

## Autoreferat

### 1. Imię i nazwisko

Tomasz Prusiński

### 2. Posiadane dyplomy, stopnie naukowe lub artystyczne – z podaniem podmiotu nadającego stopień, roku ich uzyskania oraz tytułu rozprawy doktorskiej

2006

magister socjologii w zakresie stosowanych nauk społecznych

Wydział Stosowanych Nauk Społecznych i Resocjalizacji, Uniwersytet Warszawski,  
w trakcie studiów ukończone dwie ścieżki specjalizacyjne: *Socjologia wiedzy i historia idei* oraz *Polityka społeczna - Specjalista ds. zatrudnienia*.

2007

studia podyplomowe z pedagogiki

Wydział Pedagogiki, Uniwersytet Warszawski.

2013

doktor nauk społecznych w zakresie psychologii

Instytut Psychologii, Wydział Filozofii Chrześcijańskiej, Uniwersytet Kardynała Stefana Wyszyńskiego w Warszawie

tytuł rozprawy doktorskiej: *Osobowościowe korelaty prywatnych koncepcji wolności u ludzi młodych*.

promotor: prof. dr hab. Elżbieta Aranowska, recenzenci: dr hab. Krzysztof Mudyń,  
prof. UP, dr hab. Henryk Gasiul, prof. UKSW

2016

magister psychologii

Instytut Psychologii, Wydział Filozofii Chrześcijańskiej, Uniwersytet Kardynała Stefana Wyszyńskiego w Warszawie

2022

4,5-letnie szkolenie podyplomowe z psychoterapii

Polski Instytut Ericksonowski w Łodzi, szkolenie atestowane przez Sekcję Naukową Psychoterapii Polskiego Towarzystwa Psychiatrycznego

### **3. Informacja o dotychczasowym zatrudnieniu w jednostkach naukowych lub artystycznych.**

2016 - obecnie

*adiunkt (wcześniej: 2014-2016 wykładowca akademicki)*

Zakład Psychologii Osobowości, Instytut Psychologii, Akademia Pedagogiki Specjalnej im. Marii Grzegorzewskiej w Warszawie

2008 - 2018

*wykładowca akademicki*

Instytut Psychologii, Wydział Filozofii Chrześcijańskiej, Uniwersytet Kardynała Stefana Wyszyńskiego w Warszawie

2015 - 2016

*adiunkt*

Zakład Badań Podstawowych, Katedra Psychologii, Uniwersytet Komisji Edukacji Narodowej w Krakowie

2017- 2018

*adiunkt (następnie: 2018 – obecnie wykładowca akademicki)*

Katedra Psychologii Wyższa Szkoła Rehabilitacji w Warszawie, od 2023 r. Akademia Medyczna Nauk Stosowanych Humanum w Warszawie

4. Omówienie osiągnięć, o których mowa w art. 219 ust. 1 pkt 2 ustawy z dnia 20 lipca 2018r. Prawo o szkolnictwie wyższym i nauce (Dz. U. z 2021 r. poz. 478 z późn. zm.).

#### 4.1 Wiodące osiągnięcia naukowe

**Profesjonalna relacja pomagający – oczekujący pomocy  
a optymalizacja procesu zdrowienia.**

**Identyfikacja strukturalna i analiza kluczowych elementów tworzących  
profesjonalną relację pomagający – oczekujący pomocy  
oraz eksploracja ich udziału w zachowaniach wzmacniających proces powrotu do  
zdrowia i w rezultatach leczenia.**

W moim autoreferacie prezentuję kilka istotnych osiągnięć naukowych. Zasadniczo jednak wyodrębnić można dwa wiodące osiągnięcia naukowe dotyczące **badanej przeze mnie profesjonalnej relacji pomagający – oczekujący pomocy**. Pierwszym znaczącym osiągnięciem jest **wieloaspektowe przeanalizowanie przymierza psychoterapeutycznego i jego udziału w rezultatach procesu leczenia** (w skład osiągnięcia wchodzi 12 artykułów naukowych opublikowanych w latach 2020-2024 w recenzowanych czasopismach naukowych, w większości w czasopismach o międzynarodowym zasięgu, znajdujących się na liście Journal Citation Reports (JCR). Drugim znaczącym osiągnięciem jest **przeanalizowanie sprawiedliwości proceduralnej i legitymizacji, a także ich udziału w zachowaniach wzmacniających proces powrotu do zdrowia** (w skład osiągnięcia wchodzi 3 artykuły naukowe opublikowane w latach 2022-2023 w recenzowanych czasopismach naukowych, dwa z nich w czasopismach o międzynarodowym zasięgu, znajdujących się na liście Journal Citation Reports (JCR). Publikacje naukowe wchodzące w skład tych osiągnięć (pkt 4.1) będę przedstawiał kolejno w trakcie omawiania dorobku. Wskazane wiodące osiągnięcia nie są dziełem współautorskim. Jestem jedynym autorem omawianego poniżej dzieła.

##### 4.1.1 Wprowadzenie

Zanim przedstawię moje wiodące osiągnięcia badawczo-naukowe stanowiące podstawę ubiegania się o stopień doktora habilitowanego, pragnę podkreślić, że za przyjętym przeze mnie sposobem badania profesjonalnej relacji pomagający – oczekujący pomocy i jej

znaczenia dla procesu zdrowienia pacjenta/klienta<sup>1</sup> stoją określone założenia teoretyczne zweryfikowane przeprowadzonymi dotychczas badaniami empirycznymi. Założenia te, obszernie i rzetelnie dyskutowane przeze mnie we *Wprowadzeniach* do moich kolejnych artykułów naukowych, a przedstawione tu jedynie w zarysie, stanowią argument i punkt wyjścia dla zaprojektowanych przeze mnie badań empirycznych oraz uzasadnienie dla moich analiz naukowych.

Większość mojej pracy badawczo-naukowej, której się podjąłem w ostatnich latach, a którą będę opisywał w dalszej części autoreferatu, inspirowana była poniżej zarysowanym paradygmatem rozumienia człowieka, wyjaśniającym sposób jego psychologicznego oraz instytucjonalnego funkcjonowania w sytuacji, kiedy traci zdrowie<sup>2</sup> i poszukuje sposobów by je odzyskać. Moje osiągnięcia badawczo-naukowe uzupełniają niedostatki i luki w wiedzy na temat kluczowych elementów budujących profesjonalną relację pomagający – oczekujący pomocy oraz wskazują wielkość udziału tych elementów w optymalizacji procesu powrotu do zdrowia. Zdrowia rozumianego zwłaszcza jako zrównoważone i optymalne psychiczne i społeczne funkcjonowanie.

#### **4.1.2 Założenia teoretyczne i dotychczasowe wsparcie empiryczne dla badań własnych i analiz**

W ciągu ostatnich lat poczyniono znaczne postępy w identyfikacji czynników promujących właściwe zachowania zdrowotne i w rozpoznaniu warunków sprzyjających przywracaniu zdrowia w sytuacji jego częściowej lub całkowitej utraty (Antonovsky, 2005; Jackson i Pósch, 2019). Badacze poszukujący czynników optymalizujących proces leczenia, jak również uzyskiwane w nim rezultaty, operacjonalizowane zarówno wskaźnikami obiektywnymi, czyli ustąpieniem objawów (Herr i in., 2018), jak i subiektywnymi, czyli wzrostem dobrego samopoczucia pacjenta (Krischer i in., 2019) nie kwestionują już dziś przekonania, że predyktorów jest wiele (Bailey i in., 2021). Różnorodność tych czynników wynika również ze specyficznej sytuacji w jakiej jest pacjent zgłaszający się po wsparcie.

