

Prof. dr hab. Stanisława Steuden
Instytut Psychologii KUL
ul. Aleje Racławickie 14
20-950 Lublin

Lublin, 2020.12.29

Recenzja rozprawy doktorskiej Pana Dawida Subocza, pt. *Deficyty w percepcji emocji u chorych na schizofrenię. Rola stylów więzi i aleksytymii*. Praca została napisana pod kierunkiem naukowym Pani dr hab. Izabeli Krejtz, prof. Uniwersytetu SWPS i promotora pomocniczego Pani dr Elżbiety Zdankiewicz-Ścigały. Recenzję opracowano na zlecenie Rady Naukowej Instytutu Psychologii Uniwersytetu SWPS w Warszawie.

Uzasadnienie ważności podjętego tematu

Z prawdziwą przyjemnością i zainteresowaniem zapoznałam się z przedstawioną mi do recenzji rozprawą doktorską Pana mgr Dawida Subocza. Praca ma charakter nowatorski, poszerza zakres dotychczasowych badań nad deficytem percepcji emocji u osób chorujących na schizofrenię. Głównym zamierzeniem Doktoranta było poszukiwanie związku więzi interpersonalnych, doświadczeń traumatycznych i aleksytymii z rozpoznawaniem emocji. Recenzowana praca odzwierciedla rzetelny warsztat naukowy Doktoranta zarówno w warstwie metodologicznej jak i merytorycznej, co stanowi o jej wartości naukowej. Podjęty temat wpisuje się we współczesne trendy badań nad schizofrenią, koncentrujące się na wyjaśnianiu mechanizmów zaburzeń procesów poznawczych i emocjonalnych. Praca jest kompletna, liczy 239 stron maszynopisu - składa się z siedmiu rozdziałów, spisu cytowanej bibliografii oraz aneksu. W toku redakcji tekstu Doktorantowi nie udało się jednak uniknąć niedociągnięć redakcyjnych, choć niektóre z nich wynikają zapewne z specyfiki pracy – warsztatu naukowego znamiennego dla prac kliniczno-eksperymentalnych.. W mojej opinii rozdział pierwszy (liczący 65 stron) zatytułowany jako Wstęp, nie jest wstępem w klasycznym rozumieniu tego słowa, ponieważ zawiera znakomite i szerokie omówienie podstaw teoretycznych do opracowania dwóch projektów badań autorskich.

Kolejna kwestia dyskusyjna dotyczy tytułu rozdziału drugiego (BADANIE 1), trzeciego (WYNIKI BADANIA 1) i czwartego (BADANIE 2). Ich aktualne – skrótowe tytuły nie odzwierciedlają podejmowanej w nich bogatej problematyki. Także tytuł rozdziału 5. *Wyniki badania 2 – style więzi, aleksytymia a doświadczenia traumatyczne*, jest nieprecyzyjny, ponieważ sugeruje, że doświadczenia traumatyczne są zmienną wyjaśnianą, więcej jest on niezgodny z drugą częścią tytułu dysertacji doktorskiej: *Deficyty w percepcji emocji u chorych na schizofrenię. Rola stylów więzi i aleksytymii*.

Teoretyczne podstawy badań

Treść rozdziału pierwszego (*Wstępu*) dotyczy kilku zagadnień kluczowych dla omawianej dysertacji i obejmuje: kliniczne aspekty schizofrenii; perspektywy badań nad etiologią schizofrenii (*neurorozwojowa, epigenetyczna, podatność na stres*); związek stylów więzi z aleksytymią i zdolnością rozpoznawania emocji; identyfikowanie emocji na podstawie ekspresji mimicznej oraz wpływ aleksytymii na trudności w percepcji emocji u osób chorujących na schizofrenię. Uważna analiza tekstu dowodzi Jego dobrej organizacji i znajomości współczesnej literatury przedmiotu, jej trafnego doboru i przystępnego zreferowania.

