

Andrzej Kokoszka\*, Joanna Roman\*\*, Ludwik Bryła\*, Andrzej Grabowski\*\*\*

## ZWIĄZKI POPRAWY OBJAWOWEJ ZE ZMIANĄ MECHANIZMÓW OBRONNYCH W TRAKCIE LECZENIA ZABURZEŃ NERWICO- WYCH. DONIESIENIE WSTĘPNE

### THE RELATIONSHIP BETWEEN SYMPTOM REDUCTION AND CHANGES IN DEFENCE MECHANISMS DURING TREATMENT OF PATIENTS WITH NEUROTIC DISORDERS AND MOOD DISORDERS. FIRST REPORT

\*II Klinika Psychiatryczna AM w Warszawie

Kierownik: prof. dr hab. Andrzej Kokoszka

\*\* Wydział Psychologii Szkoły Wyższej Psychologii Społecznej w Warszawie

Dziekan: prof. dr hab. Wojciech Pisula

\*\*\*Centrum Psychoterapii, Samodzielny Wojewódzki Zespół Publicznych Zakładów

Psychiatrycznej Opieki Zdrowotnej w Warszawie

Kierownik: lek. med. Ludwik Bryła

**neurotic disturbances  
group psychotherapy  
defence mechanisms**

Artykuł jest prezentacją wyników badań przeprowadzonych wśród pacjentów z zaburzeniami nerwicowymi i zaburzeniami nastroju, leczonych trzymiesięczną psychoterapią grupową w warunkach oddziału dziennego. Celem badań było sprawdzenie związku pomiędzy poprawą objawową a zmianami w zakresie stosowanych mechanizmów obronnych.

**Summary:** The relationship between symptoms reduction and changes in defence mechanisms during three months of an intensive group psychodynamic psychotherapy in the daily unit was studied in a group of 31 patients of age 18-50 ( $M = 28.96$ ;  $SD = 7.91$ ) with neurotic disorders and mild and moderate mood disorders. Moderate correlations of neurotic symptoms reduction (in Symptoms Check List S-II [Aleksandrowicz 2000] with the increase of mature defence mechanisms ( $r = -0,359$ ) and with the decrease of immature defence mechanisms ( $r = 0,363$ ;  $p < 0,04$ ) measured with the Polish version of the Defence Style Questionnaire DSQ – 40 were found.

#### Wstęp

Mechanizmy obronne są jednym z najważniejszych konstruktów teoretycznych w podejściu psychodynamicznym. Ich klasyczna definicja została sformułowana przez Annę Freud — wg niej są to drogi i środki, za pomocą których ego odpędza lęk i nieprzyjemne uczucia oraz sprawuje kontrolę nad impulsywnym zachowaniem, afektami i instynktowymi pragnieniami [1]. Obecnie szerzej stosowana jest definicja Amerykańskiego Towarzystwa Psychiatrycznego: „Mechanizmy obronne (lub style radzenia sobie) to automatyczne procesy psychiczne, które chronią jednostkę przed lękiem i przed świadomością

wewnętrznych lub zewnętrznych zagrożeń lub stresorów. Jednostka jest często nieświadoma tych procesów, kiedy one zachodzą” [2].

Omawiane pojęcie jest szeroko stosowane w praktyce psychoterapeutycznej. Do niedawna przyjmowano pogląd, że mechanizmy obronne są stosunkowo stabilne i brak było doniesień o ich zmianach następujących pod wpływem psychoterapii [3]. W 1998 roku w „American Journal of Psychiatry” opublikowano wyniki badań wskazujących na zmiany mechanizmów obronnych u skutecznie leczonych pacjentów z zaburzeniami obsesyjno-kompulsyjnymi [4]. Warto wspomnieć doniesienie kongresowe polskich autorów wykazujących podobne zmiany u pacjentów poddanych krótkoterminowej psychoterapii psychodynamicznej w warunkach oddziału dziennego [5].

### **Cel pracy**

Celem pracy jest zweryfikowanie hipotezy, że poprawa objawowa u pacjentów leczonych z powodu zaburzeń nerwicowych związana jest ze zmianami w zakresie mechanizmów obronnych.

### **Material**

W badaniu brało udział 31 osób (21 kobiet i 10 mężczyzn) w wieku 18–50 lat, średnia 28,96, SD= 7,91, z zaburzeniami nerwicowymi, zaburzeniami osobowości i łagodnymi zaburzeniami nastroju bez ciężkich chorób somatycznych i uzależnień w aktywnej fazie. Były one poddane psychoterapii psychodynamicznej w trybie oddziału dziennego przez trzy miesiące. W przypadku wyraźnych wskazań stosowana była jednocześnie farmakoterapia.

