Warszawa, dnia 15 maja 2021

dr hab. Ewa Gruszczyńska, prof. Uniwersytetu SWPS
Instytut Psychologii
SWPS Uniwersytet Humanistycznospołeczny
ul. Chodakowska 19/31
03-815 Warszawa

Katolicki Uniwersytet Lubelski Jana Pawła II
Dziekanat Wydziału Nauk Społecznych
Wpł. dnia 2021 -05- 19
Znak

RECENZJA

osiągnięcia naukowego doktora Konrada Janowskiego w postępowaniu habilitacyjnym

1. Podstawa opracowania recenzji

Recenzję osiągnięcia naukowego Pana dr. Konrada Janowskiego wykonałam w odpowiedzi na pismo Dyrektora Instytutu Psychologii Katolickiego Uniwersytetu Lubelskiego im. Jana Pawła II, dr hab. Wacława Bąka, z dnia 2 marca 2021 (WNS-5210-21). W piśmie tym poinformowano mnie, iż Rada Doskonałości Naukowej powołała mnie na recenzenta w postępowaniu habilitacyjnym dr. Konrada Janowskiego, toczącym się w dziedzinie nauk społecznych w dyscyplinie psychologia.

Podstawą wykonania recenzji jest przedłożona przez Habilitanta dokumentacja, niezbędna w przedmiotowym postępowaniu. Dokumentacja ta obejmuje:

- Wniosek z dnia 12 czerwca 2020 roku, określający jako podstawę ubiegania się o stopień doktora habilitowanego cykl powiązanych tematycznie artykułów opublikowanych w czasopismach naukowych, zatytułowany *Psychologiczna adaptacja do życia z przewlekłą chorobą;*
- Kopię dyplomu potwierdzającego uzyskanie stopnia naukowego doktora nauk humanistycznych w zakresie psychologii;
- Autoreferat;
- Publikacje składające się na wspominany cykl (9 artykułów);
- Oświadczania o wkładzie poszczególnych autorów w powstanie artykułów składających się na cykl;
- Wykaz pozostałej aktywności naukowej oraz wybrane publikacje;
- Zaświadczenia o istotnej aktywności naukowej w więcej niż jednej uczelni i instytucji naukowej.

Stwierdzam niniejszym, iż dokumentacja ta jest kompletna i wystarczająca do opracowania recenzji, zgodnie z ustawą z dnia 20 lipca 2018 roku Prawo o szkolnictwie wyższym i nauce art. 219 (Dz. U. z 2018 r. poz. 1668 ze zm.).

2. Przebieg kariery zawodowej

Habilitant uzyskał w Katolickim Uniwersytecie Lubelskim tytuł magistra psychologii z wyróżnieniem w roku 2000, a po 4 latach w tej samej uczelni zdobył stopnień doktora nauk humanistycznych w zakresie psychologii. W obu pracach konsekwentnie przedmiotem analiz naukowych były psychologiczne aspekty chorowania na łuszczycę. Z Katolickim Uniwersytetem Lubelskim Habilitant był związany zawodowo do roku 2012, kolejno jako asystent (2000-2001) i doktorant (2000-2004), asystent naukowo-badawczy (2004-2005) oraz adiunkt (2006-2012). Od roku 2010 pracował jednocześnie jako

adiunkt w Wyższej Szkole Finansów i Zarządzania w Warszawie (obecnie: Akademia Humanistyczno-Ekonomiczna w Warszawie), gdzie w latach 2017-2019 pełnił funkcje prodziekana Wydziału Psychologii, a następnie od 2019 roku rektora tej uczelni.

Na uwagę zasługuje też fakt, iż Habilitant ukończył również studia magisterskie z filologii angielskiej (dyplom w 2002 roku, KUL) oraz studia podyplomowe z zakresu seksuologii klinicznej (2012, Wyższa Szkoła Finansów i Zarządzania w Warszawie) i psychologii klinicznej (2017, Akademia Pedagogiki Specjalnej w Warszawie).

W okresie od września 2007 roku przez pięć miesięcy dr Janowski przebywał na stypendium naukowym w Universita Cattolica del Sacro Cuore w Mediolanie we Włoszech w ramach umowy między tym Uniwersytetem a Katolickim Uniwersytetem Lubelskim. W okresie tym powstały cztery publikacje.

Habilitant wskazuje ponadto, iż w latach 2002-2012 mimo braku formalnego zatrudnienia prowadził działalność naukową Katedrze i Klinice Dermatologii, Wenerologii i Dermatologii Dziecięcej Uniwersytetu Medycznego w Lublinie, co potwierdza kierownik tej Katedry, prof. dr hab. Dorota Krasowska. Cztery artykuły ze złożonego jako osiągnięcie naukowe cyklu posiadają współautorów ze wspomnianą wyżej afiliacją.

3. Ocena osiągnięcia naukowego

Dr Konrad Janowski ubiega się o stopień doktora habilitowanego na podstawie przedłożonego cyklu publikacji, który zatytułował *Psychologiczna adaptacja do życia z przewlekłą chorobą*. W skład cyklu wchodzi dziewięć następujących publikacji:

