

УДК 159.9

Плескач Богдан Вадимович, науковий співробітник лабораторії консультативної психології та психотерапії Інститут психології імені Г.С. Костюка НАПН України

e-mail: pleskach.bogdan@gmail.com

**МЕТОДИКА ДІАГНОСТИКИ ВНУТРІШНЬООСОБИСТІСНОГО
КОНФЛІКТУ ОНКОГЕМАТОЛОГІЧНИХ ХВОРИХ**

Анотація

У статті розглядається надійність та валідність шкал опитувальника для діагностики особистісних рис у онкогематологічних хворих. Запропонований опитувальник спрямований на діагностику: загостреної потреби в прив'язаності; депресивного, театрального, нарцистичного, параноїдного, агресивного (асоціального), obsесивно-компульсивного та шизоїдних типів особистості та антиемоційності. Всі шкали опитувальника виявили високу внутрішню узгодженість, дискримінативність та ретестову надійність. Валідність опитувальника перевірялась шляхом вивчення кореляцій з методами портретних виборів Л. Сонді, кольорових виборів М. Люшера, особистісним диференціалом, додатковою шкалою А-фактор та шкалою К із складу ММРІ, опитувальником 16 PF Р. Кеттелла, окремо взятою шкалою «застраююча акцентуація» з опитувальника Г. Шмішека, К. Леонгарда. Показана висока валідність запропонованих шкал. В статті запропоновані алгоритми виявлення внутрішньоособистісних конфліктів (суперечливого поєднання особистісних рис, які діагностуються опитувальником) у онкогематологічних хворих на основі методологічних підходів Л. М. Собчик та В. В. Рибалка. Представлені результати взаємозв'язку між виявленими внутрішньоособистісними конфліктами та особливістю перебігу медичного лікування у пацієнтів. Запропонований інструмент діагностики внутрішньоособистісних конфліктів може бути використаний в подальших дослідженнях хворих на онкогематологічні та онкологічні захворювання.

Ключові слова: *психоонкологія, внутрішньоособистісний конфлікт, онкогематологічні захворювання, тест, психодіагностика.*

Pleskach Bogdan Vadymovich, scientific researcher of the Laboratory of counseling psychology and psychotherapy; G.S. Kostiuk Institute of Psychology of the National Academy of Educational Sciences of Ukraine

**THE DIAGNOSTIC METHOD OF ONCOHEMATOLOGICAL PATIENTS
INTRAPERSONAL CONFLICTS**

Summary

The article is devoted to the reliability and validity of the questionnaire scales for the diagnostics of personality traits of oncohematological patients. The proposed questionnaire is aimed on revealing of attachment styles; depressive, theatrical, narcissistic, paranoid, aggressive (antisocial), obsessive-compulsive and schizoid personality types, as well as anti-emotionality. All scales of the questionnaire



revealed high internal consistency, discriminativeness and retest reliability. The validity of the questionnaire was verified by studying the correlations with the methods: of portrait choices L. Sondi, the color choices of M. Luscher, the personal differential of A. Etkind, the additional scale «A-factor» and the K-scale from the MMPI, 16 PF of R. Kettell, a separate scale "jamming accentuation" from questionnaire G. Shmyshek, K. Leonhard. The high validity of the proposed scales is shown. Proposed algorithms for diagnostics of intrapersonal conflicts (contradictory association of personality traits measured using a questionnaire) in oncohematological patients based on methodological approaches of L.M. Sobchik and V.V. Rybalko were proposed. Associations between revealed intrapersonal conflicts and some features of medical treatment were presented. The proposed instrument for diagnostics of intrapersonal conflicts can be used in the observation of oncological and oncohematological patients.

Keywords: *psychooncology, intrapersonal conflict, oncohematological diseases, test, psychodiagnostics.*

Плескач Богдан Вадимович, научный сотрудник лаборатории консультативной психологии и психотерапии; Институт психологии имени Г.С. Костюка НАПН Украины

МЕТОДИКА ДИАГНОСТИКИ ВНУТРИЛИЧНОСТНОГО КОНФЛИКТА ОНКОГЕМАТОЛОГИЧЕСКИХ БОЛЬНЫХ

Аннотация

В статье рассматривается надежность и валидность шкал опросника для диагностики личностных черт онкогематологических больных. Предложенный опросник направлен на диагностику обостренной потребности в привязанности; депрессивного, театрального, нарцисстического, параноидального, агрессивного (асоциального), обсессивно-компульсивного и шизоидных типов личности, а также антиэмоциональности. Все шкалы вопросника показали высокую внутреннюю согласованность, дискриминативность и ретестовую надежность. Валидность вопросника проверялась способом исследования корреляций с методами: портретных выборов Л. Сонди, цветовых выборов М. Люшера, личностным дифференциалом, дополнительной шкалой А-фактор и шкалой К из состава MMPI, вопросником 16 PF Р. Кеттелла, отдельно взятой шкалой «застревающая акцентуация» опросника Г. Шмишека, К. Леонгарда. Показана высокая валидность шкал вопросника. Предложены алгоритмы выявления внутриличностных конфликтов (противоречивого объединения личностных черт, которые диагностируются вопросником) у онкогематологических больных на основе методологических подходов Л.М. Собчик и В.В. Рыбалко. Проанализированы ассоциации между выявленными внутриличностными конфликтами и некоторыми особенностями течения заболевания в ответ на терапию. Предложенный инструмент диагностики внутриличностных конфликтов может быть использован в дальнейшем при обследовании онкологических и онкогематологических больных.

