

Психосоматична характеристика реалізації механізмів психологічного захисту у жінок фертильного віку

Вл.В. Подольський, В.В. Подольський

ДУ «Інститут педіатрії, акушерства і гінекології Національної Академії медичних наук України», м. Київ

У статті представлена характеристика основних механізмів психологічного захисту та можливості імплементації діагностики реалізації цих механізмів у практику акушера-гінеколога.

Ураховуючи наявність дистресу у багатьох українських жінок та відсутність регулярного контакту з лікарем, все більш актуальною є проблема стосунків лікаря та пацієнтки. На час свого візиту до лікаря, а найчастіше – ще до такого візиту, у пацієнтки, що стикається з виникненням акушерсько-гінекологічних захворювань або із загостренням хронічних станів, запускаються механізми психологічного захисту, які направлені на зниження рівня загального стресу та раціональне використання внутрішніх резервів організму. Перший контракт пацієнтки з лікарем значною мірою ускладнений реалізацією захисних механізмів психіки, це подовжує час, який лікар має витратити на спілкування з пацієнткою і моральні та інтелектуальні зусилля, направлені на збір анамнезу, встановлення діагнозу та призначення лікування.

Ключові слова: жінки фертильного віку, механізми психологічного захисту, психосоматика.

Стан репродуктивного здоров'я жінок фертильного віку є показником соціально-економічного розвитку країни [1]. Відомо, що стан психічного здоров'я є важливою, невід'ємною складовою поняття стану репродуктивного здоров'я [3]. Відтак розуміння акушерами-гінекологами психосоматичної характеристики реалізації механізмів психологічного захисту у жінок фертильного віку може бути важливим не тільки під час спілкування лікаря з пацієнткою, але і важливою складовою призначення лікувально-профілактичних заходів, спрямованих на корекцію змін репродуктивного здоров'я.

У сучасних умовах в нашій країні суспільно-економічні та суспільно-політичні процеси призводять до різкого зниження рівня життя, що у свою чергу призводить до необхідності збільшення кількості годин, що витрачаються на працю. Роль жінки в українському суспільстві значно підвищилася за роки незалежності України, а останнім часом жінки за продуктивністю праці є ефективнішими за чоловіків. Така ситуація спонукає до реалізації кумулятивних механізмів формування стресорних реакцій та маніфестації хронічного стресу. На тлі стресу можуть виникати різні зміни у стані здоров'я жінки і репродуктивного зокрема. Так чи інакше кожна жінка за життя хоча б один раз відвідує акушера-гінеколога, і, на жаль, кількість жінок, що відвідують лікаря нерегулярно, збільшується з кожним днем, а відтак і зміни у стані жіночого здоров'я можуть бути неконтрольованими.

При цьому важливо зазначити, що людина, яка приходить на черговий огляд до лікаря, значно глибше переживає новину про погіршення стану свого здоров'я. Беручи до уваги, що стан тривожності стає базовим ще до візиту до лікаря, надходження нової негативної інформації призводить до запуску механізмів психічного захисту для зниження загально-го рівня стресу.

Відомо дев'ять основних механізмів психічних захисних реакцій: регресія, витіснення, формування реакції, ізоляція, знищення, проєкція, інтроекція, «боротьба Я з самим собою», звернення (перетворення) та сублімація або зміщення інстинктивних цілей, яку у своїй книзі Анна Фрейд, донька відомого психоаналітика Зігмунда Фрейда, виділяє як додатковий механізм захисту [5].

Кожен з цих механізмів є частиною стосунків лікар-пацієнт. Україн важливим є те, що переживання через наявність загальнодоступної інформації про економічні та соціальні ризики, що виникають кожного дня, мають свій вплив як на психіку пацієнта, так і на психіку лікаря. Це призводить до підвищеного базового рівня стресу в обох сторін діалогу – у лікаря та у пацієнта.

