

СЕКЦІЯ 6. МЕДИЧНА ПСИХОЛОГІЯ

УДК 159.9

**ПСИХОЛОГІЧНІ ОСОБЛИВОСТІ ОНКОЛОГІЧНИХ ХВОРИХ У РЕМІСІЇ.
ТРАНЗАКЦІЙНИЙ ПІДХІД**

Березянська В.В., аспірант
кафедри психодіагностики та клінічної психології
Київський національний університет імені Тараса Шевченка

Увага даної статті прикута до вивчення особистісних особливостей онкохворого у ремісії. Методом дослідження стає транзакційний аналіз, який реалізує поставлені задачі. Було використано 4 психодіагностичні методики, дві з яких розроблені у транзакційному аналізі. У дослідженні взяли участь 30 осіб. Опитування відбувалось за допомогою мережі інтернет. Порівняльний аналіз результатів груп онкохворих та онкохворих у ремісії виявив, що група онкохворих у ремісії є молодшою за віком, характеризуються більш високим рівнем прояву директиви «Поспішай», позитивного стану Я «Контролюючий батько», позитивного стану Я «Адаптована Дитина» та стану Я «Дорослого». Кореляційний аналіз виявив, що перебуванню у ремісії сприяють такі властивості, які проявляються у стратегіях адаптації по типу «Відповідальний Трудоголік» та «Грайливий Норовливець», а саме відповідальність, впертість та наполегливість.

Ключові слова: онкологічні хворі, ремісія, транзакційний аналіз, «глухий кут», ролі Рятівника, Жертви та Переслідувача, стани Я.

Внимание данной статьи приковано к изучению личностных особенностей онкобольного в стадии ремиссии. Методом исследования является транзактный анализ, реализующий поставленные задачи. Было использовано 4 психодиагностические методики, две из которых разработаны в транзактном анализе. В исследовании приняли участие 30 человек. Опросы происходили с помощью сети интернет. Сравнительный анализ результатов групп онкобольных активной стадии и онкобольных в стадии ремиссии обнаружил, что группа онкобольных в ремиссии является младшей по возрасту, характеризуется более высоким уровнем проявления драйвера «Спешит», положительного эго-состояния «Контролирующий родитель», положительного эго-состояния «Адаптированный Ребенок» и эго-состояния «Взрослого». Корреляционный анализ выявил, что пребыванию в ремиссии способствуют такие свойства, которые проявляются в стратегиях адаптации по типу «Ответственный Трудоголик» и «Игривый Манипулятор», а именно ответственность, упорство и настойчивость.

Ключевые слова: онкологические больные, ремиссия, транзактный анализ, «тупик», роли Спасителя, Жертвы и Преследователя, эго-состояния.

**Berezianska V.V. PSYCHOLOGICAL FEATURES OF ONCOLOGICAL PATIENTS IN REMISSION.
APPROACH OF TRANSACTIONAL ANALYSIS**

The attention of this article is focused on the study of personality characteristics of the oncological patient in the stage of remission. The transactional analysis that is realizing the tasks that are set becomes the method of research. Four psychodiagnostic techniques were used, two of which were developed in transactional analysis. The study involved 30 people. Polls were conducted using the Internet. A comparative analysis of the results of groups of patients with active oncological disease and oncological patients in remission revealed that the group of oncological patients in remission is younger in age, characterized by a higher level of "Hurry up" driver, a positive ego state "Controlling parent", a positive ego state "Adaptive Child" and ego state of the "Adult". Correlation analysis revealed that the stay in remission is facilitated by such properties that manifest themselves in adaptation strategies such as "Responsible Workaholic" and "Playful Manipulator", namely responsibility, persistence and perseverance.

Key words: oncological patients, remission, transactional analysis, "dead end", role of the Savior, Victim and the Persecutor, ego states.

