

# ВПЛИВ СМЕРТІ ХВОРИХ НА ФОРМУВАННЯ МЕХАНІЗМІВ ПСИХОЛОГІЧНОГО ЗАХИСТУ В ЛІКАРІВ

*О.В. Панчак, І.Л. Козова, М.М. Рожко*

*Івано-Франківський національний медичний університет*

**Метою** роботи було дослідження механізмів психологічного захисту в медичних працівників після смерті хворих у своїй професійній діяльності.

**Матеріали та методи.** У нашій роботі ми використовували методику «Індекс життєвого стилю» Плутчека – Келлермана – Конте (Life Style Index), спрямовану на діагностику механізмів психологічного захисту. Автор зв'язує утворення механізмів психологічного захисту з відповідними емоціями і вирішенням універсальних проблем адаптації. Виділяє 8 захисних механізмів: витіснення, заперечення, регресію, заміщення, проєкцію, компенсацію, гіперкомпенсацію та раціоналізацію. Ми визначили характер використання лікарями різних напрямів роботи механізмів психологічного захисту. Участь у дослідженні взяли лікарі різних спеціальностей. Вони були розподілені на групу, яка часто стикається зі смертю хворих, та другу групу, яка не має такого досвіду.

**Результати.** Аналізуючи отримані дані, ми бачимо, що для групи А характерним є використання заміщення (30,43%) та раціоналізації (26,09%), які справляють сприятливий вплив на діяльність лікаря за рахунок їх більшого усвідомлення, дієвості та контрольованості. У групі В домінуючими були витіснення (25,92%), заміщення (18,52%) та гіперкомпенсація (14,81%). Менш адаптивними є механізми витіснення та заміщення, які гірше піддаються контролю або обираються як зручніші для особистості. Витіснення та гіперкомпенсація притаманні в основному для жінок, а заміщення та раціоналізація — для чоловіків в обох групах досліджуваних. За зрілістю механізмів психологічного захисту обстежувані групи А в більшості випадків використовують зрілі, а обстежувані групи В комбіновані як зрілі, так і незрілі механізми. Низький рівень проєкції свідчить про ефективність захисних механізмів та про моральну і психічну стійкість особистості обстежуваних медичних працівників.

**Висновки.** Надійний психологічний механізм захисту дозволяє людині підтримувати стан динамічної рівноваги, гомеостаз, а також допомагає адаптуватися до складних, непередбачуваних ситуацій. На рівні теоретичної операціоналізації досліджуваних психологічних захистів спостерігається тенденція до виявлення їх функціональних особливостей у професійній діяльності особистості. Тому їх завданням є зниження емоційної напруги, витіснення травматичного досвіду, що є важливим моментом у подоланні деструкції особистості лікаря.

**Ключові слова:** психологічний захист, витіснення, заміщення, заперечення, ідентифікація, ізоляція, проєкція, раціоналізація, регресія, сублимація, компенсація, гіперкомпенсація.



УДК: 616-036.8+616-056.3+614.253.1

DOI: 10.31793/2709-7404.2021.2-4.50

© О.В. Панчак, І.Л. Козова, М.М. Рожко

# Influence of death of the patient on the formation of mechanisms of psychological protection in doctors

O.V. Panchak, I.L. Kozova, M.M. Rozhko

*Ivano-Frankivsk National Medical University, Ivano-Frankivsk*

**Abstract.** The aim of this paper was to study the psychological defence mechanisms in healthcare practitioners after the death of patients in their professional engagement.

**Materials and methods.** In our work, we have employed the 'Life Style Index' test (Plutchek, Kellerman, Conte, 1979) aimed at diagnosing psychological defence mechanisms. The author has traced the formation of psychological defence mechanisms to the corresponding emotions and to the solution of universal problems of adaptation. He has suggested eight defence mechanisms: repression, denial, regression, displacement, projection, compensation, overcompensation and rationalization. We have identified the usage pattern of psychological defence mechanisms by healthcare professionals in different focus areas. The study involved doctors of various specialties. They were divided into a group that often encounters the death of patients and a second group that has no such experience.

**Results.** By analyzing the data, we observe that for group A, displacement (30.43%) and rationalization (26.09%) are common and have a beneficial effect on the healthcare professional's work by being more cognizant, flexible and controllable. In group B, repression (25.92%), displacement (18.52%) and overcompensation (14.81%) were preponderant. Less adaptive are the mechanisms of repression and displacement, which may lend themselves inferior to control or are chosen as more appropriate for the individual. Repression and overcompensation are primarily inherent in women, while displacement and rationalization are inherent in men in both groups of subjects. By maturity of psychological defence mechanisms, study groups A use for the most part mature ones and study groups B employ combined ones (both mature and immature mechanisms). The low level of projection attests to the effectiveness of defence mechanisms, as well as to the moral and mental stability of the health-care workers surveyed.

