

Katowice, dn. 20.06.2022r.

dr hab. n. o zdr. Monika Bąk-Sosnowska, prof. SUM
Zakład Psychologii
Katedra Nauk Społecznych i Humanistycznych
Wydział Nauk o Zdrowiu w Katowicach
Śląski Uniwersytet Medyczny w Katowicach
ul. Medyków 12; 40-752 Katowice

Recenzja rozprawy doktorskiej
mgr Tomasza Cyrkota
pt.: „Poznawcze uwarunkowania symptomów pozytywnych
w zaburzeniach psychotycznych: badania dysfunkcji metapoznania i poznania
społecznego w powstawaniu urojeń”

W klasycznej psychopatologii urojenia definiuje się jako fałszywe przekonania niepodatne na kontrargumenty. Współcześnie uważa się jednak, że nie dotyczą one wyłącznie osób z zaburzeniami psychotycznymi, ale są również doświadczeniem osób zdrowych psychicznie. Oznacza to, że różnica pomiędzy osobami chorującymi np. na schizofrenię a osobami zdrowymi może mieć w aspekcie urojeń przede wszystkim charakter ilościowy oraz związany z poziomem krytycyzmu wobec nich. Pomimo obecnych w literaturze opisów urojeń w kontekście ich typów, nasilenia czy czasu trwania w różnych zaburzeniach psychicznych, kluczowe wydaje się zrozumienie mechanizmu ich powstawania. Zadania tego z perspektywy uwarunkowań poznawczych podjął się w przedstawionej mi do recenzji rozprawie doktorskiej mgr Tomasz Cyrkot.

Praca ma typowy układ dla rozprawy doktorskiej. Składa się z wykazu używanych skrótów, spisu treści, rozdziałów teoretycznych, części badawczej, streszczenia w języku polskim i angielskim, spisu piśmiennictwa, wykazu tabel i rycin oraz załącznika. Przedstawiona jest na 153 stronach, zawiera 24 tabele i 8 rycin.

W pierwszej części wstępu Doktorant określił dwie luki w dotychczasowych badaniach nad poznawczymi uwarunkowaniami urojeń, a mianowicie deficyty poznawcze wśród pacjentów z objawami urojeniowymi w kontekście funkcjonowania społecznego oraz związek

metapoznania z objawami urojeniowymi w różnych podtypach schizofrenii. Zdefiniował na tej podstawie jeden z głównych celów pracy, jakim była „...próba wyjaśnienia znaczenia metapoznania w powstawaniu urojeń oraz ich podtrzymywaniu z uwzględnieniem objawów pozytywnych pomiędzy poszczególnymi podtypami schizofrenii, np. odmiany paranoidalnej i rezydualnej tej choroby.” Pod koniec tej części wstępu Doktorant po raz kolejny określił cel swojej pracy, który tym razem brzmiał: „Celem niniejszej pracy były badania poznawczych uwarunkowań przekonań urojeniowych występujących w psychozie w zaburzeniach ze spektrum schizofrenii”. Oczywiście oba te cele dotyczą tego samego zagadnienia i są ze sobą spójne, jednak tak odmienne ich sformułowanie zaraz w pierwszej części rozprawy wywołuje pewne zamieszanie u czytającego. Ponadto, zwyczajowo w pracach naukowych, w tym doktorskich, uzasadnienie podjęcia badań własnych oraz cel badań przedstawia się na koniec części teoretycznej, po omówieniu aktualnego stanu wiedzy w temacie, którego dotyczy praca.