Постановка проблеми. Статистика свідчить, що сьогодні за рівнем захворюваності та смертності онкопатологія займає друге місце у світі, поступаючись лише хворобам серцево-судинної системи. За прогнозами Всесвітньої організації охорони здоров'я (ВООЗ), до 2020 р. онкопато-

логія вийде на перше місце, а за даними Американської асоціації госпіталів, це відбудеться на кілька років раніше. За даними ВООЗ, на рак щороку хворіють 10 млн осіб. Рак є причиною понад 15% всіх смертей. Основне зростання нових випадків раку припадає на країни Азії і Африки, а також



СНД. Фахівці вважають, якщо у найближчі 15–20 років не буде розроблено ефективної профілактики, то кількість хворих на рак зросте до 20 млн, а число смертей – до 12 млн.

За останні десять років кількість хворих в Україні зросла на 25%. Онкологічна захворюваність стабільно зростає на 2,6–3% на рік, і рак продовжує «молодіти» [Нестеренко І., 2014].

Аналіз останніх досліджень і публікацій. Наразі дослідники не мають сумнівів щодо психологічних факторів виникнення онкопатології. В їх роботах наводиться ціла низка таких психологічних факторів. Відзначається наявність стресу, що передуює хворобі (LeZarus, К.П. Балицький та ін.), існують підтверджені на великій вибірці уявлення про психологічну схильність до деяких соматичних захворювань (F. Dunbar), про «інфантильну» особистість (J. Ruesch), про регресивні механізми виникнення різного роду захворювань (M. Schur), у тому числі і онкологічних (G. Engel). Практичний психокоректувальний підхід (А.А. Шутценбергер, К. і С. Саймонтони, А. Шкуропат та ін.) може бути ефективним у лікуванні цього кола захворювань через зміну способу життя, рис особистості, ставлення до хвороби і т.д.

Проте, досліджень, які б розкривали особливості особистості онкохворого, який перебуває у стадії ремісії – стан задовільного самопочуття достатньої тривалості – не так і багато. Як зазначає К. Тернер, «якщо ми намагаємось перемогти у боротьбі з раком, то чи не розумніше розмовляти з тими, хто вже переміг?» [7, с. 5.]

М.Г. Івашкіна зазначає, що для більшості людей, які страждають на онкологічні захворювання, властиві риси особистісного інфантилізму, згруповані у специфічний психологічний профіль схильності до «інфантильної» позиції. Пацієнти, які «ввійшли» у ремісію, і для яких під час хвороби були характерні окремі (другорядні) інфантильні риси (не пов'язані у «профіль»), «розлучаються» з ними у міру одужання, таким чином набуваючи рис психологічної зрілості. [2]. Однак, визначення психологічних особливостей онкохворих у ремісії, на нашу думку, потребує подальшої уваги дослідників.

Отже, дане дослідження спрямоване на вивчення психологічних особливостей онкологічних хворих у ремісії на основі транзакційного аналізу.

Виклад основного матеріалу. Для реалізації поставленої мети було використано наступний інструментарій:

1. Опитувальник для вивчення драйверів (директиви), розроблений М. Кокс,

M.Ed., TSTA (CambraiServices, Calderbridge, Cumbria, UK).

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

3. Опитувальник ZESUIK. BrajovicCar, M. HadziPestic, J. Nedeljkovic, розроблений у руслі транзакційного аналізу для діагностики «глухих кутів», позицій у Драматично-трикутнику та перебігу Я-станів функціональної моделі особистості.

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

5. Методика «Індекс життєвого стилю», розроблена на основі теорії Р. Плутчика, Х. Келлермана та Конте.

Для математико-статистичного аналізу було використано описові статистики, кореляційний аналіз.

У дослідженні використано терміни і визначення, прийняті у методі транзакційного аналізу для пояснення логіки застосованих опитувальників. Зокрема: ідея глухих кутів (Р. та М. Гулдінгі), Драматичний трикутник та три позиції: рятівник, жертва та переслідувач (С. Карпман), та функціональна модель особистості, в основі якої ідея Я-станів Е. Берна. 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 основну стратегію люди обирають у дитинстві для того, аби вижити і отримати від світу все, тобто стати ОК.

