Prof. dr hab. Jacek Wciórka
I Klinika Psychiatryczna
Instytut Psychiatrii i Neurologii
w Warszawie
jacek.wciorka@wp.pl; wciorka@ipin.edu.pl

Warszawa, 21 sierpnia 2021

Ocena rozprawy doktorskiej mgr Małgorzaty Libman-Sokołowskiej pt.: „Ustępowanie objawów w zaostrzeniu schizofrenii a przekonania pacjentów o sobie, świecie i chorobie" przygotowana na wniosek Rady Dyscypliny Nauk o Zdrowiu Warszawskiego Uniwersytetu Medycznego

Trudne, niosące wielu ludziom ogrom cierpienia, kryzysowe doświadczenie życiowe nazwane przez psychiatrów „schizofrenią" jest od ponad stu lat przedmiotem niekończących się prób odsłaniania jego istoty z nadzieją, że jej ujawnienie wskaże skuteczne metody niesienia realnej pomocy. Nadzieją dotąd niespełnioną.

Tytuł przedstawionego do oceny dzieła sugeruje ciekawą próbę wyjścia w tym odsłanianiu poza typowy paradygmat medyczny i szukania pomocnych odpowiedzi nie tyle w redukcyjnych konstrukcjach biologiczno-technologicznych, co w podmiotowej rekonstrukcji sposobu doświadczenia siebie i świata, a dopiero na tym tle - *choroby*. Takie próby podejmowano w przeszłości i podejmowane są obecnie z perspektywy fenomenologii, różnych dziedzin psychologii i nauk społecznych, ale poza zaciekawieniem i uznaniem (*vide* dzieło Antoniego Kępińskiego) nie utorowały drogi do jakiejś realnej zmiany paradygmatu niesienia pomocy cierpiącym z powodu schizofrenii.

Przedstawiona rozprawa liczy bez załączników około 150 stron. Podzielona jest na dość typowe rozdziały (wstęp, założenia i cele, materiały i metody, wyniki, dyskusja, wnioski, piśmiennictwo), opisujące wyłonione na podstawie zastanej wiedzy pytania badawcze, podjęte badanie empiryczne i uzyskane odpowiedzi. Autorka cytuje nieco ponad 200 pozycji piśmiennictwa, w większości anglojęzycznego.

Wstęp zawiera kompetentnie przedstawionym standard wiedzy na temat schizofrenii, a następnie interesujący, krytyczny przegląd piśmiennictwa na temat koncepcji wglądu, nadziei i poczucia umiejscowienia kontroli oraz narzędzi wykorzystywanych do ich oceny. Nie znalazłem w rozprawie wyjaśnienia motywu ani przesłanek do tytułowego rozszerzenia znaczenia tych zagadnień do „przekonań pacjentów o sobie, siebie i chorobie". Wprawdzie

studiując wykorzystane kwestionariusze wglądu, nadziei i umiejscowienia kontroli można domyślać się powodów takiego poszerzenia znaczeń, ale tytuł rozprawy jest wobec czytelnika wyborem zbyt zobowiązującym, by nie wyjaśnić szczegółowo i wprost jak z problemu *wglądu, nadziei i poczucia umiejscowienia kontroli* Autorka przeniosła uwagę na *przekonania pacjentów o sobie, świecie i chorobie*.
Rozdział na temat BDNF sprawia wrażenie dołączonego do rozprawy sztucznie i nie wiadomo dlaczego. Temat opisany obszernie we wstępie i metodyce, a skąpo w wynikach i dyskusji, nie znalazł miejsca ani w hipotezach, ani we wnioskach. Moim zdaniem można go z tej rozprawy, bez strat usunąć.

Celem podjętego badania było zbadanie związków między ustępowaniem objawów leczonego szpitalnie przez 6 tygodni zaostrzenia schizofrenii, a rejestrowanymi na początku tego leczenia wskaźnikami wglądu, nadziei i umiejscowienia kontroli. Miarą ustępowania objawów były wyniki kolejnych (co 2 tygodnie) ocen stanu psychicznego za pomocą skali PANSS z uwzględnieniem grup objawów pozytywnych, negatywnych i ogólnych oraz wyniku sumarycznego.

Miarą wglądu były wyniki dwóch narzędzi oceniających dwa aspekty wglądu: tzw. *kliniczny* według kwestionariusza KWWS Kokoszki i wsp. oraz *poznawczy* według kwestionariusza BCIS Becka i wsp. Kwestionariusz BCIS pozwala na ocenę dwóch wymiarów wglądu poznawczego nazwanych w rozprawie *autorefleksją* oraz *przekonaniem o swojej racji*. Samoocenę wglądu pacjenci podejmowali jednorazowo, tydzień po przyjęciu.