1. Janowski K., Kuryłowicz J., Steuden S. (2005). Psychosocial Functioning Questionnaire for patients with low back pain: Development and psychometric properties. *Archives of Medical Science, 3*, 157-162.
2. Janowski K., Steuden S., Bereza B. (2014). The Polish version of Skindex-29: Psychometric properties of an instrument to measure quality of life in dermatology. *Advances in Dermatology and Allergology, 31*, 12-20.
3. Janowski K., Steuden S., Kuryłowicz J. (2010). Factors accounting for psychosocial functioning in patients with low back pain. *European Spine Journal, 19*, 613-623.
4. Janowski K., Kiczuk K., Krasowska D. (2006). Quality of life in childhood dermatitis: associations with the child's age and parental coping styles. *Polish Journal of Environmental Studies, 15*, 6B, 135-138.
5. Janowski K., Steuden S. (2008). Severity of psoriasis and health-related quality of life: the moderating effects of temperament. *British Journal of Dermatology, 158*, 633-635
6. Janowski K., Steuden S., Bogaczewicz J. (2014). Clinical and psychological characteristics of psoriasis patients reporting various frequencies of pruritus. *International Journal of Dermatology, 53*, 820-829.
7. Janowski K., Pietrzak A. (2008). Indications for psychological intervention in patients with psoriasis. *Dermatologic Therapy, 21*, 409-411.
8. Janowski K., Steuden S., Pietrzak A., Krasowska D., Kaczmarek Ł., Gradus I., Chodorowska G. (2012). Social support and adaptation to the disease in men and women with psoriasis. *Archives of Dermatological Research, 304*, 421-432.
9. Janowski K., Tatala M., Jedynak T., Wałachowska K. (2019). Social support and psychosocial functioning in women after mastectomy. *Palliative and Supportive Care*, 1-8.

Publikacje cyklu mają formę tekstów w recenzowanych czasopismach, w tym osiem ma charakter doniesień empirycznych, a jeden opisuje wskazówki dotyczące interwencji psychologicznych.

Wszystkie są wieloautorskie, przy czym Habilitant za każdym razem jest pierwszym autorem. Jego wiodącą rolę potwierdzają w oświadczeniach o wkładzie w powstanie artykułów pozostali autorzy.

Sumaryczny *impact factor* (IF) prac w cyklu wynosi 14,644 i jest wystarczający. Punktację ministerialną podaje Habiliant niespójnie, mianowicie w wykazie osiągnięć wynosi ona 221 punktów, podczas gdy w autoreferacie 290 punktów. W tym drugim wypadku zastosowano listę MNiSW z 25 stycznia 2017, zamiast przypisania punktów zgodnie z rokiem wydania publikacji, co sugeruje Pswin art. 219 ust. 1 pkt. 2 lit. b. Ponadto dla ostatniego tekstu mamy do czynienia z wykazem z dnia 2019 roku, który fundamentalnie zmienił dotychczasowe sposoby określania punktów. Inne skalowanie punktacji nie pozwala zatem na traktowanie ich jako równorzędnych i sumowanie. Proponuję zatem uznanie, iż dla publikacji przed zasadniczą zmianą wykazu Habilitant uzyskał 151 punktów oraz dodatkowo 70 punktów za publikację z roku 2019. Zważywszy na czas, który upłynął od doktoratu, należy to uznać za wynik wystarczający.

Szczególną uwagę trzeba zwrócić na zestaw czasopism, w których opublikowane zostały artykuły osiągnięcia naukowego. Nie ma wśród nich żadnego istotnego czasopisma z szeroko rozumianej psychologii zdrowia, a jest to subdyscyplina psychologii, w której – jak wynika z tytułu cyklu – lokuje się dorobek Habilitanta. Wrócę jeszcze do tej kwestii, gdyż taki wybór sposobu rozpowszechniania wyników badań własnych pozostaje, moim zdaniem, nie bez konsekwencji dla ich oceny z perspektywy progresu teoretyczno-metodologicznego, jak dokonał się w psychologii zdrowia w okresie objętym granicznymi datami tego cyklu (14 lat). Zaznaczę też, iż cykl publikacji podlega ocenie wkładu w oryginalne rozwiązanie problemu badawczego w momencie złożenia wniosku, a nie w odniesieniu do czasu ukazania się poszczególnych tekstów.

Sygnalizowany problem widać już przy zestawieniu dwu pierwszych tekstów cyklu, czyli prezentacji autorskiego kwestionariusza do pomiaru bólu u pacjentów z zespołem korzeniowym opublikowanej w 2005 roku i wykonanej 9 lat później adaptacji narzędzia Skindex-29, służącego do pomiaru jakości życia u pacjentów ze schorzeniami dermatologicznymi. Otóż o ile we wcześniejszym tekście można uznać, iż konfirmacyjna analiza czynnikowa nie jest metodą w pełni standardową , o tyle w późniejszym tekście jej brak jest już rażący. Tym bardziej, iż Autorzy w eksploracyjnej analizie czynnikowej nie uzyskują odwzorowania struktury oryginału i mimo rozległej niespójności ostatecznie rekomendują pozostanie przy niej. W obu tekstach Autorzy pomijają też w ogóle kwestię trafności teoretycznej zbieżnej i różnicowej. W wykonywanych analizach konsekwentnie brakuje też danych na temat siły efektu, czy korekty ze względy na wielokrotne porównania. Ten wątek będzie się powtarzał.

