

УДК: 159.9.075

© Плескач Б.В., 2016 р.

orcid.org/0000-0002-2215-6810

dx.doi.org/10.5281/zenodo.44744

Б.В. Плескач
Інститут психології імені Г.С. Костюка
НАПН України, м. Київ

ОСОБЛИВОСТІ ВНУТРІШНЬООСОБИСТІСНИХ КОНФЛІКТІВ У ОНКОГЕМАТОЛОГІЧНИХ ХВОРИХ

Стаття присвячена вивченню внутрішньоособистісних конфліктів онкогематологічних хворих. Обстежена вибірка складалась з 55 онкогематологічних хворих, які отримували спеціалізоване лікування, та 55 практично здорових осіб. Основним методом дослідження був метод портретних виборів Л. Сонді в адаптації Л.М. Собчик та авторський опитувальник на основі ММРІ. Для виявлення внутрішньоособистісних конфліктів, характерних для онкогематологічних хворих, була проведена серія факторних аналізів з виділенням первинних та вторинних факторів. Висновок про наявність внутрішньоособистісного конфлікту здійснювався на основі змістової інтерпретації факторів, співставленням з результатами факторного аналізу контрольної групи та даними, зібраними за допомогою опитувальника. В дослідженні виявлено три види конфліктів у онкогематологічних хворих, які не властиві здоровим особам: конфлікти між потребою в прив'язаності та самореалізації, конфліктність у виявленні агресії та конфліктне поєднання театральних та obsесивно-компульсивних рис (у здорових осіб ці риси не зустрічаються поряд). Також показано, що онкогематологічні хворі зазвичай перебувають в незрілій, залежній позиції, що робить процес самореалізації конфліктним. Намічені шляхи подальших досліджень.

Ключові слова: психоонкологія, психологічні особливості онкогематологічних хворих, метод портретних виборів Л. Сонді, внутрішньоособистісний конфлікт онкогематологічних хворих, конфлікт глибинних потреб онкогематологічних хворих, конфлікт особистісних рис онкогематологічних хворих.

Б.В. Плескач

ОСОБЕННОСТИ ВНУТРИЛИЧНОСТНЫХ КОНФЛИКТОВ У ОНКОГЕМАТОЛОГИЧЕСКИХ БОЛЬНЫХ

Статья посвящена изучению внутриличностных конфликтов онкогематологических больных. Исследованная выборка состояла из 55 онкогематологических больных, которые получали специализированное лечение, и 55 практически здоровых лиц. Основным методом исследования был метод портретных выборов Л. Сонди в адаптации Л.М. Собчик, и авторский вопросник на основе ММРІ. Для выявления внутриличностных конфликтов, характерных для онкогематологических больных, была проведена серия факторных анализов с выделением первичных и вторичных факторов. Вывод о наличии внутриличностного конфликта осуществляли на основе содержательной интерпретации факторов, сопоставления с

результатами факторного аналізу контрольної групи і даними, зібраними с допомогою опитувальника. В дослідженні виявлено три види конфліктів у онкогематологічних хворих, які нехарактерні здоровим людям: конфлікти між потребою в привязаності і самореалізацією, конфліктність в проявленні агресії і конфліктне об'єднання театральних і obsесивно-компульсивних рис (у здорових осіб ці риси не зустрічаються одночасно). Також показано, що онкогематологічні хворі зазвичай перебувають в незрілої, залежної позиції, що робить процес самореалізації конфліктним. Намечені шляхи подальших досліджень.

Ключові слова: психоонкологія, психологічні особливості онкогематологічних хворих, метод портретних виборів Л. Сонді, внутріличностний конфлікт онкогематологічних хворих, конфлікт глибоких потреб онкогематологічних хворих, конфлікт особистісних рис онкогематологічних хворих.

B.V. Pleskach

THE PECULIARITIES OF INTRAPERSONAL CONFLICTS IN ONCOHEMATOLOGICAL PATIENTS

The paper is devoted to study of intrapersonal conflicts in oncohematological patients. Observed group included 55 oncohematological patients, who received specific therapy, and 55 health persons. The main method of investigation was the method of portrait elections (Sondy test) in modification of L. N. Sobchik, and MMPI test, modified by author of the paper. To identify intrapersonal conflicts, a series of factor analysis was carried out with the release of primary and secondary factors. The conclusion about the intrapersonal conflict was done on the basis of comprehensive interpretation of factors, the comparison of the factor analysis in the control and in the main groups, and data collected through a questionnaire. Three types of conflicts in oncohematological patients, which are not characteristic for healthy people, were revealed: the conflict between attachment needs and self-realization; the conflict in the manifestation of aggression, and conflicting association of theatrical and obsessive-compulsive features (such features do not occur at the same time in healthy persons). It is also shown that oncohematological patients usually are in immature, dependent position, which created a conflict with the self-realization. The approaches for further research are proposed.

Keywords: psycho-oncology, psychological features of oncohematological patients, the method of portrait elections by L. Sondy, intrapersonal conflict in oncohematological patients, the conflict of deep needs in oncohematological patients, the intrapersonal conflict in oncohematological patients.