W pierwszej kolejności Doktorant koncentruje uwagę czytelnika na diagnostycznych i klinicznych aspektach schizofrenii - w tym względzie odwołuje się do aktualnych systemów klasyfikacji zaburzeń psychicznych (ICD-10; DSM-IV; DSM-5). Wiele uwagi poświęca omówieniu współczesnych, wieloczynnikowych modeli teoretycznych wyjaśniających patomechanizm zaburzeń kręgu schizofrenicznego. Odnosząc się do integracyjnego modelu Howesa i Murraya, w sposób szczególny zwraca uwagę na predyspozycje genetyczne, czynniki środowiskowe oraz zniekształcenia poznawcze, które są wynikiem dysfunkcyjnego przetwarzania informacji przez osoby chorujące na schizofrenię. Z kolei w modelu podatności na stres (Walker i Diforio) wskazuje na udział doświadczeń traumatycznych w kształtowaniu wrażliwości na sytuacje stresowe, jako czynnika ryzyka powstania schizofrenii. Najbardziej znaczący w dyskursie naukowym Doktoranta jest model Liottiego i Gumleya, w którym czynnikami ryzyka zaburzeń psychicznych są doświadczenia traumatyczne okresu dzieciństwa, wpływające na kształtowanie zniekształceń poznawczych i pozabezpiecznych (zdezorganizowanych) stylów więzi z opiekunem. Następstwem tych doświadczeń są błędy monitorowania źródła traumatycznych intruzji i zaburzenia kontroli związanych z nimi emocji. Zgodnie z tym modelem osoby cierpiące na schizofrenię często interpretują intruze własnych, traumatycznych doświadczeń jako aktualne, zewnętrzne (np. omamy słuchowe). Dopełnieniem koncepcji Liottiego i Gumleya są przybliżone przez Doktoranta modele poznawcze objawów psychotycznych Watersa i współautorów. Zgodnie z tymi modelami objawy psychotyczne mogą być wynikiem deficytów w kontroli źródeł własnych stanów psychicznych, dlatego osoby chore mogą sądzić, że ich myśli, pochodzą od osób obcych. (s.46-47). W powyższych koncepcjach a także przytoczonych wynikach badań wskazuje się na traumatyczne doświadczenia okresu dzieciństwa będące czynnikami ryzyka zaburzeń psychicznych oraz kształtowania pozabezpiecznego stylu przywiązania i aleksytymii. Potwierdzają to przytoczone przez Doktoranta wyniki badań wielu autorów. Przykładowo z

badan Chrzastowskiego (s.43) wynika, że 85% pacjentów leczonych ambulatoryjnie z powodu schizofrenii było ofiarami przemocy w okresie dzieciństwa, a badania Worr i Partridge (s.43) dowodzą, że 38% osób chorujących na schizofrenię było ofiarami nadużyć seksualnych.

Powyższe statystyki choć zdają się potwierdzać założenia teoretyczne, to jednak nasuwa się pytanie o ich trafność i rzetelność. Uzasadnieniem mojej wątpliwości są rezultaty badań wskazujące na różnice w ocenie postaw rodzicielskich przez rodzeństwo zdrowe i chorujące na schizofrenię. Być może obecne u osób chorujących na schizofrenię deficyty w percepcji emocji, cechy aleksytymii lub nadwrażliwość psychiczna są przyczyną wadliwej oceny postaw rodzicielskich. W tym kontekście nasuwa się także pytanie dotyczące obecności w tej samej rodzinie rodzeństwa chorego i zdrowego.

Znaczące poszerzenie zagadnień związanych z kształtowaniem stylów więzi i ich związkiem z aleksytymią odnajdujemy w paragrafie 1.6. *Style więzi a syndrom aleksytymii i kompetencje w rozpoznawaniu emocji*. Doktorant przybliży czytelnikowi skutki negatywnych postaw opiekuna (zaniedbanie, wrogość) w postaci więzi pozabezpiecznych oraz mechanizm rozwoju aleksytymii. W charakterystyce aleksytymii (zgodnie z koncepcją Taylor i in.,1997), wskazuje na problemy w identyfikacji i opisywaniu uczuć, ich komunikowaniu innym, ubóstwo wyobraźni oraz koncentrowanie się na bodźcach zewnętrznych.

