

## Mechanizmy obronne u osób z zaburzeniami nerwicowymi

*Defense mechanisms in persons with neurotic disorders*

DANUTA JASKÓLSKA

Z Kliniki Psychiatrycznej AM w Bydgoszczy

**STRESZCZENIE.** *Praca przedstawia empiryczne badanie porównujące mechanizmy obronne stosowane przez osoby chore na nerwice i osoby zdrowe oraz ich zmiany w czasie psychoterapii (red.)*

**SUMMARY.** *The paper presents a study of defense mechanisms employed by neurotic patients as compared to healthy people, as well as change of these mechanisms in the process of psychotherapy (Eds.).*

**Słowa kluczowe:** mechanizmy obronne / nerwice / psychoterapia

**Key words:** defense mechanisms / neuroses / psychotherapy

Koncepcje psychoanalityczne ujmują mechanizmy obronne jako sposoby obrony ego, nie uświadamiane przez jednostkę, przez swoje działanie zmniejszające napięcie i lęk, konsekwencję nie rozwiązanych konfliktów [3]. H. Grzegołowska-Klarkowska, autorka modyfikacji "Testu mechanizmów obronnych" (DMT, *Defense Mechanisms Test* Ulfa Kragha) opisała wymienione mechanizmy obronne zgodnie z założeniami psychologii poznawczej, odwołując się do pojęć teorii przetwarzania informacji [9]. Według tej koncepcji mechanizmy obronne polegają na zniekształceniu procesu odbioru lub przetwarzania informacji zagrażającej.

I tak, *wyparcie (represja)* - oznacza proces wykluczenia ze świadomości impulsów popędowych, przeżyć i doświadczeń wzbudzających lęk lub poczucie winy. Rozróżnia się wyparcie "pierwotne" - proces obronny przed faktami zagrażającymi, nigdy nie uświadomiony, od wyparcia *sensu stricto* (wyparcia właściwego lub wtórnego), tzn. wypierania faktów zagrażających, które przynajmniej przez chwilę były uświadomione [17].

W kategoriach koncepcji poznawczej wyparcie charakteryzuje się pierwotnym lub wtórnym brakiem reprezentacji w świadomości informacji zagrażającej, zarejestrowanej

w pamięci trwałej [9]. Izolacja uważana jest za mechanizm, powodujący oddzielenie zagrażającej myśli lub zdarzenia od związanych z nimi uczuć, hamując w ten sposób ich emocjonalne oddziaływanie [17]. W interpretacji Grzegołowskiej-Klarkowskiej izolacja mająca trzy postacie: oderwanie myśli od uczuć, szufladkowanie i intelektualizację - polega na wytwarzaniu cząstkowej reprezentacji informacji lub na wtórnym wyparciu reprezentacji poznawczej emocji (oderwanie myśli od uczuć), na braku percepcji związku między informacjami niezgodnymi i przez to zagrażającymi, poprzez zahamowanie procesu abstrakcji (szufladkowanie), czy wreszcie na odnoszeniu sprzecznych informacji do kategorii nadrzędnych, na tyle ogólnych, by likwidować sprzeczność, bądź na dalszym przetwarzaniu informacji, wyłącznie na poziomie deskryptywnym z pominięciem ewaluatywnego (intelektualizacja).

*Negacja (zaprzeczanie)* oznacza opisany przez Freuda (na jego koncepcji oparł się Kragh konstruując DMT) proces obronny, za pośrednictwem którego dana treść dopuszczana jest do świadomości w formie zanegowanej.

*Odwrócenie*, mechanizm uznawany za istotnie związany z reakcją upozorowaną (*reaction formation*) - polega na obronności percepcyjnej lub wyparciu własnych emocji wobec innego

obiekty, sytuacji itp. oraz na zastąpieniu tej emocji inną, najczęściej przeciwną [9].

Mechanizm *identyfikacji* z agresorem wprowadził Z. Freud, a rozwinęła A. Freud. Oznacza on szczególny rodzaj identyfikacji, który polega na redukującej lęk zamianie roli atakowanego na atakującego. Wiele wątpliwości związanych z wyróżnieniem tego mechanizmu wyraziła H. Grzegołowska-Klarkowska, uważając, że mechanizm ten można zaliczyć jedynie do szeroko pojętej klasy procesów obronnych o dużym zasięgu [9].

