

Recenzja
pracy doktorskiej mgr Magdaleny Marii Połom
pt. *Typ więzi z rodzicami a poczucie jakości życia u młodzieży z rozpoznaniem schizofrenii,*
rozpoczętej pod opieką naukową dr hab. Marii J. Oleś, prof. KUL
zakończonej pod kierunkiem prof. dr hab. Piotra K. Olesia

Od wielu lat utrzymuje się podobny poziom rozpowszechnienia zaburzenia psychicznego typu schizofrenia, które wynosi około 1% w różnych populacjach, ze wskazaniem na większą zachorowalność wśród mężczyzn niż kobiet. Inna jest także zachorowalność w konkretnych przedziałach wiekowych - wcześniejsze postaci schizofrenii dominują wśród mężczyzn, zaś po 40 roku życia więcej zachorowań odnotowuje się wśród kobiet. Około 50% zachorowań odnotowuje się przed ukończeniem 25 roku życia, z czego najwięcej w okresie późnej adolescencji i wylaniającej się dorosłości. Chociaż przebieg i konsekwencje tegoż zaburzenia psychicznego są różne, w zależności od dominujących objawów pozytywnych lub negatywnych (ubytkowych), to najczęściej ma ono charakter przewlekły, czyli po okresach remisji pojawiają się nawroty, czasami wymagające hospitalizacji. Każdy nawrót zmusza osobę do przerwania naturalnej, wynikającej z wieku, wyznaczonej osobistymi wartościami i celami aktywności rodzinnej, edukacyjnej oraz społecznej. Co więcej, powoduje konieczność skonfrontowania się z lękiem przed stygmatyzacją i odrzuceniem społecznym; doświadczenia znaczącej frustracji i izolacji w postaci hospitalizacji; konsekwencji stosowania farmakoterapii, która najczęściej niesie za sobą wiele negatywnych doznań (i skutków), zwłaszcza osłabienie szeroko rozumianej wrażliwości zmysłowej; w końcu konieczność powrotu do środowiska rodzinnego, szkolnego, grupy rówieśników oraz kontynuowania zadań rozwojowych, których realizacja została przerwana. W świetle tej krótkiej charakterystyki ogromnie ważne jawi się pytanie badawcze postawione w pracy doktorskiej przez mgr Małgorzatę M. Połom na temat jakości życia ludzi młodych, u których rozpoznano zaburzenie psychiczne typu schizofrenia.

Przedstawiona do recenzji dysertacja doktorska mgr M.M. Połom zatytułowana: *Typ więzi z rodzicami a poczucie jakości życia u młodzieży z rozpoznaniem schizofrenii* składa się z

ośmiu rozdziałów: pierwsze cztery stanowią wprowadzenie teoretyczne, które posłużyły w rozdziale piątym przedstawieniu głównych założeń modelu badań własnych, pozostałe trzy to rozdziały empiryczne, zawierające prezentację analizy statystycznej wyników badań, zaś ostatni poświęcono przedstawieniu wniosków oraz dyskusji nad uzyskanymi rezultatami (ss. 270 z Załącznikami). Praca zawiera krótkie wprowadzenie, kończy się wykazem tabel i rycin, streszczeniami w języku polskim i angielskim oraz bardzo bogatą literaturę przedmiotu polską i anglojęzyczną, mieszczącą się na przeszło 34 stronach. W Aneksie zamieszczono osiem załączników, w tym dokumenty zgody na badania dla młodzieży i ich rodziców oraz narzędzia do badań z instrukcjami. Pod względem formalnym praca spełnia wymagania stawiane dysertacjom doktorskim.

