

## Oponentský posudek k Disertační práci MUDr. Tomáš Uher: Psychoneuroimunologie alexithymie

Doktorský studijní program Psychologie na 1. lékařské fakultě UK v Praze  
Oponent: doc. MUDr. Petr Smolík, CSc.

Alexithymie, porucha kognitivního zpracování emocí, je téměř 40 let studována kvůli předpokládanému vztahu k některým duševním poruchám a pravděpodobnému vlivu na některá tělesná onemocnění a mortalitu. Pojem vytvořil Kanadán P. E. Sifneos v r. 1972. Vyšel z pozorování psychosomatických pacientů, u nichž si povšiml neschopnosti popisovat vlastní emoční stav a zároveň nápadné tendence ke konkrétní řeči, k popisu zevních událostí a somatických potíží. Pozornost české psychiatrické veřejnosti na alexithymii upoutal osobitým způsobem doc. Prokůpek velmi záhy po jeho zavedení. Vyžadoval jeho znalost od atestujících psychiatrů ještě dříve, než byl termín v české odborné literatuře uveden. Na termín a jeho problematiku upozornila podrobněji teprve publikace Baštecký a spol. Psychosomatická medicína v r. 1993, v r. 2005 poruchu znovu popsal Honzák v publikaci Somatizace a funkční poruchy, v r. 2006 Chromý.

Koncepci pojmu alexithymie můžeme považovat za odnož psychosomatické medicíny, která byla utvářena ve čtyřicátých letech minulého století zejména Franzem Alexanderem, Erikem Eriksonem a Heinzem Kohutem, kteří rozvíjeli myšlenky pofreudovského psychoanalytika Sándora Ferenziho a snažili se o překonání psychofyzického paralelismu Gustava T. Fechnera.

Alexithymie v podání P. E. Sifneose je především pojmem klinickým a stanovení alexithymie vyžaduje stejně jako všechny klinicko-psychologické a psychiatrické entity kvalifikovaný vhled do množiny diagnostických dimenzí, které tvoří závěrečný klinický úsudek. Světová, především západní psychiatrie zaznamenala od 70. let minulého století fundamentální revizi klasifikačních konceptů. Po entuziazmu, způsobeném vysokou reliabilitou operačních, fenetických klasifikací DSM-III, ICD-10 a DSM-IV, generujících nejrůznější posuzovací instrumenty, došlo postupně do konce 20. století k vystrýzlivění na základě pochopení, že operačními kritérii byt' s vysokou reliabilitou nelze nahradit multidimenzionální klinický přístup, opřený o kvalifikovanou klinickou zkušenostní bázi klinického psychologa nebo psychiatra. Teprve ty vedou k vysoké validitě stanovené diagnózy (dodnes uznávaný „zlatý standard“ diagnostiky v psychiatrii).

Ani alexithymie se nevyhnula, podobně jako ostatní klinické psychologické a psychiatrické diagnostické entity módní vlně redukcionistických snah o operacionální způsob jejího stanovení a měření v 70. – 90. letech 20. století. Pro její stanovení byla vytvořena řada instrumentů, z nichž nejznámější je Torontská škála TAS-20. Ta byla vyvinuta v r. 1992 G. J. Taylorem a spol. z původní 26 položkové škály z r. 1982. Tedy v letech, kdy konstrukce škál patřila k vyhledávaným aktivitám renomovaných psychiatrů. Toto období lze přirovnat k období vzniku eponymálních syndromů na přelomu 19. a 20. století, kdy každý významnější psychiatr se snažil prosadit podle sebe nazvaný syndrom.

Řada instrumentů, vzniklých v éře operacionálního entusiasmů, neztrácí zcela svůj význam ani dnes, nicméně podmínkou jejich kvalifikovaného využití je podrobná znalost jejich geneze a limitů způsobu použití, které vždy vyžadují dlouholetou klinickou zkušenost posuzovatele.

V současné době je již anachronismem použití jakéhokoli diagnostického instrumentu určeného pro stanovení klinické jednotky v psychiatrii jako jediného a suverénního prostředku pro validní diagnostiku. Validita takto stanovené diagnostické entity je v takovém

případě mizivá a metodiku výzkumné práce postavenou na tomto principu je třeba považovat za chybnou od samého počátku.

