

ПСИХОЛОГІЧНІ НАУКИ

УДК 159.9+613.8-616.006

ПСИХОЛОГІЧНИЙ ПОРТРЕТ ОНКОХВОРИХ. ТРАНЗАКЦІЙНИЙ ПІДХІД

Березянська В.В.

Київський національний університет імені Тараса Шевченка

Увага даної статті прикута до вивчення психологічного портрету онкохворих, онкохворих у ремісії та канцерофобів. Загалом, факторний аналіз показав, що онкологічний хворий поводить себе як Жертва, схильний до втечі у фантазії, має складнощі з усвідомленням власних емоцій та потреб, неспроможний на відпочинок через прагнення до досконалості та страх не встигнути його досягти. Порівняльний аналіз виявив, що для вилікування необхідно переживати невдоволення життям з хворобою, прийняти боротьбу та переслідування хвороби. Розкрито значення і тілесно-орієнтованих практик, включно з фармакологічним лікуванням. З метою попередження виникнення онкозахворювання потрібно приймати реальне життя таким як воно є, позбутися ролі Жертви, навчитись усвідомлювати та виражати емоції і бажання прямо, приймати себе «достатньо хорошим», сформувавши симпатію до себе, навчитись шукати баланс між роботою та відпочинком, а також виробити звичку «загравати з життям».

Ключові слова: канцерофоби, онкологічні хворі, онкохворі у ремісії, транзакційний аналіз, психотерапія онкохворих.

Постановка проблеми. За даними МОЗ на початок 2018 року більше одного мільйону українців хворіють на онкологію. Смертність від онкології поступається лише серцево-судинним захворюванням. Для лікування від онкології спеціалісти шукають способи, які допоможуть знизити рівень смертності від хвороби, а також попередити її виникнення. У цьому пошуку вони починають виходити за рамки лише медичної науки. Так, ціла низка дослідників (R. Grinker, A. Bremond, A. Менегетті, А. Васютін, Р.Г. Хамер, І. Малкіна-Пих, П. Сідоров, Є. Совершаєва, та ін.) підтверджують, що онкологічне захворювання у своїй основі є психосоматичним.

Аналіз останніх досліджень та публікацій. У сучасній медико-психологічній літературі виділяють ряд психологічних особливостей онкохворих. С. Malatesta, А. Siegman, Н. Русина, Г. Старшенбаум вказують на те, що онкохворих об'єднує пригнічення своїх емоцій, приховування своїх потреб, відчуття власної недосконалості. А. Тхостов описує збіднення емоційної сфери як особливість онкохворих. L. Le Shan, К. Бансон включають стосунки з іншими, а точніше втрату важливих стосунків, їх холодність, до чинників онкохвороби.

З іншого боку, Є. Соколова зазначає, що найважливішим фактором схильності до захворювання є специфічні особливості особистості, які формуються на основі дитячого досвіду і зумовлюють ступінь її стійкості до стресу. Тому, аналізуючи онкохворобу як психосоматичне захворювання, необхідно звертати увагу і на дитячий досвід.

Саме через прагнення охопити вище описані чинники, інструментом вивчення психологічних особливостей онкохворого було обрано транзакційний аналіз. Сучасний транзакційний аналіз включає модель особистості, теорію комунікацій, аналіз складних систем і організацій, теорію дитячого розвитку. В практичному аспекті це система корекції як окремих людей, так і подружніх пар, родин і різних груп. Тому вибір і пав на цю теорію.

Виділення невирішених частин загальної проблеми. До сьогодні онкохворі неодноразово потрапляли в центр уваги психологічних досліджень. Зарубіжна психологія активно розвиває такий напрям як психоонкологія, представниками якої є S. Greer, T. Morris, B. Andersen, S. Moory, D. Cella, P. Siffneos. Зустрічаються також поодинокі вивчення психологічних особливостей онкохворих у ремісії відносно онкозахворювання (М.Г. Івашкіна). Опис психологічних особливостей канцерофобів представлений лише на основі спостережень та роздумів практикуючих лікарів-онкологів (Л. Ракітіна).

