

Katowice, 8 sierpnia 2019

Dr hab. Anna Brytek-Matera, prof. Uniwersytetu SWPS  
Zakład Psychologii Klinicznej i Zdrowia  
SWPS Uniwersytet Humanistycznospołeczny  
Wydział Zamiejscowy w Katowicach

**Recenzja rozprawy doktorskiej mgr Anny Brandt-Salmeri**

**pt. *Podmiotowe i relacyjne wyznaczniki wzrostu potraumatycznego kobiet z rakiem piersi***

**przygotowanej pod kierunkiem dr hab. Hanny Przybyły-Basisty**

Rozprawa doktorska koncentruje się na problematyce wzrostu potraumatycznego (*posttraumatic growth*; PTG) w kontekście doświadczania najczęściej występującego u kobiet nowotworu złośliwego - raka piersi. Dysertacja mieści się w obszarze badawczym psychoonkologii, psychologii pozytywnej, psychologii klinicznej i psychologii zdrowia. Podjęta w pracy doktorskiej problematyka badawcza jest aktualna i niezwykle istotna zarówno z naukowego, jak i praktycznego punktu widzenia.

### **Ogólna charakterystyka rozprawy**

Dysertacja składa się z dziewięciu rozdziałów i łącznie z bibliografią oraz załącznikami liczy 329 stron. Pierwszy rozdział dotyczy opisu medycznych aspektów raka piersi, jego psychologicznych konsekwencji. Zawiera wybrane modele adaptacji do choroby u pacjentek z rakiem piersi, których osłabiają aspekty poznawcze i społeczne w osiąganiu optymalnego przystosowania (m.in. model Jamesa Brennana, 2000; model Michaela Stegera i Crystal Park, 2012). Posiada także szczegółową charakterystykę pojęcia *survivorship* oraz jego koncepcji według Annette Stanton i wsp. (2015). Drugi rozdział prezentuje problematykę dystresu w przebiegu raka piersi (w kontekście traumy oraz *cancer-PTSD*). Rozdział trzeci obejmuje szczegółową charakterystykę potraumatycznego wzrostu, wzbogaconą o modele wzrostu po traumie (m.in.

funkcjonalno-opisowy model potraumatycznego wzrostu Richarda G. Tedeschiego i Lawrence'a G. Calhouna, 2004) a także autorską meta-analizę zależności zachodzących między objawami traumy (PTSD) a PTG (zależności bezpośrednie, zjawiska niezależne od siebie, posiadające wspólne elementy, krzywoliniowość wzajemnych relacji, efekty pośrednie (mediacji i moderacji)). Rozdział kończy stanowisko polemiczne Autorki wobec koncepcji Tedeschiego i Calhouna (2004) (m.in. model Janusowego Oblicza (*Janus-Face model of PTG*) Tanji Zoellner i Andreeasa Maerckera, 2004). Rozdział czwarty opisuje czynniki podmiotowe (*ego-resiliency*, obraz ciała) i relacyjne (wsparcie społeczne) warunkujące PTG w kontekście doświadczania raka piersi, zwraca również uwagę na aspekt poznawczy (proste i automatyczne - ruminacje oraz złożone i dojrzałe - refleksje). Elementem uzupełniającym i podsumowującym ów rozdział jest autorska koncepcja osiągania PTG jako efektu zmagania się z traumą raka piersi. Zaproponowana przez Autorkę koncepcja, integrująca wybrane modele teoretyczne (m.in. traumy, poznawczo-społecznej adaptacji, funkcjonalno-opisowy model PTG), stworzyła ramy koncepcyjne dla przeprowadzonych badań. Kolejne trzy rozdziały stanowią część empiryczną pracy. Rozdział piąty zawiera opis problemów i celów badawczych oraz cztery kategorie pytań badawczych: pierwsza grupa odnosi się do korelatów PTG (6 pytań badawczych), druga grupa obejmuje porównania międzygrupowe kobiet przynależących do różnych stadiów *survivorship* (3 pytania badawcze), trzecia grupa skupia się na potencjalnych wyznacznikach PTG (2 pytania badawcze), zaś czwarta dotyczy różnicowania profili adaptacji potraumatycznej w grupie kobiet z rakiem piersi w zależności od rozkładu i nasilenia dystresu i PTG (4 pytania badawcze). Dodatkowo, rozdział składa się z opisu wybranych narzędzi badawczych, opisu badanych grup i procedury organizacji badań własnych. Rozdział szósty przedstawia ogólną charakterystykę kobiet w kontekście badanych zmiennych (badania porównawcze, badania korelacyjne). Rozdział siódmy zawiera analizy czynników determinujących wzrost potraumatyczny u kobiet z rakiem piersi oraz profile adaptacji potraumatycznej. Rozdział ósmy obejmuje dyskusję wyników, prezentację wniosków oraz ich interpretację (w oparciu o współczesne wyniki badań). Natomiast, rozdział dziewiąty dotyczy ograniczenia badań własnych, kierunków przyszłych badań oraz implikacji praktycznych dla praktyki klinicznej, głównie w obszarze psychoonkologii.