Miarą nadziei były wyniki zastosowania również dwóch narzędzi: tzw. *nadziei na sukces* według KNS, polskiej adaptacji kwestionariusza Snydera oraz tzw. *nadziei podstawowej* według polskiej adaptacji oryginalnego narzędzia BHI-12. Wynik KNS zawiera wyliczenia dla dwóch wymiarów nadziei na sukces: *siła woli* oraz *umiejętność znajdywania rozwiązań*. Samooceny nadziei pacjenci dokonywali jednorazowo, 2 tygodnie po przyjęciu.

Do oceny poczucia umiejscowienia kontroli wykorzystano kwestionariusz Delta w adaptacji Drwala, który pacjenci wypełniali 2 tyg. po przyjęciu.

Uwagi metodyczne

1. Podstawową słabością badania jest niska liczebność i niereprezentatywność analizowanej próby. W ciągu trzyletniego okresu zbierania danych włączono ostatecznie 47 osób, spośród których blisko co trzecia (17 osób) w trakcie badania wypadła z próby. Liczba 30 osób, które zrealizowały plan badań wydaje się niedostateczna zważywszy liczbę analizowanych zmiennych (i podgrup) oraz oczekiwaną moc statystyczną uzyskiwanych wyników. Nic nie wiemy o „wielu" osobach, które mimo propozycji odmówiły udziału w badaniu - czy ich charakterystyka zbliżała się czy oddalała od charakterystyki osób włączonych do badania? Kogo, jaką subpopulację reprezentowali uczestnicy badania – zdolniejszych poznawczo (do wypełniania kwestionariuszy samooceny) hospitalizowanych chorych z rozpoznaniem schizofrenii?

2. Wątpliwość budzą decyzje metodyczne dotyczące czasu samooceny podstawowych zmiennych (wgląd, nadzieja, umiejscowienie kontroli). Nawet z opisanych w rozprawie badań wynika, że największe zmiany nasilenia objawów zachodziły w ciągu pierwszych dwóch tygodni pobytu. Jak więc interpretować związki tych zmian ze wskaźnikami wglądu - ocenianymi po tygodniu i nadziei - ocenianej po dwóch tygodniach?
3. Nie jestem pewien, czy projektowanie tego typy badań z ograniczeniem do populacji hospitalizowanych jest słuszne – wymuszona 6 tygodniowa hospitalizacja (warunki pobytu nie należą do komfortowych) zdecydowanie przekracza przeciętny i konieczny rozmiar hospitalizacji osób z zaostrzeniem psychotycznych. Przypuszczam, że niekiedy może ograniczać wgląd i nadzieję. Poza tym – decyzja o podjęciu hospitalizacji rzadko wynika wyłącznie z oceny stanu psychicznego – pośredniczy w niej wiele innych czynników sytuacyjnych, przypadkowych i intencjonalnych (w dobrym lub niedobrym znaczeniu tego słowa). Mówiąc brutalnie i może z pewną przesadą – przypomina to trochę wolę dokładnego zbadania motyla, którego w tym celu należy „unieruchomić".
4. W analizach związków ustępowania objawów wykorzystano też trzy zmienne niezależne (płeć, wiek, wykształcenie) nie wiadomo dlaczego nazwane kontrolowanymi. Nie analizowano zmiennych o możliwym wpływie pośredniczącym na związki między płcią, wiekiem i wykształceniem a ustępowaniem objawów (np. czas trwania choroby, wiek wystąpienia choroby, łączna dawka leków, status rodzinny pacjenta). Nakazuje to traktowanie uzyskanych wyników z duża ostrożnością, jako związki potencjalnie pozorne.
5. Podjęta próba oceny znaczenia przyjmowanych leków, ograniczona do podziału na leki przeciwpsychotyczne II generacji (A) i leki z udziałem klozapiny (B – nie wiadomo czy jako *adjuvans*, czy w monoterapii?) nie wydaje się celowa, jeśli nie uwzględnia co najmniej efektu tzw. zdefiniowanej dawki dobowej (*Defined Daily Dose*, WHO).[1]

Wybór miar i testów statystycznych wykorzystanych w analizie wyników był w zasadzie poprawny (pominąwszy słabości wynikające a niewielkiej liczebności próby). Autorka stwierdziła najpierw szereg związków potwierdzających istotność zmian (redukcji) nasilenia różnych grup objawów i ich nasilenia łącznego między ich stanem początkowym a późniejszym przy czym największa różnica zachodziła w pierwszych dwóch tygodniach a względnie mniejsza dynamika cechowała objawy negatywne niż pozostałe.