Формулювання цілі статті. Тому метою даного дослідження є опис за допомогою транзакційного аналізу психологічного портрету онкохворих, а також порівняння портретів онкохворих, онкохворих у ремісії та канцерофобів для побудови практичних рекомендацій та психологічної допомоги онкохворих.

Для реалізації поставленої мети було використано ряд психодіагностичних методик, розроблених у руслі транзакційної теорії та 2 методики загально-психологічного підходу. Зокрема:

1. Опитувальник для вивчення драйверів (директив), розроблений М. Кокс, M.Ed., TSTA (Cambrai Services, Calderbridge, Cumbria, UK).

2. Опитувальник особистісних адаптацій В. Джойнса. (3-я редакція) (переклад А. Гороховської) для вивчення стратегій адаптування.

3. Опитувальник ZESUI К. Brajovic Car, M. Hadzi Pesic, J. Nedeljkovic, розроблений у руслі транзакційного аналізу для діагностики глухих кутів, позицій у Драматичному трикутнику та перебіг Я станів функціональної моделі особистості у транзакційному аналізі.

4. Шкала задоволення життям – короткий скринінговий опитувальник, призначений для опитувань респондентів про ступінь суб'єктивної задоволеності їх життям. Запропоновано E. Diener, R.A. Emmons, R.J. Larsen і S. Griffin в 1985 році, адаптована і валідизована Д. Леонтьєвим і Є. Осиним в 2003 році російською мовою.

5. Шкала вивчення стресу Холмса та Пое.

У дослідженні прийняла участь 122 особи. Опитування відбувалось на базі Київського обласного онкологічного диспансеру та за допомогою мережі інтернет. В якості математико-статистичного методу було застосовано факторний аналіз.

Виклад основного матеріалу дослідження. Доцільність проведення факторного аналізу для усіх трьох вибірок підтверджують адекватні показники КМО та сферичності Бартлета. Оскільки головною вибіркою даного дослідження є онкохворі, то до результатів саме цієї групи буде звернено основну увагу. Результати факторного аналізу груп канцерофобів та онкохворих у ремісії будуть розглядатись лише для порівняння.

Проаналізуємо результати застосування факторного аналізу для вибірки онкохворих. Було виділено 5 факторів, які дозволяють пояснити 72% дисперсії, що є досить вагомим результатом.

Представимо факторну матрицю. У таблиці 1 розкрито факторні ваги першого фактору.

До першого фактору з найбільш значимими факторними вагами ввійшли показники Роль Жертви (0,925), глухий кут першого ступеня (0,915), дві стратегії адаптації – Відповідальний трудоволік (0,821), Грайливий норавливець (0,811) та Негативний полюс Адаптивної дитини (0,816).

Проаналізуємо отриманий фактор. Відповідно до отриманих результатів, наші досліджувані вважають себе нижчими за інших і не-Ок. Згідно з С. Карпманом [4, с. 268-269], Жертва сама шукає Переслідувача, щоб він пригнічував її і знущався над нею. Або шукає Рятівника, який би підтвердив, що дійсно їй нічого не вдається. Також Жертва [4, с. 269] нехтує власними здібностями. Як у вище описаному принципіві, тут спрацьовує та ж сама схема: Переслідувач підтверджує, що людина-Жертва гідна бути пригніченою, а Рятівник своїм порятунком теж, у дещо інший спосіб, проте все-таки підтверджує, що її здібності не достатні для прийняття рішень. Можливо онкологічна хвороба стає саме таким Переслідувачем чи Рятівником, з яким Жертва намагається відіграти знайомий їй сценарій.

Присутність усіх трьох показників у складі цього фактору ще раз підтверджує його назву – Драматичний трикутник. Також С. Карпман підкреслює [4, с. 270], всі три ролі відірвані від реальності і спрямовані на минуле. Імовірно, це ще раз підкреслює, що хвороба часто «приходить» для того аби повернути людину у ситуацію «тут – тепер».

Відповідно до опису стратегії адаптування «Грайливі норавливці» – це люди, які люблять скаржитись на щось, хочуть аби хтось інший щось із цим зробив. Також Норавливці вірні, легко помічають, коли щось неправильно, опираються вказівкам інших, розглядають життя як боротьбу, схильні до мислення типу «все або нічого», ускладнюють все більше, ніж потрібно, відкладають на потім і часто своїм супротивом відштовхують від себе.