**Conclusions.** A reliable psychological defense mechanism allows a person to maintain a state of dynamic balance, homeostasis, and also helps to adapt to complex, unpredictable situations. At the level of theoretical operationalization of the studied psychological defenses there is a tendency to identify their functional features in the professional activities of the individual. Therefore, their task is to reduce emotional stress, displace the traumatic experience, which is an important point in overcoming the destruction of the doctor's personality.

**Keywords:** psychological defence, repression, displacement, denial, identification, isolation, projection, rationalization, regression, sublimation, compensation, overcompensation.

Професія лікаря відноситься до однієї з найскладніших професій, адже лікар повинен здобути великий досвід знань у різних галузях медицини, сформувати своє професійне мислення, набути власний досвід роботи з пацієнтами. Без цього йому буде вкрай складно проводити лікування пацієнтів. Не менш складною для медичних працівників є й робота в тих напрямках медицини та відділеннях, де є великий ризик смерті хворого. Вони перебувають у частому та тривалому контакті з хворими, яких мучить страх, сумніви, апатія, зневіра та спілкування з близькими до них людьми, що також перебувають на межі відчаю. Усі ці емоції дуже часто замикаються на лікареві, тому від його деонтологічних навичок залежать не лише настрої і стан здоров'я пацієнтів, а й своє

власне самопочуття та здоров'я. Працювати з такою категорією хворих — це дуже важка праця, і вона, крім професійної майстерності, потребує великої затрати внутрішнього особистісного ресурсу, великого щоденного напруження.

Переживання смерті хворого може бути одним із найскладніших аспектів клінічної медицини для медиків [8, 30].

Лікарі не забувають свій перший досвід смерті хворого, але з часом звикають до смерті як частини свого професійного життя. Досягнення балансу між збереженням співчуття та достатньою відстороненістю, щоб мати можливість виконувати свою роботу, — одна з особистих якостей, які лікар повинен розвивати і підтримувати [9, 26].

Окремі науковці досліджують питання смерті хворих у непередбачуваних та екстрених ситуаціях. Вони проводять аналіз того, як лікарі різних спеціальностей справляються з різними типами смертей у службі швидкої допомоги з метою розуміння того, яким чином вони справляються із цим явищем.

Емоційні наслідки смерті хворих для лікарів вивчалися в різних медичних установах. Є відносно небагато досліджень у цьому питанні, проте виокремлюють такі емоційні реакції лікарів у відділенні невідкладної допомоги: дистрес, почуття провини і горе. В умовах стаціонару спостерігається більш широкий спектр емоційних реакцій, включаючи смуток, безпорадність, горе, розчарування, співчуття, плач, почуття тривоги, роздратованість, пригніченість, розбитість [4, 16].

Краще розуміння того, як студенти-медики реагують на смерть хворого, дає можливість викладачам підібрати найкращі способи підтримки, виходячи з їх індивідуальних відчуттів, особистісної та професійної позиції [6, 13, 22-24, 33].

На заваді професійним труднощам для нашої особистості, для самозбереження та цілісності нашого «Я» у роботу вступає система механізмів психологічного захисту, які не дозволяють складним та шкідливим чинникам здійснювати вплив на емоційний стан лікаря.

Важливу роль механізмів психологічного захисту відмічають автори в дослідженні питань стресу в професійній діяльності лікаря [14, 15], депресії [21], в окремих напрямках медицини, як-от онкології [10], психіатрії [11], у ситуації пандемії COVID-19 [17], у відділеннях невідкладних станів чи інтенсивної терапії [29].

Коли ми говоримо про професійну діяльність лікаря, то дослідження проблеми захисних механізмів має вагоме значення, адже від того, наскільки часто будуть проявлятися неусвідомлені психологічні захисти, це може стимулювати їх перехід у постійний, звичний стан у професійному житті. А це, у свою чергу, може виступити основою зниження ефективності професійної діяльності.

Дуже часто ми стикаємося з тим, що в медичних працівників виникають сильні враження, емоції та почуття, пов'язані з безнадійно хворими і самим фактом їх смерті. Усе, що пов'язано зі смертю хворих, є серйозним психічним навантаженням як для родичів хворого, так і для всього медичного персоналу. Причому характер реагування лікарів дещо різниться: одні медики разом зі своїми хворими вірять, чекають та сподіваються, що все-таки можна допомогти, інші — намагаються відсторонитися, уникнути

страхів, як тільки бачать, що хворий на межі життя. Є також категорія медичних працівників, які перекладають відповідальність на самих хворих, вважаючи, що вони самі винні у своїй смерті. Як приклад, лікарі вважають, що хворий сам не лікувався, що звернувся так пізно, що багато зловживав шкідливими звичками. Є також незначна частина медиків, яких взагалі не хвилює питання страху смерті, вони ніколи не спостерігали і не переймалися цим аспектом у власній професійній діяльності [1].

**Мета роботи.** Дослідити механізми психологічного захисту в медичних працівників після смерті хворих у своїй професійній діяльності.