Byłbym jednak ciekaw jak Autorka interpretuje istotność różnic między powtarzanymi pomiarami (0,2,4, 6 tygodni) przy nieistotności różnic średnich wartości nasilenia objawów w tych punktach czasowych, na co wskazują ryciny 3-6 ze słupkami błędów ilustrującymi 95% przedziały ufności (warto wyeliminować nieczytelność słupków ilustrujących 95% CI w przypadku punktu startowego).

[1] NB. uzyskany w badaniu wynik wskazuje, że w perspektywie 6 tygodni klozapina zwiększa nasilenie objawów negatywnych i ogólnych oraz ogranicza poczucie nadziei.

Różne istotne statystycznie związki wykazywała również dynamika ustępowania objawów z niektórym wymiarami wglądu poznawczego oraz nadziei na sukces i nadziei podstawowej.

W ramach wglądu - wgląd kliniczny korelował z wymiarem autorefleksji wglądu poznawczego.

Oba wskaźniki nadziei (podstawowy i na sukces) korelowały ze sobą.

Przekonanie o swej racji w ramach wglądu poznawczego korelowało z *umiejętnością znajdowania rozwiązań* w ramach nadziei na sukces.

Nie stwierdzono związków ustępowania objawów z poczuciem umiejscowienia kontroli.

Uzyskane wyniki poddane zostały krytycznemu porównaniu z wynikami innych autorów oraz koncepcjami teoretycznymi, na których oparte były wykorzystane narzędzia oceny wglądu nadziei i umiejscowienia kontroli. Subtelność wykorzystanych konstruktów teoretycznych zyskałaby jak sądzę silniejszą i bardziej przekonującą wymowę empiryczną w przypadku co najmniej potrojenia liczebności próby. Autorka wskazała krytycznie na ograniczenia interpretacji i uogólniania wyników badania.

Uwagi edytorskie

1. wg typowych zaleceń edytorskich ryciny i tabele powinny być czytelne bez odwoływania się do informacji w tekście czy w odległym słowniku skrótów.
2. Cieniowanie wykresów nie powinno uniemożliwić odczytania zawartych w nich informacji (wykres 3-6)
3. Może warto dodać załącznik dotyczący kwestionariusza KWWS
4. Załączenie dwóch wersji kwestionariusza BCIS wydaje się zbędne.
5. W odniesieniu do kwestionariuszy interpretowanych wielowymiarowo warto zaznaczyć, które pozycje należą zdaniem autorów do poszczególnych wymiarów.
6. Skany umieszczane w załącznikach są słabo czytelne.
7. Nie jestem pewien, czy cytowanie w pozycjach monograficznych wg kolejności pojawiania się jest sensowne.

Przedstawiona rozprawę oceniam pozytywnie, jako poprawną próbę zaplanowania i wykonania badania naukowego odpowiadającego na interesujące choć słabiej dostrzegane i rzadziej poddawane refleksji zjawiska kliniczne. Podjęte badania i tekst rozprawy przekonują o ponadprzeciętnej kompetencji Autorki w zakresie zagadnień stanowiących przedmiot ocenianego dzieła i o jej pracowitości. Na podkreślenie zasługuje też odwaga podjęcia tematu trudnego, najeżonego trudnościami teoretycznymi, metodycznymi i praktycznymi. Wskazane w recenzji słabości pracy obciążają nie tyle Autorkę, co warunki, w jakich podejmowane są i prowadzone próby samodzielnego planowania i prowadzenia badań przez doktorantów, przymuszające do kompromisów między pożądanąym a możliwym kształtem ich realizacji.

Wniosek

Rozprawa pt.: *„Ustępowanie objawów w zaostrzeniu schizofrenii a przekonania pacjentów o sobie, świecie i chorobie"* skutecznie rozwiązuje problem badawczy o interesującej i istotnej wartości poznawczej i praktycznej. Moim zdaniem, dowodzi badawczej sprawności oraz samodzielności kandydatki, spełniając tym samym wymagania stawiane rozprawom doktorskim w zapisach ustawy.
Dlatego mam zaszczyt przedstawić Wysokiej Radzie Dyscypliny Nauki o Zdrowiu WUM wniosek o dopuszczenie mgr Małgorzaty Libman-Sokołowskiej do dalszych etapów przewodu doktorskiego.