

Mechanizmy obronne w zaburzeniach afektywnych – stan wiedzy

Defense mechanisms in affective disorders – the state of the art

Marta Mrozowicz-Wrońska

Uniwersytet im. Adama Mickiewicza w Poznaniu, Wydział Psychologii i Kognitywistyki

Summary

Defense mechanisms are unconscious, automatic processes that allow us to cope with tension and stress. They play a significant role in maintaining mental health, but the use of some of them, especially immature ones which strongly distort reality, can be associated with psychopathological symptoms. Multiple studies show a relationship between immature defensive styles and mood disorders. Individuals with depressive and bipolar affective disorders use more immature mechanisms compared to non-clinical control groups. At the same time, they rely less on mature, adaptive defense mechanisms. Immature defense mechanisms may negatively affect the course and effectiveness of treatment, while improvements toward the use of more mature defenses due to psychotherapy and other treatment interventions are observed.

Estimation of the maturity level of defense mechanisms may prove useful in the diagnostic process, especially in differentiating depressive disorders from anxiety disorders, differentiating between subtypes of mood disorders and in assessing the risk of suicidal behavior. Enhancing mature defense mechanisms and reducing reliance on immature ones may improve the overall functioning of patients with mood disorders and contribute to reducing the severity of psychopathological symptoms.

Słowa kluczowe: zaburzenia afektywne, mechanizmy obronne

Key words: affective disorders, defense mechanisms

Wstęp

Mechanizmy obronne

Mechanizmy obronne to nieświadome, automatyczne procesy, które przez zniekształcenie odbioru rzeczywistości pomagają nam poradzić sobie z napięciami i stresem wynikającymi z nagłych zmian w zewnętrznym środowisku lub w naszym świecie wewnętrznym [1]. Są to procesy o szczególnym znaczeniu dla naszego

psychicznego dobrostanu, a powtarzający się wzorec ich stosowania może być rozważany jako cecha osobowości [2]. Pojęcie mechanizmu obronnego wprowadził Freud w napisanej wspólnie z Breuerem pracy [3] *Über den psychischen Mechanismus hysterischer Phänomene: Vorläufige Mitteilung*. Było ono kluczowe dla jego teorii i praktyki terapeutycznej – psychoanalizy, a najważniejszym mechanizmem obronnym we freudowskim modelu było wyparcie [4, 5]. Mechanizmy obronne, podobnie jak strategie radzenia sobie [6], są sposobem adaptacji do zakłóceń równowagi, należy jednak odróżniać te dwa zjawiska [7]. Strategie radzenia sobie (*coping strategies*) są zazwyczaj powszechnie znanymi sposobami rozwiązania problematycznej sytuacji, są stosowane celowo, świadomie i wymagają wysiłku. Mechanizmy obronne zaś są nieświadome i nieintencjonalne, a zatem nie wymagają wysiłku; mają na celu raczej zmianę wewnętrznego stanu psychicznego i są uwarunkowane cechami osobowości. Obie te kategorie mogą być powiązane zarówno ze zdrowiem, jak i z patologią [7].

To, jaki wpływ na nasz stan psychiczny będzie miało stosowanie mechanizmów obronnych, zależy przede wszystkim od poziomu ich dojrzałości oraz od tego, w jakim stopniu są one adekwatne do wieku i sytuacji, z którą dana osoba próbuje sobie poradzić. Masywne zaprzeczenie rzeczywistości i ucieczka w fantazję może być jedynym sposobem radzenia sobie z trudną sytuacją, np. przemocy w rodzinie u bardzo małego dziecka lub u dorosłej osoby poddawanej torturom, ale w normalnych warunkach u dorosłego jest już związane z funkcjonowaniem na poziomie psychotycznym [1, 2, 7]. Dojrzałość mechanizmów obronnych odnosi się do tego, jak bardzo zniekształcają one postrzeganie rzeczywistości i w jakim stopniu jest to zniekształcenie odwracalne, a także jakie są konsekwencje ich stosowania dla samopoczucia jednostki i jakości jej relacji społecznych [1].

Vaillant [1] zasugerował podział mechanizmów obronnych na cztery grupy:

- (1) psychotyczne – projekcja psychotyczna, zaprzeczenie, zniekształcenie;
- (2) niedojrzałe – projekcja, fantazjowanie, hipochondryzacja, pasywna agresja, *acting out*, dysocjacja;
- (3) neurotyczne – przemieszczenie, izolacja/intelektualizacja, wyparcie, formacja reaktywna;
- (4) dojrzałe – altruizm, sublimacja, supresja, antycypacja, humor.

