

ANALIZA STYLÓW I MECHANIZMÓW OBRONNYCH U OSOBOWOŚCI TYPU D

Katarzyna Guzińska, Anna Jopek, Karolina Lutkiewicz

Institut Psychologii, Uniwersytet Gdański
Institute of Psychology, University of Gdansk

ANALYSIS OF STYLES AND DEFENCE MECHANISMS IN TYPE D PERSONALITY

Summary. The aim of this study was to investigate the defence styles of individuals with type D personality. The study involved 62 individuals: 31 were respondents diagnosed with the coronary heart disease and 31 healthy subjects (without any cardiovascular system conditions). The average age in both groups was 61 years. Three research techniques were used in the study: a survey including demographic and medical parameters; a questionnaire for the evaluation of the type D personality – DS14 designed by Denollet; Defense *Style Questionnaire* DSQ-40 designed by Bond and Wesley (1996). The subjects with the distressed personality made use of all defence styles, but they chose the least adaptive the most often. The non-adaptive style, imaginatively-distorting style and self-sacrificing style were presented more frequently by individuals with the distressed personality, while the adaptive style was chosen more often by respondents not demonstrating any traits of the type D personality. Meanwhile, the non-adaptive style prevailed in both study groups. The type D personality is associated most strongly with such defence mechanisms, as: somatization, consumption activities, projection, sublimation, acting out, regression, reaction formation, social withdrawal, fantasy and isolation. The defence mechanisms of suppression and inhibition are not specific for the distressed personality.

Key words: defence styles, defence mechanisms, type D personality, ischemic heart disease

Wprowadzenie

Z perspektywy psychologii zdrowia interesującym i stosunkowo nowym obszarem badań jest koncepcja osobowości typu D, zwana też osobowością stresową (*distressed personality*) lub osobowością depresyjną. Zgodnie z propozycją holenderskiego psychologa Denolleta, osobowość typu D charakteryzuje się dwiema względnie stałymi cechami osobowości: tendencji do doświadczania negatywnych

Adres do korespondencji: Katarzyna Guzińska, I: <kasia@topkey.pl>

emocji (*negative affectivity, NA*) oraz zahamowaniem społecznym (*social inhibition, SI*) związanym z unikaniem relacji z otoczeniem (Denollet, 1998). Osoby prezentujące osobowość stresową częściej doświadczają silnych emocji negatywnych, takich jak: lęk, gniew, depresja, irytacja czy wrogość, natomiast w relacjach społecznych są skłonne do świadomego powstrzymywania się od wyrażania tych emocji i związanych z nimi zachowań. Zarówno negatywna emocjonalność, jak i zahamowanie społeczne wiążą się z deficytem spostrzegania wsparcia społecznego, niską gotowością do korzystania ze wsparcia oraz obawą przed odrzuceniem ze strony innych (Ogińska-Bulik, 2009). Denollet wskazuje, że osobowość typu D charakteryzuje przede wszystkim tendencja do zamartwiania się i obwiniania, niskie poczucie bezpieczeństwa, negatywny sposób postrzegania świata, ogólne poczucie bezradności i bycia nieszczęśliwym oraz dyskomfort w sytuacjach społecznych (Denollet, 2002). Komponenty osobowości stresowej: poznawczy (generowanie ocen typu zagrożenie/strata); emocjonalny (negatywna emocjonalność); behawioralny (hamowanie społeczne) – prowadzą do nasilenia subiektywnego odczucia stresu oraz zmian wegetatywno-somatycznych stwarzających ryzyko załamania zdrowia (Ogińska-Bulik, 2006). Wzorzec zachowań składający się na osobowość typu D prowadzi nie tylko do pogorszenia się potencjałów odpornościowych jednostki, ale także do braku wiary we własne możliwości, rozwoju poczucia bezradności i utraty woli życia (Ogińska-Bulik, Juczyński, 2010).

Osobowościowy czynnik ryzyka załamania zdrowia

Wiele najnowszych badań wskazuje na znaczącą rolę osobowości typu D w powstawaniu i postępowaniu wielu chorób (Basińska, Woźniewicz, 2013). Obecnie uważa się, iż jednostki o osobowości stresowej mają zwiększone ryzyko rozwinęcia zaburzeń psychicznych, tj. depresji, zespołu stresu pourazowego, napadu paniki, fobii oraz zaburzeń medycznych, jak udar i choroby układu sercowo-naczyniowego (Denollet, 2000).

Ze względu na mechanizm zwiększonej reaktywności i osłabienie aktywności układu immunologicznego osobowość typu D stanowi psychologiczny czynnik ryzyka i progresji, głównie chorób układu krążenia (Ogińska-Bulik, 2005, Ogińska-Bulik, Juczyński, 2010). Choroby układu sercowo-naczyniowego (*cardiovascular disease, CVD*) stanowią jedną z najczęstszych przyczyn zgonów w krajach wysoko uprzemysłowionych (Broda, 2004) oraz są główną przyczyną przedwczesnej umieralności wśród mężczyzn i kobiet w Polsce (Sulicka i in., 2006; Aalto i in. 2005). Przyczyny chorób coraz częściej przypisuje się czynnikom psychospołecznym, wśród których wyróżnia się niski poziom wsparcia społecznego, ciągły stres oraz specyficzne typy osobowości - w tym typ osobowości D (Pakalska-Korcala i in., 2006). Osobowość typu D powiązana jest nie tylko z wieloma trudnościami natury emocjonalnej i społecznej, ale także ze zwiększoną zachorowalnością i liczbą zgonów wśród pacjentów ze zdiagnozowaną chorobą serca (Denollet, Schiffer, Spek, 2010).

