

## ФУНКЦІОНАЛЬНА МОДЕЛЬ ЕГО-СТАНІВ ОНКОЛОГІЧНИХ ХВОРИХ. ТРАНЗАКЦІЙНИЙ ПІДХІД

Увага даної статті прикута до вивчення особистісних особливостей онкохворого, що свідомо або підсвідомо можуть обумовлювати онкозахворювання. Методом дослідження стає транзакційний аналіз, який реалізує поставлені задачі. Було використано 2 психодіагностичні методики, одна з яких розроблена в транзакційному аналізі. У дослідженні взяли участь 25 осіб, які наразі перебувають на лікуванні у Київській обласній онкологічній лікарні. Для досліджуваної вибірки домінуючим є прояв глухого кута третього ступеня, який вказує, що для онкохворих притаманною є стратегія переживання конфліктів не через раціональне, а через тілесне. Більш притаманною для онкохворих є роль Рятівника, який таким чином створює для себе ілюзію великої компетентності, великої сили, розуму. Серед станів Я домінуючими визначено стан негативного полюсу Турботливого батька, позитивного полюсу Адаптованої Дитини. Найнижчим виявлено прояв негативного стану Вільної Дитини.

**Ключові слова:** онкологічні хворі, транзакційний аналіз, глухий кут, ролі Рятівника, Жертви та Переслідувача, Я-стани.

Внимание данной статьи приковано к изучению личностных особенностей онкобольных. Эти качества сознательно или подсознательно могут обуславливать онкозаболевания. Методом исследования становится транзактный анализ, способный реализовать поставленные задачи. Было использовано 2 психодиагностические методики, одна из которых разработана в транзактном анализе. В исследовании приняло участие 25 человек, которые сейчас находятся на лечении в Киевской областной онкологической больнице. Для исследуемой выборки доминирующим является проявление тупика третьей степени, указывающего, что онкобольным присуща стратегия переживания конфликтов не через рациональное, а через телесное. Доминирующей для онкобольных является роль Спасателя, который таким образом создает для себя иллюзию большой компетентности, большой силы, ума. Среди состояний Я-доминирующими определено состояние отрицательного полюса Заботливого Родителя, положительного полюса Адаптированного Ребенка. Наименее свойственно проявление негативного состояния Свободного Ребенка.

**Ключевые слова:** онкологические больные, транзакционный анализ, тупик, роли Спасателя, Жертвы и Преследователя, Эго-состояния.

The article deals with the issue of personal specificities of oncology ill people, which can consciously or unconsciously predetermine oncology diseases. As it is often confirmed in contemporary literature that illnesses reveal problems of interpersonal relations with surrounding, so transactional analysis becomes the method which implements the set goals.

Two methodologies of psychodiagnostics have been used here, one of which is developed in transactional analysis: ZESUI survey and «Life satisfaction scale». Attention is directed firstly to study dominant dead nooks, roles of the Dramatic triangle (Rescuer, Persecutor, and Victim). 25 persons who are currently undergoing treatment in oncological hospital of Kiyiv oblast took part in the research. It is cleared out that for the selected research group there are dominant evidences of dead nook of the third degree, which shows that for oncology ill people it is distinctive to go through conflicts not with rational thinking but bodily. Domination of the third (nonverbal) degree dead nook reveals inability to help with verbal methods only and underlines the necessity to use nonverbal methods for help, particularly, transactional analysis as well. It is defined that for oncology ill people it is intrinsic to be in a role of Rescuer, which makes thus the illusion of competence, great power of mind.

These feelings are reached through ignoring self-sufficiency and ability of other people to make decisions and desires, correspondingly, «to save» these people in such way, that shows also possible problems in interpersonal relations. Among the states «I dominant» is defined as a state of negative pole of Caring Parent, positive pole of Adoptive Child, which shows the distinctive tendency to old stereotypes behavior. The display of negative state of Free Child appeared to be the lowest, that

## ***Psychology***

*indicates blocking of not censored emotions and impulses, using old inflexible, most often still childish stereotypes of behavior.*

**Keywords:** *oncology ill people, transactional analysis, dead nook, roles of the Rescuer, the Victim and Persecutor, ego-states.*

**Постановка проблеми.** Загальноприйнята формула здоров'я людини, яка прийнята МОЗ, визначає, що здоров'я людини залежить від екології (20%), спадковості (20%), від стану системи охорони здоров'я (10%) і аж на 50% – від того способу життя, який людина сповідує.