### **Metoda**

Narzędzia użyte w badaniu:

#### *Kwestionariusz Objawowy S-II [6]*

Kwestionariusz składa się z 85 pytań dotyczących objawów i dolegliwości, jakie wystąpiły w czasie ostatniego tygodnia. Zadaniem osoby badanej jest określenie i zaznaczenie na czterostopniowej skali, czy i w jakim stopniu dolegliwości te były dla niej uciążliwe. Na całość kwestionariusza składa się 11 podskal:

1) Zaburzenia lękowe, 2) zaburzenia somatyczne, 3) zaburzenia hipochondryczne, 4) zaburzenia myślenia, 5) zespół zmęczenia (neurastenia), 6) dystymia, 7) zaburzenia snu, 8) dysfunkcja seksualna, 9) chwiejność emocjonalna, 10) zakłócenia w relacjach społecznych, 11) podskala rzetelności (zgodność odpowiedzi na pytania kontrolne umożliwia ocenę wiarygodności odpowiedzi badanego na pytania kwestionariusza).

Przypisując każdej z odpowiedzi odpowiednią liczbę punktów, a następnie sumując je wszystkie, uzyskuje się ogólną wartość kwestionariusza (OWK). Maksymalny, możliwy do uzyskania wynik to 595 punktów. Wynik powyżej 165 punktów świadczy o istnieniu zaburzenia nerwicowego, a wyniki skal informują o rodzaju dominujących objawów. Uzyskanie przez pacjenta powyżej 5 punktów na skali rzetelności (na 20 możliwych) świadczy o nieprawdziwości jego odpowiedzi i należy poprosić go o ponowne wypełnienie

kwestionariusza.

*Polska wersja Kwestionariusza Stylów Obronnych DSQ-40  
(The Defense Style Questionnaire) [7, 8]*

Kwestionariusz składa się z 40 pozycji, odnoszących się do dwudziestu mechanizmów obronnych, które w toku analizy czynnikowej zostały podzielone na trzy czynniki nazwane przez autorów „dojrzałymi”, „neurotycznymi” i „niedojrzałymi”. Każdemu badanemu mechanizmowi obronemu przypisano dwa stwierdzenia kwestionariusza. DSQ-40 ma formę skali samooceny, na której osoba badana zaznacza stopień własnej zgodności z poszczególnymi stwierdzeniami na skali 1–9. Teoretyczna rozpiętość wyników dla każdego mechanizmu obronnego wynosi więc od 2 do 18. Na podstawie wyników analizy czynnikowej mechanizmy obronne zostały podzielone na 3 grupy.

- 1) mechanizmy dojrzałe: sublimacja, humor, antycypacja, stłumienie;
- 2) mechanizmy neurotyczne: odczynianie, pseudoaltruizm, idealizacja, formacja reaktywna;
- 3) mechanizmy niedojrzałe: projekcja, bierna agresja, acting out, izolacja, dewaluacja, fantazje schizoidalne, zaprzeczenie, przemieszczenie, dysocjacja, rozszczepienie, racjonalizacja, somatyzacja.

### **Wyniki**

W badanej grupie stwierdzono istotne statystycznie zmniejszenie nasilenia objawów nerwicowych. Średni wynik w skali S-II przed terapią wynosił 312,7, a po jej ukończeniu 211,7  $t = 4,332$ ;  $p < 0,001$ . Na 31 pacjentów osób badanych spadek wyników kwestionariusza poniżej 165 punktów (wynik powyżej 165 punktów wskazuje na istnienie zaburzenia nerwicowego) zaobserwowano u 9 osób (26 proc.). Analiza wyników wykazuje, że nastąpiły istotne statystycznie zmiany w nasileniu pewnych mechanizmów obronnych (tab. 1) oraz że występują istotne związki między tymi zmianami a poprawą objawową, szczegółowo przedstawione w tabeli 2.

### **Omówienie**

Z powyższych danych wynika, że w toku psychoterapii w sposób istotny statystycznie ( $p < 0,05$ ) zmieniły się mechanizmy obronne dojrzałe ( $p = 0,02$ ), w tym sublimacja ( $p = 0,004$ ) i stłumienie ( $p = 0,001$ ). Pomiędzy zmianą dojrzałych mechanizmów obronnych a poprawą objawową zachodzi umiarkowana ujemna korelacja ( $r$  Pearsona =  $-0,359$ ;  $p < 0,05$ ), a zmiana mechanizmu stłumienia koreluje ujemnie z poprawą objawową ( $r$  Pearsona =  $-0,447$ ;  $p < 0,05$ ) (wzrost stosowania tych mechanizmów koreluje ze zmniejszeniem nasilenia objawów). Pozostałe mechanizmy obronne dojrzałe nie zmieniły się w sposób istotny statystycznie.