W trzeciej publikacji, poświęconej czynnikom wyjaśniającym funkcjonowanie psychospołeczne pacjentów z bólowym zespołem korzeniowym, Autorzy objęli pomiarem zmienne osobowościowe, ocenę poznawczą choroby, radzenie sobie ze stresem i wsparcie społeczne. Mimo oczywistej możliwości wpisania tych zmiennych (antecedenty, mediatory itp.) w klasyczny model Lazarusa i Folkman, Autorzy nie korzystają z tych ram konceptualnych. Skutkuje to mało zaawansowanym modelem analitycznym. Z punktu widzenia precyzji koniecznej w psychologii, nie ma też jasnej informacji, czy dla oceny poznawczej i radzenia sobie mierzone są dyspozycje, czy ich aktualizacje. Brakuje też wprost deklaracji, czy zastosowana została regresja hierarchiczna (można się tego jedynie domyślać). Same zmienne psychologiczne, według opisu, obejmują 27 wskaźników. Zważywszy na ich charakter, można spodziewać się ich współliniowości, czego Autorzy nie sprawdzają, nie zamieszczają też macierzy korelacji. Ponadto w artykule nie są prezentowane statystyki opisowe badanych zmiennych, co nie pozwala zorientować się w ich rozkładach, a zwłaszcza w istnieniu przypadków

wyraźnie innych od reszty próby (*outliners*), co przy badanych 115 pacjentach może wyraźnie zaburzać wyniki. Wreszcie, o ile Autorzy podjęli próbę kontroli zmiennych socjodemograficznych oraz bólu, nie uwzględnili w ogóle pod tym kątem charakterystyki samej choroby, zwłaszcza jej chroniczności. Dzieje się tak wbrew fundamentalnemu ujęciu, iż ocena jakości życia związanej ze zdrowiem obejmuje właśnie te różnice, które istnieją między pacjentami mimo podobnego medycznego zaawansowania choroby i przy zastosowanych podobnych metodach leczenia. Osłabia to rzetelność uzyskanego wyniku, iż ból nie jest istotnym korelatem w żadnym aspekcie funkcjonowania psychospołecznego. Niemniej jednak pozostaje to wynik intrygujący i jako taki wymagałby pogłębionego ujęcia w dyskusji. Co ciekawe bowiem, w późniejszych badaniach innych autorów dotyczących pacjentów z bólem dolnego odcinka kręgosłupa wynik ten powtarza się. Szkoda zatem, iż Habilitant nie zachciał kontynuować tego wątku w dalszych badaniach.

Artykuł czwarty dotyczy korelatów jakości życia dzieci ze schorzeniami dermatologicznymi. Co istotne, to jednak rodzice wypełniają kwestionariusz dotyczący jakości życia ich dzieci. Dyskusja wyników powinna zatem bardzo wyraźnie wskazywać na to, iż to *nie* jakość życia dziecka, ale *percepcja* tej jakości przez rodzica jest skorelowana z określonymi charakterystykami psychologicznymi rodzica. Oczywistym też jest, że rozpoczęcie edukacji szkolnej wyraźnie może zmieniać nasilenie i postać problemów edukacyjnych i oddziaływać także na zasadzie błędnego koła na problemy interpersonalne i stygmatyzację, nie tylko u dzieci chorych. Brak grupy kontrolnej, pominięcie kowariantów ujmujących indywidualizację specyfiki choroby (czas trwania, nasilenie, lokalizacja zmian) oraz poprzeczny model badań nie pozwala zatem na wyciąganie wniosków, co wynika z faktu choroby dziecka, a co ze specyficznego okresu rozwojowego. Autorzy poprzestali też tylko na prostej analizie, nie wykorzystując zasadnego w tym wypadku testowania moderacji typu zmienna psychologiczna x wiek dziecka. Wreszcie, skoro mowa tutaj o percepcji rodzicielskiej, postrzeganie szeregu problemów w funkcjonowaniu własnego dziecka może być związane z wyższym poziomem emocji negatywnych i wyższym nasileniem zachowań skoncentrowanych na ich regulacji. Jest to jednak klasyczny przykład dylematu „co było pierwsze". Zawarta w konkluzji sugestia dotycząca modyfikacji „nieadaptacyjnych stylów radzenia sobie" jest zatem nadmiarowa. Wreszcie, biorąc pod uwagę obojętność tekstu wypada go uznać raczej za krótkie doniesienie. Nie wiadomo też, czy analiza wariancji jest jedno, czy wielozmiennowa – tabela 1 wskazuję raczej na pierwszą opcję, podczas gdy bardziej wskazana byłaby druga, z porównaniami post-hoc (brak specyficznych dla podskal hipotez) z korektą Bonferroniego dla porównań wielokrotnych.

Publikacja piąta określona jest jako korespondencja i ma formę listu zamieszczonego w *British Journal of Dermatology*. Jest to zarazem publikacja z najwyższym IF równym 3,489. Jako jedyna z tekstów cyklu zawiera klarownie przedstawiony model teoretyczny (Fig. 1)., który ilustruje zarówno relacje mediacyjne (ocena poznawcza i strategie radzenia sobie), jak i moderacyjne (temperament) w relacji między nasileniem choroby (łuszczyca) a jakością życia związaną ze zdrowiem. Wnikliwsze spojrzenie wskazuje zatem, że Autorzy zakładają moderowaną mediację w relacji między zmiennymi. Bezpośredniej analizie poddawany jest jednak tylko moderacyjny efektu temperamentu, bez sfomułowania hipotez kierunkowych. Wiedza dotycząca podstawowych zasad weryfikacji moderacji (a także mediacji) była wówczas już dobrze ugruntowana i obejmuje weryfikację efektu interakcyjnego, a następnie analizę efektów prostych. Zawarta w tekście analiza nie spełnia tych wymogów, co dodatkowo przy wyraźnie różnych liczebnościach poszczególnych kategorii nasilenia danego wymiaru temperamentu rzutujących na istotność zastosowanego współczynnika korelacji, każe traktować wiarygodność uzyskanych wyników z dużą ostrożnością. Zastosowanie analizy regresji, gdzie wymiary

temperamentu byłyby traktowane jako zmienne ciągłe, pozwoliłoby zarówno uniknąć tej trudności, jak i empirycznie określić wartość, po przekroczeniu której relacja ulega zmianie (*pick-a-point analysis*).

