

Warszawa, 30.09.2021

Ocena rozprawy doktorskiej mgr Anny Pyszkowskiej
pt. *Wpływ treningu akceptacji i zaangażowania na poziom zasobów*
psychologicznych w kontekście jakości życia rodziców dzieci z zaburzeniami
ze spektrum autyzmu,
przygotowanej pod kierunkiem prof. dr hab. Małgorzaty Górnik-Durose

Problem podjęty w pracy doktorskiej mgr Anny Pyszkowskiej jest aktualny i istotny zarówno dla teorii psychologicznej, jak i praktyki klinicznej. Doktorantka podjęła się zbadania efektywności krótkoterminowej interwencji terapeutycznej mającej na celu poprawę dobrostanu rodziców dzieci z diagnozą zaburzeń ze spektrum autyzmu. Nie ulega wątpliwości, że ta grupa społeczna znajduje się w sytuacji szczególnie trudnej ze względu na rodzaj wyzwań, z którymi się konfrontuje (wynikających z nietypowego przebiegu rozwoju dziecka), a także w związku z wciąż bardzo ograniczonym dostępem do adekwatnego wsparcia. Dodatkowym problemem jest brak społecznego zrozumienia, czym jest autyzm, prowadzący do stygmatyzacji i wykluczania osób z tym zaburzeniem i ich rodzin.

Na temat źródeł stresu u rodziców dzieci ze spektrum autyzmu oraz konsekwencji doświadczanych trudności wiadomo już – dzięki ogromnej liczbie badań – bardzo dużo. Znacznie mniejsza jest wciąż wiedza dotycząca zasobów, jakimi dysponują rodzice i uwarunkowań ich pozytywnej adaptacji, a jeszcze mniej wiadomo o interwencjach mogących efektywnie wesprzeć rodziców w ich zmaganiach. Prowadzenie badań w ostatnim z wymienionych obszarów stawia przed badaczami bardzo wysokie wymagania natury merytorycznej i organizacyjnej. Praca Pani Anny Pyszkowskiej jest dobrym dowodem na to, że w odniesieniu do terapii rodziców dzieci w spektrum autyzmu można satysfakcjonująco spełnić standardy obowiązujące w badaniach nad skutecznością interwencji psychologicznych. Nie ulega wątpliwości, że podjęcie takiego wyzwania przyniosło bezpośrednie korzyści, dostarczając wartościowych informacji o znaczeniu aplikacyjnym, a także inspiracji dla dalszych poszukiwań w obszarze teoretycznym.

Od strony formalnej rozprawa, przygotowana w formie monografii, nie budzi zastrzeżeń.

Praca bez aneksu liczy 171 stron, z aneksem 206. Jej struktura jest klarowna, typowa dla rozpraw doktorskich z zakresu psychologii. Na część teoretyczną składają się trzy rozdziały, kolejne części to opis problemu i metodologii badań własnych, prezentacja wyników i ich dyskusja. Rozprawę zamyka podsumowanie. Spis bibliografii, tabel, rysunków są zgodne ze standardami. Pracę czyta się bardzo dobrze – generalnie jest poprawna od strony językowej, choć składnia budzi czasem wątpliwości (np. „jest to zastanawiającym” (str. 121), „taki sposób interpretacji wydaje się być zbieżnym”, str. 122; „Celem zminimalizowania znaczenia tego błędu (...) badacze dobierali (...), str. 65).