Výše uvedené zásadní metodické chyby se bohužel dopustil autor disertační práce. Rozhodl se testovat hypotézu o kauzální souvislosti alexitymie s hladinami interleukinu IL-8 a prokázat souvislost alexitymie s neuropatickou, ischiadickou bolestí u pacientů s nezánettivými neurologickými poruchami.

Úvodní, teoretickou část věnuje rekapitulaci odborných prací, publikovaných od r. 1972 na téma alexitymie s důrazem na recentní publikace, hledající souvislosti mezi neuroendokrinními a imunitními poruchami se závažností alexitymie. Autor přijal bez výhrad metodiku autorů poplatných operacionálnímu entuziasmu konce 20. století a stanovení alexitymie metodou sebeposuzovací škály TAS-20 považuje a priori za validní.

V části empirického výzkumu se pokouší testovat nejprve hypotézu, kterou formuluje v záhlaví: Hladiny IL-8 v mozkomíšním moku reflektují symptomy alexitymie u pacientů s nezánettivými neurologickými poruchami. Vyvozuje ji zejména z prací, prokazujících souvislosti hladiny IL-8 s úzkostnou a depresivní poruchou. Ze vzorku 210 neurologických pacientů (indikovaných k vyšetření mozkomíšního moku za účelem vyloučení autoimunitní demyelinizační poruchy) vybírá na základě vylučujících kritérií 110 pacientů pro psychometrické měření. Alexitymie byla měřena pomocí výše uvedené Torontské škály pro alexitymii (TAS-20), míra deprese podle české verze Beckovy škály BDI-II a úzkost podle české verze Zungovy sebehodnotící škály úzkosti (SAS). Kritéria pro zařazení do studie splňovalo 33 pacientů. U těchto bylo provedeno statistické měření souvislosti hladin IL-8, alexitymie, úzkosti a deprese. Výsledky podle autora prokázaly, že sérová hladina IL-8 signifikantně korelovala s alexitymií a mírou úzkosti, nikoli však s mírou deprese. Vliv věku autor s vysokou pravděpodobností vylučuje. Budiž řečeno ku cti autora, že v diskuzi se alespoň dotýká metodického problému stanovení zřetelné hodnoty na škále TAS-20 pro alexitymii vzhledem ke klinickému (dimenzionálnímu) konstrukt alexitymie, tj. kontinuálnímu rozložení alexitymie v populaci.

Druhou testovanou hypotézou je souvislost mezi alexitymií a neuropatickým bolestivým syndromem u ischiadických pacientů. Autor předpokládá, že průkaz souvislosti by mohl podpořit koncepci sekundární alexitymie, závislé na stavu (state-dependent). Pokládá si otázky, zda lze nalézt 1) souvislost mezi neuropatickou bolestí a alexitymií, 2) zda existuje souvislost mezi různými kvalitami bolesti a mírou alexitymie, 3) zda je souvislost mezi hladinou C-reaktivního proteinu (CRP) a alexitymií. Vyšetřil celkem 66 neurologických pacientů škálami TAS-20, BDI-II a SAS a škálou pro hodnocení neuropatické komponenty, Pain DETECT Questionnaire (PD-Q). Na základě měření PD-Q rozdělil pacienty do 3 skupin: 1) 29 pacientů se zřetelnou neuropatickou bolestí, 2) 18 pacientů s hraničním skórem pro neuropatickou komponentu a 3) 18 pacientů bez neuropatické komponenty bolesti. Výsledkem bylo zjištění, že pacienti s neuropatickou bolestí měli signifikantně vyšší míru alexitymie než ostatní pacienti a současně měli vyšší skór na stupnici deprese BDI-II a úzkosti SAS. Také hladiny CRP korelovaly s mírou neuropatickou bolestí. Míra alexitymie nekorelovala s různou kvalitou bolesti měřenou škálou PD-Q. Z výsledků autor vyvozuje závěr, že míra alexitymie souvisí s mírou úzkosti a deprese, hladinou CRP a mírou neuropatické bolesti.

Hodnocení:

Oponent si váží snahy autora o příspěvek ke složitému a po dlouhá desetiletí hojně diskutovanému tématu multidimenzionálního přístupu k etiologii a patogenezi duševních, behaviorálních i somatických poruch. Je však jeho povinností upozornit na dnes již jasně formulované problémy spojené s validitou klasifikačních konceptů v oblasti klinické

psychologie a psychiatrie. Neznalost, event. nepochopení závažnosti této problematiky vedla v poslední třetině 20. století a stále ještě často vede k výzkumným projektům, jejichž výsledky jsou zavádějící právě proto, že používají chybné premisy studií.

