

Związek pomiędzy obrazem siebie a repertuarem stosowanych mechanizmów obronnych w grupie pacjentów młodzieżowych leczonych psychiatrycznie

The association between self-image and defence mechanisms in a group of adolescent patients receiving psychiatric treatment

Bartosz Treger¹, Feliks Matusiak¹, Maciej W. Pilecki¹, Monika Rogoź²

¹Klinika Psychiatrii Dzieci i Młodzieży UJ CM

²Ośrodek Psychoterapii Dzieci Dorosłych Alkoholików Krakowskiego Centrum Terapii Uzależnień

Summary

Aim. The aim of the study was to explore the relationship between various areas of self-image and defence mechanisms in adolescents. The study included a division into groups according to whether or not they were receiving psychiatric treatment.

Methods. Data were obtained from two groups: a clinical group (30 persons), consisting of adolescent patients of the Adolescent Inpatient Ward of the Child and Adolescent Psychiatry Clinic and a control group (40 persons), adolescents attending upper secondary school. The Defence Style Questionnaire DSQ-40 and the Offer Self Image Questionnaire were used in the study.

Results. Results showed no differences, in the maturity levels of the defence mechanisms, between the two groups. Subjects from the clinical group had a significantly lower self-image of themselves than subjects from the control group. In both groups, the use of mature defence mechanisms was accompanied by a positive self-image, while the use of less mature defence mechanisms was associated with a lower self-image. Comparison of the groups revealed different relationships between the aspects of self-image and used defence mechanisms, in particular the mechanism of projection. Number of significant correlations was greater in the clinical group.

Conclusions. In the context of lower self-image, the study revealed the importance of such defence mechanisms as projection, acting out, somatization or schizoid fantasies. The obtained results seem to confirm a hypothesis that the assessment of the maturity of defence mechanisms in the period of adolescence is less clear and clinically useful.

Słowa kluczowe: mechanizmy obronne, adolescencja, obraz siebie

Key words: defence mechanisms, adolescence, self-image

Wstęp

Obraz siebie (self-image) jest terminem opisującym wewnętrzną narrację o nas samych. Obraz ten definiowany jest jako ocena własnych kompetencji. Stanowi rodzaj mapy, którą jednostka posługuje się w celu organizowania własnego zachowania i stosunku do siebie. Jest to zorganizowany zespół opinii, sądów i przekonań dotyczących własnego wyglądu, zdolności i umiejętności, inteligencji, postaw, potrzeb psychicznych, stosunków i pozycji wśród innych ludzi oraz indywidualnych aspiracji [1, 2].

Obraz siebie jest konstruktem złożonym i wielowymiarowym. Autorzy zajmujący się tą problematyką zakładają, że zbudowany jest on z trzech warstw: opisowej, ocennej oraz normatywnej [1–3].

Istnieje wiele koncepcji obrazu siebie. Jedną z nich jest osadzona w języku teorii psychodynamicznej koncepcja D. Offera. Według tego autora obraz siebie to całość spostrzeżeń, myśli i uczuć dotyczących własnej osoby, mogących być nazwanymi i wyartykułowanymi. W tym ujęciu obraz ten stanowi wyraz głębokich struktur poznawczych oraz cech osobowości integrujących i stabilizujących zarówno działania jednostki, jak i jej sposób myślenia o sobie i o świecie [4]. U badanych kwestionariuszem Offera, niezależnie od kontekstu kulturowego [5–15], większość zaburzeń psychicznych – poza anoreksją o typie restrykcyjnym i zaburzeniami zachowania – powiązana jest z negatywnymi aspektami obrazu siebie.