**Аналіз останніх досліджень і публікацій.** Багато сучасних вчених вважають, що особистісні фактори суттєво пов'язані з різними формами онкологічних захворювань (R. Contrada, M. Scheier). K. Goodkin вважає, що на виникнення онкологічного захворювання впливають такі фактори, як стрес, руйнування шлюбу (розлучення чи смерть одного з подружжя), втрата емоційних стосунків. Н. Eysenck і R. Contrada говорять про особливий тип «ракової» особистості – тип «С». Для такої людини властивим є пригнічення власних емоцій, депресія, відчуття відчаю/безпомічності, відсутність соціальної підтримки, нездатність виразити негативні емоції та низький рівень емоційної експресивності. Н. Eysenck зводить всі вище перераховані риси до двох найбільш, на його думку, важливих диспозицій – пригнічення емоцій та неадекватні стилі подолання складних ситуацій.

Н. Русина, вивчаючи особистісні особливості онкологічних хворих, виявила домінування емотивного, педантичного та застрягаючого типів акцентуацій характеру, що описує досліджуваного як надмірно вразливого, потребуючого особливого стилю спілкування, підозріливого, неспроможного приймати ситуації такими, якими вони є [Русина, 2002: с. 153].

На сьогодні все частіше звучить ідея, що хвороба за своєю суттю – це порушення зв'язків з навколишнім світом, оточенням. Хвороба виникає саме тоді, коли ігноруються загальні принципи взаємодії (Н. Віторська). Саме тому нами було прийнято рішення розглянути особистість онкохворого в руслі транзакційного аналізу, який найкраще серед нині існуючих теорій вивчає особистість через взаємодії, стосунки.

Основною метою терапевтичного процесу в традиції транзакційного аналізу є реконструювання особистості на основі перегляду неадекватних рішень, прийнятих у дитинстві. Ми припускаємо, що саме ці неадекватні рішення заважають прийняттю адекватних теперішньому моменту рішень, і, тим самим, приводять до виникнення онкологічного захворювання.

Відтак, вивчення особистісних особливостей онкологічних хворих через призму транзакційного аналізу стане **метою** даного дослідження.

Для реалізації поставленої мети було використано наступний інструментарій:

1. Опитувальник ZESUIK. BrajovicCar, M. HadziPestic, J. NedeljkoVIC, розроблений у руслі транзакційного аналізу для діагностики глухих кутів, позицій у Драматичному трикутнику та перебіг Его станів функціональної моделі особистості.

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

В якості математико-статистичного аналізу було використано описові статистики, кореляційний аналіз. У дослідженні взяло участь 25 онкологічних хворих, які перебували на лікуванні у Київському обласному онкологічному центрі.

У дослідженні використано терміни і визначення, прийняті в методі транзакційного аналізу для пояснення логіки застосованих опитувальників. Зокрема: ідея глухих кутів (Р. та М. Гулдінга), Драматичний трикутник та три позиції: Рятівник, Жертва та Переслідувач (С. Карпман), функціональна модель особистості, заснована на станах Я (Е. Берн). Фундаментальним постулатом транзакційного 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 діагностовані стратегії були обрані людьми в дитинстві для того, аби вижити і отримати від світу все, тобто стати ОК.

