Prof.nzw.dr hab.med.Tadeusz Parnowski
Rada Języka Polskiego PAN

Warszawa dn.24.08.2021

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

I. Celowość podjęcia badań

Każda praca badawcza, która eksploruje nowe obszary badawcze np. przekonania pacjenta o sobie, jest ex definitione pracą interesującą. Mimo faktu, że wiele klinicznych i teoretycznych rozważań zostało już opublikowanych, doświadczanie schizofrenii przez osobę chorą jest nadal zagadnieniem nie do końca wyjaśnionym. Oczywiście, taka sytuacja powoduje powstawanie nowych koncepcji, próbujących odpowiedzieć na istotne pytania: jak zrozumieć i ocenić doświadczanie objawów psychotycznych, do jakiego stopnia zaburzenia myślenia zmieniają percepcję chorych, jaką wagę dla człowieka chorego mają objawy pozytywne i negatywne, co myśli o sobie chory bez poczucia bezpieczeństwa, jak przeżywa indywidualnie chorobę etc. Zagłębianie się w istotę choroby, a więc badanie aspektów psychologicznych daje szansę zmiany myślenia o chorym nie jako o pacjencie, lecz o cierpiącym człowieku. Znowu powstają pytania: w jaki sposób próbuje poradzić sobie z chorobą, czy potrafi zróżnicować świat realny od własnego świata wewnętrznego, czy wierzy w to, że potrafi poradzić sobie z przeciwnościami, z jakimi musi się mierzyć, czy jest panem własnego losu i ma wpływ na swoje życia, czy też podlega sterowaniu przez świat zewnętrzny. Odpowiedzi na te pytania mają niezwykle istotne znaczenie dla całego zespołu leczącego, a zwłaszcza dla psychologów tworzących indywidualne programy terapeutyczne dostosowane do potrzeb chorego.

Poznawanie niewiadomego wymaga bardzo ścisłych definicji ocenianych zmiennych. Kierowanie się intuicją może zafałszować obraz i w konsekwencji utrudnić realizację zamierzonego działania. W tym także kontekście podjęcie badań przez doktorantkę jest celowe.

II. Struktura formalna pracy

Przedstawiona rozprawa doktorska mgr Małgorzaty Libman-Sokołowskiej składa się z 175 stron, na których wyraźnie oddzielono:

- część teoretyczną – przegląd literatury światowej dotyczącej omawianych zagadnień ,
- cele pracy oraz hipotezy badawcze,
- opis badanej grupy oraz zastosowane metody badawcze ,
- wyniki badania ,
- dyskusję wyników z odniesieniem do literatury światowej ,
- wnioski z badania.

Formuła wykonania rozprawy jest klasyczna, badanie zostało wykonane poprawnie, we wstępie znajduje się streszczenie pracy w języku polskim i angielskim, lista pojęć stosowanych w badaniu i omówieniu. W tekście umieszczono 12 tabel i 12 wykresów. Na końcu rozprawy znajduje się 6 załączników, ale brakuje załącznika w postaci kwestionariusza Andrzeja Kokoszki : kwestionariusz wglądu w schizofrenię – „moje myśli I odczucia" (KWWS),który doktorantka także stosowała w badaniu. Bardzo rozbudowana jest część teoretyczna przedstawiająca wyniki badań światowych (58 stron, a więc 50% rozprawy), co może wynikać z chęci jak najdokładniejszego opisu badanych zjawisk. Jednak wydaje się, że część dotycząca przedstawienia schizofrenii w postaci krótkiej monografii i niezwykle szczegółowe przedstawienie części dotyczącej BDNF, jest nadmiernie

rozbudowana, tym bardziej, że jak można zrozumieć z wywodów doktorantki, (ale i wyników badań międzynarodowych) udział BDNF w schizofrenii jest dyskusyjny m.in. z powodu licznych zmiennych zakłócających (wpływ leczenia, masy ciała, palenia tytoniu i in.), a bezpośredniego związku z obrazem klinicznym ciągle nie stwierdzono.