Ocena treści rozprawy

Wprowadzenie teoretyczne

Teoretyczna część rozprawy obejmuje omówienie trzech głównych zagadnień, którym poświęcono kolejne rozdziały. Są to: charakterystyka zaburzeń ze spektrum autyzmu, problem jakości życia rodzin osób z zaburzeniami ze spektrum autyzmu oraz prezentacja terapii akceptacji i zaangażowania i jej efektywności w odniesieniu do poprawy jakości życia rodziców dzieci ze spektrum autyzmu. Generalnie rzecz biorąc, oceniam wprowadzenie wysoko. Doktorantka jasno wskazała ramy teoretyczne, w jakich ulokowane zostało badanie. W sposób zwięzły, ale uwzględniając wszystkie ważne elementy, stworzyła wywód uzasadniający podjęcie własnego badania. Nie ma wątpliwości, że Autorka wiedziała, o czym chce napisać i konsekwentnie przeprowadziła czytelnika przez spójny i skondensowany, ale bynajmniej nie uproszczony wstęp. Podkreślam to, ponieważ dwa pierwsze rozdziały dotyczą bardzo rozległej problematyki. Dokonanie selekcji w ogromie informacji oraz opracowanie syntezy najważniejszych wniosków płynących z badań nie mogło być łatwe. W mojej opinii Doktorantka poradziła sobie z tym zadaniem dobrze, swobodnie poruszając się w podjętej problematyce, sięgając do wielu opracowań i krytycznie relacjonując ważne wyniki wcześniejszych badań.

W rozdziale 1 Doktorantka opisała zaburzenia ze spektrum autyzmu. Zawarła w nim podstawowe informacje (w tym definicję tych zaburzeń i opis głównych kryteriów diagnostycznych), wyeksponowała wątek niejednorodności tej populacji – nie tylko zróżnicowania w zakresie ekspresji autyzmu, ale i różnorodnych doświadczeń oraz zakresu trudności poszczególnych osób. Fragment poświęcony został też problemom w zachowaniu, szczególnie istotnym w kontekście sytuacji rodziców, zaś ostatnia część rozdziału zawiera

podkreślenie znaczenia współpracy profesjonalistów z rodzicami w kontekście skuteczności terapii osób w spektrum autyzmu. Mam drobne uwagi co do niektórych użytych sformułowań – dla porządku wymienię przykłady, choć zaznaczam, że nie wpłynęły one na generalną dobrą ocenę tej części rozprawy. Nie jest jasne pojawiające się już w pierwszym zdaniu roz. 1 sformułowanie „atypowe neurorozwojowe zaburzenie” (s. 11). Można by na jego podstawie wnioskować, że są też typowe zaburzenia nerorozwojowe. Zbyt mocne w kontekście współczesnej wiedzy jest stwierdzenie „o udowodnionej etiologii genetycznej” w odniesieniu do spektrum autyzmu (str. 11). Chociaż udział czynników genetycznych w etiologii jest powszechnie postulowany, to „udowodniona etiologia genetyczna” oznaczałaby więcej niż osiągnięto dotychczas w tym obszarze wiedzy.

Rozdział drugi poświęcono problematyce jakości życia. Doktorantka trafnie zwraca uwagę na trudności z jednoznaczną definicją tego pojęcia. Przedstawia dwie wielowymiarowe koncepcje, choć wprost nie uzasadnia dokonanego wyboru (koncepcja R. Veenhovens i M. Straś-Romanowskiej). Następnie omawia czynniki temperamentalne i osobowościowe korelujące z jakością życia. Uzasadnia zogniskowanie interwencji planowanej i przeprowadzonej w badaniu własnym na takich aspektach funkcjonowania, jak samoregulacja czy elastyczna zmiana perspektywy myślenia i działania, aby zmniejszyć znaczenie charakterystyki osobowościowej w kontekście dobrostanu jednostki. Każdy z czterech wyodrębnionych w koncepcji Marii Straś-Romanowskiej aspektów poczucia jakości życia został omówiony w odrębnym podrozdziale. Autorka uwzględnia w nich badania odnoszące się do rodziców dzieci ze spektrum autyzmu, skupiając się na dostępie do wsparcia, doświadczeniach osób w spektrum i ich rodziców (w tym pozytywnych, związanych z byciem rodzicem dziecka z autyzmem), znaczeniu stygmatyzacji i poczucia napiętnowania. Część rozdziału zawiera omówienie wyników badań bezpośrednio dotyczących subiektywnej oceny jakości życia w tej grupie osób. Autorka podkreśla, że rozwijanie wybranych zasobów wewnętrznych, rozumianych jako umiejętności życiowe, może być ważnym czynnikiem sprzyjającym poprawie dobrostanu rodziców dzieci w spektrum autyzmu i ma to kluczowe znaczenie dla Jej badania. Wybrane zasoby to elastyczność, prężność i *self-compassion*; z jednej strony są one powiązane z wymiarami poczucia jakości życia w wybranej koncepcji teoretycznej, z drugiej strony zaś można je rozwijać w toku interwencji, z wymierną korzyścią dla uczestników.