Rozdział I zatytułowany: *Typy więzi w koncepcji przywiązania Johna Bowlby'go* zdecydowanie wykracza poza zapowiadaną w tytule treść. Zawiera bowiem nie tylko omówienie założeń etologiczno-ewolucyjnej koncepcji przywiązania Bowlby'ego, ale pokazuje także, jakich dokonano w niej modyfikacji w różnych koncepcjach psychologicznych natury człowieka oraz jakie zaobserwowano związki, na podstawie wielu badań, między wewnętrznymi modelami przywiązania a funkcjonowaniem poznawczym, emocjonalnym i społecznym dzieci i dorosłych. Mgr Małgorzata M. Połom przedstawiła charakterystykę bezpiecznego i pozabezpiecznych typów przywiązania, przebieg i faz rozwoju więzi między dzieckiem i matką, innymi opiekunami i rówieśnikami, poświęcając najwięcej uwagi deprivacji opieki macierzyńskiej oraz znaczeniu doświadczonej przez dziecko traumy relacyjnej dla jego rozwoju. Najbardziej interesujący fragment tego rozdziału, z perspektywy problemów badawczych pracy, stanowi omówienie zagadnień wpływu wczesnodziecięcego przywiązania na funkcjonowanie jednostki w okresie adolescencji i dorosłości. Podkreślając fakt, że rodzaj przywiązania ukształtowany w okresie dzieciństwa dominuje w późniejszych okresach życia, także u adolescentów z różnymi zaburzeniami psychicznymi (w niewielkim zakresie do schizofrenii, zwłaszcza jej zróżnicowanych obrazów klinicznych), próbuje pokazać ich znaczenie zarówno dla rozwoju kompetencji społecznych i poznawczych, jak i zdolności do ich wykorzystania w tych obszarach życia. W ten sposób nawiązuje do poczucia jakości życia, ponieważ wśród badaczy okresu adolescencji powszechnie podzielany jest pogląd, że jakość ich relacji społecznych, zbierane w nich doświadczenia oraz osiągnięcia edukacyjne stanowią istotny wyznacznik samooceny, poczucia skuteczności oraz atrakcyjności społecznej młodego człowieka.

Rozdział drugi, którego tytuł nawiązuje do tematu dysertacji doktorskiej i głównej zmiennej zależnej projektu badawczego, został zatytułowany: *Poczucie jakości życia w adolescencji w chorobie psychicznej*. Poświęcony jest omówieniu sposobów definiowania konstruktów „jakość życia”, jego wymiarów wskazywanych przez WHO oraz przez badaczy wywodzących się z różnych dyscyplin naukowych. Szczególną uwagę poświęca tym ujęciom, które znajdują szerokie zastosowanie w badaniach nad jakością życia młodzieży, pokazując konieczność uwzględniania szerokiego kontekstu zjawisk i procesów zachodzących w tym okresie rozwojowym. Mgr M. Połom podziela stanowisko wielu badaczy, także promotorki prof. KUL dr hab. Marii Oleś, że jakość życia młodzieży jest ściśle związana z „jakością rozwoju”, czyli warunkami w jakich żyje młody człowiek w obliczu konieczności realizacji potrzeby autonomii i formułowania (odkrywania) własnej tożsamości (s. 33 pracy). Określenie tych warunków wydawało się ogromnie istotnym zagadnieniem, z punktu widzenia głównego problemu badawczego pracy, które wymagało rozwinięcia, ponieważ stanowi o jakości życia zdrowych adolescentów. Zanim Doktorantka to uczyniła, skoncentrowała się na prezentacji założeń trzech wybranych modeli jakości życia młodzieży, wyrastających z różnych koncepcji psychologicznych, które wyodrębniły istotne dla poczucia jakości życia sfery. W rozdziale znajdujemy opis modelu zespołu jakości życia badaczy z Seattle, profilu jakości życia młodzieży, opracowanego przez zespół z Centrum Promocji Zdrowia z Toronto oraz europejski model jakości życia w kontekście zdrowia KIDSCREEN. W każdym z nich najogólniej wskazywano na ważność takich obszarów, jak: fizyczny, psychiczny, duchowy, środowiskowy i niezależność. Rozdział drugi kończy mgr M. Połom prezentacją wyników badań nad jakością życia nie tylko zdrowej, ale cierpiącej z powodu różnych chorób somatycznych i problemów psychicznych młodzieży w różnych okresach adolescencji, w zależności od płci, dominujących stanów emocjonalnych, cech osobowości, realizacji potrzeby autonomii i samooceny. Pokazała także, w świetle badań, znaczenie środowiska rodzinnego i edukacyjnego, w tym głównie spostrzeganego i otrzymywanego wsparcia społecznego lub jego braku.

Z przedstawionych rozważań wynika jednoznacznie, że wyodrębnione w ramach modeli sfery jakości życia powinny być uzupełnione o inne wymiary, które są konsekwencją doświadczenia symptomów zaburzenia psychicznego i konieczności podjęcia terapii. Na przykład, o takie wymiary, jak: straty w różnych dziedzinach życia (np. ograniczenia kontaktów i ról społecznych związanych z wiekiem), dodatkowe obciążenia (np. konieczność

