

Katedra Neuropsychologii Klinicznej

Uniwersytet Mikołaja Kopernika w Toruniu

Collegium Medicum w Bydgoszczy

Recenzja rozprawy doktorskiej pt. „Efektywność pozytywnej terapii w rehabilitacji psychoz”
mgr Agnieszki Żochowskiej-Biały.

Promotor: dr hab. n. hum. Maryla Malewicz-Sawicka, prof. APS.

Schizofrenia jest jedną z najbardziej destrukcyjnych chorób psychicznych, bardzo często uniemożliwiająca pacjentom uzyskanie sukcesów szkolnych, zawodowych i powodującą znaczne problemy adaptacyjne. Najczęściej dotyka ona ludzi młodych, rozpoczynających dorosłe życie, stąd ogromnym wyzwaniem jest opracowanie metod jej skutecznego leczenia. Pomimo coraz większej wiedzy na temat etiologii choroby i wprowadzenia do leczenia neuroleptyków II i III generacji o szerokim spektrum działania na różne obszary objawów schizofrenii, nadal leczenie pacjentów nie jest optymalne. Badania naukowe na przestrzeni ostatnich 20 lat wskazały na ogromną rolę dysfunkcji poznawczych i emocjonalnych w obrazie klinicznym i przebiegu schizofrenii i uznano je za kluczowe obszary będące obecnie celem leczenia. Zaburzenia te stanowią bowiem główną przyczynę problemów funkcjonowania psychospołecznego chorych i przekładają się na ich gorsze funkcjonowanie w rolach społecznych.

Niniejsza praca dotyczy bardzo istotnego aspektu pozafarmakologicznej terapii schizofrenii, jakim jest terapia pozytywna – bazująca na doświadczeniach psychoterapii psychoz. Celem jej jest nauka umiejętności z zakresu inteligencji emocjonalnej, niezbędnych w kształtowaniu poprawnych relacji międzyludzkich. Jest to metoda terapii stosowana na świecie od co najmniej kilkunastu lat.

Dysertacja liczy 140 stron, po których załączono bibliografię, wykaz tabel i rycin, a także załączniki zawierające stosowane w badaniu kwestionariusze. Nie załączono zgody właściwej komisji bioetycznej, która w tego typu badaniu jest niezbędna. Pacjenci biorący udział w badaniu wyrazili na to pisemną zgodę, a w razie jej wycofania nie ponosili żadnych negatywnych konsekwencji. Streszczenie pracy w języku polskim zamieszczono na stronie 4-5, natomiast brakuje streszczenia w języku angielskim.

Praca składa się z 6 rozdziałów głównych, rozdział 7 to „posumowanie”, rozdział 8 „wnioski”, 9- „ograniczenia badania”, 10- „bibliografia”, 11- „wykaz tabel” 12- „wykaz rycin”, 13- „załączniki. Uwaga edytorska: rozdziały 11-13 to są załączniki, można byłoby je odpowiednio ponumerować i umieścić w jednym rozdziale.

Praca rozpoczyna się (nie ujętym w spisie treści) „wprowadzeniem w problematykę”. Stanowi ono zasadniczo krótki wstęp do pracy. Rozdział I poświęcono różnym aspektom schizofrenii. Ten rozdział powinien być opracowany w sposób bardziej przemyślany. Autorka przedstawiła definicję choroby, wybrane czynniki etiopatogenetyczne, następnie bardzo skrótowo trzy teorie schizofrenii: teorię neurorozwojową, historyczną już teorię uwrażliwienia Kempańskiego i teorie społeczno-psychologiczne. Brakuje mi wyjaśnienia, dlaczego akurat te teorie uznała Doktorantka za najbardziej istotne z punktu widzenia podjętych przez nią badań?

Następnie przedstawiono informacje o obrazie klinicznym i kluczowych objawach schizofrenii, odwołując się do myśli wielkich postaci historii psychiatrii - Kraepelina i Kępińskiego oraz dość nagle do klasyfikacji ICD-10. Warto byłoby może uporządkować informacje i treści historyczne ująć w jeden rozdział, a następnie zaprezentować współczesne informacje na temat schizofrenii z uwzględnieniem jej wielu wymiarów zgodnie z obecną klasyfikacją ICD-11. Kryteria rozpoznania wg ICD 10 nie powinny zajmować miejsca pracy, gdyż są one znane i stosowane powszechnie.