## Матеріали та методи

У нашому дослідженні взяли участь лікарі, які працюють у різних медичних закладах міста Івано-Франківська. Загалом вибірка налічувала 50 респондентів, досвід роботи яких становить 5-10 років. Нами сформовано дві групи опитаних. До першої групи А ми віднесли 23 лікарів, серед яких 15 чоловіків та 8 жінок, що часто у своїй роботі стикалися зі смертю хворих, — це реаніматологи, онкологи, кардіологи, анестезіологи, хірурги. До другої групи В — 27 лікарів, серед яких 11 чоловіків та 16 жінок, які не мають у своїй професійній діяльності досвіду втрати пацієнтів: офтальмологи, терапевти, гастроентерологи, урологи.

Для опитування було застосовано методику «Індекс життєвого стилю» Плутчека – Келлермана – Конте (Life Style Index), яка спрямована на діагностику механізмів психологічного захисту. Дана методика складається з 92 тверджень, які характеризують поведінку людини, її почуття та реакції в окремих життєвих ситуаціях. Якщо ці твердження стосуються обстежуваних, проявляються, вони позначають відповідні номери питань знаком «+». Респондент повинен обрати те твердження, яке найбільше відповідає його психологічному стану чи поведінці. Сумарна оцінка шкальних оцінок буде свідчити про її виразність та міру напруженості психологічного захисту.

В основі тесту лежить загальна психоеволюційна теорія емоцій Р. Плутчика, де захисні психологічні механізми тлумачаться як такі, що походять від емоцій. Основним завданням їх є блокування однієї з базових емоцій, наприклад, для того, щоб подолати тривогу, несвідомо розвивалося придушення, щоб зменшити відчуття неповноцінності, розвинулась компенсація. Тобто структурна модель психологічного захисту

Р. Плутчика зв'язує утворення механізмів психологічного захисту з відповідними емоціями і вирішенням універсальних проблем адаптації. Він виділяє 8 захисних механізмів відносно шкали примітивності-зрілості, а також залежно від періодів онтогенетичного формування та вказує на їхній зв'язок із когнітивними процесами. Захисні механізми є найважливішим новоутворенням у певні періоди та на певних етапах онтогенезу. У результаті накладання на динамічні особливості психіки людини вони визначають домінуючі риси характеру і значною мірою становлення всієї системи взаємовідносин із навколишнім світом. У конфліктних ситуаціях актуалізуються захисні механізми, і людина вчиться відповідному способу захисної поведінки на інтер- та інтрапсихічному рівнях. Власне, через дію захисту на психіку стає можливим подальший процес пристосування людини до зовнішніх умов середовища [5].

Захисні механізми сформовані у вісім окремих шкал, а їх чисельні значення виводяться з числа ствердних відповідей на запропоновані твердження, розділені на число тверджень у кожній шкалі. Активність кожного психологічного захисту підраховується за формулою:  $n / N \times 100\%$ , де  $n$  — число позитивних відповідей за шкалою цього захисту,  $N$  — число всіх тверджень, які стосуються цієї шкали. Тоді загальна активність усіх захистів підраховується за формулою:  $n / 92 \times 100\%$ , де  $n$  — сума всіх позитивних відповідей за опитувальником.

Окремі автори [2, 5, 16, 18, 29] також описують вісім механізмів психологічного захисту особистості: витіснення, регресія, заміщення, заперечення, проєкція, компенсація, гіперкомпенсація, раціоналізація.

## Результати дослідження

Загальною метою механізмів психологічного захисту є відновлення стану гомеостазу, що буде проявлятися в зменшенні тривоги, почуття провини, страху і також для збереження власної самооцінки. Загалом психологічний захист оберегає людину від можливої чи реальної близької небезпеки, від руйнівних переживань, а також зміцнює її самоповагу. Але дуже часто вони є й тим самообманом, у якому людина живе. Проаналізовано дані використання механізмів психологічного захисту медичними працівниками групи А (рис. 1).

Деякі іншими були результати аналізу використання механізмів психологічного захисту медичними працівниками групи В (рис. 2).

Аналізуючи отримані дані щодо використання механізмів психологічного захисту, ми бачимо, що для респондентів групи А характерним є використання заміщення (30,43%) та раціоналізації (26,09%). У групі В домінуючими були витіснення (25,92%), заміщення (18,52%) та гіперкомпенсація (14,81%).

Використання концепції Р. Плутчика дозволить нам обґрунтувати задіяність тих чи інших механізмів, адже, згідно зі структурною теорією механізмів психологічного захисту автора, кожній із восьми базових емоцій — радість, сум, страх, довіра, очікування, здивування, злість, незадоволення відповідає певний механізм психологічного захисту.