Sytuacja pacjenta poszukującego w systemie zarówno prywatnej jak i publicznej opieki zdrowotnej wsparcia i pomocy w rozwiązaniu osobistych problemów zdrowotnych, jest szczególna. Pacjent będący w kryzysie zdrowia, w porównaniu z dysponującym wiedzą,

---

<sup>1</sup> W autoreferacie, wyłącznie dla jasności i zrozumiałości treści, będę używał jedno z tych określeń: „pacjent”.

<sup>2</sup> W pkt. 4.2 autoreferatu wskazuję także, że człowiek może tracić również inne dobra osobiste i korzystając z na przykład z cywilnych procesów sądowych będących fundamentalną instytucją społeczną powołaną do realokacji zasobów próbuje te dobra odzyskać.

umiejętnościami i wsparciem przedstawicielem dowolnego zawodu medycznego (dla przykładu psychoterapeutą, lekarzem czy fizjoterapeutą), jest w sytuacji wyjątkowo trudnej. W zmaganiach z problemem zdrowotnym towarzyszy mu świadomość jego własnych ograniczeń w radzeniu sobie z nim, wątpliwości dotyczące rozumienia przyczyn i sposobu rozwiązania. Niejednokrotnie samemu trudno mu określić cel i kierunek, w jakim służąca zdrowieniu zmiana powinna następować oraz zakres działań, jakie winien podjąć. Ta asymetria rodzi osobistą niepewność, która wzmocniona brakiem wiedzy, co do konsekwencji, jakie przyniosą różnorodne decyzje pacjenta, jest jego częstym, jeśli nie permanentnym, awersyjnym doświadczeniem (Pérez-Arechaederra, 2019).

Nadto, pacjenci decydujący się skorzystać ze wsparcia instytucjonalnego często wnoszą do relacji ze specjalistą, i w niej realizują, posiadane dotąd nieadaptacyjne behawioralne, emocjonalne i poznawcze profile funkcjonowania (Tanzilli i in., 2018). Te ostatnie, w połączeniu z reakcją specjalisty na nie i jego oczekiwaniami wobec pacjenta formułowanymi w procesie leczenia, mogą powodować u pacjenta dalsze zamieszanie, dystans i jego niepewność (Lind i van den Bos, 2002). Ludzie doświadczający takiego obciążenia starają się go pozbyć lub przynajmniej zmniejszyć jego intensywność (Tyler i in., 2014).

Należy również dodać, że dobro, jakim jest profesjonalne leczenie, jest zasobem niejednokrotnie deficytowym, stąd pacjenci skupiają uwagę i oceniają nie tylko dostęp do tego dobra, ale również sposób potraktowania ich przez personel medyczny, który tym zasobem dysponuje i którego alokacji dokonuje. Estymacja i osądzenie w tym ostatnim zakresie możliwe są przez bycie w relacji z określoną osobą z personelu medycznego oraz jej doświadczenie. Taka prowadzona przez człowieka ocena uważana jest za część jego społecznej natury (Lind i Tyler, 1988).

Wobec tego współczesne modele utrzymania i przywracania zdrowia zakładają, że ludzie, w swoich zachowaniach zdrowotnych i podejmowanych decyzjach, kierują się nie tylko racjonalną kalkulacją, wybierając rozwiązania maksymalizujące ich interes własny i korzyści w postaci powrotu do zdrowia (efekt dystrybutywny; Carroll i in., 2008). Doświadczenie dostępu do fachowego personelu czy profesjonalnych metod leczniczych choć konieczne, nie przesądza o zaangażowaniu w proces zmiany i leczenia. Pomimo kolejnych wizyt w gabinecie specjalisty, pacjenci niekiedy pozostają przy sposobie funkcjonowania, który skutecznie pogłębia ich kryzys chorobowy. Z powodu niedostatku eksplikacyjnych modeli dystrybutywno-racjonalnych zwrócono uwagę na modele relacyjne (Mentovich i in., 2014; Pellegrini, 2017), w których kompetencje relacyjne specjalisty (Stemplewska-



Żakowicz, 2016), a zwłaszcza ufundowaną na ich podstawie profesjonalną relację pomagający – oczekujący pomocy, uznaje się za czynnik optymalizujący proces zdrowienia i wzmacniający jego rezultaty (Czabała, 2013).

Wskazuje się, że właściwa relacja pacjent – specjalista pozwala na zbudowanie odpowiedniego zaufania, pomimo istnienia wspomnianej wyżej asymetrii pacjent – specjalista i otwarcie na proces terapeutyczny, nawet jeśli ten wzbudza różnorodne wątpliwości pacjenta (Howe i in., 2019). Modele te zakładają, że właściwa profesjonalna relacja terapeutyczna pozwala na efektywną pracę, ponieważ sygnalizuje pacjentowi ocenę sytuacji w kategoriach bezpieczeństwa, zaradczości, przewidywalności i kontrolowalności oraz upewnia pacjenta, że otrzymywane faktyczne wsparcie jest odpowiednie (model zarządzania niepewnością; Van den Bos, 2018). To oddala niepewność pacjenta.

O istnieniu optymalnej relacji świadczy również odpowiednia komunikacja (tzw. efekt głosu, tj. umożliwienie pacjentowi wypowiedzenia się, uważne wysłuchanie pacjenta, uwzględnienie jego oczekiwań w procesie leczenia, co pozwala pacjentowi wnioskować o istnieniu wzajemnego porozumienia między specjalistą a nim; Carroll i in., 2008). Optymalne komunikowanie się dlatego jest tak psychologicznie ważne, ponieważ pozwala pacjentowi czuć się uczestnikiem procesu decyzyjnego (Mentovich i in., 2014). Taka komunikacja zaspokaja również potrzebę przynależności (Murray i in., 2019), a jeśli stawką jest własne zdrowie, to bycie wśród tych, którzy kontrolują proces decyzji zdrowotnych, staje się mocnym motywem, którego zaspokojenie jest kluczowe (Deci i Ryan, 2002).

Osiągnięcie wysokiej jakości relacji jest równoznaczne z poczuciem pacjenta, że specjalista szanuje go i rozumie, co przypuszczalnie pozwala pewnie i efektywnie pracować na rzecz zdrowia. To odpowiednia relacja terapeutyczna tworzy okoliczności, dzięki którym pacjent doświadcza ważnego dla siebie poczucia autonomii i sprawstwa (van Prooijen, 2009). Wskazuje się również, że ustanowiona i doświadczana więź jest wartością autoteliczną, ponieważ stanowi przejaw rewerencji i aprobaty, będących zasadniczymi składnikami tożsamości człowieka (Dickerson i Kemeny, 2004).

