

Zmiana mechanizmów obronnych ego u pacjentów z zaburzeniami psychotycznymi w trakcie terapii na oddziale dziennym

Changes in defense mechanisms resulting from a Day Treatment Center therapy in persons suffering from psychotic disorders

Łukasz Cichocki

Pracownia Psychiatrii Środowiskowej Katedry Psychiatrii CM UJ
Kierownik: dr n. med. A. Cechnicki

Summary

Aim. The objectives of this investigation are to describe the changes in the psychopathological state and defense mechanisms occurring during therapy in a Day Treatment Center.

Method. The study group consisted of 55 persons suffering from psychotic disorders. Most of them suffered from schizophrenia, some from schizophrenia spectrum disorders, bipolar disorder and organic psychotic disorder. In the course of therapy in the Day Treatment Center, apart from pharmacotherapy and individual care, the patients took part in an intensive psychosocial therapeutic programme. The study was a pre – post design. The first investigation took place two weeks after admission into the Day Treatment Center and the second in the last week of therapy (average time of hospitalization was 3 months). The psychopathological state was examined according to the PANSS scale. Defense mechanisms were investigated with the Defense Style Questionnaire 40.

Results. The results of the study show significant changes occurring, both in psychopathological state, as well as defensive functioning of the patients during the therapy. Changes in the psychopathological state occurred in all subscales of the PANSS scale: positive, negative and global. Changes in defense mechanisms occurred in the mature factor of the defense mechanisms and in two separate immature mechanisms: autistic fantasies and displacement. A change in defense mechanisms did not influence changes that occurred in the psychopathological state. This could mean that psychopathological state – Axis I in DSM IV and defense mechanisms – part of the Axis II are partly independent elements.

Conclusions. Defense functioning seems to be a useful construct in understanding changes occurring in the course of therapy. The Defense Style Questionnaire 40 is a practical instrument in measuring conscious derivatives of defense mechanisms.

Słowa kluczowe: zaburzenia psychotyczne, mechanizmy obronne, psychoterapia
Key words: psychotic disorder, defense mechanisms, psychotherapy

Wprowadzenie

Zagadnienie mechanizmów obronnych niejednokrotnie stało się przedmiotem badań. Przeprowadzane do tej pory badania skupiały się głównie na dwóch obszarach. Pierwszym z nich była analiza różnic w mechanizmach obronnych pomiędzy osobami chorującymi na różne zaburzenia psychiczne, często z uwzględnieniem grup kontrolnych osób zdrowych [1, 2, 3, 4, 5, 6]. Drugim obszarem badań były zmiany zachodzące w mechanizmach obronnych w trakcie terapii osób z różnymi zespołami objawowymi, m.in. zaburzeniami depresyjnymi, zespołami natręctw, zaburzeniami lękowymi [7, 8, 9, 10, 11]. W tym drugim obszarze wymieniłem należy szczególnie badania przeprowadzone przez Wode-Helgodta [12] i Januzzię [13] z zespołami, są one bowiem najbardziej zbliżone charakterem do niżej prezentowanych badań – dotyczą zmiany w zakresie mechanizmów obronnych u osób z zaburzeniami psychotycznymi. W dotychczasowych badaniach starano się także uchwycić zależność pomiędzy mechanizmami obronnymi a innymi parametrami stanu psychicznego: stanem psychopatologicznym, czasem trwania choroby [14], współpracą w leczeniu [9, 15], funkcjonowaniem społecznym [16].

Cel badań

- Ocena stanu psychopatologicznego i mechanizmów obronnych na początku i pod koniec leczenia na oddziale dziennym.
- Ocena zależności pomiędzy obecnym stanem psychopatologicznym a rodzajem stosowanych mechanizmów obronnych.
- Zbadanie zależności pomiędzy zmianą w obszarze mechanizmów obronnych a zmianą w obszarze psychopatologii.

Sposób przeprowadzenia badań

Pacjenci przyjęci na oddział, po mniej więcej dwóch tygodniach pobytu, byli proszeni o wzięcie udziału w badaniu. Ich stan psychopatologiczny był określany na podstawie skali PANSS, mechanizmy obronne były oceniane za pomocą wypełnianego przez nich kwestionariusza DSQ 40. Odstęp dwóch tygodni między przyjęciem na oddział a momentem wypełniania kwestionariusza wynikał z kilku przesłanek. Pierwszą z nich była obawa przed dodatkową traumatyzacją pacjentów w trudnym dla nich początkowym okresie leczenia. Drugim czynnikiem, który miał wpływ na tę decyzję, było uniknięcie warunków stresu w trakcie wypełniania kwestionariusza, co mogłoby mieć zafałszowujący wpływ na wyniki [17]. Pacjenci otrzymywali ustną informację o celu takiego badania, możliwości odmowy wzięcia w nim udziału bez żadnych konsekwencji i zachowaniu pełnej anonimowości. Ponowne badanie, za pomocą tych samych narzędzi badawczych, następowało w ostatnim tygodniu pobytu pacjentów na oddziale, średnio po 14 tygodniach.