Na ujęcie osobnym rozdziale zasługują podrozdziały odnoszące się do metod rehabilitacji schizofrenii stosowane na świecie, czy też kierunki rozwoju nowych metod. Trudno mi się zgodzić ze zdaniem, że „obniżenie nasilenia objawów psychotycznych schizofrenii stanowi trudny do realizacji cel leczniczy” (str 29). Jest wręcz przeciwnie, jest to najłatwiejszy do realizacji cel leczniczy, który jest osiągany za pomocą leczenia farmakologicznego. Był on możliwy nawet wówczas, gdy nie było neuroleptyków atypowych. Wydaje się, że Autorka nieco pomyliła objawy psychotyczne – wytwórcze- z objawami negatywnymi, do których należą m.in. zaburzenia myślenia, czy zaburzenia wolicjonalne. Te dwa ostatnie, podobnie jak

zaburzenia poznawcze są trudniejsze do leczenia, chociaż coraz większe możliwości daje tu połączenie nowoczesnej farmakoterapii z kompleksową terapią nefarmakologiczną.

Rozdział 2 poświęcony został terapii pozytywnej, przedstawiono jej istotę i założenia. Należałoby nieco precyzyjniej przedstawić definicję terapii pozytywnej. Co np. autorka ma na myśli stwierdzając, że zaburzenia równowagi interakcji pomiędzy dobrostanem a psychopatologią skutkuje zahamowaniem wzrostu jednostki? Na uwagę zasługują przedstawione dane na temat zastosowania tej formy terapii w psychozach, z którego wynika, że wiele rodzajów terapii nefarmakologicznych schizofrenii spełnia kryteria terapii pozytywnej. Mam natomiast zastrzeżenia odnośnie opisu neuropsychologicznych mechanizmów działania terapii pozytywnej. Autorka powołuje się tu na trzy prace sprzed 20 lat i stwierdza, że „interwencje poznawczo-behawioralne wpływają na neurobiologię” (str. 38). Jest to bardzo duże uproszczenie prowadzące do marginalizacji problemu. Szkoda, gdyż jest to gorący nurt współczesnych badań naukowych, a w ostatnim czasie opublikowano wiele rzetelnych wyników badań z zakresu neurobiologicznych podstaw oddziaływań psychoterapeutycznych, które opisują zmiany, jakie zachodzą w OUN, pod ich wpływem.

Cel pracy i hipotezy badawcze zostały przedstawione w rozdziale 3. Cel powinien być sformułowany bardziej klarownie. Wydaje się, że celem głównym badań była ocena efektywności 13 tygodniowego (26 godzinnego) programu pozytywnej terapii psychoz w odniesieniu do objawów psychopatologicznych, zasobów psychologicznych i różnych aspektów funkcjonowania pacjentów ze schizofrenią, co można wywnioskować z postawionych pytań badawczych. Należałoby opisać dokładnie, na czym polegała ta terapia i co było przedmiotem poszczególnych spotkań terapeutycznych. Czy poszczególne sesje były tak samo prowadzone wobec wszystkich pacjentów?

Sformułowano cztery pytania badawcze, zaś postawiono pięć hipotez, w tym hipoteza pierwsza zawiera aż pięć hipotez szczegółowych. Aby poprawnie sformułować hipotezy badawcze, niezbędne jest dokładne określenie problemu badawczego i sklaryfikowanie celu badania. Stawiane hipotezy badawcze są to inaczej przypuszczenia badacza co do wystąpienia danego zjawiska, a także rodzaju spodziewanych zależności. Łatwiej byłoby wtedy przeprowadzić proces ich testowania, a w efekcie końcowym - potwierdzić lub odrzucić hipotezę i wyciągnąć wnioski. Ten aspekt metodologiczny wymaga ponownego przemyślenia i przeformułowania zgodnie z zasadami współczesnej metodologii badań naukowych. Dobrze byłoby również zwrócić uwagę na sformułowania językowe, terminologię naukową (np. posługiwać się terminem „czas trwania choroby”, a nie „długość choroby”, liczba grup, a nie „ilość” grup itp.).

Rozdziale 4 opisano metodologię badań, gdzie opisano grupę badaną i kontrolną, procedurę badania, stosowane kwestionariusze i metody analiz statystycznych. Zalecam doktorantce większą dbałość o dobór grupy badanej i kontrolnej. Jaką metodę doboru grup stosowano (losowy, nielosowy, celowy itp.)? Jak obliczono reprezentatywną liczebność próby?