Tekst szósty bazuje na podejściu analogicznym do zastosowanego w trzeciej publikacji cyklu. Różnica polega na tym, że tym razem osobami badanymi są pacjenci z rozpoznaniem łuszczycy, a zamiast bólu mierzony jest poziom świądu. Pominięto pomiar wsparcia społecznego (to pojawi się w tekście ósmym cyklu). Celem badania było rozpoznanie korelatów psychologicznych odczuwania świądu, w tym jakości życia związanej ze zdrowiem oraz sprawdzenie, czy relacje pozostają istotne po kontroli zmiennych klinicznych i socjodemograficznych. Zbadano 200 osób, z czego z racji braków wykorzystano dane od 174 pacjentów. Oznacza to 13% braków danych, które nie zostały poddane analizom, mimo znanych już wówczas rekomendacji w tym zakresie. Autorzy twierdzą ponadto, iż trafność teoretyczna kwestionariusza do pomiaru oceny poznawczej została „potwierdzona" poprzez analizę czynnikową, podczas gdy publikacja, do której odsyła cytowanie, prezentuje wyłącznie eksploracyjną analizę czynnikową. Nie jest też w pełni jasne, które wartości rzetelności wskaźników zostały pozyskane w badaniach własnych, a które prezentują dane literaturowe. Ponadto w pomiarze radzenia sobie nie wiadomo, czy odwołuje się ono do kontekstu choroby, a wypadku także i oceny poznawczej, jaki czas objęto ewaluacją.

Kilka decyzji metodologicznych i analitycznych Autorów nie jest też oczywista z punktów widzenia celu pracy. Mianowice, sam pomiar świądu jest kwestią złożoną, analogicznie jak pomiar bólu. W uproszczeniu, pomiarowi może podlegać intensywność, częstość i lokalizacja. Pierwsza decyzja dotyczy zatem tego, że Autorzy skoncentrowali się w badaniu tylko na częstości. Drugą kwestią jest uznanie tej zmiennej za zmienną kategorialną, mimo że gdy to samo stwierdzenie wchodzi w skład Skindex-29 jest traktowane jako zmienna numeryczna (udział w sumarycznym wyniku). W tym samym tekście dla celów analiz korelacji tak ją zresztą traktują i Autorzy (por. tabela 7). Trzecią kwestią jest to, że gdy jest to zmienna kategorialna i poszukujemy jej korelatów, to podejściem adekwatniejszym, pozwalającym kontrolować poszczególne grupy zmiennych, byłaby wielomianowa hierarchiczna regresja logistyczna, zastępująca serię odrębnych analiz wariancji oraz innych analiz towarzyszących. Takie podejście jako pomijające interrelacje między zmiennymi sprzyja błędowi pierwszego rodzaju, zwłaszcza że przy wykonanych 32 analizach wariancji (zliczone według informacji z tabel) nie zostały zastosowane żadne formy zapobiegające inflacji poziomu istotności. Pomijam tu już wykonane odrębnie analizy testem chi-kwadrat oraz analizy korelacji, które z powodzeniem mogłyby być zastąpione włączeniem tych zmiennych jako potencjalnych kowariantów. Sam fakt, że dana zmienna jest kategorialna (np. umiejscowienie zmian łuszczycowych) nie stanowi bowiem przeszkody dla jej kontroli. Te wybory Autorów nakazują traktować uzyskane wyniki z daleko posuniętą w ostrożnością. Autorzy nie odwołują się nigdzie do siły efektu, wskazują w dyskusji, iż uzyskali „bardzo istotne statycznie" relacje między świądem i jakością życia (istotność nie świadczy o sile efektu). Dyskusja wyników zawiera wyraźne uproszczenia, zwłaszcza w świetle poprzecznego modelu badań nie ma podstaw do stwierdzenia, iż jakiekolwiek z badanych zmiennych mogą przyczyniać się do *wzrostu* „stresu związanego z chorobą i jego negatywnych skutków, takich jak świąd". Wreszcie, ukazanie się publikacji trzeciej i szóstej dzielą cztery lata. Na podstawie przedłożonych tekstów nie można wnioskować o istotnym rozwoju kompetencji badawczych Habilitanta w tym okresie, mimo wyboru bardzo ciekawej tematyki badań.

Siódma publikacja cyklu dotyczy wskazówek do wdrożenia interwencji psychologicznych dla pacjentów chorych na łuszczycę. Jakkolwiek zapewne przydatna dla czytelników czasopisma,

będących, jak można zakładać, głównie lekarzami dermatologii (*Dermatological Therapy*), od strony wymogów właściwych dla dyscypliny psychologia bazuje na bardzo skąpym materiale empirycznym. Lista bibliograficzna obejmuje dziewięć pozycji bibliograficznych. Na pewno z jednej strony wskazuje to na ubóstwo wiedzy w tym czasie, co tylko pogłębia niedosyt, iż Habilitant nie podjął wówczas wysiłku pionierskich badań podłużnych lub badań eksperymentalnych. Z drugiej jednak strony, pokazuje, iż jakiekolwiek przesłanki mają albo charakter klinicznie uniwersalny (np. obecność myśli samobójcze), albo bazują na bardzo słabych i izolowanych dowodach, w szczególności co do *efektywności* podjętych działań przy braku kontroli rzeczywistej zmiany objawowej w zakresie powagi choroby. Niejasne pozostaje zatem, co ta publikacja ma wnieść do obecnie przedstawianego cyklu: nie zawiera bowiem pogłębionego modelu interwencji zgodnie z zasadami tzw. *evidence-based pratcice*, a z perspektywy upływu lat i dokonanego w tym czasie postępu w rozumieniu patomechanizmów łuszczycy (od choroby skóry do choroby ogólnoustrojowej) i jej leczeniu (zwłaszcza związki leczenia biologicznego z jakością życia) stała się już mało aktualna (od 2008 roku powstało co najmniej 8 przeglądów systematycznych poświęconych zagadaniu efektywności interwencji psychospołecznych w łuszczycy).