Постановка наукової проблеми та її значення. Взаємозв'язок між преморбідними психологічними особливостями та розвитком онкологічних захворювань відомий давно [6; 8; 10]. Зокрема, було виявлено взаємозв'язок між розвитком онкологічних захворювань та рядом факторів, таких як відсутність в ранньому дитинстві теплоти в стосунках із батьками, потреба в збереженні стосунків, схильність поступатись своїми інте-

ресами та потребами з метою збереження стосунків, утримання емоційної реакції, депресія тощо. Встановлено, що психологічні фактори впливають на перебіг процесу лікування та пов'язані з загальною та безрецидивною тривалістю життя онкологічних хворих [6; 9; 11]. Оскільки деякі негативні емоції та копінг-стратегії зменшують тривалість життя онкологічних пацієнтів, а певні особистісні риси можуть бути причиною небажаного дистресу, актуальними є дослідження, спрямовані на виявлення внутрішньоособистісного конфлікту, який є джерелом дистресу у онкологічних пацієнтів [1-3; 7]. Проте досліджень, присвячених його виявленню серед онкогематологічних хворих, у доступній літературі ми знайти не змогли. Тому **метою** нашого дослідження є вивчення особливостей внутрішньоособистісного конфлікту в онкогематологічних хворих.

Методи та методики дослідження. У психологічному дослідженні взяли участь 110 осіб: 55 практично здорових (контроль) та 55 хворих на онкогематологічні захворювання (хвороба Ходжкіна – 22 хворих, неходжкінські злоякісні лімфоми в стадії лейкемізації – 9 пацієнтів, гостра лейкемія – 13 хворих, хронічні лімфопроліферативні захворювання – 11 хворих), які проходили лікування в Київському міському центрі трансплантації кісткового мозку МОЗ України (основна група). Всі хворі отримували хіміотерапевтичне лікування. Двадцятьом із них у подальшому було проведено трансплантацію аутологічних кровотворних клітин-попередників. Серед опитаних було 49 чоловіків та 66 жінок віком від 16 до 60 років (у середньому $30 \pm 1,44$ роки, медіана – 26 років). Вибіркі були зіставними за віком та статтю. Основним методом дослідження був метод портретних вибірок (МПВ) за Л. Сонді в адаптації Л. М. Собчик та авторський опитувальник на основі ММРІ [4; 5].

Статистична обробка даних здійснювалась за допомогою пакету SPSS Statistics 17.0.

Виклад основного матеріалу й обґрунтування отриманих результатів дослідження. Окремі реакції тесту Сонді були взаємопов'язані в обох групах обстежених осіб. Для аналізу кореляційних взаємозв'язків між змінними та виявлення конфліктних об'єднань окремих реакцій було проведено факторний аналіз із виділенням первинних та вторинних (більш узагальнюючих) факторів.

В обох дослідних групах було виділено по 7 факторів, які пояснювали 80,5% варіації змінних в основній групі та 75% кореляцій між змінними в контролі (табл. 1).

Перший фактор, виділений в основній групі, – «Самостійність проти збереження прив'язаності» – на позитивному полюсі містить реакції k^+ (егоцентричність), m^- (відділення) та d^+ (пошукова активність); на негативному полюсі – реакції d^- (утримання об'єкта), p^+ (інфляція Его) та h^+ (за-

доволена потреба в афіляції). У контролі аналогічний фактор відсутній, що може свідчити про складність відділення від значимого об'єкта в онкогематологічних хворих. Поєднання реакцій $k^+ \geq 1$ та $m^- \geq 2$ (полнос самостійності) знайдено у 40% онкогематологічних хворих і лише в 15 % осіб у контролі, відмінність є статистично достовірною ($\chi^2 = 6,97$; $p < 0,01$).

Фактор F2o на позитивному полюсі зосереджує реакції h^+ та p^- (схильність до проекції), на негативному полюсі – h^- (потреба в афіляції фрустрована та сублимується в соціально-гуманістичній активності), p^+ , e^+ (прагнення до справедливості, добра, терпіння, етичність у стосунках з оточенням) та hy^+ (демонстрація себе, нарцистичні риси). Цей фактор пов'язаний з нарцистичною структурою особистості та представляє різні способи підтримки самоповаги: „нарцистичність проти травматичної нарцистичності”.

Таблиця 1

Матриця значимих факторних навантажень у групах обстежених осіб

Фактор	Основна група		Фактор	Контрольна група	
	Позитивний полюс	Негативний полюс		Позитивний полюс	Негативний полюс
F1o	k^+ (0,809) d^+ (0,435) m^- (0,699)	h^+ (-0,348) p^+ (-0,413) d^- (-0,861)	F1к	s^- (0,905) hy^+ (0,478)	s^+ (-0,463) d^- (-0,533)
F2o	h^+ (0,861) p^- (0,798)	h^- (-0,556) e^+ (-0,314) hy^+ (-0,329) p^+ (-0,486)	F2к	k^+ (0,835)	e^+ (-0,675) k^- (-0,522)
F3o	s^- (0,821) hy^+ (0,760)	h^- (-0,517)	F3к	p^- (0,718) m^+ (0,459)	h^- (-0,351) p^+ (-0,863)
F4o	hy^- (0,545) hy^+ (0,104)	e^+ (-0,627) k^- (-0,845)	F4к	h^- (0,661) s^+ (0,485) m^+ (0,410)	h^+ (-0,897)
F5o	s^+ (0,896)	d^+ (-0,512)	F5к	e^- (0,916) hy^+ (0,479)	e^+ (-0,406)
F6o	e^- (0,964)	e^+ (-0,453) hy^- (-0,313)	F6к	hy^- (0,860)	hy^+ (-0,412) m^- (-0,797)
F7o	hy^- (0,522) m^+ (0,892)	p^+ (-0,511) m^- (-0,327)	F7к	d^+ (0,866)	d^- (-0,594) m^+ (-0,538)

