

Oponentský posudek dizertační práce
Mgr. Marcely Ševčíkové
Univerzita Karlova v Praze. 1. lékařská fakulta, studijní obor Lékařská psychologie.

„Ověření Analyticko-ruminační hypotézy: deprese jako funkční adaptace.“

Školitel:

doc. Mgr. Marek Preiss, Ph.D.

NUDZ

Školitel/konzultant:

PaedDr. PhDr. Pavel Harsa, Ph.D., Ph.D.

Psychiatrická klinika, 1. LF UK a VFN

Disertační práce představuje souhrn pěti publikací zabývajících se problematikou Analyticko-ruminační hypotézy (ARH), podle které se deprese vyvinula v procesu evoluce jako účinná odpověď na složité problémy jedince.

Výsledky experimentální Studie 1 potvrdily, že vystavení komplexnímu problému vede u běžné populace ke zhoršení aktuální nálady. Kvalitativní Studie 2 odhalila u osob s depresivní poruchou projevy adaptivní ruminace (analýzu příčin, povahy a řešení problému). Ve Studii 3 autoři prokázali, že analytická ruminace je dvoustupňový proces analýzy příčin a analýzy řešení. Výsledky průřezové Studie 3 a longitudinální Studie 4 s využitím klinického souboru ukázaly, že analýza řešení vede ke snížení symptomů deprese, ale nikoliv k vyřešení komplexního problému. Studie 5 potvrdila, že výkon depresivních pacientů ve vybraných neuropsychologických zkouškách je oproti výkonu zdravých subjektů oslaben.

Metody zpracování:

Srozumitelně a správně jsou popsány a charakterizovány použité metody, experimentální a kontrolní skupiny.

Výsledky:

Autorka sděluje, že platnost ARH byla potvrzena pouze částečně.

Hodnocení:

Autorka se zabývá důležitým tématem, které má pro psychiatrii značný význam. Cíle a hypotézy jsou jasně formulovány a použité metody jsou v textu výstižně popsány. Metody jsou v českém prostředí inovativní.

Problém vidím v tom, jakým způsobem svoje výsledky interpretuje. Autorka v Závěru uvádí, že výsledky jejích prací částečně podporují ARH. Ovšem v síle této podpory se naše názory liší. Systematická bias, kde autorka neuvádí fakta, které se nehodí do její teorie (viz. neúplná definice deprese – chybí kritérium B1 viz níže) a zároveň zveličuje své nálezy považují za chybu a překážku v publikaci mnohem kvalitnějších textů, ke které autoři svým přístupem mohou dospět. Příkladem zveličení vlastního nálezů je Studie 1. Skutečnost, že studentky jsou nuceny zabývat se traumatickou situací (konkrétně psaly po dobu 20 minut o svých nejhlubších pocitech a myšlenkách týkajících obtížných a emočně znepokojujících událostí, které prožívají v poslední době) a následně mají pokleslou náladu a po čtyřech dnech psaní u nich zjistili „příznaky deprese“, je dle mého názoru nesprávné. Výsledky nebyly statisticky významné. V dalším textu už autoři hovoří o tomto nálezů následovně: „Studie 1 ukázala, že vystavení osob z běžné populace komplexnímu problému vede ke zhoršení jejich aktuální nálady a časem k mírnému zvýšení depresivní symptomatologie“ (str. 59 i na dalších místech). Domnívám se,

výsledky je správné *interpretovat* tak, že u mladých ženy z běžné populace řešení komplexního problému vedlo ke zhoršení jejich aktuální nálady, ale nepodařilo se prokázat narůst depresivní symptomatologie.

Jako problém vidím také fakt, že autorka se na termín deprese dívá jinak, než jak ho definuje současná evropská psychiatrie. To by bylo odvážné a sympatické, kdyby tento svůj pohled v diskusi adekvátně odůvodnila. Autorka tak ale nečiní. Konkrétně se jedná o vliv stresujících a traumatizujících událostí na etiologii deprese. S tímto komplexním problémem si bohužel na současné úrovni poznání neumíme poradit, a proto jsme dělení na exogenní depresi a endogenní depresi přestali používat. Součástí definice depresivní poruchy je fakt, že se jedná o patologickou poruchu nálady neodpovídající okolnostem (Kriterium B1). Toto opominutí diagnostických kritérií (str. 11 až 14) považuji za chybu. Podstatné pro další práci je to proto, že právě paradigma, které ve svých ch experimentech používají (Studie 1) spočívá v tom, že vystaví stresujícím okolnostem zdravé studenty. Výsledky pak autoři interpretují jako příznaky deprese. Problémy se zaměřováním terminu smutek a deprese pak prostupují celý text i grafické prilhy (viz, obr. 1). Právě zde by se nabízela kritika současného kategoriálního diagnostického systému, k čemuž se ale autorka vyjadřuje až závěrečným citátem.

Závěr: Předložená dizertační práce splňuje všechny náležitosti kladené na tento typ práce. V celkovém shrnutí jde o práci nadprůměrnou. Autorce bych ale vytkl, že problematické body (zde vymezení deprese a poruch způsobených stresem a jejich vztahu k ARH) nejsou dostatečně diskutovány. Titul PhD doporučuji po úspěšné obhajobě udělit..