W relacji terapeutycznej można również doświadczyć osobistego zaangażowania specjalisty. Wzmacnia to chęć samego pacjenta do inwestowania własnego wysiłku i zasobów oraz redukuje osobistą bezsilność, ponieważ upewnia o wysokiej szansie osiągnięcia celu (Burdziej, 2017).

Argumentów, na rzecz rozpatrywania profesjonalnej relacji terapeutycznej jako czynnika leczącego, dostarcza również model salutogenezy (Antonovsky, 2005; Pelikan, 2017). Wskazuje on, że utrzymanie optymalnego poziomu zdrowia człowieka zależy od

transakcji między spostrzeganymi przez niego wymaganiami a jego aktualnymi zasobami. Tym ostatnim nadaje się funkcje adaptacyjne i wzrostowe w kontekście jakości życia (Sęk, 2007). Uzyskanie optymalnej relacji terapeutycznej i pozostawanie w niej stanowi egzogenny zasób, którym człowiek dysponuje w procesie radzenia z trudnościami i ograniczeniami życiowymi, którymi w tym przypadku jest choroba. Jeśli sposób potraktowania przez specjalistę okaże się wzmacniający oraz przywracający poznawczą i emocjonalną równowagę, wówczas należy oczekiwać, że dojdzie do odbudowy sił psychicznych. Indyferentna, pozbawiona szacunku, postawa personelu medycznego staje się kolejnym obciążeniem, które pogłębiając sytuację pierwotnego napięcia, zwiększa ryzyko pozostawania w kryzysie chorobowym (Sęk, 2007).

Profesjonalna relacja pomagający – oczekujący pomocy nie jest jednak monolitem (Czabała, 2013). Przyjmuje różnorodne postacie w zależności zwłaszcza od tego, jakiego rodzaju kryzysu doświadcza pacjent, do jakiej instytucji zgłasza się po pomoc, jaką profesję pełni oferujący pomoc specjalista i w jakich okolicznościach i uwarunkowaniach instytucjonalnych jest ona realizowana. W zależności od określonych okoliczności instytucjonalnych profesjonalna relacja zbudowana jest z różnych elementów, którym nadaje się odmienną wartość w kształtowaniu procesu zdrowienia.

#### **4.1.3 Badania i analizy własne oraz wiodące osiągnięcia naukowe stanowiące podstawę ubiegania się o stopień doktora habilitowanego**

Przedmiotem mojej eksploracji były dwa rodzaje profesjonalnej relacji pomagający – oczekujący pomocy. W swojej pracy badawczo-naukowej podjąłem się analizy relacji psychoterapeuta – pacjent w psychoterapii oferowanej w ramach publicznej służby zdrowia oraz w ramach prywatnych gabinetów psychoterapeutycznych oraz analizy relacji lekarz – pacjent obecnej w leczeniu chorób somatycznych w ramach publicznej służby zdrowia oraz prywatnych gabinetów lekarskich. Obie profesjonalne relacje terapeutyczne są jednak pojęciami bardzo szerokimi i obejmują ogół postaw, myśli i odczuć pacjenta i specjalisty, w ramach warunków, jakie są tworzone dla nawiązania i utrzymania kontaktu ważnego dla osiągnięcia zmiany terapeutycznej, jak również obejmują całość różnorodnych wzajemnych interakcji i powiązań tych dwóch osób, zaangażowanych w proces leczenia.

W literaturze przedmiotu jako kluczowy składnik profesjonalnej relacji psychoterapeuta – pacjent wskazuje się przymierze terapeutyczne (Bordin, 1979; Horvath, 2018), zaś jako kluczowy składnik profesjonalnej relacji lekarz – pacjent podkreśla się

sprawiedliwość proceduralną (uczciwość proceduralna; Tyler i in., 2014) i legitymizację (autorytet specjalisty; Levi i in., 2009).

Poniżej kolejno prezentowane prace badawcze poświęciłem strukturalnej identyfikacji tych składników, ich analizie w ramach polskich publicznych instytucji służby zdrowia oraz lekarskich i psychoterapeutycznych gabinetów prywatnych. Rozpoznawałem udział tych czynników w kształtowaniu postaw i zachowań sprzyjających powrotowi do zdrowia. Badałem rezultaty leczenia w zależności od poziomu jakości przymierza psychoterapeutycznego. Adresowałem zróżnicowane luki w wiedzy na temat tych czynników, zaś uzyskiwane rezultaty analiz i konkluzje z badań były dla mnie niejednokrotnie podstawą formułowania wielu ważnych implikacji dla praktyki klinicznej. Poniżej przedstawiam moje publikacje, omawiam proces badań i analiz i wskazuję przy każdej zakres moich osiągnięć.

#### **4.1.4 Wieloaspektowa analiza przymierza psychoterapeutycznego i jego udziału w rezultatach procesu leczenia**

##### **4.1.4.1 Identyfikacja struktury przymierza psychoterapeutycznego oraz metoda pomiarowa przymierza psychoterapeutycznego i walidacja dobroci pomiaru narzędziem**

Publikacja naukowa:

**Prusiński, T. (2020). Szacowanie przymierza terapeuty i pacjenta w procesie indywidualnej psychoterapii. Adaptacja i właściwości psychometryczne Skali Przymierza w Działaniu (WAI). Badania wstępne. *Polskie Forum Psychologiczne*, 25(3), 353–376.**

**<https://doi.org/10.14656/PFP20200306>**

Badania nad przymierzem psychoterapeutycznym nie mają zbyt długiej historii w polskiej psychologii i psychoterapii. Wydaje się, że istnieje niewielki materiał empiryczny w tym zakresie wynikający z badania wąskiej, biorąc pod uwagę charakterystyki kontekstowe prowadzonego procesu psychoterapeutycznego (np. rodzaj zaburzenia, modalność, w jakiej pracuje psychoterapeuta), grupy pacjentów (Cierpiałkowska i Frączek, 2017; Cierpiałkowska i Kubiak, 2010). Jak mi wiadomo, do momentu rozpoczęcia przeze mnie badań empirycznych polscy psychologowie i psychoterapeuci nie dysponowali pełnymi wartościowymi adaptacjami, czyniącymi zadość standardom psychometrycznym, zagranicznych skal



mierzących jakość relacji psychoterapeutycznej<sup>3</sup>. Celem mojej pierwszej pracy wchodzącej w skład pierwszego znaczącego osiągnięcia naukowego, dotyczącego analizy przymierza psychoterapeutycznego, było przeprowadzenie badań pilotażowych, a następnie na ich podstawie przedstawienie wstępnych rezultatów dotyczących dobroci pomiaru kwestionariuszem operacjonalizującym przymierze psychoterapeutyczne. Wybrałem Skalę Przymierza w Działaniu (*Working Alliance Inventory, WAI*)

Chociaż skala ta znana jest od dziesięcioleci, to nie istniała jej pełna wartościowa polska adaptacja (Chojcka, 2023). Badania dotyczące natury przymierza psychoterapeutycznego wymagały dysponowania najpierw stosowną metodą pomiarową. W ramach powyższego artykułu naukowego po raz pierwszy przedyskutowałem również podstawy teoretyczne przymierza terapeutycznego. Przyjąłem klasyczną koncepcję przymierza psychoterapeutycznego Edwarda Bordina (1979,1994). Za wyborem tego modelu konceptualizującego przymierze stało kilka istotnych założeń w nim przyjętych. W panteoretycznym modelu Bordina zwraca się uwagę na tak istotny dla mojej pracy badawczej wymiar relacyjności w diadzie psychoterapeuta – pacjent. Komponenta współpracy, wzajemnego porozumienia, szacunku i zgodności między osobami diady jest tu silnie podkreślana (Horvath, 2018). Nazwa: „panteoretyczność” wskazuje na uniwersalność tego modelu, którego elementy występują w każdej relacji psychoterapeutycznej, bez względu na orientację teoretyczną, w jakiej pracuje dany specjalista.