przyjmowania leków i radzenia sobie z objawami ubocznymi) czy zagrożenia wynikające z różnych doświadczeń (np. brak poczucia bezpieczeństwa podczas hospitalizacji). Ważność tych sfer znajduje potwierdzenie w wielu badaniach nad poczuciem jakości życia osób cierpiących z powodu różnych zaburzeń psychicznych (także schizofrenii), co Doktorantka wyczerpująco przedstawiła, odwołując się do polskich i zagranicznych badań. Ważniejsze wnioski płynące z analizy uwarunkowań poczucia jakości życia młodzieży z zaburzeniami psychicznymi stanowiły, jak rozumiem, podstawę rozważań w kolejnym, trzecim rozdziale pt. *Poczucie osamotnienia i wybrane wymiary osobowości*. Mgr M. Połom uznała, że najistotniejszą zmienną osobowościową jest styl przywiązania, który, zgodnie z założeniami projektu, z jednej strony różnicuje grupę osób ze schizofrenią od osób zdrowych psychicznie, z drugiej ma istotny wpływ na poczucie jakości życia poprzez zmienne pośredniczące, takie jak: samoocena, przekonania o własnej skuteczności, poczucie osamotnienia i trwała tendencja do przeżywania lęku, depresji, złości i ciekawości. Wyróżnione aspekty (cechy) osobowości zostały zdefiniowane oraz scharakteryzowane w świetle wybranych, psychologicznych koncepcji, najczęściej podręcznikowej psychologii poznawczej i osobowości, starano się także, przynajmniej na poziomie ogólnym, pokazać ich uwarunkowania biologiczne i społeczne. Po ich zdefiniowaniu omawiano wyniki badań nad związkami każdej z cech osobowości z innymi wymiarami osobowości oraz psychospołecznym funkcjonowaniem osób zdrowych i pacjentów z różnymi zaburzeniami psychicznymi, w tym schizofrenią. Wnioski płynące z tych badań były dość oczywiste, najczęściej empirycznie potwierdzano, że osoby zdrowe w porównaniu z osobami z zaburzeniami psychicznymi mają niższą samoocenę, niższe poczucie własnej skuteczności, większe poczucie osamotnienia i większe nasilenie lęku i depresji. W tej części rozdziału znajdujemy wiele wyników badań, pokazujących istotne związki, np. samooceny osób ze schizofrenią ze stylem radzenia sobie ze stresem, regulacją emocjonalną, zmaganiem się ze stygmatyzacją bądź poczucia osamotnienia młodzieży z tendencjami do agresji i autoagresji, z neurotycznością i ekstrawertycznością (korelacja negatywna). Bardzo interesujący, wzbudzający zaciekawienie jest paragraf poświęcony „ciekawości” jako cechy osobowości. Wprawdzie trudno jest mi się zgodzić się ze stwierdzeniem, że jest to pozytywny stan emocjonalny, a nie zdolność do aktywowania konkretnego procesu orientacyjno-poznawczego, niemniej jest pozytywnie skorelowana, jak pokazuje Autorka, z inteligencją emocjonalną, dobrostanem psychicznym, negatywnie z wyczerpaniem emocjonalnym i

obawami depresji. Szkoda, że Doktorantka nie nawiązała do literatury psychodynamicznej, z której wywodzi się model przywiązania, gdzie ciekawość jest traktowana jako ważna cecha osobowości i nadaje się jej szczególny status. W wielu koncepcjach jest traktowana jako przejaw osobowości dojrzałej, czyli pozostaje w związku z bezpiecznym stylem przywiązania.

Rozważania teoretyczne i prezentacje wyników badań kończy rozdział czwarty, zatytułowany *Schizofrenia*. Zawiera dość szczegółowy opis schizofrenii jako zaburzenia psychicznego o różnych obliczach klinicznych, prezentację typów schizofrenii i ich przebiegu oraz uwarunkowaniach biologiczno-środowiskowych. Najważniejsza część tego rozdziału to ta, w której mgr M. Połom porównuje, pokazując różnice w ich obrazie klinicznym, przebiegu, rokowaniu i konsekwencjach schizofrenię o wczesnym i późnym początku, tę pojawiającą się w okresie średniej adolescencji i tę z okresu dorosłości. Wydaje się, na podstawie przywołanych treści, że mgr M. Połom podziela stanowisko tych badaczy, którzy wczesną postać schizofrenii uznają za uwarunkowaną biologicznie (co Doktorantce nie przeszkadza kilka stron dalej przywoływać opracowania De Barbaro, który jest przedstawicielem zgoła przeciwnego stanowiska). Szeroko omawia wyniki badań nad cechami osobowości, kompetencjami społecznymi, przeżywanymi negatywnymi emocjami, które mogą prowadzić do zachowań samobójczych oraz coraz większej zależności emocjonalnej i materialnej od rodziny i innych instytucji pomocy społecznej.

