

Kraków, 29.04.20023 r.

Prof. dr hab. n. o zdr. Marta Makara-Studzińska
Kierownik Zakładu Psychologii Zdrowia
Uniwersytet Jagielloński Collegium Medicum
e-mail: marta.makara-studzinska@uj.edu.pl

Ocena rozprawy doktorskiej

mgr Anna Cichocka pt., *Psychologiczne uwarunkowania zaprzeczania w jadłowstręcie psychicznym*

Promotor: dr hab. Maria Ryś, prof. UKSW

Jadłowstręt psychiczny najczęściej pojawia się w adolescencji lub wczesnej dorosłości, ale występować mogą też przypadki o wczesnym lub późnym początku. Chociaż ogólną częstość występowania jadłowstrętu psychicznego można uznać w ostatnich dekadach za raczej stabilną, to wzrosła częstość występowania tego zaburzenia w grupie osób poniżej 15. roku życia. Najwyższy wskaźnik występowania jadłowstrętu psychicznego przypada na okolice 15-19 roku życia. W ostatnim czasie obserwuje się istotny wzrost diagnozowania jadłowstrętu psychicznego u coraz młodszych pacjentów (nawet poniżej 12 r.ż.). W badaniach wskazywano również, że na przestrzeni kilku ostatnich lat wzrósł wskaźnik częstości występowania zaburzenia u dziewcząt w wieku 10-14 lat.

Warto nadmienić, iż osoby z jadłowstrętem psychicznym mogą cierpieć jednocześnie na zaburzenia lękowe, zaburzenia nastroju, a ponad 20% z nich dokonuje samouszkodzeń zaś wskaźnik śmiertelności spowodowanych powikłaniami somatycznymi i samobójstwami w grupie pacjentów z jadłowstrętem psychicznym wynosi ok. 5% w skali dekady.

Z tego względu ważne pogłębienie wiedzy teoretycznej, zwłaszcza dotyczącej jadłowstrętu psychicznego, w mechanizmie zaprzeczania tej choroby. Zaprzeczanie, które pojawia się u osób zmagających się z jadłowstrętem psychicznym jest zjawiskiem powszechnie występującym, u większości osób z tej grupy przynajmniej na początku leczenia. Zaprzeczanie chorobie może być postrzegane zarówno jako adaptacyjne jak i dezadaptacyjne w zależności od przyjętych założeń i kontekstu, a także perspektywa poszczególnych osób pacjenta- lekarz, psychologa. Z kolei w DSM-5 zaprzeczanie rozumiane jako mechanizm obronny należy do tych mechanizmów, które w zależności od sytuacji, nasilenia, elastyczności/sztywności mogą być adaptacyjne lub dezadaptacyjne. Zaprzeczanie chorobie z jednej strony może sprzyjać niepodjęciu konfrontacji z nieprzyjemnymi stanami emocjonalnymi związanymi z chorobą, co może być traktowane jako pewnego rodzaju korzyść, zwłaszcza z perspektywy osoby z jadłowstrętem psychicznym. Z drugiej strony może być to mało adaptacyjne, ponieważ może utrudniać adekwatne radzenie sobie z wymaganiami danej sytuacji, w której osoba się znalazła.

Podjętym przez Doktorantkę problemem badawczym była próba odpowiedzi na pytanie, jakie są psychologiczne uwarunkowania mechanizmu zaprzeczania chorobie w jadłowstręcie psychicznym. Zaprzeczanie chorobie rozumiane jest przez Autorkę jako mechanizm obronny, czy sposób radzenia sobie z sytuacją choroby, ale nie będzie dotyczył świadomego zniekształcania faktów dotyczących wagi, ćwiczeń etc.

Przedłożona praca doktorska liczy 175 stron, zawiera 21 tabel, 6 rysunków, brakuje zaś załączników z zastosowanymi narzędziami badawczymi oraz spisu skrótów. Rozprawę wieńczy obszernie piśmiennictwo (ze znaczącą przewagą anglojęzycznych pozycji naukowych) oraz streszczenia pracy w języku polskim i angielskim. Autorka zaprojektowała interesujące badanie, którego problemem badawczym była próba określenia zmiennych psychologicznych, które pozwalają na przewidywanie zaprzeczania chorobie w jadłowstręcie psychicznym. W literaturze polskiej brak jest aktualnych badań na ten temat, stąd projekt badawczy Doktorantki stanowi cenne uzupełnienie dotychczasowego stanu badań.