Mechanizmy psychotyczne są najbardziej prymitywne, a ich podstawową cechą jest zniekształcanie rzeczywistości. Mechanizmy niedojrzałe chronią przed przeżywaniem stresu, ale mogą prowadzić do zachowań nieakceptowalnych społecznie i bywają uciążliwe dla otoczenia. Przykładem są tutaj zachowania typu *acting out*, które mogą przybrać formę niszczenia mienia lub bezpośredniej agresji skierowanej na innych, czy też hipochondryzacja, gdzie symptomy somatyczne wymuszają na innych poświęcanie danej osobie uwagi i podejmowanie różnych, najczęściej nieprzynoszących żadnych pozytywnych efektów, działań [1]. Mechanizmy neurotyczne (dość powszechne) są mniej uciążliwe dla otoczenia, zniekształcenie rzeczywistości jest w ich przypadku niewielkie i łatwo poddają się interwencji terapeutycznej. I w końcu mechanizmy dojrzałe są standardowym wyposażeniem nastolatków i zdrowych dorosłych. Koncepcja

Vaillanta stała się podstawą popularnego w badaniach w obszarze psychopatologii narzędzia – *Defense Style Questionnaire* (DSQ) [8].

Kolejną ważną dla badań nad mechanizmami hierarchią jest ta zaproponowana przez Perry’ego [9, 10], uwzględniająca następujące poziomy:

- mechanizmy oparte na działaniu – *acting out*, narzekanie przy jednoczesnym odrzucaniu pomocy (*help-rejecting complaining*), zachowania bierno-agresywne;
- mechanizmy zniekształcające postrzeganie rzeczywistości (typowe dla organizacji osobowości typu *borderline*) – rozszczepienie obrazu innych, rozszczepienie obrazu *self*, identyfikacja projekcyjna;
- mechanizmy polegające na odcinaniu się od różnych aspektów rzeczywistości – zaprzeczenie, projekcja, racjonalizacja, autystyczne fantazjowanie;
- mechanizmy w niewielkim stopniu zniekształcające rzeczywistość (typowe dla osobowości narcystycznej) – dewaluacja obrazu siebie, dewaluacja obrazu innych, idealizacja obrazu siebie, idealizacja obrazu innych, omnipotencja;
- neurotyczne – wyparcie, dysocjacja, formacja reaktywna, przemieszczenie;
- obsesyjne – izolacja afektu, intelektualizacja, odczynianie;
- dojrzałe, adaptacyjne – afiliacja, altruizm, antycypacja, humor, asertywność, samoobserwacja, sublimacja, supresja.

Do pomiaru mechanizmów odpowiadających tej hierarchii Perry [10] stworzył narzędzie do kodowania materiału obserwacyjnego (np. wywiadu klinicznego) – *Defense Mechanism Rating Scale* (DMRS). Skala ta pozwala na obliczenie wskaźnika ODF (*Overall Defensive Functioning*), który jest miarą ogólnego poziomu funkcjonowania obronnego. Im dojrzałe obrony stosuje dana osoba, tym wyższy wynik uzyskuje.

W prezentowanym przeglądzie zastosowano dwa kryteria selekcji: próbkę badawczą oraz sposób pomiaru mechanizmów obronnych. W grupie badanej musiały zostać wyróżnione osoby, u których zdiagnozowano objawy zaburzeń nastroju, a pomiar mechanizmów obronnych musiał zostać przeprowadzony za pomocą sprawdzonych narzędzi kwestionariuszowych lub obserwacyjnych. Tam, gdzie badanie opisywane jest szerzej, w nawiasach znajdzie czytelnik informację o zastosowanej w badaniu metodzie pomiaru. W analizie piśmiennictwa skoncentrowano się na badaniach z ostatnich 30 lat, dokonując szczegółowego przeglądu rezultatów wyszukiwania w bazie Google Scholar takich słów kluczowych jak „mechanizmy obronne” i „zaburzenia nastroju”. Ze względu na ograniczone ramy pracy dokonano selekcji, przedstawiając badania reprezentatywne dla danego problemu badawczego związanego z rolą mechanizmów obronnych w zaburzeniach nastroju.