Jedno z interesujących pytań, jakie pojawia się w kontekście omawianej problematyki, dotyczy związku obrazu siebie i stosowanych mechanizmów obronnych. Historycznie, w paradygmacie psychodynamicznym, cechą wspólną mechanizmów obronnych było chronienie ego przed popędowymi żądaniami id. Współcześnie mechanizmy obronne są rozumiane jako automatyczne procesy regulacji self, których celem jest redukcja rozbieżności poznawczych i minimalizacja nagłych zmian rzeczywistości wewnętrznej i zewnętrznej. Dokonuje się to poprzez zakłócanie percepcji zdarzeń zagrażających [16]. Obecnie wiele form zaburzeń osobowości definiowanych jest w odniesieniu do mechanizmów obronnych rozumianych jako różne typy działania mające ochronić self [17]. Są one klasyfikowane według hierarchii, w której na jednym biegunie znajdują się najbardziej niedojrzałe, patologiczne mechanizmy, a na drugim – strategie najbardziej dojrzałe, zdrowe. Indywidualny profil mechanizmów obronnych jest wyznacznikiem ogólnego stanu zdrowia psychicznego, zdolności do adaptacji i radzenia sobie [18, 19]. Według Bonda [20] oraz Gralinskiego i wsp. [21], spektrum używanych mechanizmów obronnych związane jest ze stopniem rozwoju osobowości i psychopatologii. Badania Parisa [22] wskazują na ich istotną, pośredniczącą rolę w genezie zaburzeń psychicznych. Posługiwanie się dojrzałszymi mechanizmami związane jest z lepszą adaptacją do wewnętrznych i zewnętrznych zmienności i wymagań. Pozwalają one na bardziej adaptacyjne postrzeganie zjawisk inter- i intrapsychicznych, mechanizmy niedojrzałe mają zaś potencjał do znacznego zniekształcania percepcji.

W związku z powyższym pojawia się pytanie o zależności pomiędzy obrazem siebie a rodzajem stosowanych mechanizmów obronnych u osób w okresie adolescencji z uwzględnieniem obecności lub braku objawów psychopatologicznych. Zagadnienie

to rzadko jest przedmiotem badań naukowych, pozostaje raczej w gestii analiz klinicznych i opisów przypadków.

Material

Grupę badaną stanowili młodzieżowi pacjenci oddziału stacjonarnego Kliniki Psychiatrii Dzieci i Młodzieży Szpitala Uniwersyteckiego w Krakowie, którzy trafili na leczenie i zostali zdiagnozowani psychiatrycznie zgodnie z kryteriami diagnostycznymi ICD-10. Badaniem została objęta grupa pacjentów bezpośrednio po pierwszym przyjęciu na oddział. Do badania nie zostały włączone osoby z rozpoznaniem psychozy oraz z ilorazem inteligencji poniżej 80 pkt (wg testu Wechslera). Grupa kliniczna składała się z 30 osób – piętnastu dziewcząt i piętnastu chłopców. Średni wiek wyniósł 16 lat i 4 miesiące, najmłodszy badany miał 15 lat i 4 miesiące, a najstarszy 17 lat i 6 miesięcy. Rozpoznanie w grupie klinicznej to: zaburzenia zachowania i emocji – 9 osób, jądłowstret psychiczny – 6, zaburzenia adaptacyjne – 3, zaburzenia lękowo-depresyjne – 2, sytuacyjna reakcja na stres – 2, dystymia – 1, zaburzenia obsesyjno-kompulsyjne – 4, zaburzenia somatyzacyjne – 1, zaburzenia lękowe – 2.

Grupę kontrolną stanowiło dwadzieścia dziewcząt i dwudziestu chłopców nieobjętych leczeniem psychiatrycznym. W grupie kontrolnej średni wiek to 16 lat i 9 miesięcy, najmłodszy badany miał 15 lat i 9 miesięcy, a najstarszy – 17 lat i 8 miesięcy.

Grupy nie różniły się statystycznie pod względem wieku, płci, rodzaju szkoły, miejsca zamieszkania, struktury rodziny, wykształcenia rodziców i ich pracy.

Metoda

Kwestionariusz do oceny dojrzałości mechanizmów obronnych DSQ-40

Do badania mechanizmów obronnych wykorzystany został kwestionariusz DSQ-40 (Defense Style Questionnaire 40) [23]. W Polsce narzędzie to zostało przetłumaczone w 1995 roku przez zespół pod kierownictwem A. Kokoszki i J. Pałczyńskiego. Badania nad właściwościami psychometrycznymi narzędzia w grupie adolescentów potwierdziły jego zadowalającą trafność i rzetelność [24].

Obecna wersja kwestionariusza składa się z 40 pytań, na które badani odpowiadają na 9-punktowej skali. Analiza czynnikowa wersji oryginalnej wyłoniła trzy grupy mechanizmów (style obronne).

Oceniane jest 20 mechanizmów obronnych, pogrupowanych na 3 kategorie: [25]:

1. styl dojrzały: sublimacja, humor, antycypacja, stłumienie,
2. styl neurotyczny: odczynianie, pseudoaltruizm, idealizacja, formacja reaktywna,
3. styl niedojrzały: projekcja, bierna agresja, acting out, izolacja, dewaluacja, fantazje schizoidalne, zaprzeczenie, przemieszczenie, dysocjacja, rozszczepienie, racjonalizacja, somatyzacja.