## Zalety dysertacji

Część teoretyczna rozprawy doktorskiej przedstawia wnikliwe i syntetyczne omówienie zagadnień ściśle związanych z jej tematem: potraumatyczny wzrost, zespół stresu pourazowego, trauma, obraz ciała, *ego-resiliency* oraz postrzegane wsparcie społeczne.

Autorka szczegółowo opisała - stanowiący podłoże teoretyczne badań - funkcjonalno-opisowy model potraumatycznego wzrostu Tedeschiego i Calhouna (1996; 2004). Część teoretyczna została przedstawiona z dużą starannością (pod względem merytorycznym), precyzyjną próbą usystematyzowania definicji związanych z PTG a także ze zmiennymi wyodrębnionymi w badaniach głównych. Wybór zaprezentowanych w pracy koncepcji i modeli został dobrze uzasadniony. Przedstawiony przez Autorkę wywód świadczy o Jej bardzo dobrej znajomości literatury przedmiotu (w przeważającej mierze anglojęzycznej) oraz dużej wnikliwości. Praca jest bardzo dobrze osadzona teoretycznie, zaś jej wywód jest logiczny i spójny. Autorka przedstawia adekwatne do omawianych zagadnień wyniki istniejących badań. Każdy rozdział części teoretycznej jest zakończony zwięzłym streszczeniem ułatwiającym podążanie za złożonym wywodem. Proponowane podsumowania są niewątpliwie walorem recenzowanej pracy.

Część teoretyczna dostarcza wyczerpujących podstaw naukowych (poprzez wnikliwą analizę literatury przedmiotu) do sformułowania celu badań, pytań badawczych oraz wyboru analiz statystycznych. Z części teoretycznej wynika „co” i „dlaczego” będzie przedmiotem analiz.

Główny cel badań (ocena czynników determinujących wzrost potraumatyczny u kobiet z rakiem piersi na różnych stadiach *survivorship*), cele szczegółowe (charakterystyka obrazu PTG, porównania międzygrupowe w trzech wyróżnionych stadiach *survivorship*, analiza predyktorów PTG oraz ocena profili adaptacji potraumatycznej) i pytania badawcze są spójne z tytułem pracy.

Projekt badań można określić jako nowatorski. Autorka zaprezentowała koncepcję własną wzrostu potraumatycznego w kontekście stresu o charakterze traumatycznym, uwzględniając jednocześnie, że „doświadczenie traumy jest czynnikiem spustowym, stanowiącym swoisty impuls rozwojowy, który toruje drogę do pozytywnych zmian”

(s. 142). Do potencjalnych predyktorów PTG zaliczyła: (a) obraz ciała oraz *ego-resiliency* (czynniki podmiotowe), (b) postrzegane wsparcie społeczne (czynniki relacyjne) oraz (c) ruminacje i refleksje rozumiane jako skłonność do podejmowania autoanalizy i służące regulowaniu afektu oraz „aktywnemu poszukiwaniu dróg prowadzących do wyjścia z kryzysu” (s. 143). Mimo, iż badania miały charakter przekrojowy, Autorka uwzględniła w nich perspektywę czasową (trzy stadia *survivorship*).