Розглянемо *регресію* як механізм психічного захисту. Регресія є переходом від теперішнього стану психіки, у якому панують хвилювання, що їх людина не може подолати, до більш раннього та стабільного стану, у якому панують приємні спогади та психологічний комфорт. Психологічний вік, до якого переходить людина під час надмірних хвилювань, залежить, по-перше, від сили переживання і від того, наскільки глибоко людину вразила інформація, що надійшла від лікаря, і, по-друге, від того, в які періоди свого життя людина відчувала спокій та невразливість. На практиці регресія найчастіше проявляє себе у формі плачу або крику – найбільш давньої схеми поведінки, що дозволяла людині отримати бажане – у даному випадку повернути здоров'я [4].

Важливим моментом є те, що пацієнти можуть приходити до лікаря, вже знаходячись у стані регресії, що спричинена іншим травматичним для психіки епізодом – втратою близької людини, економічними чи іншими негараздами. Стан регресії у таких пацієнтів може проявлятися пошуком уваги до себе та великою кількістю візитів до лікарів (як суб'єктів, що можуть приділити увагу) через присутність явних чи психосоматичних симптомів. Певний симптомокомплекс або – у тяжких випадках – наявність хронічних захворювань може бути як причиною, так і наслідком регресивного стану. Адже поява реальних негативних змін у самопочутті приводить до зменшення психологічного напруження у пацієнта. Яскравим прикладом психосоматичного захворювання є іпохондрія – стан, характерний для депресивних та невротичних розладів.

Наступним механізмом психологічного захисту є *витіснення*. Як видно із назви цього механізму, інформація, що спричиняє значні негативні переживання у пацієнта, витісняється поза його увагу, що проявляється «забуванням» або не бажанням обговорювати проблеми, які виникли через порушення репродуктивного здоров'я [6]. Цей механізм психологічного захисту є більш небезпечним щодо прогнозу та ефективності лікування, адже такі пацієнтки пропускають візити до лікаря, переривають лікування або приймають його не повністю. Наявність у пацієнта витіснення як захисного механізму психіки можна виявити у випадку, коли пацієнт відвідує одного і того самого лікаря. При цьому виражена

емоційна реакція на одному візиті змінюється байдужим та відстороненим настроєм. Такі пацієнтки досить часто змінюють спеціаліста, що також приносить їм відчуття полегшення, адже їх перестають турбувати спогади про епізоди отримання інформації, з якою психіка не в змозі впоратися.

Дуже цікавим механізмом психологічного захисту є *формування реакції*. Цей механізм полягає у поведінкових реакціях, що прямо протилежні внутрішнім бажанням та прагненням [9]. Так, серед жінок репродуктивного віку у Європейських країнах та Сполучених Штатах Америки значної популярності набувають течії «Child free» – прагнення до самореалізації, кар'єрного росту та повна відмова від планів завагітніти. Ураховуючи вікові культурні та суспільні традиції нашої країни, оточення української жінки (родичі, друзі, знайомі), як правило, пропагує виконання репродуктивної функції та створення сім'ї. Отже, психіка жінки, яка має прагнення до кар'єрної самореалізації та відмови від настання вагітності, не витримує навантаження, що зростає через отримання конфліктних тверджень (тобто тверджень, що докорінно відрізняються від її внутрішньої позиції) від все більшої кількості людей з її оточення. Унаслідок цього і може запускатися механізм формування реакції. Такі жінки досить часто відвідують інтернет-форуми, активно та негативно реагуючи на заклики до жіночої самореалізації. Вони також можуть відвідувати акушера-гінеколога частіше, ніж потрібно, мотивуючи це необхідністю підготовки свого організму до безпечного материнства. Важливо зазначити, що на реалізацію механізму формування реакції витрачається значна частина добової психічної активності. Це, у свою чергу, означає, що будь-які моральні потрясіння або сприйняття негативної інформації можуть призводити до вираженої, а іноді – навіть істероїдної реакції.