Mechanizmy obronne w zaburzeniach afektywnych

Badania dotyczące związku mechanizmów obronnych z zaburzeniami psychicznymi, w tym z zaburzeniami nastroju, można przypisać do kilku szerszych kategorii.

Pierwsza kategoria to badania, w których grupy kliniczne porównywane są z nieklinicznymi pod względem dojrzałości stylu obronnego. Druga to próby stworzenia profilu obronnego charakterystycznego dla specyficznego zaburzenia przez porównywanie podgrup pacjentów z różnymi objawami. Kolejny nurt badań to oszacowanie wpływu dojrzałości mechanizmów obronnych na efektywność leczenia farmakologicznego i psychoterapeutycznego oraz obserwowanie zmian, jakie zachodzą w mechanizmach obronnych pod wpływem działań terapeutycznych. Analizowany jest również związek mechanizmów obronnych ze szczególnie destrukcyjnymi zachowaniami, takimi jak np. próby samobójcze. Istnieją także badania, w których mechanizmy obronne pełnią funkcję mediującą między czynnikiem stresowym lub predyspozycją do danego zaburzenia a jego rzeczywistym wystąpieniem.

Zaburzenia depresyjne

Liczne badania wskazują na istnienie pozytywnego związku między objawami zaburzeń nastroju a tendencją do stosowania niedojrzałych mechanizmów obronnych oraz na istnienie negatywnego związku z tendencją do stosowania dojrzałych obron [11–17]. Ponadto obserwuje się zmianę w kierunku większej dojrzałości funkcjonowania obronnego pod wpływem terapii [18]. Mechanizmy obronne wydają się też odgrywać istotną rolę moderującą poziom poprawy uzyskiwanej w leczeniu [19].

W badaniu Akkermana i wsp. [12] w grupie 68 pacjentów z diagnozą wielkiej depresji zaobserwowano istotnie mniej dojrzałych mechanizmów obronnych (pomiar – DSQ-40) w porównaniu z grupą kontrolną. Pomiar powtórzono po 6 miesiącach i po dwóch latach leczenia farmakologicznego połączonego z psychodynamicznie zorientowaną terapią wspierającą w wymiarze pół godziny tygodniowo, stwierdzając wzrost stosowania mechanizmów dojrzałych w grupie klinicznej. U pacjentów, którzy kontynuowali leczenie przez pełne 2 lata, odnotowano także zmniejszenie nasilenia niedojrzałych obron. Badania Spinhovena i Kooimana [13] w grupie pacjentów, u których zdiagnozowano zaburzenia depresyjne (w tym: dystymię = 35 pacjentów; większe zaburzenie depresyjne, pojedynczy epizod = 35; większe zaburzenie depresyjne nawracające = 16; nieokreślone zaburzenie depresyjne = 6; 1 pacjent otrzymał diagnozę kilku różnych zaburzeń depresyjnych; pacjentów z zaburzeniami nastroju wyselekcjonowano z próbki 483 pacjentów, którzy zgłosili się do poradni psychiatrycznej), wykazały pozytywny związek niedojrzałych i neurotycznych mechanizmów obronnych oraz negatywny związek mechanizmów dojrzałych (pomiar – DSQ-36) z nasileniem objawów depresyjnych.

Należy też wspomnieć o jednym z najdłuższych badań longitudinalnych poświęconych zdrowiu i dobrostanowi (*The Grant Study*), w którym śledzono historie życia studentów Uniwersytetu Harvarda, zaczynając od wczesnej dorosłości, a kończąc na późnej starości. Mechanizmy obronne w tej grupie oceniano, analizując obszerny materiał zebrany przez kolejne lata trwania projektu – w tym wywiady z badanymi, historię ich życia, obserwacje prowadzących badania etc. Analiza związku między mechanizmami obronnymi a zdrowiem psychicznym w tej grupie [16] wykazała, że 53% spośród uczestników badania, u których na jakimś etapie życia stwierdzono

depresję, mieściło się w dolnym kwartyle, jeśli chodzi o dojrzałość mechanizmów obronnych, podczas gdy w grupie mężczyzn, którzy nigdy nie wymagali leczenia psychiatrycznego, tylko 9% miało tendencje do niedojrzałego funkcjonowania obronnego. Na marginesie dodajmy, że poziom dojrzałości mechanizmów obronnych mierzony między 20. a 47. rokiem życia był pozytywnie związany z dobrostanem psychicznym w wieku 70 i 80 lat.