W drugiej części Wstępu, zatytułowanej Przekonania urojeniowe, Doktorant podsumował rozwój wiedzy na temat powstawania objawów psychotycznych, od koncepcji historycznych nieuwzględniających kontekstu społecznego do współczesnych, postulujących kontinuum objawów psychotycznych – od nieznacznie do skrajnie nasilonych. Następnie zdefiniował i scharakteryzował zjawisko urojeń, odnosząc się również do populacji ogólnej. Przytoczył badania, z których wynika, że w epizodach psychotycznych najczęściej występują urojenia prześladowcze, a wśród tych – najczęstszym obiektem są postaci ludzkie, co świadczy o dominującym społecznym wymiarze urojeń. Doktorant przedstawił różne rozumienie przyczyn myślenia paranoidalnego z perspektywy poznawczej. Z jednej strony - istnienie koncepcji postulujących u podłoża urojeń deficyty społecznego poznania i błędy poznawcze, w tym nieprawidłowości logicznego i dedukcyjnego myślenia. Z drugiej – stanowisko, że zdolność rozumowania u osób z urojeniami jest taka sama jak u osób zdrowych, a różnice między nimi przejawiają się w aspekcie uwagi i tendencyjności wnioskowania. Doktorant wspominał jedynie o innych niż poznawcza koncepcjach psychoz – dopaminowej i neurorozwojowej, które opatrzył krótkim komentarzem oraz biopsychospołecznej, do której zamieścił nieco szersze omówienie. Zabrakło mi w tym miejscu bardziej rozbudowanego omówienia współczesnych koncepcji psychopatologicznych psychoz. W pracy nie zawarto również informacji dotyczących epidemiologii ani kryteriów diagnostycznych schizofrenii. Byłoby to wskazane ze względu na dyscyplinę nauk o zdrowiu, w ramach której powstała praca, i rozumienie objawów w kontekście szeroko rozumianego zdrowia, zarówno jednostkowego jak populacyjnego. Podtypy schizofrenii, które charakteryzowały również osoby badane

w badaniach własnych Doktoranta, zostały opisane pobieżnie ze wskazaniem głównie na najistotniejsze różnice pomiędzy nimi.

W drugim rozdziale części teoretycznej Doktorant omówił uwarunkowania poznawcze objawów urojeniowych, a dokładnie urojeń prześladowczych. Podsumował model Becka, a następnie trzy modele współczesne koncentrujące się na: metazamartwianiu, przeskoku do konkluzji, analizie błędów atrybucji. Dokonał przy tym krytycznej oceny modelu Bentalla, uzasadniając wybór koncepcji metapoznania jako kluczowej w swojej pracy. Ta koncepcja została przedstawiona szerzej w odniesieniu do zaburzeń psychotycznych. Doktorant skupił się szczególnie na efekcie nadmiernej pewności, wyjaśniającym utrzymywanie się urojeń u pacjentów ze schizofrenią. Następnie dosyć szczegółowo omówił Teorię Umysłu jako zdolność poznania społecznego i jej manifestowanie się w kontekście społecznym u osób chorych na schizofrenię.

Kolejny podrozdział stanowi Podsumowanie części teoretycznej, w którym znalazło się jednak wiele odniesień do części empirycznej pracy, włącznie z opisem stosowanych narzędzi badawczych służących do szacowania pewności własnych sądów czy mentalizowania. Uzasadniono tutaj również zasadność podjęcia badań własnych w zaplanowanym zakresie, sposób doboru uczestników do grup badawczych oraz opisano cele trzech badań własnych. Po raz kolejny sformułowano również główny cel pracy, tym razem w następującym brzmieniu: „...wykazanie, że metapoznanie jest czynnikiem wyjaśniającym, dlaczego pacjenci ze schizofrenią poprzez nieprawidłowe mentalizowanie współtworzą paranoidalne przekonania”. Biorąc pod uwagę fakt, że omawiana część pracy jest prezentacją założeń do badań własnych wraz z wynikającymi z nich celami oraz procesem ich operacjonalizacji, tytuł podrozdziału nie został dobrany właściwie.

Całość wstępu teoretycznego obejmuje 27 stron i stanowi raczej zwięzłe podsumowanie określonego fragmentu wiedzy niż jej szczegółowe omówienie. Niemniej jednak dużą wartością tej części pracy jest metodyczne udowadnianie przez Doktoranta zasadności badania własnego w kontekście niejasności występujących w literaturze lub częściej - braku danych dotyczących zniekształceń poznawczych w populacji osób chorych na schizofrenię. Dowodzi to bardzo dobrego rozeznania Doktoranta w literaturze przedmiotu i dużej wiedzy specjalistycznej.