**Виклад основного матеріалу.** Ідея глухих кутів була запропонована Р. та М. Гулдіंगाма [Меллор, 1980: с. 214]. Це реакція особистості на травмуючий досвід. Автори розрізняють три ступені глухих кутів. Глухі кути першого ступеню пов'язані з контрзаборами. Вони виникають уже в тому віці, коли дитина володіє мовою і сама розуміє вербальні посилання батьків. Глухі кути другого ступеню виникають на тому етапі, коли інформація передається за допомогою почуттів, тобто раніше, ніж глухі кути першого ступеня. Глухі ж кути третього ступеня формуються на ще більш ранніх етапах – імовірно на пренатальних етапах розвитку. Відтак виходить, що люди мають здатність розвивати спочатку глухі кути третього ступеня, потім другого, і в кінці, глухі кути першого ступеня. Кути, які пов'язані з більш низькими ступенями кута, неможливо вирішити за допомогою опрацювання, заснованого на уміннях, усвідомленнях, тощо. Відтак, якщо діагностується наявність третього ступеня кута, то допомога через вербальну комунікацію буде мати низьку ефективність.

Для досліджуваної вибірки притаманні наступні прояви вираження глухих кутів: кут першого ступеня – 8,79; кут другого ступеня – 7,83 та кут третього ступеня – 10,5. Таким чином, було встановлено, що для досліджуваної вибірки домінуючим є прояв глухого кута третього ступеня. Рішення на цьому рівні кута приймаються через зміни в організмі, які

## Psychology

впливають на внутрішнє функціонування. Досвід усвідомлення надзвичайно малий, все сприймається через призму «Все це є Я». Почуття та емоції не диференціюються, розрізняються лише задоволення та біль. Закладається даний тип глухого кута у період вагітності та одного року життя. За поясненням К. Меллора [Меллор, 1980: с. 216], почуття такої людини проходять лише через дві полярності – задоволення та біль. Наявність такого типу глухого кута перешкоджає людині відчувати найближче та віддалене оточення, концентруючи увагу лише на внутрішніх тілесних імпульсах.

Отже, відповідно до отриманих результатів, дослідженням онкохворим притаманна стратегія переживання конфліктів не через раціональне, а через тілесне, «внутром, а не головою» [Janov, 1973; Меллор, 1980: с. 215].

З метою в'яснення значення прояву глухих кутів різних ступенів для формування особливостей особистості онкологічних хворих було проведено кореляційний аналіз з результатами опитування за допомогою «шкали задоволення життям». Результати аналізу представлені у табл. 1.

Таблиця 1

### Кореляційні зв'язки глухих кутів з «Шкалою задоволеності життям»

Запитання	Кут першого ступеня	Кут другого ступеня
Майже у всьому моє життя відповідає ідеалу	-0,446*	
Умови мого життя чудові		-,498*
Я задоволений своїм життям		
Поки що я досягав усього, що хотів у житті		-0,580**
Якщо прожити своє життя ще раз, я б нічого не змінював		
Загальний показник		-0,517*

Примітка: \* – статистична значущість отриманого результату на рівні 0,05;

\*\* – статистична значущість отриманого результату на рівні 0,01.

Отримано низку взаємозв'язків між кутами першого та другого ступеня. Не виявлено зв'язків між шкалами задоволеності життям та кутом третього ступеня. Всі отримані зв'язки є обернено пропорційними. Запитання шкали прямі, тобто чим більший ступінь згоди із запитанням, тим більшу кількість балів нараховується досліджуваному. Тобто, чим менше проявляється відповідного ступеня кут, тим більшим буде прийняття свого життя як такого, що відповідає ідеалу, що є прийнятним і не потребує змін.

Відтак, глухий кут першого ступеня пов'язаний із запитанням «майже все моє життя відповідає ідеалу» – (-0,446 при  $p=0,043$ ). Запитання стосується ідеалу, а ідеал – це абстракція, розуміння якої можливе лише з віку формування цього ступеня кута (від 2 років і далі), коли з'являється така розрізнявальна здатність.

Усі ж інші запитання, з якими встановлено взаємозв'язки, пов'язані з почуттями (оцінка умов життя, загальна оцінка життя та загальний показник задоволення), розрізнявальна здатність до яких з'являється з віком виникнення глухого кута другого ступеня.