W ramach przeprowadzonych badań pilotażowych wstępnie potwierdziłem w warunkach polskiej psychoterapii przyjętą strukturę przymierza psychoterapeutycznego (wykonałem analizy czynnikowe, *CFA*), wykazując, że może być ono rozumiane jako triada celów (poziom współuczestnictwa w uzgodnieniu ważnych celów terapii – komponent poznawczy), zadań (poziom uzgodnienia ważnych zadań, koniecznych do osiągnięcia celów zmiany – komponent behawioralny), i więzi (siła więzi w diadzie – komponent afektywny). Przyjąłem aż cztery różne modele realizacji pomiaru przymierza w działaniu. Po raz pierwszy w powyższej publikacji zaproponowałem konfirmowanie struktury przymierza w działaniu w oparciu nie tylko o separowane oceny pacjenta lub psychoterapeuty (klasyczne podejście stosowane dotychczas przez twórców narzędzia: Horvath i Greenberg, 1989; Horvath, 1994,

---

<sup>3</sup> W publikacjach prof. L. Cierpiątkowskiej i mgr J. Kubiak (2010) wzmiankowane jest o Skali przymierza w działaniu (WAI) i wynikach badań empirycznych z jej użyciem. Jednak prace na skalę nie zostały ukończone przez ten zespół, a ja uzyskałem zgodę prof. L. Cierpiątkowskiej na ich kontynuowanie. Wkład pracy prof. L. Cierpiątkowskiej i mgr J. Kubiak w pracę nad WAI został ujawniony w publikacji: Prusiński, T. (2021). Patients' and psychotherapists' combined and separate evaluations of the psychotherapeutic relationship: the structure of working alliance and Polish versions of the WAI. *Journal of Contemporary Psychotherapy*, 51(4), 323–329.

kontynuatorów badań w tym nurcie, i wskazywane przez *Society for Psychotherapy Research*), ale również w oparciu o łączną ocenę wynikającą z sumowania estymacji cząstkowych: pacjenta i psychoterapeuty. Ten model pomiarowy niesie ze sobą istotną wartość, która była przedmiotem analiz w kolejnych artykułach naukowych mojego autorstwa.

Szeroko wykonałem analizy walidujące dobroć pomiaru skalą WAI. Przeprowadziłem wspomniane analizy czynnikowe, zbadałem interkorelacje podskal oraz oszacowałem rzetelność pomiaru za pomocą kilku współczynników. Rzetelność estymowałem współczynnikiem zgodności wewnętrznej  $\alpha$  Cronbacha, indeksem rzetelności konstruktów CR Jöreskoga, współczynnikiem  $\gamma$  Aranowskiej oraz bazując na ustaleniach teorii generalizowalności: współczynnikiem korelacji wewnątrzklasowej  $\rho^2$  (Aranowska i Rytel, 2013; Brennan, 2010).

Przyjęta przeze mnie strategia walidacyjna przyniosła oczekiwane rezultaty, wskazując na etapie badań pilotażowych zadowalającą dobroć pomiaru skalą WAI. Analizy modelu strukturalnego potwierdziły istnienie trzech dymensji przymierza w działaniu. Przeprowadzenie walidacji psychometrycznej i wykazanie wartości pomiarowych skali umożliwiło mi rozpoczęcie badań naukowych na temat związków przymierza z rezultatami leczenia. Otworzyło również możliwość włączenia wyników polskich badań naukowych poświęconych czynnikom leczącym w psychoterapii do dyskusji międzynarodowej. Stąd kolejne artykuły naukowe publikowałem w większości w periodykach naukowych za granicą.

Rezultaty walidacyjne zaprezentowane przeze mnie w pierwszym raporcie z badań wymagały dalszych potwierdzeń. Pełna identyfikacja struktury przymierza w działaniu, jak również psychometryczna ocena narzędzia, wymagały dalszych rund pomiarowych, w tym także szacowania trafności pomiaru metodami odmiennymi od analiz czynnikowych. Należało zwiększyć wielkość prób klinicznych, zarówno po stronie pacjentów, jak i psychoterapeutów, zapewnić liczniejsze reprezentacje osób o zróżnicowanych charakterystykach z poziomu zmiennych kontekstowych prowadzonego procesu psychoterapeutycznego, by móc wyodrębnić bardziej homogeniczne podgrupy badanych. Kontynuacja tej pracy zaowocowała moją publikacją w *Journal of Contemporary Psychotherapy* i w *Przeglądzie Psychologicznym*.

Publikacja naukowa:

**Prusiński, T. (2021). Patients' and psychotherapists' combined and separate evaluations of the psychotherapeutic relationship: the structure of working alliance and Polish versions of the WAI. *Journal of Contemporary Psychotherapy*, 51(4), 323–329.**  
<https://doi.org/10.1007/s10879-021-09500-z>

Był to główny artykuł naukowy podsumowujący rezultaty badań empirycznych w zakresie strukturalnej identyfikacji przymierza i walidacji narzędzia kwestionariuszowego WAI. Wobec nierozwiązanego do tej pory problemu struktury przymierza psychotherapeutycznego, wiele publikacji naukowych nie potwierdza trójwymiarowej struktury przymierza (Paap i in., 2022), podjąłem się więc badań struktury przymierza w działaniu, sprawdziłem jej zmienność w różnych grupach oceniających proces psychotherapeutyczny (oceny pacjenta, psychotherapeuty, łączna ocena pacjenta i psychotherapeuty, ocena różnicowa między pacjentem i psychotherapeutą). Przedyskutowałem wartość pomiaru przymierza poprzez sumowanie ocen z diady. W ramach tej publikacji zaprezentowałem finalną wersję skali WAI i jej psychometryczną ocenę dobroci pomiaru. Przeanalizowałem dane pochodzące z 262 diad psychotherapeutycznych.

Dowody empiryczne jednoznacznie potwierdziły, że przymierze psychotherapeutyczne nie jest homogeniczne. Strukturalizują go trzy elementy. Przymierze psychotherapeutyczne ukierunkowane jest na cel realizowany określonymi zadaniami przy obecności odpowiednio intensywnej wzajemnej więzi. W przymierzniu poza elementami poznawczo-behawioralnymi (uzgodnione cele i wytyczone zdania) obecna jest więź (element afektywny i zaufania) wskazująca na wymiar relacyjny sojuszu. Potwierdziłem zatem empirycznie bordinowski model wskazujący, że powodzenie procesu leczenia związane jest z obecnością porozumienia na temat interwencji i współpracą w trakcie jego realizacji. Uzyskanie takiej metody pomiarowej (narzędzie WAI) pozwalało w każdym procesie psychotherapii wydobyć i ocenić jakość więzi, tak istotnej w prowadzonym przeze mnie projekcie badawczo-naukowym. Skala WAI uzyskiwała również dobre i bardzo dobre wartości współczynników trafności i rzetelności pomiaru. Moja praca miała również aspekt praktyczny, wprowadziła do polskiej psychotherapii skalę do pomiaru jakości relacji psychotherapeutycznej.