Поява у складі першого фактору ще й стратегії адаптування Відповідального трудоволіка додає до вищезазначеного особистісного профілю онкохворого такі риси, як беземоційність, прагнення до контролю, інтелектуалізація замість переживання, неспроможність відпочивати, тощо. І, хоча, безпосередньо директиви не ввійшли до першого фактору, проте Т. Каллер дозволяє включити до опису цього фактору і драйвер «Будь досконалим!», оскільки саме з цим драйвером пов'язаний тип адаптації «Відповідальний трудоволік».

Присутність типу адаптування «Творчий мрійник» (0,794) у складі цього фактору розкриває здатність онкологічного хворого замінювати реальні дії фантазіями, відсторонюватись в стресовій ситуації, а також розкриває, що онкохворий може більше перейматись потребами інших та ігнорувати власні потреби. Цьому стилю адаптування за Т. Каллером, відповідає директива «Будь сильним», що, знову ж таки, підводить нас до розуміння, що для онкологічних хворих є характерною беземоційність та заборона на слабкість.

Негативний полюс Адаптивної дитини чи Дитини-Пристосування охоплює поведінку, яка є недоречною для людини дорослого віку. Саме ця поведінка найчастіше демонструвалась в дитинстві та відтворюється тепер для привернення до себе уваги. Тому присутність цього функціонального стану Я (0,794) у першому факторі вказує на те, що онкологічна хвороба може бути такою «недоречною» спробою висловити те, що людина прямо сказати не може. Директива «Старайся» (0,700), яка також ввійшла до першого фактору, ще раз підкреслює цю тезу. Замість того, аби зробити щось необхідне, люди з такою провідною директивою будуть намагатись робити щось інше [4, с. 179].

Віднесення глухого кутів до цього фактору говорить про те, що досліджувані схильні насамперед приймати рішення несвідомо на тілесному рівні [3].

Таблиця 1

Факторні навантаження першого фактору онкохворих

Фактор	% дисперсії	Психологічні показники	Факторні ваги
Фактор 1 «Жертва»	28,6	Роль Жертви	0,925
		Роль Переслідувача	0,738
		Роль Рятівника	0,771
		Глухий кут першого ступеня	0,915
		Глухий кут другого ступеня	0,737
		Глухий кут третього ступеня	0,711
		Відповідальний трудоволік	0,821
		Грайливий норавливець	0,811
		Творчий мрійник	0,794
		Негативний полюс Адаптивна дитина	0,816
Директива «Старайся»	0,700		

Отже, можна зробити висновок, що онкохворя людина нехтує власними здібностями, власною особистістю загалом, застрягає у минулому, ігноруючи актуальну ситуацію, схильна бачити життя в чорно-білому кольорі, легко помічає якщо щось не так, беземоційна, схильна до розмірковувань, втечі до фантазій, неспроможна на відпочинок і прямо висловити те, що потрібно, а також прагне до досконалості. Прагнення до ідеалу і досконалості стає, відповідно, чинником суб'єктивного стресу.

Далі розглянемо другий за значимістю фактор. Він охопив 16,9% дисперсії і об'єднав майже всі функціональні стани Я. Розглянемо лише три найбільш значимі. Це позитивний полюс Вільної дитини (0,915), позитивний полюс «Адаптованої дитини» (0,820) і стан Дорослого (0,816).

Стан Вільної дитини охоплює таку поведінку дитини, коли вона не звертає увагу на правила та обмеження батьків і діє відповідно до внутрішніх імпульсів. У дорослої людини така поведінка – це поведінка, яка спрямована на задоволення особистих потреб, а не потреб батьків, дітей, тощо. Можливо, саме онкологічна хвороба змушує людину, яка ігнорує власні потреби (писали про це вище), повернутись до них.

Зв'язок стану Дорослого та позитивного полюсу Адаптивної дитини можна пояснити тим, що наші досліджувані перебувають на лікуванні. Отже, при лікуванні хворі не лише приймають рішення з позиції Дорослого, але засвоюють принципи лікування через структуру Дитини-Пристосуванця. Виявлення такого зв'язку, на нашу думку, є імовірним чинником позитивних результатів при зверненні до психотерапії.