Wyniki wielu badań wskazują, iż doświadczanie negatywnych emocji jest predyktorem takich chorób, jak choroba niedokrwienna serca, nadciśnienie tętni-

cze, nowotwór, choroba wrzodowa czy łuszczyca skóry (Ogińska-Bulik, Juczyński, 2010).

Ponadto wymiar zahamowania emocjonalnego wiąże się z silną reaktywnością układu sercowo-naczyniowego, zaburzeniami rytmu serca, nasileniem miażdżycy tętnic szyjnych, nadciśnieniem tętniczym oraz chorobą niedokrwienną serca (*Ischemic Heart Disease, IHD*). Potwierdzają to zarówno wyniki badań węgierskich przeprowadzonych przez Kopp (korespondujące z wynikami badań holenderskich), jak i polskich przeprowadzonych przez Ogińską-Bulik i Juczyńskiego w 2003 roku. Według tych badań osobowość typu D występuje częściej u pacjentów z IHD, to jest kolejno: 15,7% i 31,0%, w porównaniu z wynikami zdrowej populacji: 9,4% i 9,3%. Osobowość typu D jest także czynnikiem ryzyka niezakończonego zgonem zawału serca oraz chirurgicznej i niechirurgicznej rewaskularyzacji tętnic wieńcowych, przy czym prawdopodobieństwo ponownego zawału u osób typu D wynosi 52%, podczas gdy u osób o innych typach osobowości prawdopodobieństwo to wynosi zaledwie 12% (za: Ogińska-Bulik, 2006). Osobowość typu D wiąże się z: obecnością objawów depresyjnych i lękowych u pacjentów ze wszczepionym kardiowerterem-defibrylatorem; mniej efektywną i wolniejszą rekonwalescencją po incydentach wieńcowych; 4-krotnym wzrostem ryzyka zgonu z powodów sercowych podczas rehabilitacji po incydencie kardiologicznym. Zaobserwowano również, że aż 73% osób, które zmarły z powodów kardiologicznych prezentowały osobowość typu D. Zarówno osobowość typu D, jak i starszy wiek są czynnikami zwiększającymi ryzyko rozwoju choroby nowotworowej u pacjentów z IHD. Dotychczasowe badania dowodzą, że obydwie wymiary osobowości typu D są pozytywnie związane z wydzielaniem kortyzolu w sytuacji stresowej oraz podczas codziennej aktywności, natomiast zahamowanie społeczne łączy się ze wzrostem ciśnienia krwi. Typ D jest ponadto predyktorem zwiększonego wydzielania cytokin istotnych w procesie rozwoju chorób (Denollet, 2000). Wymienione parametry medyczne mogą być istotnymi czynnikami patogennymi pośredniczącymi między osobowością typu D a zwiększonym ryzykiem IHD.

Reasumując, osobowość typu D może współwyznaczać poziom zdrowia bezpośrednio - poprzez mechanizmy fizjologiczne oraz pośrednio - poprzez preferowane sposoby radzenia sobie ze stresem i w konsekwencji poprzez zachowania zdrowotne (Ogińska-Bulik, Juczyński, 2010). Wynika z tego, że wybór stylów i mechanizmów obronnych w sytuacji subiektywnego poczucia zagrożenia „ja” lub antycypacji takiego zagrożenia może modyfikować wpływ czynników ryzyka na zdrowie.

Obronne formy radzenia sobie ze stresem

Temperament i osobowość determinują poziom doświadczanego stresu, ale także wpływają na wybór strategii radzenia (Watson, David, Suls, 1999, za: Martin i in. 2010). W ostatnich latach style radzenia i mechanizmy obronne wzbudzają coraz większe zainteresowanie badaczy, a tym samym powodują intensyfikację badań w tym temacie (Kramer i in., 2009).

Mechanizmy obronne w ujęciu psychoanalitycznym stosowane są przez jednostkę nieświadomie (Vaillant 1993; za Whitty 2003), natomiast według teorii poznawczych radzenie jest świadomym procesem, w którym jednostka wykorzystuje myśli i zachowania, by zarządzać stresującymi sytuacjami (Lazarus, Folkman, 1984, za Martin i in., 2010). W ujęciu poznawczym mechanizmy obronne to: „poznawcze reinterpretacje bodźca lub procesy osiągnięcia dystansu psychologicznego od zagrażających zdarzeń” (Lazarus, za: Grzegołowska-Klarkowska, 1986, s. 35). Oznacza to, że ocena poznawcza elementów danego wydarzenia decyduje o tym, czy jednostka uzna je za zagrażające i czy uda jej się uniknąć reakcji stresowych. Przyjęcie definicji funkcjonalnej pozwala rozumieć mechanizmy obronne jako ukierunkowane na cel, umotywowane zniekształcenia procesów poznawczych w zakresie odbioru i przetwarzania informacji. Zasadniczą funkcją, jaką jest nastawienie na ochronę „ja” stanowi konieczną cechą kryterialną mechanizmów obronnych (Grzegołowska-Klarkowska, 1986, Marchwicki, 2005).

Style obrony, czyli sposoby radzenia sobie, obejmują jawne i ukryte zachowania podejmowane w celu zmniejszenia lub wyeliminowania psychicznego dystresu lub stresujących warunków (Fleishman, 1984 za Kramer 2010). Niektórzy badacze stosują podział mechanizmów obronnych na dojrzałe i niedojrzałe. Niedojrzałe mechanizmy obronne są zazwyczaj nieefektywne i społecznie niepożądane. Zalicza się do nich m.in. projekcję, bierną agresję, fantazjowanie czy *acting out*, natomiast jednostka, która stosuje bardziej dojrzałe mechanizmy obronne, zdolna jest do integracji rzeczywistości, relacji interpersonalnych oraz odczuwania emocji. Do tych mechanizmów można zaliczyć zachowania altruistyczne, humor, tłumienie, antycypację i sublimację (Whitty, 2003).