W nawiązaniu do tych założeń teoretycznych oraz wyników badań Doktorantka sformułowała następujące hipotezy badawcze:

1. Istnieje zależność pomiędzy zaprzeczaniem chorobie a odpornością psychiczną i jest to związek ujemny. Odporność psychiczna jest predyktorem zaprzeczania chorobie.
2. Istnieje zależność pomiędzy zaprzeczaniem chorobie a samooceną szczegółową dotyczącą bliskich relacji oraz własnych kompetencji i w obu przypadkach jest to związek ujemny. Samoocena szczegółowa dotycząca bliskich relacji oraz poczucia własnych kompetencji jest predyktorem zaprzeczania chorobie.
3. Istnieje zależność pomiędzy zaprzeczaniem chorobie a poczuciem umiejscowienia kontroli i związek pomiędzy zewnętrznym poczuciem kontroli a nasileniem zaprzeczania jest dodatni. Poczucie umiejscowienia kontroli jest predyktorem zaprzeczania chorobie.
4. Odporność psychiczna jest mediatorem pomiędzy samooceną szczegółową dotyczącą bliskich relacji oraz własnych kompetencji oraz poczuciem umiejscowienia kontroli a zaprzeczaniem chorobie.

Dysertację doktorską opracowano na podstawie analizy dostępnej literatury przedmiotu oraz w oparciu o wyniki przeprowadzonych badań i dyskusje wyników na tle literatury przedmiotu.

Część teoretyczna rozprawy jest obszerna i w pełni umożliwia postawienie problemów i hipotez badawczych, oraz opracowanie założeń o wzajemnych zależnościach, wskazując na kierunki wnioskowania. W tej części Autorka przeprowadziła rozważania definicyjne, opisała problematykę jądłowstrętu psychicznego, definicje, kryteria diagnostyczne. Dokonała także obszernej charakterystyki terminu zaprzeczanie chorobie z uwzględnieniem definicji, koncepcji, typologii, funkcji. Omówiła także zagadnienie odporności psychicznej oraz znaczenie czynników ryzyka i ochronnych odporności psychicznej. Rozważania Doktorantki są merytoryczne, charakteryzują się wnikliwością, szczegółowością oraz świadczą o dużej znajomości problematyki. Ta część rozprawy

doktorskiej napisana jest poprawnie pod względem językowym i co jest niezmiernie ważne w sposób komunikatywny. Wywód teoretyczny jest poprowadzony w sposób logiczny i uporządkowany.

W kolejnej części rozprawy doktorskiej – empirycznej, zaprezentowano projekt badawczy, opisano cel pracy i problem badawczy, przedstawiono przyjęty model oraz problemy i hipotezy badawcze. Dokonano operacjonalizacji zmiennych, przedstawiono organizację i przebieg badań własnych. Opisano narzędzia badawcze oraz dokonano także starannego opisu zastosowanych metod statystycznych analizy danych.

Doktorantka w ramach niniejszej pracy zaproponowała model badawczy uwarunkowań zaprzeczania chorobie w jadłowstręcie psychicznym. Model ten uwzględnia zmienne, takie jak odporność psychiczna (w roli mediatora), samoocena szczegółowa dotycząca bliskich relacji i własnych kompetencji oraz poczucie umiejscowienia kontroli.

Do udziału w badaniach Doktorantka zakwalifikowała początkowo 50 osób badanych - dziewcząt w wieku 12-21 lat leczących się w oddziale szpitalnym i w ośrodku prywatnym. Pacjentki rekrutowane były w Klinice Dzieci i Młodzieży Instytutu Psychiatrii i Neurologii w Warszawie oraz w Ośrodku Leczenia Zaburzeń Odżywiania Słoneczny Dom w Malawie. Ze względu na współtowarzyszące diagnozy autyzmu, zaburzenia osobowości lub uzależnienia od substancji psychoaktywnych i brak możliwości kontrolowania wpływu tych zmiennych na wyniki uwzględnionymi w badaniach kwestionariuszami, z badań Doktorantka wyłączyła 10 osób. Dwie osoby zrezygnowały z udziału w badaniach. Ze względu na znaczące braki w danych na etapie przeliczania wyników Doktorantka wyłączyła jedną z uczestniczek. Ostatecznie grupę badaną stanowiło 38 osób z jadłowstrętem psychicznym. Spełniały one kryteria diagnostyczne zamieszczone w DSM-IV-TR (2000) lub w DSM-5 (2013) zgodnie z diagnozą postawioną przez prowadzącego lekarza psychiatrę.