Dobór badanych grup jest prawidłowy. Autorka dokonała podziału badanych kobiet ze względu na trzy fazy *survivorship*: (1) pierwsze dwa lata po diagnozie, (2) 2-5 lat po diagnozie oraz (3) 6 lat i więcej po diagnozie. Wszystkie zastosowane narzędzia (Inwentarz Pourazowego Rozwoju, Zrewidowana Skala Wpływu Zdarzeń, Skala Obrazu Ciała BIS, Skala *Ego-Resiliency* ER89-R12, Kwestionariusz Refleksji i Ruminacji RRQ, Wielowymiarowa Skala Spostrzeganego Wsparcia Społecznego) miały charakter samoopisowy i zostały dobrane w przemyślany sposób. Autorka uzyskała pozytywną opinię Komisji ds. Etyki Badań Naukowych Wydziału Pedagogiki i Psychologii Uniwersytetu Śląskiego dotyczącą badań własnych.

Przeprowadzone przez Autorkę analizy są szczegółowe (sprawdzenie normalności rozkładu wszystkich mierzonych zmiennych, analiza porównawcza, analiza korelacji, analiza regresji liniowej, analiza skupień). Autorka zastosowała adekwatne, pod kątem stawianych pytań badawczych, analizy statystyczne. Otrzymane wyniki dowodzą, że doświadczanie silnie stresujących wydarzeń łączy się nie tylko z negatywnymi następstwami, ale również z występowaniem pozytywnych (psychologicznych) zmian.

Dyskusja wyników badań własnych jest konstruktywna. Autorka interpretuje je z dużą swobodą i znajomością aktualnej literatury, dokonuje porównań rezultatów własnych z istniejącymi. Wskazuje na możliwości oddziaływań terapeutycznych w badanej grupie kobiet. O dojrzałości badawczej Autorki świadczy fakt, że wskazuje ograniczenia badań własnych oraz proponuje dalsze kierunki badań w omawianym obszarze. Praca ma duże znaczenie z punktu widzenia praktyki klinicznej, co również jest akcentowane przez Autorkę, gdyż jej wyniki pozwalają na określenie wyznaczników PTG i uwzględnienie ich roli w programach terapeutycznych.

## Uwagi i komentarze krytyczne

### *Uwagi merytoryczne*

Oceniam część teoretyczną pracy pozytywnie, niemniej jednak uważam, że podrozdział dotyczący szczegółowego opisu metod leczenia jest niepotrzebny, gdyż w niewielkiej mierze przedstawione sposoby leczenia nowotworu znalazły swoje odzwierciedlenie w części empirycznej pracy (charakterystyce badanych grup). Podobnie, jak podrozdział opisujący PTG w kontekście socjokulturowym, gdyż ten kontekst nie został uwzględniony w badaniach własnych. W moim przekonaniu w pracy powinna pojawić się informacja, że rak piersi występuje także u mężczyzn (około 0,5% - 1% wszystkich pacjentów z nowotworem piersi; Giordano, 2018; Yalaza i wsp., 2016).

Lekturę dysertacji utrudnia brak spójności w używaniu niektórych pojęć:

(a) Autorka posługuje się zamiennie terminem „zaburzenia w obrazie ciała” (s. 27), „zaburzony obraz ciała” (s. 155), „zaburzenia obrazu ciała” (s. 68, s. 163), „zakłócenia w obszarze obrazu ciała” (s. 136), przy czym opisuje „obraz ciała”. Uważam proponowane terminy za niepoprawne. W literaturze przedmiotu „zaburzenia obrazu ciała” definiowane są jako negatywny bądź ambiwalentny stosunek do własnego ciała, negatywne myśli i uczucia względem ciała bądź poszczególnych jego części, zaś „zaburzony obraz ciała” dotyczy nierealistycznej oceny rozmiarów ciała (rozbieżności pomiędzy oceną rozmiaru i kształtu ciała a jego stanem faktycznym). Domyślam się, że pod pojęciem „zakłócenia” (o jakich zakłóceniach obrazu ciała jest mowa?) należy rozumieć „zniekształcenia obrazu ciała”. Jeśli tak, głównie dotyczą one przeszacowania rozmiarów własnego ciała, czyli nieadekwatnego, błędnego postrzegania i oceny rozmiarów własnego ciała. Aspekty te nie były przedmiotem analiz w prezentowanej rozprawie doktorskiej. Warto również podkreślić, że kwestionariusz BIS nie mierzy zaburzeń obrazu ciała (s. 148) – służy „ocenie zmian obrazu ciała u pacjentów onkologicznych” (Hopwood i wsp., 2001, s. 189);