W badaniu własnym wykonano analizę spójności wewnętrznej narzędzia, obliczając współczynnik alfa Cronbacha. Zadowalające wartości tego współczynnika uzyskano w dwóch skalach (humor $\alpha = 0,767$, fantazje schizoidalne, $\alpha = 0,777$).

Badanie mechanizmów obronnych za pomocą kwestionariusza DSQ-40 polega na opisie reakcji na dwie sytuacje. Brak spójności odpowiedzi może być podyktowany umiarkowanym nasileniem tendencji do stosowania badanego mechanizmu obronnego, a nie niską rzetelnością narzędzia. Rzetelność ta wymaga jednak dalszych badań na większej populacji z zastosowaniem procedury test-retest. Z uwagi na wątpliwości co do rzetelności narzędzia, w dyskusji wyników autorzy odniosą się do wyników skal, w których współczynnik alfa Cronbacha wyniósł powyżej 0,5 (odczynianie, $\alpha = 0,584$, projekcja, $\alpha = 0,662$, acting out, $\alpha = 0,578$, izolacja, $\alpha = 0,566$, somatyzacja, $\alpha = 0,582$).

Kwestionariusz Obrazu Siebie

Drugim narzędziem wykorzystanym w badaniu jest Kwestionariusz Obrazu Siebie (The Offer Self-Image Questionnaire for Adolescents) D. Offera [4], służący do badania obrazu siebie nastolatków. Adaptacja kwestionariusza do warunków polskich została wykonana przez W. Badurę-Madej [26]. W prezentowanym badaniu uzyskano zadowalające wyniki analizy spójności wewnętrznej testu (alfa Cronbacha dla wszystkich skal $< 0,94$).

Kwestionariusz służy do badania młodzieży między 13. a 19. rokiem życia. Składa się ze 130 twierdzeń odnoszących się do obrazu siebie. Odpowiedzi zostały przyporządkowane do 5 obszarów obrazu siebie, tworząc pięć skal:

1. Skala Ja psychologiczne (Psychological Self) składa się z trzech skal: kontrola emocjonalna, zrównoważenie emocjonalne, obraz własnego ciała;
2. Skala Ja społeczne (Social Self) – składa się z trzech skal: relacje społeczne, moralne oraz cele;
3. Skala Ja seksualne (Sexual Self) – tworzy ją jedna skala: stosunek do spraw seksualnych;
4. Skala Ja rodzinne (Familial Self) – tworzy ją jedna skala: relacje rodzinne;
5. Skala Ja mechanizmy radzenia sobie (Coping Self) – składa się z trzech skal: kontrola świata zewnętrznego, psychopatologia, przystosowanie.

Do opisu grup użyto wartości średniej, mediany i odchylenia standardowego. Do porównania wartości średnich użyto testu t-Studenta lub jego nieparametrycznych równoważników (test U Manna-Whitneya). Do oceny korelacji użyty został współczynnik korelacji liniowej Pearsona lub współczynnik korelacji rang Spearmana. Wykonano analizę mocy testów. Wyniki uznano za istotne przy wartości $p < 0,05$. Analizy statystyczne wykonywano przy użyciu oprogramowania SPSS Statistics v.21 (IBM, New York, USA).

Wyniki

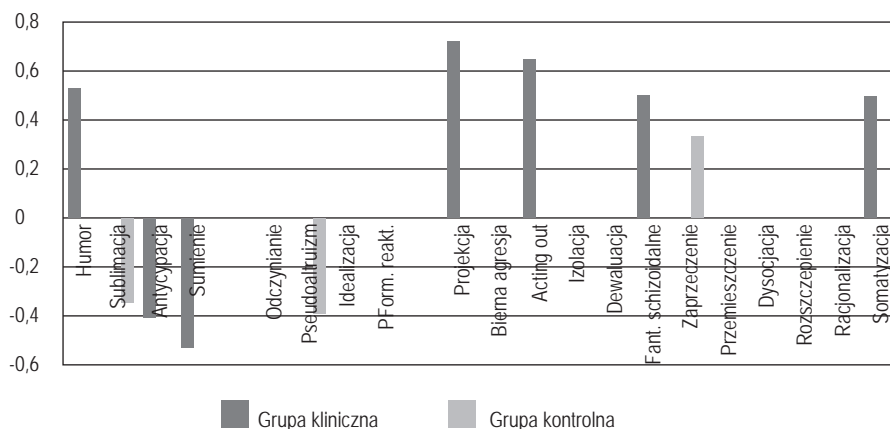
Porównanie średnich wyników badania za pomocą kwestionariusza DSQ-40 w grupach wykazało, że jedynie dwa mechanizmy obronne, humor ($p = 0,008$) i dysocjacja ($p = 0,041$), różnicują grupę badaną od grupy kontrolnej na poziomie istotnym statystycznie.