Позитивний полюс F2o пов'язаний із підтриманням самоповаги через прив'язаність до конкретної людини, яка задовольняє дефіцитарні потре-

би в прийнятті та розумінні (реакція h^+) та сприяє каналізації спустошених та негативних рис на оточення (реакція r^-). Негативний полюс фактора пов'язаний із неможливістю задовольнити потреби в афіляції та любові в безпосередніх стосунках (реакція h^-) та трансформацією цих потреб завдяки реакції r^+ в альтруїстичну діяльність, спрямовану на суспільство в цілому. Сутність реакції r^+ , як зазначав Л. Сонді, полягає в реалізації потягу до влади, розширенні значення своєї персони шляхом ідентифікації з оточенням. Нарцистичні потреби можуть підкріплюватись за умови реалізації в альтруїстичній діяльності етичної установки особи (реакція e^+) або демонстрації діяльності оточенню (реакція hu^+). Основна відмінність від контрольної групи полягає в тому, що в онкогематологічних хворих реакції h (Ерос за Сонді або Лібідо за Фройдом) та r (розширення влади Я над навколишнім світом) об'єднані в один фактор (Лібідо заповнює структуру Его, що і є нарцисизмом за Фройдом). У контрольній групі виділено два фактори (F3к та F4к), обидва з яких більшою мірою описують варіації потреби у владі (фактор r) та Ерос-потягу. У цих факторах нарцистична структура протиставляється іншим типам організації особистості. Це дозволяє припустити, що нарцистична структура особистості та конфлікт самооцінки притаманні онкогематологічним пацієнтам більше, ніж здоровим особам.

У факторі F3к позитивний полюс представлений реакціями m^+ та r^- . На думку Л. Сонді, реакція m^+ є проявом потягу до прив'язаності. Цей потяг спрямований на підтримання зв'язку, який забезпечує відчуття безпеки. Реакцію r^- в цьому контексті слід розуміти як партиципацію стосовно об'єкта прив'язаності, тобто усвідомлення свого Я частиною більшого та значимого об'єкта (наприклад, родини). Негативний полюс F3к пов'язаний із реакціями h^- та r^+ , які означають пасивну форму прояву нарцистичної особистості, що підкріплює самооцінку за рахунок гуманістичної та альтруїстичної активності. Здійснюючи широке узагальнення, фактору F3к можна дати назву «Сформована прив'язаність проти травматичного нарцисизму». Слід зазначити, що потреба в прив'язаності та партиципації (реакції $r^- \geq 2$, $m^+ \geq 3$) більш властива здоровим особам, ніж пацієнтам основної групи (28% та 9,7%; $p = 0,025$).

Фактор F4к на позитивному полюсі представлений реакціями h^- , s^+ (драйв агресії) та m^+ ; негативний полюс пов'язаний з реакцією h^+ . Згідно з принципом «краю та середини», об'єднання реакцій h^- та m^+ можна тлумачити як існування в суб'єкта потреби в прив'язаності до первинного об'єкта (реакція m^+), яка фруструється (незадоволені потреби в отриманні співчуття, розуміння, любові, реакція h^-). Через це у суб'єкта виникає агресія, спрямована на первинний об'єкт (реакція s^+). Отже, позитивний полюс фактора пов'язаний з «єдипальним конфліктом», у якому особа стикається

з неможливістю продовження теплих стосунків з первинним об'єктом. Основна відмінність від фактора F1k полягає в тому, що едипальний конфлікт тут актуалізує оральну потребу, прив'язаність (реакція m^+). Реакцію h^+ слід розуміти як більш ранню стадію розвитку, пов'язану із задоволенням потреб у любові та нарцисизмом. Здійснюючи узагальнення, фактору F4k можна дати назву «Недостатність прийняття проти нарцистичності». Отримані нами дані показують, що частота реакцій ($s^+ \geq 2$, $m^+ \geq 2$), характерних для едипального конфлікту, більша серед здорових осіб (41% опитаних), ніж серед обстежених основної групи (23%; $p=0,045$).

Фактор F3o («Театральні риси проти гуманістично-агресивних») на позитивному полюсі містить реакції s^- (деструкція, спрямована на себе, жертвовність) та hu^+ . Негативний полюс пов'язаний із реакцією h^- . На основі вивчення кореляцій з даними, які було отримано в інтерв'ю з онкогематологічними хворими, та результатами опитування здорових осіб, позитивний полюс фактора F3o (реакції s^- hu^+) слід розуміти як поєднання театральних рис особистості (потреба уваги до себе) з альтруїстичними мотивами, а також як обмеження прояву потреби в самодемонстрації у вигляді схильності поступатись. В основній групі поєднання реакцій s^- та h^- не виявлено. У 67% опитаних при реакції h^- спостерігалась реакція $s0$, у решти пацієнтів - поєднання реакцій h^- і s^+ . Отже, негативний полюс фактора F3o ми пов'язуємо з задоволеною соціальним шляхом агресією, що має гуманістичні цілі.