У дослідженні взяли участь 30 онкологічних хворих у ремісії. Опитування проводились через мережу інтернет. Вік досліджуваних від 28 до 75 років, середній вік 44,1. Тривалість ремісії від 3 до 9 років.

Спочатку розглянемо, які директиви та міні-сценарії домінують у поведінці онкохворих у ремісії. Директиви/драйвери – термін введений Т. Кейлером та колегами означає по секундах розписані поведінкові послідовності, міні сценарії – більш широкий поведінковий стереотип, частиною якого є директиви [6, с. 176]. Результати діагностики драйверів представлені у таблиці 1.

Найбільш домінуючими поведінковими тенденціями серед досліджуваних виявились драйвери «будь сильною» ($m=3,43$), «будь досконалою» ($m=2,93$).

Це вказує на те, що для досліджуваної вибірки найбільш властивими є прагнення завантажити себе максимальною кількістю завдань, неспроможність звернутись з проханням про допомогу до інших людей та ігнорування власних бажань заради виконання чогось важливого, а також встановлення нереалістичних стандартів якості та точності виконання, страх зробити помилку.

Далі розглянемо стилі адаптації людини. Вони виникають у ранньому віці внаслідок певного типу батьківського виховання. Вони формують реакцію малюка на ситуації родинного життя. Якщо сила ситуації перевищує здатність дитини емоційно впоратися з нею і відсутня підтримка батьків та близького оточення, то така ситуація сприймається дитиною, як загроза її життю. Таким чином, формуються певні стилі виживання, які Вен Джойнс назвав адаптаціями виживання. Їх три: Творчий Мрійник, Блискучий Скептик і Чаруючий Маніпулятор. Період їхнього формування: від народження приблизно до півтора року. Адаптації виживання «включаються», коли існує сильна загроза, надмірний стрес, які у сприйнятті малої дитини, а потім дорослої людини, несвідомо переживаються як загроза життю. Наступні три адаптації формуються в період від півтора до трьох років, як стиль задоволення очікувань батьків й близького оточення. Це такі стилі: Грайливий норавливець, Відповідальний Трудоголік і Надтореагуючий Ентузіаст.

Результати обстеження групи онкохворих у ремісії представлені у таблиці 2.

Згідно з отриманими результатами, найбільш домінуючим стилем адапта-

ції для досліджуваних є Блискучий Скептик ($m=7,23$) та Грайливий норавливець ($m=6,67$). Перший стиль виживання відноситься до адаптацій виживання, другий – стиль задоволення очікувань батьків та близького оточення. Найменш властивим є стиль Чарівний Маніпулятор ($m=4,87$), що також є стилем адаптацій виживання.

Опис стилів вказує, що Блискучий Скептик виявляє обережність у стосунках з іншими людьми, аби все правильно зробити й таким чином, уникнути непередбачених обставин. Людина з таким домінуючим стилем вміє добре організувати справу і блискуче довести її до завершення. Людина з адаптацією Грайливого Норавливця буде наполегливою та непохитною у своїх спробах отримати бажане. Вона намагається щось робити, а не діяти результативно. Якщо її спосіб отримати бажане не допомагає, вона ніє, скаржиться, поводитьсь безпорадно або канючить, поки інша людина не поступиться. Вони гарно виступають у ролі лідерів опозицій, коаліцій. Проте, для представників даної вибірки маніпулювання як стиль поведінки не є притаманним.