W części teoretycznej najbardziej interesujące jest przedstawienie koncepcji dotyczących nadziei (podstawowej i na sukces), wglądu (z zróżnicowaniem na wgląd kliniczny i wgląd poznawczych wg A.Becka) i poczucia miejsca kontroli w kontekście schizofrenii. Przegląd ten uzmysławia jak wiele jest różnych definicji i hipotez dotyczących omawianych zagadnień. Oznacza także, że stosunkowo niewiele jest badań odnoszących te koncepcje do chorych z schizofrenią, co powoduje dla badacza trudności w wyborze narzędzi (według jakiej koncepcji badać chorych?). Wyniki opublikowanych badań są często sprzeczne.

Doktorantka zbadała grupę 30 chorych w ciągu 6 tygodni hospitalizacji, 17 chorych wypadło z badania. W ocenie nasilenia i zmian objawów psychopatologicznych zastosowała co dwa tygodnie PANSS (4 badania); w ocenie wglądu poznawczego BCIS A. Becka (1 badanie po tygodniu hospitalizacji); w ocenie wglądu klinicznego KWWS A. Kokoszki (1 badanie po tygodniu hospitalizacji);

poziom nadziei oceniała polską wersją skali (KNS) według poznawczego modelu Snydera, który definiował nadzieję jako ukierunkowane myślenie do znalezienia drogi i posiadania motywacji do podążania nią; skala KNS została zaadaptowana do oceny osób zdrowych (1 badanie po 2 tygodniach hospitalizacji) i nadzieję podstawową kwestionariuszem BHI-12 zgodną z teorią Ericksona, która została adaptowana do osób zdrowych (1 badanie po 2 tygodniach hospitalizacji); poczucie lokalizacji kontroli doktorantka badała kwestionariuszem „delta" R.Ł.Drwala (1 badanie po dwóch tygodniach hospitalizacji).

Wymienione narzędzia badawcze były także (chociaż rzadko) stosowane w schizofrenii, a ich walidacja głównie dotyczyła osób zdrowych, tzn. bez zaburzeń treści myślenia. Być może to tłumaczy wyniki badania. Zastosowanie tłumaczenia testu bez zgody autora i poprawnej metodyki badania (sprawdzenia w podwójnym tłumaczeniu) nie powinno mieć miejsca w pracy badawczej, niezależnie od wzrokowego podobieństwa z testem tłumaczonym później (BCIS).

Opis oznaczeń biochemicznych (BDNF) jest za dokładny, tym bardziej, że pomijając dyskusyjność włączenia go do badania *stricte* psychologicznego, jest dodatkową badaniem,nie ujętym w hipotezach badawczych.

Doktorantka uzyskała zgodę od pacjentów, którzy brali udział w badaniu, jednak w załączonej zgodzie Komisji Bioetycznej (w roku 2011) wyrażono zgodę na inne badanie pt."Biochemiczne i genetyczne markery skuteczności leczenia schizofrenii. Wpływ przekonań dotyczących siebie i świata na wyniki leczenia". Można zastanawiać się, czy połączenie hipotezy dotyczącej związku BDNF z objawami klinicznymi nie jest spowodowane żalem doktorantki przed utratą wyników, które wymagały wiele pracy.

Rozprawę kończy 216 pozycji piśmiennictwa, dobrze dobranych do przedstawienia obszaru badawczego. Metody statystyczne dobrane są prawidłowo.

Z formalnego punktu widzenia należy zwrócić uwagę na stosowanie niepełnych wyjaśnień pod niektórymi tabelami np. tab.3 na str. 63 (co oznacza PPI lub PPII?) lub w tabelach 5,6,7 (oznaczenia M,Me,SD),tab.11.(oznaczenia P,N,O,S),tab.12 (wyjaśnienie skrótów w tabeli).