Úvodní, teoretická část disertační práce je čistě kompilativní. Obsahuje sice velké množství relevantních citací ze zahraniční odborné literatury, chybí však citace českých autorů. Vzhledem k interdisciplinární tématice psychiatrické, psychologické ale i filosofické postrádá oponent autorovo samostatné, kritické zhodnocení různých konceptů alexitymie v kontextu s historickým vývojem psychosomatické a behaviorální medicíny a ve vztahu k současným trendům, překonávajícím bio-psycho-sociální model duševních poruch modely multidimenzionálními.

Hlavní výhradu k premisám disertační práce oponent formuloval v úvodu. Nelze nezmínit také nekvalifikovaný přístup k autorskému překladu hodnotící škály alexitymie TAS-20 a absenci její validizace pro českou populaci. Podle názoru oponenta minimálně 7 z 20 položek je autorem přeloženo málo srozumitelným způsobem, další položky jsou problematické sui generis, z podstaty samotné škály (jak je vytýkáno četnými kritiky této škály). Přitom kvalitní překlad i se zpětným překladem byl zveřejněn již v r. 2009 v bakalářské práci T. Mokré pro Katedru psychologie Fakulty sociálních studií Masarykovy univerzity v Brně.

Škála TAS-20 je sebezposuzovací a zejména v posledních letech je hojně kritizována řadou autorů pro neadekvátnost formulací otázek vzhledem k základní poruše. Narušená schopnost orientovat se ve vlastních emocích a emoce verbalizovat je při alexitymii jen pramalou zárukou pochopení otázek, směřovaných na prožívání vlastních emocí.

Prožívání a formulace emocí se také značně liší v závislosti na kulturním a sociálním prostředí a na individuálním vývoji jedince. Proto je validizace škály pro dané kulturní prostředí zvláště důležitá. Studii validity škály TAS-2 pro českou populaci oponent v české odborné literatuře nenalezl a autor se o své vlastní nezmiňuje. I z tohoto důvodu je vstup do studie zatížen vážně zpochybnitelnou validitou stanovení alexitymie u vybraných probandů. Přitom právě validní stanovení alexitymie a stupně jejího vyjádření je kruciólní pro obě základní studie, které autor předkládá k posouzení.

Škála TAS-20 je sice i v současné době citována v souvislosti s alexitymií často, pro účely výzkumných studií je však používána až po důkladné validizaci a bývá doplněna dalšími hodnotícími instrumenty a klinickým vyšetřením (např. podstatně sofistikovanějším nástrojem je Online Alexithymia Questionnaire – G2 z r. 2007. Tento nástroj již zohledňuje nezbytný multidimenzionální přístup a obsahuje i upozornění na nezbytnost klinických korekcí.)

Další kritická připomínka se týká jazykového zpracování. Celá disertační práce včetně tezí je sepsána v anglickém jazyce. V českém jazyce je pouze název na obalu a titulní strana s prohlášením, v tezích potom jedna strana souhrnu. *Není tak naplněn čl. 25 vnitřního předpisu Pravidel pro organizaci studia 1. lékařské fakulty, podle něhož se předkládají teze v českém i anglickém jazyce.*

Oponent si dovoluje při této příležitosti připomenout, že jazyk disertační práce pro lékařské fakulty Karlovy Univerzity není jen otázkou technickou. Neměli bychom zapomínat, že zahájení výuky na české lékařské fakultě UK ve školním roce 1883/84 znamenalo zásadní zlom v postavení české medicíny a že vytvoření české lékařské terminologie stálo tehdy nemálo úsilí vynikající osobnosti české medicíny, jako byli Ant. Jungman, Jan E. Purkyně, Bohumil J. Eiselt a další. Kultivace české lékařské terminologie by měla být samozřejmým a trvalým úkolem českých univerzitních pracovišť a disertační práce by měly podle přesvědčení oponenta vycházet z fakult Karlovy univerzity až na vzácné výjimky v českém jazyce.

Podobně jako jsou např. disertační práce na Karolinské univerzitě ve Stockholmu předkládány ve švédštině.

Závěr:

Oponent doporučuje disertační práci k obhajobě s uvedenými výhradami a pokládá za nezbytné doplnění práce o českou verzi tezí.

V Praze dne 11. 5. 2012

doc. MUDr. Petr Smolík, CSc.