Наступними розглянемо домінуючі глухі кути обраної вибірки. Ідея глухих кутів була запропонована Р. та М. Гулдінами [3, с. 214]. Це реакція особистості на травматичний досвід. Автори розрізняють три ступені глухих кутів. Глухі кути першого ступеню пов'язані з контрзабораонами. Вони виникають уже у 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,

Таблиця 1

Прояв директив/драйверів групи онкохворих у ремісії

Назви директив/драйверів	Середнє арифметичне групи	Стандартне відхилення
Будь досконалим	2,93	1,09
Радуй інших	2,71	0,57
Поспішай	2,65	1,22
Будь сильним	3,43	0,93
Старайся	2,88	0,99

Таблиця 2

Типи особистісної адаптації онкологічних хворих

Стратегії особистісних адаптацій	Показники середнього арифметичного	Стандартне відхилення
Відповідальний трудоголік	6,5	2,45
Блискучий скептик	7,23	2,05
Грайливий норавливець	6,67	2,43
Чарівний маніпулятор	4,87	2,79
Творчий мрійник	6,47	2,96
Надмірно реагуючий ентузіаст	6,23	2,93



тобто раніше, ніж глухі кути першого ступеня. Глухі ж кути третього ступеня формуються на ще більш ранніх етапах – імовірно на пренатальних стадіях розвитку. Відтак виходить, що люди мають здатність розвивати спочатку глухі кути третього ступеня, потім другого і у кінці глухі кути першого ступеня. Кути третього та другого ступеня неможливо подолати за допомогою опрацювання, заснованого на уміннях, та усвідомленні. Відтак, якщо діагностується наявність третього ступеня кута, то допомога через вербальну комунікацію буде мати низьку ефективність.

Аналіз отриманих результатів виявив, що для досліджуваної вибірки притаманні наступні прояви вираження глухих кутів: кут першого ступеня – 9,27; кут другого ступеня – 6,93 та кут третього ступеня – 9,8.

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 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, [3, 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, «нутром, а не головою» [3, с. 215].

Далі розглянемо гру «Драматичний трикутник». С. Карпман [6, с. 268] розробив просту схему аналізу ігор, згідно з якою 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 у 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 у тому, що вона сама таки не справиться [6, 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 (12,4), дві інших ролі проявляються майже однаково: Жертва (9,23) та Переслідувач (10,93).

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. Карпман [6, с. 270] зазначає, що бути Рятівником у розумінні багатьох є престижним, і саме тому його найлегше затягнути у трикутник. Ці люди з найкращими намірами (на їх думку) кидаються рятувати своїх колег, підлеглих або родичів, звалюють на себе їх відповідальність і... непомітно для себе стають винними в їхніх помилках та проблемах.

Далі звернемо увагу на стани Я. Розглядаючи стани Я, Е. Берн пропонує функціональну модель особистості, засновану на перебігу станів Я. Він виділяє 5 станів Я: Контролюючий Батько, Турботливий Батько, Дорослий, Адаптована Дитина та Вільна Дитина. Всі стани, окрім дорослого,

Таблиця 3

Функціональні стани Я онкологічних хворих у ремісії

Функціональна модель станів Я	Стан «ОК» або позитивний стан (показники середнього)	Стан «не ОК» або негативний стан (показники середнього)
Дитина вільна	16,23	9,1
Дитина адаптована	17,93	13,4
Батько контролюючий	13,33	12,67
Батько турботливий	16,07	19,17
Дорослий	16,03	

також ще поділяються на позитивний стан, або стан «ОК», і негативний стан, або «не ОК». Результати аналізу досліджуваної вибірки представлені у таблиці 3.

Найбільш домінуючим виявився негативний Турботливий батько – 19,17. Цей стан пов'язаний з турботою, яка базується на почутті переваги, коли нехтують психологічним процесом іншої людини. Людина з домінуванням з типом Турботливого батька при бажанні допомогти замість того, аби запропонувати саме допомогу, швидше всього підійде та забере роботу та виконає її замість іншого. Така людина замість того аби дати можливість оточуючим самим розв'язувати свої задачі, намагається «всім допомогти», блокуючи інших людей.