*Projekcja (rzutowanie)* ujmowana jest przez Freuda jako przypisywanie innym tych cech, postaw czy emocji, których się w sobie nie akceptuje i nie uświadamia, w celu redukcji lęku wywołanego posiadaniem tych cech [3,5]. W ujęciu poznawczym projekcja jest mechanizmem złożonym, polegającym na częściowym wyparciu lub obronności percepcyjnej w stosunku do właściwości podmiotu, przy jednoczesnym zafalszowaniu reprezentacji poznawczej obiektu zewnętrznego, w kierunku przypisywania mu własnych nieaprobowanych właściwości [9].

*Regresja*, zgodnie z koncepcjami psychoanalitycznymi, oznacza cofnięcie do wcześniejszego stadium rozwoju psychoseksualnego jako konsekwencję frustracji i wynikającego z niej lęku [5]. Grzegołowska-Klarkowska wyróżnia czynności regresyjne - celowe strategie działania w sytuacji trudnej (np. płacz, akty agresji) oraz zachowania regresyjne nie przejawiające cech czynności zorganizowanych, a stanowiące wynik rozpadu dotychczasowej struktury czynności [9].

*Racjonalizacja*, mechanizm obronny opisany po raz pierwszy przez E. Jonesa, polega na błędnym rozumowaniu, którego istotą jest obronne zniekształcenie informacji zagrażającej, i dalszym przetwarzaniu informacji w oparciu o fałszywe przesłanki zastępcze o charakterze niezagrażającym [9].

## CEL

Celem pracy jest: (1) ocena mechanizmów obronnych stosowanych przez osoby z zabu-

rzeniami nerwicowymi, (2) określenie wpływu psychoterapii na rodzaj i nasilenie stosowanych mechanizmów obronnych.

Przyjęto następujące hipotezy badawcze:

- (1) osoby z zaburzeniami nerwicowymi różnią się stosowanymi mechanizmami obronnymi w porównaniu z osobami zdrowymi,
- (2) rodzaj i zakres mechanizmów obronnych stosowanych przez osoby z zaburzeniami nerwicowymi zmienia się pod wpływem psychoterapii.

## OSOBY BADANE I METODA

Badaniem objęto grupę eksperymentalną i grupę osób zdrowych. Grupę eksperymentalną stanowili pacjenci z rozpoznaniem zaburzeń nerwicowych (wg kryteriów klasyfikacyjnych DSM-III-R), spośród których najczęściej rozpoznawano zaburzenia lękowe o charakterze lęku uogólnionego i napadów paniki.

Badaniem objęto 47 osób: 23 mężczyzn i 24 kobiety, w przeważającej części z wykształceniem niepełnym średnim i średnim, niepełnym wyższym i wyższym, leczonych na oddziale zaburzeń niepsychotycznych w Klinice Psychiatrii AM w Bydgoszczy. Wiek pacjentów: od 21 do 48, średnio 27,4 lat. Wszyscy pacjenci uczestniczyli cztery razy w tygodniu w trwającej od 1 do 2 godziniennej psychoterapii grupowej i raz w tygodniu w jednogodzinnej psychoterapii indywidualnej. Leczenie trwało 12 tygodni i było realizowane w systemie grupy zamkniętej. W podejściu teoretycznym psychoterapii przyjęto postawę eklektyczną, opierając się na założeniach różnych koncepcji teoretycznych i technikach, zależnie od indywidualnej specyfiki zaburzeń pacjenta. Na podstawie psychodynamicznego rozumienia mechanizmów powstawania psychogennych zaburzeń czynnościowych, korzystano z elementów terapii poznawczej i behawioralnej. Na sesjach terapeutycznych stosowano powszechnie uznane techniki: *encounter*, psychodramę, pantomimę, socjodramę, retrospekcję, dyskusję, rysunek terapeutyczny, techniki relaksu. W indywidual-