Porównanie średnich wyników badania za pomocą Kwestionariuszem Obrazu Siebie Offera w grupach wykazało, iż osoby z grupy klinicznej mają istotnie niższy

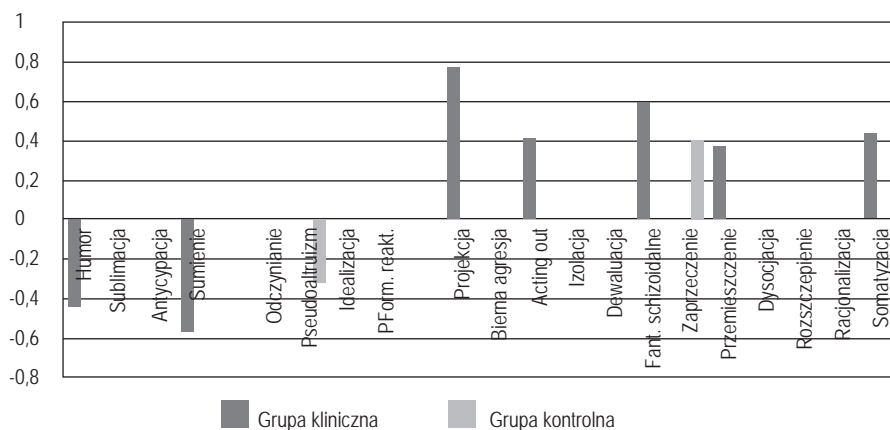
obraz siebie w zakresie Ja psychologicznego ($p = 0,002$), Ja społecznego ($p = 0,049$), Ja seksualnego ($p = 0,028$), Ja rodzinnego ($p = 0,037$) od osób z grupy kontrolnej.

W badaniu mechanizmów obronnych w grupie kontrolnej uzyskano statystycznie istotne wyniki pokazujące, że chłopcy częściej niż dziewczęta stosują mechanizm fantazji schizoidalnych ($p = 0,029$). W grupie klinicznej natomiast uzyskano wyniki świadczące o istotnie częstszym stosowaniu mechanizmów sublimacji ($p = 0,048$) i somatyzacji ($p = 0,004$) przez chłopców oraz mechanizmu stłumienia ($p = 0,012$) przez dziewczęta.

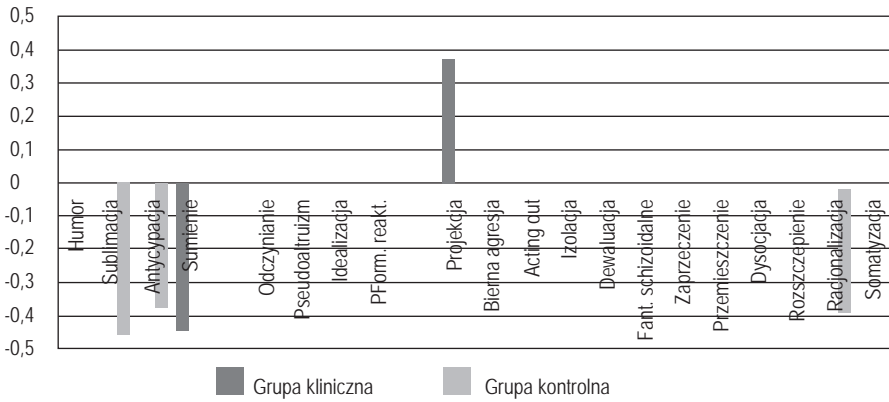
W badaniu obrazu siebie w grupie kontrolnej nie występują statystycznie istotne różnice między przeciętnymi wynikami skal w grupie dziewcząt i chłopców. W grupie klinicznej przeciętne wyniki dla Ja psychologicznego różnią się istotnie. Dziewczęta prezentują gorszy obraz siebie w tym zakresie od chłopców ($p = 0,024$).