Ważnym dopełnieniem jest odwołanie się Doktoranta do dotychczasowych badań nad różnymi aspektami przetwarzania emocji obejmującymi procesy i wskaźniki fizjologiczne, behawioralne i poznawcze (s. 49). W projekcie badań własnych koncentruje się na poznawczych aspektach emocji - ich rozpoznawaniu, rozumieniu i nazywaniu oraz istniejących w tym względzie deficytów znamienych dla aleksytymii. Znakomitym rozwiązaniem poczynionym przez Doktoranta jest przyjęcie koncepcji psychicznej reprezentacji emocji (wg. Maruszewskiego i Ścigały,1998) w projektach badań własnych. Zgodnie z powyższą koncepcją aleksytymia wiąże się z zaburzeniem kodowania i rekodowania informacji pomiędzy trzema typami kodów: obrazowym, werbalnym i abstrakcyjnym (s.50). Prawidłowy rozwój psychicznej reprezentacji emocji jest możliwy w warunkach bezpiecznej relacji przywiązania, natomiast w sytuacji pozabezpiecznej więzi z opiekunem ryzyko hamowania rozwoju psychicznej reprezentacji emocji istotnie wzrasta, i stanowi podstawę rozwoju aleksytymii oraz obronnego wycofania.

Poszerzenie powyższych zagadnień odnajdujemy w paragrafie 1.7. *Rozpoznawanie i percepcja ekspresji mimicznych emocji u chorych na schizofrenię*. Z danych zgromadzonych przez Doktoranta wynika, że u wielu osób chorujących na schizofrenię występują zaburzenia

w rozpoznawaniu emocji. Przy czym odnośnie do powyższego ustalenia przyjmowane są dwa stanowiska – pierwsze wskazuje na trudność w rozpoznaniu ekspresji mimicznych emocji takich jak: *złość, wstręt, smutek i pogarda*, drugie zaś wskazuje na ogólne deficyty w rozpoznawaniu mimicznych ekspresji emocji wśród osób chorujących na schizofrenię. Doktorant przyjmuje, że trudności w tym zakresie mogą wiązać się z pozabezpiecznymi stylami więzi, ponieważ to one zaburzają regulację emocjonalną i są czynnikiem ryzyka rozwoju aleksytymii.

Z kolei w paragrafie 1.8. *Aleksytymia jako predyktor trudności w rozpoznawaniu emocji u chorych na schizofrenię* Doktorant na podstawie szerokiego przeglądu literatury przedmiotu wskazuje, że osoby chorujące na schizofrenię ujawniają deficyty w zakresie rozpoznawania ekspresji mimicznych emocji oraz cechy aleksytymii, będące efektem pozabezpiecznego stylu przywiązania. W opinii Doktoranta aleksytymia pozwala na obronne odizolowanie się od negatywnych doświadczeń emocjonalnych i pośredniczy w patogenezie deficytów rozpoznawania ekspresji mimicznych emocji osób chorujących na schizofrenię.

Teoretyczna część pracy stanowi znakomite uzasadnienie dla dwóch projektów badań własnych (omówionych w dalszej części dysertacji). Doktorant w sposób klarowny i uporządkowany omówił szerokie spektrum zagadnień odnoszących się do schizofrenii jak: kliniczne aspekty choroby, wybrane koncepcje teoretyczne uwzględniające czynniki rozwojowe i relacyjne wpływające na rodzaj stylów przywiązania oraz sposób funkcjonowania poznawczego, emocjonalnego i interpersonalnego. Przybliżył także złożone mechanizmy i procesy kształtowania zaburzeń w percepcji emocji u osób chorujących na schizofrenię oraz istotny w nich udział stylów więzi i aleksytymii.

Ocena projektów badań

Badania nad percepcją wzrokową ekspresji emocji realizowane były w dwóch nowatorskich i starannie opracowanych projektach. Jak zasygnalizowałam wcześniej zabrakło precyzyjnego określenia tytułu rozdziałów, w których omówione zostały obydwa projekty badań.

W badaniu pierwszym głównym zamierzeniem Doktoranta było porównanie osób chorujących na schizofrenię z osobami zdrowymi w zakresie: percepcji wzrokowej ekspresji emocji oraz poszukiwanie związku poziomemu aleksytymii z wzorcami uwagi wzrokowej podczas rozpoznawania emocji (poszukiwanie tych związków ma charakter nowatorski).