III. Struktura merytoryczna badania

Celem pracy było poszukiwanie związku pomiędzy zmiennymi psychologicznymi (wglądem, poziomem nadziei, lokalizacją miejsca kontroli) i zmiennością nasilenia objawów psychopatologicznych.

Stosując wcześniej wymienione narzędzia badawcze, doktorantka przedstawiła pięć hipotez badawczych:

1. Im większe nasilenie objawów, tym niższy poziom wglądu (klinicznego i poznawczego) w chorobę.
2. Wyższy poziom wglądu (klinicznego i poznawczego) w chorobę będzie wiązał się z szybszym ustępowaniem objawów. Najsilniejszej zależności można się spodziewać w odniesieniu do objawów pozytywnych.
3. Wyższy poziom nadziei (nadziei podstawowej i nadziei na sukces) będzie wiązał się z szybszym ustępowaniem objawów.
4. Nadzieja na sukces i nadzieja podstawowa są u pacjentów z rozpoznaniem schizofrenii skorelowane dodatnio, podobnie jak w populacji ogólnej.
5. Im dłuższy czas trwania choroby (od momentu pierwszej hospitalizacji), tym bardziej zewnętrzne poczucie umiejscowienia kontroli pacjentów.

Doktorantka w swojej pracy przyjęła szereg założeń, które w konsekwencji nie pozwoliły jej odpowiedzieć dokładnie na wiele z postawionych pytań badawczych. Zbyt duża liczba zmiennych (zmienne psychologiczne, ale także badanie BDNF oraz analiza stosowanego leczenia) w małej grupie chorych, nie daje szansy uzyskania miarodajnych wyników, pokazujących związki między ocenianymi zmiennymi. Kolejnym elementem utrudniającym uzyskanie odpowiedzi na pytania badawcze, jest zastosowanie do oceny wybranych zmiennych psychologicznych narzędzi, które mają różne umocowania teoretyczne, często nie pozwalające na porównania między sobą,np. w przypadku zmiennej „wgląd" doktorantka ocenia zależność między wglądem poznawczych i klinicznym, mimo, że jak sama pisze, wywodzą się one z innego modelu. Także odmienne definicje badanych pojęć np. BCIS (model poznawczy Becka) i KWWS (narzędzie skonstruowane przez A. Kokoszkę bez podstawy teoretycznej), KNS (model poznawczy Snydera) i BHI-12 (koncepcja Eriksona), wprowadzają chaos w rozumieniu uzyskanych wyników. Kolejną trudnością w interpretacji uzyskanych wyników jest niespójność w traktowaniu przez Doktorantkę analizowanych zmiennych psychologicznych raz, jako cechy osobowości, innym razem jako stan. Jeżeli doktorantka badała pacjentów tylko raz (wgląd, nadzieja i umiejscowienie kontroli) na początku badania, a potem koreluje te dane z oceną psychopatologii po 4-5 tygodniach, oznacza to, że traktuje oceniane zmienne jako cechy osobowości, a nie stan pacjenta. Z drugiej strony hipotezy badawcze sugerują, że wymienione zmienne psychologiczne zdaniem Doktorantki, ulegają zmianie w okresie 6 tygodni leczenia, a więc nie mogą być cechami osobowości, z założenia stabilnymi w czasie. Warto w tym miejscu podkreślić, że Doktorantka mierzy zmienne psychologiczne tylko raz (w pierwszym tygodniu badania ocenia wgląd, w drugim tygodniu badania ocenia nadzieję i poczucie umiejscowienia kontroli), a stawia hipotezę badawczą odnoszącą się do dynamiki zmian tych zmiennych w ciągu kilkutygodniowego procesu leczenia.

