

Warszawa, 24. 03. 2017.

Prof. dr hab. Magdalena Marszał-Wiśniewska  
SWPS Uniwersytet Humanistycznospołeczny,  
Warszawa

**Recenzja rozprawy doktorskiej mgr Doroty Nowocin pt.  
„Zmiany cech temperamentu związane z ustępowaniem objawów  
pourazowego zaburzenia stresowego po zastosowaniu psychoterapii,  
farmakoterapii albo leczenia skojarzonego”**

Tematyka recenzowanej rozprawy łączy problematykę różnic intraindywidualnych (zmian cech temperamentu) z problematyką psychologii klinicznej (ustępowaniem objawów zaburzenia stresowego pourazowego /PTSD/ po psychoterapii lub/i farmakoterapii). Podstawowym celem badań doktorantki była analiza zmian cech temperamentu pojawiających się pod wpływem ustępowania objawów PTSD po leczeniu. Autorka podjęła się próby odpowiedzi na pytanie, ważne zarówno teoretycznie jak i praktycznie, czy pod wpływem skutecznego leczenia objawów PTSD (psychoterapia vs farmakoterapia vs leczenie skojarzone) dochodzi do zmian cech temperamentu. Założenia teoretyczne badań własnych wyprowadziła nie tylko z (1) Regulacyjnej Teorii Temperamentu Strelaua (funkcjonalne znaczenie temperamentu, temperament jako czynnik ryzyka rozwoju zaburzeń, ale i z (2) Transakcyjnego Modelu Temperamentu Eliasza (temperament jako element złożonego systemu regulacji stymulacji, zmiana cech temperamentalnych pod wpływem szeroko rozumianego środowiska, aktywna i bierna forma regulacji stymulacji). Bezpośrednim punktem wyjścia zrealizowanych badań był model komplikacji, zgodnie z którym zaburzenie (tu PTSD) wpływa na zmianę temperamentu.

Zgodnie z zaproponowanym modelem teoretycznym (PTSD jako zaburzenie funkcjonowania temperamentalnego mechanizmu regulacji stymulacji), dotychczasowymi badaniami odwołującymi się do efektu komplikacji, jak i badaniami nad skutecznością różnych form terapii w zmniejszaniu objawów PTSD, Autorka sformułowała trzy hipotezy,

mówiące, że: (1) pod wpływem skutecznego procesu leczenia następują istotne zmiany w poziomie cech temperamentu wskazujące na zwiększenie możliwości przetwarzania stymulacji, przy jednoczesnym braku takich zmian w grupie osób, u których leczenie nie spowoduje remisji objawów PTSD [H1], (2) zmiany te występują niezależnie od rodzaju zastosowanego leczenia (psychoterapia, farmakoterapia, terapia łączona) [H2] oraz (3) poziom cech temperamentu związany ze zmianami wywołanymi ustępowaniem objawów PTSD pod wpływem leczenia utrzymuje się w czasie [H3]. W celu weryfikacji tych hipotez, doktorantka zaplanowała i zrealizowała badania podłużne (trzy pomiary zarówno cech temperamentalnych, jak i nasilenia objawów PTSD), obejmujące ostatecznie 135 dorosłych osób, uczestników wypadków komunikacyjnych (w tym 100 kobiet i 35 mężczyzn) w wieku od 18 do 82 lat, u których zdiagnozowano zaburzenie stresowe pourazowe (PTSD) i które ukończyły leczenie. Należy w tym miejscu podkreślić, że doktorantka przeprowadziła również analizy dodatkowe dokonując porównań w zakresie nasilenia poszczególnych cech temperamentu z grupą niekliniczną wyodrębnioną z 879 osób, które doświadczyły wypadku komunikacyjnego, ale nie rozwinęły objawów PTSD.