Przedostatni artykuł składający się na osiągnięcie naukowe dotyczy, jak sygnalizowałam, wsparcia społecznego w kontekście adaptacji do choroby wśród pacjentów z łuszczycą. W części teoretycznej tekstu nie odnajdujemy jednak jakichkolwiek nawiązań do istniejących koncepcji adaptacji ani też – co wypada jednak uznać już za zupełnie niezrozumiałe – elementarnych odwołań do buforowego i głównego efektu działania wsparcia społecznego, ze wskazaniem, który efekt podlegać będzie w pracy testowaniu. Z punktu widzenia psychologicznego całkowicie pominięte zostaje tutaj rozwijające się właśnie w badaniach osób z chorobami somatycznymi różnicowanie wsparcia na dawane vs. otrzymywane, analizy diadyczne uwzględniające interakcje ze specyficznymi źródłami wsparcia, czy kwestie wsparcia ukrytego. Hipoteza ogranicza się do mało precyzyjnego stwierdzenia, ponadto w świetle badań poprzecznych wątpliwego, iż „wsparcie społeczne mogłoby mieć wpływ na (...) wskaźniki adaptacji". W zakresie podejścia do opisu i metody badań powielone są wcześniejsze uchybienia, tj. np. nie wiadomo chociażby, czy podawane wskaźniki alfa Cronbacha dotyczą próby własnej. Uwagę zwraca też brak narzędzi powszechnie stosowanych w międzynarodowym obiegu, co utrudnia kumulację wiedzy. Mianowicie, oprócz Skindex-29 nie są stosowane ani generyczne, ani specyficzne narzędzia pomiaru jakości życia, to samo dotyczy dobrostanu (por. pomiar satysfakcji z życia). Nie jest jasny w tym kontekście status teoretyczny skali *Acceptance of Life with the Disease*: jaki konkretnie konstrukt ona mierzy i czy posiada trafność różnicową w stosunku do wyżej wymienionych?

Także analizy statystyczne powielają wspomniany wcześniej schemat, sprowadzający się do szeregu odrębnych i słabo powiązanych obliczeń. Na przykład ani teoretycznie, ani statystycznie nie da się wytłumaczyć, dlaczego w analizach regresji Autorzy nie kontrolują zmiennych klinicznych przy adaptacji do choroby jako zmiennej objaśnianej, zwłaszcza że wcześniej prezentują liczne korelacje właśnie tych zmiennych klinicznych ze zmiennymi psychologicznymi, w tym właśnie wskaźnikami adaptacji. Wyniki bez kontroli tych zmiennych należy uznać za mało wiarygodne. W praktyce wskazuje to na tendencję do pomijania obiektywnego stanu medycznego pacjentów w wyjaśnianiu ich jakości życia na rzecz koncentracji na aspektach psychologicznych ich funkcjonowania. Uważam to za poważny błąd wnioskowania. Zwraca uwagę też niespójność między deklaracją stosowania testów nieparametrycznych w stosunku do wskaźników wsparcia społecznego z racji ich odbiegającego od normalnego rozkładu, a następnie poza analizą wstępną przejście mimo tej deklaracji do metod parametrycznych.

Natomiast nowość w stosunku do wcześniejszych publikacji stanowi użycie analizy klasterowej. W ten sposób wyodrębniono trzy grupy pacjentów różniące się profilami adaptacji. Jest to bardzo ciekawy watek, będący próbą wprowadzenia tzw. podejścia skoncentrowanego na osobie (*person-centered approach vs. variable-centered approach*). Ponownie jednak porównania tych grup przy zastosowaniu ANOVA (nawet nie MANOVA) trudno uznać za optymalne z punktu widzenia celu badania. Raczej należałoby tu rozważyć wielomianową analizę logistyczną, w której przynależność do określonych klasterów jest zmienną wyjaśnianą przy pomocy wsparcia społecznego po kontroli wybranych zmiennych klinicznych i socjodemograficznych. Inną kwestią pozostaje to, czy wielkość grupy jest adekwatna (N = 104). Rozbicie tych analiz, tak jak ma to miejsce w artykule, zamiast testowania modelu nie unieważnia bowiem tego pytania, a na pewno sprzyja popełnieniu błędu pierwszego rodzaju. Znacznie istotniejsze niż tylko efekt główny płci dla adaptacji i wsparcia byłoby sprawdzenie efektu moderującego relację między tymi zmiennymi. Zwłaszcza, że w konkluzji Autorzy sugerują, jakoby uzyskali taki efekt, co nie znajduje odzwierciedlenia w wykonanych analizach (z efektów głównych nie da się wywieść wniosku o istnieniu efektu interakcyjnego). Dyskusja nie zawiera ograniczeń badań własnych, a wyciągane wnioski nie uwzględniają porzecznego charakteru badań.