#### 4.1.4.2 Efekt postawy psychoterapeuty wobec jakości przymierza oraz dalsze dowody na trafność metody pomiarowej

Publikacja naukowa:

**Prusiński, T. (2021). Trafność pomiaru kwestionariuszem Przymierza w Działaniu WAI-PC (wersja dla pacjenta) w psychoterapii systemowej osób dorosłych. Dowody z eksperymentu przeprowadzonego metodą zmian nieprzypadkowych. *Przegląd Psychologiczny*, 64(3), 103–111.**

<https://doi.org/10.31648/pp.7333>

W kolejnym etapie badań nad przymierzem psychoterapeutycznym przeprowadziłem *quasi*eksperyment metodą zmian nieprzypadkowych (Cronbach i Meehl, 2005). Założyłem dwa cele. Pierwszy związany był z potrzebą wykazania metodą inną niż analiza czynnikowa trafności teoretycznej skali WAI, zaś drugi adresował pytanie, czy postawa psychoterapeuty we wczesnym etapie procesu nawiązywania przymierza będzie miała znaczenie dla jego jakości. W procedurze eksperymentalnej przeprowadzono manipulację polegającą na celowej intensyfikacji starań psychoterapeuty o jakość relacji psychoterapeuta – pacjent (w jednej z porównywanych grup aktywność psychoterapeuty świadcząca o większej trosce o relację z pacjentem, kierowanie uwagi na uzgadnianie celów, itd.).

Wynikami z przeprowadzonego *quasi*eksperymentu potwierdziłem trafność teoretyczną narzędzia WAI w zakresie zmian nieprzypadkowych. Kwestionariusz okazał się wrażliwy na zmianę intensywności doświadczeń pacjenta w relacji z psychoterapeutą. Pacjenci w grupie, w której psychoterapeuta celowo zwiększał aktywność świadcząca o większej trosce o relację z pacjentem, ocenili wyżej jakość przymierza w działaniu, zarówno w wyniku ogólnym jak i jego trzech wymiarach. Badanie miało swoje implikacje praktyczne. Wyniki wskazały, że intencjonalne działania psychoterapeuty przyczyniają się do wzrostu jakości przymierza psychoterapeutycznego we wczesnej fazie zawiązywanej relacji. Jakość przymierza psychoterapeutycznego, dzięki celowej i przemyślanej aktywności oraz dyrektywności psychoterapeuty, może być podwyższana.

#### 4.1.4.3 Przymierze psychoterapeutyczne jako czynnik wzmacniający efektywność psychoterapii

Publikacja naukowa:

**Prusiński, T. (2022). Przymierze w działaniu a doraźne i trwałe rezultaty procesu terapii. Identyfikacja i analiza wpływu relacji terapeutycznej na jakość życia pacjentów. *Psychiatria Polska*, 56(3), 571–590.**

**<https://doi.org/10.12740/pp/onlinefirst/130280>**

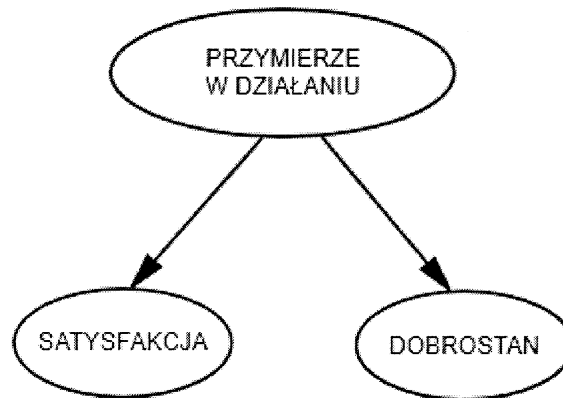
Moja następna publikacja naukowa dotyczyła zagadnienia diskutowanego w literaturze do chwili obecnej, mianowicie czynników faktycznie leczących i kryteriów efektywności psychoterapii. W swoich analizach poszerzyłem perspektywę i przenieśliem uwagę z badania samego przymierza psychoterapeutycznego na jego udział w bieżących i trwałych rezultatach procesu leczenia psychoterapią. Przedyskutowałem różne stanowiska w tej kwestii, od podejść potwierdzających udział elementów relacji psychoterapeutycznej w zwiększaniu skuteczności psychoterapii (Czabała, 2013) do podejść podających w wątpliwość wartość tych elementów dla efektywności procesu leczenia (Kazdin, 2007; Kazdin, 2009).

W dotychczasowych badaniach poświęconych przymierzowi psychoterapeutycznemu i rezultatom psychoterapii zazwyczaj skupiano się na szacowaniu związku między nimi poprzez wykazywanie ustąpienia objawów choroby. W moich badaniach założyłem, że powrót do zdrowia odbywa się nie tylko w związku ze spadkiem objawów choroby, ale również poprzez to, że człowiek zaczyna doświadczać autonomii, sprawstwa, rozwija się, akceptuje siebie, posiada cele życiowe i ma właściwe relacje z innymi (efekty psychoterapii operacjonalizowałem wskaźnikami subiektywnymi). Postawione pytania badawcze odnosiły się do tego, czy przymierze w działaniu wzmacnia bieżącą jakość życia, zarówno pod względem dobrego samopoczucia, jak i bardziej trwale: czy przymierze w działaniu oddziałuje na możliwości rozwojowe pacjentów i ich dobrostan psychologiczny. W celu weryfikacji hipotez o istnieniu wpływu przymierza na satysfakcję z życia i dobrostan psychologiczny, przeprowadziłem zaawansowaną analizę modelowania równań strukturalnych (SEM). Przetestowałem 18 modeli. W celu weryfikacji hipotez o związkach przymierza i jego wymiarów z wymiarami satysfakcji z życia i dobrostanu psychologicznego

przeprowadziłem analizę korelacji. Główne zależności analizowane przedstawia Rysunek 1, 2, 3<sup>4</sup>.