Recenzowana rozprawa ma strukturę typową dla prac naukowych. Składa się z części teoretycznej i empirycznej (metoda i wyniki badań własnych) oraz rozdziału obejmującego dyskusję wyników wraz z krytyczną analizą badania i uzasadnieniem jego znaczenia dla praktyki psychologicznej. Część teoretyczna obejmuje prezentację: zaburzenia stresowego pourazowego (PTSD) z perspektywy diagnostycznej, czynników ryzyka PTSD, modeli wyjaśniających powstawanie i utrzymywanie się objawów PTSD, metod leczenia PTSD oraz dwóch koncepcji temperamentu (Regulacyjnej Teorii Temperamentu Strelaua oraz Transakcyjnego Modelu Temperamentu Eliasza) - stanowiących podstawową bazę teoretyczną badań doktorantki. Część teoretyczną zamyka prezentacja modelu zmian temperamentalnych powstających pod wpływem PTSD. Już w tym miejscu należy podkreślić, że od strony formalnej, praca została napisana w sposób jasny, pozwalający czytelnikowi śledzić rozumowanie Autorki. Ocena ta dotyczy głównie części teoretycznej pracy [rozdział I]. Część empiryczna pracy (rozdział II, III i IV), a zwłaszcza wyniki badań przedstawione zostały relatywnie bardziej skrótowo (wszystkie te rozdziały łącznie [od strony 73 do 112; obejmują łącznie 39 stron] są krótsze niż rozdział I - *Wprowadzenie teoretyczne* [od strony 10 do 72; łącznie 62 strony]. Owa skrótowość, w przypadku zastosowania złożonego programu analiz statystycznych, jak i złożoności uzyskanych wyników utrudnia percepcje tej części pracy, wymagając od czytelnika dużej uważności i wysiłku w ich zrozumieniu.

Zanim przejdę do uwag szczegółowych, pragnę podkreślić, że zarówno problematyka pracy, jak i przeprowadzone badania **są ważne i oceniam je wysoko**. Dotychczasowe badania nad relacją między temperamentem a PTSD prowadzone były głównie w modelu podatności, według którego cechy temperamentu stanowią czynnik ryzyka dla rozwoju objawów zaburzenia. Nadal badania nad ową relacją w modelu komplikacji (zmian cech temperamentu pod wpływem objawów PTSD) należą do nielicznych i dodatkowo nie uwzględniają analiz zmian cech temperamentalnych pod wpływem oddziaływań terapeutycznych. W tym zakresie badania mgr D. Nowocin należą do pionierskich i choć nie wyczerpują zagadnienia wpływu czynników środowiskowych i innych osobowościowych na zmianę cech temperamentalnych (ich kierunku, przebiegu w czasie i trwałości), to jednak poszerzają bazę empiryczną, dostarczając nowych danych w tej nadal mało rozpoznanej problematyce badawczej.

Tak więc wartość projektu badawczego i samych badań widzę, przede wszystkim:

(a) w wyjściu poza dominujący model podatności dotyczący relacji między temperamentem a PTSD (temperament jako czynnik ryzyka PTSD);

(b) w zaplanowaniu badań umożliwiających analizę efektu komplikacji w relacji temperament - PTSD, które dają możliwość modyfikowania nasilenia zaburzenia metodami terapeutycznymi. Należy podkreślić, że dotychczas efekt ten prezentowany był w badaniach jedynie w naturalnym przebiegu dynamiki objawów PTSD, bez uwzględniania owej modyfikacji metodami terapeutycznymi;

(c) w zaproponowaniu ujmowania PTSD jako zaburzenia funkcjonowania temperamentalnego mechanizmu regulacji stymulacji, wyprowadzonym z *Transakcyjnego Modelu Temperamentu Eliasza*. Należy podkreślić, że model Eliasza, choć inspirujący teoretycznie nadal rzadko był uwzględniany (a nawet pomijany) jako baza teoretyczna prowadzonych badań w tym zakresie;

(d) w zrealizowaniu wymagających czasowo i niełatwych w przypadku grupy klinicznej badań podłużnych (zarówno cechy temperamentu, jak i nasilenie objawów PTSD, były badane trzykrotnie: przed leczeniem, bezpośrednio po leczeniu i w badaniu *follow-up* [od 6 do 12 miesięcy od zakończenia leczenia]);