Dotazy:

- 1) Na str.14 a 15 uvádíte: Například pro jedince s přirozeně vysokou potřebou uznání (tzv. autonomní jedinec) je rizikové vlastní selhání, zatímco člověk s vysokou potřebou mezilidských vztahů (tzv. sociotrop) pravděpodobněji upadne do deprese v důsledku ztráty vztahu (Beck a kol., 1983). Deprese sociotropa se svými projevy, jako je například žádost o pomoc, plač, emoční labilita, smutek, reaktivita na pozitivní a negativní podněty, podoba úzkostné depresi. Naopak autonomní jedinec vykazuje v depresi symptomy (např. anhedonie, ztráta zájmu, sebekritika, stažení se, nižší pravděpodobnost k vyhledání pomoci a k pláči), které připomínají tradiční endogenní depresi (Robins, Block, a Peselow, 1989). Jaký je Váš názor na dělení depresivní poruchy na základě spouštěcí události? (endogenní a exogenní). V obecnější rovině jaký je tedy vztah ARH a a teoretických diagnostických systémů, jakým je MKN 10?
- 2) Jaký je podle ARH vztah deprese, poruchy přizpůsobení a reakce na stres?
- 3) Nejistila jste ve Studii 1 ve zkoumané skupině vystavené intervenci signifikantní nárůst deprese. Nerozumím proč v závěrech uvádíte, že EP je depresogenní. Můžete to vysvětlit?
- 4) Domníváte se , že reakci zdravých studentek na 4 denní expozici stresovou situací lze onačit za příznaky deprese?
- 5) Jakým způsobem hodláte do budoucna vyřešit problém ruminace jako reflexe či jako adaptace, kterou popisujete jako problém druhé studie?

- 6) Jaké vidíte problémy při přenášení výsledků získaných od studentů a osob rekrutovaných pomoci internetu na pacienty s depresí? Ve studii 3 uvádíte, že v případě úspěšného vyřešení spouštěcího problému by měla deprese časem odeznít (str. 59)
- 7) Prosím vysvětlíte, jaký z Vašich výsledků má větší váhu pro potvrzení AHR. Zjištění, že remise nebyla asociovaná s počáteční mírou analytické ruminace nebo fakt že jedna podskupina měla vyšší pravděpodobnost remise? Byla použita opakovaná měření, pokud ano, byla provedena korekce na vícečetná měření?
- 8) V Závěru uvádíte, že Vaše výsledky částečně podporují ARH. Ovšem v síle této podpory se naše názory liší (viz Vaše a moje interpretace Studie 1). Můžete prosím do tabulky uvést, jaké konkrétní výsledky přinášejí statisticky významnou podporu ARH a jaké ji vyvracejí?
- 9) Řešili depresivní pacienti lépe komplexní problémy?
- 10) Jak se názor, který citujete, totiž že záměrem evoluce je zdravý jedinec srovnává s Darwinovou teorií. Domníváte se, že evoluce má záměr? Jak tento názor vysvětluje nadprodukcí nemocných se selektivní výhodou, vhodnou v určitém kontextu (učebnicovým příkladem je srpkovitá anémie)?
- 11) Na str. 87 uvádíte: Právě v období mladé a střední dospělosti čelí člověk více než kdykoliv problémům v osobním i pracovním životě. Z jakého zdroje tento poznatek pochází?
- 12) vaši práci ukončujete citátem : *“Duše se projevuje v cele škále barev, včetně všech odstínů šedé, modré a černé. Chceme-li pečovat o duši, musíme sledovat celou paletu těchto barev a odolat pokušení používat jenom bílou, červenou a s obecným odmítnutím všeho temného a šedého v naší kultuře. Ve společnosti, která se brání tragickému pocitu života, vypadá deprese jako nepřítel, jako nevy léčitelná nemoc. Ale právě v takové společnosti oddané světlu bývá deprese neobyčejně silná.”* V psychiatrii se jedná o aktuální problém rozdílu mezi kategoriální a dimenzionální diagnostikou. Nepovazují za užitečné v závěru nastolovat otázku, kterou se v textu explicitně nezabýváte. Doporučuji do budoucna v závěru spíše shrnout poznatky, které byly diskutovány. Protože tak ale nečiníte, chci se zeptat: Jaké výhody a nevýhody pro diagnózu deprese by tedy měl dimenzionální a kategoriální přístup?
- 13) Uvažujete o tom, že byste v budoucnu místo výkonostních testů měřících kapacitu paměti, psychomotorické tempo, zrakové vyhledávání, vizuomotorické dovednosti použili jiné psychologické nástroje., např. řešení problémů typu Vězňovo dilema či Trolley dilema?

Praha 12. července 2020

doc. MUDr. Jan Vevera, Ph.D

Psychiatrická klinika LF UK a FN Plzeň, alej Svobody 80, 304 60, Plzeň

Tel.: +420775 9 83837

E-mail: veverajan@gmail.com Tel: 377 103 101, Fax: 377 103 956