

Dr hab. n. med. Piotr Świtaj

Warszawa, 9 maja 2018

I Klinika Psychiatryczna

Instytut Psychiatrii i Neurologii

02-957 Warszawa

ul. Sobieskiego 9

switaj@ipin.edu.pl

**Recenzja rozprawy doktorskiej lek. Juliusza Rodaka pt. „Wybrane predyspozycje osobiste oraz charakterystyka społeczno-demograficzna i kliniczna pacjentów jako czynniki ryzyka nasilonej internalizacji piętna choroby psychicznej i piętna uzależnienia od alkoholu”**

**Promotor: dr hab. n. med. Tadeusz Pietras, prof. UM w Łodzi**

**Promotor pomocniczy: dr psychologii Andrzej Witusik**

Stygmatyzacja osób z zaburzeniami psychicznymi jest zaliczana do najważniejszych współczesnych wyzwań w dziedzinie zdrowia psychicznego i publicznego i jest uważana za jedną z największych przeszkód w procesie zdrowienia z choroby psychicznej. W ostatnich latach podjęto więc liczne lokalne, krajowe i globalne inicjatywy zmierzające do poprawy postaw społecznych wobec osób leczących się psychiatrycznie. Niestety, skuteczność tych inicjatyw okazała się, jak dotychczas, ograniczona, a pod niektórymi względami postawy wobec osób chorujących psychicznie uległy na przestrzeni ostatnich kilku dekad pogorszeniu. Chociaż więc stygmatyzacja jest przede wszystkim problemem społecznym i na społeczeństwie w pierwszej kolejności spoczywa odpowiedzialność za przeciwdziałanie jej, to jednak ogromne i trudne do przecenienia znaczenie ma analiza reakcji osób z zaburzeniami psychicznymi na stygmatyzujące postawy społeczne oraz zidentyfikowanie czynników, które mogą je chronić przed negatywnym wpływem piętna społecznego lub, przeciwnie, sprzyjać mu. Jest to bowiem punkt wyjścia do opracowania interwencji mogących zapobiegać autostygmatyzacji, czyli internalizacji piętna społecznego przez osoby z zaburzeniami psychicznymi i poważnym psychospołecznym szkodom ponoszonym przez nie na skutek tego procesu. Z tego punktu widzenia temat podjęty przez Doktoranta – internalizacja piętna przez osoby chorujące na schizofrenię i uzależnione od alkoholu – jest nie tylko interesujący poznawczo, ale ma również ważne implikacje dla praktyki klinicznej.

Przedstawiona do oceny dysertacja liczy 139 stron wraz z aneksem zawierającym zestaw wykorzystanych narzędzi badawczych. Układ pracy jest typowy. Część teoretyczna składa się ze wstępu oraz rozdziałów omawiających rozwój teorii stygmatyzacji, stygmatyzację z punktu widzenia psychologii społecznej, fenomen zinternalizowanego piętna choroby psychicznej oraz wybrane czynniki ryzyka nasilonego zinternalizowanego piętna choroby psychicznej. W kolejnych rozdziałach przedstawiono cele pracy oraz hipotezy, grupę badaną, metody, wyniki, dyskusję oraz wnioski. Wyniki zestawiono w 37 tabelach oraz zilustrowano 23 wykresami i 2

rysunkami. Rozprawę kończy streszczenie w języku polskim i angielskim oraz spis piśmiennictwa liczący 165 pozycji.

W części teoretycznej Doktorant bardzo wszechstronnie zarysował tło teoretyczne badanych przez siebie zagadnień, poczynając od zwięzłego przedstawienia klasycznych teorii procesów piętnowania i etykietowania autorstwa Goffmana i Scheffa, poprzez zmodyfikowaną teorię etykietowania Linka, aż po mający szczególne znaczenie we współczesnych badaniach nad piętnem choroby psychicznej model stygmatyzacji Linka i Phelan. W sposób kompetentny i rzetelny Doktorant omówił też niektóre szczegółowe aspekty procesu stygmatyzacji (takie jak np. jej wymiary, geneza, funkcje czy wpływ na poczucie własnej wartości stygmatyzowanych jednostek), wreszcie mechanizm autostygmatyzacji i metody jej pomiaru oraz czynniki mogące modyfikować proces internalizacji piętna (kładąc nacisk na radzenie sobie ze stresem związanym ze stygmatyzacją, poczucie koherencji oraz lęk). W mojej ocenie sposób przedstawienia tych zagadnień, z uwzględnieniem zarówno klasycznych (liczących sobie już kilkadziesiąt lat), jak i najnowszych pozycji z literatury, dowodzi dużej erudycji Doktoranta oraz umiejętności uporządkowania wiedzy o stygmatyzacji i przedstawienia jej w sposób syntetyczny, w kontekście celów badania. Należy podkreślić, że nie jest to bynajmniej zadanie łatwe ze względu na interdyscyplinarność problemu i wielość perspektyw teoretycznych z których jest ujmowany.