***Ключевые слова:** психоонкология, внутриличностный конфликт, онкогематологические заболевания, тест, психодиагностика.*

Постановка проблеми і актуальність дослідження. Стрес на біологічному, соціальному та психологічному рівнях є одним з факторів прогресії онкологічної патології. Цей негативний вплив пояснюється дією біологічно активних речовин, які виділяються при стресі та пригнічують функцію імунної системи. Ряд авторів дійшли до висновку, що основним джерелом соціального та психологічного стресу у онкологічних хворих є притаманні ним особистісні риси. К.П. Балицький та Ю.П. Шмалько вважають, що особистісні риси профілю С (заборона на вираження таких емоцій як гнів, тривога та печаль; розсудливість; дисциплінованість; намагання бути ввічливим та справляти добре враження; визнання авторитетів; концентрація на потребах інших людей та ігнорування власних) пред'являють підвищені вимоги до адаптації, активізують загально-адаптаційний синдром, що завершується стадією виснаження та онкологічним захворюванням [1]. Р.В. Овчарова та А.Н. Великолуг виявили, що значній кількості онкологічних хворих притаманний внутрішньоособистісний конфлікт, який полягає в одночасній активізації особистісних рис спрямованих на адаптацію на психологічному та соціальному рівнях, що унеможлиблює адаптацію (викликає дистрес, який є додатковим стресом для біологічної підсистеми організму) [4]. В доступній нам науковій літературі ми не знайшли спеціалізованих методів для діагностики конфліктного поєднання особистісних рис у онкологічних та онкогематологічних хворих, що спонукало нас до розробки такого опитувальника.

Метою дослідження є розгляд надійності та валідності шкал опитувальника для діагностики особистісних рис, представлення алгоритмів виявлення внутрішньоособистісного конфлікту та вивчення їх впливу на перебіг медичного лікування онкогематологічних хворих.

Аналіз останніх досліджень і публікацій. Переважна більшість сучасних психологічних досліджень в області онкології зосереджена на вивченні психоемоційних станів та особистісних рис хворих, факторів перебігу захворювання. Отримані дані, що структура особистості онкологічних хворих відзначається суперечливим поєднанням особистісних рис [4; 3]. Наприклад, за даними Д.В. Мустафіна у 80% онкологічних хворих виявляється дві та більше акцентуацій [3]. Одночасно з цим, відзначається невелика кількість досліджень присвячених поєднанню суперечливих особистісних рис (внутрішньоособистісного конфлікту) як додаткового джерела стресу у онкологічних хворих. Ця тема є залишається майже невивченою серед хворих з онкогематологічними захворюваннями.

Представлені в науковій літературі експериментальні дані свідчать про те, що клінічно важливі психологічні фактори (для прогнозу прогресії захворювання онкогематологічного захворювання) пов'язані з присутністю відповідних до них особистісних рис. Так, помірно виражені нарцистичні риси – з мінімізацією захворювання та духом боротьби; театральні та нарцистичні



рисы визначають здатність отримувати підкріплення самооцінки від соціальних досягнень; шизоїдні риси особистості пов'язані зі схильністю до соціальної ізоляції; обсесивно-компульсивні пов'язані з емоційним контролем та антиемоційністю; параноїдні риси пов'язані з агресивним реагуванням та ригідністю; депресивні риси – визначають схильність до депресії. Узагальнення представлених в літературі результатів досліджень вказує, що нарцистичні, параноїдні та театральні риси особистості найчастіше присутні у онкогематологічних хворих, є типовими особистісними рисами для осіб з цією групою захворювань. В такому разі незрозуміло, чому у певної частини онкогематологічних хворих проявляється соціальна ізоляція, відчай/втрата надії, депресія, емоційний контроль. Також незрозумілою є причина, через яку зазначені фактори мають сильний негативний вплив на перебіг захворювання, зменшуючи тривалість життя пацієнтів. Одне з можливих пояснень може полягати в наявності у структурі особистості онкогематологічних хворих не лише типових особистісних рис, а й інших, соціально визначених, шизоїдних, обсесивно-компульсивних, депресивних, що підтверджується літературними даними. Наше припущення про соціально-зумовлене походження шизоїдної, обсесивно-компульсивної та депресивної структур особистості у онкогематологічних хворих підтримується даними, отриманими С. Bahnsen, С. Bacon, L. LeShan. Названі вчені дійшли до висновку, що особистісні риси С профілю формуються для того, щоб компенсувати травмовану прив'язаність, «гарантувати» нормальну (стабільну) прив'язаність в теперішньому. Ми виходимо з того, що одночасна присутність суперечливих особистісних рис в структурі особистості не забезпечує нормального пристосування в ситуації захворювання, призводить до дистресу, який має негативний вплив на перебіг захворювання.