Rysunek 1

*Model zależności bezpośrednich między przymierzem w działaniu a satysfakcją z życia i dobrostanem.*



Rysunek 2

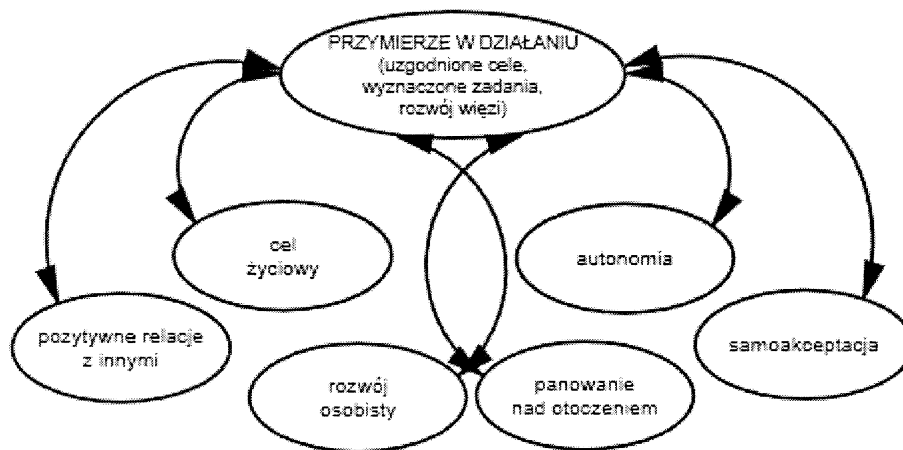
*Model zależności między przymierzem i jego wymiarami a wymiarami satysfakcji z życia.*



<sup>4</sup> Na kolejnych rysunkach nie przedstawiono wyników uzyskanych w rozpatrywanych modelach równań strukturalnych czy pochodzących z analiz korelacji, ponieważ graficzna prezentacja wszystkich wyników uczyniłaby rysunki nieczytelnymi. Najważniejsze, niekiedy uśrednione wyniki, zdecydowałem się przedstawić w treści autoreferatu.

Rysunek 3

Model zależności między przymierzem i jego wymiarami a wymiarami dobrostanu psychologicznego.



Dokonałem ważnych ustaleń, które następnie przedyskutowałem. Przymierze w działaniu nie jest związane z doraźnymi efektami leczenia (uzyskano  $\beta^5$  niekiedy bardzo niskie, wszystkie nieistotne statystycznie), co oznacza, że nie zwiększa bieżącej satysfakcji z życia. Zmagania, związane z poszukiwaniem optymalnych strategii funkcjonowania w życiu, mogą łączyć się z różnymi odczuciami, w tym również z dyskomfortem. Okazało się również, że przymierze w działaniu wiąże się z jakością życia rozumianą jako trwały, adaptacyjny rozwój ( $M\beta^6=0,593$ ; wartości  $\beta$  dla rozpatrywanych modeli między 0,526 a 0,724).

Przymierze psychoterapeutyczne współwystępuje zwłaszcza z umiejętnością wchodzenia pacjenta w głębokie i pełne zaufania relacje z innymi ( $rho=0,52$ ). Przepuszczalnie nie bez znaczenia jest wysoka jakość samej więzi psychoterapeutycznej, której doświadcza pacjent ( $rho=0,51$ ). Pacjenci pozostający w silnym przymierzu w działaniu raportowali większe panowanie nad otoczeniem, tj. kluczowe dla rozwoju człowieka poczucie sprawstwa, kompetencji, a także zdolność do przekształcania otoczenia zgodnie ze swoimi potrzebami i wartościami oraz radzenia sobie ze złożonymi warunkami środowiskowymi ( $rho=0,41$ ; sam element *więź* skorelowany był na poziomie  $rho=0,35$ ). Związki z przymierzem psychoterapeutycznym o trochę mniejszej sile odnotowano dla pozytywnej, ale i realistycznej postawy wobec samego siebie ( $rho=0,25$ ; element *więź* skorelowany był na poziomie  $rho=0,28$ ) oraz dla poczucia niezależności i samosteroowności wzmacniającej

<sup>5</sup>  $\beta$  – współczynnik ścieżkowy SEM;

<sup>6</sup>  $M\beta$  – uśredniony standaryzowany współczynnik ścieżkowy;

optymalną regulację zachowania ( $\rho=0,22$ ; element więź skorelowany był na poziomie  $\rho=0,27$ ). Przedstawione wyniki badań wspierały perspektywę rozumienia przymierza psychotherapeutycznego jako czynnika wzmacniającego dobrostan psychologiczny pacjentów, a jego wymiaru więzi jako kluczowego dla istnienia tych wzmocnień. Przymierze nie było związane z doświadczaniem bieżącej przyjemności.

Publikacja naukowa:

**Prusiński, T. (2022). The strength of alliance in individual psychotherapy and patient's wellbeing: The relationships of the therapeutic alliance to psychological wellbeing, satisfaction with life, and flourishing in adult patients attending individual psychotherapy. *Frontiers in Psychiatry, 13*, 827321.**  
**<https://doi.org/10.3389/fpsy.2022.827321>**

W badaniach, których wyniki opublikowałem w czasopiśmie *Frontiers in Psychiatry*, kontynuowałem pytanie badawcze dotyczące związków przymierza psychotherapeutycznego z rezultatami leczenia. Określenie tego, jakie komponenty z całego procesu psychotherapeutycznego pełnią kluczową rolę w zdrowieniu pacjenta, jest ważne, ponieważ skutkuje lepszym rozumieniem, czym jest proces leczenia i jak można go optymalizować. Artykuł ten traktuję jako jeden z głównych prezentujących ustalenia i konkluzje w związku z postawionym w tytule autoreferatu zagadnieniem.

Zwiększyłem i bardziej zróżnicowałem pod względem zmiennych kontekstowych próbę badawczą pacjentów i psychotherapeutów. Analizy przeprowadziłem szerzej, nie koncentrując się na zmniejszeniu objawów oraz interpersonalnego czy poznawczego upośledzenia w funkcjonowaniu, ale uwzględniając zmienne jakości życia będące integralną częścią procesu przechodzenia od dysfunkcji do adaptacji. Poza analizowaną już satysfakcją z życia i dobrostanem psychologicznym, wprowadziłem dodatkową zmienną objaśnianą, *prosperowanie*, czyli doświadczenie jakości funkcjonowania w ważnych obszarach, takich jak: relacje, samoocena czy optymizm. Sprawdziłem również, czy wielkość związku między przymierzem w działaniu a zmiennymi objaśnianymi, zmienia się w zależności od tego, kto jest źródłem informacji o jakości przymierza: pacjent czy ocena wspólna: pacjenta i psychotherapeuty.

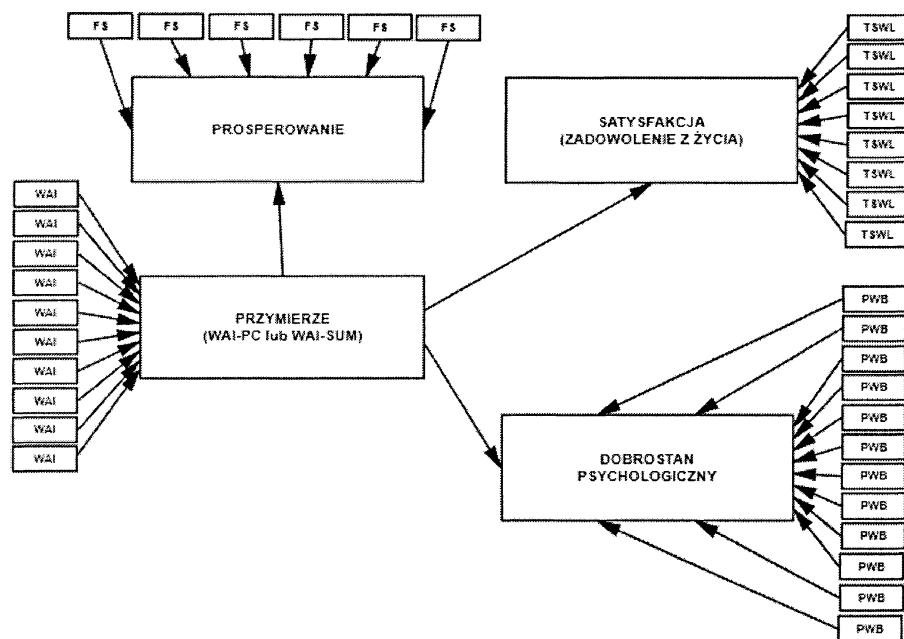
Analizy, weryfikujące bezpośrednie zależności między przymierzem a dobrostanem, zadowoleniem z życia i prosperowaniem, przeprowadziłem korzystając z zaawansowanej



