

УДК 159.9+613.8-616.006

ПСИХОЛОГІЧНІ ОСОБЛИВОСТІ КАНЦЕРОФОБІВ. ТРАНЗАКЦІЙНИЙ ПІДХІД**Березянська В.В.**

Київський національний університет імені Тараса Шевченка

Увага даної статті прикута до вивчення особистісних особливостей осіб, для яких притаманний страх онкологічного захворювання. Методом дослідження стає транзакційний аналіз, який реалізує поставлені задачі. Було використано 4 психодіагностичні методики, дві з яких розроблені в транзакційному аналізі. У дослідженні прийняла участь 62 особи. Опитування відбувалось за допомогою мережі інтернет. За допомогою кластерного аналізу досліджувані об'єдналися за схожістю у три групи. Порівняльний аналіз виявив показники, за якими групи різнилися між собою: рівень переживання стресу, задоволення життям, стратегії адаптації («блискучий скептик», «грайливий норовливець» та «чаруючий маніпулятор»), вибір ролі жертви та розвиток рівня негативного полюсу «адаптованої дитини». Показники в групах канцерофобів були співставлені з показниками онкохворих. Відмінності проявилися в переживанні стресу, рівні розвитку директив/драйверів «поспішай» та «намагайся», застосуванні стратегій адаптації «відповідальний трудоволік» та «чаруючий маніпулятор», рівні сформованості глухого кута першого рівня, частоти застосування ролі переслідувача та сформованості негативного полюсу его-стану «турботливого батька».

Ключові слова: канцерофобія, канцерофоби, онкологічні хворі, транзакційний аналіз, глухий кут, ролі рятівника, жертви та переслідувача, его-стани Я.

Постановка проблеми. Канцерофобія – це ірраціональний страх захворіти на рак, а, оскільки, більшість людей не вірять у можливість вилікування, то це, по суті, своєрідна реакція на стрес, викликаний хвилюванням за власне життя. І хоча на сьогодні імовірність померти від інфаркту міокарда чи інсульту значно вища, страх перед цими захворюваннями набагато нижчий ніж страх захворіти на рак. Безперечно, страх захворювання на рак є лідером серед усіх інших фобій.

Аналіз останніх досліджень та публікацій. Причинами розповсюдження цієї фобії є стереотипи, пов'язані з онкозахворюванням. Серед них наступні: рак – це завжди смерть; рак з'являється нізвідки, попередити його неможливо і боротись з ним безнадійно; методи сучасної медицини (оперативні методи, хімотерапія, лазер) мають масу побічних ефектів і рідко приводять до вилікування, та дуже важко переносяться; всі інші хвороби не мають летального кінця. (Л. Ракітіна, 2012).

У більшості людей канцерофобія виникає, як реакція на втрату близької людини, що помирає від раку. Проте, є також і інші джерела формування.

За спостереженнями працюючих онкологів (Л. Ракітіна, 2012), до канцерофобії частіше схильні люди у віці 30-40 років. Для канцерофобії характерний високий рівень тривожності, зазвичай у поєднанні з прихованою депресією. Остання не проявляється вираженим зниженням настрою, її симптоми виглядають як соматичні проблеми, серед яких можуть бути різні дисфункції і невизначені больові відчуття. Оскільки такі симптоми не піддаються лікуванню традиційними засобами, така симптоматика в результаті формує у пацієнта уявлення про наявність у нього важкого невилікового захворювання.

Сучасні дослідження, які базуються на спостереженнях лікарів-практиків (Л. Ракітіна, 2012), наводять опис різних поведінкових патернів канцерофобів. Людина першого типу боїться захворіти на рак, але не обстежується. Хоча страх присутній, проте вона самостійно намагається його опанувати. Люди другого типу, навпаки, весь час

проводять обстеження, звертаються до лікарів, хоча дуже часто розуміють, що підстав для таких побоювань немає. Третій тип людей не лише відвідує лікарів та проводить обстеження, але і слідкує за своїм харчуванням, споживаючи лише те, що в мережі Інтернет пов'язують з профілактикою онкозахворювання. Людина четвертого типу переконана, що у неї вже є пухлина, проте або її не можуть виявити, або виявили і не хочуть їй говорити. І людина п'ятого типу впевнена, що пухлина у неї вже є, але навпаки замість звернутись до лікаря, принципово його уникає.