Przedstawiane w części teoretycznej modele teoretyczne i rezultaty badań nad poczuciem jakości życia i jego uwarunkowaniami osobowościowymi u adolescentów cierpiących z powodu zaburzenia psychicznego typu schizofrenia posłużyły sformułowaniu założeń projektu badań własnych, zwłaszcza pytań badawczych, wyróżnieniu zmiennych zależnych, ich operacjonalizacji i doboru narzędzi badawczych. Mgr M. Połom tym rozdziale formułuje kilka pytań badawczych, które sprowadzają się do trzech głównych: (1) Czy występują różnice między młodzieżą z diagnozą schizofrenii i młodzieżą bez diagnozy klinicznej w zakresie poziomu subiektywnej jakości życia, typu przywiązania z rodzicami, poziomu samooceny, poczucia skuteczności, poczucia osamotnienia i tendencji do doświadczania pewnych emocji (depresja, lęk, złość i ciekawość); (2) Czy występuje różnica między grupą młodzieży z diagnozą schizofrenii o pozabezpiecznym stylu przywiązania z matką lub/i ojcem a jakością życia, z uwzględnieniem wybranych czynników socjoekonomicznych i związanych z przebiegiem zaburzenia; (3) Czy siła związków między stylem przywiązania do matki/ojca i poczuciem jakości życia jest pośredniczona przez

mediatory typu: poziom samooceny, poczucie własnej skuteczności, poczucie osamotnienia i tendencje do doświadczania emocji negatywnych i ciekawości. Dodatkowe pytania mają charakter opisowy i dotyczą kwestii charakterystyki profilu wyników w poszczególnych metodach zastosowanych do badania zmiennych. Większość postawionych hipotez badawczych o różnicy między młodzieżą z rozpoznaniem schizofrenii i młodzieżą bez takiego rozpoznania ma charakter jednostronny, co jest w pełni uzasadnione w świetle wyników badań omawianych także w części teoretycznej.

W badaniach wykorzystano całą baterię metod, które znajdują zastosowanie w szacowaniu cech osobowości i samopoczucia młodzieży. Zmienną zależną poczucie jakości życia zbadano przy użyciu Skali Jakości Życia dla Młodzieży (*Youth Quality of Life Instruments* z Seattle, YQOL-R, Patrick i in., 2002; w polskiej adaptacji Oleś, M., 2010), a niezależną więź z rodzicami – Inwentarzem Przywiązania do Rodziców (*Inventary of Parentsan Peer Attachemnt*, IPPA, Armsden i Greenberg, 2009; z wyłączeniem skal oceny więzi z rówieśnikami, w adaptacji Oleś, M., 2007). Zmienne pośredniczące: Poczucie skuteczności – Skala Kompetencji Osobistych (KompOs, Juczyński, 2000); samoocenę - Skalą Samooceny (Rosenberga, 1979, w adaptacji Dzwonkowska i in., 2008); poczucie osamotnienia – Skalą Poczucia Osamotnienia Rascha (de Jong-Gierveld- i Kamphuis, 1985; polska adaptacja Rembowski, 1992); cechy osobowości w zakresie tendencji do przeżywania lęku depresji, gniewu i ciekawości – Inwentarzem Stanu-Cech Osobowości (Spielberger, 1995; w tłum. Wrześniewski i Oleś). W załącznikach zamieszczono Arkusz socjodemograficzny do badania młodzieży zdrowej, nie zauważyłam podobnego dla adolescentów ze schizofrenią, chociaż posługiwano się różnymi informacjami o przebiegu zaburzenia w analizie wyników. W badaniach wykorzystano narzędzia o odpowiednich wskaźnikach dobroci psychometrycznej w zakresie trafności i w niektórych przypadkach, także rzetelności.

Mgr M. Połom przeprowadziła badania pilotażowe, celem „dopasowanie poszczególnych narzędzi badawczych do możliwości nastolatków” (s. 95) oraz badania właściwe. W badaniach właściwych, spośród zakwalifikowanych do dalszych badań adolescentów z rozpoznaniem schizofrenii wyłoniono 42 osobową grupę kliniczną, liczącą 23 dziewczyny i 19 chłopców. Grupa kontrolna obejmowała 238 nastolatków, wyłoniono z niej 42 osobową grupę porównawczą, w której znalazły się podobnie 23 dziewczyny i 19 chłopców. Osoby dobrano parami ze względu na wiek, płeć i strukturę rodziny.