Badania przeprowadzone były w latach 2019-2022. Uczestnicy badania zostali poinformowani o celu badań, dobrowolności udziału, możliwości wycofania się na każdym etapie oraz sposobie wykorzystania wyników badań. Wyrazili oni pisemną zgodę na udział w badaniu (zgodnie ze standardami w przypadku osób poniżej 15 r. ż. zgodę wyrazili opiekunowie prawni, w przypadku osób od 16 r. ż. była to zgoda podwójna, a od 18 r. ż. zgoda uczestnika badania). Badania prowadzone były indywidualnie, starano się, aby odbywały się w okolicach 1 miesiąca po przyjęciu do oddziałów po wstępnej adaptacji.

Rozpoczęły się od wypełnienia ankiety zawierającej pytania dotyczące danych socjodemograficznych. Następnie osoby badane wypełniały komplet kwestionariuszy w wersji papier-olówek.

W badaniu Doktorantka użyła 5 kwestionariuszy psychologicznych oraz autorskiej ankiety, stworzonej na potrzeby badania:

1. *Kwestionariusza Zaprzeczania Chorobie (Illness Denial Questionnaire [IDQ]; Ferrario i in., 2017)*. Ze względu na fakt, że kwestionariusz nie posiadał polskiej wersji językowej, za zgodą autorów narzędzia Doktorantka dokonała translacji na język polski we współpracy i konsultacji z lektorem języka angielskiego oraz psychologiem. Autorzy kwestionariusza zaakceptowali polską wersję narzędzia.

2. *Skala Odporności Psychiczej (Resilience Scale w wersji 25-cio itemowej [RS-25]; Wagnild, 2009)*.

3. *Wielowymiarowego Kwestionariusza Samooceny MSEI (MSEI; Fecenec, 2008)*.

4. *Kwestionariusza do Badania Poczucia Kontroli - wersji zrewidowanej (KBPK-R; Krasowicz-Kupis i Wojnarska, 2017)*. Doktorantka po przebadaniu ok. 10 osób podjęła decyzję o konieczności zmiany narzędzia.

5. *Kwestionariusz Delta R. Drwala (1995)*.

6. *Kwestionariusz Ogólnego Stanu Zdrowia 28-itemowy (GHQ-28; Makowska i Merez, 2001)*.

Badania zostały zaaprobowane przez Komisję Etyki i Bioetyki Uniwersytetu Kardynała Stefana Wyszyńskiego w Warszawie (numer ewidencyjny KEIB - 07/2019).

W kolejnych rozdziałach Doktorantka zaprezentowała wyniki badań własnych, przeprowadziła ich dyskusję oraz wyciągnęła wnioski końcowe wraz z aplikacjami badań własnych i ograniczeniami zastosowanej procedury.

Zgodnie z przyjętą przez Doktorantkę strategią analityczną na wstępie przedstawiła standardowo wyniki dotyczące zmiennych demograficznych, a następnie w ramach wprowadzenia do dalszych etapów wykonała psychometryczną analizę narzędzi badawczych. Kolejnym krokiem analiz mającym na celu weryfikację hipotezy 1, 2 i 3, a więc związków zaprzeczania chorobie i jego wymiarów z pozostałymi zmiennymi, było przeprowadzenie analizy korelacji oraz analizy regresji wraz z poszukiwaniem optymalnych modeli regresji. Ostatnim etapem testowania hipotez była weryfikacja hipotezy 4 dotyczącej potencjalnej roli odporności psychicznej jako mediatora pomiędzy zaprzeczaniem chorobie i jego czynnikiem a pozostałymi zmiennymi, a więc weryfikacja modelu mediacyjnego.

