 (11–12). – С. 17.
3. Москаленко К.І. Тренінг життєстійкості у травматологічній практиці / К.І. Москаленко // Укр. наук.-мед. молодіжний журн. Спец. випуск. – 2012. – № 3. – С. 132–133.
4. Рефлекс свободы / И.П. Павлов – СПб.: Психология классика, 2001. – 432 с.
5. Игры, в которые играют люди. Люди, которые играют в игры / Э. Берн. – М.: Эксмо, 2010. – 576 с.
6. Базисный дефект. Терапевтические аспекты регрессии / М. Балинт. – М.: Когито-Центр, 2002. – 256 с.
7. Шишкина Г.Т. Гены, гормоны и факторы риска формирования мужского фенотипа / Г.Т. Шишкина, Н.Н. Дыгало // Успехи физиол. наук. – 1999. – Т. 30, № 3. – С. 49–61.
8. Suliman A. Systematic Review of Patient Self-Reported Barriers of Adherence to Antihypertensive Medications Using the World Health Organization Multidimensional Adherence Model / A. Suliman, A. Christine, A. Hughe // The J. of Clinical Hypertension. – 2012. – Vol. 14. – P. 877–886.
9. World Health Organization. Adherence to long-term therapies: evidence for action. – Geneva, Switzerland: World Health Organization; 2003. – 198 p.
10. Гуріна О.М. Психокорекційна програма особистісної спрямованості для підвищення комплаєнсу при терапії артеріальної гіпертензії / О.М. Гуріна, О.О. Хаустова, Л.Є. Трачук, С.Г. Сахно // Семейная медицина. – 2012. – № 4. – С. 81–82.
11. Сахно С.Г. Мотиваційне інтерв'ю у практиці лікаря-психолога / С.Г. Сахно // Архів психіатрії. – 2012. – Т. 18, 1 (68), 2 (69). – С. 101–102.

## МЕХАНИЗМЫ ВЛИЯНИЯ КОМУНИКАЦИИ В СИСТЕМЕ ВРАЧ–ПАЦИЕНТ ДЛЯ ОБЕСПЕЧЕНИЯ ПСИХОФИЗИОЛОГИЧЕСКОГО БЛАГОПОЛУЧИЯ ПАЦИЕНТОВ

Е.А. Хаустова, С.Г. Сахно

Цель работы. Исследовать особенности и механизмы влияния коммуникации на физическое состояние пациента. Изучить влияние отдельных элементов коммуникации (вербальных, невербальных, паравербальных) как условнорефлекторных раздражителей, которые формируют определенный психосоматический ответ у пациентов.

Материалы и методы. Проанализировано 98 источников по основным ключевым словам «психокоррекция, вербальная коммуникация, вторая сигнальная система, условные рефлексы, психосоматика, влияние слова». Наиболее употребляемыми ключевыми словами были «психокоррекция, вербальная коммуникация, психосоматика», наименее употребляемые – «вторая сигнальная система, условные рефлексы, влияние слова». На основе данных обзора литературы можно сделать вывод, что исследование вербальной коммуникации в контексте высшей нервной деятельности – наименее изучено.

Результаты и их обсуждение. Закономерность телесного реагирования на условный раздражитель обусловлено безусловным ориентировочным рефлексом на новизну. Коммуникация – основной источник условнорефлекторных раздражителей. Транзакция – единица коммуникации. Условнорефлекторная реакция обусловлена онтогенетически сформированными когнциями и системой мировоззрения пациента.

Выводы. Транзакция – это условнорефлекторный раздражитель и индуктор изменений в вегетативной нервной системе и, соответственно, во всем теле, что может быть почвой для соматических заболеваний и их рецидивов.

**Ключевые слова:** коммуникация, транзакция, высшая нервная деятельность, психосоматика

## MECHANISMS OF THE COMMUNICATION EFFECT IN BETWEEN DOCTOR AND PATIENT FOR PATIENT PSYCHOPHYSIOLOGICAL WELLBEING

O. Khaustova, S. Sakhno

Objective. To investigate the characteristics and mechanisms of communication on the patient physical condition of the patient. Examination of the impact of communication (verbal, nonverbal, paraverbal) as conditioned reflex, which forms specific psychosomatic response.

Materials and Methods. The 98 main sources key words «psychological correction, verbal communication, a second signal system, reflexes, psychosomatics, the impact of word». Most used key words were «psychological correction, verbal communication, psychosomatic», the least used «second signal system, reflexes, the impact of the word». On the basis of literature review, we conclude that the least studied is the verbal communication in the context of higher nervous activity.