Еквівалентним фактором у групі здорових осіб є F1k («Театральні риси проти обсесивних рис»), який на своєму позитивному полюсі містить реакції s^- hu^+ ; а на негативному – s^+ та d^- . Об'єднання реакцій s^- hu^+ слід розуміти як театральні риси, обмежені поступливістю та детерміновані з одного боку потребою бути в центрі уваги, а з іншого - альтруїстичними мотивами. Вивчення кореляцій поєднання реакцій s^+d^- з питаннями опитувальника показало, що особи з такими особливостями схильні дотримуватись певних принципів та звичок. Таким чином, можна пов'язати поєднання реакцій s^+d^- з обсесивними рисами особистості, тобто зі здійсненням агресії, що має своє джерело в механізмах захисту, які обмежують прояви сексуальності.

Узагальнюючи порівняння факторів F1k і F3o, можна прийти до висновку, що негативні полюси обох цих факторів пов'язані з обсесивно-компульсивними рисами. При цьому в онкогематологічних пацієнтів здатність контролювати свою агресивність занижена.

Фактор F4o («Театральні риси проти самоконтролю») на позитивному полюсі зосереджує театральні риси (реакції hu^+ та hu^- : їх сумарне «навантаження» на фактор становить 0,649). Негативний полюс представлений реакціями совісті (e^+) та самообмеження, заперечення неприйнятних

рис (k^-). Пацієнти основної групи з реакціями $e^+ \geq 2$ та $k^- \geq 2$ отримали в середньому 2,4 бали за фактором h_u , тоді як особи, в яких не було знайдено одночасної присутності значимих реакцій e^+ та k^- , – 3,3 бали ($F = 4,1$; $p = 0,051$).

Еквівалентним фактором контролю є $F2k$, який на позитивному полюсі представлений реакцією k^+ (егоцентризм), а на негативному – реакціями самоконтролю (e^+k^-). Таким чином, йому можна дати назву «егоцентризм проти самоконтролю». Отже, основна відмінність між групами полягає в тому, що онкогематологічні хворі формують самоконтроль як протилежність до театральних рис, тоді як здорові особи – як протилежність до егоцентричних, шизоїдно-ригідних рис особистості.

Фактор $F5o$ («Едипальна агресія проти відділення та пошуку нового об'єкта») на позитивному полюсі знаходиться реакція s^+ (активність, агресія); на негативному полюсі – d^+ (пошук нового об'єкта). В основі фактора лежить обернено-пропорційний кореляційний зв'язок між реакціями s^+ та d^+ ($r = -0,407$, $p < 0,05$), який відсутній у вибірці здорових осіб. У всіх опитаних із реакцією s^+ була також присутня реакція d^+ , хоча не у всіх опитаних з реакцією d^+ спостерігалася реакція s^+ . На думку Л. Сонді, поєднання реакцій s^+d^+ та s^+m^+ пов'язане з едипальним конфліктом. Для вибірки здорових осіб також властиве поєднання реакцій s^+d^+ (фактор $F1k$), пов'язане з наявністю obsесивних рис. Як відомо з психоаналітичної теорії, obsесивні риси особистості розвиваються під час фіксації на анальній стадії розвитку та за несприятливого проходження едипальної стадії розвитку.

У контрольній групі фактор, аналогічний $F5o$, відсутній. Певною мірою його можна порівняти з $F1k$ («Демонстративні риси проти obsесивно-компульсивних»). Едипальна агресія пов'язана з obsесивно-компульсивними рисами, проте у здорових осіб протилежністю цього фактора є не потреба в пошуку нового об'єкта, а театральні риси особистості. Порівнюючи фактор $F5o$ з $F4k$ («Недостатність прийняття проти нарцистичності»), бачимо, що $F4k$ також включає в себе агресію, пов'язану зі стосунками з базовим об'єктом та з недостатністю прийняття, проте в цьому випадку вона протиставляється нарцистичним рисам особистості. Фактор $F5o$ також можна порівняти з $F7k$ («Потреба в пошуку нового об'єкта проти інцестуозної прив'язаності»). Щоправда, в осіб із контрольної групи неможливість здорового розв'язання едипального конфлікту не пов'язана з агресією. З цього можна зробити такі висновки щодо онкогематологічних хворих: 1) стосунки з первинним об'єктом є травматичними; 2) закладаються умови для виникнення дихотомії – необхідності обирати між підтриманням травматичних стосунків з первинним об'єктом та пошуком нового об'єкта. Останній висновок підтверджується тим, що часто та поєднання реакцій $s^+ \geq 2$ $d^+ \geq 1$ (присутність агресії за активного пошу-

ку нового об'єкта) більша у здорових осіб (23%), ніж в основній групі (9%, $\chi^2=4,26$, $p<0,05$).