Wreszcie, cykl zamyka artykuł poświęcony innej grupie chorych, tj. pacjentkom po mastektomii. Jest to też najnowsza z prezentowanych publikacji, powstała siedem lat po wcześniej omawianej. Z racji tego, iż również w centrum zainteresowań umieszcza wsparcie społeczne, nie sposób tych publikacji nie zestawiać. Zestawienie to nie przynosi jednak przełomu. Wstęp teoretyczny nadal pozbawiony jest kluczowych dla wsparcia wątków teoretycznych. Pojawia się jedynie odwołanie do niszowej koncepcji Ford i współpracowników z 1996 roku (drobny błąd edycyjny w tekście: Frodet al. zamiast Ford et al.), zakładającej, jak relacjonują to Autorzy, mediujący charakter oceny poznawczej w relacji między wsparciem społecznym a adaptacją do choroby. Taki model nie jest jednak w pracy przedmiotem hipotez. Spotkamy się tutaj ponownie z wysoce rozdrobnionym podejściem analitycznym, dzielącym zmienne ciągłe na zmienne kategorialne (wsparcie społeczne) oraz nie uwzgledniającym kolinearności zmiennych. Wcześniejszy zarzut, iż przy objaśnianiu zmiennych opisujących funkcjonowanie badanych nie kontroluje się wskaźników socjodemograficznych i klinicznych (te ostatnie zresztą nazbyt skąpo pozyskane, sprowadzają się wyłącznie do czasu od diagnozy) pozostaje tutaj też, niestety, w mocy. Autorzy tym razem zastosowali przynajmniej opcję minimum, wskazując to ograniczenie w dyskusji. Nie zmienia to jednak faktu, iż w takim zakresie, w jakim Autorzy dysponowali danymi, analizy mogłyby je po prostu uwzględniać. W obliczu powyższych uwag wszelkie wskazówki sugerujące praktyczne zastosowanie uzyskanych wyników uważam za nadmiarowe. Poprzeczny charakter badań w żadnym wypadku nie pozwala stwierdzić, czy dostarczenie danego rodzaju wsparcia faktycznie może poprawić funkcjonowanie pacjentek po mastektomii. Przy braku analiz moderacyjnych jest to także nadmierna generalizacja (reprezentatywność próby z powodów oczywistych pomijam).

Reasumując, teksty obejmują dwie prace dotyczące problematyki pacjentów z bólem kręgosłupa, sześć z zakresu schorzeń dermatologicznych i jedną obejmującą pacjentki onkologiczne. Tytuł cyklu powinien zatem zawierać jasne odniesienie do choroby somatycznej (a nie tylko do choroby). Zestawienie publikacji sugeruje jednak, iż podstawowym obszarem zainteresowań badawczych Habilitanta w pewnym okresie była psychodermatologia i prawdopodobnie w tym kierunku należałoby rozwijać linię badawczą, która w cyklu ulega załamaniu po roku 2014. Ostatni artykuł zestawienia, opublikowany po 5 latach, dotyczy psychoonkologii i trudno zrozumieć tę zmianę obszaru, sprawiającą wrażenie incydentalnej (w dorobku towarzyszącym znajduję tylko jedną pracę

dotyczącą tej grupy chorych). W takim kontekście pomocny może być autoreferat poprzez wskazanie na spójne i intencjonalne testowanie określonego modelu teoretycznego w różnych grupach chorych. Efekt ten nie został osiągnięty, gdyż mowa w nim bardziej o grupowaniu tekstów pod względem wspólnych zmiennych niż na kanwie określonego modelu. Za brak konsekwencji wypada też uznać to, iż Habilitant dużo miejsca poświęcając roli i autorskiej operacjonalizacji oceny poznawczej, wyłączył tekst prezentujący ten kwestionariusz z cyklu. Intencjonalnie nie pogłębiam zatem tego wątku.

Zaprezentowany cykl wykazuje więc kilka poważnych słabości. Po pierwsze, jest to niskie zaawansowanie teoretyczne konceptualizacji problemów badawczych. Zgadzam się z tezą Habilitanta zawartą w autoreferacie, iż badania obejmujące grupy kliniczne są bardzo trudne, a wymogi publikacyjne często ograniczają możliwość pogłębionej analizy teoretycznej. Niemniej jednak, w czasopismach osadzonych w dyscyplinie psychologia jest wręcz wymóg wskazania ram teoretycznych, co wynika z konieczności jasnego sformułowania pytań, a zwłaszcza hipotez badawczych. Tam, gdzie stan wiedzy na to pozwala, oczekuje się badań wychodzących poza eksplorację, w sposób jednoznaczny adresujących tzw. lukę badawczą. Tymczasem Habilitant prowadzi te konceptualizacje bez odwołania do kluczowych teorii i badań psychologicznych, zarówno o charakterze ogólnym (np. stabilność vs zmienność dobrostanu, heterogeniczność trajektorii adaptacji, adaptacja a dobrostan – por. tytuł cyklu), jak i specyficznie dotyczącym zmagania się ze stresem chronicznym, w tym stresem związanym z przewlekłą choroba somatyczną (np. radzenie sobie skoncentrowane na znaczeniu, wymiana wsparcia społecznego i jej skutki dla dawcy i biorcy). W efekcie nie jestem w stanie zidentyfikować, rozwiązania jakiego problemu naukowego w odniesieniu do współczesnej wiedzy psychologicznej usiłuje dostarczyć oceniany cykl jako całość.

Po drugie, jest to powtarzalność schematów badawczych. Oczywiście, trudno wymagać, by każdy tekst miał charakter w pełni nowatorski. Możemy jednak ewaluować przyrost kompetencji i rozwój warsztatu badawczego Habilitanta, zarówno w ujęciu osobniczym, jak i w relacji do postępu w obrębie dyscypliny. Mamy tu bowiem do czynienia z publikacjami powstałymi w latach od 2005 do 2019 (Habilitant uzyskał stopień doktora w roku 2004). Tymczasem, prace te nie tylko nie ujawniają tego rozwoju, ale są wręcz obok tego, co w tym okresie wydarzyło się w psychologii zdrowia pod kątem zaawansowania metodologicznego i statystycznego (w szczególności modele wielopoziomowe i modele równań strukturalnych w stosunku do badań w warunkach naturalnych usiłujące dokonać dekompozycji wariancji na między- i wewnątrzosobową). W węższym zakresie, Habilitant nie czerpnie też z własnych dobrych pomysłów pojawiających się w dyskusjach oraz nie usuwa w kolejnych badaniach rozpoznanych już ograniczeń. Rzuca się w oczy brak sięgania po nowe protokoły badawcze i metody zbierania i analizowania danych, a przynajmniej pogłębione rozumienie tych już stosowanych, przy czym we wszystkich publikacjach Habilitant jest wskazany jako osoba odpowiedzialna za ten obszar.

