



Białystok, 21.05.2022

Dr hab. n. med. Beata Galińska-Skok  
Klinika Psychiatrii  
Uniwersytet Medyczny w Białymstoku

**Recenzja pracy doktorskiej mgr Katarzyny Gołębskiej**  
**pt. „Wybrane aspekty teorii umysłu a objawy psychopatologiczne u chorych na schizofrenię”**  
**Promotor: prof. dr hab. n. med. i n. o zdr. Krystyna Górna**

Teoria umysłu jest jednym z aspektów poznania społecznego i oznacza wrodzoną umiejętność do przypisywania sobie i innym ludziom stanów mentalnych celem przewidywania i zrozumienia zachowania innych ludzi. Z dotychczasowych badań chorych na schizofrenię wynika, że chorzy na schizofrenię wykazują deficyty teorii umysłu co wpływa na ich gorsze funkcjonowanie społeczne. Jak dotąd nieliczne badania analizowały związki deficytów teorii umysłu z objawami klinicznymi schizofrenii uwzględniając zmiany w czasie. W związku z powyższym temat podjęty przez doktorantkę jest ważny z klinicznego i naukowego punktu widzenia.

Recenzowana rozprawa ma formę jednostronnego wydruku komputerowego w twardej oprawie, zawierającego 143 strony tekstu. Praca obejmuje 7 rozdziałów, w tym 20 tabel i 15 rycin oraz streszczenia w języku polskim i angielskim, piśmiennictwo, spis tabel i rycin, wykaz stosowanych skrótów i załącznik - Uchwałę Komisji Bioetycznej nr 947/11. Piśmiennictwo obejmuje 277 pozycji. Większość cytowanych prac została opublikowana w okresie ostatnich dwudziestu lat. Rozprawa ma układ typowy dla pracy doktorskiej i została napisana poprawnym, przejrzystym językiem.

Na początku *Wstępu* autorka wprowadza czytelnika w problematykę badawczą. Opisuje istotę schizofrenii oraz zjawisko schizotypii oraz ich wzajemne powiązania. Kolejną część *Wstępu* autorka poświęciła wyjaśnieniu istoty teorii umysłu. Przytacza tutaj podstawowe

definicje i koncepcje teorii umysłu przechodząc do opisu umiejętności wynikających z teorii umysłu oraz rozwoju mechanizmów teorii umysłu w okresie od narodzin do adolescencji.

Najwięcej uwagi autorka poświęciła opisaniu istoty teorii umysłu u chorych na schizofrenię. W tej części *Wstępu* przytacza wyniki badań teorii umysłu u chorych na schizofrenię w porównaniu do osób zdrowych, zależności od przebiegu choroby, związku z funkcjonowaniem społecznym. Rozważa możliwe etiologie deficytów teorii umysłu w schizofrenii, w tym kwestię markeru i endofenotypu. Przybliży też czytelnikowi związku schizotypii z teorią umysłu. Najobszerniejszym podrozdziałem jest przegląd badań dotyczących teorii umysłu z uwzględnieniem objawów psychopatologicznych schizofrenii. Na uwagę zasługuje umieszczenie dwóch tabel z precyzyjnymi danymi z cytowanych badań.

Celem głównym pracy była ocena związku teorii umysłu wg Testu odczytywania umysłu w oczach z objawami psychopatologicznymi u chorych na schizofrenię. Celami szczegółowymi pracy były:

1. Ocena teorii umysłu u chorych na schizofrenię w porównaniu z grupą osób zdrowych
2. Ocena przekrojowa teorii umysłu chorych na schizofrenię w okresie nasilonych objawów psychopatologicznych (po przyjęciu do szpitala – badanie 1.) i poprawy stanu klinicznego (przed wypisem ze szpitala – badanie 2.)
3. Analiza zmian teorii umysłu w czasie pomiędzy badaniem 1. i 2.
4. Analiza zależności teorii umysłu z czynnikami społeczno-demograficznymi i klinicznymi
5. Identyfikacja czynników determinujących teorię umysłu

Rozdział *Cel badań* został uzupełniony o kolorową rycinę nr 1 – „Model koncepcyjny badania”, co znakomicie zilustrowało podjęty problem badawczy. Założenia i cele pracy wskazują na przemyślaną i dojrzałą koncepcję badania.