Opis badanej grupy

Do badania włączono 55 osób. Badanie ukończyły 43 osoby. Średnia wieku dla grupy, która ukończyła badanie, wyniosła 28,3 roku, najmłodsza osoba miała 18 lat,

najstarsza 52 lata. Grupa liczyła 24 kobiety i 19 mężczyzn. Spośród 43 badanych 41 osób miało rozpoznania ze spektrum schizofrenii (F 20 – F 25), w tym u 28 osób rozpoznano schizofrenię. Dwie osoby były w trakcie procesu diagnostycznego. Ostatecznie postawiono im rozpoznania innego rodzaju zaburzeń psychiatrycznych: jednej osobie – zaburzeń psychiatrycznych na podłożu organicznym, drugiej – psychozy maniakalno-depresyjnej. Większość pacjentów (25 osób) miała za sobą krótki okres leczenia – do dwóch lat. Najdłuższy okres leczenia wynosił 18 lat. Liczba wcześniejszych hospitalizacji wahała się pomiędzy 0 a 9. Najwięcej osób (18) było hospitalizowanych jeden raz, 9 osób miało dwie wcześniejsze hospitalizacje, 4 osoby nie były nigdy wcześniej hospitalizowane. 34 osoby były stanu wolnego, 7 osób żyło w związkach małżeńskich, 2 osoby były rozwiedzione. 31 osób mieszkało z rodziną generacyjną, 5 – samodzielnie, 7 – z rodziną prokreacyjną. Wykształcenie podstawowe miały 2 osoby, zawodowe 5 osób, średnie 23 osoby, niepełne wyższe 6 osób, wyższe – 7. Bez pracy pozostawało 31 osób, w niepełnym wymiarze godzin pracowały 3 osoby, w pełnym wymiarze – 9 osób. Średni czas pobytu pacjentów na oddziale wynosił trzy miesiące. Osoby, które nie ukończyły badania $n = 12$, nie różniły się w zakresie danych demograficznych w sposób istotny statystycznie od osób, które badanie ukończyły.

Narzędzia badawcze i metoda

W ocenie nasilenia objawów psychopatologicznych wykorzystano skalę PANSS (The Positive and Negative Syndrome Scale for Schizophrenia), autorstwa Kay S.R., Fiszbein A., Opler L.A., w tłumaczeniu M. Rzewuskiej. Do badania mechanizmów obronnych użyto kwestionariusza DSQ 40 (Defense Style Questionnaire 40). Z dostępnych w Polsce metod badawczych z zakresu badania mechanizmów obronnych: Life Style Index Plutchika, Defense Mechanism Inventory, autorstwa Ihilevicha i Glesera, oraz Defense Style Questionnaire 40, opracowany przez Michela Bonda ze współpracownikami. Ten ostatni kwestionariusz wydaje się mieć najbardziej spójną podbudowę teoretyczną, jest praktyczny w stosowaniu – nie obciąża zbyt pacjenta – oraz najczęściej używany, jak wynika z literatury. DSQ 40 zawiera 40 pytań dotyczących 20 mechanizmów obronnych.

Badane mechanizmy obronne są w tym kwestionariuszu przyporządkowane trzem stylom obronnym: dojrzałemu, neurotycznemu i niedojrzałemu.

Styl dojrzały obejmuje cztery mechanizmy obronne: sublimację, humor, antycypację i słumienie.

Styl neurotyczny obejmuje odczynianie, pseudoaltruizm, idealizację i formację reaktywną.

Na styl niedojrzały składa się najwięcej, bo dwanaście mechanizmów obronnych. Są to: projekcja, bierna agresja, acting out, izolacja, dewaluacja, fantazje schizoidalne, zaprzeczenie, przemieszczenie, dysocjacja, rozszczepienie, racjonalizacja, somatyzacja.