Наступним за проявом є поведінковий опис позитивної Адаптованої дитини – 17,93. З цією структурою пов'язано 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 прояв негативного стану Адаптованої Дитини. Отже, для наших досліджуваних характерне застосування застарілих стереотипів поведінки, які часто ігнорують дорослі установки людини.

Найнижчим з виявлених став прояв негативного стану Вільної дитини – 9,1. Й. Стюарт та В. Джойнс зазначають, що вираз «я знаходжусь у стані Вільної дитини» означає, що людина поводить себе так, як у дитинстві, коли не зверталась увага на батьківські очікування та обмеження.

Також у даному дослідженні було вивчено прояв механізмів психологічного захисту. Механізми психологічного захисту визначаються у дослідженні як автоматизовані способи послідовного переключування

когнітивної й афективної складових образу реальної ситуації. Результати діагностики представлені на рис. 1.

Результати середніх показників вказують, що найбільш часто використовуються такі механізми психологічного захисту, як реактивне утворення, заперечення та раціоналізація.

Такий вид психологічного захисту як реактивне утворення нерідко ототожнюють з гіперкомпенсацією. Особистість запобігає вираженню неприємних або неприйнятних для неї думок, почуттів або вчинків шляхом перебільшеного розвитку протилежних прагнень. Іншими словами, відбувається ніби трансформація внутрішніх імпульсів в їх протилежність. Наприклад, онкохвороба починає сприйматись не як покарання, важкий стан, а як випробування, яке потребує творчого підходу або взагалі як набуття особливого статусу.

Заперечення – це механізм психологічного захисту, за допомогою якого особистість заперечує, ігнорує деякі обставини, які викликають тривогу, фруструють людину. Як правило, дія цього механізму проявляється у запереченні тих аспектів зовнішньої реальності, які, будучи очевидними для оточуючих, не приймаються, не визнаються самою особистістю. Іншими словами, певна інформація, яка є загрозливою, не сприймається, не помічається. Як зазначають автори методики, заперечення як механізм психологічного захисту реалізується при конфліктах будь-якого роду і характеризується зовні виразним спотворенням сприйняття дійсності. Цілком імовірно, що для досліджуваної вибірки властивим є заперечення складності хвороби, можливо, ігнорування її летальності.

За Плутчиком, раціоналізація – це несвідомий контроль за своїми емоціями та імпульсами внаслідок вираженої залежності їх від раціональної інтерпретації. Особистість намагається таким чином самовиправдатися, довести собі, що її дії є правильними. Імовірно раціоналізація допомагає долати сумніви при виборі стратегій лікування, клінік чи лікарів.

Для встановлення імовірних психологічних факторів ремісії було проведено порівняльний аналіз досліджуваних психологічних якостей групи онкохворих та онкохворих у ремісії, а також проведено кореляційний аналіз досліджуваних психологічних якостей з тривалістю ремісії. Результати представлені у таблиці 4 та таблиці 5. У таблиці представлено лише ті показники, між якими виявлено статистично значущу різницю.

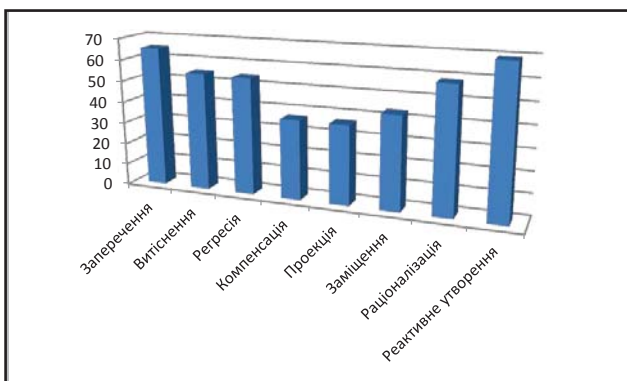


Рис. 1. Механізми психологічного захисту онкохворих у ремісії



Таблиця 4

Статистично значуща різниця досліджуваних показників груп онкохворих та онкохворих у ремісії