Виділення невирішених раніше частин загальної проблеми. Отже, незважаючи на те, що увага психологів-дослідників уже прикута до психологічних особливостей онкохворих, проте канцерофобія стають досліджуваними нечасто. Метою нашої статті є перевірка декількох положень. Часто можна почути твердження, що «думки матеріалізуються» і надмірний страх виникнення якоїсь хвороби призведе до зворотного ефекту і людина захворіє. Тому, ми хочемо розв'язати наступні завдання:

– діагностувати схожість психологічний портрет онкохворої людини і канцерофоба з метою виявлення психологічних особливостей, які потребують корекції у канцерофобів;

– розкрити відмінність вищезазначені портрети задля побудови корекційних заходів допомоги онкохворим.

Загалом у дослідженні прийняли участь 62 особи. Вони потрапили до вибірки канцерофобів завдяки самозвіту і наявності певних патернів поведінки. Так, більшість досліджуваних зазначають, що проходять обстеження з метою діагностики відсутності ракового захворювання один раз чи двічі на рік.

Для реалізації поставленої мети було використано наступний інструментарій:

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 трансакційного аналізу для діагностики глухих кутів, позицій у Драматичному трикутнику та перебіг Я станів функціональної моделі особистості у трансакційному аналізі.

4. Шкала задоволення життям – короткий скринінговий опитувальник, призначений для визначення ступеню суб'єктивної задоволеності життям. Шкала запропонована Е. 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 стресу Холмса та Рое.

В якості математико-статистичного аналізу було використано описові статистики, кластерний аналіз, статистичні методи вивчення відмінностей.

В дослідженні використано терміни і визначення, прийняті в методі трансакційного аналізу для пояснення логіки застосованих опитувальників. Зокрема: ідея глухих кутів (Р. та М. Гулдінг), Драматичний трикутник та три позиції: рятівник, жертва та переслідувач (С. Карпман) та функціональна модель особистості, заснована на станах Я (Е. Берн). Фундаментальним постулатом трансакційного аналізу є те, що всі люди ОК – тобто, всі люди (і ти, і я) цінні, гідні поваги. Хоча поведінка людини не завжди відповідає позиції ОК, проте ці стратегії були обрані людьми в дитинстві для того, аби вижити і отримати від світу все, тобто стати ОК.

Виклад основного матеріалу дослідження.

За допомогою кластерного аналізу досліджуваних було об'єднано у три групи. До першої групи ввійшло 24 особи, до другої – 20 осіб, до третьої – 18. Порівняльний аналіз за допомогою ANOVA показав суттєву відмінність груп за показниками суб'єктивного переживання стресу, загального показника задоволення життя, рівня прояву типу «блискучий скептик», «чаруючий маніпулятор», рівня прояву глухого кута першого типу, рівня прояву ролі «жертви» та рівня прояву негативного полюсу адаптованої дитини. Результати аналізу представлені у таблиці 1.

Отже, було отримано три групи досліджуваних, а також встановлено ключові показники їх відмінності. Охарактеризуємо кожен з груп.

Група 1 об'єднала осіб, які мають середній, в порівнянні з двома іншими групами, рівень за-

доволення життям та рівень стресу. При цьому вони переважно поводяться як «блискучі скептики», зокрема доволі жорстко, з прагненнями до надмірного контролю, критичним ставленням до себе та інших, з вірою в істинність лише власних думок та переконань, в правильність своїх рішень. Загалом в стосунках з іншими людьми виявляють обережність, прагнучи максимально уникнути непередбачених обставин. При встановленні міжособистісних контактів займають очікувальну позицію, прагнучи аби інші ініціювали контакт з ними. По мірі того, як вони звикають до людей, звільняються від своєї жорсткості і стають більш розслабленими і товариськими. Проте зрідка, вони використовують стратегії поведінки також типів «грайливий норавливець» та «чаруючий маніпулятор», що свідчить про те, що досліджувані не ігнорують власних потреб, і проявляють високий рівень прагнення досягнення бажаного будь-якими способами. Роль «жертви» для них не характерна.

Група 2 включила осіб, які найбільш схожі до вибірки онкохворих. Для них властиві найнижчі, у порівнянні з показниками інших груп канцерофобів, показники стресу та найвищі показники задоволеності життя, найнижчі показники прояву досліджуваних типів (стратегій адаптації), найнижчий показник негативного полюсу «адаптивної дитини» та нечастий вибір ролі «жертви».

Третя група об'єднала людей, які описали своє життя як найбільш стресове, проявляли найбільше невдоволення своїм життям, найбільше діють як тип «чаруючий маніпулятор», проте конфлікт переживається ними на свідомому рівні, що вказує на те, що такі люди зупиняють себе у своїх фобічних переживаннях самостійно чи слухаючи інших людей, зокрема, спеціалістів.