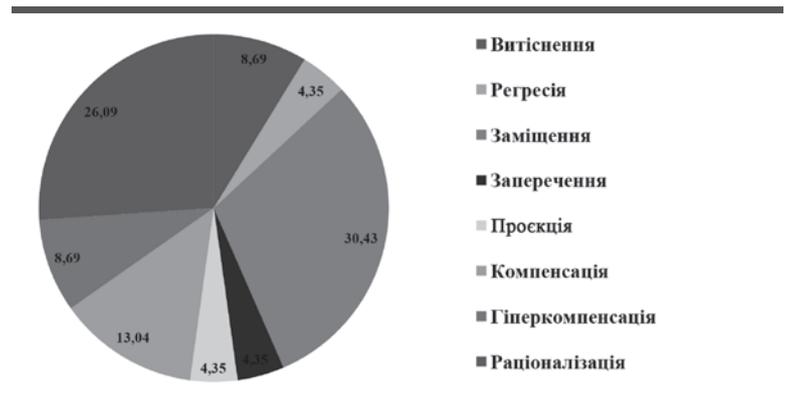
Домінування заміщення (механізм, дія якого проявляється у своєрідному вивільненні

### Рисунок 1

Використання механізмів психологічного захисту медичними працівниками групи А (%)

Figure 1

Use of mechanisms of psychological protection by medical workers of group A (%)

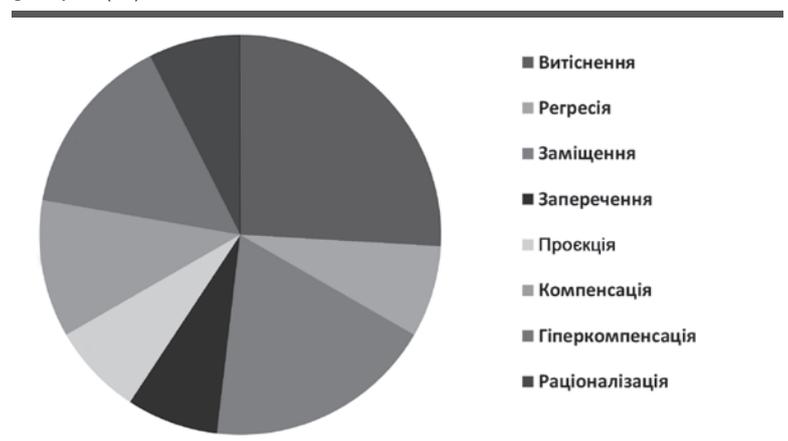


### Рисунок 2

Використання механізмів психологічного захисту медичними працівниками групи В (%)

Figure 2

Use of mechanisms of psychological protection by medical workers of group B (%)



пригнічених емоцій, в основному ворожості і гніву, спрямованих на слабші, більш беззахисні чи більш доступні об'єкти) у групі А було своєрідним способом впоратися з наростаючим почуттям злості, гніву, люті в тих випадках, коли афективно заряджені реакції не можуть бути націлені на сильніший чи більш значущий об'єкт, яким у професійній діяльності медиків виступає смерть. Тому даний механізм захисту, знімаючи напругу, спрямовує гнів на слабший об'єкт або на самого себе. Слабшим об'єктом виступає сам хворий, тому негативна енергія спрямована саме на нього. У цій ситуації в розмові лікарів часто можна було почути: а) неправильна поведінка хворого призвела його до хвороби і смерті; б) хворий запізно звернувся до медичного закладу; в) хворий сам не хотів лікуватися; г) хворий не виконував призначення лікаря. Тому дана категорія медичних працівників у ситуації смерті хворого схильна до реакцій самозахисту.

Так само можна пояснити використання раціоналізації — перекручення реальності псевдорозумним поясненням людиною власних реальних бажань та вчинків, визнати які означало б втратити повагу до самої себе. Даний механізм захисту використовують лікарі, у яких часто наявні емоції передбачення або очікування негативних результатів своїх дій. Раціоналізацію в даному випадку також можна трактувати як захист, що готує особистість до невдач, він знижує суб'єктивну значущість події і, таким чином, знижує травматичність негативних життєвих обставин. Використання даного механізму захисту дозволяє лікарям реагувати на ситуацію спокійніше, виваженіше, даючи оцінку подіям, які до неї призвели, без гніву чи агресії проти себе або інших людей. У розмові лікарів можна почути, що ця ситуація могла завершитись тільки так, що він вчинив так, як вчинив би кожен лікар, що таке вирішення ситуації є для хворого найлегшим варіантом, що він діяв згідно з протоколом лікування.

Для респондентів групи В провідним механізмом психологічного захисту було витіснення, при якому змістовний бік психотравмуючої ситуації не усвідомлюється, а емоційне напруження, яке виникає, сприймається як немотивована тривога. Він в основному виступає як регулятор почуття страху. Маючи справу зі складними випадками у своїй практиці, респонденти групи В намагаються якомога швидше втекти від загрозливих думок про наслідки хвороби, призначаючи хворому якомога більше препаратів, що якнайшвидше повинні допомогти одужати. Хоча можна сказати, що витіснення є наслідком тривоги, коли ірраціональний страх спонукає

забути. При неефективній дії захисту ці почуття можуть перетворитися в афект, у панічні реакції, у страх власної смерті. Використання витіснення для блокування почуття страху смерті активізує інстинкт самозбереження.

Проаналізуємо стратегію використання домінуючих механізмів психологічного захисту за гендерною ознакою (табл. 1, 2).