(b) pojęcie „syndrom miecza Damoklesa” tłumaczone jest jako „chroniczne odczuwane poczucie zagrożenia i obsesyjne myśli o nawrocie choroby” (s. 12) lub „poczucie ciągłego zagrożenia” (s. 37), „powszechnie znany, wszechogarniający i nieodłączny lęk przed nawrotem u pacjentów onkologicznych” (s. 147) lub „dojmujący lęk przed nawrotem choroby” (s. 223, 263);

(c) ruminacje i refleksje zostały nazwane „markerami aktywności poznawczej” (s. 161). Muszę przyznać, że po raz pierwszy spotkałam się z podobnym określeniem.

Kolejna moja uwaga dotyczy braku spójności między opisem rycin a ich graficzną prezentacją. Biorąc pod uwagę zawartość ryciny 5 (s. 49) oraz poprzedzający ją opis (s. 48) nie jest dla mnie zrozumiały tytuł ryciny („Klasyfikacja Stres-kryzys-PTSD”). Co więcej, rycina powinna zostać wykonana z większą starannością. Jej graficzna forma nie jest satysfakcjonująca. Rycina 9 (s. 80) nie jest zgodna z tą zaproponowaną przez autorów, z ryciny przedstawionej w rozprawie doktorskiej wynika, że omawiane czynniki („redukowanie emocjonalnego stresu, radzenie sobie z ruminacjami, odłączania się od celów, ruminacje bardziej refleksyjne, zmiana schematów, rozwój narracji”) są współzależne z „wpływami socjokulturowymi”, gdy tymczasem z ryciny opracowanej przez Tedeschiego i Calhouna, 2004 (s. 7) okazuje się, że „wsparcie społeczne” (*social support*) (a nie jak zostało przetłumaczone – „wpływy socjokulturowe”) wpływa na wymienione zmienne. Ponadto, ten sam „problem” dotyczy zależności pomiędzy „ujawnianiem” a „wsparciem społecznym” (inny jest kierunek relacji). Z ryciny zaprezentowanej w pracy odczytujemy, że m.in. redukcja dystresu (warto zastanowić się czy nie chodzi raczej o wysoki poziom negatywnego afektu) następuje w wyniku występowania ruminacji, gdy tymczasem owa redukcja jest wynikiem otrzymywanego wsparcia społecznego. Rycina 10, rycina 12, rycina 15 zostały przedstawione w nieczytelny lub błędny (rycina 15) sposób. Tytuł ryciny 11 informuje o „zależnościach linearnych pomiędzy PTSD a PTG”, zaś sama rycina przedstawia wpływ (negatywny lub pozytywny) PTSD na PTG. Dodatkowo, brak jest informacji o rycinach (11, 13, 14, 15) w tekście. Rycina 17 opisuje „heurystyczny model ważnych wymiarów obrazu ciała u pacjentów onkologicznych” (s. 136) na podstawie opracowania Craiga White’a i Caroline Hood (2011; a nie jak podaje Autorka 2012 roku) (w zasadzie powinno być: White’a, 2000). W tekście zabrakło wyjaśnienia pojęć „schemat siebie” oraz „schemat obrazu ciała”. Poza tym, depresja nie jest emocją związaną z obrazem ciała (autor pisze o poczuciu przygnębienia (*depressed*)). Opis głównego celu badania (s. 153; „poddanie weryfikacji zakładanych zależności między zmiennymi uwzględnionymi w modelu badawczym (...)”) nie jest spójny z ryciną 18 (owe zależności nie zostały przedstawione - brak jest strzałek kierunkowych). Rycina 21 jest niespójna z pytaniami badawczymi.