Rozdział 3 dotyczy terapii akceptacji i zaangażowania. Omówione zostały podstawy teoretyczne, główne założenia i kluczowe elementy, a także miejsce na tle wybranych modeli terapeutycznych. Szczegółowo omówiony został model elastyczności psychologicznej (heksafleks) oraz prężność i *self-compassion* jako zasoby istotne dla rozwijania elastyczności. Co istotne, przedstawione zostały wyniki badań nad skutecznością terapii ACT, wskazujące na istnienie dowodów potwierdzających jej efektywność w odniesieniu do rodziców dzieci w spektrum autyzmu. Autorka szczegółowo zrelacjonowała sposób przeprowadzenia i wyniki tych badań, a także poddała krytycznej ocenie ich metodologię. W odniesieniu do tej części pracy mam także kilka uwag. Moje wątpliwości budzi termin „elastyczność psychologiczna” – czy nie bardziej uzasadnione byłoby określenie „elastyczność psychiczna”? Elastyczność jest w tym ujęciu rozumiana w szczególny sposób, jednakże zagadnienie elastyczności vs sztywności w funkcjonowaniu zajmuje w kontekście spektrum autyzmu istotne miejsce. Autorka nie podejmuje tego tematu, choć wydaje się interesujące, czy istnieje związek między „sztywnością” rozumianą jako jeden z istotnych elementów szerszego fenotypu autyzmu a elastycznością w ujęciu przyjętym w tej pracy.

Badanie własne

Doktorantka wskazała dwa główne cele swojego badania: sprawdzenie efektywności treningu akceptacji i zaangażowania w kontekście dobrostanu rodziców dzieci w spektrum autyzmu oraz określenie kluczowych wyznaczników jakości życia rodziców, w tym przede wszystkim czynników ochronnych w postaci zasobów rozwijanych podczas treningu. Pomysł przeprowadzenia takiego badania uważam za bardzo wartościowy, a jego realizację oceniam wysoko. Jednakże przytoczone powyżej sformułowanie celu pierwszego wymagałoby rozwinięcia uzasadnienia wskazującego, dlaczego przeprowadzenie takiego badania w warunkach polskich mogłoby przynieść inne efekty niż badania w innych krajach. Samo stwierdzenie, że w Polsce takich prac nie prowadzono w odniesieniu do rodziców dzieci w spektrum autyzmu, to za mało.

W badaniu zastosowano model quasi-eksperymentalny. Uczestniczyły w nim dwie grupy eksperymentalne (jedna poddana została treningowi w trybie stacjonarnym, druga – z powodu pandemii COVID-19 i związanych z nią ograniczeń w życiu społecznym – w trybie on-line) i grupa kontrolna (bez interwencji). Nie przeprowadzono randomizacji, co Doktorantka uzasadnia względami etycznymi i dążeniem do zapewnienia wszystkim

zainteresowanym rodzicom możliwości wzięcia udziału w treningu. Taki dobór badanych do grup miał jednak oczywistą wadę, której Doktorantka jest świadoma (wymienia ją wśród ograniczeń badania). Mogła bowiem nastąpić niepożądana selekcja badanych pod względem gotowości do udziału w interwencji, a być może też innych charakterystyk. Trafniejsza mogłaby być procedura, w której także grupa kontrolna miałaby szansę na udział w treningu, tyle że odbyłby się on później (po zakończeniu zaplanowanego cyklu pomiarów). Zdaję sobie oczywiście sprawę, że całe przedsięwzięcie badawcze było bardzo wymagające – dodanie kolejnego elementu w postaci treningu dla grupy kontrolnej stanowiłoby dodatkowe duże wyzwanie. Jeśli jednak rozważamy poprawne metodologicznie rozwiązanie, to należałoby pójść w tym kierunku. Interwencja składała się z cyklu czterech grupowych spotkań, odbywających się co tydzień wg dokładnie opracowanego i przedstawionego w rozprawie programu. Przeprowadzono trzy pomiary: tydzień przed interwencją, tydzień i miesiąc po jej zakończeniu. Interesujące jest, które zadania w postępowaniu badawczym realizowała Doktorantka – zakładam, że nie uczestniczyła w prowadzeniu treningu.