Przystępując do oceny sposobu prezentacji wiedzy psychologicznej, wyników dotychczasowych badań na temat poczucia jakości życia u młodzieży zdrowej oraz młodzieży z zaburzeniami psychicznymi i chorobami somatycznymi, a także opisu założeń projektu badawczego, chcę wskazać na te aspekty opracowania, które dają podstawy do wnioskowania o stopniu przygotowania mgr M. Połom do przyszłej samodzielnej pracy badawczej.

(1) Jak już podkreśliłam, podjętą w dysertacji problematykę badawczą, której celem było opisanie i wyjaśnienie znaczenia stylu przywiązania w genezie uwarunkowań poczucia jakości życia u młodzieży cierpiącej z powodu schizofrenii, uważam za ogromnie istotną, rzadko sprawdzaną empirycznie. W konsekwencji uzyskane rezultaty mają określoną wartość dla praktyki klinicznej, co zostało przedstawione w rozdziale poświęconym interpretacji wyników. Struktura i układ treści rozdziałów w części teoretycznej jest w zasadzie odzwierciedleniem głównego problemu badawczego, który najogólniej rzecz ujmując, koncentruje się na osobowościowych uwarunkowaniach poczucia jakości życia.

Przedstawiając różne kwestie z psychologii osobowości, psychologii klinicznej i psychiatrii mgr M. Połom wykazuje się bardzo dobrą znajomością klasycznej i współczesnej literatury o charakterze koncepcyjnym i empirycznym. Doktorantka trafnie ją także wykorzystuje w interpretacji uzyskanych wyników badań własnych. Poszczególne rozdziały mają bardzo przemyślany, klarowny i powtarzający się układ; najpierw Doktorantka definiuje zjawisko będące przedmiotem rozważań np. przywiązanie, osamotnienie czy inne cechy osobowości, następnie przechodzi do omówienia koncepcji, modeli zjawiska w psychologii, w końcu prezentuje wyniki badań pokazujące związki między aspektami czy cechami osobowości a poczuciem jakości życia u zdrowej młodzieży oraz młodzieży chorej somatycznie i z zaburzeniami psychicznymi. Na zakończenie każdego rozdziału zabrakło tylko podsumowania, chociażby konkluzji pokazującej najistotniejsze wnioski, z nawiązaniem do problematyki omawianej w następnym rozdziale.

Niemniej jednak, taki układ powodował pojawienie się powtórzeń niektórych treści. Zdając sobie sprawę, że struktura pracy odzwierciedla nie tylko logikę projektu (układ zmiennych niezależnych i zależnej) ale także preferencje piszącego, osobiście optowałabym za nieco inną kolejnością rozdziałów. Najpierw o istocie, przebiegu i konsekwencjach schizofrenii u młodzieży bądź o koncepcjach, modelach wymiarów poczucia jakości życia, dalej o zmiennych niezależnych (głównej i pośredniczących) - aspektach i cechach

osobowości. Taki początek pozwoliłby Doktorantce uniknąć pewnych powtórzeń, gdy pisze o jakości życia u osób ze schizofrenią w kontekście samooceny czy poczucia skuteczności lub konieczności uprzedzania niektórych kwestii, gdy analizuje związki poczucia jakości życia z różnymi cechami osobowości u osób z zaburzeniami psychicznymi.

Kolejność rozdziałów to kwestia drugorzędna, ważniejsze wydaje się pomijanie perspektywy psychopatologii rozwojowej, przy wspominaniu, prawie w każdym rozdziale, o konieczności uwzględniania wiedzy z psychologii rozwojowej, w rozumieniu i wyjaśnianiu zjawisk zachodzących w okresie adolescencji. Mgr M. Połom pisząc o przebiegu schizofrenii i jej konsekwencjach w rozdziale pt. *Schizofrenia* głównie podkreśla znaczenie czynników biologicznych w genezie i patomechanizmie utrzymywania się objawów, gdy przechodzi do uzasadnienia hipotez badawczych, koncentruje się przede wszystkim na czynnikach psychospołecznych. Tę dwoistość można zaobserwować także w interpretacji wyników badań, gdzie psychologiczne podejście staje „obok”, a nie w integracji z podejściem biologicznym. Perspektywa psychopatologii rozwojowej, w której myśli się zgodnie z zasadami ekwifinalności i ekwipotencjalności pokazuje, że udział czynników biologicznych i społecznych w genezie tegoż samego zaburzenia psychicznego, np. schizofrenii jest odmienny na różnych etapach życia jednostki. Ten szczególny rodzaj myślenia, w którym akcentuje się różną siłę działania jednego z czynników w interakcji z drugim, pozwoliłby Doktorantce na integrowanie wiedzy o ich znaczeniu dla poczucia jakości życia.