Показники дослідження	Показник середнього арифметичного групи онкохворих	Показник середнього арифметичного групи в ремісії	Статистична різниця
Директива «Поспішай»	1,77	2,65	0,006
Позитивний стан Я «Контролюючий Батько»	11,19	13,33	0,030
Позитивний стан Я «Адаптована Дитина»	16,41	17,93	0,003
Стан Я «Дорослий»	14,30	16,03	0,026

Таблиця 5

Кореляційна матриця зв'язків онкохворих у ремісії

Показники дослідження	Тривалість ремісії
Відповідальний Трудоголік	0,470**
Грайливий норавливець	0,521**
Рятівник	0,400*
Третій кут	0,392*
Поки що я досягав в основному всього, що хотів	-0,595**
Загальний показник задоволення життям	-0,367*

Порівняльний аналіз виявив, що група онкохворих у ремісії є на загал більш молодшою (44,1 – показник середнього арифметичного віку онкохворих у ремісії та 53,56 в онкохворих відповідно). Вони характеризуються більш високим рівнем прояву директиви «Поспішай», позитивного стану Я «Контролюючий батько», позитивного стану Я «Адаптована Дитина» та стану Я «Дорослого». Отже, загалом, можна зробити висновок, що онкохворі у ремісії демонструють більш «зрілу», у порівнянні з хворими, позицію. Цілком імовірно, що цьому сприяє молодший вік, який дозволяє хворим більш гнучко змінювати свої стратегії та стани Я.

Кореляційний аналіз виявив, що підтриманню ремісії сприяють властивості, які проявляються у стратегіях адаптації по типу «Відповідальний Трудоголік» та «Грайливий норавливець», а саме відповідальність, впевненість та наполегливість.

Зв'язок тривалості ремісії та третього кута також є свідченням відповідного психологічного механізму: конфлікти переживаються на соматичному рівні, таким чином відпрацьовуються психологічні фактори виникнення хвороби.

Зв'язок із роллю Рятівник показує, як особистість створює для себе ілюзію великої компетентності, великої сили, розуму і цим самим додає собі ресурсу для зцілення.

Обернено пропорційні зв'язки із показниками скринінг-методики Шкали задоволення життям показує, що невдоволення

загалом життям та своїми досягненнями також виступає мотивуючим фактором лікування.

Висновок. Отже, виявлено, що психологічний портрет онкохворої людини та онкохворої у ремісії відрізняється деякою кількістю показників. Це свідчить про те, що виявлена раніше структура особистості (згідно ТА) є дієвим індикатором та детермінуючим психологічним фактором як виникнення хвороби [1, с. 7], так і її подолання.

Виявлені відмінності дають змогу говорити про психологічні механізми «зцілення». Створюючи ілюзію власної компетентності, сили, розуму, особистість ще раз акцентує для себе необхідність жити і творити для суспільства. Невдоволення деякими аспектами свого життя, неприйняття та незмирення з актуальною симптоматикою, пошук ресурсу виступає механізмом виходу у ремісію. Особливе місце у цьому процесі займають такі риси як впевненість, наполегливість і норавливість, які, по суті, дозволяють кинути виклик хворобі і собі, та надають можливість реалізувати бажане. Однак, отримані результати підкреслюють, що психологічна допомога не може виступати єдиним способом досягнення змін. Оскільки конфлікт переживається на соматичному рівні несвідомо (третій кут), то робота лише через раціональні канали не буде мати необхідного ефекту. Обов'язковими є і робота з тілом людини, тобто фармакологічні засоби та тілесно-орієнтовані практики.

ЛІТЕРАТУРА:

1. Березянська В. Функціональна модель Его-станів онкологічних хворих. Тразакційний підхід / В. Березянська // Гуманітарний вісник 2016. – № 38.

2. Ивашкина М.Г. Психологические особенности личности онкологических больных / М.Г. Ивашкина : автореф. дисс. канд. психол. наук, по специальности «психология личности» – М. : Институт человека РАН, 1998. – 18 с.

