



Prof. UAM dr hab. Monika Obrębska
Zakład Psychologii Poznawczej
Wydział Psychologii i Kognitywistyki
Uniwersytet im. Adama Mickiewicza

Poznań, 28.02.2020

**Powtórna recenzja rozprawy doktorskiej magistra Dawida Subocza
„Deficyty w percepcji emocji u chorych na schizofrenię. Rola stylów więzi i aleksytymii”,
napisanej pod kierunkiem prof. Uniwersytetu SWPS dr hab. Izabeli Krejtz
oraz dr Elżbiety Zdankiewicz-Ścigały**

Wprowadzenie

Recenzowana rozprawa doktorska „Deficyty w percepcji emocji u chorych na schizofrenię. Rola stylów więzi i aleksytymii”, przygotowana przez Mgr. Dawida Subocza, podejmuje istotny problem podmiotowych uwarunkowań zakładanych dysfunkcji w różnicowaniu i rozpoznawaniu emocji przez osoby ze zdiagnozowaną schizofrenią paranoidalną. Szczególną rolę w etiopatogenezie zaburzeń trafnego spostrzegania i identyfikowania stanów emocjonalnych Mgr Subocz przypisuje pozabezpiecznym stylom przywiązania, powstałym w efekcie doświadczania różnego rodzaju wydarzeń traumatycznych. Powodować mogą one zmiany w mechanizmach regulacyjnych, prowadząc do rozwoju aleksytymii, będącej podstawową zmienną wyjaśniającą zniekształcenia w przetwarzaniu i percepcji emocji przez osoby chorujące na schizofrenię. Ten model teoretyczny, zapożyczony z pracy Elżbiety Zdankiewicz-Ścigały *Aleksytymia i dysocjacja jako podstawowe czynniki zjawisk potraumatycznych* (2017), został przetestowany w dwóch badaniach z udziałem osób chorujących na schizofrenię i osób zdrowych. Pierwsze badanie dotyczyło rozpoznawania emocji podstawowych z wykorzystaniem okulografu, drugie – związku pozabezpiecznych stylów przywiązania, wydarzeń traumatycznych i aleksytymii z zakładanymi

deficytami w rozpoznawaniu ekspresji mimicznych emocji na poziomie kodowania obrazowego, werbalnego i abstrakcyjnego.

Teoretyczne podstawy badań

W pierwszej wersji pracy część teoretyczna napisana została w sposób bardzo schematyczny i powierzchowny, zawierając błędy merytoryczne i skróty myślowe. Brakowało przede wszystkim systematycznego przedstawienia kryteriów diagnostycznych i obrazu klinicznego schizofrenii, a modele patogenezy dobrane były dosyć przypadkowo, bez próby ich klasyfikacji. Nowa wersja pracy została uzupełniona o brakujące wcześniej fragmenty. Zawiera kryteria diagnostyczne i szczegółowy opis obrazu klinicznego schizofrenii, uwzględniający zespół objawów pozytywnych i negatywnych oraz najnowsze modele patogenezy z wyróżnieniem modelu Liottiego i Gumleya. Przy opisie patogenezy schizofrenii przedstawiono głównie modele biologiczne i interakcyjne, mniej miejsca poświęcając klasycznym modelom psychospołecznym (psychoanalitycznym, behawioralno-poznawczym, czy też strategiczno-systemowym), które też powinny być omówione w pracy z dziedziny psychologii.