Po trzecie, konsekwencją takiego podejścia jest brak w cyklu badań podłużnych. Badania poprzeczne nie są obecnie uznawane za wystarczające, powinny prowadzić do dalszej weryfikacji uzyskanych wyników w bardzo intensywnie rozwijających się modelach podłużnych. Habilitant w dyskusji swoich tekstów kilkakrotnie wskazuje tę konieczność, niestety, kolejne publikacje nie podejmują tego wyzwania. Z kolei, jak na badania poprzeczne, próby są stosunkowo niewielkie (od 104 do 290 badanych) przy jednak znaczącym rozpowszechnieniu epidemiologicznym jednostek chorobowych, z którymi zmagają się osoby badane przez Habilitanta. Wszystkie te schorzenia mają ponadto charakter przewlekły, co nie tylko narzuca wręcz konieczność badań podłużnych dla trafności

wyciąganych wniosków, ale i sprzyja ich organizacji (np. nieuchronność wielokrotnych wizyt lekarskich, hospitalizacje). Wysiłek prowadzenia takich badań, chociaż faktycznie duży w warunkach klinicznych, zmniejszany jest też poprzez dobrze już ugruntowane rozwiązania obejmujące różne modele pomiarowe z wykorzystaniem nowych technologii.

Mocne strony badań prezentowanych w cyklu lokują się przede wszystkim w obszarze psychodermatologii, szczególnie podkreślenia wymaga pionierskość Habilitanta w zajęciu się tym tematem. Za ogromną stratę uważam to, że Habilitant nie wykorzystał tu potencjału weryfikacji bardziej złożonych pytań badawczych, np. czy i przy jakim poziomie (*clinical significance*) to obiektywne zmiany nasilenia objawów skórnych skutkują zmianami w jakości życia pacjentów, a w jakim przedziale kluczowe są jednak zmienne psychologiczne. Mógłby to być też ważny głos w dyskusji dotyczącej dostępności w Polsce z jednej strony pomocy psychologicznej, a z drugiej np. leków biologicznych dla pacjentów chorujących na łuszczycę.

Podsumowując, recenzowany cykl publikacji dotyczy obszaru istotnego z punktu widzenia psychologii, zwłaszcza psychologii zdrowia, zawiera jednak liczne niedostatki, które nie pozwalają mi uznać, iż przy obecnym stanie wiedzy wnosi on istotny wkład do jej rozwoju. Przedstawiony autoreferat, mający w stosunku do przedstawionego cyklu charakter raczej sprawozdawczy niż konceptualny, utwierdza mnie w tej ocenie.

4. Ocena pozostałego dorobku naukowego oraz aktywności naukowej

Aktualnie obowiązujące przepisy nie zawężają czasu oceny dorobku, o ile jednak nie sygnalizuję inaczej, ograniczam się do czasu po doktoracie, gdyż nie wpływa to zasadniczo na konkluzje: Habilitant uzyskał stopień doktora już cztery lata po ukończeniu jednolitych studiów magisterskich. Tym samym, pozostały dorobek naukowy Habilitanta obejmuje trzy monografie (w tym jedną opracowaną na podstawie pracy doktorskiej), 27 rozdziałów w monografiach pod redakcją, z których w 11 przypadkach Habilitant współredaktorem. Kontrastuje to ze znacząco mniejszą liczbą artykułów z listy JCR – tych jest 10, z czego tylko 3 są w czasopismach podlegającym rygorom recenzenckim właściwym dla dyscypliny psychologia. Daje to ok. 0,625 artykułu na rok, po uwzględnieniu publikacji cyklu posiadających IF ten wskaźnik rośnie do dobrego poziomu 1,125. Spoza wspomnianej listy Habilitant podaje, iż opublikował 23 artykuły. Tutaj jednak ponownie z racji profilu czasopism tylko dla mniejszości tekstów można przyjąć, iż zostały poddane recenzji przez badaczy z dyscypliny psychologia, co finalnie rzutuje na aktualną ocenę ich jakości z perspektyw tej właśnie dyscypliny.

Tematycznie ten dorobek obejmuje przede wszystkim zagadnienia psychologii zdrowia (głównie w obszarze psychologii chorego somatycznie), ale także pojawiają się inne wątki określane przez Autora jako „zagadnienia kliniczne i okołokliniczne" obejmujące 13 publikacji: od diagnozy neuropsychologicznej po profilaktykę przemocy w szkole. Odrębnie pojawia się także problematyka martwienia się, a także – z jeszcze innego obszaru psychologii – kwestia korelatów osobowościowych przedsiębiorczości. Generalnie jest to dorobek bogaty, intrygująco rozległy pod względem podejmowanej problematyki, jego jakość jest jednak zróżnicowana, co wynika zarówno z ilości wątków, jak i wyboru głównego odbiorcy poprzez charakter i formę publikacji.