Sformułowano trzy pytania badawcze i do każdego z nich odpowiednie hipotezy. W przypadku pytania pierwszego dotyczyły one zmian, jakie następowały w zakresie zasobów wewnętrznych – prężności, *self-compassion* i elastyczności, oraz jakości życia i objawów psychopatologicznych (lęku, depresji, stresu) w wyniku udziału w terapii (porównanie pomiaru 1 z pomiarami 2 i 3). Pytanie drugie odnosiło się do porównania grup eksperymentalnych z grupą kontrolną, zaś trzecie do zależności między udziałem w treningu, cechami osobowości, subiektywnie ocenionymi warunkami życia oraz poczuciem jakości życia i nasileniem objawów psychopatologicznych. Nie mam uwag do sformułowania hipotez. Bardzo przydatna jest Tabela 3, w której podano status poszczególnych zmiennych oraz sposób ich operacjonalizacji.

W badaniu wykorzystano rozbudowany zestaw narzędzi – sześć kwestionariuszy (do pomiaru cech osobowości, elastyczności psychologicznej, *self-compassion*, prężności, poczucia jakości życia oraz objawów psychopatologicznych), autorski termometr do pomiaru subiektywnej oceny warunków życia i ankietę socjo-demograficzną. Dobór narzędzi jest trafny w kontekście celów badania, choć nie zawsze wiadomo, co przesądziło o wyborze (np. w odniesieniu do pomiaru osobowości czy *self-compassion*). Użyte kwestionariusze w większości miały co najmniej satysfakcjonujące wskaźniki rzetelności. Wyjątkiem był

kwestionariusz HEXACO (w przypadku którego współczynnik α Cronbacha był na poziomie 0,6 w obu uwzględnionych podskalach). Do pomiaru warunków życia skonstruowany został autorski Termometr, umożliwiający pomiar satysfakcji z warunków materialnych i finansowych oraz wsparcia społecznego, w tym instytucjonalnego. Jest to bardzo proste i łatwe dla osoby badanej narzędzie, o dobrych parametrach psychometrycznych.

Zgodnie z informacjami przedstawionymi w części „Wyniki badań własnych” (str. 88-89), w badaniu uczestniczyło łącznie 60 osób, po 20 w każdej z trzech grup. Opis uczestników badania został zawarty w rozdziale poświęconym prezentacji wyników. Można się domyślać, że wynikało to z dążenia Autorki do zaprezentowania tam charakterystyk wszystkich grup włączonych do badania i porównywanych ze sobą. Uważam jednak, że podstawowe charakterystyki próby powinny się znaleźć w części pracy poświęconej opisowi uczestników badania. Zamieszczono tam tylko kryteria włączania do próby. Były to: bycie rodzicem dziecka w wieku 3-9 lat i posiadanie przez dziecko diagnozy zaburzenia ze spektrum autyzmu. Zgodnie z założeniami Doktorantki była to więc grupa bardzo zróżnicowana. Znalazły się w niej matki (85-90% w każdej z grup) i ojcowie, rodzice dzieci w normie intelektualnej i z niepełnosprawnością intelektualną, mówiących i niemówiących, a także dzieci z – jak można przypuszczać – różnym nasileniem dodatkowych problemów rozwojowych lub zdrowotnych, z mniej lub bardziej nasilonymi problemami w zachowaniu; osoby o różnej sytuacji rodzinnej i różnym własnym stanie zdrowia). Doktorantka uzasadniła taki dobór argumentami natury etycznej (chęć niesienia pomocy wszystkim potrzebującym i zainteresowanym jej otrzymaniem). Argument taki nie jest jednak w pełni przekonujący w sytuacji, w której celem jest określenie efektywności interwencji. Wiadomo, że interwencja „dla każdego” może być mniej skuteczna. Wybór wieku dzieci, których rodziców włączano do badania, został podyktowany tym, żeby rodzice mieli „stosunkowo podobne doświadczenia oraz etap radzenia sobie z diagnozą dziecka” (s. 83). Jeśli rzeczywiście etap radzenia sobie z diagnozą był taki ważny, to należało lepiej kontrolować ten czynnik. Różnica w sytuacji psychologicznej rodzica „świeżo” zdiagnozowanego 3-latka i zdiagnozowanego 5 czy 6 lat wcześniej 9-latka jest duża. Ważniejsze wydaje się, że dzieci były zdiagnozowane, objęte opieką specjalistyczną i nie wchodziły jeszcze w okres dorastania, z którym często wiążą się nowe problemy w ich funkcjonowaniu. W mojej opinii decyzja o tak dużej niejednorodności grup rodziców pod względem charakterystyki funkcjonowania dziecka była problematyczna. Jeśli jednak nawet przyjąć, że istniały względy