Як виявилось, витіснення та гіперкомпенсація притаманні в основному для жінок, а заміщення та раціоналізація — для чоловіків в обох групах обстежуваних. Дану тенденцію ми можемо пояснити вродженою емоційною чуттєвістю жінок, у яких переважають почуття страху, тривоги, самозвинувачення. Тоді як чоловіки більш схильні до раціональних пояснень поведінки, злості, незадоволення.

Аналізуючи механізми психологічного захисту за зрілістю, обстежувані групи А в більшості випадків використовують зрілі або, як їх ще називають, вищі психологічні захисти, а обстежувані групи В — комбіновані як зрілі, так і незрілі механізми.

### Таблиця 1

Використання домінуючих механізмів психологічного захисту в чоловіків-лікарів

**Table 1**

Use of dominant mechanisms psychological protection in male doctors

Назва захисту	Група досліджуваних	
	А	В
	Чоловіки	Чоловіки
Витіснення	0	2
Заміщення	4	4
Раціоналізація	4	0
Гіперкомпенсація	1	1

### Таблиця 2

Використання домінуючих механізмів психологічного захисту в жінок-лікарів

**Table 2**

Use of dominant mechanisms psychological protection in female doctors

Назва захисту	Група досліджуваних	
	А	В
	Жінки	Жінки
Витіснення	2	5
Заміщення	3	1
Раціоналізація	2	2
Гіперкомпенсація	1	3

У науковій літературі ми натрапляємо на повідомлення про вплив різних стресових ситуацій чи особливостей професії на поведінку людини, що спонукає її до використання певних механізмів психологічного захисту [20]. Крім того, в окремих публікаціях відмічено, що в медичних працівників часто виникають сильні емоційні реакції, пов'язані зі смертю хворого [19]. Захищаючись від таких травматичних почуттів, лікарі найчастіше використовують зрілі механізми психологічного захисту — заміщення та раціоналізацію, що також знайшло своє підтвердження і в нашому дослідженні. Зазвичай механізми психологічного захисту не піддаються контролю свідомістю, але в значній кількості випадків провокують зміну нормального ритму її функціонування. Тобто психологічний захист спрямований на допомогу людині в збереженні душевної рівноваги.

## Обговорення

Смерть хворого — це досвід, з яким можуть стикатися всі медичні працівники в певний момент своєї кар'єри. Обставини, пов'язані із цією смертю, різняться — життя одного хворого могло роками закінчуватися через смертельну хворобу, тоді як інший міг зазнати ускладнень під час звичайної процедури. Ці події можуть бути руйнівними для всіх, хто бере участь у лікарській практиці [4, 12].

Спеціалісти в галузі паліативної допомоги зазначають, що медицина — це одна з речей, яку вони повинні робити щодня з почесним званням, і це важко. Але з огляду на ризики професійного вигорання, втомленості та хронічного стресу, лікарі повинні застосовувати більш реалістичний підхід до подолання втрат. Відзначаючи, що процес горя, горювання дещо відрізняється у тих ситуаціях, в яких смерть є передбачуваною та у тих ситуаціях, коли смерть є раптовою [7, 31, 32, 35].

Розкриваючи питання механізмів психологічного захисту в медичних працівників, для початку слід уточнити поняття механізмів психологічного захисту. Першу й найбільш повну характеристику механізмів психологічного захисту в психології ми зустрічаємо в межах психоаналітичного напрямку А. Фрейд, З. Фрейда, згідно з думкою яких психологічний захист має низку специфічних прийомів трансформації емоцій та переживань, які пом'якшують чи усувають негативний вплив цих переживань. Психологічний захист впливає на відчуття

власного комфорту особистості в напружених та складних ситуаціях. Те саме стосується професійної та побутової діяльності [2, 3, 34].

Виокремлюють дві основні точки зору на природу захисних механізмів:

1. Вони підтримують цілісність самосвідомості шляхом оволодіння деякими сильними загрозливими переживаннями, тобто допомагають людині подолати надмірну тривогу, страх та виконують функцію самозбереження.

2. Вони є малоефективним і навіть шкідливим засобом розв'язання внутрішньоособистісного чи зовнішнього конфлікту, оскільки пригнічують розвиток особистості, її особистісну активність. Завдяки психологічному захисту зменшується внутрішньоособистісний конфлікт і відбувається регуляція поведінки людини. У такий спосіб вона швидше і легше адаптується до вимог навколишнього середовища, а психіка повертається до стану рівноваги. Механізми психологічного захисту є набутими, вони формуються в процесі виховних впливів та соціалізації людини. У певній психотравмуючій чи загрозливій ситуації людина несвідомо обирає необхідний їй захист.

У зв'язку із пандемією COVID-19 більшість медичного персоналу стикалась із смертю хворого, що формувало різні механізми психологічного захисту в них [38]. COVID-19 негативно позначився на психічному здоров'ї у всьому світі. Зокрема, медичні працівники зазнали підвищеного рівня психологічних переживань, депресії та тривоги [37]. Будь-який стрес у людини може спровокувати використання психологічних захисних механізмів. Зараз виникають занепокоєння щодо психічного здоров'я, психологічної адаптації та відновлення медичних працівників, які лікують хворих на COVID-19 та доглядають за ними [36].