Results and discussion. Regularity of bodily response to the conditioned stimulus unconditioned orienting reflex due to novelty. Communication is the main source of conditioned stimuli. Transaction is a unit of communication. Conditioned reflex reaction caused by patients cognitions and frame of reference of the patient.

Conclusions. The transaction is conditioned reflex stimulus and an inductor of changes in the autonomic nervous system and throughout the body, respectively, that can be basis for somatic diseases and their recurrence.

**Key words:** communication, transaction, higher nervous activity, psychosomatic

УДК: 616.89–800:159+616.055

**Б.М. Ворник, А.А. Дмитренко, Е.В. Харчук**  
**ОСОБЕННОСТИ СИМПТОМОКОМПЛЕКСА МАСКУЛИННОСТИ–ФЕМИНИННОСТИ**  
**У ЖЕНЩИН С ТРАНССЕКСУАЛИЗМОМ**  
**И ЖЕНЩИН РАЗНОЙ СЕКСУАЛЬНОЙ ОРИЕНТАЦИИ**

Украинский научно-исследовательский институт социальной и судебной психиатрии  
и наркологии МЗ Украины, г. Киев

В статье представлены результаты исследования показателей маскулинности и фемининности у женщин с особенностями психосексуального развития, выражающимися в формировании мужской половой самоидентификации и разных психосексуальных ориентаций. Установлено, что 69,84% женщин являются андрогинными по полоролевым характеристикам: в группе гетеросексуальных их доля составляет 47,06%, бисексуальных – 81,25%, гомосексуальных – 83,32%, женщин с транссексуализмом – 66,67%. Особенности психосексуального развития влияют на представленность маскулинных, фемининных и недифференцированных личностей в группах исследуемых. Среди женщин с транссексуализмом доля маскулинных личностей составила 16,67%, гендерно-нетипичные личностные и поведенческие качества обнаружили 41,67% из них. Согласно полученным данным, диагностически более важным параметром женского транссексуализма является высокая маскулинность, чем общий показатель гендерной дифференциации.

**Ключевые слова:** женский транссексуализм, психосексуальная ориентация, симптомокомплекс маскулинности–фемининности, гомосексуальность, бисексуальность.

Половая идентичность – это осознание принадлежности к определенному биологическому полу, на основании которой формируется гендерная идентичность – осознание себя носителем конкретных специфических половых характеристик и особенностей поведения, соотносящихся с представлениями о маскулинности–фемининности [5, 7]. Таким образом, полюса маскулинность–фемининность выступают ведущим ориентиром процесса гендерной дифференциации [6].

Особенностью взаимосвязей половой и гендерной идентичностей при транссексуализме является состояние, определяющееся наличием у человека чувства несоответствия его биологического пола психологическому и стойким стремлением приобрести половые и социальные признаки желаемого пола, сопровождающееся у большинства транссексуалов изменением стереотипа полоролевого поведения [1]. В связи с этим особенности организации поведения как представителя того или иного пола в разрезе маскулинности–фемининности входят в диагностические критерии транссексуализма [2].

Вместе с тем, гендерно-нетипичное поведение наблюдается и при других расстройствах, в частности, при эго-дистонической сексуальной ориентации [8, 10], и в некоторых случаях может стать причиной формиро-

вания транссексуальной симптоматики у гомосексуальных лиц [3, 4], что ставит проблему дифференциальной диагностики указанных состояний с учетом еще одного аспекта идентичности – психосексуальной ориентации.

Ввиду того, что в Украине, как и в других постсоветских странах, женский транссексуализм встречается в 4 раза чаще, чем мужской, сравнительное изучение гендерных особенностей женщин с транссексуализмом и женщин с другими типами психосексуальной ориентации представляет клинико-диагностический интерес.

Целью данной работы было изучение особенностей индивидуальных полоролевых установок как соотношения показателей маскулинности и фемининности женщин, желающих сменить пол, и женщин с другими типами психосексуальной ориентации без нарушения полового самосознания.

## Материалы и методы исследования

В исследовании приняли участие 63 женщины, в том числе с установленным диагнозом транссексуализм – 12 (19,05%), гетеросексуальных – 17 (26,98%), бисексуальных – 16 (25,40%), гомосексуальных – 18 (28,57%). Психосексуальная ориентация определялась путем самоотчета исследуемых относительно их романти-