Z prezentowanej ryciny wysunąć można wniosek, że w grupie 1 (0-2 lata po diagnozie raka piersi) badane będą zmienne socjodemograficzne i kontekst chorobowy, w grupie 2 (3-5 lat po otrzymaniu diagnozy) PTG oraz dystres (PTSD i obraz ciała), zaś w grupie 3 (6-15 lat po diagnozie) czynniki indywidualne i relacyjne. Pytania badawcze dotyczą natomiast oceny różnic cech socjodemograficznych oraz wybranych zmiennych dla różnych stadiów *survivorship*. Rycina 26 powinna posiadać tytuł „Retrospektywna ocena stresu ....”

Moje wątpliwości budzi liczba badanych kobiet. W pracy czytamy, że „w badaniach wzięło udział 308 kobiet, z czego do analiz włączono wyniki 229 osób” (s. 172). Natomiast w podrozdziale dotyczącym „organizacji i przebiegu badań (s. 178-179) pojawia się informacja, że „rozdano 134 egzemplarze, zwrócono łącznie 109”. Co więcej „pocztą tradycyjną rozesłano 230 kwestionariuszy, odesłano wypełnionych 168” oraz „(...) 48 kwestionariuszy wypełnionych zostało drogą elektroniczną (...), pięć z nich odrzucono z powodu niekompletności danych, a pozostałe dziewięć z powodu niespełniania któregoś z kryteriów doboru do grupy”. Z powyższego wynika zatem, że liczba badanych kobiet wyniosła 311 (109+168+34 = 311), zaś udostępniono 412 kwestionariuszy (134+230+48 = 412). Zatem odsetek nieuwzględnionych w badaniach kwestionariuszy równy był 25%. W pracy brak jest informacji dotyczącej określenia wielkości próby.

W celu określenia wyznaczników PTG Autorka pisze, że zdecydowała się na wybór regresji liniowej metodą wprowadzenia, natomiast tabele 21 (s. 202), 22 (s. 204) i 23 (s. 205) wskazują na zastosowanie metody krokowej.

Z większą starannością powinny zostać przedstawione wyniki w tekście, ponieważ zdarza się, że odbiegają od tych zawartych w tabeli, np. „wiek w tym modelu jest negatywnym predyktorem PTG ( $\beta = -0,23$ ,  $p = 0,032$ )” (s. 201), zaś w tabeli czytamy, że  $\beta = -0,24$  (s. 202); „w tym modelu zauważalne są trzy istotne predyktory: PTSD ( $\beta = 0,35$ ;  $p = 0,034$ ), ruminacje ( $\beta = 0,35$ ;  $p = 0,010$ ) oraz *ego-resiliency* ( $\beta = 0,21$ ,  $p = 0,034$ )”, tabela wskazuje, że w przypadku PTSD  $p = 0,006$ , natomiast *ego-resiliency*  $\beta = 0,31$ ,  $p = 0,003$ . Nieprawidłowy zapis pojawia się również na stronach 202 i 206. Ponadto, w analizach (regresja liniowa) zastosowano więcej niż jeden predyktor, zatem w tekście Autorka powinna powołać się na skorygowane  $R^2$  (przedstawione w tabelach).

Brak jest informacji czy zależności pomiędzy wynikami kwestionariusza BIS a SES oraz Skali Poczucia Atrakcyjności Własnej w Związku (w bibliografii brak jest informacji o tej pozycji) są istotne statystycznie (s. 169).

Autorska ankieta posiadała dwa pytania dotyczące nasilenia intruzywnych myśli na temat choroby zaraz po diagnozie raka piersi „co pozwoliło na wstępne rozeznanie poziomu ruminacji” (s. 175). Moje duże wątpliwości budzi fakt rozpoznania „ruminacji na temat choroby” (s. 175, 225) posiłkując się wyłącznie dwoma pytaniami („Jak ocenia Pani natężenie niechcianych i powracających, nieprzyjemnych myśli nt. choroby?” oraz „Jak sobie Pani z nimi radziła?”; s. 312).