Ізоляція або примітивна ізоляція також є механізмом психологічного захисту та відрізняється від витіснення тим, що людина бажає повністю піти від взаємодії з реальністю [10]. Цей механізм психічного захисту є більш глибоким та давнім і відповідно вмикається при значному об'ємі або силі негативної інформації. Механізм примітивної ізоляції може стати причиною будь-якої із залежностей – алкогольної, наркотичної, залежності від тютюну та найбільш поширеної нині комп'ютерної залежності (слід відзначити, що цей термін включає широкий перелік застосувань як стаціонарної, так і переносної електроніки – ігрова залежність, залежність від соціальних мереж та форумів, інтернет-шопінг). Такі пацієнтки або отримують значне пошкодження стану свого загального та репродуктивного здоров'я та мають набагато більший ризик реалізації побічної дії препаратів, або можуть проявляти асоціальну поведінку, результатом якої може стати непланована вагітність, наявність інфекцій, що передаються статевим шляхом, туберкульозу та ін. В акушера-гінеколога, як правило, не виникає значних проблем у виявленні пацієнок, у яких реалізувався механізм примітивної ізоляції. Слід лише зазначити, що, враховуючи давність формування цього механізму захисту, надання таким пацієнткам нової негативної інформації про стан їхнього здоров'я, перспективи лікування або іншої може призвести до настільки вираженої негативної реакції, що під загрозою може опинитися сам лікар та присутні під час такого діалогу.

Цікавим механізмом захисту психіки є *знищення*, або *анігіляція*, – у випадку настання неприємної події, вину за яку пацієнтка перекладає на себе, психологічний тиск, що вона відчуває від себе та свого оточення, стає нестерпним, у результаті чого і запускається цей механізм. Суть його полягає у заміщенні справи чи події виною, яку відчуває пацієнтка, на протилежну [7]. У практиці акушера-гінеколога це пацієнтки, що перенесли артіфіційний аборт через складні со-

ціально-економічні умови життя, та сприймають факт цієї процедури як особисту провину. Як правило, таких пацієнок найбільше непокоять шанси на настання наступної вагітності, і основне запитання, з яким вони звертаються до лікаря, стає «Чи зможу я знову мати дітей?». Отже, думки щодо планування наступної вагітності є результатом реалізації захисного механізму психіки. Також цікавим прикладом є пацієнтки із невиношуванням вагітності – досить часто партнери таких жінок, не маючи медичної освіти, звинувачують їх у неможливості мати дітей. Подібний психологічний тиск може зростати як від частоти розмов жінки із партнером, так і від розмов із оточуючими її людьми, що підтримують думку партнера пацієнтки. Реалізацією захисного механізму жінки у цьому випадку може стати нескінченний пошук спеціаліста, що допоможе, або часте звернення до лабораторій та здача різних видів аналізів. За схожою схемою може реалізуватися механізм анігіляції у жінок, що тривалий час страждають на безплідність.

Важливим для розуміння стану хворої є такий захисний механізм психіки, як *проекція*. Його діагностують, мабуть, найчастіше, адже реалізується він мимоволі як у здорових людей, так і у пацієнтів з невротами, депресією та невротоподібними станами [8]. Цей захисний механізм психіки виникає через уявлення (проекцію) справжності внутрішнього діалогу. Тобто пацієнтка, знаходячись у стані надмірного хвилювання, плануючи візит до лікаря «про себе», тобто внутрішньо, моделює свій діалог з фахівцем – при цьому уявляючи імовірні відповіді лікаря на свої запитання, вважаючи їх такими, що відбулися насправді, та відповідно емоційно реагуючи на них, висуваючи лікарю звинувачення у наданні небажаної або негативної інформації, яку сам спеціаліст ніколи у дійсності пацієнтці не надавав. Також важливим проявом реалізації проекції як захисного механізму психіки є внутрішня інтерпретація виразу обличчя, пози, інтонації та значення фраз акушера-гінеколога. Обсяг контактів таких пацієнтів з реальним світом залежать від лабільності психіки та відповідно від того, як сильно та глибоко людина переживає отриману негативну інформацію. Важливо пам'ятати і про те, що ніякі спроби пояснити пацієнтці нереальність наявності негативного діалогу між нею та спеціалістом не досягають мети. Можливим виходом із ситуації може бути дозвіл пацієнтки на присутність емоційно стабільних родичів під час діалогу. Хоча і це не завжди є вирішенням проблеми у випадку виражених психологічних змін. Своєчасне виявлення реалізації проекції у пацієнтки є вкрай важливим для контролю правильності виконання нею лікарських призначень.