Analizę statystyczną zebranego materiału, ze względu na rozkłady zmiennych, oparto na testach nieparametrycznych. Wzajemne zależności określono na podstawie współczynnika korelacji Spearmana. Porównań między wyróżnionymi podgrupami dokonano za pomocą testu istotności Manna–Whitneya. Zmiany zaistniały w trakcie

terapii w obrębie poszczególnych grup oceniano za pomocą testu Wilcozona. Za statystycznie znamienne przyjęto $p \leq 0,05$. Analizę statystyczną przeprowadzono, wykorzystując program SPSS w wersji 11,0.

Wyniki badań

A. Obraz psychopatologiczny. W trakcie leczenia na oddziale dziennym zaistniała statystycznie znamienne poprawa w obrazie psychopatologicznym. Dotyczyła ona zespołu objawów pozytywnych, zespołu objawów negatywnych, objawów ogólnych, oraz sumarycznego wyniku, ocenianych za pomocą PANSS. Dane liczbowe zamieszczono w tabeli 1.

Tabela 1. **Zmiany w obrazie psychopatologicznym uzyskane w trakcie leczenia na oddziale dziennym oceniane za pomocą skali PANSS**

PANSS	Średnia arytmetyczna – przyjęcie na oddział	Średnia arytmetyczna – wypisanie z oddziału	p
Pozytywny	13	10	0,001
Negatywny	16	13	0,009
Globalny	33	27	0,000
Suma	62	51	0,000

Różnice pomiędzy wynikami ustalane na podstawie testu Wilcozona

B. Mechanizmy obronne. W trakcie leczenia na oddziale dziennym zaistniała znamienne statystycznie poprawa w zakresie dojrzałych mechanizmów obronnych – stwierdzono zmianę w zakresie czynnika dojrzałego, przy braku istotnej statystycznie zmiany w zakresie poszczególnych mechanizmów. Ponadto statystycznie istotnej zmianie uległy jeszcze dwa konkretne mechanizmy obronne – fantazje schizoidalne i przemieszczenie zaliczane do niedojrzałych mechanizmów obronnych. W trakcie terapii zmniejszyło się stosowanie tych mechanizmów. Zmiany w zakresie pozostałych mechanizmów obronnych i czynników kwestionariusza DSQ 40 nie były znamienne statystycznie. Wyniki przedstawiono w tabeli 2.

Tabela 2. **Zmiany w zakresie mechanizmów obronnych uzyskane w trakcie leczenia na oddziale dziennym oceniane za pomocą kwestionariusza DSQ 40**

DSQ 40	Średnia arytmetyczna – przyjęcie na oddział	Średnia arytmetyczna – wypisanie z oddziału	p
Czynnik dojrzały	5,09	5,40	0,027
Sublimacja	10,02	10,72	n.s.
Humor	10,60	11,47	n.s.
Antycypacja	10,75	10,72	n.s.
Stłumienie	9,40	10,72	n.s.
Czynnik neurotyczny	4,32	4,38	n.s.
Czynnik niedojrzały	4,23	4,13	n.s.
Fantazje schizoidalne	9,60	7,92	0,008
Przemieszczanie	8,95	7,72	0,049

Różnice pomiędzy wynikami ustalane na podstawie testu Wilcozona

C. Obraz psychopatologiczny a mechanizmy obronne. Zgodnie z koncepcją Kay i wsp. [18] podzielono uczestników badania na dwie grupy – z przewagą objawów pozytywnych (n = 15) i z przewagą objawów negatywnych (n = 28) na początku badania; podział przeprowadzono, odejmując od wyniku skali objawów pozytywnych wynik skali objawów negatywnych. Starano się uchwycić różnice pomiędzy tymi dwiema grupami. W zakresie czynników demograficznych oraz czasu leczenia i liczby przebytych hospitalizacji różnic nie stwierdzono. W obszarze mechanizmów obronnych grupy te różniły się między sobą – na początku badania osoby z bardziej nasilonymi objawami pozytywnymi znacznie częściej stosowały racjonalizację, badani z objawami negatywnymi bierną agresję (tab. 3).

Tabela 3. Różnice w obszarze mechanizmów obronnych pomiędzy grupą pacjentów z przewagą objawów negatywnych a grupą z przewagą objawów pozytywnych na początku leczenia

DSQ 40	Z przewagą objawów negatywnych. Średnia rangowa N = 25	Z przewagą objawów pozytywnych. Średnia rangowa N = 15	p
Czynnik dojrzały	19,58	22,03	n.s.
Czynnik neurotyczny	20,50	20,50	n.s.
Czynnik niedojrzały	21,98	18,03	n.s.
Bierna agresja	25,10	12,83	0,001
Racjonalizacja	16,04	27,93	0,002

Różnice pomiędzy wynikami ustalane na podstawie testu Manna–Whitneya

Na końcu badania osoby z grupy z przewagą objawów pozytywnych częściej stosowały dysocjację, z grupy z przewagą objawów negatywnych – dewaluację (tab. 4).