Nie zgodzę się ze stwierdzeniem, że wykorzystanie testu U Manna-Whitneya pozwala na badanie wpływu („Chcąc określić czy stopień centralizacji choroby (...) wpływa na poziom PTG przeprowadzono analizę testem u Manna Whitneya”; s. 187), podobnie jak test Fishera nie bada zależności (s. 191, s. 192-193). Tytuł podrozdziału („Stadium *survivorship* a kontekst chorobowy”) wskazuje, że jego istotą będą badania korelacyjne, gdy tymczasem podrozdział dotyczy analizy porównawczej (s. 193).

Stawiane przez Autorkę argumenty są przemyślane, choć czasami dyskusyjne (np. nie przekonuje mnie argument, że pacjentki onkologiczne oceniające swoje ciało jako nieatrakcyjne podejmują zachowania kompensacyjne w postaci zabiegów rekonstrukcji piersi; s. 226).

Moje uwagi krytyczne nie obniżają w sposób istotny wartości rozprawy doktorskiej. Ufam, że przedstawione kwestie zostaną przez Autorkę wyjaśnione w trakcie publicznej obrony.

#### *Uwagi edytorskie*

Pod względem formalnym rozprawę oceniam umiarkowanie. Poniżej przedstawiam najważniejsze kwestie, na które Autorka powinna zwrócić uwagę przygotowując (kolejne) prace naukowe:

(a) *uwagi edytorskie*: w przypadku podawania strony (np. Vàsquez, 2017, s. 325), omawiany fragment powinien zostać oznaczony jako cytata a nie jako parafraza (np. s. 11, s. 35, s. 45); brak jest informacji, z którego roku pochodziły dane zaczerpnięte z Krajowego Rejestru Nowotworów (s. 19); korekty wymaga podawanie dat (np. „w 2010”, s. 22); w pracy pojawiły się powtórzenia (np. s. 38, s. 71, s. 99, s. 107); zamiast



pojęcia „grafika” (s. 48) proponuję „rycina”, sugeruję zastąpić termin „waga ciała” (np. s. 28) „masa ciała”; termin „trójkomponentowy” pisze się razem (s. 138); zgodnie z zaleceniami APA (2013)<sup>1</sup> należy pisać „DSM-5” (nie zaś DSM-V, s. 50, s. 51, s. 66); w tabeli 21 (s. 202) wartości liczbowe powinni zostać oddzielone przecinkami a nie kropkami; termin pisany kursywą nie powinien być umieszczony w cudzysłowie (np. „*posttrauma*”, s. 62, s. 223); tabele i ryciny powinny być wykonane z większą starannością (np. tabela 3); niektóre pozycje bibliograficzne (s. 270, 271) wymagają wyjustowania;

(b) *błędy językowe* (podkreślenia recenzentki): brak przyimków prostych (np. „w oparciu koncepcję”, s. 12; s. 91, s. 93, s. 158); brak znaku interpunkcyjnego (np. (...) metoda oszczędzająca (...) o charakterze nieinwazyjnym Polega ona na (...), s. 24, s. 36, s. 41, s. 53, s. 54, s. 60, s. 118, s. 150); błędy interpunkcyjne w postaci niewłaściwego użycia przecinków (np. „jak wskazują dane Krajowego Rejestru Nowotworów, wyniki leczenia kobiet w Polsce są wciąż gorsze niż w Europie”, s. 18; s. 21, s. 33, s. 110, s. 210); pominięcie przecinka w wypowiedzeniu złożonym, w którym części składowe są połączone bezpośrednio (np. (...) wiek w którym nastąpił pierwszy żywy poród”, s. 21., s. 37, s. 118); postawienie przecinka przed spójnikami łącznym (np. „podczas samobadania piersi, lub na drodze badań przesiewowych; s. 29; s. 33; s. 34, s. 36, s. 40, s. 60, s. 132); nieprzestrzeganie reguły zaczynania zdań wielką literą (np. s. 11, s. 150, s. 258, s. 259, s. 260), literówki (np. „symptomaologia” s. 49, s. 83, s. 113, s. 150, s. 176, s. 191, s. 192, s. 246, s. 258). Dodatkowo, zapis terminu „ja” powinien zostać ujednolicony, gdyż występuje on: dużą literą (np. s. 86, s. 128), w cudzysłowie małą literą (np. s. 110, s. 127), w cudzysłowie dużą literą (s. 111, s. 115). W odniesieniu do w/w pojęcia pojawiają się także terminy *self* (np. s. 127) oraz „self cielesne” (np. s. 137) i „ja cielesne” (s. 256).