Тому, перед нами стояла задача створення інструменту діагностики перелічених особистісних рис та травмованої прив'язаності, створення алгоритмів діагностики внутрішньоособистісних конфліктів.

Виклад основного матеріалу. Опитувальник створений на основі запитань інтерв'ю для онкогематологічних хворих. При розробці інтерв'ю враховувались найбільш часті психотравматичні переживання, про які повідомляли пацієнти в процесі психологічного супроводу процесу лікування. При формулюванні запитань інтерв'ю здійснена спроба зіпівставити психотравматичні переживання з психоаналітичною типологією особистості, віднести такі повідомлення до певного особистісного типу. Для діагностики кожного особистісного типу чи особливості використовувались питання з опитувальників з уже доведеною валідністю, а саме: ММРІ в адаптації Л.М. Собчик; «Нарцистичні риси особистості» за О. А. Шамшиковою; діагностики агресії Басса-Дарки; Короткий опитувальник міжособистісних реакцій (SIRI за R. Grossarth-Maticsek); опитувальника Г. Шмішека, К. Леонгарда; інтерв'ю для дорослих стосовно прив'язаностей за Н.К. Асановою; індивідуально типологічного опитувальника Л.М. Собчик. Запропонований опитувальник спрямований на діагностику: загостреної потреби в прив'язаності; депресивного, театрального, нарцистичного, параноїдного, агресивного



(асоціального), обсесивно-компульсивного та шизоїдних типів особистості та антиемоційності. Запропоновані дослідницькі нормативні значення та алгоритм виявлення внутрішньоособистісного конфлікту.

Текст опитувальника, ключі та дослідницькі нормативні значення розміщені за наступним електронним посиланням: <http://lib.iitta.gov.ua/id/eprint/708302>

Запропонований тест адаптувався в два етапи. На першому етапі (перша вибірка) запитання задавались в формі інтерв'ю; на другому етапі (друга вибірка) в формі опитувальника.

Перша вибірка складалась з: основної групи – 62 онкогематологічних хворих, які знаходились на лікуванні у Київському міському центрі трансплантації стовбурових клітин; контрольної групи - 73 практично здорових осіб (без онкологічної патології та психолого-психіатричних скарг). Для перевірки ретестової надійності 25 осіб контрольної групи пройшли повторну психодіагностику запитаннями запропонованими в формі опитувальника. Друга вибірка складалась з 51 практично здорової особи. Всі три обстежені групи є співставними за віком та статтю.

Після проведення дослідження та збору даних з усіх опитаних, були проведені стандартні процедури вивчення надійності та валідності тесту [2]: 1) Вивчення коефіцієнту внутрішньої узгодженості (α Кронбаха) в кожній шкалі та відкидання запитань, які зменшували надійність шкали; 2) обчислення коефіцієнта дискримінативності (δ) за формулою Фергюсона; 3) перевірка валідності кожної шкали за допомогою вивчення кореляцій з наступними методиками: портретних виборів Л. Сонді (МПВ), кольорових виборів М. Люшера (МКВ) та додаткової шкали «А – фактор» із складу ММРІ (усі зазначені методи - в адаптації Л.М. Собчик); методики «Особистісний диференціал»; опитувальником 16 PF Р. Кеттелла, окремо взятою шкалою «застрягаюча акцентуація» з опитувальника Г. Шмішека, К. Леонгарда. Два останніх метода не застосовувались в першій вибірці; 4) перевірка ретестової надійності.

Всі шкали опитувальника мають високу внутрішню узгодженість, ретестову надійність та дискримінативність, що відображено в Таблиці 1. В подальшому тексті наводиться опис шкал опитувальника та розглядається їх критеріальна валідність.

Таблиця 1

Внутрішня узгодженість, ретестова надійність та дискримінативність шкал опитувальника

Назва шкал	Вибірки	Коефіцієнт узгодженості α Кронбаха	Ретестова надійність	Коефіцієнт дискримінативності δ Фергюсона
Загострена потреба в прив'язаності	Хворі	0,783		0,97
	Здорові	0,720	0,79	0,91

Депресивні риси	Хворі	0,798		0,98
	Здорові	0,698	0,72	0,96
Театральні риси	Хворі	0,702		0,98
	Здорові	0,650	0,74	0,95
Нарцистичні риси	Хворі	0,771		0,96
	Здорові	0,633	0,77	0,92
Параноїдні риси	Хворі	0,723		0,98
	Здорові	0,676	0,83	0,86
Агресивні (асоціальні) риси	Хворі	0,79		0,98
	Здорові	0,65	0,71	0,98
Обсесивно компульсивні риси	Хворі	0,650		0,98
	Здорові	0,706	0,76	0,96
Антиемоційність	Хворі	0,68		0,96
	Здорові	0,62	0,65	0,93
Шизоїдні (сензитивні) риси	Хворі	0,710		0,93
	Здорові	0,698	0,81	0,95
Шизоїдні (експансивні) риси	Хворі	0,557		0,97
	Здорові	0,555	0,73	0,93

Загострена потреба в прив'язаності. Запропонована шкала призначена для діагностики загальних розладів прив'язаності та вимірює 1) загострення прив'язаності через надмірну турботу та опіку батьків та 2) загострення прив'язаності в результаті травматичних подій. Для формулювання запитань стосовно потреби в прив'язаності використано запитання з «Інтерв'ю для дорослих стосовно прив'язаностей» за Н.К. Асановою [2]. Окремі запитання було створено спеціально на основі психоаналітичної теорії.