Фактор F6o («Пароксизмальна лють проти контролю Super-Ego») на позитивному полюсі містить реакцію e^- (пароксизмальна лють), на негативному - реакції e^+ (етичність, заборона на прояв руйнівних афектів) та hy^- (моральний контроль). У контролі фактор F5к також містить пароксизмальний фактор (e) та реакцію hy^+ . Зважаючи на реакції, представлені на полюсах фактора F5к, його можна назвати «Злість, дратівливість, заздир проти етичності».

Аналіз даних показує, що поєднання реакцій $e^+ \geq 2$ та $hy^- \geq 2$ (контроль Super-Ego) зустрічається серед онкогематологічних хворих частіше (40%), ніж у контролі (15%; $\chi^2 = 6,97$, $p < 0,01$).

Фактор F7o («Збереження прив'язаності через захисне фантазування проти відділення») на позитивному полюсі визначає реакції m^+ (прив'язаність) та hy^- (моральні заборони), негативний полюс пов'язаний з реакціями r^+ (велика кількість ідентифікацій, нездатність розрізняти протиріччя) та m^- (відділення від первинного об'єкта). Поєднання реакцій m^+hy^- свідчить про складні стосунки з первинним об'єктом, який є одночасно значимим та таким, що знищує кордони. На деструктивність базового об'єкту онкогематологічних хворих вказує реакція hy^- , яка означає не лише моральні заборони а і занурення у світ фантазій. Для осіб із контрольної групи таке поєднання реакцій не властиве. Навпаки, стосунки з первинним об'єктом є добродійними та стимулюють у суб'єкта відчуття спільності з рідними (партиципація об'єднання реакцій m^+r^- , фактор F3к).

Другим етапом аналізу було виділення вторинних факторів (FF) для виявлення типових внутрішньоособистісних конфліктів серед онкогематологічних хворих. В основній групі на основі критерію Кайзера виділено чотири FF, які пояснили 66% усіх варіацій первинних факторів (табл.2).

Фактор FF1o відображає конфлікт між потребами в прив'язаності та самореалізації. Його позитивний полюс є об'єднанням позитивних полюсів факторів F2o (поєднання реакцій h^+r^- , грандіозний нарцизм) та F7og (поєднання реакцій m^+hy^- , захисне фантазування, лицемірні моральні установки, які сприяють збереженню прив'язаності до первинного об'єкта). Отже, позитивний полюс FF1o представляє спосіб розв'язання конфлікту потреб «прив'язаність – самореалізація» за допомогою задоволення потреби в прив'язаності (реакції m^+ та h^+). Є підстави вважати, що повноцінної реалізації не відбувається, скоріше, активізується потяг до збереження Self, що досягається шляхом відсторонення неприйнятних для продовження стосунків особливостей за допомогою лицемірства (реакція hy^-) та проекції неприйнятних особливостей на оточення (реакція r^-).

Навантаження на вторинні фактори в основній групі

Первинні фактори	Вторинні фактори та їх «навантаження»			
	FF1o	FF2o	FF3o	FF4o
F1o «Самотність – збереження прив'язаності»	-0,172	-0,070	-0,556	0,371
F2o «Нарцистичність – травматична нарцистичність»	0,775	0,285	-0,069	0,067
F3o «Театральні – агресивно-гуманістичні риси»	0,084	0,543	-0,335	-0,519
F4o «Театральні риси – самоконтроль»	0,046	0,122	-0,106	0,824
F5o «Едипальна агресія – відділення та пошук об'єкта»	-0,043	0,059	0,805	0,074
F6o «Пароксизмальна лють – контроль Super Ego»	-0,020	0,814	0,209	0,127
F7o «Захисне фантазування як прояв інстинкту самозбереження в стосунках з первинним об'єктом – відділення»	0,768	-0,297	0,136	-0,077

Позитивний полюс FF1o являє собою організацію особистості за типом грандіозної нарцистичності. Потреба в підтриманні прив'язаності тут має більше значення, ніж потреба в самореалізації та підтриманні психічної цілісності. Це призводить до витіснення (неприйняття) певних особистісних рис.

Негативний полюс FF1o пов'язаний з фрустрованою потребою в прив'язаності. Цей полюс містить реакції, властиві негативним полюсам факторів F2o (поєднання реакцій $h^-p^+e^+hu^+$, травматичний нарцизм) та F7o (поєднання реакцій m^-p^+ відділення). Таким чином, негативний полюс FF1o містить фрустровану потребу в прив'язаності (h^- – фрустрована потреба в афіляції, m^- – втрата прив'язаності до первинного об'єкта) та реалізоване Self (реакція p^+ , яка іноді об'єднується з реакціями e^+ і hu^+). На цьому полюсі потреба в реалізації власного Self має більший пріоритет, ніж потреба в прив'язаності.

Факт знаходження пацієнта на позитивному полюсі фактору FF1o констатувався, коли у нього спостерігалось 3 – 4 з наступних реакцій: $h^+ \geq 2$, $p \geq 2$, $m^+ \geq 2$, $hu \geq 2$. Перебування пацієнта на негативному полюсі фак-

тора FF1o констатувалось, коли в його результатах були наявні всі три реакції: $h \geq 2$, $p^+ \geq 2$, $m \geq 2$.