Однак належної психологічної підтримки з боку системи охорони здоров'я проводиться небагато. Розуміння ставлення до смерті необхідне для інформування політики охорони здоров'я з метою підвищення рівня обізнаності та готовності до смерті [28]. Лікарі присвячують свою кар'єру покращенню та збереженню здоров'я і довголіття своїх пацієнтів. Але поряд з успіхом та реалізацією лікарі часто отримують практику в медицині, горе і втрати також пронизують професію. У традиційній культурі медицини останні емоції не просто не обговорюються, а й недостатньо зрозумілі.

Почуття невдач у лікарів не лише посилює їх горе. Вони також впливають на подальший

догляд за пацієнтами. Деякі дослідження серед лікарів-хірургів виявляли, що незалежно від обставин, що призводять до смерті пацієнта, хірурги погодились, що для всіх це завжди важко. І хоч якими б важкими вони не були, проте хірургам важливо мати можливість повністю зосередитись на наступному пацієнті [26].

Окремим питанням є питання евтаназії. Дослідження ізраїльських вчених доводять, що близько 60% респондентів підтримали смерть за допомогою лікаря, тоді як третина її відхилила [34]. Половина респондентів виступили проти розкриття повної правди про поганий медичний прогноз, а інші підтримали це. Підтримка говорити правду була вищою серед молодих лікарів, а підтримка смерті за допомогою лікарів була вищою серед жінок та лікарів, які практикують у лікарнях. Четверть респондентів підтримали як правду, так і допомогу смерті, виявляючи тим самим повагу до самостійного прийняття рішення пацієнтами. Цей підхід характеризує молодих лікарів і рідше трапляється серед лікарів загальної практики. Ще четверть респондентів відкидали правдиві слова, проте підтримували смерть, що сприяє, тим самим виявляючи співчутливий прагматизм. У 2015 році фінські лікарі сприймали ризик прискорення смерті частіше, ніж у 1999 році [25]. Спеціальність лікарів та багато інших факторів впливали на це. Вони також розглядали евтаназію як менш осудливу зараз, ніж раніше.

## Висновки

На підставі наведеного вище можна зробити такі висновки:

1. Надійний психологічний механізм захисту дозволяє людині підтримувати стан динамічної рівноваги, гомеостаз, а також допомагає адаптуватися до складних, непередбачуваних ситуацій. Саме тому механізми психологічного захисту виконують адаптаційну, регулюючу функції в психіці людини і є потрібним та ефективним компонентом у структурі особистості.
2. На рівні теоретичної операціоналізації досліджуваних психологічних захистів спостерігається тенденція до виявлення їх функціональних особливостей у професійній діяльності особистості. Тому їх завданням є зниження емоційної напруги, витіснення травматичного досвіду, що є важливим моментом у подоланні деструкції особистості.
3. Медичні працівники, які у своїй професійній діяльності взаємодіють із фактором смерті, у більшості випадків використовують зрілі або, як їх ще називають, вищі психологічні захисти заміщення (30,43%) та раціоналізації (26,09%). У медичних представників, які не стикаються зі смертю хворих, домінуючими були змішані захисні механізми витіснення (25,92%), заміщення (18,52%) та гіперкомпенсація (14,81%).