przemawiające na rzecz takiego rozwiązania, to obowiązkiem Doktorantki było dostarczenie bardziej szczegółowej charakterystyki grup, a także ich porównanie pod względem rozkładu charakterystyk klinicznych czy demograficznych (choćby podstawowych). W przypadku rodziców brakuje informacji o poziomie wykształcenia. Niejasne jest sformułowanie „Współdzielenie opieki nad dzieckiem” – czy chodzi o rodziny pełne vs samodzielnych rodziców? Nie wiadomo też, czy rodzice korzystali wcześniej lub w czasie badania z jakiegóż innej formy wsparcia terapeutycznego. W odniesieniu do charakterystyk dzieci w Tabeli 5 wkraść się błąd dotyczący wyliczeń procentowych (w przypadku danych nt. płci dzieci w grupie 1). Interesująca jest bardzo duża liczba dziewcząt w grupach 2 i 3 (odpowiednio 8 i 9 na 20 uczestników). W kontekście faktu, że w populacji osób w spektrum autyzmu występuje duża dysproporcja na rzecz mężczyzn, jest to interesujący aspekt doboru do udziału w tym badaniu. Ponadto w grupie 1 troje dzieci miało współwystępujące ze spektrum autyzmu zaburzenia motoryczne, w pozostałych grupach nie było takich dzieci – to może wskazywać na jakąś specyfikę grupy 1, wyłamującą się z czysto losowego rozkładu zmiennej „problemy motoryczne” w populacji osób w spektrum autyzmu. Interesujące jest też, jakie to były zaburzenia. Bardziej wartościowe byłyby też informacje o niepełnosprawności intelektualnej i stopniu rozwoju mowy, a nie o formalnej diagnozie (autyzm/zespół Aspergera). Ta dociekliwość może wydawać się przesadna, ale w badaniach grup klinicznych brak szczegółowych charakterystyk uniemożliwia często dotarcie do źródeł różnic w wynikach porównywanych ze sobą prac. Dodatkowo, w Aneksie 3 zamieszczono tabele z rozkładami zmiennych w poszczególnych grupach, nie znalazłam natomiast wyników porównania grup pod względem uwzględnionych zmiennych socjodemograficznych.

Procedura badania opisana została klarownie. Powstrzymam się od oceny przygotowania treningu oraz przebiegu jego realizacji – nie jestem specjalistką w tym obszarze. Mogę natomiast stwierdzić, że projekt treningu bazował na odpowiednich podstawach teoretycznych i uwzględniał dane z literatury, zwłaszcza dotyczące treningów dla osób w kryzysie psychicznym i rodziców dzieci z niepełnosprawnościami. Trening został opisany szczegółowo, w sposób umożliwiający replikację tego elementu badania. Jest on sam w sobie wartością wypracowaną w ramach pracy doktorskiej. Cele treningu zostały określone na poziomie dość ogólnym („poznanie podstaw modelu elastyczności psychologicznej i wypracowanie bazowych umiejętności z tego zakresu”, str. 83). Uczestnikom oferowano możliwość wzięcia udziału w treningu lub skorzystania z konsultacji psychologicznej.

Interesujące jest, ile osób skorzystało z takiej możliwości, czego te konsultacje dotyczyły i kiedy się odbyły (tj. w jakiej fazie postępowania badawczego)?