Sumarycznie mechanizmy obronne niedojrzałe nie zmieniły się w sposób istotny statystycznie ( $p = 0,154$ ;  $p > 0,05$ ), ale niektóre z nich uległy istotnej statystycznie zmianie ( $p < 0,05$ ): projekcja ( $p = 0,047$ ), fantazje schizoidalne ( $p = 0,004$ ), rozszczepienie ( $p = 0,007$ ). Stwierdzono umiarkowaną korelację ( $r$  Pearsona =  $0,407$ ;  $p < 0,05$ ) pomiędzy zmniejszeniem stosowania mechanizmu wyparcia a zmniejszeniem objawów. Podobne wyniki uzyskano analizując dane dotyczące spadku nasilenia projekcji, który koreluje z poprawą objawową ( $r$  Pearsona =  $0,358$ ;  $p < 0,05$ ). Uzyskane wyniki odnoszące się do mechanizmów izolacji,

Tabela 1

## Zmiana średnich wyników mechanizmów obronnych przed terapią i po terapii

Rodzaj mechanizmu	Średnia przed terapią <sup>1</sup>	Średnia po terapii	t	df	Poziom istotności różnic
<b>Mechanizmy dojrzałe</b>	31,5	39	-3,373	30	p=0,002
Sublimacja	7,4	9,9	-3,075	30	p=0,004
Antypojęcie	10,1	10,9	-0,880	30	p=0,386
Humor	8,1	9,6	-1,851	30	p=0,074
Sfumnienie	5,5	8,6	-3,683	30	p=0,001
<b>Mechanizmy niedojrzałe</b>	110,5	103,4	1,464	30	p=0,154
Projekcja	8,9	7,6	2,072	30	p=0,047
Bierna agresja	7,6	6,6	1,150	30	p=0,259
Acting out	11,5	13,2	-1,572	30	p=0,126
Izolacja	8,1	8,6	-0,473	30	p=0,640
Devaluacja	10	8,9	1,888	30	p=0,147
Fantazje schizoidalne	11,9	9,3	3,152	30	p=0,004
Zaprzeczenie	5,1	6,2	-1,728	30	p=0,094
Utypienie	9,3	8,2	1,179	30	p=0,248
Dysocjacja	5,1	5,2	-0,046	30	p=0,964
Rozszczepienie	9,3	6,7	2,899	30	p=0,007
<b>Mechanizmy neurotyczne</b>	36,7	34,6	0,894	30	p=0,379
Racjonalizacja	11,4	11,6	-0,208	30	p=0,837
Somatyzacja	11,6	10,1	1,885	30	p=0,069
Odrywanie	9,9	9,8	0,070	30	p=0,945
Pseudocathixizm	10,4	10,6	-0,363	30	p=0,719
Idyalizacja	7,4	6,4	1,105	30	p=0,278
Formacja reaktywna	8,9	7,7	1,458	30	p=0,155

zaprzeczenia, dysocjacji i racjonalizacji wykazują natomiast kierunek zmian przeciwny do przewidywanego. Występowanie tych mechanizmów nieznacznie wzrasta, nie jest to jednak wzrost statystycznie istotny. Jednak wzrost nasilenia mechanizmu izolacji umiarkowanie koreluje z poprawą objawową ( $r$  Pearsona =  $-0,477$ ;  $p < 0,01$ )

Mechanizmy obronne neurotyczne nie zmieniły się w sposób istotny statystycznie. Nie stwierdzono też istotnych statystycznie korelacji pomiędzy poprawą objawową a neurotycznymi mechanizmami obronnymi. Brak zmian w zakresie powyższych mechanizmów może wynikać z faktu, że krótkoterminowa psychoterapia proponowana w Centrum Psychoterapii skupia się na zmniejszaniu liczby mechanizmów najbardziej dezadaptacyjnych — niedojrzałych, i zwiększaniu stosowania mechanizmów obronnych najbardziej