Do tej części rozprawy mam jedynie dwa zastrzeżenia. Po pierwsze, brakuje rozdziału zawierającego klarowny podział aspektów piętna choroby psychicznej, co może stanowić pewną trudność dla czytelnika słabiej rozeznanego w tematyce i przyjętej terminologii. Co prawda Autor rozróżnia i definiuje piętno publiczne, piętno strukturalne (instytucjonalne) oraz piętno zinternalizowane, ale definicje te są rozproszone w tekście. Co ważniejsze jednak, Doktorant nie poświęcił dostatecznej uwagi omówieniu wszystkich aspektów subiektywnego doświadczenia stygmatyzacji (określanego czasem jako piętno osobiste – *personal stigma*), a

więc, oprócz zinternalizowanego piętna, także spostrzeganego piętna, antycypowanego piętna czy doświadczanego piętna. Wydaje się, że dzięki zestawieniu, zdefiniowaniu i odróżnieniu tych konstruktów w jednym miejscu praca zyskałaby na przejrzystości, tym bardziej że użyta w badaniu skala ISMI nie jest „czystą” miarą autostygmatyzacji, ale zawiera też np. podskale mierzącą doświadczaną dyskryminację.

Drugie, drobne zastrzeżenie dotyczy braku podsumowania wyników badań nad społeczno-demograficznymi i klinicznymi korelatami zinternalizowanego piętna – są one jedynie wyliczone. Jest to o tyle istotne, że podsumowanie takie umożliwiłoby, przynajmniej w niektórych przypadkach, postawienie wstępnych hipotez dotyczących oczekiwanego charakteru zależności między tą grupą zmiennych a samonapiętnowaniem.

Doktorant sformułował 3 cele badania: 1) ocenę występowania nasilonej internalizacji piętna choroby psychicznej u pacjentów z rozpoznaniem schizofrenii oraz nasilonej internalizacji piętna uzależnienia od alkoholu u pacjentów z rozpoznaniem zespołu zależności alkoholowej wraz z międzygrupowym porównaniem stopnia internalizacji piętna w zależności od diagnozy; 2) ocenę, czy czynniki społeczno-demograficzne, charakterystyka kliniczna pacjentów, styl radzenia sobie ze stresem, poziom poczucia koherencji oraz intensywność lęku jako stanu i lęku jako cechy stanowią czynniki ryzyka nasilonej internalizacji piętna społecznego przez osoby chorujące na schizofrenię i 3) przez osoby uzależnione od alkoholu.

Związane z tymi celami hipotezy głosiły, że 1) internalizacja piętna u pacjentów uzależnionych od alkoholu będzie częstsza i silniejsza niż u pacjentów chorujących na schizofrenię oraz że 2) niektóre zmienne społeczno-demograficzne i kliniczne, styl radzenia sobie ze stresem, niskie poczucie koherencji oraz wysoki poziom lęku jako stanu i jako cechy będą zwiększały prawdopodobieństwo nasilonej internalizacji piętna choroby psychicznej i 3)

piętna uzależnienia od alkoholu (w przypadku chorych na schizofrenię dodatkowo założono związek zinternalizowanego piętna z obrazem psychopatologicznym pacjentów).

Cele pracy zostały sformułowane jasno i dotyczą zagadnień nie tylko ważnych z teoretycznego i praktycznego (klinicznego) punktu widzenia, ale też słabo przebadanych. W szczególności niewiele wiadomo dotychczas o problemie autostygmatyzacji wśród osób uzależnionych od alkoholu, choć istnieją przesłanki pozwalające sądzić, że piętno społeczne związane z uzależnieniem od alkoholu jest silniejsze niż piętno związane z większością innych zaburzeń psychicznych, w tym również psychotycznych. Ponadto, chociaż społeczno-demograficzne i kliniczne korelaty zinternalizowanego piętna badano dość często, to z pewnością nie poświęcono dotychczas dostatecznej uwagi stylowi radzenia sobie ze stresem, poczuciu koherencji oraz lękowi traktowanemu jako cecha i jako stan jako potencjalnym predyktorom samonapiętnowania.