Høglend i Perry [20] podjęli próbę zidentyfikowania mechanizmów obronnych, które mogą mieć szczególne znaczenie dla nasilenia objawów depresyjnych i wpływać na przebieg leczenia. W ich badaniu w grupie pacjentów z większym zaburzeniem depresyjnym ($N = 16$, w tym 4 pacjentów ze współwystępującymi zaburzeniami lękowymi, 10 ze współwystępującym zaburzeniem osobowości) ogólny wskaźnik dojrzałości funkcjonowania obronnego w skali DMRS okazał się silnym predyktorem poziomu funkcjonowania po pół roku od diagnozy. U pacjentów, u których poprawa stanu psychicznego (po standardowym leczeniu farmakologicznym i/lub psychoterapeutycznym w formie psychoterapii wspierającej prowadzonej raz w tygodniu) była relatywnie mniejsza, Høglend i Perry [20] zaobserwowali silniejszą tendencję do stosowania tzw. obron depresyjnych, czyli pasywnej agresji, *acting out*, narzekania przy jednoczesnym odrzucaniu pomocy, identyfikacji projekcyjnej, rozszczepienia obrazu siebie i innych oraz projekcji i dewaluacji. Związek depresyjnych obron z natężeniem objawów depresyjnych potwierdzono także w najnowszych badaniach [21]. W grupie pacjentów z objawami zaburzeń depresyjnych ($N = 12$; u 5 pacjentów zdiagnozowano równoległe nieokreślone zaburzenie osobowości, a u 1 osoby zależne zaburzenie osobowości) porównano poziom funkcjonowania obronnego (pomiar – DMRS oraz DSQ-88) na początku i po zakończeniu leczenia obejmującego oddziaływania farmakologiczne i psychoterapeutyczne (20 sesji terapii w podejściu CBT lub psychodynamicznym) oraz ponownie po 12 miesiącach. Na początku leczenia u pacjentów stwierdzono niewielką tendencję do stosowania adaptacyjnych obron, która zwiększyła się w miarę leczenia i pozostała większa rok po jego zakończeniu; tendencja do stosowania niedojrzałych obron zmniejszyła się, a w odniesieniu do obron ze średniego poziomu nie stwierdzono istotnych zmian. Obrony depresyjne silnie korelowały z nasileniem depresji w chwili kończenia terapii. Pomiar po roku nadal wykazywał korelację, ale nie była już ona istotna statystycznie. Należy tu zaznaczyć, że grupa badana była niewielka i rola tzw. depresyjnych obron wymaga dalszej eksploracji.

Istotna funkcja mechanizmów obronnych jako moderatora efektów leczenia potwierdza się także w innych badaniach [19, 22, 23]. Wiele danych empirycznych przemawia za tym, że poprawa funkcjonowania pod wpływem terapii może być związana ze wzrastającą tendencją do rezygnowania z niedojrzałych obron na rzecz tych bardziej adaptacyjnych. Badania potwierdzają pozytywny wpływ terapii – zarówno psychodynamicznej, jak i CBT – na styl obronny [18, 19, 24]; poprawa funkcjonowania obronnego może się pojawić nawet po kilkudniowej hospitalizacji [25]. W naturalistycznym, longitudinalnym badaniu [23, 24] w grupie pacjentów z zaburzeniami depresyjnymi, osobowości i lękowymi ($N = 53$) biorącymi udział w długoterminowej terapii psychodynamicznej (od 3 do 5 lat) zmiana w kierunku większej dojrzałości mechanizmów obronnych (pomiar – DMRS i DSQ-88) okaza-

ła się pozytywnie związana ze zmniejszeniem objawów depresyjnych i z jakością przymierza terapeutycznego.