Порівняння результатів виокремлених груп з показниками онкохворих виявило, що найбільш схожими до результатів онкохворих є показники групи 2, а найбільш віддаленими – групи 3. Наочно ці результати представлені на рисунку 1.

Порівняльний аналіз результатів групи онкохворих та канцерофобів виявив ряд статистично значимих відмінностей. Результати порівняння представлені у таблиці 2.

Насамперед варто зазначити, що групи суттєво різняться за віком: середній вік канцерофобів відповідає 35,6 роки, а середній вік групи онкохворих

Таблиця 1

Порівняльний аналіз груп канцерофобів

Показники	Показник середнього групи 1	Показник середнього групи 2	Показник середнього групи 3	Достовірність статистичної різниці
Рівень стресу	253,54	128,70	400,78	0,000
Загальний показник задоволеності життям	20,42	21,55	13,83	0,000
Тип «блискучий скептик»	7,96	6,25	6,89	0,032
Тип «грайливий норавливець»	7,33	5,25	7,33	0,010
Тип «чаруючий маніпулятор»	5,67	4,25	6,50	0,037
Прояв глухого кута першого типу	9,63	8,20	13,67	0,000
Роль «жертви»	8,83	9,00	11,78	0,013
Негативний полюс «адаптованої дитини»	14,58	12,50	16,00	0,012

становить 53 роки, що наштовхує на думку про високу природну опірність організму хворобі в молодому віці.

Результати свідчать про те, що група канцерофобів переживає більш високий рівень стресу (256 балів у канцерофобів у порівнянні з 195,1 балів у онкохворих). Для більш вірного тлумачення необхідно нагадати, що процедура діагностики передбачає констатацію всіх стресових ситуацій життя людини за найближчий до обстеження час. Ми припускаємо, що такий результат можна пояснити тим, що для онкохворих ситуація хвороби стає дуже значимим, і часто єдиним (всі інші просто відкидаються як незначні) стресовим фактором. Канцерофоби ж переймаються більшим спектром стресових ситуацій.

Порівняння прояву директив в групах онкохворих та канцерофобів виявило статистично значиме переважання у канцерофобів директив «намагайся» та «поспішай». У попередніх дослідженнях було виявлено, що найбільш домінуючою поведінковою тенденцією серед онкохворих є драйвери «будь сильним», «будь досконалим» та «радуї інших», а директиви «намагайся» та «поспішай» виражені найменше. (Березянська, 2017) Оскільки між директивами, притаманними онкохворим та досліджуваній вибірці, не було виявлено статистично значимої різниці то мінісценарії «намагайся» і «поспішай» можна вважати своєрідними бар'єрами розвитку хвороби. Тобто цей тип людей замість того, аби щось робити, лише намагається, і настільки поспішає, що йому не вистачає відповідальності та наполегливості, аби психологічно «запустити» розвиток хвороби.

Стилями адаптації, якими різняться групи онкохворих та канцерофобів, є «відповідальний трудоволік» та «чаруючий маніпулятор». Встановлено, що для онкохворих є більш притаманним тип адаптації «відповідальний трудоволік» (7,14 та 6,08 відповідно), та менш вираженим тип «чаруючий маніпулятор» (3,84 та 5,21 відповідно). Варто зазначити, що для вибірки онкохворих тип «відповідальний трудоволік» є одним з домінуючих типів, а «чаруючий маніпулятор» є найменш притаманним.

Людина з адаптацією «відповідального трудоволіка» орієнтована на досягнення, бездоганною роботою вона сподівається отримати гідне і поважне ставлення до себе, є надто відповідальною

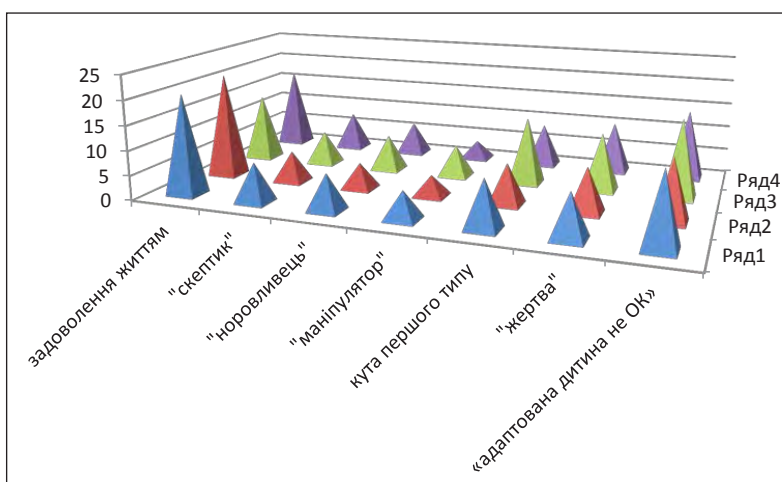


Рис. 1. Середні арифметичні груп канцерофобів та онкохворих
Примітка: ряд 1-3 відповідає групам канцерофобів, ряд 4 – група онкохворих

стосовно інших. Як результат, весь її час зайнятий, бо вона весь час намагається чогось досягнути і стати досконалою. В противагу канцерофобам не вистачає цієї відповідальності у досягненні досконалості, завантаженні себе роботою.