Jeśli chodzi o hipotezy testowane w badaniu, to wydaje się, że pod niektórymi względami zostały one sformułowane w sposób zbyt ogólny. Na podstawie dostępnej literatury, doświadczenia klinicznego i przesłanek teoretycznych można było np. określić przewidywane zależności między nasileniem objawów psychopatologicznych czy stylami radzenia sobie ze stresem a nasileniem internalizacji piętna.

Na przeprowadzenie badania uzyskano zgodę Komisji Bioetycznej Uniwersytetu Medycznego w Łodzi. Badanie miało charakter przekrojowy. Wzięło w nim udział 65 pacjentów z rozpoznaniem schizofrenii i 64 pacjentów z rozpoznaniem uzależnienia od alkoholu. Do kryteriów włączenia do badania można mieć jedno zastrzeżenie. O ile do badania włączano osoby uzależnione od alkoholu bez współistniejącej diagnozy choroby psychicznej, to w przypadku osób z rozpoznaniem schizofrenii współistniejące uzależnienie od alkoholu nie było kryterium wykluczającym udział w badaniu. W konsekwencji ok. 10

procent uczestników z rozpoznaniem schizofrenii miało w wywiadzie współistniejące uzależnienie od alkoholu. Sądzę, że skoro jednym z celów badania było porównanie nasilenia internalizacji piętna w grupach pacjentów chorych na schizofrenię i uzależnionych od alkoholu, lepiej byłoby pacjentów chorych na schizofrenię i równocześnie uzależnionych od alkoholu do badania nie włączać. Przyznać jednak należy, że Doktorant wymienia tę kwestię wśród ograniczeń badania.

Obie grupy zostały zbadane za pomocą dobrze dobranego zestawu kwestionariuszy o uznanych właściwościach psychometrycznych, obejmującego Skalę Zinternalizowanego Piętna Choroby Psychiczej (ISMI), Kwestionariusz Orientacji Życiowej (SOC-29), Kwestionariusz Radzenia Sobie w Sytuacjach Stresowych (CISS), Inwentarz Stanu i Cechy Lęku (STAI), Skalę Ogólnej Oceny Funkcjonowania (GAF) oraz autorski kwestionariusz wywiadu służący do zebrania niezbędnych informacji o charakterystyce społeczno-demograficznej i klinicznej respondentów. Pacjenci z rozpoznaniem schizofrenii dodatkowo byli oceniani za pomocą Skali Zespołu Pozytywnego i Negatywnego (PANSS).

Zastosowano adekwatne do celów badania metody analizy statystycznej. Oprócz podstawowych statystyk opisowych wykorzystano test chi-kwadrat lub test dokładny Fishera do oceny zależności między dwiema zmiennymi dyskretnymi, analizę wariancji do porównań zmiennych ciągłych, korelację Pearsona do oceny zależności między parami zmiennych ciągłych oraz regresję logistyczną w celu oceny związku wybranych zmiennych z prawdopodobieństwem nasilonej internalizacji piętna. Obliczenia zostały wykonane za pomocą pakietu statystycznego SPSS 24.0.

Wyniki badania wskazują, że osoby uzależnione od alkoholu istotnie częściej doświadczają nasilonego zinternalizowanego piętna niż osoby chorujące na schizofrenię. W oparciu o model regresji logistycznej stwierdzono, że w grupie respondentów z rozpoznaniem

schizofrenii wyższe poczucie zaradności i poczucie sensowności (składowe poczucia koherencji) wiążą się z mniejszym prawdopodobieństwem nasilonego zinternalizowanego piętna. Z kolei w grupie pacjentów z rozpoznaniem uzależnienia od alkoholu czynniki związane z mniejszym prawdopodobieństwem nasilonej autostygmatyzacji to większe poczucie zaradności i mniejsza częstość zachowań zgodnych ze stylem radzenia sobie ze stresem skoncentrowanym na emocjach.