metody modelowania równań strukturalnych (SEM). Rozpatrywałem 16 modeli SEM. Celem analiz zależności między wymiarami przymierza a wymiarami dobrostanu, zadowolenia z życia a prosperowania, przeprowadziłem analizy korelacji. Z uwagi na poziom skomplikowania niektórych modeli analizowanych w artykule, na Rysunku 4, przedstawiam jedynie uproszczony poglądowy model zasadniczych rozpatrywanych zależności.

Rysunek 4

*Uproszczony model bezpośrednich zależności między przymierzem w działaniu a dobrostanem, zadowoleniem z życia i prosperowaniem.*



Adnotacja. WAI-PC – separowany szacunek przymierza oparty na ocenie pacjenta; WAI-SUM – szacunek przymierza dokonany przez pacjenta i psychoterapeutę; FS – prosperowanie, TSWL - satysfakcja z życia, PWB - dobrostan psychologiczny – zaplecze pomiarowe poszczególnych zmiennych

Rezultaty analizy układu równań strukturalnych potwierdziły, że silne przymierze psychoterapeutyczne jest kluczowe dla optymalnego funkcjonowania i dobrostanu pacjentów. Wykazałem, że przymierze okazało się predyktorem dobrostanu, bieżącej satysfakcji i prosperowania. Silne przymierze towarzyszy zwłaszcza poprawie dobrostanu psychologicznego ( $M\beta=0,38$ ). O mniejszej sile odnotowałem związku przymierza w działaniu i bieżącej satysfakcji ( $M\beta=0,29$ ) oraz prosperowania ( $M\beta=0,16$ ).

Wyniki analiz korelacji wskazały istotne powiązania między wymiarami przymierza a zmiennymi objaśnianymi. Zwłaszcza istotne były związki z więzią psychoterapeutyczną.

Rozwój więzi w relacji pacjent – psychoterapeuta związany jest ze wzmocnieniem bieżącej satysfakcji z życia, również przyszłość spostrzegana jest przez pacjenta jako przyjemniejsza, a jej warunki jako bardziej akceptowalne. Efekt relacji odnotowano też dla poczucia sprawstwa pacjenta i radzenia sobie ze złożonymi warunkami społecznymi oraz dla poczucia niezależności i nieulegania zewnętrznym naciskom. Podkreślić należy również, że doświadczenie przez pacjenta silnej więzi psychoterapeutycznej wiązało się z umiejętnością doświadczania ciepłych i pełnych zaufania relacji z innymi ludźmi, wchodzenia w relacje głębokiej przyjaźni i intymności.

Siła opisanych wyżej związków nie była duża, wahała się w granicach  $rho = 0,21-0,30$ . Przytoczyłem tylko najważniejsze z szeregu odkryć poczynionych w tej analizie. Ustaliłem zatem, że optymalne przymierze psychoterapeutyczne, również jego element więzi, wydaje się być warunkiem skutecznego leczenia, rozumianego szeroko, jako dojrzewanie i rozwój osobisty.

Wyniki tego studium empirycznego miały swoje implikacje dla praktyki klinicznej, ponieważ wskazałem na rolę przymierza i jego elementów we wzmacnianiu potencjału rozwojowego pacjentów korzystających z psychoterapii.

Przeprowadzone przeze mnie analizy miały oczywiście swoje ograniczenia. Za najważniejsze uznałem brak możliwości rozpatrywania powiązań przymierze – rezultaty leczenia w szerszej, niż pozwalał na to pojedynczy pomiar, perspektywie czasowej oraz w bardziej homogenicznych z uwagi na zmienne kontekstowe, tj. np. rodzaj zaburzenia, czy modalność psychoterapeuty, grupach badanych. Potencjalnie różnicujący jakość zawiązywanego przymierza charakter tych zmiennych był dyskutowany w literaturze. Ustalenia w tym zakresie nie są wystarczające. Moje kolejne badania i publikacje naukowe były próbą przyjrzenia się temu ostatniemu zagadnieniu, zróżnicowaniu jakości przymierza terapeutycznego w zależności od zmiennych kontekstowych prowadzonego procesu leczenia i adresowały istniejące w tym zakresie luki w wiedzy.

#### 4.1.4.4 Zróźnicowanie jakości przymierza psychoterapeutycznego w zależności od wartości zmiennych kontekstowych prowadzonego procesu leczenia

Publikacja naukowa:

**Prusiński, T. (2022). The active factor of alliance in psychotherapy: differentiation of therapeutic alliance quality according to the psychotherapist's theoretical orientation and type of disorder. *Mental Health Review Journal*, 27(3), 355–367.**

**<https://doi.org/10.1108/MHRJ-12-2021-0091>**

Zgromadzony w kolejnych rundach pomiarowych materiał empiryczny pozwolił mi na przeprowadzenie analiz poświęconych przymierzowi w działaniu i zróźnicowaniu jego jakości w zależności od orientacji teoretycznej psychoterapeuty i rodzaju zaburzenia doświadczanego przez pacjenta. Istnieje niewielki materiał empiryczny dotyczący tego, od jakich czynników zależy jakość samego przymierza w działaniu i pod wpływem jakich czynników ulega ono formowaniu się.

Nie ma jednoznacznych wyników dotyczących tego, czy rodzaj prowadzonej psychoterapii, odzwierciedlający teoretyczną orientację psychoterapeuty, ma znaczenie dla jakości nawiązanego sojuszu<sup>7</sup> psychoterapeutycznego (Cirasola i in., 2022; Horvath i in., 2011; Raue i in., 1997). Dalszej eksploracji wymagał również przypuszczalny związek między rodzajem zaburzeń leczonych za pomocą psychoterapii a jakością przymierza psychoterapeutycznego. Wyniki badań wskazywały, że w przypadku niektórych zaburzeń psychicznych i behawioralnych istnieje wysokie prawdopodobieństwo rozpadu przymierza psychoterapeutycznego (Cierpiałkowska i Frączek, 2017). Dotyczyło to pacjentów uzależnionych od substancji psychoaktywnych oraz osób doświadczających psychoz, pacjentów z zaburzeniami osobowości (Safran, 2009) czy osób cierpiących na zespół stresu pourazowego (Sijercic i in., 2021). W zakresie różnicującego wpływu na jakość przymierza najczęściej uwagi poświęcano podejściu behawioralnemu i psychodynamicznemu. Moje badania znosiły tę nierównowagę ponieważ w swoich analizach uwzględniłem podejście systemowe i ericksonowskie oraz Gestalt (to ostatnie miało najmniejszą reprezentację badanych). W zakresie zaburzeń zdrowia psychicznego sprawdziłem różnicujący wpływ na

---

<sup>7</sup> W literaturze przedmiotu słowo „sojusz” jest często używane zamiennie ze słowem „przymierze” (Lambert, 2004; Horvath, 2018). Tak również przyjąłem w tym autoreferacie.

przymierze zaburzeń adaptacyjnych, zaburzeń nastroju i zaburzeń związanych z uzależnieniem.