Rozdziały *Organizacja badania i osoby badane* oraz *Metody* autorka opisała wyczerpująco, uzupełniając opisy ryciną nr 2 „Dobór chorych do badania z uwzględnieniem grupy wyjściowej i ostatecznej” oraz tabelą nr 3 „Narzędzie badawcze zastosowane do badanych zmiennych z uwzględnieniem badanych grup”, co czyni tekst uporządkowanym i przystępnym w czytaniu. Do badania 1. zakwalifikowano 91 osób, a do badania 2. - 61 osób hospitalizowanych psychiatrycznie z powodu schizofrenii. Grupę porównawczą stanowiło 61 osób zdrowych dobranych w sposób dogodnościowy. Użyte narzędzia badawcze: Test odczytywania umysłu w oczach (RME), skala do oceny schizotypii - Skala Oxford-Liverpool



Inventory of Feelings and Experiences (O-LIFE), skala objawów pozytywnych i negatywnych (PANSS) zostały dokładnie opisane. Analiza statystyczna została adekwatnie dobrana w oparciu o programy Statistica 12 firmy StatSoft Polska oraz StatXact firmy Cytel.

W rozdziale *Wyniki* autorka dokładnie zaprezentowała wszystkie otrzymane wyniki, posługując się adekwatnymi tabelami i rycinami, które ilustrują znaczenie tych wyników. Doktorantka stwierdziła, że chorzy uzyskali niższe średnie wyniki w Teście odczytywania umysłu w oczach od grupy osób zdrowych. Nie stwierdzono istotnej różnicy w zakresie rozpoznawania płci pomiędzy osobami chorymi a zdrowymi. U osób chorych nie było istotnej różnicy pomiędzy badaniem 1. a badaniem 2. w zakresie rozpoznania stanu umysłu i płci ze zdjęć wg testu RME. U osób chorych liczba lat edukacji korelowała z liczbą prawidłowo rozpoznanych stanów umysłu zarówno w badaniu 1. Jak i 2. Osoby starsze i z dłuższym czasem trwania choroby mniej poprawnie rozpoznawały płeć ze zdjęć w czasie badania 1. Osoby z pierwszym epizodem schizofrenii uzyskały istotnie lepsze wyniki w zakresie umiejętności rozpoznawania stanów umysłu ze zdjęć w porównaniu do osób które przeżyły 2 lub więcej epizodów choroby lub chorowały powyżej 5 lat. W badaniu 2. stwierdzono ujemną korelację pomiędzy liczbą prawidłowo rozpoznanych stanów umysłu a objawami negatywnymi, introwersją i anhedonią. Istotny wpływ na gorsze wyniki teorii umysłu u chorych na schizofrenię miały mniejsza liczba lat edukacji w połączeniu z objawami negatywnymi jak spływanie afektu, wycofanie emocjonalne lub wycofanie społeczne. Powyższe czynniki wyjaśniały od 23% do 29% wariancji całkowitego wyniku RME.

W *Dyskusji* autorka przedstawiła własne wyniki w porównaniu do wyników innych badaczy w sposób szczegółowy, posługując się liczną literaturą. Dyskusję kończy podsumowanie postulujące - w oparciu o wyniki własnych badań, wprowadzenie treningów mentalizowania celem poprawy funkcjonowania społecznego oraz nawiązywania i podtrzymywania kontaktów międzyludzkich przez chorych na schizofrenię. Korzyści wynikające z przeprowadzonych badań to włączenie programów profilaktycznych deficytów teorii umysłu w opiekę środowiskową. Ważnym elementem *Dyskusji* jest przeprowadzona analiza ograniczeń badania, co świadczy o dojrzałości naukowej doktorantki.