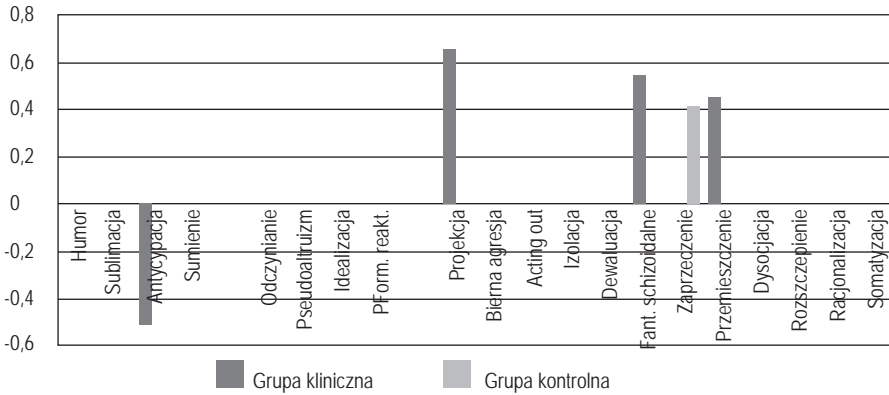
Wykres 1. Analiza korelacji: Ja psychologiczne x mechanizmy obronne



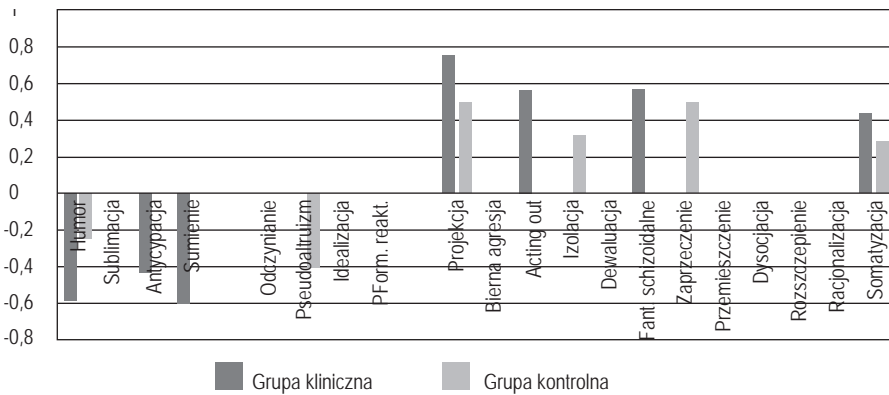
Wykres 2. Analiza korelacji: Ja społeczne x mechanizmy obronne



Wykres 3. Analiza korelacji: Ja seksualne x mechanizmy obronne



Wykres 4. Analiza korelacji: Ja rodzinne x mechanizmy obronne



Wykres 5. Analiza korelacji: Ja mechanizmy radzenia sobie x mechanizmy obronne

Wykresy 1–5 przedstawiają wyniki analizy korelacji pomiędzy poszczególnymi skalami Kwestionariusza Obrazu Siebie Offera a poszczególnymi skalami kwestionariusza DSQ-40 służącego do badania mechanizmów obronnych dla grupy klinicznej oraz grupy kontrolnej. Na wykresach przedstawione zostały wartości współczynnika korelacji R , przy $p < 0,05$.

Omówienie wyników

Uzyskane wyniki ujawniają bardziej niekorzystny obraz siebie w grupie klinicznej niż w grupie kontrolnej. Porównanie w zakresie mechanizmów obronnych pokazało, że jedynie humor i dysocjacja różniły się istotnie statystycznie pomiędzy badanymi grupami – średni wynik był wyższy w grupie kontrolnej. Wynik ten nasuwa wątpliwości co do użycia testu DSQ-40 w badaniach porównawczych oraz wskazuje na potrzebę oceny rzetelności narzędzia na większej populacji z zastosowaniem procedury test-retest. Przyjęcie, że grupa kliniczna nie różni się zasadniczo od grupy kontrolnej w repertuarze stosowanych mechanizmów obronnych jest sprzeczna z samą koncepcją mechanizmów obronnych. Mechanizmy mniej dojrzałe traktowane są jako mniej adaptacyjne i stanowiące istotny czynnik w genezie psychopatologii [27]. Istotną zmienną może być tu też wiek badanych. Podział na mechanizmy dojrzałe i mniej dojrzałe jest w okresie adolescencji mniej oczywisty, a same stosowane mechanizmy obronne podlegają u tych samych osób w trakcie rozwoju dynamicznym zmianom [28–31]. Wydaje się zatem, że psychopatologia okresu adolescencji nie może być rozumiana z perspektywy dojrzałości mechanizmów obronnych. Stosowanie niedojrzałych mechanizmów może być bowiem pomocne w realizacji celów rozwojowych, np. dewaluacja, racjonalizacja czy acitng out mogą być pomocne w procesie separacji i indywidualacji. W adolescencji występować mogą niedojrzałe mechanizmy obronne, związane z momentem rozwojowym i charakterystyczną dla tego okresu tendencją do częściowej regresji [32]. W tym kontekście mogą być one rozumiane jak składowa normatywnego kryzysu adolescencyjnego, w którym niedojrzałe mechanizmy obronne służą symbolicznej i realnej separacji.