Tabela 4. Różnice w obszarze mechanizmów obronnych pomiędzy grupą pacjentów z przewagą objawów negatywnych a grupą z przewagą objawów pozytywnych na końcu leczenia

DSQ 40	Z przewagą objawów negatywnych. Średnia rangowa N = 28	Z przewagą objawów pozytywnych. Średnia rangowa N = 15	p
Czynnik dojrzały	22,38	21,30	n.s.
Czynnik neurotyczny	20,96	23,93	n.s.
Czynnik niedojrzały	22,36	21,33	n.s.
Dewaluacja	25,07	16,27	0,027
Dysocjacja	18,98	27,63	0,031

Różnice pomiędzy wynikami ustalane na podstawie testu Manna–Whitneya

Następnie starano się znaleźć odpowiedź na pytanie o związek pomiędzy zmianą w zakresie objawów psychopatologicznych a zmianą w obszarze mechanizmów obronnych. Uzyskane wyniki wskazują na brak takiej zależności (tab. 5).

Tabela 5. **Korelacje pomiędzy zmianą w wynikach kwestionariusza DSQ a zmianą wyników skali PANSS**

DSQ40 PANSS	Mechanizmy dojrzałe – zmiana	Mechanizmy neurotyczne – zmiana	Mechanizmy niedojrzałe – zmiana
Objawy pozytywne – zmiana	-0,03	0,15	-0,09
Objawy negatywne – zmiana	-0,07	0,12	-0,19
Wynik globalny – zmiana	0,04	0,04	-0,06

Korelacja mierzona współczynnikiem Spearmana

* Korelacja istotna na poziomie 0,05

** Korelacja istotna na poziomie 0,001

Dyskusja

Odwołując się do wyników badań nad mechanizmami obronnymi, należy stwierdzić, że w dostępnej literaturze nie znaleziono prac, które badałyby zmianę tych mechanizmów u pacjentów z rozpoznaniem z kręgu schizofrenii za pomocą użytego w tym badaniu narzędzia (DSQ 40). Wobec tego faktu najistotniejszy z uzyskanych wyników – poprawę w zakresie dojrzałych mechanizmów obronnych – należy odnieść do następujących danych:

- wyników badań nad zmianą mechanizmów obronnych u pacjentów psychotycznych badanych za pomocą innych narzędzi,
- rezultatów badań u pacjentów z innymi rozpoznaniem badanych za pomocą kwestionariuszy DSQ bądź DSQ 40,
- różnych konstruktów teoretycznych.

Badania dotyczące zmiany w zakresie mechanizmów obronnych w trakcie terapii u pacjentów z zaburzeniami psychotycznymi były prowadzone uprzednio przez Wode-Helgodta i wsp. [12] oraz Januzziego i wsp. [13]. Badanie przeprowadzone przez Wode-Helgodta z zespołem [12] polegało na porównaniu skuteczności dwóch form terapii stosowanych wobec osób z rozpoznaniem schizofrenii – standardowej, w postaci 15-minutowych wizyt lekarskich w odstępach 1–3-miesięcznych z towarzyszącą farmakoterapią, oraz psychoanalitycznie zorientowanej psychoterapii grupowej z półtoragodzinnymi, cotygodniowymi sesjami. W trakcie tego leczenia stosowano także farmakoterapię. Zmiany oceniano w różny sposób, m.in. z zastosowaniem testu Rorschacha, skali przystosowania Katza (KAS); mechanizmy obronne oceniono za pomocą Defence Mechanism Test. Po dwóch latach stosowania obu rodzajów terapii nie stwierdzono istotnych statystycznie różnic pomiędzy obiema grupami w obszarze mechanizmów obronnych, funkcjonowania społecznego oraz wyników testu Rorschacha.

Takie wyniki badań można tłumaczyć dwojako. Moim zdaniem pierwszym nawsuwającym się wyjaśnieniem jest to, że dwuletnia terapia grupowa zorientowana

psychoanalitycznie nie jest metodą leczenia z wyboru dla pacjentów z rozpoznaniem schizofrenii, a także, że nie wszyscy pacjenci z takim rozpoznaniem mogą z niej skorzystać (w tym badaniu osoby objęte terapią grupową nie miały więcej wskazań do niej niż grupa kontrolna). Poza tym chodzi o zastosowane narzędzie pomiarowe. Defence Mechanism Test budzi szereg wątpliwości natury metodologicznej. W badaniach przeprowadzonych przez Jonssona [19] narzędzie to nie wykazywało różnic w stosowanych mechanizmach obronnych pomiędzy grupą osób chorujących na schizofrenię a kontrolną grupą osób zdrowych. Badania przeprowadzone przez Zuber i Ekehammar [20] wskazują, że nie spełnia ono zakładanych wymogów dotyczących pomiaru mechanizmów obronnych w ich psychodynamicznym rozumieniu. Mierzy ich zdaniem raczej zaburzenia percepcji zależne od czasu ekspozycji i rozmieszczenia postaci na przedstawianych badanemu obrazkach.