Фактор FF2o можна схарактеризувати як «Конфлікт у виявленні агресії: самопокарання за злість – придушення та сублімація агресії». Позитивний полюс FF2o є поєднанням позитивних полюсів факторів F3o та F6o і представляє сукупність реакцій s^+hu^+ (театральні особистісні риси, альтруїстична спрямованість) та e^- (пароксизмальна лють). За цієї структури особистості є можливість для прояву агресії або заздрощів у вигляді пароксизмів (поєднання e^+hu^+), але особистість пасивна в соціальному плані, можливо, жертвна чи мазохістична. Конфлікт щодо виявлення агресії полягає в тому, що особа ніби карає себе за такі дії (реакція s^-).

Негативний полюс FF2o утворений негативними полюсами факторів F3o та F6o. Він об'єднує реакції h^- (реалізація агресії в соціальній активності) та e^+hu^- (контроль Super-Ego) і пов'язаний із конфліктом у прояві агресії, яка не може відкрито проявлятися через надмірний контроль із боку Super-Ego та сублімується за допомогою соціальної активності.

Перебування пацієнта на позитивному полюсі фактору FF2o констатувалось, коли у нього спостерігалися всі три реакції: $s \geq 2$, $hu^+ \geq 2$, $e \geq 2$. Перебування пацієнта на негативному полюсі фактора FF2o констатувалось, коли в його результатах були наявні три реакції $h \geq 2$, $e^+ \geq 2$, $hu \geq 2$.

Фактору FF3o можна дати назву «Конфлікт потреб в прив'язаності та самореалізації». Основна відмінність FF3o від FF1o полягає в тому, що конфлікт фактора FF3o пов'язаний з депресивною структурою особистості, тоді як FF1o описує нарцистичну структуру. Позитивний полюс FF3o представляє вирішення конфлікту між прив'язаністю та самореалізацією на користь задоволення потреби в прив'язаності. Цей полюс представлений реакціями $d^+p^+h^+$ (збереження прив'язаності, негативний полюс F1o) та s^+ (едипальна агресія, позитивний полюс F5o). У цьому випадку агресивну реакцію (s^+) можна тлумачити не як трансформацію енергії Лібідо в агресію, а як прояв захисної агресії (реалізацію інстинкту самозбереження) в результаті порушення особистісних кордонів та інтересів, пов'язаних з самореалізацією. Пацієнта можна віднести до позитивного полюса FF3o, коли в нього наявні 3–4 з наступних реакцій: $d \geq 2$, $p^+ \geq 2$, $h^+ \geq 2$, $s^+ \geq 2$. Аналіз даних показав, що позитивний полюс фактора FF3o властивий для жінок: він спостерігався у 44% пацієнок та лише 10% пацієнтів чоловічої статі ($\chi^2 = 5,02$; $p < 0,05$).

Негативний полюс FF3o пов'язаний з реакціями k^+m^- (самотність, позитивний полюс F1r) та d^+ (активізований потяг до пошуку нового об'єкта, позитивний полюс F1o, негативний полюс F5o). Таким чином, негативний полюс представляє розв'язання конфлікту «прив'язаність – самореалізація» на користь самореалізації, потреба в прив'язаності фруструється. На

травму прив'язаності вказує реакція m^- , (реакція, обернена до прив'язаності; самотність, відділення).

Фактор FF3o пов'язаний із депресивною організацією особистості, оскільки в його основі лежить реакція d , яку пов'язують із депресивною симптоматикою. Поєднання реакцій $k^+ \geq 1$, $m^+ \geq 2$, $d^+ \geq 1$ (негативний полюс фактору FF3o) притаманне 31% онкогематологічних хворих та лише 6% здорових осіб ($\chi^2 = 10,46$; $p < 0,001$).

Фактор FF4o пов'язаний із різними конфігураціями поєднання демонстративних та обсесивних особистісних рис. Позитивний полюс FF4o об'єднує негативний полюс F3o (реакція h^- , сублімація агресивного потягу в соціальній активності) та позитивний F4o (сума реакцій hy^+ та hy^- , театральні риси). Таким чином, позитивний полюс пов'язаний з агресією, що виявляється з боку структури Super Ego та спрямована на соціальну активність. Агресія в цьому випадку поєднана з потребою в самодемонстрації та може бути названа садогуманізмом. Пацієнта можна віднести до позитивного полюсу FF4o, якщо за сумарним значенням позитивних та негативних реакцій за фактором hy він здійснив 3 або більше виборів, і присутня реакція $h \geq 2$.

Негативний полюс FF4o представлений позитивним полюсом F3o (поєднання реакцій s^+hy^+ , альтруїстично-спрямовані театральні риси) та негативним полюсом F4o (поєднання реакцій e^+k^- , контроль Super Ego). У такому випадку агресивний потяг з боку Super Ego спрямований на власну особистість та полягає в контролі, обмеженні. Очевидно, що театральні риси обмежуються й знаходять своє задоволення опосередковано, через соціальну активність. Пацієнта можна віднести до негативного полюсу FF4o, якщо в нього присутні 3–4 з таких реакцій: $s \geq 2$, $hy^+ \geq 2$, $e^+ \geq 2$, $k \geq 2$.

