Prof. dr hab. Władysław Łosiak
Uniwersytet Jagielloński

Opinia na temat osiągnięcia naukowego i dorobku dr Joanny Miniszewskiej w związku z postępowaniem o nadanie stopnia doktora habilitowanego

Dr Joanna Miniszewska jest nauczycielem akademickim, ale łączy pracę naukową i dydaktyczną z praktyczną działalnością psychologa klinicznego, od 2001 roku jest zatrudniona w Zakładzie Psychologii Zdrowia Instytutu Psychologii Uniwersytetu Łódzkiego a jednocześnie pracowała w wielu ośrodkach służby zdrowia, Stowarzyszeniu MONAR, Poradni Zdrowia Psychicznego dla Szkół Wyższych oraz Klinice Dermatologii i Wenerologii UM w Łodzi. Od roku 2015 prowadzi własny gabinet psychoterapeutyczny. Jest absolwentką psychologii Uniwersytetu Łódzkiego a stopień doktora uzyskała na Wydziale Nauk Społecznych KUL w roku 2007.

Zainteresowania naukowe Habilitantki skupiają się w obszarze psychologii zdrowia i psychologii klinicznej, obejmują zagadnienia przystosowania do przewlekłej choroby somatycznej, psychoterapii, komunikacji lekarz – pacjent oraz stresu i radzenia sobie ze stresem.

Dr Joanna Miniszewska wskazała jako osiągnięcie naukowe monografię: „Bycie z chorobą. Przystosowanie do wybranych przewlekłych chorób somatycznych z perspektywy psychologii pozytywnej i koncepcji poznawczych" wydaną przez Wydawnictwo Uniwersytetu Łódzkiego. Monografia prezentuje badania empiryczne Habilitantki, których ogólnym celem było ustalenie poznawczych korelatów przystosowania do choroby u osób chorych na cukrzycę, łuszczycę, reumatoidalne zapalenie stawów oraz przewlekłą chorobę nerek. Przyjęto, że na przystosowanie pacjentów do choroby składają się akceptacja życia z chorobą, akceptacja choroby, zdrowie psychiczne, bilans emocjonalny i anhedonia oraz zadowolenie z życia. W doborze tych czynników Habilitantka kierowała się literaturą z obszaru psychologii

zdrowia i, o ile trudno kwestionować znaczenie każdego z nich dla przystosowania, to warto zwrócić uwagę na pewne braki na poziomie pojęciowym – pojęcie zdrowia psychicznego zawiera w sobie przecież bilans emocjonalny, anhedonię i zadowolenie z życia. Przyjęto, że czynnikami mającymi wyjaśnić poziom przystosowania pacjentów była poznawcza reprezentacja choroby oraz, traktowane jako mediatory, zasoby pozytywne, sens życia, strategie radzenia sobie ze stresem choroby oraz korzyści z choroby. Jednocześnie uwzględniano moderujące oddziaływanie właściwości choroby oraz czynników socjodemograficznych. Badania miały odpowiedzieć również na pytanie o strukturę przystosowania chorych oraz ustalenie, czy są w tym zakresie różnice związane z rodzajem choroby. Hipotezy zostały sformułowane ostrożnie, w kategoriach związków, chociaż zaproponowany model badawczy proponował już więcej, oddziaływanie przyczynowo – skutkowe, z uwzględnieniem mediującej roli zasobów. Wprawdzie Habilitantka oparła swój model na przeglądzie literatury, zaprezentowanym w pierwszych trzech rozdziałach monografii, to jednak nie ustrzegła się przed pewnymi niekonsekwencjami, szczególnie w kwestii czynników mediujących. Proponowany model sugeruje, że poznawcza reprezentacja choroby oddziałuje na przystosowanie poprzez takie czynniki mediujące jak sens życia, strategie radzenia sobie ze stresem choroby i korzyści z choroby. Mam poważne wątpliwości, czy uzasadnione jest traktowanie spostrzeganych korzyści z choroby jako zmiennej mediującej, a oceny znaczenia choroby, między innymi w kategoriach korzyści, jako zmiennej wyjaśniającej, która oddziałuje na przystosowanie poprzez spostrzegane korzyści. Wprawdzie analiza skal poszczególnych narzędzi badawczych wskazuje, że korzyści z choroby są w obu przypadkach rozumiane odmiennie, to jednak nadal miejsce tych zmiennych w modelu badawczym budzi duże wątpliwości. Podobne wątpliwości dotyczą strategii radzenia sobie ze stresem choroby i oceną znaczenia choroby. Zgodnie z modelem ocena znaczenia choroby oddziałuje na przystosowanie poprzez mediującą role strategii radzenia sobie, ale przecież w psychologii zdrowia dobrze wiadomo, że jedną z form radzenia sobie ze stresem choroby może być modyfikacja, przeformułowanie jej oceny. Kwestionariusz Mini Cope, którego użyto w badaniu, zawiera między innymi pomiar takich działań jak pozytywne przewartościowanie sytuacji. Czy to nie mogło dotyczyć własnej choroby? Generalnie zaproponowany model badawczy budzi poważne wątpliwości, zawierając liczne mankamenty na poziomie pojęciowym.