3. Меллор К., Тупики: Понимание в контексте развития и структуры / К. Меллор. – ТАЖ. – Vol. 10. – 1980. – № 3. – С. 213 – 220.

4. Нестеренко І. Онкологічні захворювання та психологічні фактори / І. Нестеренко. – Персонал. – 2014. – № 6. – Режим доступу: <http://www.persona-l.pp.ua/gubrics/poznavatelno/onkologchn-zaxvoryuvannya-psixologchn-faktori>.

5. Романова Е.С. Механизмы психологической защиты: генезис, функционирование, диагностика / Е.С. Романова, Л.Г. Гребенников. – М. : Талант, 1996. – 144 с.

6. Стюарт Й. Основы ТА: Транзакційний аналіз / Й. Стюарт, В. Джойнс ; пер. з англ. – К. : ФАДА, ЛТД, 2002. – 393 с.

7. Тернер К, Радикальная ремиссия. Рак. / К. Тернер. – М. : ООО «Издательство Эксмо», 2015. – 316 с.

УДК 159.922.27

СТИЛЬ СІМЕЙНОГО ВИХОВАННЯ ЯК ПРИЧИНА ВИНИКНЕННЯ НЕВРОТИЧНОГО ПЕРФЕКЦІОНІЗМУ

Проскурня А.С., аспірант
кафедри психодіагностики та клінічної психології
Київський національний університет імені Тараса Шевченка

Стаття присвячена дослідженню невротичного перфекціонізму як дисфункціональної якості особистості. Проаналізовано джерела виникнення, диференціально-типологічну структуру, функціональний складник і негативні наслідки перфекціонізму для афективної сфери людини. Переважаючий стиль сімейного виховання в батьківській родині розглядається нами як одна з детермінант виникнення невротичного перфекціонізму.

Ключові слова: особистість, невротичний перфекціонізм, стиль сімейного виховання, прагнення до абсолютного ідеалу, депресія, тривожні розлади.

Статья посвящена исследованию невротического перфекционизма как дисфункционального качества личности. Проанализированы источники возникновения, дифференциально-типологическая структура, функциональная составляющая и негативные последствия перфекционизма для аффективной сферы человека. Преобладающий стиль семейного воспитания в родительской семье рассматривается нами как одна из детерминант возникновения невротического перфекционизма.

Ключевые слова: личность, невротический перфекционизм, стиль семейного воспитания, стремление к абсолютному идеалу, депрессия, тревожные расстройства.

Proskurnia A.S. THE STYLE OF FAMILY UPBRINGING AS A CAUSE OF OCCURRENCE OF NEUROTIC PERFECTIONISM

The article is devoted to the study of neurotic perfectionism as a dysfunctional quality of person. The sources of origin, the differential-typological structure, the functional component and the negative effects of perfectionism for the affective sphere of a person are analyzed. The prevailing style in family parenting is considered by us as one of the determinants of the emergence of neurotic perfectionism.

Key words: person, neurotic perfectionism, style of family upbringing, striving for absolute ideal, depression, anxiety disorder.

Постановка проблеми. В умовах соціально-політичних, культурних і ціннісно-мотиваційних трансформацій у суспільстві спостерігається зростання конкурентної спроможності ринку праці, посилюється роль активного ставлення суб'єкта до власного особистісного зростання та пов'язаного з ним успіху, досягнення високих стандартів у діяльності й кар'єрі. Часто в прагненні бажаного людина ставить перед собою мету,

яку не може задовольнити, спираючись на власне уявлення «ідеалу», а досягнувши об'єктивно високих результатів, знецінює їх, не вважаючи достатніми та значимими. У науці така особистісна якість дістала назву – перфекціонізм.

Аналіз останніх досліджень і публікацій. Перфекціонізм (від лат. perfectio – досконалість) – це система переконань, пов'язаних із тим, що бездоганний ідеал