Badania wskazują także na poziom funkcjonowania obronnego jako istotny wskaźnik ryzyka podjęcia próby samobójczej w przebiegu depresji. Corruble i wsp. [26] wykazali pozytywną korelację niedojrzałych i neurotycznych mechanizmów obronnych (pomiar – DSQ-40) oraz negatywną korelację dojrzałego stylu obronnego z poziomem impulsywności w grupie 77 pacjentów z depresją. Liczba prób samobójczych okazała się pozytywnie skorelowana nie tylko z impulsywnością, ale też z tendencją do stosowania niedojrzałych obron, przede wszystkim: odczyniania, projekcji, pasywnej agresji, *acting out*, rozszczepienia i somatyzacji. W kolejnym badaniu w grupie pacjentów z diagnozą depresji Corruble i wsp. [27] porównali styl obronny (pomiar – DSQ-40) pacjentów przyjętych po niedawnej próbie samobójczej ($N = 60$) ze stylem obronnym pacjentów bez takiej próby w ostatnim czasie ($N = 96$). Pacjenci po próbie samobójczej ujawnili silniejszą tendencję do stosowania niedojrzałych obron, przede wszystkim: *acting out*, pasywnej agresji, autystycznego fantazjowania i projekcji.

W badaniu Hovanesian i wsp. [28] porównano grupy pacjentów z depresją przyjętych na oddział po próbie samobójczej ($N = 24$) z pacjentami bez próby samobójczej ($N = 49$). Stosowanie mechanizmów obronnych (pomiar – DSQ-36) zniekształcających rzeczywistość, takich jak izolacja, dysocjacja, dewaluacja, rozszczepienie i zaprzeczenie, związane było z większym prawdopodobieństwem podjęcia próby samobójczej. Gdy w analizach statystycznych kontrolowano wpływ stylu obronnego, okazało się, że związek między natężeniem objawów i poprzednimi próbami samobójczymi nie jest istotny statystycznie. Zdaniem autorów świadczy to o tym, że na zachowania suicydalne największy wpływ ma nie tyle samo natężenie objawów, ile to, jak pacjent sobie z nimi radzi.

Wygląda na to, że specyficzny profil obronny w zaburzeniach depresyjnych jest inny niż np. w zaburzeniach lękowych. Blaya i wsp. [29] w swoim badaniu dowiedli, że pacjenci z większą depresją ($N = 28$) częściej w porównaniu z pacjentami z zaburzeniami lękowymi (lękiem społecznym, $N = 33$; zaburzeniem panicznym, $N = 79$; OCD, $N = 27$) stosowali niedojrzałe mechanizmy obronne (pomiar – DSQ-40); szczególnie dotyczyło to mechanizmu projekcji. Podobny wynik uzyskali Colovic i wsp. [30], badając grupę pacjentów z zaburzeniami depresyjnymi ($N = 30$), lękowymi ($N = 30$) oraz grupę kontrolną ($N = 30$). Zidentyfikowali oni ponadto dewaluację jako mechanizm typowy dla zaburzenia depresyjnego.

Niedojrzały styl obronny jako atrybut różnicujący pacjentów depresyjnych od pacjentów lękowych potwierdziły także nowsze badania. Olson i wsp. [31] przeprowadzili badanie w grupie studentów ($N = 1182$), identyfikując te osoby, których wyniki w kwestionariuszu osobowości (*Personality Assessment Inventory*) mieściły się w obszarze klinicznym. Następnie na podstawie wyników w podskalach depresji oraz lęku podzielili uzyskaną w ten sposób próbkę badawczą na grupę depresyjną ($N = 25$) i lękową ($N = 94$). Grupę depresyjną charakteryzowało poleganie na niedojrzałych obronach (pomiar – *Defense-Q* oraz DSQ-72), w grupie lękowej zaś dominowały obrony neurotyczne. Analizy pozwoliły także wyodrębnić mechanizmy obronne specyficzne dla profilu depresyjnego – były to m.in. *acting out*, izolacja i projekcja. Według autorów

ocena mechanizmów obronnych może być pomocnym narzędziem do różnicowania zaburzeń lękowych i depresyjnych, a zidentyfikowanie u pacjenta obron typowych dla zaburzenia depresyjnego może wskazywać na konieczność bliższego przyjrzenia się pacjentowi pod kątem możliwej depresyjnej symptomatologii.