Do badania zakwalifikowano osoby z rozpoznaniem schizofrenii znajdujące się w stanie „remisji chorobowej” (str 53). Czy rzeczywiście była to remisja, skoro na podstawie oceny skalą BPRS oceniono, że nasilenie objawów chorobowych wskazywało na „stan umiarkowanie ciężki”? (str 54). W schizofrenii rzadko można mówić o remisji chorobowej, jeśli już to o częściowej remisji objawowej. Wśród kryteriów wykluczenia z badania wskazano „udokumentowane w historii choroby obniżenie intelektu” (str 54). Na jakiej podstawie dokonano oceny sprawności intelektualnej? Czy było to badanie testem inteligencji -jeśli tak, to jakim, czy też na podstawie stwierdzonych w badaniach neuropsychologicznych zaburzeń poznawczych? Jeśli tak, to jakie badania wykonano i jakie kryteria przyjęto?

Kolejne pytanie metodologiczne dotyczy adaptacji stosowanego programu WELLOFOCUS. Czy przeprowadzono jedynie tłumaczenie z języka angielskiego na polski, czy, zgodnie z zasadami metodologii, przeprowadzono tzw. „backtranslation”, oraz porównanie zgodności tłumaczeń? Czy przeprowadzono badania normalizacyjne? Brakuje również opisu stosowanej interwencji terapeutycznej - programu pozytywnej terapii psychoz. Jakie treści poruszano i jakie techniki stosowano podczas kolejnych spotkań terapeutycznych ? Opis programu kolejnych sesji powinien znaleźć się w pracy.

Doktorantka podaje, że „wszystkie zajęcia terapeutyczne były przeprowadzone przez ten sam zespół psychologów klinicznych” oraz „badania były przeprowadzone przez ten sam zespół psychologów” (str 53). Opisując stosowany kwestionariusz danych socjodemograficznych również podaje, że został on opracowany „przez organizatorów badania”. Jaki zatem był osobisty udział doktorantki w koncepcji, planowaniu i przeprowadzeniu badań? Czy była to praca zespołowa? Moją uwagę zwróciła też wielość kwestionariuszy, jakie mieli wypełnić pacjenci. Podejmując badania naukowe angażujące chorych na schizofrenię warto pamiętać o takim ich zaplanowaniu, aby uzyskać maksimum oczekiwanych informacji przy jak najmniejszym obciążeniu pacjentów. Autorka problem dostrzega, gdyż formułując ograniczenia pracy stwierdza, że w związku z nadmierną liczbą kwestionariuszy pacjenci wymagali pomocy, której udzielali członkowie zespołu badawczego. Pojawia się w związku z tym wątpliwość dotycząca obiektywizmu uzyskanych danych.

W opisie modelu teoretycznego badania Doktorantka posługuje się czasem przyszłym, ale rozumiem, że jest to model już zastosowany w badaniu (str. 52). Warto byłoby zastanowić się nad przedstawieniem graficznym modelu. Co oznacza termin „samopoczucie pierwotne” i „samopoczucie otrzymane”? Rozumiem, że chodzi o pomiar zmiennych badaniu pierwszym i końcowym. Proszę o wyjaśnienie jakie parametry badano w „samopoczuciu pierwotnym” oraz jakie przyjęto punkty początkowe i końcowe badania? Nie rozumiem też dlaczego grafika przedstawia „Długość trwania choroby” ze strzałkami w kierunku samopoczucia pierwotnego i oddziaływań terapeutycznych. Chyba chodzi raczej o czas trwania badania i kolejne punkty czasowe dokonywanych pomiarów. Z tego modelu należy zrezygnować lub go dostosować, gdyż nie oddaje on idei badania.

Opis metod badania i analiz statystycznych jest poprawny. Niezbyt szczęśliwym określeniem jest nazwanie grupy badanej grupą kliniczną pozytywną. Czy nie lepiej określić ją zwyczajnie jako grupę badaną lub eksperymentalną?

Wyniki badań przedstawiono w formie opisowej, w 56 tabelach i 4 rycinach. Wykazano podobną skuteczność terapii standardowej stosowanej w grupie kontrolnej i pozytywnej terapii psychoz stosowanej w grupie badanej w zakresie funkcjonowania, mocnych stron osobowości i nasilenia objawów psychopatologicznych. Nie stwierdzono różnic w żadnym z pomiarów w zakresie „własnej skuteczności” i „ optymizmu”. Odnosnie zmian w zakresie objawów psychopatologicznych schizofrenii nie można wprost oceniać wpływu terapii bez odniesienia się do leczenia farmakologicznego, czego w pracy nie uwzględniono. Po zakończeniu terapii w grupie badanej zaobserwowano wyższe wyniki w zakresie zmiennej „prosperowanie”, „uczucia pozytywne” i „mocne strony charakteru”. Nie stwierdzono istotnego znaczenia w zakresie badanych zmiennych czasu trwania choroby i zmiennych demograficznych.