Część empiryczna pracy składa się z trzech badań własnych. W badaniu pierwszym analizowano pewność w teście mentalizacji wśród pacjentów ze schizofrenią rezydualną. W kontekście przedstawionych w teoretycznej części pracy założeń określono cztery problemy badawcze, a następnie sformułowano następujące pytania badawcze:

1. Czy istnieją różnice w zadaniach mentalizacji pomiędzy pacjentami z diagnozą schizofrenii rezydualnej a osobami zdrowymi?
2. Czy objawy pozytywne i negatywne w schizofrenii rezydualnej mają związek z wykonaniem zadania mentalizacji?
3. Czy pacjenci z diagnozą schizofrenii rezydualnej wyrażają nadmierną pewność w zadaniu mentalizacji w porównaniu do osób zdrowych?
4. Czy przekonania urojeniowe wśród pacjentów z diagnozą schizofrenii rezydualnej zależne są od nadmiernej pewności?
5. Czy istnieją różnice pomiędzy osobami chorymi ze schizofrenią rezydualną a osobami zdrowymi w zakresie wykorzystywania strategii ostrożności w zadaniach mentalizacji?

Adekwatnie do postawionych pytań badawczych sformułowano pięć uszczegółowionych hipotez badawczych. Jako cel badania przyjęto ocenę metapoznania w sytuacji korzystania z wiedzy społecznej przez osoby z diagnozą schizofrenii rezydualnej. W badaniu wzięło udział 21 pacjentów z diagnozą schizofrenii rezydualnej (14 kobiet i 7 mężczyzn) oraz 20 osób zdrowych (12 kobiet i 8 mężczyzn). Pacjenci z grupy klinicznej zostali zrekrutowani w Oddziale Dziennym Psychiatrycznym Centrum Psychiatrii i Psychologii w Lublinie, natomiast uczestników grupy kontrolnej pozyskano z grona studentów II Wydziału Psychologii Uniwersytetu SWPS we Wrocławiu. Objawy schizofrenii w grupie klinicznej zostały potwierdzone wywiadem diagnostycznym SCID-I (ang. Structured Clinical Interview for DSM-IV, Axis I). Stopień nasilenia poszczególnych objawów został oszacowany polską wersją Skali Oceny Objawów Negatywnych (ang. Scale for the Assessment of Negative Symptoms – SANS) oraz Skali Oceny Objawów Pozytywnych (ang. Scale for the Assessment of Positive Symptoms – SAPS) i potwierdzony diagnozą lekarza specjalisty psychiatrii. Doktorant zaznaczył, że wyniki wywiadu diagnostycznego SCID-I nie wykazały współistniejących zaburzeń psychiatrycznych wśród pacjentów z czego można wnioskować, że takowe stanowiły kryterium wyłączenia. Czy jedyne - nie wiadomo, ponieważ kryteria włączenia i wyłączenia do grupy badanej nie zostały zaprezentowane, podobnie jak w odniesieniu do grupy kontrolnej. W celu wykluczenia osób z tej właśnie grupy Doktorant wykorzystał Międzynarodowy Kwestionariusz Neuropsychiatryczny (ang. Mini International Neuropsychiatric Interview – MINI), oceniający obecność chorób psychicznych i neurologicznych. W pracy nie zawarto informacji, ile osób z tej grupy wykluczono z badania po weryfikacji ich stanu zdrowia psychicznego, co samo w sobie stanowi dodatkową, cenną informację na temat kondycji psychicznej badanych studentów. W mojej ocenie narzędzia badawcze wykorzystywane w doborze uczestników do grupy badanej oraz kontrolnej powinny