(e) w dostarczeniu interesujących danych empirycznych (choć nie zawsze zgodnych z oczekiwaniami), ważnych zarówno teoretycznie, jak i praktycznie. Do najciekawszych wyników badań zaliczam te, wskazujące, że:

- pod wpływem skutecznego leczenia objawów PTSD dochodzi do zmian w zakresie perseweratywności ("czasowej" cechy temperamentu). Choć nie jest to jedyna cecha temperamentu, która uległa zmianie (a nawet wielkość tej zmiany nie jest tak duża jak w

przypadku zmiany reaktywności emocjonalnej), to jednak jedynie w jej przypadku uzyskano efekty w pełni zgodne z hipotezą 1. Badania doktorantki ujawniły bowiem, że w zakresie perseweratywności nastąpiły wyraźnie pozytywne efekty skutecznego leczenia (obniżenie poziomu tej cechy), przy jednoczesnym braku istotnych zmian przy nieskutecznej terapii (należy pamiętać, że zmiany w przypadku reaktywności emocjonalnej i wytrzymałości zdają się wynikać zarówno z pozytywnych efektów skutecznej terapii, jak i negatywnych efektów wynikających z terapii nieskutecznej). Wynik ten jest dodatkowo ważny w świetle niedostatku danych empirycznych w literaturze światowej na temat tej cechy i jej związku z PTSD (zapewne głównie z powodu jej nieuwzględniania w badaniach [cecha specyficzna dla RTT]). Ponadto wyniki badań nad funkcją regulacyjną wysokiej perseweratywności nie są jednoznaczne (np. wskazują zarówno na jej negatywny, jak i pozytywny wpływ na funkcjonowanie podmiotu w zależności od sytuacji; por. np. Łukaszewski i Marszał-Wiśniewska, 2006). Wyniki badań doktorantki dostarczają kolejnych danych na temat funkcji regulacyjnej tej cechy temperamentu. Mogą mieć również znacznie praktyczne (np. na co w pierwszym względzie powinna być ukierunkowana terapia?);

- występują zmiany w zakresie cech temperamentalnych aktywności i żwawości w grupie osób, u których leczenie okazało się nieefektywne. Wyniki badań doktorantki wykazały, że w przypadku tych cech, proces leczenia zainicjował pozytywne zmiany, po czym nastąpiły negatywne zmiany w pomiarze *follow-up* (nasilenie tych cech "powróciło" do poziomu sprzed terapii). Choć wynik ten jest niezgodny z oczekiwaniami Autorki pracy (por. hipoteza 3.), to jednak jest ważny teoretycznie wyznaczając kierunek dalszych badań zmierzających do weryfikacji hipotezy o postępującym procesie patologizacji osobowości w efekcie utrzymywania się objawów PTSD. Ma też istotne znaczenie praktyczne (jak skutecznie pracować terapeutycznie z klientem z PTSD, aby utrzymać "pozytywne" zmiany w zakresie żwawości i aktywności);

- rodzaj podjętego leczenia (psychoterapia vs farmakoterapia vs leczenie skojarzone) nie ma znaczenia dla wielkości uzyskiwanych zmian temperamentu. Wynik ten jest bardzo ważny praktycznie. Pozwala bowiem sądzić, że nie tyle rodzaj leczenia sam w sobie, ale najprawdopodobniej jego skuteczność jest czynnikiem decydującym o wielkości zmian. Ponadto, wyniki badań doktorantki potwierdziły wnioski z wcześniejszych badań polskich (Popiel i in. , 2015), mówiące, że leczenie skojarzone (psychoterapia + farmakoterapia) nie skutkuje żadnym dodatkowym efektem w porównaniu do każdej formy pojedynczej terapii.