Zastosowane przez Doktorantkę narzędzie badawcze oraz metodologia i metodyka badań w ocenie Recenzentki zostały użyte prawidłowo, odpowiednio i adekwatnie. Zastosowane testy analizy statystycznej są poprawne, innowacyjne i wskazują na bardzo duże umiejętności Doktorantki w tym obszarze.

Niestety brak jest w Aneksie załączników zawierający zastosowane narzędzia badawcze, zgodę Autorów na polską wersję narzędzia podaną jako „*Kwestionariusz Zaprzeczania Chorobie*” oraz zgodę Komisję Etyki i Bioetyki Uniwersytetu Kardynała Stefana Wyszyńskiego w Warszawie Bioetycznej.

Na podstawie przeprowadzonych analiz uzyskanych wyników Doktorantka dokonała weryfikacji postawionych hipotez.

Pierwsza hipoteza badawcza zakładała, że istnieje zależność pomiędzy zaprzeczaniem chorobie a odpornością psychiczną i że jest to związek ujemny, a co więcej odporność psychiczna jest predyktorem zaprzeczania chorobie. Przeprowadzone analizy korelacji, regresji, poszukiwanie optymalnych modeli regresji oraz weryfikacja modelu mediacyjnego

czterozmiennowego dotyczące wyników odnoszących się do zaprzeczania chorobie (jako nadrzędnego czynnika) nie wykazały istotnych statystycznie korelacji z pozostałymi zmiennymi.

Hipoteza druga zakładała, że istnieje zależność pomiędzy zaprzeczaniem chorobie a samooceną szczegółową dotyczącą bliskich relacji oraz własnych kompetencji i w obu przypadkach jest to związek ujemny, a co więcej że samoocena szczegółowa dotycząca bliskich relacji oraz poczucia własnych kompetencji jest predyktorem zaprzeczania chorobie. Hipoteza ta została częściowo potwierdzona. Ujawniono, że samoocena dotycząca własnych kompetencji jest predyktorem zaprzeczania negatywnie odczuwanym emocjom związanym z chorobą, a dodatkowo są nim również odczuwane symptomy depresji (uwzględnione jako zmienna kontrolowana). Ponadto odczuwane symptomy depresji były w tej grupie badanej mediatorem pomiędzy samooceną dotyczącą własnych kompetencji a zaprzeczaniem negatywnie odczuwanym emocjom dotyczącym jadłowstrętu psychicznego. Pojawił się w tym przypadku efekt supresji, czyli tłumienia i dopiero weryfikacja relacji dotyczących odczuwanych symptomów depresji, pozwoliła uchwycić istnienie zależności pomiędzy samooceną dotyczącą badanego obszaru a wspomnianym wymiarem zaprzeczania.

Uzyskane wyniki wskazywały, że predyktorem oporu wobec zmian było ujawnianie nasilenia symptomów somatycznych (uwzględnione jako zmienna kontrolowana), tzn. im większe nasilenie objawów somatycznych, tym mniejszy był w pacjentkach opór wobec zmian dotyczących choroby i odwrotnie im mniejsze nasilenie odczuwanych symptomów somatycznych, tym większy opór.

Hipoteza trzecia zakładała, że istnieje zależność pomiędzy zaprzeczaniem chorobie a poczuciem umiejscowienia kontroli - związek pomiędzy zewnętrznym poczuciem kontroli a nasileniem mechanizmu zaprzeczania jest dodatni oraz że poczucie umiejscowienia kontroli jest predyktorem zaprzeczania chorobie. Uzyskane wyniki nie ujawniły związków poczucia umiejscowienia kontroli z innymi zmiennymi. Hipoteza nie została potwierdzona.

Hipoteza czwarta zakładała, że odporność psychiczna jest mediatorem pomiędzy samooceną szczegółową dotyczącą bliskich relacji i własnych kompetencji oraz poczuciem umiejscowienia kontroli a zaprzeczaniem chorobie. Wyniki analizy dotyczące hipotezy czwartej, wskazywały na zróżnicowane zależności dotyczące poszczególnych wymiarów zaprzeczania chorobie. W przypadku wszystkich wymiarów zaproponowane modele

wskazywały na wzajemne istotne statystycznie zależności samooceny szczegółowej dotyczącej bliskich relacji i dotyczącej własnych kompetencji. Samoocena dotycząca własnych kompetencji wiązała się też z ogólnym poziomem odporności psychicznej.