Analizy wyników są adekwatne do sformułowanych hipotez i charakterystyki otrzymanych w badaniu danych. Pierwsza ich część objęła porównanie efektów interwencji w grupie uczestniczącej w treningu stacjonarnie i on-line mierzonych tydzień i miesiąc po przeprowadzeniu interwencji. W przypadku żadnej z analizowanych zmiennych nie stwierdzono różnic między tymi grupami, mimo to jednak Badaczka zdecydowała się na oddzielne analizowanie wyników uzyskanych przez każdą z tych grup. Dostarczyło to dodatkowych informacji na temat wielkości uzyskanych efektów w zależności od rodzaju treningu. Porównanie dwóch form treningu uważam za ważną dodatkową wartość tej pracy. W pełni potwierdziły się oczekiwania dotyczące efektywności treningu w zakresie zasobów, poczucia jakości życia i objawów psychopatologicznych. Pomiar tydzień po interwencji wskazywał na wzrost zasobów i poziomu jakości życia oraz spadek nasilenia objawów psychopatologicznych i efekty te utrzymały się miesiąc po treningu. Są to bardzo obiecujące rezultaty, wskazujące na wysoką skuteczność treningu. Druga część analiz dotyczyła porównania grup poddanych treningowi z grupą kontrolną. W grupie kontrolnej nie odnotowano zmian między pomiarami 1 i 2. Porównanie grup w pre-teście wykazało różnicę w przypadku *self-compassion* – w grupie, która uczestniczyła w treningu on-line wynik był niższy niż w grupie kontrolnej. Autorka rozważa przyczyny i znaczenie tej różnicy dla wyników badania. W pomiarze drugim różnic międzygrupowych nie było w zakresie *self-compassion*, poziomie lęku i ocenie jakości życia w sferze podmiotowej. Poszukując odpowiedzi na trzecie pytanie badawcze, dotyczące zależności pomiędzy zmiennymi, analizy statystyczne przeprowadzono w ramach pomiaru 1 dla całej grupy badanych łącznie (N = 60). Odnotowano szereg niskich lub umiarkowanych korelacji między zmiennymi, częściowo potwierdzających sformułowane hipotezy. Następnie sprawdzono predyktory poczucia jakości życia i objawów psychopatologicznych. Testowany model w pomiarze pierwszym wyjaśniał 55% wariancji depresji, 53% lęku i 47% stresu. Procent ten wyraźnie zależał od uwzględnienia w równaniu zasobów, podczas gdy warunki życia nie miały znaczenia predykcyjnego. W serii regresji hierarchicznych, uwzględniających wyniki drugiego pomiaru, stwierdzono że udział w interwencji był predyktorem dla depresji i stresu. Co interesujące, współczująca postawa wobec samego siebie (*self-compassion*) nie była istotnym predyktorem dobrostanu. W pomiarze 2 model wyjaśniał wysoki procent wariancji w

zakresie poczucia jakości życia (aż 87% w przypadku ogólnego poczucia jakości życia). To imponująca efektywność, z pewnością zasługująca na dogłębną analizę. Brak uwzględnienia w badaniu innej formy terapii i porównania jej efektów z rezultatami treningu ACT nie pozwala na daleko idące wnioski. Ostatnia część analiz odnosiła się do mediacyjnej roli zasobów w relacji między zastosowaną interwencją a poczuciem jakości życia i objawami psychopatologicznymi. W odniesieniu do jakości życia stwierdzono szereg efektów mediacji w przypadku prężności i sztywności psychologicznej oraz brak mediacyjnej roli *self-compassion*. Generalnie analizy statystyczne są poprawne i zostały przedstawione w sposób bardzo przejrzysty i kompletny. Tabele zawierają niezbędne informacje liczbowe, a krótkie opisy podsumowujące uzyskane wyniki są klarowne i pomocne.