zostać opisane w podrozdziale narzędzia badawcze. Tymczasem ich opis znajduje się częściowo w podrozdziale Osoby badane, częściowo w rozdziale narzędzia badawcze. W pierwszym badaniu własnym do oceny zdolności mentalizacji zastosowano test oczu (ang. Reading the Mind in the Eye). Test składa się z 36 itemów przedstawiających twarze ograniczone do widoku oczu. Zadaniem osoby badanej jest udzielenie odpowiedzi na pytanie, co myśli lub czuje osoba przedstawiona na zdjęciu. Jak zaznaczono wcześniej, w tym miejscu pracy znalazł się również dalszy opis narzędzi SANS, SAPS oraz MINI. Opisano, że w dwóch pierwszych narzędziach informacje uzyskuje się poprzez bezpośrednią rozmowę z pacjentem, obserwację kliniczną oraz rozmowę z członkami rodziny pacjenta. Skala SANS obejmuje podskale: spłylenie lub stępienie afektu; alogia; awolicjonalność i apatia; anhedonia i aspołeczność; ograniczenie uwagi. Skala SAPS z kolei podskale: halucynacje; urojenia; dziwaczność; zaburzenia formalne myślenia. Kwestionariusz MINI jest ustrukturyzowanym wywiadem diagnozującym zaburzenia psychiatryczne opisane w klasyfikacjach DSM-IV i ICD-10. Do badania metapoznania Doktorant wykorzystał dwa narzędzia badawcze. Pierwszym była subiektywna skala pewności, pozwalająca na pomiar wiedzy na temat poprawności wykonanego zadania na czterostopniowej skali numerycznej. Drugim narzędziem była skala ekonomiczna obstawiania podecyzyjnego. Wykorzystano kwoty finansowe w wysokości 5, 10, 15 i 20 PLN. Po opisie narzędzi Doktorant przedstawił ocenę objawów psychopatologicznych w grupie badanej, z której wynikało, że różnice pomiędzy skalami SANS i SAPS są istotne statystycznie, a w początkowej fazie choroby przeważają objawy negatywne. Następnie przedstawiona została procedura badania, w której opisano szczegółowo kolejność wykonywanych przez badanego zadań, czyli rozpoznawanie stanu emocjonalnego na podstawie wyświetlanych komputerowo zdjęć oczu oraz szacowanie pewności odpowiedzi na dwóch skalach. Nowatorskim rozwiązaniem wprowadzonym przez Doktoranta było umieszczenie na każdym ze zdjęć punktu fiksacji w postaci zielonej kropki między oczami osoby na zdjęciu, co miało na celu zwiększenie uwagi badanych na spostrzeganej twarzy. Pomysł ten zasługuje na docenienie. Zaprezentowane w formie wizualne zostały przykłady zadań, co znacznie ułatwia czytelnikowi pracy zrozumienie idei badania. Chociaż nie zamieszczono w pracy informacji o rodzaju wykorzystanego oprogramowania statystycznego, wszystkie wykonane statystyki opisano szczegółowo i poprawnie. Przedstawiono pełne zestawienie zgodności badanych zmiennych z rozkładem normalnym, ze względu na istotną różnicę wieku pomiędzy badanymi z grupy badanej i kontrolnej, włączono zmienną wieku do analiz jako zmienną współlistniejącą. Dobór i zastosowanie poszczególnych testów statystycznych nie budzą żadnych zastrzeżeń. Rozdział wyniki zaprezentowano w czterech