Co więcej, analizy macierzy korelacji wskazywały również na liczne relacje dotyczące obu samoocen szczegółowych z poszczególnymi wymiarami odporności psychicznej jak opanowanie; wytrwałość; świadomość posiadania celu, dla którego warto żyć; zdolność polegania na sobie oraz autentyczność i były to związki dodatnie umiarkowane i silne.

Ujawniono również związki odporności psychicznej z symptomami zaburzeń funkcjonowania w obszarze społecznym oraz symptomami depresji, a także liczne związki poszczególnych wymiarów odporności z tymi dwoma obszarami dotyczącymi zdrowia psychicznego.

Im niższa była odporność psychiczna jako nadrzędny czynnik, a także jej poszczególne wymiary, tym większe były odczuwane symptomy zaburzeń funkcjonowania w obszarze społecznym oraz symptomy depresji.

Na podstawie uzyskanych wyników Doktorantka sformułowała następujące wnioski:

- Niniejsze badania wspierają rozumienie zaprzeczania chorobie u osób z jądłowstrętem psychicznym jako zjawiska złożonego, obejmującego różne wymiary i którego aspekty mogą być związane mocniej z obszarem nieświadomym oraz świadomym. Z kolei te mogą być związane z odmiennymi zmiennymi i mogą być przewidywane w oparciu o różne predyktory.
- Wykazano, że samoocena dotycząca własnych kompetencji jest predyktorem zaprzeczania negatywnie odczuwanym emocjom związanym z chorobą, a dodatkowo są nim również odczuwane symptomy depresji, które pełnią też rolę mediatora pomiędzy tymi zmiennymi. Wiedza ta może mieć również implikacje praktyczne dotyczące praktyki klinicznej i pracy z osobami z jądłowstrętem psychicznym. Może być wskazówką, że aby skutecznie radzić sobie tym aspektem zaprzeczania występującym u pacjentek, warto osadzać, rozumieć i oddziaływać na nie z uwzględnieniem szerszego kontekstu dotyczącego wskazanego obszaru samooceny, a także symptomów depresji. Co więcej, szczególnie cenne może być ponadto

uwzględnianie momentu rozwojowego pacjentów (często okres adolescencji) i jego specyficznych wyzwań.

-Ujawniona została również zależność na poziomie tendencji statystycznej wskazująca na symptomy somatyczne jako predyktor oporu wobec zmian związanych z jadłowstrętem psychicznym. Należy jednak pamiętać, że wymaga ona weryfikacji w ramach dalszych badań i szczególnej ostrożności, co do interpretacji. Niemniej, została ona omówiona jako rzucająca dodatkowe światło na możliwe zależności między zmiennymi i cenna wskazówka dotyczące kierunków przyszłych eksploracji badawczych. Zwraca bowiem uwagę na kwestie różnych problemów i powikłań somatycznych w kontekście oporu wobec zmian. Potencjalnie trudności somatyczne mogą stanowić pewne źródło motywacji do leczenia, ale także ujawnianie ich przez pacjentów może być związane ze słabnięciem oporu wobec zmian czy słabnący opór może umożliwiać pacjentom zauważanie i komunikowanie problemów ze zdrowiem somatycznym.

- Nie wykazano zakładanych zależności (predykcji) pomiędzy odpornością psychiczną i zewnętrznym umiejscowieniem kontroli a zaprzeczaniem chorobie ani żadnym z jego wymiarów. Jeśli chodzi o odporność psychiczną, warto weryfikować potencjalne zależności w odniesieniu do grup pacjentów o wyższej średniej wieku, jako że jak wskazuje literatura odporność psychiczna rośnie wraz z wiekiem. Potencjalnie może rosnąć również jej znaczenie jako zasobu psychicznego dotyczącego zaprzeczania chorobie. W przypadku poczucia umiejscowienia kontroli warto byłoby zweryfikować oczekiwaną zależność w odniesieniu do większej grupy badawczej, która ze względu na konieczność zmiany narzędzia badawczego została dodatkowo zawężona. Warto byłoby również podjąć próbę zastosowania innego, ale wciąż nierozbudowanego nadmiernie narzędzia o dobrych parametrach.