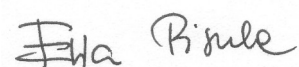
Dyskusja wyników jest uporządkowana i spójna. Została podzielona na części odpowiadające głównym problemom badawczym. Rozpoczyna ją zwięzłe podsumowanie uzyskanych rezultatów. Autorka omawia efekty treningu, zarówno w odniesieniu do jakości życia i objawów psychopatologicznych, jak i do zasobów psychicznych. W interpretacji wyników odwołuje się do innych badań oraz przyjętych ram teoretycznych. Linia wyводу jest konsekwentna. Doktorantka formułuje kolejne pytania i hipotezy, wynikające z otrzymanych wyników, wyznaczając kierunki dalszych badań. Z perspektywy praktyki psychologicznej kluczowe znaczenie miało z pewnością wykazanie skuteczności przeprowadzonej interwencji i to niezależnie od stacjonarnej lub zdalnej formy. Interesujące są także części dyskusji poświęcone związkom między analizowanymi zasobami a jakością życia czy objawami psychopatologicznymi. Autorka zwraca uwagę na rozbieżności niektórych własnych wyników z rezultatami innych prac i interpretuje je jako efekt małej liczebności grupy. Ostrożnie podejmuje próby pogłębionej analizy związków między prężnością a *self-compassion*. Doceniam te ostrożność Doktorantki – nawet analizy przeprowadzone w całej próbie objęły tylko 60 osób i to znajdujących się w szczególnej sytuacji życiowej. Pewien niedosyt mam w odniesieniu do interpretacji znaczenia cech osobowości (emocjonalności i ekstrawersji) w kontekście analizowanych zależności. Nie miało to kluczowego znaczenia w pracy, ale uderza pewna powierzchowność interpretacji w tym obszarze – np. Doktorantka powołuje się na jedną tylko pracę, w której mierzono poziom neurotyczności u rodziców dzieci ze spektrum autyzmu (Li i in., 2018 – w spisie literatury widnieje Li i in., 2017). Na jej podstawie zauważa, że poziom neurotyczności nie różni się u rodziców dzieci w spektrum autyzmu i rodziców dzieci neurotypowych (s. 122). Istnieją jednak prace dokumentujące

związek neurotyzmu ze spektrum autyzmu, a także z szerszym fenotypem autyzmu, które czynią ten obraz bardziej złożonym.

W dyskusji omówione zostały także ograniczenia badań i postulowane dalsze kierunki poszukiwań. Autorka jest świadoma słabych stron swojego projektu (m.in. uwzględnienia jednej tylko metody terapeutycznej, krótkiego okresu między pomiarem 2 i 3, braku randomizacji). W pełni się z Nią jednak zgadzam, że to ważna praca, inspirująca do dalszych badań i dostarczająca wiedzy wykraczającej poza czysto aplikacyjne sprawdzenie wartości interwencji w odniesieniu do rodziców dzieci w spektrum autyzmu.

Podsumowanie i konkluzja

Praca mgr Anny Pyszkowskiej stanowi oryginalne, ambitne przedsięwzięcie badawcze i dotyczy zagadnienia ważnego ze względów społecznych. Dostarczyła wartościowych informacji na temat skuteczności krótkoterminowej interwencji polegającej na treningu akceptacji i zaangażowania w kontekście dobrostanu rodziców dzieci ze spektrum autyzmu. Badań prowadzonych w tym obszarze jest wciąż niewiele – udokumentowanie następujących w efekcie treningu zmian w zakresie zasobów psychicznych oraz ich znaczenia dla poprawy jakości życia i obniżenia nasilenia symptomów depresji, lęku i stresu u rodziców to ważne osiągnięcie. Samo opracowanie treningu stanowiło nie lada wyzwanie i jest również wkładem, jaki praca ta wnosi do psychologii. Dodatkowo sprawdzenie, że skuteczna jest zarówno stacjonarna forma treningu, jak i forma on-line ma wartość praktyczną, nie tylko w kontekście pandemii koronawirusa. Pomiar skuteczności interwencji nie był wolny od wad, ale całość przedsięwzięcia zasługuje na wysoką ocenę. Stwierdzam w związku z tym, że rozprawa spełnia kryteria określone w art. 13 Ustawy z dnia 14 marca 2003 roku o stopniach naukowych i tytule naukowym oraz o stopniach i tytule w zakresie sztuki (Dz.U. z 2016 r. poz. 882 z póź. zm) i wnoszę o dopuszczenie mgr Anny Pyszkowskiej do dalszych etapów postępowania doktorskiego.



prof. dr hab. Ewa Pisula
Wydział Psychologii
Uniwersytet Warszawski