(2) Przedstawiony projekt badawczy ma charakter autorski i jest skoncentrowany na pokazaniu znaczenia wewnętrznych modeli operacyjnych przywiązania dla poczucia jakości życia u adolescentów (14-18 lat), z uwzględnieniem zmiennych pośredniczących, które z wysokim stopniem prawdopodobieństwa modyfikują siłę związku więzi z poczuciem jakości życia. Wprawdzie wyniki badań wskazywały na związki pomiędzy przywiązaniem a samooceną, poczuciem skuteczności i osamotnieniem, natomiast nie było dotąd badań nad zależnością z tendencjami do przeżywania pewnych emocji. Mgr M. Połom uzasadniając główne problemy i hipotezy badawcze, odwołała się do adekwatnej literatury przedmiotu i rezultatów badawczych uzyskanych przez innych autorów. Pytania badawcze w pracy miały postać zarówno opisową, jak i wyjaśniającą, chociaż zaobserwować można pewne różnice między ich formą w rozdziale V pt. *Charakterystyka badań własnych* i w rozdziale VI poświęconym *Analizie i interpretacji wyników*. Problemy i hipotezy badawcze zostały wyrażone w postaci pytań o różnice, gdy dotyczyły porównań międzygrupowych (np. grupa

kliniczna vs grupa porównawcza) lub wewnątrzgrupowych (grupa kliniczna wyniki niskie vs grupa kliniczna wyniki wysokie na poszczególnych wymiarach przywiązania); mniej uwagi poświęcono wyjaśnieniu istoty wpływu mediatorów na siłę związku stylu przywiązania i poczucia jakości życia.

Analizując założenia projektu badawczego zastanawiałam się nad dwiema kwestiami: po pierwsze, dlaczego, pomimo wiedzy o znaczeniu czynników społecznych, zwłaszcza grupy rówieśniczej w okresie adolescencji mgr M. Połom zdecydowała się usunąć z inwentarza przywiązania pytania dotyczące przywiązania do rówieśników? (przecież to te osoby są najważniejszymi obiektami przywiązania w adolescencji); po drugie, dlaczego nie uwzględniono w projekcie badawczym jakiegokolwiek zmiennej zewnętrznej, np. pomiaru wielkości doświadczanego stresu przez młodzież w związku z różnymi wydarzeniami życiowymi np. hospitalizacją i farmakoterapią, nasileniem konfliktów rodzinnych czy problemów socjoekonomicznych rodziny po rozwodzie? Kontrolowanie nasilenia stresu mogłoby wyjaśniać ewentualne różnice lub podobieństwa aktywowania się pozabezpieczonego stylu przywiązania w porównywanych grupach.

(3) Warto podkreślić, że mgr M. Połom dokonała trafnego wyboru narzędzi badawczych w kontekście operacjonalizacji zmiennych. W celu doboru osób podobnych do siebie w grupie klinicznej i porównawczej, Doktorantka przeprowadziła badania wstępne i właściwe. Następnie wyłoniła spośród przeszło 200 osób zdrowych, grupę 42 najbardziej podobnych do pacjentów z grupy klinicznej pod względem wieku, płci i struktury rodziny. Doktorantka dołożyła wiele starań, żeby porównywane grupy były jak najbardziej homogeniczne pod względem czynników socjoekonomicznych. Opis grupy klinicznej nie zawierał bliższych informacji o typie zdiagnozowanej u badanych schizofrenii, czasie trwania zaburzenia, przebiegu leczenia czy wreszcie nasilenie objawów negatywnych. Wszystkie te czynniki mają istotny wpływ na poczucie jakości życia wśród leczących się pacjentów. O tym, że mgr M. Połom zweryfikowała wpływ niektórych z tych czynników (dokładnie - czas trwania zaburzenia i liczbę hospitalizacji) na poczucie jakości życia w grupie osób o pozabezpiecznym stylu więzi dowiedziałam się czytając rozdział VI.