Низькі значення за шкалою діагностують загострення прив'язаності через надмірну турботу та опіку батьків. Надмірне піклування батьків, потурання схильностям дитини, за психоаналітичною теорією, сприяє розвитку нарцистичного типу особистості, в майбутньому розвиває надмірну вразливість особи, зменшує здатність самостійно знаходити шляхи розв'язання складних ситуацій та збільшує ймовірність використання неконструктивних способів їх вирішення. Вітчизняні автори пов'язують з надмірним потуранням також розвиток театрального та асоціального типу особистості.

Високі значення за шкалою діагностують загострену прив'язаність внаслідок травматичних подій. Відомо, що несприятливі обставини життя



збільшують ризик «травм» прив'язаності, що пов'язано з розвитком цілого спектру розладів.

Шкала відзначається високою конструктивною валідністю, оскільки за основу взяті запитання інтерв'ю щодо прив'язаностей з вже доведеною валідністю та всі завдання шкали стосуються можливих травм прив'язаності. Знайдені кореляції шкали з опитувальником 16PF Р. Кеттелла підтверджують її валідність. Особи зі значенням «загострена потреба в прив'язаності через надмірну опіку» характеризуються енергійністю, силою, потребою приваблювати увагу до себе, схильністю поступатись власними бажаннями на користь цілей групи, прийняттям групових норм (кореляція з J фактором 16PF, $r = -0,420$; $p < 0,05$). Особи зі значеннями «травма прив'язаності» відзначаються залежністю від групи, орієнтацією на оцінки групи, потребою в підтримці, порадах та схваленні зі сторони оточення, відсутністю ініціативи та сміливості у виборі своєї лінії поведінки (кореляція з Q2 фактором 16PF, $r = -0,501$; $p < 0,01$), невмінням організувати себе та свій час, низьким самоконтролем (кореляція з Q3 фактором 16PF, $r = -0,459$; $p < 0,05$).

Виявлені взаємозв'язки показують, що в обох випадках, коли за шкалою діагностується загострена потреба в прив'язаності (через надмірну опіку та травму) виявляються особи з залежністю від оточення. Така залежність (прив'язаність) від соціального оточення пояснюється тривогою опинитись в небезпечному просторі, який не властивий особам з нормальним розвитком прив'язаності. Отримані дані підтверджують валідність шкали для діагностики проблем в розвитку прив'язаності.

Депресивний тип особистості. Під депресивною структурою особистості мається на увазі особистісна схильність до депресії. Запропонована шкала діагностує рівень норми та завищені показники, які вказують на депресивний тип особистості. В інтерв'ю використані запитання шкали «Песимістичність» ММРІ в адаптації Л.М. Собчик. Шкала має високу конструктну валідність так як фактично відтворює шкалу депресії ММРІ. Виявлені кореляції шкали з опитувальником 16PF вказують на її високу критеріальну валідність. Так, високі значення за шкалою депресії виявляють осіб, які легко засмучуються, відмовляються від відповідальності, відчувають дефіцит енергії, втому та безпорадність (кореляція з С фактором 16PF, $r = -0,504$; $p < 0,01$). Також, такі індивіди характеризуються соромливістю, обережністю, чутливістю до небезпеки, замкненістю, невпевненістю в своїх силах, комплексом власної неповноцінності (кореляція з Н фактором 16PF, $r = -0,452$; $p < 0,05$), емоційною неврівноваженістю, заниженим настроєм (кореляція з Q4 фактором 16PF, $r = 0,389$; $p < 0,05$). Виявлені кореляції підтверджують валідність шкали для діагностики депресивного типу особистості.

Театральні риси особистості. Театральними рисами особистості називають схильність привертати до себе увагу, егоцентризм, риси афективно лабільного темпераменту, використання механізмів психологічного захисту за типом витіснення та соматизація. Запропонована шкала розрізняє два показники: відсутність або присутність театральних рис особистості. При



розробці запитань для цієї шкали використовувались питання «Індивідуально типологічного опитувальника» (Л.М. Собчик) та опитувальника К. Леонгарда та Г. Шмішека. Запропонована шкала має високу критеріальну валідність. Особи з високими значеннями за шкалою відзначаються легкістю в спілкуванні, емоційністю, сильними коливаннями настрою, експресією (кореляція з А фактором 16PF, $r = 0,431$; $p < 0,05$), сердечністю, потребою бути в центрі уваги, сміливістю, рішучістю (кореляція з Н фактором 16PF, $r = 0,447$; $p < 0,05$).