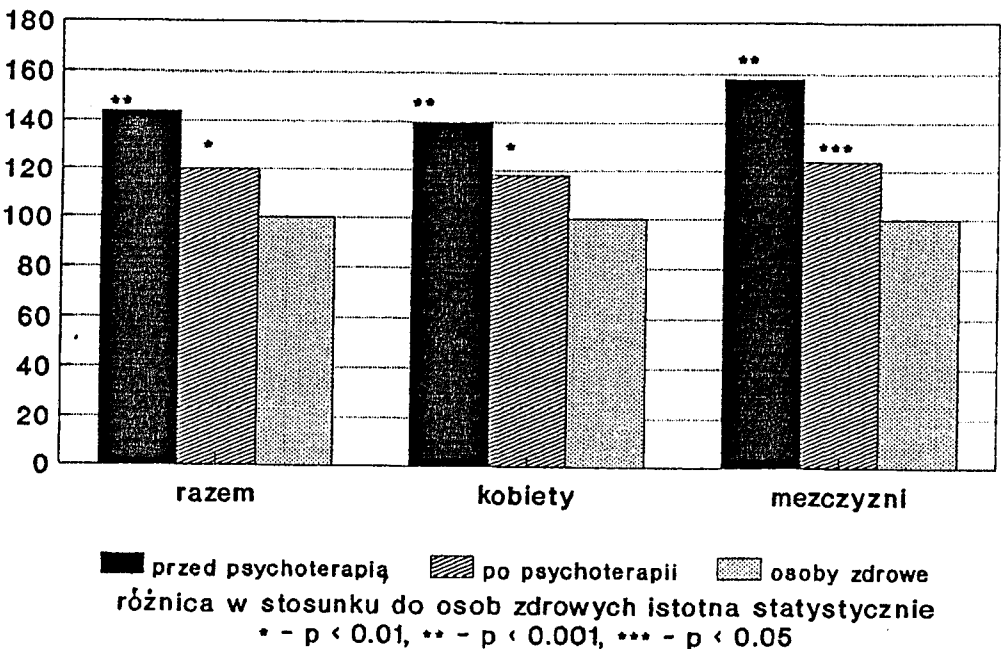
nych przypadkach stosowano doraźnie anksjolityki lub leki antydepresyjne w niskich dawkach.

Grupę kontrolną stanowiło 30 osób (15 kobiet i 15 mężczyzn), o przybliżonym poziomie wykształcenia i podobnej średniej wieku.

W badaniu zastosowano "Test mechanizmów obronnych" (*Defense Mechanism Test*, DMT) Kragha, w modyfikacji H.Grzegołowskiej-Klarkowskiej. Badanie osób z grupy eksperymentalnej przeprowadzono dwukrotnie, to znaczy przed psychoterapią w momencie przyjęcia na oddział i po zakończeniu oddziaływań psychotherapeutycznych. DMT jest projekcyjnym testem opierającym się na psychoanalitycznej teorii mechanizmów obronnych i teorii percepcyjno-genetycznej [10,13]. Materiał testowy stanowią dwa obrazki przedstawiające centralną postać bohatera i peryferyjną postać zagrażającą. DMT wykorzystuje założenia testów projekcyjnych, według których operowanie bodźcami wieloznacznymi sprzyja subiektywizacji ich inter-

pretacji, wpływowi osobowości na tę interpretację oraz identyfikacji osoby badanej z bohaterem obrazka testowego.

Wieloznaczność bodźca, przy pełnej jednoznaczności treści eksponowanego obrazka, osiąga się przez krótkie czasy ekspozycji nie pozwalające na świadomą percepcję i zrozumienie przedstawionej sytuacji. W badaniach zastosowano tachistoskop z rzutnikiem i elektronicznym regulatorem czasu ekspozycji. Każda seria obejmuje 12 kolejnych ekspozycji obrazka o czasach: 20, 40, 40, 100, 100, 200, 200, 200, 500, 500, 500, 500 msek. Po każdej projekcji osoba badana opisuje ustnie i rysuje zapamiętany obraz. Każdą wypowiedź osoby badanej interpretowano według określonych sygnatur [10]. Wypowiedzi werbalne i graficzne podzielono na trzy fazy: *faza 1 (P) wstępna*, w której spostrzega się jakikolwiek obiekt, *faza 2 (T) progowa*, w której dostrzega się zagrożenie oraz *faza 3 (C) pełnej percepcji (C)*, w której dostrzega się źródło i kierunek zagrożenia oraz prawidłowo określa wiek i



Rysunek 1. Globalny wskaźnik mechanizmów obronnych u osób z zaburzeniami w stosunku (%) do grupy osób zdrowych.

pleć bohatera. Na podstawie protokołu DMT otrzymujemy wskaźniki mechanizmów obronnych: wyparcia, izolacji, negacji, odwrócenia, identyfikacji z agresorem, projekcji, regresji, racjonalizacji oraz wskaźnik relacji społecznych i indeks rozpoznawania zagrożenia, a także indeks pełnej percepcji.

Uzyskane wyniki poddano analizie statystyczno-matematycznej. Zastosowano test t-Studenta.