Pewne zastrzeżenia można mieć również w stosunku do części przeglądowej monografii, w której Habilitantka ograniczyła się do roli sprawozdawcy koncepcji, wyliczając różne klasyfikacje i ujęcia, bez jakiejkolwiek krytycznej analizy i bez specjalnej dbałości o porządek na poziomie pojęciowym. To mogło przyczynić się do tego, że zaproponowany model badawczy budzi duże wątpliwości na poziomie pojęciowym.

Badaniami objęto pokaźną grupę chorych, łącznie 441 osób, co stanowi mocną stronę projektu badawczego, natomiast poprzeczny charakter badań i ograniczenie się do narzędzi samoopisowych, stanowią jego słabość. Dobór osób pod względem rodzaju choroby miał swoje uzasadnienie, chociaż ograniczenie się do chorób nie związanych z bezpośrednim zagrożeniem życia ograniczyło możliwość uogólnienia otrzymanych rezultatów. Zastosowanie bardzo licznych narzędzi samoopisowych stwarza zawsze ryzyko pojawienia się artefaktów, w sumie policzyłem, że nie licząc analogowej skali wizualizacji, badani pacjenci odpowiadali łącznie na ponad 300 pytań, co musiało być dla nich bardzo męczące. Wprawdzie w monografii (s. 106) jest informacja, że badanie jednego pacjenta trwało około 30 minut, co nie jest specjalnie długim czasem, ale oznacza to, że na jedno pytanie pacjent miał około 6 sekund.

Habilitantka podeszła bardzo rzetelnie do analizy wyników swoich badań, przedstawiając nie tylko analizy wynikające z postawionych hipotez ale także rozbudowane analizy właściwości psychometrycznych zastosowanych narzędzi. Warte podkreślenia jest również użycie modelowania strukturalnego w testowaniu przyjętego modelu zależności. Szkoda tylko, że wyniki analiz wariancji, testującej różnice pomiędzy grupami osób chorujących na różne schorzenia w zakresie przystosowania do choroby i poznawczej reprezentacji choroby są przedstawione w sposób nie kompletny. Habilitantka nie wspomniała nic o testach post hoc, ale szeroko wypowiadała się o różnicach pomiędzy poszczególnymi grupami. Na podstawie tekstu pracy można zatem powiedzieć, że oceniała różnice „na oko". Inny problem pojawił się w przypadku analiz skupień. Pomysł zastosowania analizy skupień w celu wyodrębnienia typów przystosowania do choroby uważam za bardzo dobry, pozwalający oczekiwać ciekawych rezultatów. Zastosowano niezależnie dwie

procedury analizy skupień, co można uznać za uzasadnione, ale Habilitantka w ogóle nie odniosła się do poważnego problemu, jakim były zupełnie różne wyniki dwóch analiz tych samych danych. W tekście pracy można znaleźć tylko krótki komentarz, że wyniki analiz nieco różniły się od siebie. Trudno zgodzić się z taką konkluzją, skoro na przykład w zakresie anhedonii i depresji jedna klasyfikacja wskazuje, że jest grupa osób z wysokimi wynikami a pozostałe trzy grupy mają wyniki obniżone w podobnym stopniu (rys. 6.1), natomiast druga klasyfikacja (rys. 6.2) sugeruje, że jest grupa osób w wynikami wysokimi, grupa z podwyższonymi, grupa ze średnimi i grupa z obniżonymi. Tego rodzaju rozbieżności pojawiają się również w przypadku innych zmiennych. Warto dodać, że, z niewiadomych powodów, kolejność zmiennych na rysunkach 6.1 i 6.2, przedstawiających wyniki dwóch różnych analiz skupień, jest różna. Nie ułatwia to oceny wyników. Wniosek, który powinien znaleźć się w dyskusji, ale się nie znalazł, jest taki, że wyniki analiz skupień są nie konkluzywne, a zatem jakiekolwiek interpretacje typów przystosowania są nie wiarygodne.