Według Bonda style obrony określają cztery kategorie mechanizmów obronnych (Bond i in., 1983). I tak, w stylu nieadaptacyjnym (*maladaptive defense style*) dominuje stosowanie niedojrzałych mechanizmów obronnych w postaci: wycofania społecznego, zahamowania, regresji, *acting out*, zachowań pasywno-agresywnych i projekcji. Wspólnym aspektem tych mechanizmów jest brak umiejętności poradzenia sobie z własnymi impulsami poprzez podejmowanie konstruktywnych działań. Na styl wyobrażeniowo-zniekształcający (*image-distorting defense style*) zwany też stylem zniekształcającym obraz składają się: omnipotencja z dewaluacją, rozszczepienie i prymitywna idealizacja. Istotą tych mechanizmów jest rozszczepienie w zakresie obrazu samego siebie i innych, które skutkuje podziałem na część dobrą i złą lub na część silną i słabą. Stosowanie tego stylu przyjmuje formę nieadaptacyjną, szczególnie u osób z trudnościami w tworzeniu dojrzałych relacji społecznych. Kolejny styl obrony polega na samopoświęcaniu (*self-sacrificing defense style*). Dominującymi mechanizmami obronnymi są tu reakcja upozorowana i pseudoaltruizm. Osoba prezentująca zachowania tego typu angażuje się w związki, w których możliwa jest realizacja siebie jako pomocnej, nigdy agresywnej. Adaptacyjny styl (*adaptive defense style*) charakteryzuje stosowanie sublimacji, tłumienia i humoru w radzeniu sobie z trudnymi sytuacjami i myślami. Dzięki sublimacji impulsy budzące niepokój są zamieniane na twórcze działania, tłumienie pozwala na usunięcie ze świadomości rodzącego niepokój konfliktu do czasu, aż jednostka będzie gotowa

się z nim uporać, natomiast poczucie humoru odzwierciedla zdolność akceptowania trudnych sytuacji poprzez zmniejszanie ich bolesnego wymiaru. Mechanizmy te są przejawem dojrzałego, konstruktywnego radzenia sobie drogą panowania nad impulsami (Bond i in., 1983).

Doświadczany poziom stresu oraz sposoby radzenia sobie ze stresem pośredniczą między osobowością a poziomem zdrowia człowieka (Ogińska-Bulik, Juczyński, 2010). Style radzenia sobie i osobowość powinny być rozpatrywane jako część adaptacyjnego kontinuum ze względu na wyraźne strukturalne i konceptualne powiązania. Powyższa konkluzja pozwala na zakładanie, że wymiary osobowości stresowej bliskie neurotycznej introwersji mogą sprzyjać rozwijaniu niekonstruktywnych sposobów radzenia sobie ze stresem m.in. w postaci tłumienia, zahamowania, somatyzacji czy czynności konsumpcyjnych. W efekcie niski poziom umiejętności w zakresie doboru adekwatnych stylów i mechanizmów obronnych do sytuacji modyfikuje w negatywnym kierunku wpływ czynników chroniących zdrowie u osób prezentujących typ D.

W kontekście powyższych rozważań, wydaje się zasadne poznanie obronnych form radzenia sobie ze stresem w postaci stylów i mechanizmów obronnych u osobowości typu D.

Celem podjętych badań było ustalenie stopnia preferencji w zakresie stosowanych stylów i mechanizmów obronnych u osób prezentujących osobowość stresową. Dodatkowym celem było porównanie grupy klinicznej (pacjentów z IHD) z grupą kontrolną (osobami zdrowymi) w zakresie występowania osobowości stresowej oraz rodzaju stosowanych stylów i mechanizmów obronnych.

Pytania i hipotezy badawcze

Dotychczasowy stan wiedzy na podstawie literatury przedmiotu pozwala na rozpoznanie mechanizmów obronnych: tłumienia, zahamowania oraz czynności konsumpcyjnych jako charakterystycznych sposobów radzenia sobie ze stresem dla osobowości typu D. Jednocześnie należy zauważyć, że obszar niewiedzy obejmuje style obrony oraz szeroki repertuar mechanizmów obronnych stosowanych przez osoby prezentujące osobowość stresową.

Prezentowane badania – w zasadniczej części – stanowią część szerszego projektu badawczego i mają charakter eksploracyjny. Stąd też sformułowano następujące pytania badawcze:

1. Jakie style obrony preferują osoby o osobowości typu D w porównaniu z osobami nieprezentującymi tego typu osobowości?
2. Jakie mechanizmy obronne preferują osoby o osobowości typu D w porównaniu z osobami nieprezentującymi tego typu osobowości?

Dodatkowo, na podstawie istniejących już dowodów empirycznych pochodzących z badań nad osobowością stresową oraz populacją pacjentów z chorobą niedokrwienną serca założono, że:

3. Pacjenci z chorobą niedokrwienną serca częściej prezentują osobowość typu D w porównaniu z osobami zdrowymi.

4. Pacjenci z chorobą niedokrwienną serca częściej stosują niedojrzałe style obrony i mechanizmy obronne niż osoby zdrowe.