Dzięki uzupełnieniom praca znacząco zyskała na przejrzystości, choć nadal zdarzają się w niej nieścisłości, jak na przykład sugerowanie, że objawy negatywne są specyficzne ... dla osób zdrowych ("objawy negatywne należy rozumieć jako fenomeny psychiczne, których brak u osób chorych, a które obserwujemy u ludzi zdrowych" s. 13) oraz powtórzenia, na przykład wielokrotne definiowanie objawów pozytywnych i negatywnych schizofrenii. Ważną część pracy zajmuje prezentacja modelu Liottiego i Gumleya, wiążącego podatność na schizofrenię z sytuacją zaniedbania emocjonalnego dziecka i doświadczaniem przez nie traumatycznych wydarzeń, co prowadzić może do wykształcenia unikowego wzorca przywiązania w zachowaniach interpersonalnych, aktywizującego się szczególnie w sytuacjach trudnych. Teoria ta stanowi dobre wprowadzenie do problematyki psychologicznych uwarunkowań rozpoznawania emocji w schizofrenii i roli aleksytymii w tym procesie. Zabrakło jedynie pokazania adaptacyjnej roli, jaką pełnić może aleksytymia, chroniąc przed doświadczaniem traumy i lęku poprzez redukcję napięcia psychicznego oraz uwzględnienia w modelu procesów dysocjacji (derealizacji i

depersonalizacji), będących również konsekwencjami pozabezpiecznych stylów więzi i wczesnodziecięcej traumy. Wydaje się, że uwzględnienie tego konstruktu w proponowanym przez Autora modelu zależności: trauma – style więzi – aleksytymia – percepcja emocji, zbudowałoby jego specyfikę dla schizofrenii, wyjaśniając mechanizm powstawania zespołu dezorganizacji psychicznej.

W obecnej wersji część teoretyczna napisana została w sposób poprawny, choć brakuje jej oryginalności. W warstwie teoretycznej praca nie wnosi niczego nowego do omawianej problematyki, zawierając jedynie przedstawienie modeli innych badaczy i przegląd literatury na temat rozpoznawania i percepcji emocji przez chorych na schizofrenię. Brak własnego, oryginalnego modelu teoretycznego, pozwalającego z innej perspektywy spojrzeć na problem percepcji emocji w schizofrenii jest zdecydowaną słabością pracy.

Ocena projektu badań i sposobu jego realizacji

Pracę bronią przeprowadzone badania empiryczne. Mają one oryginalny charakter i przeprowadzone zostały na stosunkowo dużej próbie. Badanie pierwsze dotyczyło różnic w percepcji wzrokowej ekspresji mimicznych emocji pomiędzy osobami chorującymi na schizofrenię (N=41) i osobami zdrowymi (N=41). Badanie przeprowadzono z wykorzystaniem okulografu, kontrolując wzorce uwagi wzrokowej podczas rozpoznawania emocji. Uwzględniony został również poziom aleksytymii, mierzonej skalą TAS-20 w adaptacji Zdankiewicz-Ścigały, Ścigały i Kokoszko. Projekt badania ma oryginalny charakter, zależność pomiędzy nasileniem aleksytymii a wskaźnikami okulograficznymi percepcji wzrokowej u osób chorujących na schizofrenię nie była wcześniej analizowana w badaniach empirycznych. Odnosnie samej realizacji projektu mam parę drobnych uwag, które nie zmieniają jednak zasadniczo mojej pozytywnej oceny. Uwagi te zawarte były również w ocenie pierwszej wersji pracy.

W pierwszym badaniu grupa kliniczna różniła się dość znacznie od grupy kontrolnej pod względem wskaźników demograficznych. Szczególnie płeć i wiek wydają się być silnie skorelowane z aleksytymią. Częściej występuje ona wśród mężczyzn (17%) niż kobiet (10%), a także wśród osób w podeszłym wieku (Tomalski, 2018). Kobiety też generalnie trafniej od

mężczyzn rozpoznają ekspresje mimiczne (Leathers, 2007). Tymczasem w grupie klinicznej było aż 33 mężczyzn i jedynie 6 kobiet, w grupie kontrolnej zaś 16 mężczyzn i 24 kobiety. Również średnia wieku w grupie chorych była istotnie wyższa. Tak duże dysproporcje mogły mieć wpływ na uzyskane wyniki, i w odniesieniu do aleksytymii, i trafności rozpoznawania emocji, czego można było uniknąć stosując dobór parami, który - przy niedużej liczebności grup - byłby dość prostym zabiegiem. Dałoby to pewność, że uzyskane rezultaty są rzeczywiście konsekwencją choroby, a nie płci, wieku czy poziomu wykształcenia badanych osób. Doceniam, że w drugiej wersji pracy zastosowana została dwuczynnikowa analiza kowariancji, będąca próbą kontroli *post factum* różnic międzypłciowych w zakresie percepcji wzrokowej ekspresji mimicznych emocji.