Podsumowując, analiza wyników, wprawdzie nie pozbawiona mankamentów, jest wszechstronna i wyczerpująca, może nawet w niektórych przypadkach „nadmiarowa", kiedy testowano ogólny model zależności oddzielnie w każdej grupie pacjentów. Moim zdaniem nie było wystarczającego teoretycznego uzasadnienia dla takich analiz, ale oczywiście trudno z tego czynić zarzut pod adresem Habilitantki. Natomiast dyskusja wyników rozczarowuje. Wymieniono w niej dużo szczegółowych zależności, ale zabrakło syntetycznego ujęcia, a odniesień do ogólniejszych teorii było niewiele. Jedyne ogólniejsze konkluzje zawarte w dyskusji wyników były z kolei zbyt ogólnikowe, np. „przystosowanie do choroby ma charakter złożony" albo „między badanymi zmiennymi występują bardzo złożone relacje". Natomiast za wartościowe należy uznać sformułowanie praktycznych zaleceń do pracy z chorymi, uwzględniające specyfikę choroby.

Konkluzja dotycząca monografii stanowiącej centralne osiągnięcie naukowe Habilitantki jest trudna, z jednej strony mamy oryginalny i interesujący projekt badawczy w obszarze psychologii zdrowia, oparty na badaniu dużej, zróżnicowanej grupy, z wykorzystaniem wszechstronnych, wnikliwych analiz, z drugiej strony mamy nie dopracowany na poziomie pojęciowym model badawczy, mankamenty w

analizach i słabą dyskusję wyników. Kierując się ogólną zasadą, że wątpliwości trzeba rozstrzygać na korzyść, uważam, że osiągnięcie naukowe dr Joanny Miniszewskiej, monografia „Bycie z chorobą. Przystosowanie do wybranych przewlekłych chorób somatycznych z perspektywy psychologii pozytywnej i koncepcji poznawczych" spełnia w minimalnym stopniu wymagania i stanowi wprawdzie wkład do wiedzy psychologicznej, ale bardzo skromny.

Pozostały dorobek naukowy dr Joanny Miniszewskiej prezentuje się okazale pod względem ilościowym, jeżeli wziąć pod uwagę indeks H, liczbe cytowań czy publikacje w czasopismach międzynarodowych z listy A MNiSW. Habilitantka ma w dorobku 10 takich artykułów, co wygląda dobrze, ale niestety w wielu z nich jej wkład, oszacowany procentowo, był niewielki, a wszystkie mają charakter współautorski. Co więcej nie ma w nich publikacji w czasopismach psychologicznych są tylko w medycznych, gdzie zazwyczaj selekcja prac z zakresu psychologii jest o wiele mniej surowa niż w czasopismach psychologicznych. Dorobek uzupełnia 17 artykułów w czasopismach z listy B MNiSW oraz 8 rozdziałów w pracach zbiorowych. Szkoda tylko, że w tym jest tylko jeden artykuł w czasopiśmie psychologicznym. Dodatkowo Habilitantka ma w dorobku bardzo wiele wystąpień konferencyjnych, ale nie znalazłem informacji o udziale w organizacji konferencji. Bardzo skromnie wygląda dorobek w zakresie grantów – udział w jednym grancie KBN w latach 2010-2012 to bardzo mało, wynika z tego, że Habilitantka nie ma doświadczenia w kierowaniu grantami badawczymi. Nie uczestniczyła również w międzynarodowych programach badawczych i nie odbyła staży naukowych w zagranicznych instytucjach naukowych. W sumie, z punktu widzenia wymagań w postępowaniu habilitacyjnym, pozostały dorobek naukowy można uznać za wystarczający, ale skromny.

Wprawdzie w dokumentacji brak bardziej szczegółowych danych o działalności dydaktycznej Habilitantki, ale jest informacja o opiece nad praktykami studenckimi. Warto dodać, że Habilitantka jest członkiem polskich towarzystw naukowych i ma w swoim dorobku publikacje popularnonaukowe. Całość pozostałych osiągnięć prezentuje się zatem dość skromnie, ale można je uznać za wystarczające, w minimalnym stopniu, z punktu widzenia ustawowych wymagań.

Podsumowując całość dokonań naukowych, dydaktycznych i organizacyjnych dr Joanny Miniszewskiej, skłaniam się do pozytywnej konkluzji. Biorąc pod uwagę ustawowe wymagania, uważam, że zostały one wprawdzie spełnione, ale w zaledwie minimalnym stopniu, monografia ma liczne mankamenty a pozostały dorobek jest skromny. Nie rokuje to najlepiej w stosunku do przyszłej kariery naukowej w roli samodzielnego pracownika nauki, ale, przyjmując pozytywną postawę, spodziewam się rozwoju Habilitantki w tym obszarze działalności, tym bardziej, że ma Ona możliwość wykorzystania praktycznego doświadczenia w zakresie psychologii klinicznej i zdrowia.

prof. dr hab. Władysław Łosiak

Kraków, 17 styczeń 2020.