

Dr hab. n. med. Andrzej Potemkowski
Profesor nadzw. Uniwersytetu Szczecińskiego
Kierownik Zakładu Psychologii Klinicznej i Psychoprofilaktyki
Instytutu Psychologii Uniwersytetu Szczecińskiego

Szczecin, 06.07.2019

Recenzja

rozprawy doktorskiej lek. Romana Kotasa zatytułowanej:

"Zależności między stresem i strategiami jego kontroli a przebiegiem stwardnienia rozsianego"

Promotor: Dr hab. n. med. Anna Pokryszko - Dragan

Stwardnienie rozsiane (SR) jest przewlekle postępującą, autoimmunologiczną chorobą ośrodkowego układu nerwowego, a zarazem jednym z najpowszechniejszych schorzeń neurologicznych oraz najczęstszą nieurazową przyczyną niepełnosprawności u młodych dorosłych. Kilkudziesięcioletni niekiedy czas trwania SR i nieprzewidywalny, w dłuższej perspektywie postępujący przebieg powoduje, iż jest to choroba o znacznym wpływie na funkcjonowanie pacjenta. Rozpoznanie SR u młodej osoby, która nigdy wcześniej nie miała problemów zdrowotnych i rozpoczynającej dorosłe życie, planującej drogę zawodową i życie rodzinne, sprawiają, że choroba ta ma znaczny, negatywny wpływ na stan psychiczny i jakość życia chorego.

Ocena czynników związanych z inicjowaniem rozwoju SR, wpływających na przebieg SR mają dlatego tak istotne znaczenie m.in. w leczeniu, rokowaniu a z punktu widzenia pacjenta w podejmowaniu szeregu ważnych życiowo decyzji oraz radzeniu sobie z chorobą. Stwardnienie rozsiane uznaje się też za schorzenie niezwykle silnie oddziałujące na jakość życia, a zarazem stwarzające choremu poważne trudności w przystosowaniu psychicznym zależnym od stresu powodowanego przez chorobę i jej wszelkie konsekwencje. W związku z tym poznanie wszelkich czynników, w tym przede wszystkim związanych z przebiegiem SR stały się ważnym celem badań w obszarze pogranicza neurologii,

neuroimmunologii, psychologii i psychiatrii. Z tych powodów wybór przez Doktoranta tematu ocenianej przeze mnie rozprawy jest szczególnie aktualny i uzasadniony.

Praca ma układ typowy dla rozpraw doktorskich, z wydzielonymi rozdziałami i podrozdziałami podporządkowanymi merytorycznym celom pracy. Zawiera łącznie 106 stron maszynopisu w tym 19 tabel i 6 rycin. Piśmiennictwo opracowane jest skrupulatnie. Cytowanych jest 208 pozycji piśmiennictwa, z czego aż 97 z ostatnich dziesięciu lat.

Wstęp to w kilku zdaniach wprowadzenie czytelnika w zagadnienia, którymi zajmuje się Autor w swojej pracy. W kolejnym rozdziale zatytułowanym **Stwardnienie rozsiane** na 14 stronach maszynopisu, Doktorant, w może w zbyt syntetyczny sposób, wprowadza czytelnika w problematykę, którą zajmuje się dalej. Korzystając z licznych pozycji piśmiennictwa przedstawia najbardziej aktualne poglądy dotyczące epidemiologii, etiopatogenezy oraz kliniki SR, omawia znaczenie badań pomocniczych, diagnostykę, rokowanie i leczenie SR. Szkoda, że Autor omawiając epidemiologię nie przywołał wyników bardzo ciekawych polskich obserwacji z kilku ostatnich lat, a szczególnie tych związanych z polskim Rejestrem Chorych na SR, a powołał się na dane sprzed kilkunastu lat. Ciekawie w kolejnym podrozdziale Doktorant omawia zagadnienia związane ze stresem, neurofizjologiczne podłoże reakcji stresowych i ich związek z układem immunologicznym, psychologiczne aspekty stresu oraz zależności stresu a innych chorób. Dalej Doktorant interesująco wprowadza czytelnika w metody oceny stresu.