Іншим захисним механізмом психіки пацієнтки може бути *інтродекція* – один з ключових механізмів щодо пояснення природи психосоматичних захворювань в акушерстві та гінекології. Цей механізм полягає у сприйнятті людиною зовнішніх процесів (фраз, настанов, фактів та ін.) як таких, що виникають із неї самої (тобто процеси, що реалізуються у зовнішньому світі, виникають із світу внутрішнього) [11]. Дуже яскравим прикладом є актор, що вживається у роль хворої людини і через деякий час після закінчення спектаклю звертається до лікаря з реальними скаргами, що ідентичні уявному захворюванню. Клінічно наслідки інтродекції можуть проявлятися у пацієнок досить різноманітно – наприклад, у пубертатний період, коли молода дівчина чує розповіді від близьких або подруг про неймовірну болочість менструацій і на час настання першої менструації прислухається до своїх відчуттів і дуже виразно реагує на будь-які з них та інтерпретує їх як больові. Подібна ситуація спостерігається у жінок, що читають у літературі про овуляторний біль та інтерпретують будь-які відчуття внизу живота відповідним чином. При цьому акушера-гінекологу необхідно максимально повно

розпитати пацієнтку про час виникнення болювих відчуттів та намагатися з'ясувати, чи змінюється характер болю відповідно до різкої зміни фокусу уваги (наприклад, у пацієнтки у житті трапилась якась шокуюча або яскрава подія – яким чином змінилися відчуття). Так з'являється можливість віддиференціювати психосоматичну природу болю від органічної (ендометріоз, запальний процес, порушення секреції статевих гормонів та ін.).

«Боротьба Я з самим собою» – це захисний механізм психіки, який характеризується боротьбою основних складових «Я» між собою, а також на «зовнішньому» та «внутрішньому» рівнях, тобто між діями та переживаннями через їхню невідповідність [13]. Цей вид захисного механізму реалізується у пацієнток з будь-яким акушерсько-гінекологічним хронічним захворюванням. Так, наприклад, жінки, що страждають на безплідність трубно-перитонеального генезу, не бажають звернутися до допоміжних репродуктивних технологій через страх виникнення спадкових захворювань у плода. Тобто жінка має мотивацію до материнства та знає порядок дій, що вона має виконати для досягнення мети, але не виконує їх. У пацієнток пізнього репродуктивного віку, що тривалий час страждають на аденоміоз, також може запускатися подібний захисний механізм через небажання проходити оперативне лікування. Отже, реалізація цього захисного механізму психіки не дає можливості трапитися події, що за своїм психологічним навантаженням буде перевищувати можливості психіки пацієнтки.

Звернення або реактивне формування – це механізм психологічного захисту, який характеризується зміною позитивного або негативного відчуття на протилежне. Цікавим є те, що у випадку, коли різко позитивне або різко негативне відчуття (як прояв амбівалентності – тобто різнополюсного відношення до одного і того самого предмета, явища або людини) осуджується оточенням людини – це досить часто і стає причиною реалізації даного механізму психологічного захисту [12]. Так, наприклад, у ході постабортного консультування пацієнтка дуже активно наполягає на відсутності необхідності контрацепції через бажання якнайшвидшого настання наступної вагітності. У даному випадку можна припускати, що рішення про переривання вагітності було прийнято жінкою свідомо та всупереч порадам її оточення – при цьому можлива реалізація одразу декількох захисних механізмів психіки, серед яких важливим є проекція. Тобто внутрішній діалог пацієнтки є причиною очікування осу-

дження її дій з боку лікаря, після чого вмикається захисний механізм реактивного формування, який і стає причиною відмови від постабортного консультування, що значно підвищує ризик появи ускладнень та непланованої вагітності. Під час бесіди лікаря з такою пацієнткою реалізацію механізму реактивного формування лікар може помітити саме за «гіпертрофованим» або занадто активним бажанням до настання наступної вагітності.