Materiał i metody

Badaniami objęto 62 osoby, w tym 31 pacjentów hospitalizowanych z IHD oraz 31 osób zdrowych w zakresie chorób układu krążenia. Średnia wieku badanych wynosiła ogółem 61 lat. Grupę kliniczną stanowili pacjenci w stabilnym okresie choroby niedokrwiennej serca, przebywający w Oddziale Szybkiej Diagnostyki Kardiologicznej i Kliniki Chorób Serca Gdańskiego Uniwersytetu Medycznego. Kryteria kwalifikacji do grupy kontrolnej obejmowały: brak zdiagnozowanej choroby niedokrwiennej serca oraz brak schorzeń występujących w obrębie serca (w tym: zawału mięśnia serca, wad zastawek, problemów z krzepliwością krwi itp.). Obie grupy badane miały charakter homogeniczny pod względem wieku, płci i poziomu wykształcenia. Badania zostały przeprowadzone w sposób indywidualny.

Zastosowano następujące narzędzia badawcze:

1. Kwestionariusz DS14 (*Type-D Scale-14*) Denolleta do pomiaru osobowości typu D w wersji rozszerzonej, przygotowanej dla populacji polskiej w postaci 17 twierdzeń (Moryś i in., 2006). Skala składa się z dwóch części: pierwsza dotyczy negatywnej emocjonalności (7 pozycji), druga – hamowania społecznego (10 pozycji). Badany ocenia podane twierdzenia, posługując się 5-stopniową skalą (0-4). Obydwa wymiary typu D korelują w sposób istotny statystycznie dodatnio z neurotycznością oraz poziomem lęku stanu i cechy, zaś ujemnie z ekstrawersją.
2. Kwestionariusz DSQ (*Defense Style Questionnaire*) Bonda i Wesleya (1996) do diagnozy stylów i mechanizmów obronnych w wersji eksperymentalnej. Kwestionariusz składa się z 88 twierdzeń i pozwala określić rodzaj, częstotliwość stosowanych mechanizmów obronnych oraz stylów obronnych. Badany ustosunkowuje się do podanych twierdzeń, posługując się skalą 9-punktową od 1 (*zdecydowanie się nie zgadzam*) do 9 (*zdecydowanie się zgadzam*). Oryginalna wersja DSQ koreluje m.in. z niepokojem, neurotyzmem, depresją, zaburzeniami odżywiania, zaburzeniami osobowości oraz objawami somatycznymi.
3. Ankietę danych demograficznych i parametrów medycznych pacjenta w opracowaniu własnym.

Wyniki

Analiza stylów obrony u osób prezentujących i nieprezentujących osobowość typu D

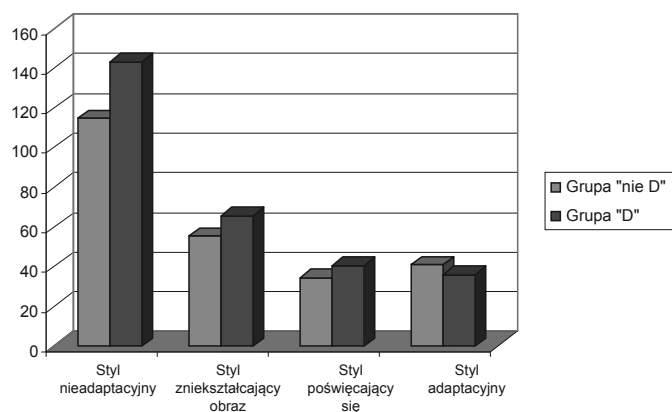
We wstępnej analizie dokonano podziału wewnątrz grupy badawczej, przyjmując za kryterium diagnozę osobowości typu D. Wykazano istotne statystycznie różnice w stosowaniu wszystkich czterech stylów obrony między grupami. Style: nieadaptacyjny, wyobrazeniowo-zniekształcający i poświęcający się okazały się znacząco częściej występować u osób prezentujących osobowość typu D. Styl adaptacyjny również różnicuje obie grupy i jest wybierany istotnie częściej przez osoby

nie prezentujące osobowość typu D. Jednocześnie, najczęściej stosowanym stylem w obu grupach badanych jest styl nieadaptacyjny. Tabela 1 przedstawia średnie wartości stylów obronnych u osób prezentujących i nieprezentujących osobowość typu D (istotność ustalono na poziomie 0,05).

Tabela 1. Średnie wartości stylów obronnych u osób prezentujących i nieprezentujących osobowość typu D

Style obronne	<i>t</i>	<i>df</i>	Istotność (dwustronna)	Różnica średnich	Błąd standardowy różnicy	95% przedział ufności dla różnicy średnich	
						Dolna granica	Górna granica
						Styl nieadaptacyjny	-3,129
Styl zniekształcający obraz	-2,223	60	0,030	-10,408	4,682	-19,773	-1,043
Styl poświęcający się	-2,213	60	0,031	-5,855	2,646	-11,148	-0,562
Styl adaptacyjny	2,204	60	0,031	5,031	2,282	0,466	9,596

Różnice w zakresie stylów obronnych stosowanych w obu grupach badanych ilustruje rycina 1.



Oznaczenia:

Grupa „nie D” – osoby nie prezentujące osobowości typu D

Grupa „D” – osoby prezentujące osobowość typu D

Rycina 1. Style obronne u osób prezentujących i nieprezentujących osobowość typu D

W kolejnym etapie analizy wyników sprawdzono, czy istnieje związek między osobowością typu D a stylami obrony. Wszystkie przedstawione w tabeli 2 współczynniki korelacji okazały się istotne statystycznie. Oznacza to, że istnieje silny związek pozytywny osobowości typu D z następującymi stylami obrony: nieadaptacyjnym, zniekształcającym obraz, poświęcającym się oraz związek negatywny ze stylem adaptacyjnym.