Doktorant sformułował cztery hipotezy badawcze w myśl których: (1) wśród osób cierpiących na schizofrenię występują różnice w zakresie percepcji wzrokowej ekspresji

mimicznych emocji w porównaniu z osobami zdrowymi; (2) chorzy na schizofrenię wykazują większe różnice w zakresie percepcji wzrokowej ekspresji mimicznych emocji negatywnych (*smutku, złości, strachu, wstrętu*) aniżeli emocji pozytywnych (*radości*) w stosunku do osób zdrowych; (3) percepcja wzrokowa osób chorujących na schizofrenię różni się ze względu na obszar eksponowanej twarzy od percepcji osób zdrowych (*nos, oczy, usta*); (4) Poziom aleksytymii ma związek z uwagą wzrokową na obszary twarzy kluczowe dla rozpoznawania ekspresji mimicznych emocji (s. 75-77). W celu weryfikacji hipotez 1-3 wykorzystano wskaźniki okulograficzne jak: ogólna liczba fiksacji, średnia długość i średnia prędkość sakady, liczba fiksacji na kluczowych dla rozpoznawania ekspresji mimicznych obszarach twarzy (*oczy, nos, usta*) oraz długość trwania fiksacji na kluczowych obszarach twarzy (s.76), zaś do weryfikacji hipotezy 4 wykorzystano *Toronto Alexithymia Scale* – TAS-20.

Sposób sformułowania hipotez badawczych jest ciekawy i dobrze uzasadniony, ale w odniesieniu do dwóch pierwszych nasuwa się pytanie: Czy Doktorant obok porównań międzygrupowych (*chorzy - zdrowi*) poszukuje także różnic wewnątrzgrupowych? Jeśli tak (jak można wnosić ze sposobu analizy wyników badań (s.83 – 88), to należało tę kwestię w nich zasygnalizować.

Badaniami objęto 41 osób (33 mężczyzn i 6 kobiet) chorujących na schizofrenię paranoidalną oraz 41 osób zdrowych (16 mężczyzn i 24 kobiety). Grupa osób chorych została starannie wyselekcjonowana ze względu na typ schizofrenii (paranoidalna) stan remisji objawów, co niewątpliwie zasługuje na uznanie, natomiast istotnie zaburzona jest proporcja kobiet do mężczyzn. W badaniu pierwszym wyodrębniono dwa etapy – pierwszy z nich koncentruje się na badaniach za pomocą następujących metod kwestionariuszowych - *Toronto Alexithymia Scale* TAS-20 (Parkera i in.,1993) w adaptacji Zdankiewicz-Ścigała i in.; Skali PANSS oraz Skali Oceny Objawów Psychotycznych (PSYRATS). Dodatkowo z każdym z pacjentów przeprowadzono wywiad na podstawie którego wnioskowano o braku problemów z pamięcią i funkcjami uwagi (s. 78). W mojej ocenie dobór metod kwestionariuszowych jest trafny do przedmiotu badań, natomiast wnioskowanie Doktoranta o braku problemów z pamięcią i procesami uwagi jedynie na podstawie danych uzyskanych w wywiadzie z osobą chorującą na schizofrenię może budzić wątpliwości

Drugi etap badań to eksperyment rozpoznawania ekspresji mimicznych na podstawie 36 zdjęć (20 zdjęć kobiet i 16 zdjęć mężczyzn) eksponowanych na ekranie monitora w czasie 2000 ms (z zestawu *Warsaw Set of Emotional Facial Expression Pictures*). Prezentowane zdjęcia przedstawiały 6 podstawowych emocji (*radość, strach, wstręt, złość, smutek, zaskoczenie*) o trzech stopniach nasilenia (niskie, przeciętne, wysokie). Do oceny liczby oraz

czasu trwania fiksacji i stakad na obszarach twarzy kluczowych dla rozpoznania emocji (nos, oczy, usta) zastosowano okulograf. W mojej ocenie eksperyment został przygotowany w sposób bardzo staranny, a jego realizacja ,zwłaszcza w grupie klinicznej wymagała dużego zaangażowania ze strony Doktoranta.