Doceniając wysiłek badawczy doktorantki włożony w przeprowadzenie badań (badania podłużne, grupa kliniczna) pragnę zwrócić uwagę na pewne kwestie rozprawy

budzące moje wątpliwości i/lub wskazujące pytania do dyskusji. Moje uwagi krytyczne mają różną wagę i w większości należy je traktować jako wskazówki o charakterze uzupełnień, istotnych do ewentualnych publikacji i do namysłu w planowaniu dalszych badań. Przedstawiam je poniżej.

(1) Zabrakło mi w części teoretycznej pracy wyraźnego podkreślenia różnic między Regulacyjną Teorią Temperamentu (RTT) a Transakcyjnym Modelem Temperamentu (TMT) Eliasza, np. w postaci krótkiego/ syntetycznego, "porównującego" podsumowania. Autorka prezentując oba podejścia, wysiłek wychwycenia różnic między nimi pozostawia głównie czytelnikowi, co samo w sobie nie jest niczym niewłaściwym, jednak w świetle niewątpliwych różnic między RTT i TMT, jak i wobec faktu, że zaproponowany przez doktorantkę "temperamentalny mechanizm regulacji w kontekście PTSD" opiera się głównie na modelu transakcyjnym - przedstawienie *explicite* tych różnic byłoby wskazane (zwłaszcza dla ewentualnych publikacji międzynarodowych). Wydaje się to dodatkowo ważne w kontekście przyjętych w pracy założeń teoretycznych (które z którego podejścia?), jak i dyskusji wyników (czy i które z wyników przemawiają za tezami RTT, a które za TMT?).

(2) Nie znalazłam w pracy bezpośredniego i pogłębionego namysłu nad ważnymi, w moim przekonaniu, pytaniami dotyczącymi specyfiki zmian cech temperamentalnych w PTSD, jak i specyfiki tych zmian pod wpływem terapii. Ważnymi pytaniami, do których warto byłoby się odnieść (a które dość marginalnie potraktowane zostały przez doktorantkę; por. np. s. 111) są takie pytania jak: *Czy zmiany cech temperamentalnych w PTSD (obniżenie możliwości przetwarzania stymulacji) są specyficzne dla PTSD, tj. czy występują wyłącznie w przypadku PTSD, czy może dotyczą szerokiego zakresu zaburzeń? Czy skuteczna terapia prowadzi do zwiększenia możliwości przetwarzania stymulacji jedynie w przypadku PTSD, czy jest jednak typowa dla innych zaburzeń?* Pytania te wydają się ważne zarówno w świetle Regulacyjnej Teorii Temperamentu, według której cechy temperamentalne są podstawowe i leżą u podstaw kształtowania się osobowości, jak Transakcyjnego Modelu Temperamentu, postulującego transakcyjne zależności między temperamentem i osobowością. Zadam więc prowokacyjne pytanie: *Czy nie jest tak, że jakiegokolwiek zaburzenia (zwłaszcza te związane z nadmiernym pobudzeniem psychofizycznym, choć może nie tylko?) prowadzą do obniżenia możliwości przetwarzania stymulacji i czy jakakolwiek terapia różnych zaburzeń prowadzi do ich zwiększenia?* Niewątpliwie rozstrzygnięcie tej kwestii wymaga przeprowadzenia badań wymagających porównań z innymi zaburzeniami, wykraczających poza badanie PTSD. Tym niemniej namysł nad tymi pytaniami jest ważny, pozwalając spojrzeć na wyniki uzyskanych badań w szerszym teoretycznym kontekście.

(3) Nie znalazłam podania wyraźnego kryterium wyznaczenia "terminu" badania *follow-up*. Na ile ten termin (co najmniej 6 miesięcy po zakończeniu leczenia) jest uzasadniony w świetle zaprezentowanych przez doktorantkę rozważań teoretycznych i czy dość duży przedział pomiaru *follow-up* (od 6 miesięcy do roku) ma uzasadnienie teoretyczne, czy też wynika wyłącznie ze względów praktycznych?