Нарцистичні риси особистості. Нарцистичні риси - це хвороблива зосередженість особи на проблемі власної самоповаги та цінності, постійна потреба в підтвердженні останньої з боку оточення. Запропонована шкала на негативному полюсі діагностує травмований полюс нарцисизму, на позитивному грандіозні нарцистичні риси. При формулюванні запитань інтерв'ю було використано питання з опитувальника «Нарцистичні риси особистості» за О. О. Шамшиковою, Н.М. Клепиковою, окремі запитання було спеціально розроблено на основі психоаналітичної теорії особистості. Шкала має високу конструктну та критеріальну валідність. На високу критеріальну валідність вказують кореляції кожного з полюсів шкали з методикою Особистісний диференціал» та опитувальником 16PF Р. Кеттелла. Так, особи з травмованим нарцисизмом за шкалою відзначаються сентиментальністю, м'якістю, добротою, залежністю, потребою в увазі та допомозі (кореляція з І фактором 16PF, $r = 0,455$; $p < 0,05$), заниженою самооцінкою (фактор Оцінка методики Особистісний диференціал, $\chi^2 = 10,62$; $p < 0,01$).

Особи, з високими значеннями за шкалою відзначаються легкістю в спілкуванні, емоційністю, сильними коливаннями настрою, експресією (кореляція з А фактором 16PF, $r = 0,467$; $p < 0,05$), конформністю, залежністю, схильністю підпорядковуватись авторитетам, невпевненістю в собі (кореляція з Е фактором 16PF, $r = - 0,481$; $p < 0,05$), сердечністю, потребою бути в центрі уваги, сміливістю, рішучістю (кореляція з Н фактором 16PF, $r = 0,413$; $p < 0,05$).

Аналізуючи отримані дані, вважаємо шкалу нарцистичні риси валідною для дослідження особистісної структури з вразливою самоповагою та самоцінністю. Позитивний полюс шкали відображає енергійних, сміливих та рішучих осіб зі збереженою самооцінкою. Негативні оцінки за шкалою отримують особи з травмованою самооцінкою, залежні, потребує підтримки та допомоги.

Параноїдний тип особистості. Параноїдні риси пов'язані з такими особистісними особливостями: схильністю до конфліктів, експлозивністю, зарозумілістю, схильністю до проєкцій та підозрілістю, самонадіяністю, жорсткістю установок та поглядів, перебільшеним честолюбством. Запропонована шкала передбачає діагностику наявності або відсутності параноїдних рис. При формулюванні запитань шкали використовувались питання опитувальника К. Леонгарда, Г. Шмішека (шкала «застрягаючої» акцентуації) та адаптованого Л.М. Собчик варіанту ММРІ (шкала ригідності). Шкала має високу конструктну валідність. Критеріальна валідність шкали підтверджується високою кореляцією зі шкалою «ригідність» опитувальника Г.



Шмішека, К. Леонгарда ($r = 0,537$; $p < 0,001$). Особи з високими значеннями за шкалою чутливі до зауважень та критики, печальні, схильні до переживання провини (кореляція з фактором O 16PF, $r = 0,468$; $p < 0,05$), імпульсивні (кореляція з фактором Q3 16PF, $r = -0,409$; $p < 0,05$), фрустровані та напружені (кореляція з фактором Q4 16PF, $r = 0,502$; $p < 0,01$).

Агресивні риси. Під агресивністю ми маємо на увазі поведінку, спрямовану на заподіяння лиха або шкоди іншій живій істоті, яка нічим не провокує на таке ставлення до себе. Схильність до агресії, як і нездатність до людської прив'язаності, традиційно пов'язується з асоціальним типом особистості. При формулюванні запитань інтерв'ю було використано питання з ММРІ (шкала імпульсивності) та методики діагностики агресії Басса-Дарки. Шкала передбачає діагностику наявності або відсутності агресивних рис. Шкала відзначається високою критеріальною валідністю. Так, особи з високими значеннями за шкалою можуть бути охарактеризовані як імпульсивні, з низьким самоконтролем (кореляція з фактором Q3 16PF, $r = -0,443$; $p < 0,05$), комунікативні, активні, екстравертовані, імпульсивні (кореляція з А фактором методики «Особистісний диференціал», $r = 0,328$; $p < 0,05$). Також, у осіб з високими значеннями за шкалою частіше зустрічаються реакції E+ ($\chi^2 = 7,41$; $p < 0,01$) та P- ($\chi^2 = 4,7$; $p < 0,05$) МПВ Л. Сонді. Оскільки, реакція E+ пов'язана з демонстративністю, а P- з параноїдними рисами отримані взаємозв'язки свідчать, що часто представниками агресивних рис є особи з театральною та параноїдною структурами особистості. Отримані кореляції підтверджують валідність шкали для діагностики агресивного особистісного типу, який знаходиться в межах норми.