Tabela 2. Współczynniki korelacji osobowości typu D ze stylami obronnymi

	Skala D	Styl nieadaptacyjny	Styl zniekształcający obraz	Styl poświęcający się	Styl adaptacyjny
Korelacja Pearsona	1	0,374	0,275	0,274	-0,273
Skala_D Istotność (dwustronna)		0,002	0,029	0,030	0,031
N	62	62	62	62	62

Oznaczenia:

Skala D – skala osobowości typu D

N – liczebność

Analiza mechanizmów obronnych u osób prezentujących i nieprezentujących osobowość typu D

Analiza średnich wartości poszczególnych mechanizmów obronnych pozwala na rozpoznanie, że osoby prezentujące osobowość stresową częściej stosują projekcję, *acting out*, regresję, reakcję upozorowaną, wycofanie oraz izolację niż osoby nieprezentujące osobowości stresowej. Pomiędzy badanymi grupami zaznacza się statystycznie istotna różnica w zakresie mechanizmu somatyzacji. Osoby o typie D stosują mechanizm somatyzacji prawie dwa razy częściej niż osoby nieprezentujące typu D. Wykazują ponadto tendencję do częstszego korzystania z mechanizmów obronnych w postaci: czynności konsumpcyjnych (0,068) oraz fantazjowania (0,067). Mechanizmy tłumienia (0,656) i zahamowania (0,137) okazały się natomiast niespecyficzne dla osób prezentujących osobowość stresową. Osoby nieprezentujące typu D istotnie częściej posługują się mechanizmem sublimacji w porównaniu z osobami prezentującymi osobowość typu D. Tabela 3 przedstawia średnie wartości analizowanych mechanizmów obronnych w obu grupach badanych (poziom istotności $p = 0,05$).

Tabela 3. Średnie wartości mechanizmów obronnych u osób prezentujących i nie prezentujących osobowość typu D

Test <i>t</i> równości średnich							
Mechanizmy obronne	<i>t</i>	<i>df</i>	Istotność (dwustronna)	Różnica średnich	Błąd standardowy różnicy	95% przedział ufności dla różnicy średnich	
						Dolna granica	Górna granica
Somatyzacja	-4,116	60	0,000	-4,355	1,058	-6,471	-2,238
Konsumpcja	-1,859	60	0,068	-2,340	1,259	-4,858	0,178
Tłumienie	0,448	60	0,656	0,504	1,124	-1,744	2,752
Projekcja	-2,063	60	0,043	-6,056	2,936	-11,928	-0,184
Sublimacja	2,174	60	0,034	1,718	0,790	,138	3,298
<i>Acting out</i>	-2,035	60	0,046	-4,681	2,300	-9,283	-0,080
Regresja	-3,306	60	0,002	-3,119	0,943	-5,007	-1,232
Zahamowanie	-1,508	60	0,137	-3,241	2,150	-7,541	1,059
Reakcja upozorowana	-2,148	60	0,036	-4,070	1,895	-7,861	-0,280
Wycofanie	-2,427	60	0,018	-3,555	1,465	-6,485	-0,625
Fantazjowanie	-1,862	60	0,067	-1,373	0,738	-2,849	0,102
Izolacja	-2,568	60	0,013	-3,774	1,469	-6,713	-0,835

Analiza zależności między osobowością stresową a mechanizmami obronnymi wykazała, że typ D pozostaje w ścisłym związku z preferencją następujących mechanizmów obronnych: somatyzacją, projekcją, sublimacją, *acting out*, regresją, reakcją upozorowaną, wycofaniem, izolacją. Wynika z tego, że jedynie mechanizm sublimacji koreluje ujemnie z osobowością typu D. Pozostałe mechanizmy obronne są skorelowane pozytywnie, przy czym najsilniejszy związek osobowości typu D zaznacza się z mechanizmem somatyzacji (por. tabela 4).

Tabela 4. Współczynniki korelacji osobowości typu D z wybranymi mechanizmami obronnymi

		Soma- tyza- cja	Pro- jekcja	Subli- macja	<i>Acting out</i>	Regre- sja	Reak- cja up- ozo- rowa- na	Wyco- fanie	Izola- cja
Skala_D	Korelacja Pearsona	0,469	0,257	-0,270	0,254	0,392	0,267	0,299	0,314
	Istotność (dwustron- na)	0,000	0,043	0,033	0,046	0,001	0,035	0,018	0,012
	N	62	62	62	62	62	62	62	62

Oznaczenia:

Skala D – skala osobowości typu D

N – liczebność

Analiza osobowości typu D u pacjentów z IHD i osób zdrowych

Dodatkowym celem analizy było porównanie grupy klinicznej (pacjenci z IHD) z grupą kontrolną (osoby zdrowe) w zakresie występowania osobowości typu D (istotność ustalono na poziomie 0,05). U pacjentów z chorobą niedokrwienną serca zaobserwowano istotną tendencję w kierunku częstszego występowania osobowości stresowej (0,068) w porównaniu z osobami zdrowymi (por. tabela 5).

Tabela 5. Osobowość typu D a przynależność do grupy klinicznej i kontrolnej

Test <i>t</i> równości średnich							
	<i>t</i>	<i>df</i>	Istotność (dwustronna)	Różnica średnich	Błąd stan- dardowy różnicy	95% przedział ufności dla różnicy średnich	
						Dolna granica	Górna granica
Zahamowanie społeczne	1,596	60	0,116	3,129	1,961	-0,794	7,052
Negatywna emoc- jonalność	1,569	60	0,122	2,387	1,521	-0,655	5,430
Skala_D	1,862	60	0,068	,226	,121	-0,017	0,468

Oznaczenia:

Zahamowanie społeczne – podskala osobowości typu D

Negatywna emocjonalność – podskala osobowości typu D

Skala D – skala osobowości typu D

Analiza stylów obronnych u pacjentów z IHD i osób zdrowych

Analiza porównawcza w zakresie stosowanych stylów obronnych wskazuje na brak różnic między grupą pacjentów z IHD i grupą osób zdrowych (poziom istotności $p = 0,05$). Jednocześnie należy zaznaczyć, że styl nieadaptacyjny jest najczęściej stosowanym stylem w obu grupach badanych. Drugim najczęściej stosowanym stylem obronnym jest styl wyobrażeniowo-zniekształcający. Najrzadziej zaś stosowane są style obronne: poświęcający się i adaptacyjny (por. tabela 6).