- Eksploracja modelu mediacyjnego ujawniła dodatkowo, że w tym specyficznym układzie uwzględnionych zmiennych na poziomie tendencji statystycznej samoocena dotycząca bliskich relacji oraz odporność psychiczna wiązały się z oporem wobec zmian dotyczących jadłowstrętu psychicznego. Również w tym przypadku są to wyniki wymagające dalszych eksploracji badawczych i szczególnej ostrożności co do interpretacji, ale omówione zostały jako cenna wskazówka w kontekście przyszłych badań.
- Przedstawione powyżej wyniki kierują uwagę badawczą na weryfikację znaczenia osobistych zasobów dla kwestii zaprzeczania negatywnie odczuwanym emocjom związanym z chorobą (blisko rozumienia zaprzeczania jako mechanizmu obronnego), a zasobów dotyczących bliskich relacji i wsparcia społecznego na kwestię oporu wobec zmian. Jest to niewątpliwie interesujący kierunek warty podjęcia w ramach przyszłych badań, tym bardziej, że opór wobec zmian opisywany jest dotychczas w literaturze głównie w odniesieniu do relacji terapeutycznej i interwencji terapeutycznych, stąd ten obszar mógłby zostać poszerzony o inne bliskie relacje społeczne.

W ocenie Recenzentki na uwagę zasługuje doskonale referowanie wyników badań, wnikliwa analiza statystyczna zgromadzonych danych empirycznych oraz ciekawa dyskusja. Doktorantka świetnie poradziła sobie z bardzo dużą liczbą szczegółowych informacji zawartych w materiale badawczym, które zaprezentowała w syntetyczny sposób, co pozwoliło na wykrycie zasadniczych prawidłowości występujących w badanej populacji. W dyskusji wyników Autorka odniosła się do wyników innych badań starając się pokazać na ich tle swoje rezultaty. Dyskusja przeprowadzona jest bardzo rzeczowo i dokładnie, co świadczy o dobrym warsztacie naukowym. Literatura przedmiotu, będąca podstawą pracy jest obszerna i aktualna. Doktorantka dokonała krytycznej analizy swoich badań, dowodząc świadomości ich ograniczeń. Zastrzeżenia budzą wnioski, które są w mojej ocenie podsumowaniem wyników i wymagają przerehabrowania.

Podstawy teoretyczne, plan badań i jego realizacja nie budzą żadnych zastrzeżeń, a wręcz przeciwnie wskazują na bardzo duże kompetencje Doktorantki. Należy podkreślić, iż w realizacji programu badań oraz redagowaniu tekstu Autorka dysertacji wykazała się doskonałym rozeznaniem zastanej wiedzy oraz dojrzałością warsztatu badawczego. Badania niewątpliwie były czasochłonne, wymagały pracowitości, dokładności i rzetelności. Zamierzony plan analiz został przeprowadzony konsekwentnie, z wykorzystaniem różnorodnych, zaawansowanych i adekwatnych metod analizy statystycznej, co zostało zaprezentowane w rozprawie doktorskiej.

Podsumowując, rozprawa doktorska Pani mgr Anny Cichockiej pt., „Psychologiczne uwarunkowania zaprzeczania w jadłowstręcie psychicznym” spełnia warunki określone w art.187 Ustawy Prawo o szkolnictwie wyższym i nauce. Dysertacja doktorska spełnia wszelkie wymagania stawiane rozprawom doktorskim, to jest stanowi oryginalne rozwiązanie zagadnienia naukowego oraz dowodzi ogólnej wiedzy teoretycznej i umiejętności tworzenia warsztatu badawczego, dlatego mam zaszczyt przedstawić Wysokiej Radzie Dyscypliny Naukowej Psychologia Uniwersytetu Kardynała Stefana Wyszyńskiego w Warszawie wniosek o dopuszczenie mgr Anny Cichockiej do dalszych etapów przewodu doktorskiego.

Prof. dr hab.
Marta Makara-Studzińska
specjalista psycholog kliniczny
psychoterapeuta, superwizor