Далі розглянемо гру «Драматичний трикутник». С. Карпман [Стюарт, Джойнс, 2002: с. 268] розробив просту схему аналізу ігор, згідно якої, люди діють відповідно до однієї з трьох сценарних ролей: Переслідувач, Рятівник та Жертва. Переслідувач – це людина, яка пригнічує і принижує інших людей. Така людина вважає інших людей нижчими за себе. Рятівник також вважає інших нижчими за себе, але він, виходячи зі свого високого положення, пропонує їм свою допомогу. Він вважає: «Я повинен допомогти всім цим людям, бо самі собі допомогти вони не в змозі». Жертва сама себе вважає нижчою за інших. Вона може сама шукати собі Переслідувача, аби він її пригнічував і знущався з неї. Іноді вона може шукати Рятівника, який переконає її в тому, що вона сама таки не справиться [Стюарт, Джойнс, 2002: с. 269].

Важливим є той фактор, що всі ці ролі пов'язані з певним видом нехтування. Так, Переслідувач нехтує цінністю та гідністю інших людей, можливо навіть їхнім здоров'ям. Рятівник нехтує здатністю інших людей думати самостійно, діяти. Жертва нехтує власними можливостями, здібностями.

Аналіз результатів досліджуваної групи виявив, що домінуючою для них виявилась роль Рятівника (12,91), дві інших ролі проявляються майже однаково: Жертва (10,37) та Переслідувач (10,17). Результати також відображено і на рис. 1.

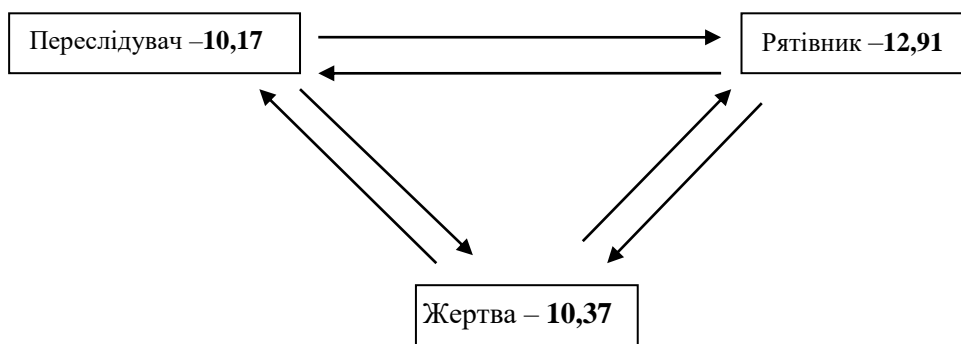


Рис. 1. Драматичний трикутник С. Карпмана

## Psychology

Отже, враховуючи, що Рятівника характеризують жалісливість, почуття обов'язку і відповідальності за іншу людину, то найбільш характерним проявом нашої вибірки є самі ці почуття та переживання. Таким чином Рятівник створює для себе ілюзію великої компетентності, великої сили, розуму, більший доступ до ресурсів, переконання, що «він більше знає про те, як потрібно діяти». С. Картман [Стюарт, Джойнс, 2002: с. 270] зазначає, що бути Рятівником у розумінні багатьох є престижним, і саме тому його найлегше затягнути в трикутник. Такі люди з найкращими намірами (на їхню думку) кидаються рятувати своїх колег, підлеглих або родичів, звалюють на себе їхню відповідальність і непомітно для себе стають винними у їхніх помилках та проблемах.

Отже, онкохворим притаманна роль Рятівника, який, нехтуючи здатністю інших людей діяти та думати самостійно, створює собі ілюзію великої компетентності, великої сили тощо.

Розглядаючи Его-стани, Е. Берн пропонує функціональну модель особистості, засновану на перебігу станів Я. Розкриваючи функціональну модель, він виділяє 5 станів Я: Контролюючий Батько, Турботливий Батько, Дорослий, Адаптована Дитина та Вільна Дитина. Всі стани, окрім дорослого, також ще розділяються на позитивний стан або стан «ОК» і негативний стан або «не ОК». Результати аналізу досліджуваної вибірки представлені на рис. 2 та у табл. 2. Рисунок було використано для більшої наочності отриманих результатів.