Drugie z przeprowadzonych badań dotyczyło uwarunkowań zakładanych deficytów w rozpoznawaniu ekspresji mimicznych przez osoby chore na schizofrenię. Uwzględnione zostały style przywiązania, doświadczenia traumatyczne i aleksytymia oraz, zgodnie z modelem Maruszewskiego i Ścigały, różne poziomy psychicznej reprezentacji emocji: obrazowy, werbalny i abstrakcyjny. Osoby badane różnicowały eksponowane symultanicznie lub sekwencyjnie dwie ekspresje mimiczne (kod obrazowy), zaznaczały na ekranie monitora nazwę emocji po prezentacji jej mimicznej ekspresji (kod werbalny) lub opisu, uwzględniającego kontekst sytuacyjny (kod abstrakcyjny). Przebadano 200 osób, w tym 100 z grupy klinicznej (schizofrenia paranoidalna) i 100 z grupy kontrolnej (osoby zdrowe). W grupach ujednolicone zostały proporcje kobiet i mężczyzn.

Sam projekt badania uważam za bardzo ciekawy, szczególnie uwzględnienie poziomów reprezentacji emocji jest oryginalnym pomysłem, umożliwiającym opisanie dynamiki badanych procesów oraz leżących u ich podłoża mechanizmów: werbalizacji, semantyzacji i symbolizacji. W badaniu uwzględnione zostały też takie dodatkowe parametry jak czas ekspozycji, nasilenie emocji, sposób prezentacji: symultaniczny vs sekwencyjny. Dobór zmiennych, ich staranna kontrola podczas eksperymentu, pozyskanie tak dużej grupy do badania (szczególnie grupy klinicznej), budzą uznanie. Analizy statystyczne przeprowadzone zostały starannie, a uzyskane wyniki skłaniają do refleksji. Moje wątpliwości dotyczyły głównie kwestii etycznych, które nie zostały w pracy wystarczająco wyjaśnione.

W ostatnim zadaniu osobom badanym prezentowane były w formie ekspresji i opisu tylko dwie emocje: strach i wstręt, w trzech nasileniach: słabym, średnim i silnym. W nowej

ul. A. Szamarzewskiego 89 B, 60-568 Poznań
NIP 777 00 06 350, REGON 000001293
tel.: +48 61 829 2307, fax: +48 61 892 2107
uampsych@amu.edu.pl
psychologia.amu.edu.pl

wersji pracy nadal nie znajduję uzasadnienia tego wyboru, a wiadomo - chociażby z badań Mandal i Rai (1987) - że są to emocje najbardziej zagrażające dla osób ze schizofrenią. Budzi to wątpliwości natury etycznej: czy konfrontowanie osób chorujących na schizofrenię paranoidalną z tak silnymi bodźcami natury emocjonalnej o negatywnym zabarwieniu nie wpłynie negatywnie na ich funkcjonowanie psychiczne? Schizofrenii paranoidalnej towarzyszy wysoki poziom lęku o charakterze dezintegracyjnym i dodatkowe wzbudzanie go poprzez opisy odwołujące się do sytuacji zagrożenia i fotografie osób przeżywających strach i wstręt wydaje mi się zabiegiem bardzo ryzykownym. Podobne wątpliwości budzi wykorzystanie w pracy Inwentarza Wydarzeń Traumatycznych, zawierającego pytania o emocjonalne i fizyczne nadużycia, o molestowanie seksualne z podaniem dokładnej liczby osób i ich szczegółowej charakterystyki. Konfrontacja z tak trudnymi wspomnieniami zdecydowanie mogła podnieść poziom lęku osób badanych i zaburzyć ich funkcjonowanie. W schizofrenii paranoidalnej wiele dramatycznych doświadczeń okazuje się też być elementem przeżywanych urojeń, a nie rzeczywistych przeżyć. Poza tym we współczesnych podejściach (Lazarus, Folkman i in.) stres ujmowany jest jako rodzaj relacji (transakcji) pomiędzy jednostką a otoczeniem. Ważne są nie tylko obiektywne wydarzenia, ale również przypisywane im subiektywne znaczenie, co nie zostało w pracy uwzględnione.