Zaburzenia afektywne dwubiegunowe

Jeśli chodzi o rolę mechanizmów obronnych w zaburzeniu afektywnym dwubiegunowym (ChAD), to jest to obszar mniej eksplorowany, a wyniki nielicznych badań nie są do końca spójne. W badaniach Kramer i wsp. [32, 33] osoby z ChAD (w pierwszym badaniu $N = 30$; w drugim $N = 18$) częściej niż grupa kontrolna ($N = 30$; $N = 18$) korzystały z niedojrzałych mechanizmów obronnych – narcystycznych, odcinających od rzeczywistości i *borderline* (pomiar – DMRS). Na poziomie pojedynczych obron różnicę zaobserwowano w natężeniu stosowania: omnipotencji, racjonalizacji, rozszczepienia obrazu innych, identyfikacji projekcyjnej oraz *acting out*. Jednocześnie osoby z ChAD rzadziej sięgały po mechanizmy dojrzałe i neurotyczne, z wyjątkiem przemieszczenia, którego używały częściej w porównaniu z grupą kontrolną. Dojrzałe mechanizmy obronne, szczególnie asertywność, okazały się pozytywnie skorelowane z jakością przymierza terapeutycznego. Nie stwierdzono natomiast różnic w mechanizmach obronnych ze względu na dominującą symptomatologię – maniacką vs. depresyjną.

Związek stylu obronnego z symptomatologią zaobserwowali natomiast Sharma i Sinha [34]. W ich badaniu wzięli udział pacjenci z ChAD I ($N = 10$) w aktualnej fazie manii i w aktualnej fazie depresji ($N = 10$) oraz pacjenci z zaburzeniami depresyjnymi ($N = 10$), a do pomiaru mechanizmów obronnych użyto DMRS oraz DMM. *Defense Mechanism Manual* (DMM) to system pomiaru zaproponowany przez Cramer [35], pozwalający oszacować stosowanie trzech obron: zaprzeczenia, projekcji i dojrzałej identyfikacji. Zaprzeczenie jest w nim najbardziej niedojrzałym mechanizmem, a identyfikacja najbardziej adaptacyjnym. Porównanie stylu obronnego wykazało, że pacjenci w manii stosowali więcej zaprzeczenia i mniej obron neurotycznych w porównaniu z pacjentami z ChAD I w epizodzie depresji, a w porównaniu z pacjentami depresyjnymi więcej zaprzeczenia, mechanizmów *borderline* i narcystycznych. Z kolei grupa z ChAD I w epizodzie depresji w porównaniu z pacjentami depresyjnymi stosowała więcej zaprzeczenia, obron opartych na działaniu i *borderline*. Jeśli chodzi o pacjentów z zaburzeniami depresyjnymi, to w tej grupie częściej polegano na dojrzałej identyfikacji oraz obronach z poziomu neurotycznego i adaptacyjnego. Porównanie wskaźnika ODF ujawniło, że pacjenci z zaburzeniem depresyjnym stosują ogólnie dojrzałe mechanizmy obronne niż pacjenci z ChAD I i, co ciekawe, ci ostatni, zarówno maniacki, jak i aktualnie depresyjni, nie różnią się między sobą w wynikach ODF. Autorzy zwracają uwagę na spójność swoich wyników z psychoanalitycznymi koncepcjami zaburzeń afektywnych i sugerują, że to mechanizmy obronne mogą pomóc różnicować pacjentów depresyjnych z pacjentami z depresją w przebiegu ChAD, mimo dużej spójności obserwowalnych objawów.

Mechanizmy obronne są także rozważane jako możliwy czynnik pośredniczący w etiologii ChAD. W literaturze przedmiotu znany jest związek między doświad-

zeniem traumy w dzieciństwie (tj. przemoc fizyczna, emocjonalna, wykorzystanie seksualne, zaniedbanie) a prawdopodobieństwem ChAD w wieku dorosłym. Wang i wsp. [36] przeprowadzili badania w grupie pacjentów z ChAD I ($N = 44$) i ChAD II ($N = 42$), wykazując istotną rolę mechanizmów obronnych (pomiar – DSQ-88) jako czynnika mediującego związek między doświadczeniem traumy a ryzykiem wystąpienia ChAD [37].