## WYNIKI

### Globalny wskaźnik mechanizmów obronnych (rys. 1)

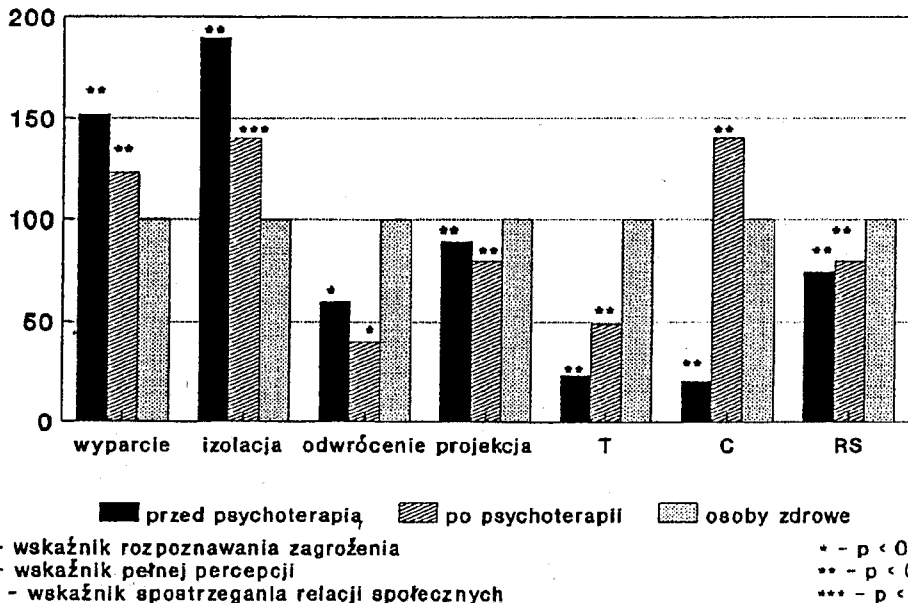
Obejmując wszystkie mechanizmy obronne badane za pomocą DMT, świadczy o znacznej przewadze w ich stosowaniu przez grupę eksperymentalną, w porównaniu z grupą kontrolną. Ujawniono istotną różnicę między wynikami uzyskanymi przez osoby z zaburzeniami nerwicowymi przed psychoterapią a osobami zdrowymi. Po zakończeniu psychoterapii globalny wskaźnik mechanizmów obronnych

uległ istotnemu obniżeniu, pozostał jednak znamienne wyższy niż u osób zdrowych.

### Wskaźniki wybranych mechanizmów obronnych (rys. 2)

*Wskaźnik wyparcia.* Stosowanie mechanizmu wyparcia odnotowano istotnie częściej w grupie osób z zaburzeniami nerwicowymi, aniżeli w grupie osób zdrowych, zarówno przed jak i po oddziaływaniu psychoterapeutycznym. Psychoterapia wpłynęła w sposób statystycznie istotny na zmniejszenie występowania wyparcia w badanej grupie eksperymentalnej.

*Wskaźnik izolacji.* Wskaźnik izolacji najbardziej różnicuje grupę osób z zaburzeniami nerwicowymi przed psychoterapią i grupę osób zdrowych. W grupie eksperymentalnej izolacja stosowana jest prawie dwukrotnie częściej. Psychoterapia istotnie obniżyła stosowanie tego mechanizmu. Uzyskany wynik nadal różnicuje znamienne statystycznie badane grupy.



Rysunek 2. Wskaźniki wybranych mechanizmów obronnych u osób z zaburzeniami nerwicowymi w stosunku (%) do grupy osób zdrowych.

**Wskaźnik odwrócenia.** Nieoczekiwany rezultat odnotowano w zakresie stosowania mechanizmu odwrócenia w obu badanych grupach. Osoby z zaburzeniami nerwicowymi wykorzystywały ten mechanizm obronny przed psychoterapią prawie dwukrotnie rzadziej niż osoby zdrowe, natomiast wprowadzenie zmiennej oddziaływania psychoterapeutycznego jeszcze bardziej, w stopniu istotnym statystycznie, pogłębiło stwierdzoną różnicę.

**Wskaźnik projekcji.** Wskaźnik projekcji w grupie eksperymentalnej jest stosowany nieco rzadziej niż w grupie kontrolnej, często korzystającej z tej formy obrony. Po psychoterapii stosowanie tego mechanizmu przez pacjentów obniżyło się w stopniu nieistotnym statystycznie. Mechanizm projekcji stosowany był w sposób najbardziej zbliżony przez osoby z zaburzeniami nerwicowymi i przez osoby zdrowe.