Розглянемо третій за значимістю фактор. Він охопив 15,8% дисперсії. В узагальненому вигляді фактор представлено у таблиці 3.

Фактор включив усі показники, що входять до методики вивчення наповненості життя/задоволеності життям. Найбільше факторне наван-

таження має загальний інтегрований показник (0,932) та показник задоволеності життям (0,915), тому фактор отримав відповідну назву. Загалом, можна зазначити, що в структурі особистості онкохворого лише на третьому щаблі стоїть оцінка задоволення життям. І, оскільки, ці показники є середніми і нижче середніми (тези Березянської), то невдоволення своїм життям є ще однією рисою онкологічних хворих. Прийняття свого життя, підвищення його оцінки матиме позитивне значення і для зниження рівня стресу.

Далі розглянемо ще два фактори. Факторні навантаження цих двох факторів представлено у таблиці 4.

До четвертого фактору ввійшли три показники: Бажання прожити життя ще раз (0,631), директива «Поспішай» (0,536) та негативний полюс функціонального стану «Турботливий батько» (-0,445). Зв'язок останнього компоненту з мінусом, що означає, що до складу фактору входить якраз відсутність вираження цього функціонального стану.

Для вірного розуміння цього фактору необхідно зазначити, що негативний полюс функціонального стану Я «Негативний батько» виражений у досліджуваній вибірці найбільше всіх інших станів [1], а директива «Поспішай» та «Бажання прожити життя ще раз» мають найнижчі показники серед шкал відповідних методик. Таким чином, можна зробити висновки, що присутність такого типу стану «Негативного батька» блокує бажання прожити життя ще раз і виключає директиву «Поспішай».

До п'ятого фактору увійшли лише два показники, але дуже важливі для розуміння особистості онкохворого – показник стресу (0,472) та стратегія адаптування «Надмірно реагуючий ентузіаст» (-0,478).

Основною характеристикою «Надмірно реагуючого ентузіаста» є, звісно, ентузіазм, а також емоційність. Відтак, можна зробити висновок, що для того, аби зменшити рівень стресу респонден-

Таблиця 2

Факторні навантаження другого фактору

Фактор	% дисперсії	Психологічні показники	Факторні ваги
Фактор 2 «Пристосування»	15,06	Позитивний полюс «Адаптивна дитина»	0,820
		Позитивний полюс «Вільна дитина»	0,915
		Стан «Дорослий»	0,816

Таблиця 3

Факторні навантаження другого фактору

Фактор	% дисперсії	Психологічні показники	Факторні ваги
Фактор 3 «Задоволення життям»	15,58	Загальний показник наповненості	0,932
		Задоволення від життя	0,915
		Всі показники наповненості життя	
		Стрес	-0,452

Таблиця 4

Факторні навантаження четвертого та п'ятого факторів психологічного портрету онкохворих

Фактор	% дисперсії	Психологічні показники	Факторні ваги
Фактор 4 «Поспіх»	5,99	Директива «Поспішай»	0,536
		Негативний полюс «Турботливий батько»	-0,445
		Бажання прожити життя ще раз	0,631
Фактор 5 «Спосіб подолання стресу»	4,99	Тип адаптування «Надмірнореагуючий ентузіаст»	-0,478
		Стрес	0,427

тів необхідно навчити їх емоційності, відкритості та ентузіазму.

Загалом, факторний аналіз показав, що онкологічний хворий поводить себе як Жертва, яка схильна до втечі у фантазії, має складнощі з усвідомленням власних емоцій та потреб, неспроможна на відпочинок через прагнення до досконалості та страх не встигнути його досягти. Імовірно хвороба стає інфантильним способом подолати цей конфлікт і отримати задоволення від життя. І цілком зрозуміло, що таке задоволення не приносить полегшення, а лише накопичує стрес.

Порівняльний аналіз факторів психологічного симптомокомплексу онкохворих, онкохворих у ремісії та канцерофобів представлений у таблиці 5.