Inne badanie, opierające się na pomiarze zmiany mechanizmów obronnych w trakcie terapii, przeprowadzili Januzzi i wsp. [13]. Grupa badana składała się z dwudziestu mężczyzn i była heterogenna diagnostycznie (schizofrenia, choroba afektywna dwubiegunowa, zaburzenia osobowości). Na podstawie oceny mechanizmów obronnych za pomocą skali DMRS stwierdzili oni wzrost dojrzałych według tej skali mechanizmów – intelektualizacji, izolacji uczuć, odczyniania w trakcie terapii, także u pacjentów z rozpoznaniem z kręgu schizofrenii. W tym przypadku wobec badanych nie stosowano żadnych specyficznych metod terapeutycznych, badani pacjenci oddziału stacjonarnego byli poddawani farmakoterapii. Mała liczebność grupy ($n = 20$), jej homogenność pod względem płci i heterogenność w zakresie diagnoz każe ostrożnie podchodzić do wyników tych badań.

W szerokim przeglądzie badań dotyczącym zmian mechanizmów obronnych u pacjentów z innymi niż zaburzenia psychiatryczne rozpoznaniem opracowanym przez Bonda [21] szczególnie istotne wydają się prace Akkermana i wsp. [8] i Albuchera i wsp. [11]. Stwierdzili oni u pacjentów z zaburzeniami depresyjnymi i zespołem obsesyjno-kompulsyjnym korzystne zmiany w zakresie dojrzałych mechanizmów obronnych korespondujące z wynikami niniejszej pracy.

Zmiana w zakresie dojrzałych mechanizmów w kierunku zwiększania ich stosowania jest we wszystkich teoriach zajmujących się mechanizmami obronnymi postrzegana jako korzystna. E.H. Erikson pisze tak: „Metody syntezy ego, konstruując skuteczne mechanizmy obrony przeciwko niepożądanym impulsom i afektom, przywracają na nowo temu, co nazywamy poczuciem „ja”, pewne podstawowe funkcje istnienia [...], a mianowicie: poczucie bycia ześrodkowanym i aktywnym, całym i świadomym, przewyciężając tym samym poczucie istnienia bez własnego centrum, bierności, fragmentaryzacji i niedookreślenia” [22].

W kontekście tych słów trudne do wytłumaczenia są wyniki badań wskazujące, że poprawa w zakresie mechanizmów obronnych pozostaje bez związku z poprawą w zakresie obrazu psychopatologicznego. Jednym z powodów takiego stanu rzeczy może być to, że na poprawę objawową miały wpływ inne, niezależne od mechanizmów obronnych, czynniki, jak na przykład farmakoterapia czy ustrukturyzowanie czasu w trakcie leczenia. Być może związek mechanizmów obronnych ze stanem psychopatologicznym mógłby ujawnić się w badanej grupie w dłuższej perspektywie

czasowej, jak w badaniu Bonda i Perry'ego [9]. Na taką możliwość wskazują także wyniki wieloletnich badań katamnesticznych podkreślających wpływ czynników osobowościowych na wyniki leczenia [23].

Przyglądając się zależnościom pomiędzy stanem psychopatologicznym a mechanizmami obronnymi w badanej grupie, należy dostrzec różnice w stosowanych mechanizmach obronnych pomiędzy osobami z przewagą objawów pozytywnych a osobami z przewagą objawów negatywnych. Stosowanie częściej przez osoby z przewagą objawów pozytywnych racjonalizacji (na początku badania) i dysocjacji (na końcu badania), a przez osoby z przewagą objawów negatywnych biernej agresji (na początku badania) i dewaluacji (na jego końcu) wydaje się zrozumiałe i spójne z teorią. Wyniki badań w tym obszarze można odnieść także do badań Schuelera i wsp. [14]. Co prawda w nieco inny sposób przeprowadzili oni podział grupy – na chorujących ostro i przewlekłe, użyli też innego narzędzia (DMI), ale uzyskane zależności mają pewien stopień podobieństwa. Ostro chorujący częściej stosowali projekcję i zwracanie się przeciwko sobie, przewlekłe chorujący – m.in. zaprzeczenie.