Rozdział 6 – dyskusja wymaga ponownego przemyślenia i uporządkowania. Nie jest to miejsce dla opisu metod badawczych i odnośników do literatury zawierających opis tych metod. Miejsce na to powinno znaleźć się części metodologicznej. W dyskusji należy dokonać omówienia wyników własnych w świetle najnowszych danych światowych. Doktorantka natomiast zamieściła w dyskusji aż 12 odniesień do metod (kwestionariuszy stosowanych w badaniu) i 17 pozycji piśmiennictwa, z którymi konfrontowała wyniki własne. Niestety tylko 5 z tych prac to publikacje z ostatnich 5 lat, a większość to prace już archiwalne.

W rozdziale 7 zamieszczono podsumowanie wyników, jednakże ta część wymaga gruntownych zmian. Podsumowanie powinno stanowić zwięzły opis uzyskanych wyników, co

ułatwi sformułowanie wniosków. Autorka w tej części kontynuuje dyskusję, przytaczając wyniki innych badań.

Rozdział 8- wnioski - jest w zasadzie podsumowaniem ujętym w 12 punktach. Nie sformułowano natomiast wniosków, które byłyby adekwatne do testowanych hipotez i wynikałyby bezpośrednio z uzyskanych wyników badań.

Ograniczenia pracy zawarto w rozdziale 9. Autorka stwierdziła, że był to kilkuletni czas trwania badań (nie długość badań!) i problemy z organizacją badania w okresie pandemii. Nie bardzo rozumiem, dlaczego do ograniczeń zaliczono konieczność uzyskania pisemnej zgody, jest to normalna procedura badawcza. Autorka zauważa też, problemem była motywacja pacjentów do wypełniania zbyt dużej liczby kwestionariuszy, co wynika z tak zaplanowanego badania. Uważam, że jest to problem metodologiczny, jaki pojawił się już na etapie planowania projektu. Z tego wynika kolejny problem- pomocy w wypełnianiu kwestionariuszy przez zespół badaczy. Może to ograniczać jakość badań i budzić wątpliwości co do ich obiektywizmu. Sugestie co do metodologii przyszłych badań nie powinny zostać umieszczane w rozdziale dot. ograniczeń pracy.

Bibliografię składającą się z 86 pozycji zamieszczono w rozdziale 10. Z ostatnich 5 lat zacytowano 11 pozycji (13%), zaś prac archiwalnych ponad 20-letnich było 26 (ponad 30%). Autorka cytuje liczne podręczniki (22 książki, co stanowi ok. 25% wszystkich cytowanych pozycji), a większość z nich to książki archiwalne. Na tej podstawie nie można uznać, że Doktorantka ma rozeznanie w najnowszej literaturze przedmiotu.

Przed przygotowaniem pracy do publikacji konieczne jest uwzględnienie powyższych uwag, szczególnie dotyczących aspektów metodologicznych oraz uaktualnienia literatury przedmiotu. Błędy edytorskie są natomiast łatwiejsze do poprawy.

Podsumowanie recenzji:

Przedstawiona do recenzji praca dotyczy istotnego aspektu dotyczącego nefarmakologicznych możliwości terapii schizofrenii. Pod tym względem jest to wartościowe opracowanie, a wprowadzenie do terapii metody wzmacniającej zasoby własne chorych jest bardzo cenne. Zastosowano w większości standaryzowane metody badawcze, zaadaptowane do warunków polskich i przeprowadzono adekwatne postępowanie statystyczne. Mam nadzieję, że to pierwsze badanie stanie się przyczynkiem do kolejnych, a uwagi recenzenta przyczynią się do poprawy jakości publikowanych wyników.

W podsumowaniu stwierdzam, że przedłożona do recenzji praca mgr Agnieszki Żochowskiej –Biały spełnia podstawowe wymagania stawiane rozprawom doktorskim na stopień doktora w dyscyplinie psychologia, zgodnie z warunkami określonymi w art. 13 ust.1 ustawy z dnia 14 marca 2003 o stopniach naukowych i tytule naukowym oraz o stopniach i tytule w zakresie sztuki (j.t. Dz.U. z 2017 r poz. 1789 z późn. zm.), dlatego mam zaszczyt przedstawić Wysokiemu Senatowi Akademii Pedagogiki Specjalnej im. Marii Grzegorzewskiej wniosek o dopuszczenie mgr Agnieszki Żochowskiej-Biały do dalszych etapów przewodu doktorskiego.



Prof. dr hab. n. med. Alina Borkowska

Kierownik Katedry i Zakładu Neuropsychologii Klinicznej

UMK w Toruniu, Collegium Medicum w Bydgoszczy