Порівняльний аналіз факторів психологічних портретів онкохворих та онкохворих у ремісії виявив стратегію вилікування від хвороби. Насамперед, фактори, що утворились після застосування факторного аналізу для вибірки осіб з ремісією, розкривають необхідність опору, боротьби – не приймай життя з хворобою, не примирайся з цим, прояви норов, розглядай життя як, будь сильним на цьому шляху. Так, у роботах зарубіжних дослідників (Becker, 1979; Kissen, 1966) також підкреслюється про необхідність боротьби та відмови від відчуття безпорадності.

Відповідно, факторний аналіз розкриває «мішені» психотерапії при роботі з онкохворими: недоволення життя з хворобою, спротив, агресія, переслідування хвороби. Важливим стає і актуалізація конфлікту тілесного рівня за допомогою тілесно-орієнтованих практик, включно з фармакологічним лікуванням. Також особистість має позбутись фантазій та ілюзій стосовно себе та свого минулого і розкрити свою енергію, вільну творчість. Досягнути бажаного результату допомагає бажання порадувати інших, проявити свою силу, досягти досконалості. Звернення до психотерапії допоможе прийняти на себе роль Рятівника та перестати нехтувати собою чи своїм здоров'ям, отримати додатковий соціально значимий стимул для виживання – показати іншим приклад зцілення.

Далі опишемо, як отримані фактори розкривають особливості психологічного портрету канцерофобів. Для цієї групи респондентів характерно, що вони приймають життя тут і тепер, сприймають себе як Рятівника, цим самим створюючи собі додаткову мотивацію до життя, розуміють значення вираження емоцій, приймають себе «достатньо хорошими» та знають про необхідність розслаблення, балансу між роботою та відпочинком. Загалом можна сказати, що вони відкриті до себе та до своїх переживань. Оскільки для переважної більшості досліджуваних джерелом виникнення такого страху (захворіти на онко) є хвороба та смерть близької

людини, то не боятись виражати свій страх та щось із ним робити, на нашу думку, є своєрідним способом подолання страху.

Отримані фактори можна розглядати і як етапи психотерапії при роботі з онкохворими: спочатку необхідно допомогти хворому прийняти життя реальним і «достатньо хорошим», прийняти роль Рятівника, навчити усвідомлювати та виражати емоції і потреби, прийняти себе «достатньо хорошим» і навчити розслаблятися та відпочивати.

Висновки з дослідження та перспективи. Таким чином, можна зробити висновок що для того, аби не захворіти на онко, необхідно прийняти своє життя таким, як воно є, навчитись отримувати задоволення від проживання ситуації «тут-тепер», відмовитись від позиції Жертви та взагалі вийти з драматичного трикутника, навчитись приймати реальність зі всіма її плюсами та мінусами, не втікаючи у фантазії, знизити рівень стресу (згідно наших результатів через навчання вільному прояву емоцій, відкритості та ентузіазму). Також необхідно пропрацювати глухі кути першого та другого ступенів, що можливе лише за умови звернення до вербальної психотерапії.

Факторний аналіз дав можливість зрозуміти, що в певній мірі хвороба дозволяє людині проявити свою творчість, виправдати свої стосунки з життям. Домінуючі риси онкохворого розкривають і механізм виникнення хвороби: домінування глухого кута третього ступеню вказує на те, що конфлікт буде «осідати» на тілесному рівні. Конфлікт створюватиметься постійним зануренням у роботу, яке супроводжується прагненням до досконалості та ідеалу у всьому. Безперечно, такий конфлікт викликати стрес. Проте, людина не дозволяє собі проживати власні емоції, ігнорує свої потреби, відривається від реальності втікаючи у фантазії, сприймаючи світ через дуальне «вікно» все або нічого. І тому, саме онкологічна хвороба, образно кажучи, стає символічним отриманням «бажаного».

Отже, в якості психогієни та психопрофілактики виникнення онкозахворювання необхідно за допомогою психотерапії прийняти реальне життя таким як воно є, позбутися ролі Жертви, обравши для себе роль Рятівника, навчитись усвідомлювати та виражати емоції і бажання прямо, прийняти себе «достатньо хорошим», сформувавши симпатію до себе, навчитись розслаблятися і шукати баланс між роботою та відпочинком, а також виробити звичку «загравати з життям». Перспективами подальших досліджень стануть апробації отриманих результатів дослідження у практичній роботі, а також подальше вивчення психологічних особливостей онкохворих методами транзакційного аналізу.