Такий механізм психологічного захисту, як *сублімація*, досить часто можна спостерігати у пацієнток з безплідністю. Цей механізм реалізується через перенаправлення зусиль та внутрішніх прагнень пацієнтки з тих, що спричинили внутрішнім покликом на суспільно корисні. Тобто у жінок, що тривалий час лікуються від безплідності, прагнення мати дітей змінюється на прагнення до самореалізації (творчість, кар'єрний ріст та інше) [5]. Основною особливістю спілкування з такими пацієнтками є «крайнощі» у рішеннях, що їх приймають жінки. Добре відомим є те, що рішення про лікування приймається особисто пацієнткою. У тому випадку, коли пацієнтка, яка страждає на безплідність, приходить на регулярний огляд до акушера-гінеколога і він, діагностуючи її стан здоров'я, виявляє причину безплідності та пропонує лікування, лікар може почути абсолютно, на перший погляд, немотивовану відмову від лікування та вирішення проблеми, що тривалий час непокоїть пацієнтку. Підґрунтям мотивації до прийняття такого рішення пацієнткою є саме реалізація сублімації.

Важливо зазначити, що уніфікованої класифікації та чіткого визначення видів механізмів психологічного захисту не існує. Тому ми користувалися класифікацією Зігмунда Фрейда [10] у модифікації його дочки Анни [5], яку і рекомендуємо використовувати у своїй діяльності акушерам-гінекологам. У випадку настання події або отримання інформації, що перевищує поріг контрольованої реакції психіки, у пацієнток може бути реалізовано декілька захисних механізмів.

ВИСНОВКИ

Отже, правильне визначення шляху реалізації захисних механізмів психіки дозволяє підвищити ефективність лікування акушерсько-гінекологічних захворювань шляхом підвищення мотивації пацієнтки до отримання лікування, оптимізувати процес спілкування з пацієнткою, знизити рівень загального стресу та стресу, пов'язаного зі зміною стану здоров'я.

Психосоматическая характеристика реализации механизмов психологической защиты у женщин фертильного возраста

Вл.В. Подольский, В.В. Подольский

В статье представлена характеристика основных механизмов психологической защиты и возможности имплементации диагностики реализации этих механизмов в практику акушера-гинеколога.

Учитывая наличие дистресса у многих украинских женщин и отсутствие регулярного контакта с врачом, все более актуальной становится проблема отношений врача и пациентки. На время своего визита к врачу, а зачастую – еще до такого визита, у пациентки, которая сталкивается с возникновением акушерско-гинекологических заболеваний или обострением хронических состояний, запускаются механизмы психологической защиты, направленные на снижение уровня общего стресса и рациональное использование внутренних резервов организма. Первый контракт пациентки с врачом в значительной степени затруднен реализацией защитных механизмов психики. Это увеличивает время, которое врач должен потратить на общение с пациенткой и моральные и интеллектуальные усилия, направленные на сбор анамнеза, установление диагноза и назначение лечения.

Ключевые слова: женщины фертильного возраста, механизмы психологической защиты, психосоматика.

Psychosomatic characteristic of realization of mechanisms of psychological defence in women of fertile age

Vi. V. Podolsky, V. V. Podolsky

The article describes the characteristics of the basic mechanisms of psychological defence and the possibility of implementation of the diagnosis of the implementation of these mechanisms in the practice of a doctor obstetrician-gynecologist.

Given the presence of distress in many Ukrainian women and the lack of regular contact with a physician, the problem of the relationship between a doctor and a patient is becoming more and more relevant. At the time of the visit to the doctor, and most often before such a visit - a patient who is in contact with the onset of obstetric and gynecological diseases or with the aggravation of chronic conditions, mechanisms of psychological protection, aimed at reducing the level of general stress and rational use of internal reserves of the body, are triggered. The first patient contract with a physician is substantially complicated by the implementation of protective mechanisms of the psyche, which extends the time a physician has to spend on communicating with the patient, and moral and intellectual efforts aimed at collecting the history, diagnosis and appointment of treatment.