Założenia i cele pracy zostały określone bardzo przejrzyście. Doktorant podjął się dokonania oceny podatności na stres, jego odczuwanego poziomu i strategii jego kontroli u chorych na SR oraz analizy zależności między tymi wskaźnikami a klinicznymi wykładnikami przebiegu SR, z odniesieniem do czynników nie związanych z chorobą. Szczegółowymi celami pracy były: 1. ocena częstości występowania wśród chorych na SM typu osobowości D, związanej z większą podatnością na stres, 2. określenie stopnia subiektywnego odczuwania stresu przez chorych na SR oraz rodzaju obieranych przez nich strategii radzenia sobie ze stresem, 3. odniesienie wskaźników stresu do danych klinicznych charakteryzujących przebieg SM, czynników demograficznych oraz potencjalnych źródeł stresu nie związanych z chorobą podstawową. Kolejne cele szczegółowe to dokonanie w trakcie rocznej obserwacji 4. analizy zmienności podatności na stres, stopnia jego subiektywnego odczuwania i strategii jego kontroli u chorych na SR oraz 5. zbadanie

zależności między analizowanymi wskaźnikami stresu a klinicznymi wykładnikami przebiegu SR oraz innymi czynnikami.

Cel główny i cele szczegółowe uważam za szczególnie interesujące i bardzo dobrze przemyślane.

Kolejny - piąty rozdział to **Material.** Doktorant jasno opisuje kryteria wykluczenia natomiast, moim zdaniem, w podobny sposób powinien określić kryteria włączenia do badania. Grupę badaną stanowiło 80 osób, w tym 56 kobiet i 24 mężczyzn w wieku od 22 do 66 lat z klinicznie pewnym rozpoznaniem SR wg kryteriów McDonalda, hospitalizowanych lub konsultowanych ambulatoryjnie w Klinice Neurologii Uniwersytetu Medycznego we Wrocławiu w latach 2013 - 2015. W tym rozdziale oczekiwałbym wyjaśnienia dlaczego nie wprowadzono do badania grupy kontrolnej.

Zastosowane **Metody**, których opis stanowi kolejny - szósty rozdział, świadczą o wyjątkowo sumiennym podejściu Doktoranta do realizacji tematu i nie budzą moich zastrzeżeń.

Statystyczne opracowanie wyników przeprowadzone zostało w oparciu o obowiązujące zasady, co zostało w rozdziale przedstawione bardzo czytelnie i świadczy o dobrym wprowadzeniu w te trudne zagadnienia, tak ważne dla prowadzonych dalej licznych analiz statystycznych.

Przedstawienie **Wyników** Autor podzielił na dwa rozdziały - najpierw przedstawił ocenę wstępną, a następnie ocenę porównawczą po upływie roku. Dokonując **Oceny wstępnej** Doktorant właściwie scharakteryzował grupę badaną przedstawiając dane kliniczne i demograficzne oraz wskaźniki stresu w oparciu o ocenę w skalach PSS-10, DS-14 oraz COPE. Dane ilustrują przejrzyste opracowane rysunki, ale zwykle stanowią one uzupełnienie danych liczbowych zawartych w tabelach, których w tekście niestety brakuje i nie ma ich także w aneksie. Autor stwierdził, że w skali PSS-10 w całej grupie badanej odsetek osób zgłaszających wysoki poziom odczuwanego stresu wynosił 42,5%, średni - 27,5 %, natomiast niski poziom - 30%. Analizując zależności między wynikami PSS-10 i DS-14 nie stwierdził istotnych różnic w nasileniu stresu między chorymi z cechami osobowości typu D. Wyniki wykazały zróżnicowaną częstość stosowania szczegółowych i uogólnionych strategii radzenia sobie ze stresem w badanej grupie. Najczęściej stosowanymi strategiami szczegółowymi były: Planowanie, Aktywne Radzenie Sobie oraz Pozytywne Przewartościowanie i Rozwój. Do najrzadziej stosowanych należały: Zażywanie Alkoholu lub

Innych Środków Psychoaktywnych, Poczucie Humoru oraz Zaprzestanie Działań. Wraz z czasem trwania choroby istotnie wzrastała częstość stosowania strategii Powstrzymywania się od Działania a malała częstość stosowania strategii Pozytywnego Przewartościowania i Rozwoju. Chorzy z wyższym stopniem niepełnosprawności istotnie częściej stosowali strategię Powstrzymywania się od Działania oraz Akceptacji, a rzadziej Pozytywnego Przewartościowania i Rozwoju. Częstość stosowania poszczególnych strategii radzenia sobie ze stresem nie korelowała istotnie z czasem trwania leczenia immunomodulacyjnego.