Обсесивно-компульсивний тип особистості. Ключовою особливістю обсесивно-компульсивного особистісного типу є схильність контролювати себе та людей зі свого оточення. Для нього властиве поєднання таких рис, як акуратність, заощадливість, точність, зокрема потреба в точних інструкціях, підкорення авторитетам, контроль над собою та іншими людьми. При виборі питань інтерв'ю було використано опитувальник К. Леонгарда - Г. Шмішека (шкала педантичної акцентуації) та ММРІ, адаптований Л.М. Собчик (шкала невротичного надконтролю). Шкала передбачає діагностику наявності або відсутності обсесивно-компульсивного типу особистості. Шкала відзначається високою критеріальною валідністю. Виявлені кореляції свідчать, що особи з високими значеннями за шкалою відзначаються: 1) стриманістю у прояві емоцій, орієнтацію на норми поведінки свого кола спілкування, вираженням «Super-Ego», песимістичністю (кореляція з реакцією k-МПВ Л. Сонді, $r = 0,364$; $p < 0,05$); 2) високою тривожністю (кореляція з А – фактором зі складу ММРІ, $r = 0,338$; $p < 0,05$); 3) відвертістю та самокритичністю (кореляція зі шкалою Корекції ММРІ, $r = -0,351$; $p < 0,05$); 4) соромливістю, обережністю, чутливістю до небезпеки, стриманістю (кореляція з Н-фактором, 16PF, $r = -0,508$; $p < 0,01$). Загалом виявлені кореляції збігаються з характерними особливостями обсесивно-компульсивного типу особистості, що дозволяє вважати шкалу надійним інструментом діагностики зазначених рис.



Антиемоційність. Антиемоційністю називають пригнічення експресивного компонента емоційної відповіді, раціоналізацію конфліктів та фрустрацій. В науковій літературі, стосовно психологічних особливостей онкологічних хворих підкреслюється, що антиемоційність є одним із психологічних факторів, який збільшує ймовірність розвитку захворювання та його прогресії. Запропонована в опитувальнику шкала антиемоційності є похідною (обернено-пропорційною) від шкали агресивних особистісних рис, включає чотири запитання та діагностує складності у вираженні емоцій. Валідність шкали для дослідження антиемоційності забезпечується використанням запитань з опитувальника SIRI спрямованих на діагностику саме цього явища. Перевірка конструктивної валідності шкали показує, що емоційні складнощі на діагностику яких спрямована шкала відображає певні аспекти шизоїдно-депресивних особистостей (кореляції з тестом МПВ Л. Сонді, а саме реакціями P+ $r = 0,337$, $p < 0,05$ та D+ $r = - 0,351$; $p < 0,05$). Шкала антиемоційності має кореляцію зі шкалою сензитивних шизоїдних рис особистості, який запропонований в цьому опитувальнику ($r = 0,262$; $p < 0,05$). Назважаючи на те, що явище антиемоційності може бути зрозуміле як один з симптомів шизоїдної особистості вважаємо, що шкала валідна в діагностиці складностей у вираженні емоцій.

Сензитивно-шизоїдний тип особистості. Для цього типу властиві соціальне відчуження осіб (через відчуття, що люди з їхнього оточення недооцінюють їх емоційні, інтуїтивні та чуттєві можливості); недостатність психологічних захистів (що дозволяє їм переживати глибокі емоційні реакції, які лякають та відштовхують інших людей); відчуття базальної небезпеки (що призводить до соціальної самоізоляції або заглиблення у світ власних фантазій); розщеплення (дисоціація), тобто відчуття відсторонення від себе та світу. При формулюванні запитань інтерв'ю для діагностики шизоїдних рис особистості було використано питання ММРІ (шкала індивідуалістичності). Валідність шкали підтверджується високою відповідністю запитань до теоретичного конструкту шизоїдної особистості та на основі кореляцій з іншими методиками. Серед всієї сукупності кореляцій шкали шизоїдного типу з іншими методиками найбільш ілюстративними є кореляції з факторами А ($r = - 0,548$; $p < 0,01$), С ($r = - 0,580$; $p < 0,01$) та Q4 ($r = 0,522$; $p < 0,01$) опитувальника 16 PF. Це означає, що особи з високими значеннями за шкалою належать до полюсу «шизотимія» за А-фактором (відчужені, холодні, підозрілі), відзначаються емоційною неврівноваженістю (негативний полюс С – фактору), фрустрованістю та напруженістю (позитивний полюс Q4 – фактору). Підсумовуючи зібрані дані вважаємо, що шкала є надійною та валідною.

Експансивно-шизоїдний тип особистості. Запропонована шкала сконструйована на основі факторного аналізу опитувальника. Шкала включає багато запитань зі шкали сензитивно-шизоїдних рис та корелює з останньою ($r = 0,534$; $p < 0,001$). Запропонована шкала відзначається високою критеріальною валідністю, високою дискримінативністю, високою ретестовою надійністю, проте, низькою узгодженістю. Виключення запитань, які мають слабку кореляцію зі шкалою, негативно відображається на її критеріальній валідності.