Analiza wyników korelacji potwierdza zarówno w grupie klinicznej, jak i kontrolnej związek obrazu siebie ze stosowanymi mechanizmami obronnymi. Jest to związek dwukierunkowy, w którym obecność poszczególnych mechanizmów wiąże się z lepszym lub gorszym obrazem siebie. Obserwowana jest ogólna tendencja (z wyjątkiem humoru), w której stosowaniu dojrzałych mechanizmów obronnych towarzyszy korzystny obraz siebie, natomiast stosowanie mniej dojrzałych mechanizmów związane jest z niekorzystnym obrazem siebie. Jest to zależność, której można było się spodziewać na podstawie literatury przedmiotu. Zaskakiwać w tym względzie może większa ilość obserwacji dla grupy klinicznej niż kontrolnej. Jakkolwiek tendencja ta [33–35] zarysowuje się dla obu badanych grup, to repertuar mechanizmów obronnych związanych z poszczególnymi wymiarami obrazu siebie jest w nich różny.

Analiza statystyczna wskazuje na istotną rolę mechanizmu projekcji rozumianego jako postrzeganie i reagowanie na niedopuszczalne impulsy wewnętrzne oraz ich pochodne tak, jakby znajdowały się poza self. W grupie klinicznej badania ujawniły istotne dodatnie korelacje pomiędzy mechanizmem projekcji a wszystkimi obszarami

obrazu siebie. Oznacza to, że mocniejszej projekcji towarzyszy gorszy obraz siebie. W grupie kontrolnej zależność ta obserwowana była jedynie w obszarze: Ja radzenia sobie. Uzyskany wynik wskazuje, iż w badaniu własnym autorów projekcja stanowi najsilniejszy stosowany mechanizm obronny ($R \approx 0,7$) i związana jest z negatywnym obrazem siebie we wszystkich badanych obszarach. Wyniki skłaniają do ostrożnych wniosków, zgodnych zresztą z konceptualizacją psychodynamiczną, że w grupie klinicznej, w przeciwieństwie do grupy kontrolnej, mechanizm projekcji jest mocno zaangażowany w tworzenie i utrzymywanie obrazu siebie.

Druą refleksja odnosi się do obserwacji wskazującej na istnienie mniejszej ilości istotnych zależności w grupie kontrolnej niż klinicznej w czterech badanych obszarach (Ja psychologicznym, Ja społecznym, Ja seksualnym, Ja rodzinnym). Jedynie w obszarze Ja radzenie sobie ilość istotnych wyników w grupie kontrolnej rośnie. Sam jednak ten wymiar wydaje się w swoim charakterze bliski tym obszarom, które badane są przez DSQ-40. Co istotne, obszar ten nie różnicuje istotnie grupy klinicznej od grupy kontrolnej. Można zatem przypuszczać, że obraz siebie osób z grupy nieleczzonej w mniejszym stopniu podlega wpływowi mechanizmów obronnych, w tym również dojrzałych, niż w grupie klinicznej. Można sądzić, że u osób zdrowych obraz siebie jest strukturą stabilniejszą, mniej podatną na konflikty wewnętrzne i wpływ czynników zewnętrznych. Stąd też mniejsze znaczenie obron w tej grupie. Co istotne i korespondujące z wcześniejszymi wnioskami, w przypadku obszaru Ja radzenie sobie, w odróżnieniu od pozostałych badanych wymiarów obrazu siebie, w grupie kontrolnej badania ujawniły istotną zależność z mechanizmem projekcji (współczynnik $R \approx 0,5$). Jakkolwiek uzyskane wyniki nie mogą jednoznacznie wskazywać na obszar „Ja radzenie sobie” jako kluczowy fragment obrazu siebie dla osób w okresie adolescencji, wydaje się jednak, że utrzymanie stabilności obrazu siebie dookreślającego poczucie kompetencji, własne sprawstwo i „wiarę we własne siły” jest kluczowe w podejmowaniu autonomicznych aktywności, budujących kształtującą się w tym okresie tożsamość w procesie separacji i indywidualacji. Powyższa hipoteza wymaga jednak dodatkowej weryfikacji empirycznej, ponieważ autorzy nie wykonali statystycznej analizy istotności różnicy pomiędzy korelacjami w grupach.