następujących podrozdziałach: Wyniki rozpoznawania twarzy w teście oczu RME, Analiza pewności odpowiedzi, Analiza współczynnika KCI (ang. Knowledge Corruption Index) w szacowaniu pewności, Analiza korelacji pomiędzy objawami psychopatologicznymi schizofrenii a zadaniem mentalizacji. W przypadku każdego podrozdziału dane zostały zaprezentowane w sposób szczegółowy, przejrzysty, zarówno w opisie, jak i na tabelach lub rycinach. Tabele i ryciny są czytelne, posiadają zrozumiałe legendy. Jeśli chodzi o najważniejsze wyniki, Doktorant wykazał, że grupa osób z diagnozą schizofrenii uzyskała niższe wyniki w teście oczu niż osoby zdrowe, przy czym nie stwierdzono wpływu skali szacowania pewności na wynik testu. Ponadto, zarówno pacjenci jak osoby zdrowe istotnie wyżej szacowały poprawne odpowiedzi niż niepoprawne, jednak osoby z diagnozą schizofrenii częściej szacowały odpowiedzi niepoprawne w teście RME z najwyższą pewnością, w porównaniu do osób zdrowych. I wreszcie wykazano zależność pomiędzy deficytami społecznego poznania a objawami negatywnymi schizofrenii. Dyskusja wyników jest przeprowadzona bardzo sprawnie. Zwiera zarówno interpretacje wyników uzyskanych w badaniu własnym, jak i liczne odniesienia do badań innych autorów. Nie zawiera jednak bezpośredniego odniesienia do postawionych przez Doktoranta hipotez badawczych, co zmusza dociekliwego czytelnika do powrotu do wcześniejszej części pracy i odszukiwania w dyskusji ewentualnych odniesień. Wbrew przyjętej w pracach naukowych zasadzie nie sformułowano również wniosków odnoszących się do założonego celu badania.

W drugim badaniu własnym analizowano pewność w teście mentalizacji wśród pacjentów ze schizofrenią paranoidalną. Ustalono trzy cele badawcze, jednak biorąc pod uwagę sposób ich sformułowania wydaje się, że są to raczej zadania badawcze precyzujące sposób operacjonalizacji badanych zmiennych. W związku z powyższym ogólny cel badania nie został w tym przypadku precyzyjnie sformułowany, chociaż oczywiście wynika bezpośrednio z prezentowanych treści. W przypadku tego badania zmodyfikowano schemat badania, przydzielając losowo pacjentów i osoby zdrowe do podgrup różniących się skalą szacowania pewności. Sformułowano pięć pytań badawczych, w treści analogicznych do badania pierwszego oraz postawiono pięć hipotez. W badaniu wzięło udział 30 pacjentów z diagnozą schizofrenii paranoidalnej (10 kobiet i 20 mężczyzn) oraz 30 osób zdrowych (23 kobiety i 7 mężczyzn). Pacjenci zostali zrekrutowani w Oddziale Psychiatrycznym Rehabilitacyjnym Wojewódzkiego Szpitala Psychiatrycznego w Złotoryi. Grupę kontrolną pozyskano z grona studentów Dolnośląskiej Szkoły Wyższej we Wrocławiu. W celu zakwalifikowania uczestników do grup zastosowano te same narzędzia co w badaniu pierwszym, czyli MINI, SCID-I, SANS, SAPS. W celu pomiaru nasilenia przekonań urojeniowych użyto dwóch

kwestionariuszy. Kwestionariusz Urojeń Prześladowczych Petersa (ang. Peters Delusion Inventory - PDI) zawiera 21 pytań i składa się z trzech podskal, mierzących niepokój związany z doświadczanymi urojeniami, przekonania o prawdziwość doświadczeń urojeniowych oraz stopień zaabsorbowania nimi. W opisie tego narzędzia (Str. 55) wkraść się jak sądzę błąd, a mianowicie napisano: „...pomimo niższych wyników uzyskiwanych przez osoby z urojeniami w porównaniu z osobami nie doświadczającymi urojeń...” Domyślam się, że powinno być „wyższych wyników”, chociaż w charakterystyce narzędzia nie sprecyzowano czy faktycznie wyższe wyniki oznaczają większe nasilenie urojeń. Skala Myśli Prześladowczych (ang. Paranoia Checklist - PC) zawiera 18-punktową miarę samooceny przekonań paranoicznych, a ocenie podlegają identyczne trzy wymiary jak w teście poprzednim. Z tego względu nie mam jasności, jaki był powód wykorzystania obu tych narzędzi, chociaż ich nazwy mogą sugerować, że drugie obejmuje szersze spektrum urojeń, a pierwsze tylko urojenia prześladowcze.