Люди типу «чаруючий маніпулятор» ініціюють контакт з іншими лише заради власної вигоди, і тому, відповідно, надають перевагу взаємодії в групі. Вони активні і агресивні та намагаються залякати або спокусити інших, щоб отримати від них те, чого вони хочуть. «Чарівний маніпулятор» звертає увагу лише на себе і свої потреби, він байдужий до потреб інших людей. Якщо він не отримує задоволення власних потреб від інших людей, то маніпулює, залажує, аби змусити їх поступитися. Задовольняючи свої потреби будь-якою ціною, він стверджує себе та реалізує свій потенціал. В цьому сенсі онкохворим не вистачає уваги до своїх власних потреб, вони не проявляють достатньої активності та часом напору, щоб виразити свої глибокі інтенції, іншими словами зраджують самі себе.

Далі розглянемо особливості патернів реагування на травмуючий досвід через прояв глухих кутів. Порівняння груп респондентів виявило наявність статистично значимої різниці у сформованості глухих кутів першого ступеню. Ці кути пов'язані з контрзаборами. Вони виникають уже у тому віці, коли дитина володіє мовою і сама розуміє вербальні послання батьків. Даний кут виникає у віці, коли тілесність сформована, а рішення приймаються за допомогою слів (Меллор, 1980).

Таблиця 2

Порівняльний аналіз середніх показників групи онкохворих та канцерофобів

Показники	Середні показники групи онкохворих	Середні показники групи канцерофобів	Достовірність статистичної різниці
Рівень стресу	195,1	256	0,028
Директива «поспішай»	1,84	2,84	0,001
Директива «Намагайся»	2,55	3,19	0,013
Тип «відповідальний трудоволік»	7,32	6,08	0,046
Тип «чаруючий маніпулятор»	3,84	5,21	0,009
Прояв глухого кута першого кута	8,79	10,34	0,000
Роль переслідувача	10,17	12,16	0,015
Негативний стан «турботливий батько»	19,17	16,13	0,039

Встановлено, що у групі канцерофобів даний глухий кут виражений більш високо (показник середнього 10,35), ніж у групі онкохворих (8,79). Це вказує на те, що для осіб, які відчувають страх перед онкозахворюванням, але не хворіють на цю хворобу, притаманним є чітке усвідомлення часу, об'єктів, і використання вербальної комунікації як основного виду комунікації. Це може свідчити про те, що зміна думок на більш позитивні матиме неабиякий психотерапевтичний ефект. Останнє дає змогу припустити, що для цієї групи ефективними будуть вербальний вид психотерапії, на відміну від онкохворих, для яких дієвими будуть насамперед різноманітні тілесні практики.

Аналіз трикутника С. Карпмана встановив наявність статистично значимої різниці у прояву ролі переслідувача: у канцерофобів цей середньо груповий показник становить 12,16, у онкохворих 10,17 відповідно. Роль переслідувача характеризується нехтуванням цінності та гідності інших людей, навіть їх здоров'ям. На основі цього можна стверджувати, що тоді як онкохворі нехтують своїм здоров'ям, канцерофоби як правило нехтують здоров'ям інших.

І, нарешті, розглянемо его-стани Я. Було встановлено наявність статистично значимої різниці у вираженні негативного полюсу «турботливий батько». Цей стан є найбільш домінуючим для групи онкохворих – 19,17. Людина з домінуванням такого его-стану при бажанні допомогти замість того, аби запропонувати свою допомогу, швидше всього візьме роботу іншого на себе та виконає її замість неї. Така людина замість того аби дати можливість оточуючим самим виконувати свої завдання, намагаються «всім допомогти»,

таким чином блокуючи інших людей. В протизагнущій онкохворим група канцерофобів менше переймається турботами інших людей, надаючи таким чином іншим можливість самим проявити себе.