Przedmiotem szczegółowych analiz Doktorant uczynił między innymi: ocenę różnic między kobietami i mężczyznami w zakresie percepcji wzrokowej ekspresji mimicznych emocji; sposób eksploracji twarzy podczas rozpoznawania ekspresji mimicznych emocji ze względu na stan zdrowia i rodzaj eksponowanej emocji; percepcję wzrokową określonych obszarów twarzy podczas rozpoznawania ekspresji mimicznych; czas koncentracji na danej części twarzy (usta, nos, oczy) podczas rozpoznawania ekspresji mimicznych a także związek pomiędzy aleksytymią a percepcją wzrokową ekspresji mimicznych. W analizach statystycznych wykorzystano dwu- lub trójczynnika analizę kowariancji ANCOVA w której uwzględniono stan zdrowia i zależnie od celu: płeć badanych, rodzaj emocji, obszar twarzy oraz współczynnik korelacji cząstkowej do oceny związku aleksytymii z liczbą i czasem trwania fiksacji oraz długością sakady.

W mojej ocenie sposób opracowania wyników badań jest wnikliwy, a zastosowane analizy statystyczne (prawidłowo dobrane) pozwoliły na uzyskanie ciekawych obserwacji, które potwierdziły hipotezy badawcze. Doktorant wykazał że: (1) kobiety chorujące na schizofrenię w porównaniu z mężczyznami uzyskały niższą liczbę fiksacji nakierowanych na nos przy emocji złości i wstrętu oraz niższą liczbę fiksacji nakierowanych na usta przy emocjach: smutku, zaskoczenia, złości i radości; (2) w grupie osób chorujących na schizofrenię stwierdzono niższą liczbę fiksacji, w porównaniu z grupą osób zdrowych, a ze względu na obszar twarzy wyższą liczbę fiksacji na oczach aniżeli na nosie czy ustach; (3) wyższe nasilenie aleksytymii współwystępowało z niższą liczbą fiksacji na nos i krótszym czasem jej trwania a także niższą liczbą fiksacji na usta i dłuższym czasem jej trwania; (4) ciekawa obserwacja odnosząca się do osób chorujących na schizofrenię dotyczy także ujemnego związku ogólnego wskaźnika aleksytymii i jej wymiarów: trudności w identyfikacji emocji i werbalizacji emocji z liczbą fiksacji na nosie i czasem jej trwania oraz długością sakady.

Nie mam wątpliwości odnośnie do tego, że Doktorant w badaniu pierwszym uzyskał wyniki, które istotnie poszerzają dotychczasową wiedzę na temat deficytów w percepcji emocji u osób chorych na schizofrenię.

Uważna analiza całości badania pierwszego nasuwa także kilka kwestii dyskusyjnych:

(1) różnica w liczebności kobiet (N=6) i mężczyzn (N=33) w grupie klinicznej w moim przekonaniu ma wpływ na rezultaty badań. Czy zatem różnice pomiędzy kobietami a mężczyznami w zakresie liczby fiksacji na nosie przy emocji złości i wstrętu oraz liczby fiksacji na ustach przy ekspozycji: smutku, zaskoczenia, radości i złości odzwierciedlają faktyczny obraz różnic ze względu na płeć, czy artefaktem, spowodowanym istotną różnicą liczby badanych

(2) wskaźniki korelacyjne w obydwu grupach badanych (grupa kliniczna / grupa kontrolna) dowodzą o braku istotnych związków między aleksytymią i jej wymiarami a liczbą i czasem trwania fiksacji na ustach i oczach. Czy taki rezultat można interpretować w kategoriach ich kluczowego znaczenia w rozpoznawaniu ekspresji mimicznych emocji niezależnie od nasilenia aleksytymii?

(3) mam także pytanie o zasadność łączenia grupy klinicznej z grupą kontrolną, o czym można wnosić z przytoczonej poniżej wypowiedzi Doktoranta (str. 92): *„Przy analizie wyników bez uwzględnienia stanu zdrowia badanych, wykazano wyższą liczbę fiksacji na oczach niż nosie i ustach oraz wyższą liczbę fiksacji na nosie niż na ustach. Można więc wnioskować, że najbardziej istotnymi obszarami twarzy dla rozpoznawania ekspresji mimicznych emocji były dla badanych osób oczy, następnie nos i usta”*

(4) nowatorski charakter badań jest istotnym wyzwaniem dla Doktoranta w sytuacji gdy ma dokonać interpretacji uzyskanych w nich rezultatów i ich dyskusji z danymi literatury przedmiotu. Jednak dokonana przez Doktoranta interpretacja uzyskanych rezultatów w odniesieniu do zmiennych klinicznych a także modelu Liottiego i Gumlea w mojej ocenie jest nadmiarowa. Przykładowo jeśli przedmiotem badań w tym badaniu nie były doświadczenia traumatyczne, style więzi, czy uzależnienie od środków psychoaktywnych to odwoływanie się do badań wskazujących na ich związek z aleksytymią nie ma uzasadnienia.