Mgr M. Połom zebrała ogromną liczbę danych, które zanalizowała na wiele różnych sposobów, według kolejności hipotez badawczych przedstawionych w rozdziale omawiającym hipotezy projektu badań własnych. Praca zwiiera dwa rozdziały poświęcone analizie wyników badań własnych, w rozdziale VI dokonano prezentacji miar tendencji

centralnych wyników uzyskanych w poszczególnych metodach przez grupę kliniczną i porównawczą oraz zweryfikowano zależności między stylem przywiązania (także jego wymiarami) a jakością życia oraz zmiennymi pośredniczącymi i socjodemograficznymi. W rozdziale VII przedstawiono analizy i interpretacje zależności między zmiennymi osobowościowymi i poczuciem jakości życia. Ostatni VIII rozdział poświęcił sformułowaniu ostatecznych wniosków, dyskusji merytorycznej nad otrzymanymi rezultatami, zarysowaniu obszarów ich zastosowania w praktyce klinicznej oraz wskazaniu na ograniczenia ekstrapolacji uzyskanych rezultatów. Mgr M. Połom opisała i uzasadniła wybór poszczególnych testów statystycznych do weryfikacji kolejnych hipotez badawczych. Uzyskane dane zostały opracowane przy użyciu pakietu statystycznego SPSS Statistica w wersji 24.

W rozdziale VI obok charakterystyki miar tendencji centralnych wyników badań, przeprowadzono z jednej strony porównania międzygrupowe wyników głównej zmiennej niezależnej – typu przywiązania i jego wymiary; zmiennej zależnej – ogólnego poczucia jakości życia i jego wymiarów oraz zmiennych socjodemograficznych (płeć i struktura rodziny). Mgr M. Połom krok po kroku weryfikowała przy użyciu trafnie dobranych testów statystycznych hipotezy badawcze. Analizę wyników rozpoczęła od wyodrębnienia wśród młodzieży cierpiącej na schizofrenię i ludzi zdrowych, grup o bezpiecznym i pozabezpiecznym wzorcach więzi w relacji z matką i ojcem. Dla sprawdzenia różnic między grupą kliniczną i kontrolną w zakresie typów przywiązania zastosowała test χ^2 , w pozostałych porównaniach międzygrupowych stosowała test t Studenta dla grup niezależnych lub jego nieparametrycznego odpowiednika. W celu stwierdzenia różnic między grupą kliniczną i porównawczą w zakresie ogólnego poczucia jakości życia, przy jednoczesnym obserwowaniu wpływu dwóch zmiennych – zdrowie i płeć lub zdrowie i struktura rodziny lub długość choroby i liczba hospitalizacji – zastosowano dwuczynnikową analizę wariancji ANOVA, natomiast dla poszczególnych podskal jakości życia użyto analizy wariancji typu MANOVA. Sprawdzenia mediacyjnej roli wybranych zmiennych, np. samooceny, poczucia sprawstwa, co do siły związku między stylem przywiązania i poczuciem jakości życia użyto makra PROCES autorstwa Hayes i Preachera w wersji 2.16.

Analizy statystyczne przyniosły wiele bardzo interesujących rezultatów, których nie sposób w pełni omówić. Niektóre z nich obalają pewne powtarzane w psychologii klinicznej

przekonania. Wspomnę jedynie o dwóch najbardziej interesujących rezultatach oraz sposobie analizy i prezentacji wyników badań własnych.

(1) Wyniki badań pokazały, że młodzież cierpiąca z powodu schizofrenii, jak i część adolescentów oceniających siebie jako zdrowych charakteryzują się pozabezpiecznym stylem przywiązania do matki i/lub ojca. Młodzież zdrowa i cierpiąca na schizofrenię charakteryzuje się podobnym poczuciem jakości życia; występują różnice międzypłciowe oraz różnice w zależności od struktury rodziny i ilości przebytych hospitalizacji. Rozkład stylu pozabezpiecznej więzi dziecka z matką okazał się w obu grupach podobny, zaś w relacji z ojcem różny, co kolejny raz pośrednio pokazuje, że rola matki w genezie zdrowia psychicznego jest przeceniona, a ojca nieoceniona. Badania pokazały, że wszystkie osoby z grupy klinicznej charakteryzują się pozabezpiecznym typem więzi z ojcem. Poczucie jakości życia w grupie pacjentów z pozabezpiecznym typem więzi z obojgiem rodziców jest istotnie niższe niż w grupie pacjentów z mieszanym typem więzi z rodzicami.

(2) Zdecydowana większość wyodrębnionych w projekcie badań zmiennych pośredniczących, jak: poziom samooceny, przekonania o własnej skuteczności, poczucie osamotnienia i tendencje do przeżywania depresji, lęku i ciekawość w istotnym stopniu modyfikują siłę związku między stylem więzi a poczuciem jakości życia u osób z rozpoznaniem schizofrenii. Co ciekawe, na siłę związków nie wpływa stan zdrowia młodzieży. Wyniki w grupie klinicznej i porównawczej wskazują na różnice między dziewczętami i chłopcami w ocenie własnej skuteczności (u dziewcząt niższa niż u chłopców) i samoocenie (u chłopców niższa niż u dziewcząt).