(4) W części prezentującej wyniki tzw. analiz dodatkowych (por. podrozdział 3.1.) nie jest dla mnie jasne jak liczna była grupa niekliniczna, poza stwierdzeniem Autorki, że była ona wyodrębniona z 879 osób, które uległy wypadkowi komunikacyjnemu, ale nie rozwinęły objawów PTSD.

(5) W dyskusji wyników zabrakło mi odniesienia się do płci osób badanych. Dotychczasowe badania konsekwentnie pokazują, że PTSD występuje znacznie częściej u kobiet niż u mężczyzn. Fakt ten znalazł bezpośrednie odzwierciedlenie w badanej przez doktorantkę grupie (100 kobiet [74,1%] i 35 mężczyzn [25,9%]). Podobną proporcję płci Autorka uzyskała w podgrupach poddanych poszczególnym formom leczenia (psychoterapii, farmakoterapii i leczenia skojarzonego). Mając na uwadze, że zarówno w niektórych badaniach, o których wspomina sama doktorantka (por. Tarrier i in., 2000; Karatzias i in., 2007) ujawniono, że kobiety częściej niż mężczyźni osiągają lepsze efekty terapeutyczne, jak i wobec faktu, że płeć istotnie różnicuje niektóre cechy temperamentu (np. reaktywność emocjonalną i wytrzymałość), odniesienie się w dyskusji wyników do dominującej w badaniu płci "żeńskie" wydaje mi się ważne. Ma to również istotne znaczenie w projektowaniu dalszych badań.

6) W krytycznej analizie badań własnych (ich ograniczeń), Autorka podkreśla przede wszystkim: (1) brak pomiaru temperamentu przed doznaniem traumatycznego wydarzenia, (2) stosunkowo małą dla analizy różnic indywidualnych - liczbą osób badanych oraz (3) nie uwzględnienia innych czynników, które mogą znacząco wpływać na temperament i jego zmianę. W pełni zgadzając się tymi ograniczeniami, i przyjmując podane przez doktorantkę powody tych ograniczeń, pragnę skoncentrować na ostatnim ograniczeniu. Autorka podkreśla, że należałoby uwzględnić dodatkowe czynniki sytuacyjne, jak na przykład wsparcie społeczne. W moim przekonaniu, należałoby również uwzględnić właściwości osobowościowe, które mogłyby pełnić rolę kompensacyjną wobec właściwości temperamentalnych (małych możliwości przetwarzania stymulacji), jak i stopień dopasowania/niedopasowania wewnątrzpodmiotowego cech temperamentalnych z cechami osobowości, w przypadku nie tylko nasilenia objawów PTSD, ale również zmian

temperamentu pod wpływem terapii. Do tego typu rozważań niewątpliwie uprawnia Transakcyjny Model Temperamentu Eliasza.

(7) Choć podkreśliłam już wcześniej formalną poprawność pracy, zauważyłam drobne niedociągnięcie w zakresie spisu treści. Zauważyłam rozbieżność między spisem treści a tekstem właściwym (w spisie treści pojawia się tytuł "*Psychoterapia: brak poprawy*", z odniesieniem do strony 93, co nie odpowiada treści w samym tekście).

Przechodząc do ostatecznej konkluzji, podkreślam, że przedstawione uwagi krytyczne nie zmieniają mojej ogólnej **bardzo pozytywnej oceny rozprawy**. Autorka przeprowadziła bowiem ważne poznawczo i ciekawe badania. Wykazała się biegłością warsztatową w ich realizacji, prezentując umiejętności w planowaniu i wykonywaniu badań. Uzyskane przez nią wyniki badań są ważne poznawczo i praktycznie.

**Wnoszę o dopuszczenie mgr Doroty Nowocin do dalszych etapów przewodu doktorskiego. Jej rozprawa doktorska odpowiada warunkom określonym w art. 13 ustawy z dnia 14 marca 2003 r. o tytule naukowym i stopniach naukowych (Dz. U. z 2003 r. nr 65; poz. 595, z późn. zm.).**

*Magdalena Marszał-Wiśniewska*