**Конфлікт інтересів:** відсутній.

## Список використаної літератури

1. Баскакова СА. Современные представления о способах совладания с психическими расстройствами. Социальная и клиническая психиатрия. 2010;(2):88-96.
2. Зінченко, А. Психологічний захист як механізм соціальної адаптації хворих на епілепсію. Збірник наукових праць «Проблеми сучасної психології». 2019;19: 213-223. <https://doi.org/10.32626/2227-6246.2013-19.%p>
3. Корсакова ЛИ. Копинг-поведение и защитные механизмы системы адаптации личности. Труды СГА. 2010;8:120-126.
4. Опанасюк І. Психологічні особливості переживання факту «втрати» особистістю. Обрії. 2011;1:55-58. [http://nbuv.gov.ua/UJRN/obrii\\_2011\\_1\\_23](http://nbuv.gov.ua/UJRN/obrii_2011_1_23)
5. Степаненко ЛВ. Особливості взаємозв'язку механізмів психологічного захисту особистості з емоційними характеристиками. Науковий вісник Херсонського державного університету. Серія: Психологічні науки. 2017;5(1):124-129. [http://nbuv.gov.ua/UJRN/nvkhpn\\_2017\\_5\(1\)\\_25](http://nbuv.gov.ua/UJRN/nvkhpn_2017_5(1)_25)
6. Batley, NJ, Bakhti, R, Chami, A, Jabbar, E, Bachir, R, El Khuri, C, & Mufarrij, AJ. The effect of patient death on medical students in the emergency department. BMC medical education. 2017;17(1):110. <https://doi.org/10.1186/s12909-017-0945-9>
7. Blaschke, SM, Schofield, P, Taylor, K, & Ugalde, A. Common dedication to facilitating good dying experiences: Qualitative study of end-of-life care professionals' attitudes towards voluntary assisted dying. Palliative medicine. 2019;33(6):562-569. <https://doi.org/10.1177/0269216318824276>
8. Boland, JW, Dikomitis, L, & Gadoud, A. Medical students writing on death, dying and palliative care: a qualitative analysis of reflective essays. BMJ supportive & palliative care. 2016;6(4):486-492. <https://doi.org/10.1136/bmjspcare-2016-001110>
9. Davies, M. Death is part of a doctor's job. BMJ. 2016;355: i5597. doi: <https://doi.org/10.1136/bmj.i5597>
10. Di Giuseppe, M, Ciacchini, R, Micheloni, T, Bertolucci, I, Marchi, L, & Conversano, C. Defense mechanisms in cancer patients: a systematic review. Journal of psychosomatic research. 2018;115:76-86. <https://doi.org/10.1016/j.jpsychores.2018.10.016>
11. Di Giuseppe, M, Perry, JC, Lucchesi, M, Michelini, M, Vitiello, S, Piantanida, A, Fabiani, M, Maffei, S, & Conversano, C. Preliminary Reliability and Validity of the DMRS-SR-30, a Novel Self-Report Measure Based on the Defense Mechanisms Rating Scales. Frontiers in psychiatry. 2020;11:870. <https://doi.org/10.3389/fpsy.2020.00870>
12. Gellie, A, Mills, A, Levinson, M, Stephenson, G, & Flynn, E. Death: a foe to be conquered? Questioning the paradigm. Age and ageing. 2015;44(1):7-10. <https://doi.org/10.1093/ageing/afu116>
13. Ho, CY, Kow, CS, Chia, C, Low, JY, Lai, Y, Lauw, SK, How, A, Tan, L, Ngiam, X, Chan, N, Kuek, T, Kamal, N, Chia, JL, Abdurrahman, A, Chiam, M, Ong, YT, Chin, A, Toh, YP, Mason, S, & Krishna, L. The impact of death and dying on the personhood of medical students: a systematic scoping review. BMC medical education. 2020;20(1):516. <https://doi.org/10.1186/s12909-020-02411-y>