Тому, до складу шкали еспансивно-шизоїдних рис включені всі запитання, які пояснили більше 10% дисперсії відповідного фактору (факторне навантаження $\geq 0,320$). Критеріальна валідність шкали підтверджується її кореляціями з опитувальником 16 PF та МПВ Л. Сонді. Високі значення за шкалою виявляють осіб, яким характерні: відчуження, холодність, сухість, замкненість, підозрілість (кореляція з А фактором 16 PF, $r = -0,423$; $p < 0,05$), емоційною неврівноваженістю, дефіцитом енергії, відчуттями втоми та безпорадності (кореляція з С фактором 16 PF, $r = -0,771$; $p < 0,001$), імпульсивність, відволікання, активність, демонстративність (кореляція з D фактором 16 PF, $r = 0,506$; $p < 0,01$), занижений настрій, схильність до самокритики, чутливість до зауважень, невпевненість в собі (кореляція з O фактором 16 PF, $r = 0,568$; $p < 0,01$), тривожність, занижений настрій, роздратування (кореляція з Q4 фактором 16 PF, $r = 0,443$; $p < 0,05$), емоційна холодність, егоцентричне зосередження на світі власних переживань, схильність до широких узагальнень, оригінальність та незалежність суджень, недовірливість, замкненість (кореляція з K+ фактором МПВ Л. Сонді, $r = 0,342$; $p < 0,05$). Виявлені взаємозв'язки підтверджують валідність шкали для діагностики експансивно-шизоїдних рис особистості.

Вивчення вибірки онкогематологічних хворих на основі запропонованого опитувальника (методом інтерв'ю) показало більш часту присутність у порівнянні зі здоровими особами травмованої прив'язаності, депресивних, параноїдних, obsесивно-компульсивних і шизоїдних рис особистості.

Для діагностики внутрішньоособистісного конфлікту на основі запропонованого опитувальника використовується методологічні підходи Л. М. Собчик та В. В. Рибалка [5; 6].

На основі підходу Л. М. Собчик внутрішньоособистісний конфлікт визначається як неможливість адаптації через одночасну активізацію двох або більше особистісних рис, спрямованих на пристосування до ситуації за допомогою змін як на психологічному, так і на соціальному рівнях. До особистісних рис спрямованих на психологічну адаптацію відносять obsесивно-компульсивні, депресивні, театральні. Адаптацію шляхом змін на соціальному рівні забезпечують агресивні (імпульсивність), параноїдні та шизоїдні особистісні риси. В таблиці 2 наведений співставлення шкал опитувальника з метою діагностики внутрішньоособистісних конфліктів в методології Л.М. Собчик. Чорним кольором затемнені конфліктні поєднання, які за нашими даними асоційовані з психічною дезадаптацією (згідно А-фактору ММРІ) та відіграють негативний вплив на перебіг лікування.

Таблиця 2

Конфліктне поєднання особистісних рис за Л. М. Собчик

Особистісні риси спрямовані на психологічну адаптацію	Особистісні риси спрямовані на соціальну адаптацію		
	Агресивні риси	Параноїдні риси	Шизоїдні (сензитивні та експансивні) риси
Obsесивно-компульсивні риси			

Депресивні риси			
Театральні риси			

На основі ідей В.В. Рибалка можна визначити внутрішньоособистісний конфлікт як одночасну присутність в структурі особистості невідповідних за своєю психологічною енергетикою біологічно зумовлених (психофізіологічних) та соціально - визначених рис особистості. Здійснений нами аналіз наукової літератури показав, що для онкогематологічних хворих є типовими нарцистичні, театральні та параноїдні особистісні риси. Їх реалізація в житті пацієнта позитивно відображається на перебігу захворювання (мінімізація захворювання, здатність отримувати соціальну підтримку, експресія емоцій гніву). Ці дані свідчать про їх біологічну зумовленість у цієї категорії хворих. Для виявлення внутрішньоособистісного конфлікту на основі даних тесту ми вважали біологічно зумовленими також агресивні риси та загострену через надмірну опіку прив'язаність. Оскільки останні риси тісно пов'язані з нарцистичними, театральними та параноїдними рисами.

Аналіз літератури показує, що такі особистісні риси як шизоїдні, антиемоційні, obsесивно-компульсивні та депресивні виражені у онкогематологічних хворих більш рідко, що дає підстави вважати їх соціально набутими. До соціально набутих ми відносимо також травмовану прив'язаність, оскільки загострення потреби в прив'язаності є результатом дії певних зовнішніх по відношенню до суб'єкта обставин.

Запропонована класифікація особистісних рис з метою діагностики внутрішньоособистісного конфлікту у онкологічних хворих є класифікацією не лише за ознакою вроджені / соціально визначені, а і класифікацією за принципом активні / пасивні, тобто протилежними за своїми енергетичними особливостями. В Таблиці 3 представлений спосіб діагностики внутрішньоособистісного конфлікту в методології В. В. Рибалка. Сірим кольором позначені клітинки конфліктного поєднання особистісних рис, які асоційовані з психологічною дезадаптацією та негативно впливають на перебіг медичного лікування.