Проведення вторинного факторного аналізу в контролі дало змогу виділити два вторинних фактори, які пояснили 37% всіх варіацій первинних факторів (табл.3). Перш ніж характеризувати результати вторинного факторного аналізу в контрольній групі, зазначимо, що він не є вдалим, оскільки пояснює менше 50% взаємозв'язків між первинними факторами. Отримані вторинні фактори є дуже загальними, об'єднують по три-чотири первинні фактори. Це свідчить про те, що для групи здорових осіб властива більша різноманітність, ніж для вибірки онкогематологічних хворих. Для онкогематологічних пацієнтів більш властиві константні симптомокомплекси (поєднання реакцій), ніж для здорових осіб, що підтверджує існування в онкогематологічних хворих характерних лише для них особливостей та конфліктів. Позитивний полюс FF1k («Обсесивно-компульсивні – театральні риси») утворений: 1) негативним полюсом фактора F1k (поєднання реакцій s^+d^- , обсесивно-компульсивні риси); 2) позитивним полюсом фактора F3k (поєднання реакцій m^+r^- , прив'язаність на

рівні потреби в приналежності до близьких значимих людей); 3) позитивним полюсом фактора F6к (реакція $h\bar{u}^-$, приховані театральні риси особистості, совісливість).

Таблиця 3

Навантаження на вторинні фактори в групі здорових осіб

Первинні фактори	FF1к	FF2к
F1к «Театральні – обсессивно-компульсивні риси»	-0,697	-0,034
F2к «Егоцентризм – самоконтроль»	0,075	0,651
F3к «Прив'язаність – травматичний нарцисизм»	0,487	-0,030
F4к «Агресія з приводу недостатнього прийняття – нарцистичність»	-0,107	0,501
F5к «Заздрість та злість – етичність»	-0,061	0,526
F6к «Приховування театральних рис – демонстративне відділення»	0,753	0,001
F7к «Пошук нового об'єкта – прив'язаність, збереження емоційного зв'язку з первинним об'єктом, неготовність щось змінювати в царині привязаності»	-0,119	-0,608

Загалом, позитивний полюс FF1к можна пов'язати з обсессивно-компульсивними рисами. В основі цих рис – потреба відповідати певним внутрішнім вимогам (надмірне, «садистичне» Super Ego), які формуються як інтроєкти вимог батьків на анальній (від трьох років) стадії психосексуального розвитку. У позитивному полюсі присутні потреба в партиципації до первинного об'єкта, агресивне утримування (реакції s^+d^-) та совісливість.

Негативний полюс FF1к представлений позитивним полюсом F1к (поєднання реакцій $s^+h\bar{u}^+$, театральні риси); негативним F3к (поєднання реакцій h^-p^+ , травматичний нарцисизм); негативним F6к (поєднання реакцій $h\bar{u}^+m^-$, демонстративне відділення). Загалом, негативний полюс FF1к можна пов'язати з демонстративними рисами, оскільки в основі розвитку театральних рис особистості лежить недостатнє прийняття в ранньому дитинстві, що формує нарцистичні проблеми (поєднання реакцій h^-p^+ , травматичний нарцисизм). Несформована статевая ідентичність викликає труднощі у встановленні сталих статево-рольових стосунків, розчарування в партнері, страх перед стосунками (поєднання реакцій $h\bar{u}^+m^-$, демонстративне відділення). Незадоволена потреба в прийнятті та любові зумовлює прагнення бути в центрі уваги. Таке прагнення реалізується за допомогою демонстративної поведінки та соціальної активності (поєднання реакцій $s^+h\bar{u}^+$, альтруїстично мотивовані театральні риси).

Порівнявши між собою вторинні фактори, які стосуються театральних та обсесивно-компульсивних рис, виділених в вибірках онкогематологічних хворих (FF4о) та здорових осіб (FF1к), можна зробити висновок, що для онкогематологічних пацієнтів властиве одночасне співіснування контролю та самодемонстрації, тоді як у здорових осіб самоконтроль та самодемонстрація є діаметрально протилежними рисами.

Негативний полюс фактора FF2к («Особистісна незрілість, залежність – зрілість (здорове розв'язання едипального конфлікту)») представлений: 1) позитивним полюсом F2к (реакція k^+ , егоцентризм); 2) позитивним полюсом F4к (поєднання реакцій $m^+s^+h^+$, фрустрація через недостатнє прийняття викликає агресію); 3) позитивним полюсом F5к (поєднання реакцій e^+h^+ , буденна заздрість та злість); 4) негативним полюсом F7к (поєднання реакцій m^+d^+ , прив'язаність та утримування первинного об'єкта). Отже, позитивний полюс FF2к представлений такими рисами, як егоцентризм, прив'язаність до первинного об'єкта та неготовність до її втрати, агресія, буденна заздрість та злість у відповідь на фрустрацію прив'язаності.

Негативний полюс FF2к пов'язаний з такими особливостями: самоконтролем (поєднання реакцій k^-e^+ негативний полюс F2к), задоволеними потребами в афіляції, нарцистичними рисами (реакція h^+ негативний полюс F4к), етичністю (реакція e^+ негативний полюс F5к), пошуком об'єкта прив'язаності (реакція d^+ позитивний полюс F7к). Узагальнюючи названі властивості, негативний полюс FF2к можна пов'язати з психологічною зрілістю.