Tabela 6. Style obronne a przynależność do grupy klinicznej i kontrolnej

Style obronne	<i>t</i>	<i>df</i>	Test <i>t</i> równości średnich				
			Istotność (dwustronna)	Różnica średnich	Błąd standardowy różnicy	95% przedział ufności dla różnicy średnich	
						Dolna granica	Górna granica
Styl nieadaptacyjny	-0,325	60	0,746	-3,065	9,423	-21,912	15,783
Styl wyobrażeniowo-zniekształcający	-0,014	60	0,989	-0,065	4,706	-9,477	9,348
Styl poświęcający się	0,560	60	0,578	1,484	2,652	-3,821	6,788
Styl adaptacyjny	-0,380	60	0,705	-0,871	2,290	-5,451	3,709

Analiza mechanizmów obronnych u pacjentów z IHD i osób zdrowych

W ostatnim etapie analizy wyników sprawdzono, czy występują istotne statystycznie różnice między grupą kliniczną i kontrolną w zakresie stosowania nie-dojrzałych mechanizmów obronnych (poziom istotności $p = 0,05$). Wykazano, że pacjenci z IHD istotnie częściej stosują mechanizm fantazjowania w porównaniu do osób zdrowych. Nie zaobserwowano istotnie statystycznych różnic w zakresie mechanizmów zaprzeczenia i reakcji upozorowanej w obu grupach badanych (por. tabela 7).

Tabela 7. Wybrane mechanizmy obronne a przynależność do grupy klinicznej i kontrolnej

Mechanizmy obronne	<i>t</i>	<i>df</i>	Test <i>t</i> równości średnich				95% przedział ufności dla różnicy średnich
			Istotność (dwustronna)	Różnica średnich	Błąd standardowy różnicy		
						Dolna granica	Górna granica
Zaprzeczenie	-0,273	60	0,786	-0,387	1,418	-3,224	2,450
Reakcja upozorowana	0,425	60	0,672	0,806	1,897	-2,988	4,601
Fantazjowanie	2,295	60	0,025	1,613	0,703	,207	3,018

Dyskusja

Rezultaty wielu badań dowodzą, że typ D stanowi czynnik ryzyka, progresji i śmiertelności przede wszystkim w zakresie chorób sercowo-naczyniowych. U podłoża tego związku leżą mechanizmy fizjologiczne, tj. zwiększona reaktywność na stres i osłabienie aktywności układu immunologicznego oraz psychologiczne, tj. trudności w ekspresji emocji. Wynika z tego, że osobowość stresowa odgrywa znaczącą rolę zarówno w sposobie spostrzegania stresorów, jak i w sposobach radzenia sobie ze stresem.

Analiza wyników przeprowadzonych badań wykazała, że osoby badane prezentujące osobowość typu D w znacznie większym stopniu niż osoby nieprezentujące typu D charakteryzuje skłonność do stosowania niedojrzałych stylów obronnych w postaci: stylu nieadaptacyjnego, stylu wyobrażeniowo-zniekształcającego i stylu samopoświęcania, przy czym dominującym stylem obronnym u osób typu D jest styl nieadaptacyjny. Styl adaptacyjny jest częściej stosowany przez osoby niecharakteryzujące się osobowością stresową, co może świadczyć o tym, że osoby typu D posługują się mniej dojrzałymi mechanizmami obronnymi i mniej adaptacyjnymi niż osoby z innym typem osobowości. Wśród preferowanych mechanizmów obronnych u osobowości stresowej należy wymienić: somatyzację, czynności konsumpcyjne, fantazjowanie, projekcję, *acting out*, regresję, reakcję upozorowaną, wycofanie oraz izolację. Jednocześnie, mechanizmy specyficzne dla osobowości

stresowej w postaci: zahamowania i tłumienia okazały się czynnikiem nieróżnicującym ze względu na przynależność do grupy badanej. Z analizy danych wynika, iż jedynie mechanizm sublimacji koreluje ujemnie z osobowością typu D. Reasumując – osobowość typu D posiada silne predyspozycje do posługiwania się różnymi mechanizmami obronnymi, najczęściej jednak mają one charakter nieadaptacyjny. Taki rodzaj funkcjonowania obronnego stanowi sposób radzenia sobie osobom typu D z własnymi emocjami, wymaganiami własnymi i otoczenia oraz z pesymistycznym stylem wyjaśniania zdarzeń.

Wykazano również, że część mechanizmów specyficznych dla osobowości stresowej nie różnicuje osób grupy typu D i osób z innym typem osobowości (mechanizm zahamowania i tłumienia), zaś część istotnie różnicuje (somatyzacja) lub stanowi tendencję (czynności konsumpcyjne) do częstszego występowania w grupie osób typu D. Występowanie mechanizmu somatyzacji oraz tendencja do czynności konsumpcyjnych są często zauważane przez lekarzy w praktyce klinicznej. Większość pacjentów o typie osobowości D zagrożonych chorobą niedokrwienną serca i w konsekwencji zawałem, ma problem z utrzymaniem odpowiednio niskiej masy ciała, ze zdrowym odżywianiem i ze stosowaniem używek. Są to czynniki ryzyka, które wpływają na fakt wystąpienia choroby wieńcowej, jej przebiegu i konsekwencji. Wiązą się także z cechami specyficznymi dla jednostek typu D, które nieujawnione emocje przetwarzają najczęściej w bóle somatyczne różnego typu i rozładowują napięcie emocjonalne, objadając się, paląc nałogowo tytoń, biorąc leki lub pijąc alkohol (Ogińska-Bulik, 2005).