Sposób przedstawienia uzyskanych wyników analiz statystycznych jest bardzo wnikliwy i wszechstronny, mgr M. Połom odznacza się ogromną wiedzą z zakresu psychologii klinicznej i psychiatrii, która jest adekwatnie wykorzystywana do interpretacji zależności między badanymi zmiennymi. Była w stanie pokazać różnice i podobieństwa między uzyskanymi rezultatami badań własnych i rezultatami innych badaczy. W trakcie analizy tekstu tej części dysertacji pojawiły się pewne wątpliwości. Pierwsza dotyczy zbyt częstego odnoszenia wyników badań nad stylem przywiązania do uwarunkowań schizofrenii, druga, sposobu używania (rozumienia?) terminu styl przywiązania. Odnosiłam wrażenie, być może błędne, że Doktorantka dość często używała go nie tyle w znaczeniu aktywowanego wewnętrznego modelu operacyjnego przywiązania (reprezentacji intrapsychicznej

doświadczonej relacji), co aktualnego sposobu spostrzegania i przeżywania realnej więzi między adolescentem i rodzicem (?).

Na końcu muszę wspomnieć o pewnej kwestii, która dotyczy używanego w pracy pojęcia „choroba”. Chciałabym przypomnieć, odwołując się do ICD-10 i DSM-5, że schizofrenia nie jest chorobą psychiczną (nazwanie jakiegoś stanu psychofizycznego „chorobą” wymaga stwierdzenia jednorodnej etiopatogenezy, czego nie udało się dowieść w przypadku żadnego z zaburzeń psychicznych), a zaburzeniem psychicznym. Wprawdzie w polskiej literaturze medycznej, poza publikacjami psychiatri S. Płuzyńskiego, który wielokrotnie wyjaśniał znaczenie terminu „choroba” i „zaburzenie psychiczne” w medycynie, stosuje się je nagminnie. Służy zazwyczaj podkreśleniu podłoża biologicznego i „powagi” konkretnego zaburzenia, stosuje się je względem różnych postaci psychoz i schizofrenii. Nazywanie zaburzenia psychicznego chorobą psychiczną ma konkretne znaczenie dla procesu stygmatyzacji.

Podsumowując, na podkreślenie zasługuje fakt, że dzięki zrealizowanemu przez mgr Małgorzatę Połom projektowi badawczemu pozyskałiśmy nową wiedzę o osobowościowych uwarunkowaniach poczucia jakości życia u młodzieży cierpiącej z powodu zaburzenia psychicznego typu schizofrenia. Jej badania dostarczyły nie tylko wiedzy o charakterze opisowym, ale także wyjaśniającym, ponieważ weryfikowały związki między stylem przywiązania do matki/ojca i poczuciem jakości życia, uwzględniając jednocześnie moderujące wpływ takich zmiennych osobowościowych, jak: poziom samooceny, przekonania o własnej skuteczności, poczucie osamotnienia i tendencji do przeżywania konkretnych emocji u młodzieży cierpiącej z powodu schizofrenii oraz młodzieży zdrowej. Doktorantka wykazała się wiedzą z zakresu psychologii osobowości, psychopatologii i psychologii klinicznej, prezentując założenia projektu badawczego, uzasadniając sformułowane problemy badawcze, wyodrębniając strukturę zmiennych oraz dokonując wyczerpującej interpretacji uzyskanych wyników badań. Stwierdzam, że Doktorantka stworzyła autorski, oryginalny projekt badawczy na temat źródeł poczucia jakości życia młodzieży z rozpoznaniem schizofrenii, a jego empiryczna weryfikacja potwierdziła słuszność przyjętych założeń i hipotez. Wykazała się odpowiednimi kompetencjami w zakresie statystycznej analizy wyników badań i ich interpretacji merytorycznej. Biorąc pod uwagę zarówno uwagi krytyczne, jak i pozytywną ocenę projektu badawczego i jego realizacji

stwierdzam, że przedstawiona do recenzji dysertacja doktorska spełnia warunki określone w art.13.1 ustawy o stopniach i tytule naukowym z dnia 14 marca 2003 roku i wnoszę o dopuszczenie mgr Małgorzaty M. Połom do dalszych etapów przewodu doktorskiego.

Poznań, dn. 09.09.2019

Lidia Cierniakowska