**Wskaźnik rozpoznawania zagrożenia "T"** (faza T) ukazał percepcję sytuacji zagrażającej przez badane grupy. Pacjenci niemalże w czterokrotnie mniejszym stopniu rozpoznawali zagrożenie niż grupa osób zdrowych. Psychoterapia w stopniu istotnym statystycznie

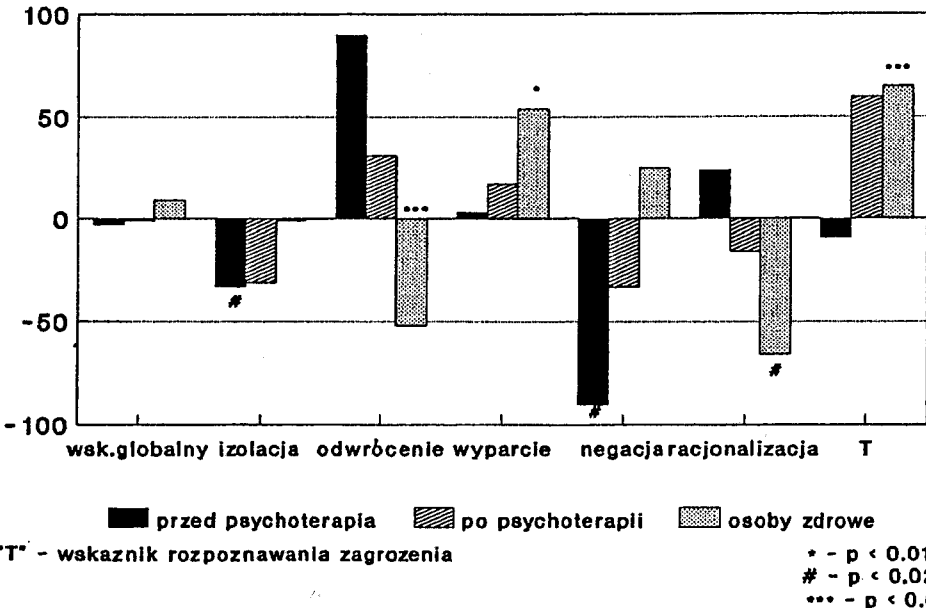
podniosła wskaźnik rozpoznawania zagrożenia, niemniej pozostał on nadal niemal dwukrotnie niższy w porównaniu z grupą osób zdrowych.

**Wskaźnik pełnej percepcji "C"** (faza C) ujawnia, że fazę pełnego rozpoznawania zagrożenia, wieku i płci bohatera w stopniu pięciokrotnie wyższym osiągnęły osoby zdrowe w porównaniu z osobami z zaburzeniami nerwicowymi przed psychoterapią. Znamienne jest, że po zakończeniu oddziaływań psychoterapeutycznych, wskaźnik prawidłowego pełnego rozpoznawania zagrożenia w grupie eksperymentalnej znacznie przewyższył wynik odnotowany w grupie kontrolnej.

**Wskaźnik spostrzegania relacji społecznych "Rs"** okazał się istotnie wyższy w grupie osób zdrowych niż w grupie osób z nerwicą, zarówno przed jak i po psychoterapii, pomimo podniesienia wskaźnika po jej zastosowaniu.

**Porównanie mechanizmów obronnych pod względem płci (rys.3)**

*Wskaźnik globalny mechanizmów obronnych.* Kobiety z zaburzeniami nerwicowymi



Rysunek 3. Porównanie mechanizmów obronnych pod względem płci w obu grupach (różnica % w stosunku do mężczyzny)

rzadziej stosowały mechanizmy obronne w porównaniu z mężczyznami z badanej grupy eksperymentalnej, także po zakończeniu leczenia, pomimo że nastąpiło zbliżenie wyników. Ujawniona różnica nie odznaczała się znamiennością statystyczną. W grupie osób zdrowych zaobserwowano zjawisko odwrotne - kobiety częściej korzystały z mechanizmów obronnych niż mężczyźni, lecz i tu różnica nie okazała się istotna statystycznie.

*Wskaźnik izolacji.* Znamienna różnica ujawniona w stosowaniu tego mechanizmu między kobietami i mężczyznami grupy z zaburzeniami nerwicowymi, zasadniczo wpłynęła na ogólny wynik izolacji, najbardziej różniący obydwie grupy. Istotnie częściej stosowali izolację mężczyźni z nerwicą. Zmienna oddziaływania psychoterapeutycznego zmniejszyła stosowanie tego mechanizmu (różnica nieistotna statystycznie), przez osoby obydwu płci, wynik pozostał jednak nadal wyższy u mężczyzn. W grupie osób zdrowych również kobiety stosowały rzadziej izolację, jednakże różnica nie odznaczała się znamiennością statystyczną.