Teorię na temat osobowości stresowej z pewnością potwierdza stosowanie przez tego rodzaju osoby mechanizmów wycofania społecznego, regresji i reakcji upozorowanej, dzięki której jednostki nie muszą wyrażać swoich negatywnych emocji i ryzykować dezaprobatę otoczenia. Ten typ obrony umożliwia przetworzenie negatywnych uczuć w formie wykonywania przeciwstawnych działań, co sprzyja „trzymaniu w sobie” nieakceptowanych emocji. Również stosunkowo rzadkie stosowanie mechanizmu sublimacji przez osoby typu D może być uwarunkowane wysokim poziomem lęku społecznego. Osoby te nie sublimują swoich popędów, ponieważ wiązałoby się to z ryzykiem oceny, a także z uzewnętrznieniem swoich często nieakceptowanych uczuć (Denollet, 1998).

Kolejnym ważnym aspektem badań jest zastosowana metoda pomiaru mechanizmów obronnych. Zastosowane w badaniach podejście kwestionariuszowe pozwala na pomiar wielu różnych zmiennych, określenie ich natężenia, współwystępowania, daje możliwość powtórzenia badania i porównania badanych grup przy zastosowaniu tych samych standardów. Słabymi stronami tego sposobu badania osobowości są kwestie trafności i rzetelności poszczególnych testów, błędy pomiaru, pomiar tylko tego, co jest dostępne i zauważalne przez badanego, brak podstaw do formułowania teorii o przyczynach, a jedynie o prostych zależnościach. Aktualnie najczęściej stosowanymi metodami w badaniach nad funkcjonowaniem obronnym są wywiad kliniczny wraz ze specjalnymi skalami do oceny zebranego materiału oraz kwestionariusze. Ten drugi typ pomiaru jest dość kontrowersyjny z uwagi na fakt, że trudno przedstawić w kwestionariuszu nieświadome zazwyczaj

typy obron i porównać je między sobą. Autorzy kwestionariusza DSQ tłumaczą to zagadnienie w następujący sposób: czasami mechanizmy obronne zawodzą, jednostka staje się wówczas świadoma swoich impulsów i tego, jak zazwyczaj sobie z nimi radzi. Poza tym często zdarza się, że najbliższe otoczenie potrafi wskazać osobie, jakie mechanizmy stosuje, wypowiadając się na ten temat (za: Marchwicki, 2005). Biorąc pod uwagę istniejące ograniczenia metod kwestionariuszowych można założyć, że jest to główny powód niezdiagnozowania mechanizmu zaprzeczania u badanych pacjentów, mimo iż jest to jedna z najczęściej stosowanych form obrony u osób z chorobą niedokrwienną serca.

Podsumowując powyższe rozważania, Kwestionariusz Mechanizmów Obronnych DSQ jest narzędziem mierzącym wiele aspektów funkcjonowania obronnego poprzez poszczególne typy przejawianych zachowań i w ten sposób stanowi dobre uzupełnienie Skali DS14, która została stworzona do pomiaru cech osobowości typu D. Połączenie tych narzędzi badawczych daje możliwość szerszego spojrzenia zarówno na osobowość typu D, jak i na mechanizmy obronne oraz na psychologiczne aspekty choroby niedokrwiennej serca.

Znajomość mechanizmów obronnych stosowanych przez tę grupę pacjentów może być ważnym aspektem warunkującym dobrą relację pacjent – lekarz oraz może stanowić punkt wyjścia do ich modyfikacji na bardziej dojrzałe i adaptacyjne formy obron. Interesującym uzupełnieniem przedstawionych w tej pracy badań mogłoby być zbadanie stylów obronnych pacjentów po przebytych zawałach serca i zestawienie ich funkcjonowania ze sposobami radzenia sobie pacjentów, którzy nie doświadczyli tego zdarzenia, nierzadko o charakterze kryzysu psychologicznego.

Wnioski końcowe

Na podstawie przeprowadzonych badań sformułowano następujące wnioski:

1. Osoby prezentujące osobowość typu D stosują szeroki repertuar stylów obrony, najczęściej są to style: nieadaptacyjny, wyobrażeniowo-zniekształcający oraz samopoświęcenia.
2. Styl adaptacyjny jest stosowany częściej przez osoby niewykazujące cech osobowości typu D.
3. Osobowość stresowa wykazuje tendencję do częstszego występowania w grupie pacjentów z chorobą niedokrwienną serca w porównaniu z grupą osób zdrowych.
4. Najsilniej typ D związany jest z takimi mechanizmami, jak: somatyzacja, czynności konsumpcyjne, projekcja, sublimacja, *acting out*, regresja, reakcja upozorowana, wycofanie społeczne, fantazjowanie i izolacja.
5. Mechanizm obronny tłumienia i zahamowania nie są specyficznymi obronami dla osobowości stresowej.
6. Jednostki niewykazujące cech osobowości stresowej częściej stosują mechanizm sublimacji w porównaniu do osób typu D.