Dodatkowo w obu grupach kontrolowano funkcje poznawcze, w tym celu zastosowano Kolorowy Test połączeń (ang. Color Trial Test – CTT) oraz Test Podstawiania Symboli i Cyfr (ang. Digit Symbol Coding) będący podskalą Skali Inteligencji Wechslera dla Dorosłych w Wersji Zrewidowanej. Pierwszy z testów diagnozuje funkcje wykonawcze, uwagę oraz pamięć roboczą i ma formę wizualną. Drugi bada szybkość przetwarzania, uwagę oraz pamięć roboczą, bodźcami w zadaniu są losowo wybrane cyfry z zakresu od 1 do 9. Nie jest dla mnie jasne, dlaczego w drugim badaniu własnym zdecydowano się włączyć dodatkowe narzędzia diagnozy neuropsychologicznej. Nie zostało to wyjaśnione w pracy. Chociaż dostarczają one niewątpliwie cennych informacji, to nie wydają się być zasadniczo związane z celem badania, jakim była analiza pewności w teście mentalizacji ani ze sformułowanymi przez Doktoranta celami szczegółowymi, pytaniami i hipotezami badawczymi. Pomiar objawów psychopatologicznych wykazał, że u pacjentów występują zarówno objawy negatywne jak pozytywne, w porównaniu z grupą osób zdrowych występują u nich większe deficyty poznawcze oraz nasilenie przekonań paranoicznych. W opisie procedury badawczej zaznaczono, że tym razem połowa uczestników (osób zdrowych i pacjentów) została przydzielona do grupy wykorzystującej skalę szacowania pewności CR, a druga – skalę PDW. Precyzyjnie opisano zastosowane analizy statystyczne, a następnie zaprezentowano uzyskane wyniki. Wykazano, że niezależnie od zastosowanej skali osoby chore na schizofrenię paranoiczną uzyskiwały niższe wyniki w teście RME, w porównaniu z osobami zdrowymi, nie obserwowano u nich zależności pomiędzy szacowaniem odpowiedzi poprawnych w stosunku do niepoprawnych w zależności od zastosowanej skali. Ponadto, pacjenci wykazywali wyższy

wskaźnik proporcji odpowiedzi niepoprawnych ocenianych z najwyższą wartością na skalach pewności do wszystkich odpowiedzi niepoprawnych. Dyskusja, tak jak w poprzednim badaniu została poprowadzona z wielką wprawą i znajomością tematu. Moje uwagi z pierwszego badania dotyczące braku: kryteriów włączenia i wyłączenia do grup, bezpośredniego odniesienia się do postawionych hipotez badawczych, wniosków na końcu tego rozdziału - pozostają również w tym przypadku aktualne. Dodatkowo należy podkreślić, że w przypadku obydwu badań grupę kontrolną stanowili studenci, a więc z założenia osoby wysokofunkcjonujące. Porównywanie ich z grupą pacjentów chorujących przewlekle na schizofrenię jest obarczone ryzykiem błędu wynikającego z odmiennego funkcjonowania poznawczego obu grup, nie tylko w zakresie zmiennych analizowanych w badaniu.

W trzecim badaniu własnym oceniano afektywny i poznawczy komponent Teorii Umysłu wśród pacjentów ze schizofrenią paranoidalną w paradygmacie werbalnym. Koncepcja badania wynikała z niespójności doniesień naukowych na temat mentalizowania osób ze schizofrenią przy użyciu odmiennych paradygmatów - wizualnego i werbalnego. Celem badania była zatem analiza różnic w zakresie zdolności Teorii Umysłu pomiędzy osobami zdrowymi a pacjentami ze schizofrenią paranoidalną w warunkach użycia paradygmatu werbalnego. Sformułowano trzy następujące pytania badawcze:

1. Czy istnieją różnice w zadaniu werbalnym w teście zdolności mentalizacji pomiędzy pacjentami z diagnozą schizofrenii paranoidalnej a osobami zdrowymi?
2. Czy istnieją różnice w grupie pacjentów w zadaniu werbalnym pomiędzy komponentami poznawczym i emocjonalnym w teście zdolności mentalizacji?
3. Czy objawy pozytywne i negatywne w schizofrenii paranoidalnej mają związek z wykonaniem zadania werbalnego mentalizacji oraz z poszczególnymi komponentami mentalizacji?