Na podstawie wyników Doktorantka przedstawiła następujące *Wnioski*:

1. W badanej grupie chorych na schizofrenię hospitalizowanych psychiatrycznie w okresie poprawy klinicznej większe deficyty teorii umysłu wg Testu odczytywania umysłu w oczach wiązały się z większym nasileniem objawów negatywnych oraz introwersji i anhedonii
2. Chorych na schizofrenię w porównaniu z osobami zdrowymi cechowały deficyty teorii umysłu i podobne umiejętności rozpoznawania płci ze zdjęć
3. U chorych na schizofrenię poziom deficytów teorii umysłu oraz umiejętności rozpoznawania płci ze zdjęć były stabilne w czasie obserwacji
4. Chorych z mniejszą liczbą lat edukacji cechowały większe deficyty teorii umysłu zarówno w okresie nasilonych objawów jak i poprawy stanu klinicznego
5. Chorzy starsi i z dłuższym czasem trwania choroby w okresie nasilenia objawów klinicznych wykazywali gorsze umiejętności rozpoznawania płci ze zdjęć
6. Czynniki predykcyjnymi większych deficytów teorii umysłu chorych na schizofrenię były: mniejsza liczba lat edukacji oraz objawy negatywne związane ze splecionym afektem lub wycofywaniem emocjonalnym lub wycofywaniem społecznym

Wnioski wypływają z otrzymanych wyników i pozostają w odniesieniu do celu głównego oraz celów szczegółowych

Z obowiązku recenzenta muszę wskazać pewne błędy metodologiczne, które występują w niniejszym manuskrypcie:

- *Organizacja i przebieg badania*, str. 59: Wskazane byłoby podanie wyników testów statystycznych mówiących jak grupa porównawcza osób zdrowych była dobrana pod względem płci i wieku do grupy ostatecznej chorych na schizofrenię.

- Na str. 9 w tekście piśmiennictwo jest cytowane w rosnącej kolejności od pozycji 1 do 12, ale na str. 10 następną pozycją piśmiennictwa ma przypisany numer 31 i 32, a potem nr 13. Na str. 11 po cytowaniu nr 26 wymieniono nr 29, czyli brak jest pozycji nr 27 i 28. Powyższa uwaga dotyczy całego manuskryptu, brakuje kilkunastu cytowań ze spisu piśmiennictwa.

- Pozycja piśmiennictwa nr 135 jest tożsama z pozycją nr 152

Nieliczne uwagi zostały poczynione z obowiązku recenzowania i nie mają istotnego wpływu na całościową ocenę rozprawy.



Podsumowując, badania podjęte przez mgr Katarzynę Gołębiewską znajdują pełne uzasadnienie, zostały zaprojektowane i przeprowadzone w sposób prawidłowy, a uzyskane wyniki szczegółowo przedyskutowane w odniesieniu do literatury przedmiotu. Pragnę podkreślić, że realizacja badania o charakterze podłużnym wymagała od doktorantki dużego zaangażowania i umiejętności komunikacyjnych biorąc pod uwagę zjawisko częstego wypadania osób badanych z kolejnych etapów badania.

Rozprawa doktorska mgr Katarzyny Gołębiewskiej stanowi oryginalne rozwiązanie problemu naukowego, doktorantka wykazała się ogólną wiedzą teoretyczną w dyscyplinie oraz posiada umiejętność samodzielnego prowadzenia pracy naukowej; tym samym rozprawa doktorska spełnia warunki określone w art. 13 Ustawy z dnia 14 marca 2003r o stopniach naukowych i tytule naukowym oraz o stopniach i tytule w zakresie sztuki (Dz. U. nr 65, poz. 595 z późn. zm.) i spełnia wszystkie wymagania stawiane rozprawom doktorskim. W związku z powyższym pozytywnie oceniam przedłożoną rozprawę i zwracam się z wnioskiem do Wysokiej Rady Kolegium Nauk o Zdrowiu Uniwersytetu Medycznego w Poznaniu o dopuszczenie mgr Katarzyny Gołębiewskiej do dalszych etapów przewodu doktorskiego.

dr hab. n. med. Beata Galińska-Skok  
lekarz medycyny  
specjalista psychiatra  
3472837

Beata Galińska-Skok

BGS