Omawiając *Wskaźniki stresu w odniesieniu do analizowanych czynników*

Autor przedstawia już dane liczbowe skal PSS-10, DS-14 oraz COPE w tabelach ilustrując je rysunkami. Autor nie stwierdził istotnych zależności pomiędzy poziomem wykształcenia a wynikami PSS-10 i DS-14, natomiast ocenił, że osoby rozwiedzione wykazywały istotnie wyższy poziom odczuwanego stresu niż panny/kawalerowie i osoby pozostające w związku małżeńskim. Wśród badanych z współistniejącymi z SR innymi schorzeniami zaobserwował istotnie częstsze stosowanie strategii Powstrzymywania się od Działania. Co ciekawe, stwierdził ponadto, że chorzy, którzy doświadczyli w poprzedzającym miesiącu stresujących wydarzeń nie związanych ze stanem zdrowia, istotnie rzadziej stosowali strategię Zwrotu ku Religii oraz wykazywali tendencję do częstszego Zażywania Alkoholu/Środków Psychoaktywnych.

Ocenę porównawczą po roku udało się przeprowadzić u 88 spośród 90 osób uczestniczących w badaniu wstępnym, co uznać należy za bardzo dobry wynik, do czego musiał się przyczynić z pewnością dobry kontakt badacza w chorymi. Autor stwierdził, że rozkład wyników PSS-10 po 12 miesiącach dla całej grupy badanej nie uległ istotnym zmianom. W całej grupie badanej oraz w podgrupach RR i SP nie stwierdził po roku istotnych zmian wyników w skali DS-14. Wykazał, że odsetek osób deklarujących obieranie odmiennych niż wyjściowo strategii radzenia sobie ze stresem był różny dla poszczególnych strategii i wahał się od 26,9% dla Zażywania Alkoholu/Środków Psychoaktywnych do 90,5% dla Poczucia Humoru. Natomiast w podgrupie SP odnotowano istotnie rzadsze w porównaniu z badaniem wstępnym stosowanie Poszukiwania Wsparcia Emocjonalnego i Powstrzymywania się od Działania a częstsze Zażywanie alkoholu/środków psychoaktywnych.

Doktorant analizując *wskaźniki stresu w odniesieniu do aktywności/postępu* SR w podgrupie z przebiegiem RR z cechami aktywności SR lub bez niej (NEDA 0/NEDA

1) pod względem wyjściowych wyników ocenianych skal nie stwierdził istotnych różnic w zakresie tych parametrów. Nie stwierdził także istotnych zależności między zmianą kwalifikacji osobowości typu D a cechami aktywności/progresji choroby w okresie 12 miesięcy oraz innych zależności między wskaźnikami aktywności choroby (NEDA) a zmianą w zakresie wyników COPE.

Analizując *aktywność/postęp SR a czynniki nie związane z chorobą* Autor nie zaobserwował takiej zależności dla stresujących wydarzeń zgłoszonych w ciągu roku obserwacji. Ponadto nie stwierdził istotnych różnic między podgrupami pacjentów pod względem: współistnienia innych schorzeń, aktywności zawodowej, poziomu wykształcenia i stanu cywilnego.

Z moich ponad czterdziestoletnich obserwacji wynika, że neurologzy niestety bardziej skupiają się na skargach dotyczących objawów neurologicznych a mniej uwagi poświęcają stanowi psychicznemu chorego i dlatego uzyskane wyniki uważam za szczególnie ciekawe i ważne w opracowywaniu strategii wsparcia psychologicznego i komunikacji z chorymi na SR. Wszystkie wyniki uważam ponadto za niezwykle znaczące z punktu widzenia dotychczasowych badań nad przebiegiem SR bowiem pogłębiają one wiedzę odniesioną do populacji polskich chorych.

W rozdziale *Dyskusja* Doktorant niezwykle skrupulatnie na 15 stronach interpretuje otrzymane wyniki i konsekwentnie porównuje je z danymi na ten temat w piśmiennictwie. Pozwala to czytelnikowi na wyrobienie sobie poglądu na wiele interesujących spraw poruszanych w pracy. Autor w dojrzały naukowo, klarowny a jednocześnie wyważony sposób, interpretuje uzyskane przez siebie wyniki. Ustosunkowuje się do każdego problemu, którego ocenienia podjął się w rozprawie.