Таблиця 5

Фактори психологічного симптомокомплексу онкохворих та канцерофобів

№ з/п	Назви факторів (онкохворі)	Назви факторів (онкохворі в ремісії)	Назви факторів (канцерофоби)
1	Образ Жертви	Супротив/боротьба (образ Переслідувача)	Прийняття життя
2	Пристосування	Відкритість	Образ Рятівника
3	Задоволення життям (з хворобою)	Радує інших як мотив лікування	Вираження емоцій
4	Поспіх	Робота на досягнення	Прийняття себе
5	Стрес (спосіб подолання)	Прийняття ролі Рятівника	Розслаблення

Список літератури:

1. Березянська В.В. Стратегії особистісної адаптації онкологічних хворих. Транзакційний підхід // Актуальні проблеми психології / Збірник наукових праць Інституту психології ім. Г.С. Костюка НАПН України, 2017. Том 7. Випуск 43. С. 10-20.
2. Березянська В.В. Задоволення життям онкологічних хворих / Проблеми особистості в сучасній науці. Результати та перспективи дослідження. Матеріали конференції молодих науковців, 2017.
3. Меллор К., 1980. Меллор К. Тупики: Понимание в контексте развития и структуры / К. Меллор. – ТAJ. – Vol. 10. – 1980. – № 3. – С. 213-220.
4. Стюарт Й., Джойнс В., 2002. Стюарт Й. Основы ТА: Транзакційний аналіз: Пер. з англ. / Й. Стюарт, В. Джойнс. – К.: ФАДА, ЛТД, 2002. – 393 с.

Березянская В.В.

Киевский национальный университет имени Тараса Шевченко

ПСИХОЛОГИЧЕСКИЙ ПОРТРЕТ ОНКОБОЛЬНЫХ. ТРАНЗАКТИВНЫЙ ПОДХОД

Аннотация

В статье изучается психологический портрет онкобольных, онкобольных в ремиссии и канцерофобов. Факторный анализ показал, что онкологический больной ведет себя как Жертва, склонен к побегу в фантазии, имеет сложности с осознанием собственных эмоций и потребностей, не способен на отдых из-за стремления к совершенству и страх не успеть его достичь. Сравнительный анализ выявил, что для излечения необходимо переживать недовольство жизнью с болезнью, принять борьбу и преследования болезни. Раскрыто значение и телесно-ориентированных практик, включая фармакологическое лечение. С целью предупреждения возникновения онкозаболевания нужно принимать реальную жизнь такой как она есть, избавиться от роли жертвы, научиться осознавать и выражать эмоции и желание прямо, принимать себя «достаточно хорошим», сформировать симпатию к себе, научиться искать баланс между работой и отдыхом, а также выработать привычку «заигрывать с жизнью».

Ключевые слова: канцерофобы, онкологические больные, онкобольные в ремиссии, транзакционный анализ, психотерапия онкобольных.

Berezyanska V.V.

Taras Shevchenko Kyiv National University

PSYCHOLOGICAL PORTRAIT OF CANCER PATIENTS. TRANSACTIONAL APPROACH

Summary

The article is focused on the study of the psychological portrait of cancer patients, cancer patients in remission and carcinophobic persons. In total, factor analysis showed that a cancer patient behaves as a Victim, prone to escape into fantasy, has difficulties with the realization of own emotions and needs and is unable to rest because of the desire for perfection and fear not to manage to achieve it. Comparative analysis revealed that for the cure it is important to experience dissatisfaction with life with the disease and to accept the fight and persecution of the disease. The significance of body-oriented practices, together with pharmacological treatment, has been revealed. In order to prevent cancer it is important to take real life as it is, get rid of the role of the Victim, learn to understand and express emotions and desires directly, accept oneself as a "good enough", create sympathy for oneself, learn to maintain balance between work and rest, as well as to develop a habit to "flirt with life".

Keywords: carcinophobia, cancer patients, cancer patients in remission, transactional analysis, psychotherapy of cancer patients.