Висновки з даного дослідження. Отже, на відміну від онкохворих канцерофоби проживають життя з більшою насиченістю стресовими ситуаціями, які й каналізують у свої фобічні переживання. Вони відзначаються меншим прагненням завантажити себе роботою та меншим прагненням до досконалості (тобто меншим рівнем претензій до себе (аутоагресія), вони більш чутливі до власних потреб та власного здоров'я, менш мазохістичні в плані допомоги іншим у вирішенні їх проблем та задоволенні чужих потреб. Важливим є також те, що у канцерофобів є більша ймовірність прийняти правильні вербальні установки або рішення на відміну від онкохворих, у яких прийняття серйозних рішень часто опускається на рівень тіла.

Відтак, результати порівняння доводять суттєву різницю між психологічним портретом онкохворого та канцерофоба, що дає підстави для більш спрямованої та оптимістичної перспективи корекційної роботи з канцерофобами. В основі психологічної допомоги канцерофобам повинні лежати вправи та завдання на формування позитивного мислення, розвитку навичок гнучкого делегування зобов'язань, вміння відпочивати, приймати себе та результати своєї праці без надмірного прагнення до досконалості, інтересу до власного життя та здоров'я, тощо. Їх страхи не є фатальними для них і як тільки вони відновлять повноцінний контакт зі своїм Я, перспектива захворюти онко відступить та не буде їх так тривожити.

Список літератури:

1. Березяньська 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. Меллор К., 1980. – Меллор К. Тупики: Понимание в контексте развития и структуры / К. Меллор. – ТAJ. – Vol. 10. – 1980. – № 3. – С. 213-220.
3. Ракитина Л. Я не трус, но я боюсь / Лариса Ракитина // Врачебная этика. – № 108. Май, 2012. Режим доступу: https://www.katrenstyle.ru/articles/journal/medicine/ethics/ya_ne_trus_no_ya_boyus.
4. Стюарт Й., Джойнс В., 2002. – Стюарт Й. Основи 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

ПСИХОЛОГИЧЕСКИЕ ОСОБЕННОСТИ КАНЦЕРОФОБОВ. ТРАНЗАКЦИОННЫЙ ПОДХОД

Аннотация

Внимание данной статьи приковано к изучению личностных особенностей лиц, для которых характерен страх онкологического заболевания. Методом исследования становится транзактный анализ, который реализует поставленные задачи. Было использовано 4 психодиагностические методики, две из которых разработаны в транзактном анализе. В исследовании приняли участие 62 человека. Опросы происходили с помощью сети интернет. С помощью кластерного анализа исследуемые объединились по сходству в три группы. Сравнительный анализ выявил показатели, по которым группы отличались между собой: уровень переживания стресса, удовлетворенности жизнью, стратегии адаптации («блестящий скептик», «игривый упрямец» и «очаровательный манипулятор»), выбор роли жертвы и развитие уровня отрицательному полюсу «адаптированной ребенка». Показатели в группах канцерофобов были сопоставлены с показателями онкобольных. Различия проявились в переживании стресса, уровне развития директив/драйверов «спеши» и «старайся», применении стратегий адаптации «ответственный трудоголик» и «очаровательный манипулятор», уровне сформированного тупика первого уровня, частоте использования роли преследователя и сформированного отрицательного полюса эго-состояния «заботливого родителя».

Ключевые слова: канцерофобия, канцерофобы, онкологические больные, транзакционный анализ, тупик, роли спасителя, жертвы и преследователя, эго-состояния Я.

Berezianska V.V.

Taras Shevchenko National University of Kyiv

PSYCHOLOGICAL FEATURES OF CARCINOPHOBS. TRANSACTION APPROACH

Summary

This article attracts attention to the study of special personal features of people, who have fear of oncological disease. The method used for the research is transactional analyses, which implements the set goals. 4 psycho diagnostic methodologies were used here, two of which were developed in transactional analyses. 62 persons took part in the research. The questioning was held via internet. People under study were divided into three groups according to their similarities. Comparative analysis has indicated the features they differ at. These are: level of undergone stress, life satisfaction, strategies of adaptation (such as “brilliant sceptic”, “playful stubborn” and “charming manipulator”), choice of victim role and development of negative origin level of “adoptive child”. Indicators in groups of people with cancer phobias were compared with the indicators of oncology ill people. The differences came to light in going through stress situations, level of development of such directives/drivers as “hurry up” and “try hard”, using “responsible workaholic” and “charming manipulator” strategies for adaptation, rate of “the dead nook” formation of the first level, frequency of using the role of persecutor and negative origin formation of “caring parent” ego-state.

Keywords: cancer phobia, morbid of cancer people, oncological illnesses, transactional analysis, dead nook, victim role, rescue role, ego-states of Self.