*Wskaźnik odwrócenia.* Kobiety w grupie eksperymentalnej istotnie częściej stosowały mechanizm odwrócenia niż mężczyźni, zarówno przed jak i po psychoterapii, pomimo obniżenia tego wskaźnika w wyniku oddziaływań psychoterapeutycznych. W porównaniu ze zdrowymi kobietami mechanizm odwrócenia przed leczeniem zbliżony, po jego zakończeniu był niższy niż w grupie kontrolnej. W grupie osób zdrowych mężczyźni prawie dwukrotnie częściej stosowali odwrócenie.

*Wskaźnik wyparcia.* Zarówno w grupie osób z zaburzeniami nerwicowymi jak i w grupie osób zdrowych, kobiety częściej stosowały wyparcie. Relacja ta utrzymała się także po psychoterapii w grupie eksperymentalnej.

*Wskaźnik negacji.* W grupie osób z zaburzeniami nerwicowymi mężczyźni istotnie częściej wykorzystywali mechanizm negacji. Po psychoterapii różnica powyższa uległa zmniejszeniu i nie cechuje się już znamiennością statystyczną. W grupie osób zdrowych

różnica w stosowaniu negacji nie jest istotna statystycznie, niemniej, co uwidacznia graficzne przedstawienie danych, przewaga w korzystaniu z tego mechanizmu występuje u kobiet.

*Wskaźnik racjonalizacji.* W grupie eksperymentalnej przed podjęciem psychoterapii kobiety częściej stosowały racjonalizację niż mężczyźni. Po zakończeniu oddziaływań psychoterapeutycznych wskaźnik mechanizmu racjonalizacji uległ obniżeniu u kobiet, natomiast wzrosło jego stosowanie przez mężczyzn. W grupie odniesienia mężczyźni niemal trzykrotnie częściej stosowali racjonalizację niż kobiety, przy czym wskaźnik tego mechanizmu jest zbliżony u mężczyzn obu badanych grup.

*Wskaźnik rozpoznawania zagrożenia "T".* W grupie osób z nerwicą w badaniu początkowym kobiety gorzej rozpoznawały zagrożenie w porównaniu z mężczyznami. W badaniu końcowym, po psychoterapii, wskaźnik ten znamienne wzrósł i okazał się wyższy niż u mężczyzn po psychoterapii. W grupie osób zdrowych również kobiety osiągnęły wyższy wskaźnik rozpoznawania zagrożenia w porównaniu z mężczyznami. Różnica jest znamienna statystycznie. Mężczyźni z grupy eksperymentalnej przed psychoterapią posiadali istotnie niższy wskaźnik rozpoznawania zagrożenia niż mężczyźni z grupy kontrolnej, natomiast po psychoterapii różnica ta nie była już istotna statystycznie. Porównanie między kobietami obu grup ujawnia, że kobiety zdrowe dwukrotnie częściej rozpoznawały zagrożenie niż kobiety po psychoterapii.

## OMÓWIENIE WYNIKÓW

Zastosowana w pracy metoda - "Test mechanizmów obronnych" (DMT) - okazała się korzystnym wyborem. DMT stanowi trafne, rokujące duże nadzieje narzędzie badawcze stosowane współcześnie w wielu krajach, szczególnie przez autorów skandynawskich, użytecznością kliniczną porównywalne z testem Rorschacha [4,11,21], dostarczające cennych informacji o psychodynamicznych procesach obronnych.