Wnioski

1. Stan psychopatologiczny i mechanizmy obronne badanych osób uległy korzystnej zmianie w trakcie terapii.
2. Stwierdzono zależność zarówno pomiędzy objawami zespołu pozytywnego, jak i negatywnego a rodzajem stosowanych mechanizmów obronnych. Badani z przewagą objawów pozytywnych częściej stosowali racjonalizację (na początku badania) i dysocjację (na końcu badania), a badani z przewagą objawów negatywnych – częściej bierną agresję (na początku badania) i dewaluację (na końcu badania).
3. Nie stwierdzono zależności pomiędzy zmianami w obrazie psychopatologicznym a zmianą w obszarze mechanizmów obronnych.

Изменения защитных механизмов ЗГО у пациентов с психотическими нарушениями во время лечения в Дневном отделении

Содержание

Задание. Оценка влияния лечения в Дневном отделении на психопатологическую картину и уровень применяемых защитных механизмов в группе больных с психотическими нарушениями.

Метод. Исследование проведено на 55 больных с психотическими нарушениями. В этой группе были больные шизофренией, спектром шизофрении, аффективной двухполюсной болезнью и органическими психозами. Для оценки их психопатологического состояния использована шкала PANSS, а для оценки защитных механизмов глоссарий DSQ 40. Исследование проведено вначале и в конце лечения. Лечение в Отделении проводится по модели терапевтической группы и носит комплексный характер, включающий фармакотерапию, индивидуальную и групповую психотерапию.

Результаты. Отмечено, что в обеих областях – как психопатологической картине, так и защитных механизмов доходит до статистически существенных изменений. Психопатологическая картина подвергается статистически значимому улучшению во всех параметрах, оцениваемых шкалой PANSS, позитивных, негативных, общих симптомов, а также суммарной оценке. В картине защитных механизмов статистически значимому улучшению

подвергается зрелый фактор, а уменьшению примененных двух защитных механизмов, незрелых, таких как шизофренические фантазии и передвижка. Не отмечено зависимости между изменениями в психопатологической картине и изменениями в области защитных механизмов, что указывает на частичную независимость обеих исследованных областей. В области защитных механизмов статистически значимому улучшению подвергся зрелый фактор, а уменьшению двух незрелых защитных механизмов – шизофренических фантазий и передвижки. Не обнаружено зависимости в психопатологической картине и изменениями в области защитных механизмов, что указывает на, хотя бы, частичную независимость обеих исследованных областей.

Выводы. Конструктивное понятие защитного механизма, по-видимому, может быть полезным способом понимания изменений, происходящих во время лечения, а глоссарий DSQ 40 пригодным пособием, служащим их оценке.

Veränderung der Ego - Abwehrmechanismen bei Patienten mit psychotischen Störungen während der Therapie in der Tagesabteilung

Zusammenfassung

Ziel der Studie. Die Beurteilung des Einflusses der Therapie in der Tagesabteilung auf das psychopathologische Bild und das Niveau der angewandten Abwehrmechanismen in der Gruppe der Patienten, die an psychotische Störungen krank sind.

Methode. An die Studie wurden 55 Personen eingeschlossen, die an psychotische Störungen krank sind. In dieser Gruppe gab es mehr Personen mit der Diagnose Schizophrenie, es gab hier auch die Personen mit der Diagnose Schizophreniespektrum, mit affektiver zweipoliger Krankheit und mit psychotischen Störungen organischer Herkunft.

Zur Beurteilung ihres psychischen Zustandes wurde die PANSS - Skala angewandt, zur Beurteilung der Abwehrmechanismen der DSQ 40 - Fragebogen. Die Studie wurde am Anfang und am Ende der Behandlung durchgeführt. Die Behandlung in der Abteilung wird im Modell der therapeutischen Gesellschaft durchgeführt und hat einen komplexen Charakter, der die Pharmakotherapie, individuelle Psychotherapie und Gruppentherapie umfasst.

Ergebnisse. Es wurde festgestellt, dass auf beiden Gebieten - sowohl im psychopathologischen Bild als auch bei Abwehrmechanismen - zu statistisch signifikanten Veränderungen kommt. Das psychopathologische Bild verbesserte sich statistisch signifikant auf allen Dimensionen, die durch die PANSS - Skala beurteilt werden: positive, negative, allgemeine Symptome und die summarische Beurteilung.