W badaniu drugim podstawowym zamierzeniem Doktoranta była ocena pośredniczącej roli aleksytymii w związku pozabezpiecznej relacji przywiązania z rozpoznaniem ekspresji mimicznych emocji, ale projekt badań jest znacznie szerszy. Niewątpliwie projekt badań został przygotowany w sposób staranny i ma mocne ugruntowanie teoretyczne (koncepcja psychicznej reprezentacji emocji Maruszewskiego i Ścigały) i znacząco poszerza wiedzę na temat rozpoznawania ekspresji emocji w kontekście rozwoju jednostki w pozabezpiecznej relacji przywiązania. Dane literatury przedmiotu oraz obserwacje poczynione w badaniu pierwszym pozwoliły Doktorantowi na sformułowanie problemu badania drugiego na temat relacji między stylami więzi, doświadczeniami traumatycznymi, aleksytymią a psychiczną

reprezentacją emocji z uwzględnieniem osób chorujących na schizofrenię paranoidalną i osób zdrowych. W badaniu drugim Doktorant podjął się testowania dziewięciu hipotez badawczych dotyczących: różnic w nasileniu unikowego stylu więzi, aleksytymii i doświadczeń traumatycznych pomiędzy osobami chorymi i zdrowymi; dodatniego związku unikowego stylu więzi z poziomem aleksytymii i natężeniem doświadczeń traumatycznych w obydwu badanych grupach; większych trudności rozpoznawania i różnicowania ekspresji mimicznych emocji na obrazowym, werbalnym i abstrakcyjnym poziomie psychicznej reprezentacji emocji przez osoby chorujące na schizofrenię w porównaniu z osobami zdrowymi; słabszego różnicowania przez osoby chore w porównaniu z osobami zdrowymi ekspresji mimicznych emocji ze względu na czas ich ekspozycji (500 ms i 2000 ms); sposób prezentacji symultaniczny oraz słabsze nasilenie. Ostatnia hipoteza koncentruje się na testowaniu modelu, w którym aleksytymia pełni funkcję mediacyjną w relacji między unikowym stylem więzi a deficytami odnoszącymi się do: obrazowego, werbalnego i abstrakcyjnego poziomu psychicznej reprezentacji emocji.

Badaniami objęto 200 osób w tym 100 osób chorujących na schizofrenię paranoidalną (w okresie remisji objawów) oraz 100 osób zdrowych, dobranych właściwie ze względu na proporcje płci oraz wiek (18-68 lat). Badanie składało się z dwóch etapów – pierwszy to badania kwestionariuszowe z których zastosowano: *Inwentarz Wydarzeń Traumatycznych* (Nijenhuis i in., w adaptacji Tomalskiego); *Kwestionariusz Stylów Przywiązaniowych - KSP* autorstwa M.Plopy; *Toronto Alexithymia Scale - 20* (Parker i in., w adaptacji Zdankiewicz-Ścigała oraz Ścigała i in.) oraz PANSS w odniesieniu do grupy klinicznej. W etapie drugim przeprowadzono eksperyment rozpoznawania i różnicowania ekspresji mimicznych składający się z trzech zadań, sprowadzających się do kodowania informacji na innym poziomie psychicznej reprezentacji emocji. W zadaniach tych wykorzystano twarze 30 osób (16 kobiet i 14 mężczyzn). Na uznanie zasługuje przystępny i klarowny opis procedury badania dotyczącego rozpoznawania ekspresji emocji na poziomie kodowania: werbalnego, obrazowego (w wersji symultanicznej / sekwencyjnej) i abstrakcyjnego a także ze względu na nasilenie emocji i czas trwania ekspozycji. Natomiast nieścisłość dotyczy liczby prezentowanych zdjęć twarzy (30 czy 36 – por. s. 106-107). Tok dyskursu naukowego – analizy i prezentacji uzyskanych rezultatów jest logiczny, uporządkowany i zgodny z kolejnością hipotez badawczych. Nie mam zastrzeżeń do statystycznej analizy danych, w której zastosowano statystyki opisowe, współczynnik korelacji r-Pearsona; dwu- i trójczynnika analizę wariancji ANOVA z powtarzanym pomiarem oraz analizy mediacyjne. Wyniki badania drugiego zostały zaprezentowane w sposób klarowny i czytelny

w tabelach, na rysunkach i wykresach w dwóch rozdziałach pracy, koncentrujących się na: stylach więzi, aleksytymii i doświadczeniach traumatycznych (rozdział 5) oraz psychicznej reprezentacji emocji (rozdział 6).