Wnioski

Należy podkreślić, że wnioski wynikające z prezentowanych badań powinny być formułowane z dużą ostrożnością, co wynika ze specyfiki i wielkości badanej grupy oraz z faktu przeprowadzenia badania w pierwszych dwóch dniach hospitalizacji. Może to mieć, nieuwzględnione w badaniu, znaczenie dla emocjonalnego i poznawczego funkcjonowania badanych, a tym samym dla uzyskanych wyników. Warto zwrócić także uwagę na ograniczenia, jakie wiążą się ze stosowaniem narzędzi testowych typu „papier i ołówek” [36, 37]. Dodatkowa wątpliwość dotyczy narzędzia do badania mechanizmów obronnych DSQ-40 i pytania, na ile za pomocą metod kwestionariuszowych możliwa jest ocena zjawisk nieświadomych, jakimi są mechanizmy obronne, w tym zwłaszcza te mniej dojrzałe. Paradoksalnie – im bardziej niedojrzałe mechanizmy obronne prezentuje badany, tym mniejsza szansa na to, że jego odpowiedzi dotyczące stosowanych mechanizmów obronnych będą wiarygodne.

Podsumowując, należy podkreślić, że mimo iż mechanizmy obronne nie różnią się w badanych grupach poziomem dojrzałości, to istnieją istotne różnice w ich repertuarze. Oznacza to, że w grupie kontrolnej i klinicznej różnice w obrazie siebie charakteryzują odmienne powiązania pomiędzy poszczególnymi aspektami obrazu siebie a stosowanymi mechanizmami obronnymi.

Piśmiennictwo

1. Siek S. *Rozwój potrzeb psychicznych, mechanizmów obronnych i obrazu siebie*. Warszawa: Nasza Księgarnia; 1984.
2. Kozielski J. *Psychologiczna teoria samowiedzy*. Warszawa: Wydawnictwo Naukowe PWN; 1986.
3. Kernis H. *Self-esteem issues and answers: a sourcebook of current perspectives*. New York: Psychology Press; 2006.
4. Offer D, Ostrov E, Howard KI. red. *Patterns of adolescent self-image*. San Francisco: Jossey-Bass; 1984.
5. Koenig L, Howard IH, Offer D, Cremerius M. *Psychopathology and adolescent self-image*. W: Offer D, Ostrov E, Howard IK. red. *Patterns for mental health services*. San Francisco: Jossey-Bass; 1984. s. 57–71.
6. Hjorth WC, Ostrov E. *The self-image of physically abused adolescents*. J. Youth Adolesc. 1982; 11: 71–76.
7. Pilecki M, Józefik B. *Self-image of girls with different subtypes of eating disorders*. Arch. Psychiatrii Psychother. 2008; 3: 17–22.
8. Steinhausen HC, Volirath M. *The self-image of adolescent patients in eating disorders*. Int. J. Eat. Disord. 1993; 13(2): 221–227.
9. Iniewicz G. *Obraz siebie dziewcząt chorujących na anoreksję psychiczną*. Psychiatr. Pol. 2005; 39(4): 709–717.
10. Erkoalahti RK, Saarijarvi S, Terho P. *Self-image and depressive symptoms among adolescents in non-clinical sample*. Nord. J. Psychiatrii 2003; 57: 447–451.
11. Pilecki M, Józefik B. *Związek obrazu siebie z depresyjnością u dziewcząt z różnymi typami zaburzeń odżywiania się*. Psychiatr. Psychol. Klin. 2009; 9: 233–241.
12. Brennan TG, Loideáin DS. *A comparison of normal and disturbed adolescent Offer Self-Image Questionnaire responses in an Irish cultural setting*. J. Youth Adolesc. 1980; 9: 11–18.
13. Offer D, Ostrov E, Howard KI. *The self-image of adolescents: A study of four cultures*. J. Youth Adolesc. 1977; 6: 265–280.
14. Koenig L. *Self-image of emotionally disturbed adolescents*. J. Abnorm. Psychol. 1988; 16: 111–126.
15. Collin-Vézina D, Hébert M, Manseau H, Blais M, Fernet M. *Self-concept and dating violence in 220 adolescent girls in the child protective system*. Child Youth Care Forum 2006; 35: 319–326.
16. Vaillant GE. *Ego mechanisms of defense and personality psychopathology*. J. Abnorm. Psychol. 1994; 103(1): 44–50.
17. McWilliams N. *Diagnoza psychoanalityczna*. Gdańsk: Gdańskie Wydawnictwo Psychologiczne; 2010.
18. Gabbard GO. *Psychodynamic psychiatry in clinical practice*. Fourth edition. Washington: American Psychiatric Publishing; 2005.