Literatura cytowana

- Aalto, A.M., Heijmans, M., Weinman, J., Aro, A.R. (2005). Illness perceptions in coronary heart disease. Sociodemographic, illness-related, and psychosocial correlates. *J. Psychosom. Res.*, 58 (5), 393-402.
- Basińska, M.A., Woźniewicz, A. (2013). The relation between type D personality and the clinical condition of patients suffering from psoriasis. *Postępy Dermatologii i Alergologii*, 30 (6), 381-387.
- Bishop, G.D. (2000). *Psychologia zdrowia. Zintegrowany umysł i ciało*. Wrocław: Wydawnictwo Astrum.
- Bond, M., Gardner, S.T., Christian, J., Sigal, J.J. (1983). Empirical Study of Self-rated Defense Styles. *Archives of General Psychiatry, American Medical Association*, 40, 333-338.
- Bond, M., Wesley, S. (1996). *Manual for the Defense Style Questionnaire (DSQ)*. Montreal: McGill University.
- Broda, G. (2004). *Choroby układu krążenia w Polsce – umieralność*, http://www.poradnikmedyczny.pl/mod/archiwum/4779_choroby_uk%20kr%20kr%B1%BFenia.html
- Denollet, J. (1998). Personality And Coronary Heart Disease: The Type-D Scale-16 (DS-16). *Annals of Behavioral Medicine*, 20 (3): 209-215.
- Denollet, J. (2000). Type D personality. A potential risk factor refined. *J Psychosomatic Research*, 49, 255-266.
- Denollet, J. (2002). Type D personality and vulnerability to chronic disease, impaired quality of life and depressive symptoms. *Psychosomatic Medicine*, 64, 101.
- Denollet, J., Schiffer, A., Spek, V. (2010). A general propensity to psychological distress affects cardiovascular outcomes: evidence from research on Type D personality profile. *Circ Cardiovasc Qual Outcomes*, 3, 546-557.
- Denollet, J., Sys, S.U., Stroobant, N., Rombouts, H., Gillebert, T.C., Brutsaert, D.L. (1996). Personality as independent predictor of long-term mortality in patients with coronary heart disease. *The Lancet*, 347, 417-421.
- Grzegółowska-Klarkowska, H.J. (1986). *Mechanizmy obronne osobowości*. Warszawa: PWN.
- Kramer, U. (2010). Coping and defence mechanism: What's the difference? – Second act. *Psychology and Psychotherapy: Theory, Research and Practice*, 83, 207-221.
- Kramer, U., Roten, Y., Despland, L.M., Despland, J.N. (2009). Early change in defence mechanisms and coping in short-term dynamic psychotherapy: relations with symptoms and alliance. *Clin. Psychol. Psychother*, 16, 408-417.
- Łaniewska, I., Makowiecki, K.L. (1998). *Co należy robić, aby uniknąć choroby niedokrwiennej serca – prewencja pierwotna*. W: M. Dłużniewski (red.) *Choroba niedokrwienność serca. Co lekarz wiedzieć powinien?* (s. 57-66) Warszawa: Wydawnictwo Servier.
- Marchwicki, P. (2005). *Mechanizmy obronne w ujęciu psychodynamicznym*. *Seminare*, 21, 491-507.

- Martin, L.A., Doster, J.A., Critelli, J.W., Purdum, M., Powers, C., Lambert, P.L., Miranda, V. (2010). The Distressed Personality, Coping and Cardiovascular Risk. *Stress and Health*, 27, 64-72.
- Moryś, J., Majkovicz, M., Ogińska-Bulik, N., Rynkiewicz, A. (2006). Właściwości psychometryczne kwestionariusza do diagnozy osobowości typu D (DS14) szacowane na podstawie badania pacjentów z przebyłym zawałem serca. *Psychiatria*, 3 (2), 62-69.
- Ogińska-Bulik, N. (2005). Osobowość typu D a konsekwencje stresu zawodowego. *Czasopismo Psychologiczne*, 11 (1) 69-79.
- Ogińska-Bulik, N. (2006). Czy osobowość sprzyja etiopatogenezie chorób? Nowe kierunki badań – osobowość typu D. *Nowiny Psychologiczne*, 2, 5-22.
- Ogińska-Bulik, N. (2009). *Osobowość typu D. Teoria i badania*. Łódź: Wydawnictwo WSH-E.
- Ogińska-Bulik, N., Juczyński, Z. (2010). *Osobowość – stres a zdrowie*. Warszawa: Wydawnictwo DIFIN.
- Pakalska-Korcala, A., Zdrojewski, T., Piwoński, J., Radziwiłłowicz, P., Landowski, J., Wyrzykowski, B. (2006). Stres i niskie wsparcie społeczne jako społeczne czynniki ryzyka chorób sercowo-naczyniowych. *Kardiologia Polska*, 64, 80-86.
- Ponikowski, P. (2002). *ABC niewydolności serca*. Serwis edukacyjny firmy Polpharma.
- Sheridan, C.L., Radmacher, S.A. (1998). *Psychologia zdrowia. Wyzwanie dla biomedycznego modelu zdrowia*. Warszawa: Instytut Psychologii Zdrowia PTP.
- Sulicka, J., Fornal, M., Gryglewska, B., Wizner, B., Grodzicki, T., (2006). Wybrane czynniki ryzyka chorób sercowo-naczyniowych u pacjentów podstawowej opieki zdrowotnej. *Nadciśn. Tętn.*, 10 (5), 370-376.
- Whitty, M. T. (2003). Coping and defending: age differences in maturity of defence mechanisms and coping strategies. *Aging and Mental Health*, 7 (2), 123-132.
- Więcek, A. (2002). *Nadciśnienie tętnicze. Informator dla chorego*. Serwis edukacyjny firmy Polpharma. WIG-Press.