Doktorant uzyskał szereg bardzo ważnych i poznawczo ciekawych obserwacji, niektóre z nich przytoczę poniżej:

1. Osoby chorujące na schizofrenię w porównaniu z osobami zdrowymi ujawniały wyższe nasilenie: stylu lękowo-ambiwalentnego i unikowego; ogólnego wskaźnika aleksytymii oraz trudności w werbalizacji uczuć i operacyjnym stylu myślenia oraz doświadczeń traumatycznych (zaniedbanie, przemoc emocjonalna, kary fizyczne). Interesujący jest brak różnic między grupami w zakresie bezpiecznego stylu przywiązania:

2. W obydwu badanych grupach stwierdzono, ujemne związki między aleksytymią i doświadczeniami przemocowymi a bezpiecznym stylem przywiązania oraz dodatnie związki między aleksytymią i doświadczeniami traumatycznymi a lękowo-ambiwalentnym i unikowym stylem przywiązania. Dokonując analizy i interpretacji powyższych danych Doktorant przywołał ważną hipotezę interpretacyjną Zdankiewicz-Ścigały, zgodnie z którą aleksytymia jest sposobem psychicznej regulacji lęku, zagrożenia i niepewności w sytuacji narażenia na silne zaniedbania emocjonalne (s.121). Drobna uwaga dotyczy nieprawidłowego opisu danych zawartych w tabeli 5 (s. 119) - podany opis jest powtórzeniem opisu do tabeli 4 (s. 118).

3. Osoby chorujące na schizofrenię w porównaniu z osobami zdrowymi ujawniały większą trudność rozpoznawania emocji: radości, złości i smutku w kodzie werbalnym oraz emocji: strachu, radości, zaskoczenia i smutku w kodzie obrazowym. Natomiast nie stwierdzono różnic między grupami w różnicowaniu ekspresji mimicznych emocji prezentowanych symultanicznie w porównaniu z emocjami prezentowanymi sekwencyjnie a także ze względu na ich nasilenie.

4. Testowanie trzech modeli sugerujących mediacyjną rolę aleksytymii w relacji między unikowym stylem więzi a deficytami w zakresie: obrazowego, werbalnego i abstrakcyjnego poziomu psychicznej reprezentacji emocji wykazało ich dopasowanie do modelu teoretycznego. W każdym z testowanych modeli bezpośredni wpływ unikowego stylu więzi na werbalny, obrazowy i abstrakcyjny poziom psychicznej reprezentacji emocji był nieco wyższy, aniżeli przy istotnym udziale mediującej roli aleksytymii. Tym samym Doktorant potwierdził hipotezę zgodnie z którą nasilenie aleksytymii pośredniczy w związku pomiędzy nasileniem unikowych stylów więzi a deficytami na obrazowym, werbalnym i abstrakcyjnym poziomie psychicznej reprezentacji emocji.

W mojej ocenie klarowność i wnikliwość w sposobie prowadzenia dyskursu naukowego (analiza, interpretacja i dyskusja) odnośnie do badania drugiego zasługuje na wyróżnienie, a uzyskane rezultaty znacząco poszerzają wiedzę na temat związku pozabezpiecznego stylu więzi z deficytem percepcji psychicznej reprezentacji emocji i roli aleksytymii. Nie mam zastrzeżeń do przyjętego przez Doktoranta modelu teoretycznego, natomiast w kontekście uzyskanych rezultatów nasuwają się kwestie dyskusyjne:

(1) Analiza porównawcza osób chorujących na schizofrenię i osób należących do grupy kontrolnej wykazała brak różnic w zakresie bezpiecznego stylu więzi. W związku z tym można sformułować pytanie czy ich udział w wyjaśnianiu zdolności / deficytów w percepcji psychicznej reprezentacji emocji byłby podobny. Podobne pytanie odnosi się do stylu więzi lękowo-ambiwalentnej. Uzasadnieniem dla powyższych pytań jest druga część tytułu dysertacji: *Rola stylów więzi i aleksytymii* – w modelu przyjęto jedynie styl unikowy.