Таблиця 2

### Функціональні стани Я онкологічних хворих

Функціональна модель станів Я	Стан «ОК» або позитивний стан	Стан «не ОК» або негативний стан
Дитинавільна	14,25	9,24
Дитинаадаптована	<b>16,27</b>	14,29
Батькоконтролюючий	10,79	11,87
Батькотурботливий	15,04	<b>17,96</b>
Дорослий	13,87	

Найбільш домінуючим виявився негативний Турботливий батько – 17,96. Цей стан пов'язаний з допомогою, яка базується на почутті переваги, коли нехтують думкою людини. Людина з домінуванням такого типу турботливого батька при бажанні допомогти замість того, аби запропонувати свою допомогу, швидше всього візьме та забере роботу і виконає замість цієї людини. Така людина замість того, аби дати можливість оточуючим самим робити свої завдання, намагається «всім допомогти», таким чином блокуючи інших людей.

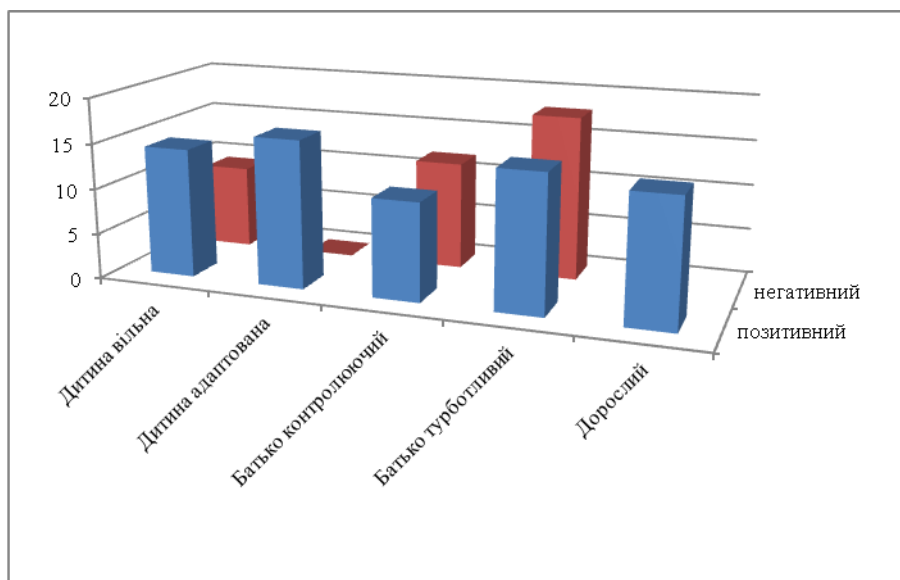


Рис. 2. Диференціація функціональних станів Я досліджуваної вибірки

Наступним за вираженням є поведінковий опис позитивної адаптованої дитини – 16,27. З цією структурою пов'язані дотримання численних правил, що допомагають нам жити і взаємодіяти з іншими людьми. Серед цих правил є загальноприйняті поведінкові штампи, завдяки яким життя полегшується і відбувається економія розумової енергії. Проте, коли відтворюються дитячі поведінкові штампи, які недоречні у дорослому житті, то це якраз і є проявом негативного стану Адаптованої Дитини. Отже, для наших досліджуваних характерне застосування застарілих стереотипів поведінки, які найчастіше ігнорують наявного себе, дорослу людину.

Найнижчим з виявлених став прояв негативного стану Вільної Дитини – 9,24. Й. Стюарт та В. Джойнс зазначають, що вираз «я знаходжусь в стані Вільної дитини» означає, що людина поводить себе так, як у дитинстві, коли не зверталась увага на батьківські очікування та обмеження. Можливо, це демонструє відмову діяти згідно з не підцензурними імпульсами Дитини. Наприклад, людина блокує емоцію гніву, що може проявлятися депресією та відчуттям напруги, що, звісно, може загалом знижувати комфорт та створювати сприятливий стан для розвитку психосоматичних захворювань. Таким чином, всі вище наведені дослідження опосередковано можуть вказувати на психосоматичне джерело онкологічного захворювання у досліджуваної вибірки.

**Висновки.** Отже, для особистості онкохворого досліджуваної вибірки притаманні: прийняття рішення через тілесність, блокування не