Podsumowanie

Przedstawiony powyżej przegląd badań wskazuje na istotną rolę stylu obronnego w etiologii, przebiegu i efektywności leczenia zaburzeń afektywnych. Osoby z zaburzeniami depresyjnymi i zaburzeniem afektywnym dwubiegunowym mogą mieć tendencję do stosowania niedojrzałych mechanizmów obronnych i trudności w korzystaniu z tych adaptacyjnych. Poziom funkcjonowania obronnego może być czynnikiem wpływającym na przebieg i efektywność leczenia, w tym m.in. na jakość przymierza terapeutycznego. Procedury lecznicze, zwłaszcza zaś psychoterapia, a nawet krótka hospitalizacja, mogą mieć pozytywny wpływ na poprawę funkcjonowania obronnego w kierunku stosowania bardziej dojrzałych sposobów radzenia sobie. Diagnoza stylu obronnego może być dla klinicystów przydatna w ocenie ryzyka zachowań suicydalnych, w różnicowaniu poszczególnych podtypów zaburzeń afektywnych oraz w różnicowaniu tych ostatnich z zaburzeniami lękowymi. Może być również cenną informacją pozwalającą na przewidywanie przebiegu dalszego leczenia. Działania mające na celu zmniejszenie polegania na niedojrzałych mechanizmach obronnych w pracy z pacjentami z zaburzeniami afektywnymi może pozytywnie wpłynąć na poprawę ich funkcjonowania i zmniejszenie natężenia objawów psychopatologicznych.

Piśmiennictwo

1. Vaillant GE. *Wisdom of the ego*. Cambridge–London: Harvard University Press; 1997.
2. Perry JC, Bond M. *Defensive functioning*. W: Oldham JM, Skodol DS, Bender DS red. *The American Psychiatric Publishing: Textbook of personality disorders*, 2nd ed. Washington–London: American Psychiatric Publishing; 2005. S. 523–540.
3. Breuer J, Freud S. *Studies on hysteria*. W: Strachey J red i tłum. *The standard edition of the complete psychological works of Sigmund Freud*, vol. 2. London: The Hogarth Press and the Institute of Psycho-Analysis; 1983/1955.
4. Freud S. *Repression*. W: Strachey J red i tłum. *The standard edition of the complete psychological works of Sigmund Freud*, vol. 14. London: The Hogarth Press and the Institute of Psycho-Analysis; 1915. S. 141–158.
5. Madison P. *Freud's concept of repression and defense, its theoretical and observational language*. Minneapolis: University of Minnesota Press; 1961.
6. Lazarus RS, Folkman S. *Stress, appraisal and coping*. New York: Springer; 1984.
7. Cramer P. *Protecting the self. Defense mechanisms in action*. New York: Guilford Press; 2006.

8. Andrews G, Singh M, Bond M. *The defense style questionnaire*. J. Nerv. Ment. Dis. 1993; 181(4): 246–254.
9. Perry JC, Henry M. *Studying defense mechanisms in psychotherapy using The Defense Mechanism Rating Scales*. W: Hentschel U, Smith G, Draguns JG, Ehlers W red. *Defense mechanism: Theoretical, research and clinical perspectives*. Amsterdam etc.: Elsevier; 2004.
10. Perry JC. *Defense Mechanisms Rating Scales (DMRS)*, 5th ed. Cambridge, MA; 1990.
11. Bloch AL, Shear MK, Markowitz JC, Leon AC, Perry JCH. *An empirical study of defense mechanisms in dysthymia*. Am. J. Psychiatry 1993; 150(8): 1194–1198.
12. Akkerman K, Lewin TJ, Carr VJ. *Long-term changes in defense style among patients recovering from major depression*. J. Nerv. Ment. Dis. 1999; 187(2): 80–87.
13. Spinhoven P, Kooiman C. *Defense style in depressed and anxious psychiatric outpatients: An explorative study*. J. Nerv. Ment. Dis. 1997; 185(2): 87–94.
14. Bond M. *Empirical studies of defense style: Relationships with psychopathology and change*. Harv. Rev. Psychiatry 2004; 12(5): 263–278.
15. Calati R, Oasi O, De Ronchi D, Serretti A. *The use of the defense style questionnaire in major depressive and panic disorders: A comprehensive meta-analysis*. Psychol. Psychother. 2010; 83(Pt 1): 1–13.
16. Vaillant GE. *Triumphs of the experience: The men of the Harvard Grant Study*. Cambridge: Harvard University Press; 2012.
17. Carvalho AF, Hyphantis TN, Taunay TC, Macêdo DS, Floros GD, Ottoni GL i wsp. *The relationship between affective temperaments, defensive styles and depressive symptoms in a large sample*. J. Affect. Disord. 2013; 146(1): 58–65.
18. Babl A, Holtforth MG, Perry JC, Schneider N, Dommann E, Heer S i wsp. *Comparison and changes of defense mechanisms over the course of psychotherapy in patients with depression or anxiety disorder: Evidence from a randomized controlled trial*. J Affect. Disord. 2019; 252: 212–220.
19. Kramer U, Roten de Y, Perry JCH, Despland JN. *Change in defense mechanisms and coping patterns during the course of 2-year-long psychotherapy and psychoanalysis for recurrent depression*. J. Nerv. Ment. Dis. 2013; 201(7): 614–620.
20. Høglend P, Perry JCH. *Defensive functioning predicts improvement in major depressive episodes*. J. Nerv. Ment. Dis. 1998; 186(4): 238–243.
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*. J. Nerv. Ment. Dis. 2020; 208(4): 261–268.
22. Mullen LS, Blanco C, Vaughan SC, Vaughan R, Roose SP. *Defense mechanisms and personality in depression*. J. Depress. Anxiety 1999; 10(4): 168–174.
23. Bond M, Perry JC. *Long-term changes in defense styles with psychodynamic psychotherapy for depressive, anxiety and personality disorders*. Am. J. Psychiatry 2004; 161(9): 1665–1670.
24. Perry JC, Bond M. *Change in defense mechanisms during long-term dynamic psychotherapy and five-year outcome*. Am. J. Psychiatry 2012; 169(9): 916–925.
25. Kneepkens RG, Oakley LD. *Rapid improvement in the defense style of depressed women and men*. J. Nerv. Ment. Dis. 1996; 184(6): 358–361.
26. Corruble E, Hatem N, Damy C, Falissard B, Guelfi JD, Reynaud M i wsp. *Defense styles, impulsivity and suicide attempts in major depression*. Psychopathology 2003; 36(6): 279–284.