Ponieważ grupa badana jest mało liczna i zróżnicowana pod względem wykształcenia i wieku, trudno jest dokonać porównań w odniesieniu do ocenianych zmiennych psychologicznych takich jak poczucie kontroli, wgląd i nadzieja. Przykładem jest wnioskowanie o wewnętrznym umiejscowieniu kontroli u osób z wyższym wykształceniem, gdy w grupie badanej są tylko cztery osoby. Także trudna

jest ocena dynamiki ustępowania objawów psychopatologicznych w odniesieniu do wieku. Wiadomo, że osoby starsze w odmienny sposób adaptują się do psychozy z racji wieku i ilości hospitalizacji, a obraz kliniczny i przebieg psychozy jest odmienny niż ma to miejsce u osób młodych. Porównanie przebiegu schizofrenii u osób młodych i starszych jest dyskusyjne wobec faktu,że w grupie badanej obecni są pacjenci w wieku od 20 lat do 65 r.ż.,a nie podano liczebności w poszczególnych grupach wiekowych.

W swoich hipotezach badawczych doktorantka nie odniosła się do przeprowadzonego badania stężenia BDNF i ewentualnego wpływu na objawy psychopatologiczne i dynamikę przebiegu. Rzeczywiści, w modelu neurorozwojowym postuluje się istotność roli BDNF jako czynnika wpływającego na neurogenezę, plastyczność synaptyczną, funkcje poznawcze i neuroprzekaźnictwo, głównie dopaminergiczne. Jednak, jak wynika z badań, zmiany ekspresji BDNF charakteryzuje brak swoistości, występują w różnych zaburzeniach psychicznych, a w schizofrenii wpływ na jego aktywność mają zarówno czynniki genetyczne jak i środowiskowe, które nie były przedmiotem badania. Udowodniono rolę BDNF jako biomarkera, prawdopodobnie pełni istotną rolę w kaskadzie zmian gen-białko, ale związek polimorfizmu niektórych alleli (np.rs6265) z występowaniem i nasileniem objawów schizofrenii pozostaje nadal dyskusyjny. Jeżeli wyniki badań międzynarodowych są poprawne, stosowanie leków antydopaminergicznych, zwłaszcza klozapiny, powinno bardziej efektywnie wpływać na objawy pozytywne i negatywne niż inne leki przeciwpsychotyczne. Ta część badania doktorantki, chociaż niezwykle pracochłonna, nie wnosi do rozprawy istotnych elementów.

IV. Podsumowanie

Doktorantka podjęła się trudnego zadania, analizując nie tylko zmienne psychologiczne, ale także poszukując powiązań z genetyką i leczeniem. Wobec nielicznej grupy badanej i dużej ilości zmiennych wyniki badania nie są jednoznaczne. Mimo uwag recenzenta tematyka badania jest niezwykle interesująca. Doktorantka posiada dużą wiedzę teoretyczną i potrafi z niej skorzystać. W dyskusji Doktorantka ustosunkowała się do metodyki i wyników badania uzyskanych w rozprawie. Wskazanie trudności na jakie napotkała w badaniu i zdystansowanie się od ewidentnych niedociągnięć metodycznych świadczą o dojrzałości poznawczej i badawczej.

Przedstawiona do recenzji rozprawa doktorska spełnia warunki określone w art.13 Ustawy z dnia 14 marca 2003 o stopniach naukowych i tytule naukowym oraz o stopniach i tytule w zakresie sztuki (Dz.U.nr 65,poz.595 z późn.zm.). Doktorantka potrafi korzystać z piśmiennictwa, posiada znaczną wiedzę teoretyczną oraz umiejętność samodzielnego rozwiązywania wybranych problemów naukowych, a także odpowiednie przygotowanie do dalszej pracy naukowej. W związku z powyższym przedstawiam Radzie Dyscypliny Nauk o Zdrowiu Warszawskiego Uniwersytetu Medycznego wniosek o dopuszczenie mgr Małgorzaty Libman-Sokołowskiej do kolejnych etapów przewodu doktorskiego.