Odnotowaną w niniejszej pracy różnicę w stosowaniu mechanizmów obronnych przez osoby z zaburzeniami nerwicowymi i osoby zdrowe potwierdzają doniesienia innych autorów [16,18,19,20]. W pracach nad mechanizmami obronnymi u pacjentów z zaburzeniami niepsychotycznymi, głównie lękowymi, z zastosowaniem DMT stwierdzono, że znacznie więcej pacjentów z zaburzeniami psychicznymi niż osób zdrowych kodowało obecność głównych wskaźników obronnych [19]. Pollock i Andrews, interpretując rodzaje "reakcji obronnych", w zgodzie ze schematem DSM-III-R "glosariuszem mechanizmów obronnych", odnotowali, że pacjenci cierpiący głównie z powodu zaburzeń lękowych uzyskali istotnie wyższe wyniki w stosowaniu neurotycznych i niedojrzałych reakcji obronnych i niższe wyniki w stosowaniu dojrzałych reakcji obronnych, w porównaniu z grupą kontrolną z normalnej populacji [18]. Przyjmując założenie, że zaburzenia nerwicowe, których wyrazem są psychogenne zaburzenia czynnościowe (zaburzenia czynności narządów, układów somatycznych, emocjonalne i zachowania) stanowią konsekwencję specyficznej struktury osobowości, cechującej się brakiem adekwatnych mechanizmów "radzenia sobie" [1,2,3] w odpowiedzi na bodźce psychospołeczne, wysoki wskaźnik stosowania wyparcia i izolacji, niższy wskaźnik rozpoznawania zagrożenia i spostrzegania relacji społecznych w grupie eksperymentalnej nie budzi zdziwienia i jest zgodny z oczekiwaniami. Interesujący wydaje się natomiast rezultat odnotowany w zakresie zbliżonego stosowania mechanizmu projekcji przez obie grupy oraz częstsze posługiwanie się mechanizmem odwrócenia przez osoby zdrowe. W odniesieniu do projekcji można zaryzykować twierdzenie, że jest to mechanizm stosunkowo często stosowany przez osoby zdrowe niemniej nie zaburzący w znacznym stopniu ich funkcjonowania. Mechanizm odwrócenia polega na zmianie nieakceptowanych emocji, postaw i zachowań na ich przeciwieństwo. Proces ten charakteryzuje się wytwarzaniem nowych ja-

kości [3], bardziej aprobowanych. Być może jest on wyrazem interioryzacji norm społecznych, tendencji submisyjnych i konformistycznych oraz silnej potrzeby akceptacji zarówno w oczach własnych, jak i otoczenia.

Za interesujące można również uznać porównanie pod względem płci w badanych grupach. Wskaźnik izolacji, najbardziej różnicujący osoby z zaburzeniami nerwicowymi i osoby zdrowe w odnotowanych wynikach DMT, jest istotnie częściej stosowany przez mężczyzn obu grup. Funkcja izolacji polega na oddzieleniu myśli od emocji, co może ułatwić logiczne myślenie, eliminując zakłócający wpływ kojarzonych emocji [17]. Trzeba przyznać, że taka cecha procesów poznawczych jest częściej przypisywana mężczyznom. Mężczyźni po psychoterapii i mężczyźni zdrowi odznaczali się też korelującym z powyższym, częstszym stosowaniem mechanizmu racjonalizacji. Kobiety obu grup częściej stosowały mechanizm wyparcia oraz posiadały wyższą (po psychoterapii) - zbliżoną sprawność rozpoznawania zagrożenia.

Z przyjętego rozumienia psychopatologii zaburzeń nerwicowych, u których podłoża istnieją nadmiernie trudne i konfliktowe przeżycia, często w sferze nieświadomej, wynika przyjęcie metody oddziaływań psychologicznych - psychoterapii grupowej i indywidualnej, których celem jest zmiana niedojrzałych mechanizmów obronnych i struktury osobowości w kierunku bardziej adekwatnego jej ukształtowania, a tym samym poprawy funkcjonowania i redukcji objawów nerwicowych. Podejście to jest zbieżne z poglądami wielu autorów, uznających psychoterapię za podstawową metodę leczenia nerwic [1,2,3].

Wyniki po zakończeniu oddziaływań psychoterapeutycznych ukazały znamienne różnicę w stosowaniu mechanizmów obronnych. Obniżeniu uległ globalny wskaźnik mechanizmów obronnych, istotnie zmniejszyło się stosowanie mechanizmów wyparcia, izolacji, odwrócenia i projekcji. Istotnie wzrosła sprawność rozpoznawania zagrożenia, pełnej prawidłowej percepcji, a także spostrzegania

relacji społecznych. Wpływ psychoterapii na zmianę w zakresie stosowanych mechanizmów obronnych zaobserwowali inni autorzy [6,14].

W naszych badaniach wskaźnik pełnej prawidłowej percepcji okazał się nawet wyższy w grupie eksperymentalnej po psychoterapii niż w grupie kontrolnej. Uzyskane rezultaty pozwalają przyjąć, że funkcjonowanie pacjentów będzie aktywniejsze społecznie i bardziej sprawne, a stosowane mechanizmy obronne - "dojralsze", w większym stopniu spełniające rolę mechanizmów adaptacyjnych lub regulacyjnych, spełniając tym samym oczekiwania psychoterapeutów.