Im Bereich der Abwehrmechanismen verbesserte sich statistisch bedeutend der erfahrene Faktor, und verringerte sich die Anwendung von zwei nichterfahrenen Abwehrmechanismen: schizoide Phantasie und Verlagerung.

Es wurden keine Abhängigkeiten zwischen den Veränderungen im psychopathologischen Bild und der Veränderung der Abwehrmechanismen festgestellt, was mindestens auf eine partielle Unabhängigkeit beider untersuchten Gebiete zeigt.

Schlussfolgerungen. Die Abwehrmechanismen scheinen ein brauchbares Mittel zum Verstehen der Veränderungen zu sein, die während der Therapie stattfinden, und der DSQ 40 - Fragebogen ist ein brauchbares Werkzeug zu ihrer Beurteilung.

Le changement des mécanismes de défense chez les patients souffrant des troubles psychotiques pendant la thérapie à l'hôpital de jour

Résumé

Objectif. Présenter l'effet de la thérapie à l'hôpital de jour sur l'image psychopathologique et les mécanismes de défense chez les patients souffrant des troubles psychotiques.

Méthode. On examine le groupe de 55 patients souffrant des troubles psychotiques. Ce groupe est formé des schizophrènes (la majorité), mais on y trouve aussi les personnes souffrant de la maladie affective bipolaire, des troubles psychotiques d'origine organique ou du spectre de schizophrénie. Les patients sont examinés avec l'échelle PANSS et le questionnaire DSQ 40. Cet examen est fait deux fois – au début et à la fin de leur thérapie. La thérapie embrasse la pharmacothérapie, la psychothérapie individuelle, en groupe et elle base sur le programme thérapeutique psychosocial.

Résultats. On note des changements significatifs de l'image psychopathologique et des mécanismes de défense. L'image psychopathologique change presque tous ses dimensions examinées par l'échelle PANSS telles que: symptômes positifs, symptômes négatifs, symptômes généraux et l'évaluation totale. Les mécanismes de défense s'améliorent dans leur facteur mûré et ils diminuent l'usage de deux mécanismes immatures: fantaisies autistiques et déplacement. On ne trouve pas de corrélation des changements de l'image et des mécanisme de défense, cela suggère au moins l'indépendance partielle de ces domaines examinés.

Conclusions. La notion du mécanisme de défense semble être utile à la compréhension des changements résultant de la thérapie et le questionnaire DSQ 40 est l'instrument pratique pour les mesurer.

Piśmiennictwo

1. Bond MP, Gardner ST, Christian J, Sigal JJ. *Empirical study of self-rated defense styles*. Arch. Gen. Psychiatry 1983; 40: 333–338.
2. Jakubik A, Kuźma A, Moczulska E, Roszkowska J. *Mechanizmy obronne w schizofrenii paranoidalnej*. Psychiatr. Pol. 1991; 6: 1–6.
3. Bond MP, Vaillant JS. *An empirical study of the relationship between diagnosis and defense style*. Arch. Gen. Psychiatry 1986; 43: 285–288.
4. Sundbom E, Kullgren G. *Multivariate modelling and the Defense Mechanism Test: a comparative study of defensive structure in borderline, other personality disorders and schizophrenic disorder*. Acta Psychiatr. Skand. 1992; 86 (5): 379–385.
5. Leichsenring F. *Primitive defense mechanisms in schizophrenics and borderline patients*. J. Nerv. Ment. Dis. 1999; 187 (4): 229–236.
6. Gothelf D, Apter A, Ratzoni G, Orbach I, Weizman R, Tyano S, Pfeffer C. *Defense mechanisms in severe adolescent anorexia nervosa*. J. Am. Acad. Child Adolesc. Psychiatry 1995; 34 (12): 1648–1654.
7. Hoglend P, Perry JC. *Defensive functioning predicts improvement in major depressive disorder*. J. Nerv. Ment. Dis. 1998; 186 (4): 238–243.
8. Akkerman K, Carr V, Lewin T. *Changes in ego defenses with recovery from depression*. J. Nerv. Ment. Dis. 1992; 180: 634–638.
9. 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): 1665–1671.
10. Muris P, Merckelbach H. *Defence style and behaviour therapy outcome in specific phobia*. Psychol. Med 1996; 26 (3): 635–639.
11. Albuher RC, Abelson JL, Nesse RM. *Defense mechanism changes in successfully treated patients with obsessive-compulsive disorders*. Am. J. Psychiatry 1998; 155: 558–559.
12. Wode-Helgodt B, Berg G, Petterson U, Rydelius PA, Trollehed H. *Group therapy with schizophrenic patients in outpatient department*. Acta Psychiatr. Scand. 1988; 78 (3): 304–313.
13. Januzzi G, Verga M, Piasentin V, Azzone P, Vignano D, Freni S. *The psychodynamic impact of psychopharmacological treatment: Change in defense organization*. New Trends Experim. Clin. Psychiatry 1997; 13 (4): 267–270.
14. Schueler DE, Herron WG, Poland HV, Schultz CL. *Defense mechanisms in reactive and process schizophrenics*. J. Clin. Psychol. 1982; 38 (3): 486–489.