Pracę zamykają krótkie uwagi końcowe, pozwalające zorientować się w najważniejszych z uzyskanych rezultatów. Autor wskazuje dalsze kierunki badań oraz podkreśla holistyczny charakter zastosowanego modelu badawczego, integrującego zmienne z różnych obszarów. Dyskusja wyników ma pogłębiony charakter, wskazano również ograniczenia badania własnego. Pomimo znacznego rozbudowania tej podsumowującej całość pracy części, nadal nie do końca jest jasny związek pomiędzy pierwszym i drugim badaniem. Czy osoby biorące udział w pierwszym badaniu były również uczestnikami drugiego? Dlaczego nie został przeprowadzony jeden dobrze zaprojektowany eksperyment na dużej próbie klinicznej i kontrolnej z wykorzystaniem wszystkich narzędzi (w tym okulografu)? Wtedy badanie byłoby spójne i wielopoziomowe, dobrze wyjaśniając związki pomiędzy zmiennymi.

Uwagi formalne

Pierwsza wersja pracy napisana była bardzo niestarannie, wręcz niedbale, i mało przejrzysto, z licznymi powtórzeniami, błędami stylistycznymi i interpunkcyjnymi. Była niepoprawnie sformatowana, brakowało spisu tabel i rysunków, a streszczenie zostało do pracy dołączone na osobnej kartce. W nowej wersji wszystkie te usterki formalne zostały skorygowane, a praca zyskała na staranności i czytelności.

Uwagi końcowe

Główne uwagi krytyczne dotyczące pierwszej wersji pracy dotyczyły oceny części teoretycznej, która napisana była w sposób powierzchowny i nieusystematyzowany. Brakowało szczególnie przedstawienia kryteriów diagnostycznych i obrazu klinicznego schizofrenii oraz najnowszych modeli patogenezy choroby. W poprawionej wersji część teoretyczna została uzupełniona i znacznie rozbudowana, zyskując też na czytelności i przejrzystości.

Mocną stroną pracy od początku były dwa oryginalne badania empiryczne, przeprowadzone z udziałem dużej liczby osób, w których wykorzystano zarówno metody kwestionariuszowe, jak i eksperymentalne. Zostały one dobrze zaprojektowane i przeprowadzone, a wyniki zinterpretowano w oparciu o złożone modele statystyczne. Badania mają charakter nowatorski i przynoszą nową wiedzę na temat percepcji emocji i jej uwarunkowań rozwojowych przez osoby chorujące na schizofrenię. W pracy pozytywnie zweryfikowany został model mediacyjny dla wpływu nasilenia unikowego stylu więzi na trudności w zakresie rozpoznawania ekspresji mimicznych emocji, w którym mediatorem była aleksytymia. W poprawionej wersji dopracowana i pogłębiona została dyskusja wyników, pracę uzupełniono o ograniczenia badania własnego oraz wyjaśniono niektóre wątpliwości natury etycznej. Dopracowana została również strona formalna pracy.

ul. A. Szamarzewskiego 89 B, 60-568 Poznań
NIP 777 00 06 350, REGON 000001293
tel.: +48 61 829 2307, fax: +48 61 892 2107
uampsych@amu.edu.pl
psychologia.amu.edu.pl



Poprawiona i uzupełniona praca spełnia w wystarczającym stopniu wymogi stawiane rozprawom doktorskim w dziedzinie nauk społecznych, w dyscyplinie psychologia, i rekomenduję Wydziałowi Psychologii Uniwersytetu Humanistycznospołecznemu SWPS w Warszawie dopuszczenie Mgr. Dawida Subocza do dalszych etapów przewodu doktorskiego.

Prof. UAM dr hab. Monika Obrębska

Obrębska