Tabela 2  
Związki poprawy objawowej ze zmianami mechanizmów obronnych\*

ZMIANY MECHANIZMÓW OBRONNYCH	POPRAWA OBJAWOWA	
	Korelacja r Pearsona	Istotność
Zmiana MECHANIZMÓW NIEDOJRZAŁYCH	$r = 0,363$	$p = 0,045$
Zmiana mechanizmu PROJEKCJI	$r = 0,358$	$p = 0,048$
Zmiana mechanizmu BIERNEJ AGRESJI	$r = 0,317$	$p = 0,088$
Zmiana mechanizmu ACTING OUT	$r = 0,145$	$p = 0,443$
Zmiana mechanizmu EDULACJI	$r = -0,477$	$p = 0,007$
Zmiana mechanizmu DEJALUDACJI	$r = 0,213$	$p = 0,258$
Zmiana mechanizmu FANTAZJI SCHEZOIDALNYCH	$r = 0,076$	$p = 0,689$
Zmiana mechanizmu ZAPRZECZENIA	$r = -0,059$	$p = 0,759$
Zmiana mechanizmu UTYFARACJA	$r = 0,407$	$p = 0,023$
Zmiana mechanizmu DYSOCJACJI	$r = -0,087$	$p = 0,649$
Zmiana mechanizmu ROZSZCZEPIENIA	$r = 0,256$	$p = 0,171$
Zmiana mechanizmu RACJONALIZACJI	$r = -0,323$	$p = 0,081$
Zmiana mechanizmu SOMATYZACJI	$r = 0,267$	$p = 0,154$
Zmiana MECHANIZMÓW DOJRZAŁYCH	$r = -0,359$	$p = 0,048$
Zmiana mechanizmu SUBLIMACJI	$r = -0,205$	$p = 0,277$
Zmiana mechanizmu HUMORU	$r = -0,376$	$p = 0,141$
Zmiana mechanizmu ANTYUTYFARACJI	$r = 0,067$	$p = 0,725$
Zmiana mechanizmu STYUMENIA	$r = -0,447$	$p = 0,012$

\*Ze względu na to, że nie stwierdzono istotnych korelacji pomiędzy poprawą objawową a zmianą mechanizmów obronnych neurotycznych, w powyższej tabeli uwzględniono tylko mechanizmy obronne niedojrzałe i dojrzałe.

adaptacyjnych — dojrzałych. Mechanizmy neurotyczne, zajmujące pośrednie miejsce pomiędzy nimi, mniej zaburzają funkcjonowanie pacjentów, w związku z tym ich zmiana odgrywa mniejszą rolę w krótkoterminowej psychoterapii skoncentrowanej na wybranych problemach. Można też sądzić, że w badanej grupie przeważali pacjenci z głębszymi zaburzeniami, w których patologii mechanizmy obronne niedojrzałe odgrywają znacniejszą rolę niż mechanizmy neurotyczne.

### Wnioski

W trakcie leczenia zaburzeń nerwicowych stwierdzono umiarkowany związek pomiędzy poprawą objawową a zwiększeniem stosowania dojrzałych i zmniejszeniem niedojrzałych mechanizmów obronnych.

Uzyskane wyniki potwierdzają kliniczne obserwacje, zgodnie z którymi poprawa ob-

jawowa zachodząca w trakcie terapii jest związana ze zmianami w sposobie przeżywania, prowadzącymi do zwiększenia częstości stosowania dojrzałych mechanizmów obronnych i zmniejszenia niedojrzałych.

### Piśmiennictwo

1. Freud A. 1965: The ego and the mechanisms of defence. New York: International University Press; 1965.
2. Diagnostic and statistical manual of mental disorders. Fourth edition text revision. 2000: Washington D.C.: American Psychiatric Association; 2000.
3. Bond M. An empirical study of defensive styles: the defense style questionnaire. W: Vaillant G, red. Ego mechanisms of defence: a guide for clinicians and researches. Washington D. C., London, England; 1992; s. 43-58.
4. Albuher RC, Abelson JL, Nesse RM. Defence mechanism changes in successfully treated patients with obsessive-compulsive disorder. *Am. J. Psychiatry*, 1998; 155, 558-559.
5. Trzos E, Curyło A, Kokoszka A. Zmiany mechanizmów obronnych u pacjentów z zaburzeniami nerwicowymi i zaburzeniami osobowości leczonych psychoterapią grupową. VIII Krajowe Sympozjum Sekcji Naukowej Psychoterapii Polskiego Towarzystwa Psychiatrycznego, Białystok; 1998.
6. Aleksandrowicz JW. Kwestionariusz Objawowy S-II. *Psychiatr. Pol.* 34: 945-959.
7. Andrews G, Singh M, Bond M. The defence style questionnaire. *J. Nerv. Ment. Dis.* 1993; 181, 242-256.
8. Bogutyn T, Kokoszka A, Pałczyński J, Holas P. Defense mechanism in alexithymia. 1999; *Psychol. Rep.* 84: 183-187.

Adres: II Klinika Psychiatryczna AM  
ul. Kondratowicza 8  
03-242 Warszawa