(2) Doktorant wiele uwagi w rozważaniach teoretycznych, a następnie w badaniach własnych poświęcił doświadczeniom traumatycznym i wykazał ich związek z aleksytymią, zabrakło jednak oceny ich związku deficytami w percepcji psychicznej reprezentacji emocji.

Podsumowanie

Z wielką uwagą i ciekawością studiowałam przesłaną mi do recenzji rozprawę doktorską Pana mgr Dawida Subocza pt. *Deficyty w percepcji emocji u chorych na schizofrenię. Rola stylów więzi i aleksytymii*. W podsumowaniu pragnę wskazać na kilka kluczowych kwestii w jej ocenie:

1. W realizacji rozprawy Doktorant wykazał się znajomością literatury przedmiotu – jej trafnym doborem, przystępnym zreferowaniem i wykorzystaniem zawartych w niej treści do opracowania dwóch nowatorskich projektów badań - mających wartość poznawczą a także aplikacyjną.

2. Przyjęta w pracy metodologia badań łącząca dwa sposoby i źródła pozyskiwania danych empirycznych - pomiar kwestionariuszowy oraz eksperyment. Doceniam ogromny wysiłek Doktoranta włożony w realizację trudnego i złożonego projektu, który stanowi o Jego wnikliwości poznawczej i świadomości tego, że badana rzeczywistość i wnioskowanie o niej są zależne od przyjętej perspektywy badań i stopnia rzetelności w ich realizacji. W mojej ocenie obserwacje wyniesione z badania pierwszego stanowiły podstawę do opracowania modelu badania drugiego i ustalenia kierunku dyskursu naukowego.

3. W mojej ocenie Doktorant podjął się realizacji zadania trudnego, ponieważ przedmiotem analiz uczynił zagadnienia nowe i nadal w małym stopniu opracowane w psychologii klinicznej. Uzyskane rezultaty stanowią istotny wkład do podejmowanych w psychologii zagadnień dotyczących deficytów w percepcji emocji i ich uwarunkowań u osób chorujących na schizofrenię. Dołączony aneks zawiera dokumentację prowadzonych badań i umożliwia ich replikację.

4. Z obowiązku recenzenta starałam się tekst studiować z uwagą - kwestie dyskusyjne zawarłam w tekście recenzji. Wskazałam na niedociągnięcia redakcyjne dotyczące podziału treści, czy też braku tytułu dla rozdziałów w których omówione zostały projekty badań własnych i uzyskane rezultaty.

Konkluzja

W mojej ocenie projekty badań, mimo istniejących niedociągnięć zostały zrealizowane w sposób wzorcowy – dotyczy to zarówno opracowania ich podstaw teoretycznych, modelu badań jak i sposobu realizacji. Uzyskane rezultaty są nie tylko interesujące poznawczo, ale mogą być wykorzystane w praktyce klinicznej, zwłaszcza w rozumieniu zaburzeń w percepcji i doświadczaniu emocji przez osoby chorujące na schizofrenię. Uważam, że przedstawiona mi do recenzji rozprawa doktorska Pana mgr Dawida Słubocza, napisana pod kierunkiem naukowym Pani dr hab. Izabeli Krejtz, prof. Uniwersytetu SWPS i promotora pomocniczego Pani dr Elżbiety Zdankiewicz-Ścigały spełnia wymogi stawiane rozprawom doktorskim wg Ustawy z dnia 14 marca 2003 r. o stopniach i tytule naukowym oraz o stopniach i tytule w zakresie sztuki (Dz.U. z 2003 r. nr 65 poz.595. Dz. U. nr 164 poz. 1365. Dz. U. z 2011 r., nr 84 poz. 455) i dlatego wnoszę do Rady Naukowej Instytutu Psychologii Uniwersytetu SWPS w Warszawie o dopuszczenie Doktoranta do dalszych etapów przewodu doktorskiego

Lublin, 2020.12.29

Kierownik
Katedry Psychologii Klinicznej KUL
Stanisława Steuden
prof. dr hab. Stanisława Steuden