Таблиця 3

Конфліктне поєднання особистісних рис в методології В. В. Рибалка

Соціально набуті (пасивні) особистісні риси	Вроджені (активні) особистісні риси				
	Агресивні	Параноїдні	Театральні	Нарцистичні (високі значення)	Загострена через надмірну опіку прив'язаність
Obsесивно компульсивні					

Депресивні					
Шизоїдні (сензитивні та експансивні)					
Антиемоційні					
Травматично загострена прив'язаність					

Як видно з таблиць 2 та 3, запропонована методика дозволяє здійснювати діагностику внутрішньоособистісних конфліктів, які негативно впливають на перебіг захворювання у онкогематологічних хворих. На основній вибірці з 62 хворих на онкогематологічну патологію встановлено, що:

1. Поєднання шизоїдних та параноїдних рис асоційоване з низькою швидкістю відновлення кровотворення після наддозової хіміотерапії ($r = -0,424$; $p = 0,024$);

2. Одночасна присутність травмованої прив'язаності та театральних рис асоційована з низькою ефективністю стимуляції кровотворних клітин для аутологічної трансплантації кісткового мозку ($r = -0,375$; $p = 0,02$);

3. Одночасна присутність параноїдних рис та однієї або декількох з перелічених далі особистісних рис: депресивної, шизоїдної, антиемоційної, загостреної через травму прив'язаності пов'язана з високим ступенем психологічної дезадаптації ($r = 0,334$, $p = 0,021$);

4. Одночасна присутність театральних рис та одної або декількох з перелічених далі особистісних рис: депресивної, шизоїдної, obsесивно компульсивної, загостреної через травму прив'язаності пов'язані з високим рівнем психологічної дезадаптації ($r = 0,315$, $p = 0,032$) та важкістю проходження пацієнтом посттрансплантаційного періоду, про що свідчить призначення наркотичних засобів ($r = 0,303$; $p = 0,044$);

5. Одночасна присутність загостреної через травму прив'язаності та однієї або декількох з перелічених рис особистості: агресивної, параноїдної, театральної асоційована з низькою ефективністю стимуляції кровотворних клітин для аутологічної трансплантації кісткового мозку ($r = -0,359$; $p = 0,010$).

Перспективи використання результатів дослідження. Запропонована методика може бути для використана в подальших дослідженнях внутрішньоособистісного конфлікту як серед онкогематологічних хворих, так і – пацієнтів з іншими онкологічними захворюваннями.

Список використаних джерел

1. Балицкий К. П. Стресс и метастазирование злокачественных опухолей / К. П. Балицкий, Ю. П. Шмалько. - К. : Наукова думка, 1987. - 246 с.



2. Клайн П. Справочное руководство по конструированию тестов / Пол Клайн; пер. с англ. Е. П. Савченко; под. Ред. Л. Ф. Бурлачука. – К. : ПАН Лтд, 1994. – 283 с.

3. Мустафин Д. В., Пуликян Л. С. О целесообразности и методах повышения уровня комплаентности у больных с онкопатологией / Д. В. Мустафин, Л. С. Пуликян // Материалы I международной (VIII итоговой) научно-практической конференции молодых ученых. — Челябинск: Изд-во «Челябинская государственная медицинская академия», 2010. С. 159 – 160.

4. 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.

5. Рибалка, В. В. Особистісно центроване консультування клієнтів із патогенною психодинамічною неконтруентністю: Методичний посібник. / В. В. Рибалка // К.: КМПУ імені Б. Д. Грінченка, 2005. - 54с.

6. Собчик, Л. Н. СМІЛ. Стандартизированный многофакторный метод исследования личности / Л. Н. Собчик // СПб.: Речь, 2007. – 224 с.

References transliterated

1. Balickij K. P. Stress i metastazirovanie zlokachestvennyh opuholej / K. P. Balickij, Ju. P. Shmal'ko. - K. : Naukova dumka, 1987. - 246 s.

2. Klajn P. Spravochnoe rukovodstvo po konstruirovaniyu testov / Pol Klajn; per. s angl. E. P. Savchenko; pod. Red. L. F. Burlachuka. – K. : PAN Ltd, 1994. – 283 s.

3. Mustafin D. V., Pulikjan L. S. O celesoobraznosti i metodah povysheniya urovnja komplaentnosti u bol'nyh s onkopatologiej / D. V. Mustafin, L. S. Pulikjan // Materialy I mezhdunarodnoj (VIII itogovoj) nauchno-prakticheskoy konferencii molodyh uchenyh. — Cheljabinsk: Izd-vo «Cheljabinskaja gosudarstvennaja medicinskaja akademija», 2010. S. 159 – 160.

4. Ovcharova R. V. Psihologicheskij status onkologicheskikh bol'nyh i problemy ih reabilitacii / R. V. Ovcharova, A. N. Velikolug // Palliativnaja medicina i reabilitacija. - 1997. - № 1. - S. 26-30.

5. Rybalka, V. V. Osobystisno centrovane konsul'tuvannja klijentiv iz patogennoju psyhodynamichnoju nekontruentnistju: Metodychnyj posibnyk. / V. V. Rybalka // K.: KMPU imeni B. D. Grinchenka, 2005. - 54s.

6. Sobchik, L. N. SMIL. Standartizirovannyj mnogofaktornyj metod issledovanija lichnosti / L. N. Sobchik // SPb.: Rech', 2007. – 224 s.

Ця робота ліцензується відповідно до [Creative Commons Attribution 4.0](https://creativecommons.org/licenses/by/4.0/)

[International License](https://creativecommons.org/licenses/by/4.0/).

Авторське право (с) 2017 Pleskach Bogdan Vadymovych Плескач Богдан

Вадимович



Отримано: 17.10.2017

Відрецензовано: 26.10.2017

Опубліковано: 8.11.2017