FF2к можна зіставити з FF1о та FF3о – вторинними факторами основної групи. Таке порівняння дає підстави вважати, що перебування онкогематологічних хворих в незрілій, залежній позиції ускладнює для них самореалізацію. На це вказує активне використання захисних реакцій (намагання приховувати свої справжні особливості через брехню та захисна агресія), невласне здоровим особам. А самореалізація в онкогематологічних хворих пов'язана з фрустрацією потреби в прив'язаності, що не властиво полюсу зрілості у здорових осіб (позитивний полюс FF2о) для яких самостійність пов'язана з задоволенням потреб визнання та схвалення.

Висновки та перспективи подальших досліджень. В дослідженні встановлено, що особистісні характеристики онкогематологічних пацієнтів є більш конфліктними, ніж це властиво здоровим особам. Виявлено три види конфліктів у онкогематологічних хворих: конфлікт між потребою в прив'язаності та самореалізацією (окремо для нарцистичної та депресивної організації особистості), конфліктність у виявленні агресії (агресія об'єднується з самопокаранням та заперечення агресії) та конфліктне поєднання театральних та обсесивно-компульсивних рис. Перспектив-

ним є продовження дослідження зв'язку зазначених конфліктів у хворих з клініко-гематологічними особливостями перебігу захворювання з метою удосконалення методів психотерапії пацієнтів. Перспективним є також дослідження зв'язку між визначеними в процесі факторного аналізу тесту Л. Сонді констеляціями окремих реакцій та конфліктів з даними особистісних опитувальників. Таке дослідження може дати інформацію про валідність наданих інтерпретацій, а також сприятиме створенню нових алгоритмів інтерпретації тесту Л. Сонді.

Література

1. Володин Б. Ю. Психосоматические взаимоотношения и психотерапевтическая коррекция у больных раком молочной железы и опухолевой патологией тела матки / Б. Ю. Володин // Автореф. ... д. мед. наук. — М., 2008. — 48 с.
2. Овчарова Р.В. Психологический статус онкологических больных и проблемы их реабилитации / Р.В. Овчарова, А.Н. Великолуг // Паллиативная медицина и реабилитация. — 1997. — №1. - С. 26 - 30.
3. Савкин И.В. Психодинамические паттерны онкологических пациентов / И.В. Савкин, А.А. Шишков, Н.А. Ница // Вестник НГУ. Серия: Психология. — 2010. — Том 4. — Вып. 1. — С. 60-63
4. Собчик Л.Н. Метод портретных выборов – адаптированный тест Сонди / Л.Н. Собчик. — СПб.: Речь, 2005. — 128 с.
5. Сонди Л. Учебник экспериментальной диагностики влечений: Глубинно-психологическая диагностика и ее применение в психопатологии, психосоматике, судебной психиатрии, криминологии, психофармакологии, профессиональном, семейном и подростковом консультировании, характерологии и этнологии / Сонди Л.; пер. с нем. — М.: «Когито-Центр», 2005. — 557 с.
6. Хомуленко Т.Б. Психосоматичний підхід у проблематиці психології розвитку: теоретичні та прикладні аспекти / Т.Б. Хомуленко // Особистість у розвитку: психологічна теорія і практика: Монографія / За ред. С.Д. Максименка, В.Л. Злиwkова, С.Б. Кузікової. Книга 1. — Суми: Вид-во СумДПУ імені А.С. Макаренка, 2015. — С. 340-358.
7. Хомуленко Т.Б. Особливості виникнення внутрішньоособистісного конфлікту в юнацькому віці / Т.Б. Хомуленко, М.В.Балушок // Проблеми сучасної психології. — №27. — 2015. — С. 594-610.
8. Brunault P. Major depressive disorder, personality disorders, and coping strategies are independent risk factors for lower quality of life in non-metastatic breast cancer patients / P. Brunault, A.L. Champagne, G. Huguet et al. // *Psychooncology*. — 2015, Sep 10.
URL: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/26356037>
9. Gheihman G. Depression and hopelessness in patients with acute leukemia: the psychological impact of an acute and life-threatening disorder / G. Gheihman, C. Zimmermann, A. Deckert et al. // *Psychooncology*. — 2015, Sep 18.
URL: <http://onlinelibrary.wiley.com/enhanced/doi/10.1002/pon.3940>

10. Grossardt B.R. Pessimistic, anxious, and depressive personality traits predict all-cause mortality: the Mayo Clinic cohort study of personality and aging / B.R. Grossardt, J.H. Bower, Y.E. Geda et al. // *Psychosom Med.* — 2009. — Vol. 71. — № 5. — PP. 491-500.

URL:

<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3087200/pdf/nihms286164.pdf>

11. Grulke N. Physicians' prognostic estimates of survival for patients undergoing allogeneic hematopoietic stem cell transplantation / N. Grulke, D. Bunjes, W. Larbig et al. // *J. Psychosom Res.* — 2008. — Vol. 65. — Iss. 1. — PP. 61-66.

URL: [http://www.jpsychores.com/article/S0022-3999\(08\)00041-X/pdf](http://www.jpsychores.com/article/S0022-3999(08)00041-X/pdf)

12. Smith H.R. Depression in cancer patients: Pathogenesis, implications and treatment (Review) / Hamish R. Smith // *Oncol Lett.* — 2015. — Vol. 9. — № 4. — PP. 1509-1514.

URL: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4356432>