Taki wzór wyników jest bardzo interesujący i ma ważny wymiar praktyczny. Po pierwsze unaocznia, że internalizacja piętna społecznego przez osoby uzależnione od alkoholu, choć w znacznie mniejszym stopniu obecna w świadomości klinicystów i naukowców niż internalizacja piętna przez osoby chorujące na schizofrenię, może być problemem o co najmniej równie doniosłym znaczeniu klinicznym. Po drugie wskazuje, że interwencje przeciwdziałające samonapiętnowaniu powinny być dostosowane do specyficznych potrzeb pacjentów z różnymi zaburzeniami psychicznymi i określa potencjalne cele tych interwencji. Po trzecie wreszcie, sugeruje, że poczucie koherencji, a zwłaszcza jedna z jego składowych, tj. poczucie zaradności (określane też w literaturze jako poczucie sterowalności), może być uniwersalnym czynnikiem chroniącym przed internalizacją piętna w różnych zaburzeniach psychicznych.

Dyskusja wyników jest wyważona i interesująca. Doktorant trafnie wskazuje implikacje kliniczne badania i krytycznie omawia ograniczenia metodologiczne. Można mieć jedynie zastrzeżenia, że niektóre interpretacje wyników mają nieco spekulatywny charakter, odchodząc zbyt daleko od tego, co zostało empirycznie wykazane w badaniu. Przykładem interpretacji wykraczającej wg mnie poza zebrane dane może być próba wyjaśnienia różnicy w nasileniu autostygmatyzacji wśród pacjentów uzależnionych od alkoholu i chorujących na schizofrenię różnicami w rozkładzie płci, która to zmienna nie okazała się przecież niezależnym predyktorem zinternalizowanego piętna, a i dane z literatury nie przekonują za

taką interpretacją. Sądzę też, że ze względu na przekrojowy charakter badania, w swoich interpretacjach Doktorant powinien nieco ostrożniej wyciągać wnioski co do kierunku zależności między zmiennymi (np. między zinternalizowanym piętnem i poczuciem koherencji). Zbyt mocne i niewynikające bezpośrednio z przeprowadzonych analiz jest z pewnością stwierdzenie zawarte w dyskusji na str. 100: „... poczucie koherencji wpływa pośrednio, jako czynnik decydujący o wyborze stylu radzenia sobie w sytuacjach stresujących, na poziom internalizacji piętna”.

Praca jest zredagowana bardzo starannie i napisana w sposób klarowny, poprawnym językiem. Formalne niedociągnięcia i nieścisłości są nieliczne, np. nieprawidłowa odmiana nazwisk (str. 94: „... badanie przeprowadzone przez Brohana i wsp. [2010]”; str. 95: „Jak wynika z badań Evansa-Lacko i wsp. [2012]” – Elaine Brohan i Sara Evans-Lacko to kobiety) czy niewłaściwy inicjał przed nazwiskiem autorki skali ISMI (str. 39: „S. Boyd Ritsher” – powinno być „J. Boyd Ritsher”).

Podsumowując, wedle mojej oceny, rozprawa doktorska lek. Juliusza Rodaka to samodzielne i oryginalne osiągnięcie naukowe. Doktorant wykazał się dużą wiedzą w zakresie podjętej tematyki i w sposób wskazujący na dobrą świadomość metodologiczną i doświadczenie kliniczne zaplanował i przeprowadził wartościowe badanie oraz kompetentnie zanalizował, przedstawił i zinterpretował zebrane dane. Żadne z podniesionych przeze mnie zastrzeżeń nie jest zasadniczej natury. Uważam, że praca pt. „Wybrane predyspozycje osobiste oraz charakterystyka społeczno-demograficzna i kliniczna pacjentów jako czynniki ryzyka nasilonej internalizacji piętna choroby psychicznej i piętna uzależnienia od alkoholu” spełnia warunki stawiane rozprawom doktorskim w dziedzinie nauk medycznych, dlatego wnoszę o dopuszczenie jej Autora do dalszych etapów przewodu doktorskiego. Równocześnie, biorąc pod uwagę nowatorski charakter pracy oraz jej wysoką wartość poznawczą i praktyczną, mam przyjemność wnioskować o jej wyróżnienie.

Piotr Świtaj  
Dr hab. n. med. Piotr Świtaj  
SPECJALISTA PSYCHIATRA  
3710801