Key words: women of fertile age, mechanisms of psychological defence, psychosomatics.

Сведения об авторах

Подольский Владимир Васильевич – Отделение «Проблемы здоровья женщины фертильного возраста» ГУ «Институт педиатрии, акушерства и гинекологии Национальной академии медицинских наук Украины», 04050, г. Киев, ул. П. Майбороды, 8, лаб. корпус; тел.: (044) 484-40-64. E-mail: podolskyivv@gmail.com

Подольский Василий Васильевич – Отделение «Проблемы здоровья женщины фертильного возраста» ГУ «Институт педиатрии, акушерства и гинекологии Национальной академии медицинских наук Украины», 04050, г. Киев, ул. П. Майбороды, 8, лаб. корпус; тел.: (044) 484-40-64. E-mail: podolskyivv@gmail.com

СПИСОК ЛІТЕРАТУРИ

1. Подольський Вл.В., Подольський В.В. Сучасні підходи до профілактики та лікування змін репродуктивного здоров'я у жінок з соматоформними захворюваннями та порушенням вегетативного гомеостазу // Здоров'я жінки. – 2016. – № 10 (116). – С. 98–101.
2. Подольський Вл.В. Психоемоційний стан жінок фертильного віку з порушеннями вегетативного гомеостазу що перенесли артіфіційний аборт // Репродуктивна ендокринологія. – Березень 2016. – № 1 (27). – С. 84–87.
3. Подольський Вл.В. Психосоматическа характеристика состояния здоровья женщин фертильного возраста с бесплодием, сопровождающимся нарушениями вегетативного гомеостаза // Репродуктивное здоровье. Восточная Европа, – 2016. – Т. 6, № 2. – С. 178–185.
4. Журбин В.И. (1990). Понятие психологической защиты в концепциях З. Фрейда и К. Роджерса. Вопросы психологии, 4, 14–22.
5. Фрейд Анна. Психология Я и защитные механизмы – Das Ich und die Abwehrmechanismen. – Москва: Педагогика-Пресс, 1993. – 68 с. – ISBN 3-596-42001-6.
6. Мак-Вильямс Нэнси. Защитные механизмы // Психоаналитическая диагностика: Понимание структуры личности в клиническом процессе = Psychoanalytic diagnosis: Understanding personality structure in the clinical process. – Москва: Класс, 1998. – 480 с. – ISBN 5-86375-098-7.
7. Одинцова М.А. Механизмы психологической защиты подростков с установкой «жертва» // Вестник практической психологии образования. – 2008. – № 3. – С. 67–70.
8. Одинцова М.А., Поваренков Ю.П. Психологическое сопровождение подростков с установкой жертвы (на примере подростков Чернобыльской зоны). – Минск: Изд-во «Веды», 2009. – 340 с.
9. James C. Coleman, C. Robert, James Neal Butcher. Abnormal Psychology in Modern Life. – 8-е издание. – Нью-Йорк: HarperCollins Publishers, 1988. – ISBN нет, ASIN: B0025UVCZ0.
10. Фрейд Зигмунд. The neuro-psychoses of defence // The standard edition of the complete psychological works of Sigmund Freud – Die Abwehr-Neuropsychosen (1894). – Лондон: Hogarth press and the Institute of Psychoanalysis, 1962. – Т. III.
11. Кочюнас Римантас. Основы психологического консультирования. – Москва: Академический проект, 1999. – 240 с. – (Библиотека психологии, психоанализа, психотерапии). – ISBN 5-8291-0002-9.
12. Никольская И.М., Грановская Р.М. Психологическая защита у детей. – Москва: Речь, 2006. – 342 с. – ISBN 5-9268-0457-4.
13. Котенева А.В. Психологическая защита личности. – М.: МГПУ, 2013. – 562 с. – ISBN 978-5-91615-037-7.

Статья поступила в редакцию 12.03.2018