14. Ihara, Y, Son, D, Noch, M, Takizawa, R. Work-related stressors among hospital physicians: a qualitative interview study in the Tokyo metropolitan area *BMJ Open*. 2020;10: e034848. doi: 10.1136/bmjopen-2019-034848.
15. Kocijan, LS, Gregurek R, Karlovic D. Stress and ego-defense mechanisms in medical staff at oncology and physical medicine departments. *Eur. J. Psychiat*. 2017;21(4):279-286.
16. Kunzler, AM, Helmreich, I, Chmitorz, A, König, J, Binder, H, Wessa, M, & Lieb, K. Psychological interventions to foster resilience in healthcare professionals. *The Cochrane database of systematic review*. 2020;7(7): CD012527. <https://doi.org/10.1002/14651858.CD012527.pub2>
17. Marčinko, D, Jakovljević, M, Jakšić, N, Bjedov, S, & Mindoljević Drakulić, A. The Importance of Psychodynamic Approach during COVID-19 Pandemic. *Psychiatria Danubina*. 2020;32(1):15-21. <https://doi.org/10.24869/psyd.2020.15>
18. McLeod, SA. Defense mechanisms. *Simply Psychology*. 2019. <https://www.simplypsychology.org/defense-mechanisms.html> [accessed May 12, 2021]
19. Miller-Lewis, LR, Lewis, TW, Tieman, J, Rawlings, D, Parker, D, & Sanderson, CR. Words describing feelings about death: A comparison of sentiment for self and others and changes over time. *PloS one*. 2021;16(1): e0242848. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0242848>
20. O'Dowd, E, O'Connor, P, Lydon, S, Mongan, O, Connolly, F, Diskin, C, McLoughlin, A, Rabbitt, L, McVicker, L, Reid-McDermott, B, & Byrne, D. Stress, coping, and psychological resilience among physicians. *BMC health services research*. 2018;18(1):730. <https://doi.org/10.1186/s12913-018-3541-8>
21. Perry, JC, Banon, E, & Bond, M. Change in Defense Mechanisms and Depression in a Pilot Study of Antidepressive Medications Plus 20 Sessions of Psychotherapy for Recurrent Major Depression. *The Journal of nervous and mental disease*. 2020;208(4):261-268. <https://doi.org/10.1097/NMD.0000000000001112>
22. Phan, HP, Ngu, BH, Chen, SC, Wu, L, Lin, WW, & Hsu, CS. Introducing the Study of Life and Death Education to Support the Importance of Positive Psychology: An Integrated Model of Philosophical Beliefs, Religious Faith, and Spirituality. *Frontiers in psychology*. 2020a;11:580186. <https://doi.org/10.3389/fpsyg.2020.580186>
23. Phan, HP, Ngu, BH, Chen, SC, Wu, L, Shi, SY, Lin, RY, Shih, JH, & Wang, HW. Advancing the Study of Positive Psychology: The Use of a Multifaceted Structure of Mindfulness for Development. *Frontiers in psychology*. 2020b;11:1602. <https://doi.org/10.3389/fpsyg.2020.01602>
24. Phan, HP, Ngu, BH, Chen, SC, Wu, L, Shih, JH, & Shi, SY. Life, death, and spirituality: A conceptual analysis for educational research development. *Heliyon*. 2021;7(5): e06971. <https://doi.org/10.1016/j.heliyon.2021.e06971>
25. Piili, RP, Metsanoja, R, Hinkka, H, Kellokumpu-Lehtinen, P-LI, & Lehto, JT. Changes in attitudes towards hastened death among Finnish physicians over the past sixteen years. *BMC Medical Ethics*. 2018;19(1). <https://link.gale.com/apps/doc/A546360389/HRCA?u=anon-bc2523db&sid=googleScholar&xid=cdb15b11>
26. Roberts, NP, Kitchiner, NJ, Kenardy, J, & Bisson, J. Multiple session early psychological interventions for the prevention of post-traumatic stress disorder. *The Cochrane database of systematic reviews*. 2009;3: CD006869. <https://doi.org/10.1002/14651858.CD006869.pub2>
27. Rose, D. Patient loss: surgeons describe how they cope. *Bulletin of the American College of Surgeons*. 2015;100(2):25-28.
28. Sanderson, C, Miller-Lewis, L, Rawlings, D, Parker, D, & Tieman, J. «I want to die in my sleep» — how people think about death, choice, and control: findings from a Massive Open Online Course. *Annals of palliative medicine*. 2019;8(4):411-419. <https://doi.org/10.21037/apm.2019.03.07>
29. Santana, M, Zatti, C, Spader, ML, Malgarim, BG, Salle, E, Piltcher, R, Ceresér, K, Bastos, AG, & Freitas, LH. Acute stress disorder and defense mechanisms: a study of physical trauma patients admitted to an emergency hospital. *Trends in psychiatry and psychotherapy*. 2017;39(4):247-256. <https://doi.org/10.1590/2237-6089-2016-0071>
30. Smith-Han, K, Martyn, H, Barrett, A, & Nicholson, H. That's not what you expect to do as a doctor, you know, you don't expect your patients to die. Death as a learning experience for undergraduate medical students. *BMC medical education*. 2016;16:108. <https://doi.org/10.1186/s12909-016-0631-3>
31. Testoni, I, Palazzo, L, Ronconi, L, Donna, S, Cottone, PF, & Wieser, MA. The hospice as a learning space: a death education intervention with a group of adolescents. *BMC palliative care*. 2021;20(1):54. <https://doi.org/10.1186/s12904-021-00747-w>
32. Tieman, J, Miller-Lewis, L, Rawlings, D, Parker, D, & Sanderson, C. The contribution of a MOOC to community discussions around death and dying. *BMC palliative care*. 2018;17(1):31. <https://doi.org/10.1186/s12904-018-0287-3>
33. Vazquez, M. A patient's death and the medical student. *The British Student Doctor Journal*. 2020;4(1):50-52. <http://doi.org/10.18573/bsdj.79>
34. Velan, B, Ziv, A, Kaplan, G, Rubin, C, Connelly, Y, Karni, T, & Tal, O. Truth-telling and doctor-assisted death as perceived by Israeli physicians. *BMC medical ethics*. 2019;20(1):13. <https://doi.org/10.1186/s12910-019-0350-5>
35. Vilpert, S, Borrat-Besson, C, Borasio, GD, & Maurer, J. Associations of end-of-life preferences and trust in institutions with public support for assisted suicide: evidence from nationally representative survey data of older adults in Switzerland. *PloS one*. 2020;15(4): e0232109. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0232109>
36. El-Hage W, Hingray C, Lemogne C, Yrondi A, Brunault P, Bienvenu T, Etain B, Paquet C, Gohier B, Bennabi D, Birmes P, Sauvaget P, Fakra E, Prieto N, Bulteau S, Vidailhet P, Camus V, Leboyer M, Krebs M-O, Aouizerate B. Health professionals facing the coronavirus disease 2019 (COVID-19) pandemic: What are the mental health risks? *Encephale*. 2020 Jun;46(3S): S73-S80. doi: 10.1016/j.encep.2020.04.008. Epub 2020 Apr 22.
37. Walker, G, & McCabe, T. Psychological defence mechanisms during the COVID-19 pandemic: A case series. *The European journal of psychiatry*. 2021;35(1):41-45. <https://doi.org/10.1016/j.ejpsy.2020.10.005>
38. Zayas, A, Merchán-Clavellino, A, López-Sánchez, JA, & Guil, R. Confinement Situation of the Spanish Population during the Health Crisis of COVID-19: Resilience Mediation Process in the Relationship of Dispositional Optimism and Psychological Well-Being. *International journal of environmental research and public health*. 2021;18(12): 6190. <https://doi.org/10.3390/ijerph18126190>