27. Corruble E, Bronnec M, Falissard B, Hardy P. *Defense styles in depressed suicide attempters*. Psychiatry Clin. Neurosci. 2004; 58(3): 285–288.
28. Hovanesian S, Isakov I, Cervellione KL. *Defense mechanisms and suicide risk in major depression*. Arch. Suicide Res. 2009; 13(1): 74–86.
29. Blaya C, Dornelles M, Blaya R, Kipper L, Heldt E, Isolan L. *Do defense mechanisms vary according to the psychiatric disorder?* Rev. Bras. Psiquiatr. 2006; 28(3): 179–183.
30. Colovic O, Tosevski DL, Mladenovid IP, Milosavljevid M, Munjiza A. *Defense mechanisms in “pure” anxiety and “pure” depressive disorders*. J. Nerv. Ment. Dis. 2016; 204(10): 746.
31. Olson TR, Presniak MD, MacGregor MW. *Differentiation of depression and anxiety groups using defense mechanisms*. J. Nerv. Ment. Dis. 2009; 197(11): 834–840.
32. Kramer U, Roten de Y, Perry JCH, Desplan JN. *Specificities of defense mechanism in bipolar affective disorder. Relations with symptoms and therapeutic alliance*. J. Nerv. Ment. Dis. 2009; 197(9): 675–681.
33. Kramer U. *Defense and coping in bipolar affective disorder: Stability and change of adaptational processes*. Br. J. Clin. Psychol. 2010; 49(Pt 3): 291–306.
34. Sharma P, Sihha UK. *Defense mechanisms in mania, bipolar depression and unipolar depression*. Psychol. Stud. (Mysore) 2010; 55(3): 239–247.
35. Cramer P. *The development of defense mechanisms*. New York: Spirnger-Verlag; 1991.
36. Wang L, Yin Y, Bian Q, Zhou Y, Huang J, Zhang P i wsp. *Immature defense mechanisms mediate the relationship between childhood trauma and onset of bipolar disorder*. J. Affect. Disord. 2021; 278: 672–677.
37. Finzi-Dottan R, Karu T. *From emotional abuse in childhood to psychopathology in adulthood. A path mediated by immature defense mechanisms and self-esteem*. J. Nerv. Ment. Dis. 2006; 94(8): 616–621.

Adres: Marta Mrozowicz-Wrońska
Wydział Psychologii i Kognitywistyki
Uniwersytet im. Adama Mickiewicza w Poznaniu
60-568 Poznań, ul. Szamarzewskiego 89/AB
e-mail: marta.mrozowicz@amu.edu.pl

Otrzymano: 7.10.2021

Zrecenzowano: 17.12.2021

Otrzymano po poprawie: 17.01.2022

Przyjęto do druku: 18.01.2022