19. Hajdo P. *Klasyfikacje mechanizmów obronnych jako próba uporządkowania obronnego aspektu funkcjonowania ego*. Psychiatr. Psychoter. 2007; 3(4): 3.
20. Bond M. *Defense styles and borderline personality disorder*. J. Pers. Disord. 1994; 8: 28–31.
21. Gralinski J, Hauser ST, Safyer AW, Allen JP. *Self-cognitions and expressed negative emotions during midadolescence: Contributions to young adult psychological adjustment*. Dev. Psychopathol. 1995; 7: 193–216.
22. Guzder J, Paris J, Zerkowicz P, Marchessault K. *Risk factors for borderline pathology in children*. J. Am. Acad. Child Adolesc. Psychiatry 1996; 35: 26–33.
23. Bond MP, Gardner ST, Christian J, Sigal JJ. *Empirical study of self-rated defense styles*. Arch. Gen. Psychiatry 1983; 40: 333–338.
24. Ruutu T, Pelkonen M, Holi M, Karlsson L, Kiviruusu O, Heila H. i wsp. *Psychometric properties of the Defense Style Questionnaire (DSQ-40) in adolescents*. J. Nerv. Ment. Dis. 2006; 194: 98–105.
25. Herman JL. *Przemoc – uraz psychiczny i powrót do równowagi*. Gdańsk: Gdańskie Wydawnictwo Psychologiczne; 1998.
26. Badura-Madej W, Ulasińska R, Wolska M. *Kwestionariusz Daniela Offera „Obraz Siebie” (The Offer Self-Image Questionnaire for Adolescents)*. Podręcznik – wersja polska (nieopublikowana). Kraków; 1986–1990.
27. Vaillant GE. *Ego mechanisms of defense: a guide for clinicians and researcher*. Washington DC: American Psychiatric Press, Inc.; 1992.
28. Cramer P. *Personality, personality disorders, and defense mechanisms*. J. Pers. 1999; 67: 535–554.
29. Koch DA, Chandler MJ, Harder DW, Paget KF. *Parental defense style and child competence: A match-mismatch hypothesis*. J. Appl. Dev. Psychol. 1982; 3: 11–21.
30. Cramer P. *Longitudinal study of defense mechanisms: late childhood to late adolescence*. J. Pers. 2007; 75: 1–24.
31. Andersson AL, Sandström C. *Characteristics of the defense mechanism technique modified (DMTm) as related to age and gender of adolescent inpatients at a psychiatric clinic*. Lund Psychol. Rep. 2010; 11: 1–11.
32. Blos P. *The concept of acting out in relation to the adolescent process*. J. Am. Acad. Child Psychiatry 1963; 2: 118–136.
33. Vaillant GE. *Adaptive mental mechanisms. Their role in a positive psychology*. Am. Psychol. 2000; 55: 89–98.
34. 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; 194: 616–621.
35. Bond M. *Empirical studies of defense style: relationships with psychopathology and change*. Harv. Rev. Psychiatry 2004; 12: 263–278.
36. Janusz B, Bobrzyński J, Furgał M, de Barbaro B, Gdowska K. *O potrzebie badań jakościowych w psychiatrii*. Psychiatr. Pol. 2010; 44(1): 5–11.
37. Silverman D. *Interpretacja danych jakościowych*. Warszawa: Wydawnictwo Naukowe PWN; 2007.

Adres: Bartosz Treger
Klinika Psychiatrii Dzieci i Młodzieży UJ CM
31-501 Kraków, ul. Kopernika 21a

Otrzymano: 8.05.2014
Zrecenzowano: 8.07.2014
Otrzymano po poprawie: 28.07.2014
Przyjęto do druku: 11.08.2014