W niektórych zdaniach styl wypowiedzi wymaga korekty (np. „W czasie konferencji uzgodnieniowej w St. Gallen (odbywającej się corocznie), której celem jest wprowadzenie obowiązujących standardów w leczeniu raka piersi, ustalono wytyczne wobec terapii uzupełniającej w raku piersi”, s. 25; „Im wyższy sumaryczny wynik, tym wyższy dystres pochodzący z obrazu ciała” s. 168; „wiąże się (...) z wyższym poziomem habituacji do kortyzolu w odpowiedzi na stres”, s. 254).

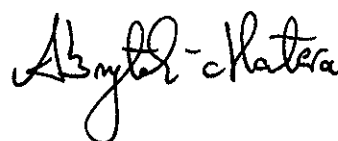
<sup>1</sup> <https://www.psychiatry.org/psychiatrists/practice/dsm/feedback-and-questions/frequently-asked-questions>

Trudno jest mi ocenić czy nieprawidłowa odmiana nazwisk autorów cytowanych badań lub teorii wynikała z nieznamomości zasad odmiany nazwisk obcego pochodzeniach czy niewiedzy Autorki w zakresie płci autorów (np. „zgodnie z modelem Lazarus i Folkman”, s. 47; „teoria Dualnej Reprezentacji Brewin, Dalgleish i Joseph”, s. 52, autorstwa „Davis, Nolan-Hoeksema, Larson (1998)”, s. 75; wszyscy podkreśleni autorzy to mężczyźni, ich nazwiska należy zatem odmienić).

### Konkluzja

Rozprawa doktorska pt. *Podmiotowe i relacyjne wyznaczniki wzrostu potraumatycznego kobiet z rakiem piersi* dotyczy istotnej dla psychologii zdrowia, psychologii klinicznej oraz psychoonkologii problematyki. Wnosi nową wiedzę, którą można wykorzystać w pracy z pacjentkami z nowotworem piersi oraz ich bliskimi. Praca posiada walory poznawcze i aplikacyjne.

**W związku z powyższym (dokonując oceny całości pracy, uwzględniając jej wskazane zalety oraz mankamenty) uważam, że przedstawiona dysertacja spełnia wymagania stawiane rozprawom doktorskim (art. 13 Ustawy z dnia 14 marca 2003 roku o stopniach naukowych i tytule naukowym oraz o stopniach i tytule w zakresie sztuki): jest oryginalnym rozwiązaniem problemu naukowego, wskazuje ogólną wiedzę teoretyczną Autorki oraz umiejętność samodzielnego prowadzenia pracy naukowej. Dlatego też wnoszę do Wysokiej Rady Wydziału Pedagogiki i Psychologii Uniwersytetu Śląskiego w Katowicach o dopuszczenie Pani mgr Anny Brandt-Salmeri do dalszych etapów przewodu doktorskiego.**



Literatura cytowana w recenzji:

- American Psychiatric Association. (2013). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders* (5th ed.). Arlington, VA.
- Giordano, S.H. (2018). Breast cancer in men. *New England Journal of Medicine*, 378, 2311-2320.
- White C. (2000). Body image dimensions and cancer: a heuristic cognitive behavioural model. *Psychooncology*, 9(3), 183-192.
- Yalaza, M., İnan, A., Bozer, M. (2016). Male breast cancer. *The Journal of Breast Health*, 12(1), 1-8.