## WNIOSKI

1. Osoby z zaburzeniami nerwicowymi uzyskały wyższy globalny wskaźnik mechanizmów obronnych niż osoby zdrowe. Istotnie częściej stosowały mechanizmy wyparcia i izolacji oraz rzadziej rozpoznawały zagrożenie i spostrzegały relacje społeczne.
2. Psychoterapia wpłynęła na zmiany w stosowaniu mechanizmów obronnych: obniżeniu uległ globalny wskaźnik mechanizmów obronnych. Istotnie zmniejszyło się stosowanie mechanizmów: wyparcia, izolacji, odwrócenia i projekcji. Znamienne wzrosła sprawność rozpoznawania zagrożenia, pełnej prawidłowej percepcji na poziomie wyższym niż u osób zdrowych, a także spostrzeganie relacji społecznych.

## PIŚMIENNICTWO

1. Aleksandrowicz J.W.: Model oceny efektów terapii nerwic - wskaźniki i kryteria zmian. Psychoterapia 1989, 1/68/.
2. Aleksandrowicz J.W.: Nerwice - psychopatologia i psychoterapia. PZWL, 1988.
3. Aleksandrowicz J.W.: Psychoterapia medyczna. PZWL, 1994.

4. Armelius B.A., Sundbom E., Franson P., Kullgren G.: Personality organization defined by DMT and the Structural Interview. *Scand. J. Psychol.* 1990, 31/2/, 81-88.
5. Brenner Ch.: Defense and defense mechanisms. *Psychoanalytic Quarterly* 1981, 50, 557-569.
6. Cramer P., Blatt S.J.: Use of the TAT to measure change in defense mechanisms following intensive psychotherapy. *J. Pers. Assess.* 1990, 54/1-2/, 236-251.
7. Freud S.: The neuro-psychoses of defense. *Standard Edition* (red.) Strachey J. 3, 45-61.
8. Gossop M.: Theories of neurosis. Springer-Verlag, Berlin-Heidelberg-New York 1981.
9. Grzegółowska-Klarkowska H.: Mechanizmy obronne osobowości. PWN, Warszawa 1986.
10. Grzegółowska-Klarkowska H.: Modyfikacja Testu Mechanizmów Obronnych (DMT). Maszynopis udostępniony przez autorkę.
11. Hentschel U.: The Defense Mechanism Test in clinical and personality research. *Percept-Mot-Skills* 1992, 75/1/, 29-30.
12. Kernberg P.F.: Mechanisms of defense development and research perspectives. *Bull-Menninger-Clin.* 1994, 58/1/, 55-87.
13. Kragh U.: The Defense Mechanism Test (DMT) as a method for diagnosis and personal selection. W: Kragh U., Smith G. (red.): *Percept - genetic analysis*. Gleerups, Lund 1970.
14. Kragh U.: Studying effects of psychotherapy by the Defense Mechanism Test - two case illustration. *Arch. Psychol.* 1983, 135, 1, 73-82.
15. Van der Leew P.J.: On the development of the concept of defense. *Int. J. Psycho-Anal.* 1971, 52, 51-58.
16. Leichsenring F.: Primary thinking, primitive defensive operations and object relationships in borderline and neurotic patients. *Psychopathology* 1991, 24/1/, 39-44.
17. Moore B.E., Fine B.D.: Słownik psychoanalizy. Jacek Santorski CO Wydawnictwo, Warszawa 1996.
18. Pollock Ch., Andrews G.: Defense styles associated with specific anxiety disorders. *Am. J. Psychiatry* 1989, 146, 1500-1502.
19. Rubino I.A., Sonnino A., Grasso S., Saya A.: The Defense Mechanisms Test in nonpsychotic psychiatric outpatients and normal controls. *Percept-Mot-Skills* 1991, 72/3Pt 1/, 899-913.
20. Sammallahti P., Aalberg V.: Defense style in personality disorders. *J. Nerv. Ment. Dis.* 1995, 183/8/, 516-521.
21. Sundbom E., Kullgren G., Armelius B., Armelius A.: Psychodynamic features in borderline personality disorder identified by a subliminal test, the Defense Mechanism Test. *Acta Psychiatr. Scand.* 1989, 80, 101-105.

*Adres: Dr Danuta Jaskólska, Klinika Psychiatryczna AM,  
ul. Kurpińskiego 19, 85-096 Bydgoszcz*