W odniesieniu do pytań sformułowano trzy hipotezy badawcze. W badaniu wzięło udział 17 pacjentów (7 kobiet i 10 mężczyzn) z diagnozą schizofrenii paranoidalnej Wojewódzkiego Szpitala Psychiatrycznego w Złotoryi. Grupę kontrolną 17 osób (15 kobiet i 2 mężczyzn) zrekrutowano wśród studentów Dolnośląskiej Szkoły Wyższej we Wrocławiu. W badaniu wykorzystano narzędzia opisane wcześniej: MINI, SCID-I, SANS, SAPS, PDI, PC oraz dodatkowo Test pomiaru zdolności mentalizacyjnych opracowany przez Plutę i Łojek. Test umożliwia ocenę poznawczych i emocjonalnych komponentów mentalizacji pod względem rozumienia zachowań innych osób oraz rozumienia fałszywych przekonań, kłamstwa i ironii. Zawiera 18 krótkich historii opisujących sytuacje społeczne z udziałem dwóch lub trzech bohaterów, a zadaniem osoby badanej jest odpowiedź na 81 pytań, na podstawie odczytania

intencji bohaterów, ich przekonań oraz stanów emocjonalnych. W grupie pacjentów wykazano obecność zarówno objawów pozytywnych jak negatywnych oraz istotną przewagę objawów urojeniowych, w porównaniu z grupą kontrolną. Wyniki potwierdziły, że osoby z diagnozą schizofrenii paranoidalnej uzyskały niższe wyniki zarówno w zadaniach poznawczych jak i emocjonalnych, w porównaniu do osób zdrowych. W pracy przedstawiono również wyniki szczegółowe, odnoszące się do poszczególnych zadań testu które wykazały, że pogorszone rezultaty pacjentów dotyczyły tylko pewnych zdolności mentalizacji - rozpoznawania kłamstwa lub gafy. W zadaniach rozumienia przekonań lub intencji innych osób oraz adekwatnego rozumienia przyczyny zdarzeń społecznych pacjenci nie różnili się od osób zdrowych. Doktorant na tej podstawie wnioskował, że bodźce wizualne w postaci ekspresji mimicznych dostarczają zbyt ograniczonych informacji dla osób ze schizofrenią, aby móc na ich podstawie adekwatnie mierzyć poznanie społeczne w zakresie intencji i przekonań drugiej osoby, zaś w przypadku narracji werbalnych interpretowanie sytuacji społecznych w aspekcie poznawczym mentalizacji zachodzi w podobny sposób, jak u osób zdrowych. Jednak tak jak w przypadku wcześniejszych dwóch badań, wnioski nie zostały sformułowane w postaci osobnego podrozdziału. W celu interpretacji uzyskanych wyników Doktorant odwołał się do teorii dwóch procesów mówiącej o tym, że przetwarzanie informacji może obejmować zarówno procesy intuicyjne, jak refleksyjne.