15. Hersoug AG, Sexton HC, Hoglend P. *Contribution of defensive functioning to the quality of working alliance and psychotherapy outcome*. Am. J. Psychother. 2002; 56 (4): 539–554.
16. Erikson S, Feldman SS, Steiner H. *Defense reactions and coping strategies in normal adolescents*. Child Psychiatry Hum. Dev. 1997; 28 (1): 45–56.
17. Perry JC, Hoglend P. *Convergent and discriminant validity of overall defensive functioning*. J. Nerv. Ment. Dis. 1998; 186 (9): 529–535.
18. Kay SR, Fiszbein A, Opler LA. *The positive and negative syndrome scale (PANSS) for schizophrenia*. Schizophr. Bull. 1987; 139 (2): 261–276.
19. Jonsson SA. *The Wechsler Adult Intelligence Scale (WAIS), but not the Defence Mechanism Test (DMTm), separates schizophrenics and normal controls in a factorial cluster analysis*. Scand. J. Psychol. 1998; 39 (2): 109–116.
20. Zuber I, Ekehammar B. *An empirical look at the Defence Mechanism Test (DMT) stimulus effects*. Scand. J. Psychol. 1997; 38 (2): 85–94.
21. Bond M. *Empirical studies of defense style: relationship with psychopathology and change*. Harv. Rev. Psychiatry 2004; 12: 263–278.
22. Erikson EH. *Dopelniony cykl życia*. Poznań: Dom Wydawniczy Rebis; 2002.
23. Cechnicki A. *Analiza wpływu wybranych czynników na wyniki leczenia w obszarze społecznym. Krakowskie prospektywne badania przebiegu schizofrenii*. Bad. Schizofr. 1998; 1: 37–48.

Adres: Pracownia Psychiatrii Środowiskowej
Katedry Psychiatrii
Collegium Medicum Uniwersytetu Jagiellońskiego
31-115 Kraków, pl. Sikorskiego 2/8

Otrzymano: 8.11.2006
Zrecenzowano: 25.05.2007
Przyjęto do druku: 4.10.2007

WŁADZE SEKCJI POLSKIEGO TOWARZYSTWA PSYCHIATRYCZNEGO c.d.

4. **Sekcja Psychofarmakologii**

Przewodniczący – prof. dr hab. Janusz Rybakowski

Klinika Psychiatrii Dorosłych
ul. Szpitalna 27/33, 60-572 Poznań
rybakows@wlpk.top.pl

Zarząd Sekcji:

Prof. dr hab. Małgorzata Rzewuska – zastępca przewodniczącego
Dr Jan Jaracz – zastępca przewodniczącego
Jolanta Kucharska-Mazur – skarbnik
Lek. Agnieszka Remlinger – sekretarz
Dr Aleksandra Suwalska
Dr Anna Leszczyńska-Rodziewicz

5. **Sekcja Psychoterapii**

Przewodniczący – prof. dr hab. Jerzy W. Aleksandrowicz

Katedra Psychoterapii CM UJ
ul. Lenartowicza 14, 31-138 Kraków
mzaleksa@cyf-kr.edu.pl

Zarząd Sekcji:

Mgr Ariadna Romejko-Borowiec – sekretarz
Dr Lidia Popek – skarbnik
Dr Rafał Antkowiak – przewodniczący elekt
Mgr Kazimierz Bierzyński – przewodniczący poprzedniej kadencji
Prof. dr hab. Bogdan de Barbaro
Dr hab. Barbara Józefik
Mgr Krzysztof Klajs
Dr Krzysztof Kotrys
Prof. dr hab.. Maria Siwiak-Kobayashi

Komisja Rewizyjna:

Prof. dr hab. Jacek Bomba – przewodniczący
Lek. Anna Bieniek
Lek. Stanisław Maj

Komisja Etyki:

Prof. dr hab. Jan Czesław Czabała
Prof. dr hab. Hanna Jaklewicz
Prof. dr hab. Irena Namysłowska