Wskaźniki dotyczące liczby cytowań oraz indeks Hirscha są wysokie. Bazując na danych z Web of Science (maj 2021, wyszukiwanie bez dolnej granicy do roku 2019) można zidentyfikować 33 publikacje (w tym 11 abstraktów konferencyjnych mających 0 cytowań), w których dla 61% dr Janowski jest pierwszym autorem, a dla 36% autorem korespondencyjnym. Indeks Hirscha wynosi 9, a liczba

cytowań bez autocytowań 216. Wskazuje to wyraźnie na obecność publikacji Habilitanta w obiegu międzynarodowym, jak można jednak się spodziewać, na pierwszym miejscu jako kategoria cytowań wskazywana jest „dermatology". Ponownie podkreśla to istotną wagę dorobku naukowego dr. Janowskiego przede wszystkim dla tego obszaru.

Habilitant prezentował wyniki swoich badań podczas 43 wystąpień na konferencjach międzynarodowych w języku angielskim i podczas 46 wystąpień na konferencjach w języku polskim. Z tego ok. 63% stanowią wystąpienie na konferencjach o tematyce stricte psychologicznej, pozostałe to głównie wydarzenia z zakresu dermatologii, zgodnie z wspominanymi zainteresowaniami naukowymi i klinicznymi Habilitanta. Jest to aktywność wystarczająca dla analizowanego czasu.

Habilitant kierował tylko jednym grantem badawczym pozyskanym ze środków zewnętrznych (Ministerstwo Nauki i Szkolnictwa Wyższego „Iuventus plus", 2011-2012), w drugim był wykonawcą. W tym zakresie zatem aktywność wypada uznać za skromną.

Całościowo oceniam ten dorobek towarzyszący i aktywność naukową jako satysfakcjonujące, mimo znacznego czasami ulokowania poza głównym nurtem obiegu dla dyscypliny psychologia, a tym samym i poza bezpośrednią oceną przez przedstawicieli tej dyscypliny.

5. **Ocena dorobku dydaktycznego, organizacyjnego, popularyzatorskiego oraz współpracy z zagranicą**

Habilitant był promotorem 128, a recenzentem 106 prac magisterskich. Jest promotorem pomocniczym w trzech otwartych przewodach doktorskich. Sprawował także opiekę nas studenckim kołem naukowym psychologii klinicznej w Katolickim Uniwersytecie Lubelskim, a obecnie pełni taką rolę dla koła naukowego studentów psychologii w Akademii Ekonomiczno-Humanistycznej. Był także mentorem dla trzech studentów MISH w Katolickim Uniwersytecie Lubelskim oraz opiekunem naukowym dla laureata „Diamentowego grantu". Prowadził zajęcia dydaktyczne zarówno na studiach magisterskich, doktoranckich, jak i podyplomowych, ucząc zarówno w języku polskim, jak i – wybrane przedmioty – w języku angielskim. Za swoją działalność dydaktyczną otrzymywał indywidualne nagrody Rektora Katolickiego Uniwersytetu Lubelskiego (2006, 2008, 2009 rok). Osiągnięcia dydaktyczne dr. Janowskiego są znaczące, zdecydowanie powyżej przeciętnej.

Dr Janowski prowadził też intensywną działalność popularyzatorską, choć właściwie w wielu aspektach nosiła ona już znamiona bardziej praktyki psychologicznej. Szczególnie w obszarze psychodermatologii uważam to jednak zdecydowanie za zaletę, biorąc pod uwagę zarówno pionierskość tych działań w skali kraju, jak i ich wagę społeczną.

Osiągnięcia organizacyjne Habilitanta obejmują zarówno pełnienie funkcji prodziekana oraz – aktualnie – rektora Akademii Ekonomiczno-Humanistycznej, co najlepiej świadczy o zaufaniu do jego kompetencji w tym zakresie. Jest członkiem sześciu towarzystw, ma także doświadczenia jako członek komitetów organizacyjnych i naukowych konferencji, przede wszystkim ogólnopolskich. Ponadto zrecenzował 40 artykułów naukowych oraz jest redaktorem naczelnym *Advances in Cognitive Psychology* (IF = 1,432). Łącznie pozwala to wysoko ocenić tę aktywność Habilitanta.

Nieco skromniej na tym tle prezentują się osiągnięcia dotyczące współpracy z zagranicą. Dr Janowski wykazał pobyt na jednym stażu naukowym i udokumentował prowadzoną tam działalność naukową, o czym pisałam już wcześniej. Był także przedstawicielem krajowym w międzynarodowym programie badawczym nad jakością życia pacjentów z łuszczycą i łuszczycowym zapaleniem stawów,

pełniąc również rolę zaproszonego eksperta podczas zjazdów zagranicznych EUROPSO oraz Paneuropejskiego Forum Organizacji Pacjentów Chorych na Łuszczycę.

6. **Konkluzja**

Zgodnie z art. 219 ustawy Prawo o szkolnictwie wyższym i nauce stwierdzam, iż dr Janowski w pełni spełnia kryteria określone w ust. 1 punkcie 1 i 3, natomiast negatywnie oceniam spełnienie kryterium określonego w punkcie 2 (litera b), tj. przedłożony do oceny cykl publikacji nie stanowi istotnego wkładu do rozwoju dyscypliny psychologia. Zgodnie z tak sformułowanymi kryteriami ocena pozostałego dorobku przy braku oceny pozytywnej co najmniej jednego cyklu powiązanych tematycznie publikacji powinna pozostawać bez wpływu na ostateczną konkluzję.

Tym samym, zmusza mnie to do stwierdzenia, **że osiągnięcie naukowe przedstawione przez Pana dr. Konrada Janowskiego nie spełnia aktualnych wymogów stawianych osobom ubiegającym się o uzyskanie stopnia doktora habilitowanego w dziedzinie nauk społecznych w dyscyplinie psychologia.**

/Ewa Gruszczyńska/