Ostatni rozdział części empirycznej stanowi Podsumowanie, w którym szeroko opisano wnioski z badań własnych. Faktycznie jednak, w większym stopniu Doktorant przywołał w tym miejscu kluczowe kwestie omawiane w części teoretycznej oraz wnioski oparte na badaniach własnych, ale odnoszące się bardziej do niejasności w literaturze przedmiotu, w mniejszym zaś stopniu do celów trzech badań własnych. Znaczną część podsumowania zawiera interpretacja rozumienia poszczególnych zaburzeń psychicznych jako leżących na kontinuum spektrum funkcjonowania procesów poznawczych. W tym miejscu Doktorant odwołuje się nie tylko do koncepcji Plomina, ale także do badań własnych dotyczących osobowości borderline oraz badań innych autorów dotyczących depresji, zaburzeń lękowych czy zaburzeń odżywiania się. Ciekawym uzupełnieniem tej części pracy jest opis treningu metapoznawczego, jako cennego narzędzia terapii pacjentów ze schizofrenią. Biorąc pod uwagę powyższe, podsumowanie przypomina w swojej formie obszerne streszczenie pracy doktorskiej. Chociaż taki sposób prezentowania wniosków w pracy doktorskiej nie jest typowy, to jednak należy docenić biegłość Doktoranta w spajaniu informacji pochodzących z różnych źródeł i prowadzenia zaawansowanego wywodu naukowego na temat znaczenia procesów mentalizacji oraz Teorii

Umysłu w procesie powstawania i utrzymywania się urojeń u osób z różnymi postaciami schizofrenii.

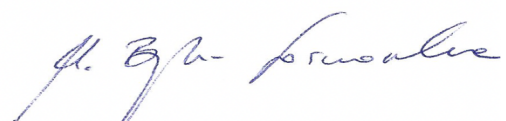
W swojej pracy Doktorant odwołuje się do szerokiego piśmiennictwa, na które złożyły się 273 pozycje literatury. W znakomitej większości są to publikacje zagraniczne, datujące się na kilka, kilkanaście ostatnich lat, ale również starsze teksty źródłowe. Taki dobór literatury dowodzi znakomitemu rozeznaniu Doktoranta zarówno w aktualnej literaturze naukowej dotyczącej omawianego zagadnienia, jak i w pracach stanowiących podstawy tworzenia się współczesnych teorii poznawczych oraz psychopatologicznych.

Na końcu pracy zamieszczono siedem załączników stanowiących większość zastosowanych w pracy narzędzi badawczych i instrukcję do nich.

Cała praca przedstawiona mi do oceny jest napisana poprawną polszczyzną, język wypowiedzi cechuje staranność i jasność przekazu. W trakcie czytania tekstu zauważyłam jedynie kilka błędów literowych, co dowodzi wielkiej skrupulatności Doktoranta w przygotowaniu pracy. Również wszystkie tabele i ryciny, a także ich opisy są czytelne, nie budzą żadnych niejasności.

Tematyka badań jaką podjął Doktorant jest nowatorska i znacząca zarówno z perspektywy wiedzy naukowej, jak i praktyki klinicznej. Wymienione wcześniej uwagi krytyczne w żadnym stopniu nie obniżają pozytywnych walorów pracy i powinny być potraktowane wyłącznie jako wskazówki potencjalnie przydatne na etapie przygotowania wyników badania do publikacji. Podsumowując, chciałabym pogratulować Promotorowi i Doktorantowi wkładu pracy włożonej w zaplanowanie i przeprowadzenie badań, a następnie w przeanalizowanie i opisanie wyników. Doktorant wykazał się umiejętnością wykonania pracy naukowej i odniesienia uzyskanych wyników do literatury przedmiotu. Dowiódł również umiejętności posługiwania się poprawnym językiem naukowym i wysmienitego rozeznania w omawianej tematyce.

Uważam, że rozprawa doktorska spełnia warunki określone w art. 13 ust. 1 ustawy z dnia 14 marca 2003 r. o stopniach naukowych i tytule naukowym oraz o stopniach i tytule w zakresie sztuki (Dz. U. Nr 65, poz. 595, z późn. zm.), dlatego wnoszę do Wysokiej Rady Dyscypliny Nauk o Zdrowiu Uniwersytetu Medycznego im. Piastów Śląskich we Wrocławiu o dopuszczenie mgr. Tomasza Cyrkota do dalszych etapów przewodu doktorskiego.



dr hab. Monika Bąk-Sosnowska, prof. SUM