Wnioski są odpowiedziami na pytania sformułowane jako cele rozprawy. Autor stwierdził, że osobowość typu D jest związana z większą podatnością na stres i występuje u chorych na SR z częstością porównywalną do ogólnej populacji. Dalej stwierdził, że większość chorych na SR odczuwa średnie lub wysokie natężenie stresu a preferowane przez nich strategie radzenia sobie ze stresem wykazują duże zróżnicowanie, z przewagą strategii skoncentrowanych na problemie. Wiek ani płeć chorych na SM nie determinują typu osobowości ani poziomu odczuwanego stresu i w niewielkim stopniu wpływają na preferowane strategie kontroli stresu a czynniki nie związane z SR takie jak stan cywilny, aktywność zawodowa, potencjalnie stresujące wydarzenia - bardziej znamienne wpływają na

poziom odczuwanego stresu i cechy osobowości typu D niż wykładniki przebiegu SR. Kolejny ciekawy wniosek mówi, że preferowane przez chorych strategie radzenia sobie ze stresem kształtują się pod wpływem zarówno wykładników przebiegu SR, jak i czynników nie związanych z chorobą. W trakcie rocznej obserwacji poziom odczuwanego stresu oraz cechy osobowości typu D u chorych na SR uległy zmianie, natomiast co interesujące model radzenia sobie ze stresem pozostał względnie stały. Autor nie wykazał jednoznacznego wpływu obciążenia stresem na przebieg SM w trakcie rocznej obserwacji, ani niepomysłnego przebiegu SR w tym okresie na poziom odczuwanego stresu ale bardziej zmienną tendencję do wpływu na przebieg SM odnotował dla źródeł stresu nie związanych z chorobą. W kolejnym wniosku stwierdzono, że przebieg SR zmieniał preferencje w odniesieniu do pojedynczych strategii kontroli stresu. Brak powiązań między wskaźnikami stresu przemawia wg Autora za złożonym i indywidualnym charakterem doświadczania stresu a obciążenie nim stanowi aspekt, który warto uwzględnić w zindywidualizowanej opiece nad chorymi na SR. Zmniejszenie obciążenia stresem można uzyskać poprzez zapewnienie regularnej kontroli stanu chorych i skuteczności terapii, a w wybranych przypadkach - dodatkowego wsparcia psychologicznego, m.in. oddziałującego na strategie radzenia sobie ze stresem. Ten ostatni praktyczny wniosek uważam za szczególnie ważny ponieważ psychiczne i neuropsychologiczne objawy nadal pozostają na uboczu zainteresowań naukowych i w codziennej praktyce klinicznej.

Streszczenie, również w języku angielskim właściwie prezentuje najważniejsze zagadnienia poruszane w rozprawie.

W rozprawie lek. Romana Kotasa w czytelny, logiczny sposób prowadzona jest myśl przewodnia i analiza wyników. Autor podjął się realizacji trudnego, specjalistycznego tematu z pogranicza neurologii, psychologii i psychiatrii z czego wywiązał się bardzo dobrze. Recenzowana przeze mnie praca stanowi samodzielny i oryginalny dorobek i wskazuje na umiejętność samodzielnej pracy naukowej Doktoranta. Z obowiązku recenzenta oceniającego pracę głównie z neurologicznego punktu widzenia, starałem się usilnie znaleźć zasadne uwagi do przedstawionej pracy, ale po wnikliwej ocenie tekstu, przygotowanego ponadto znakomicie pod względem językowym, nie mogę przedstawić żadnych krytycznych uwag merytorycznych w czym dostrzegam udział Promotora, w osobie wybitnego znawcy tematyki stwardnienia rozsianego Pani dr hab n.med. Anny Pokryszko-Dragan. Praca w pełni odpowiada wymogom stawianym w Ustawie o stopniach naukowych i tytułach naukowych z dnia 14 marca 2003 roku oraz Rozporządzenia Ministra Nauki i Szkolnictwa Wyższego z dnia

19 stycznia 2018 r w sprawie przeprowadzenia czynności w przewodzie doktorskim i dlatego mam zaszczyt przedstawić Wysokiej Radzie Wydziału Lekarskiego Kształcenia Podyplomowego Uniwersytetu Medycznego im. Piastów Śląskich we Wrocławiu recenzowaną przeze mnie rozprawę do dalszych etapów przewodu doktorskiego.

Recenzowana przeze mnie praca ze względu na poznawczą, naukową oraz praktyczną wartość osiągniętych wyników zasługuje na wyróżnienie o co mam zaszczyt zgłosić wniosek do Wysokiej Rady Wydziału.

A handwritten signature in blue ink, appearing to read 'J. Poterucha', is written in a cursive style.