Zasadnicze ustalenia pochodziły z analiz wariacji jakości przymierza z uwagi na orientację psychoterapeuty i zaburzenie pacjenta. Najlepszą jakość przymierza uzyskałem w przypadku modalności behawioralno-poznawczej. Ta orientacja psychoterapeutyczna okazała się być najskuteczniejszą w rozwijaniu profesjonalnej więzi psychoterapeutycznej w porównaniu z psychoterapiami uznawanymi za bardziej więziotwórcze (np. psychodynamiczne, Gestalt). Pozostałe rozpatrywane podejścia nie różnicowały jakości przymierza. Ustaliłem również, że rozpatrywane rodzaje zaburzenia nie charakteryzują się różnicującym potencjałem wobec przymierza, również wobec jego dymensji.

Choć były to wartościowe ustalenia, byłem jednak świadomy potencjalnych ograniczeń tak zgromadzonych danych jak i przeprowadzonej analizy. Procesy psychoterapeutyczne badane były punktowo, w określonym momencie. Nie kontrolowano na przykład tego, czy proces nie był zagrożony niespodziewanymi, tak negatywnym jak i pozytywnymi, przeżyciami, załamaniem relacji czy też jej fluktuacją. Mogło to mieć wpływ na ocenę jakości przymierza. Wartościowe analizy w podejmowanym temacie mogłyby być przygotowane na podstawie danych zgromadzonych w planie badań podłużnych (dla określonej modalności czy też rodzaju zaburzenia). W pewnym zakresie takie badania zostały przeze mnie zaplanowane i przeprowadzone. Będę je referował poniżej.

Publikacja naukowa:

**Prusiński, T. (2023). Factors promoting alliance quality: Differentiation of therapeutic alliance according to the formal aspects of the psychotherapeutic process and demographic variables. *The European Journal of Psychiatry*, 37(3), 190–198.**

<https://doi.org/10.1016/j.ejpsy.2022.11.002>

Analizowałem zróżnicowanie jakości przymierza psychoterapeutycznego w zależności od formalnych aspektów procesu psychoterapeutycznego i zmiennych demograficznych opisujących pacjenta i psychoterapeutę. Zgromadzony dotychczas w systematycznych badaniach materiał empiryczny, dotyczący zależności jakości przymierza psychoterapeutycznego od tych zmiennych, zachęcał mnie do dalszych poszukiwań i analiz w tym obszarze. Wiedza w tym zakresie wydaje się daleka od kompletności, zwłaszcza w Polsce, gdzie jakość współpracy jest oceniana znacznie rzadziej. Najczęściej brane pod

uwagę czynniki należą do kategorii umiejętności osobistych psychoterapeutów czy motywacji pacjentów.

W swoich analizach skupiłem się na badaniu efektu czterech formalnych aspektów procesu psychoterapii: doświadczenia zawodowego psychoterapeuty, liczby odbytych sesji, częstotliwości spotkań psychoterapeutycznych oraz długości sesji. Przymierze terapeutyczne było również analizowane pod kątem efektu zmiennych demograficznych: płci i wieku pacjenta i psychoterapeuty, wykształcenia pacjenta, stanu cywilnego pacjenta, tj. bycia w relacji romantycznej. Potencjalne związki formalnych aspektów procesu psychoterapii z jakością przymierza weryfikowałem rezultatami przeprowadzonej analizy modelu równań strukturalnych. Brałem pod uwagę estymację przymierza pochodzącą z wielu źródeł: pacjenta, psychoterapeuty i ocenę łączną. Weryfikację różnicującego wpływu zmiennych demograficznych przeprowadziłem z użyciem testów różnic.

Ustaliłem, że czynnikami sprzyjającymi jakości przymierza terapeutycznego są: doświadczenie zawodowe psychoterapeuty ( $M\beta=0,25$ ) oraz częstotliwość sesji psychoterapeutycznych ( $M\beta=0,23$ ). Długość sesji jest również takim czynnikiem, choć w niewielkim stopniu ( $M\beta=0,12$ ). Jakość relacji wzrasta, gdy psychoterapeuta jest bardziej doświadczony, a pacjent uczęszcza na sesje regularnie i często. Badanie przyniosło interesujący wynik dotyczący wpływu długości procesu psychoterapeutycznego ( $M\beta=-0,24$ ), operacjonalizowanego jako liczba odbytych sesji, ujawniając, że przymierze miało tendencję do pogarszania się wraz z upływem czasu. W powyżej wskazanym artykule naukowym szeroko przedyskutowałem wyniki uwzględniając czynniki potencjalnie moderujące ten efekt (np. dyskomfort pacjenta, jego opór, oczekiwania psychoterapeuty na bardziej zaawansowanym etapie leczenia, fluktuacja dotycząca siły relacji występującej szczególnie w długich procesach leczenia).

Wyniki badania nie pozwoliły mi na identyfikację demograficznych wyznaczników jakości przymierza psychoterapeutycznego. Ani płeć, ani wiek, ani wykształcenie, ani też to, czy pacjent jest osobą samotną czy w związku, nie determinują jakości przymierza. Wydaje się zatem, że oczekiwanie przymierza w psychoterapii jest powszechne; w takim samym stopniu sojuszu oczekują osoby w różnym wieku i o różnym poziomie wykształcenia, niezależnie od obecności lub braku bliskich relacji interpersonalnych w ich życiu.

Jedynym wyjątkiem był rozwój więzi w procesie psychoterapeutycznym. Okazało się, że mężczyźni potrzebują nieco silniejszego przymierza terapeutycznego niż kobiety. Można to przypuszczalnie rozumieć w następujący sposób: przymierze w psychoterapii jest także po części formalną umową dotyczącą konkretnych działań, które należy wykonać, aby osiągnąć

określone efekty leczenia. Z innych badań wynika, że mężczyźni generalnie budują silniejsze relacje interpersonalne, gdy relacje te opierają się na jasno określonym celu i działaniach prowadzących do osiągnięcia tego celu (Dwyer, 2005; Prusiński, 2016). Być może podobnie traktują przymierze i stąd ich potrzeba silniejszej więzi emocjonalnej z psychoterapeutą w trakcie leczenia.

Wcześniejsze analizy dotyczące wpływu zmiennych na jakość sojuszu zwykle uwzględniały czynniki z kategorii osobowości i motywacji. W niniejszym badaniu ich nie uwzględniłem. Prawdopodobnie niektóre ze zmiennych analizowanych w tym badaniu są moderatorami między jakością sojuszu a czynnikami osobowościowymi lub motywacyjnymi.

#### **4.1.4.5 Zgodność w szacowaniu przymierza między stronami diady psychoterapeutycznej a efekty leczenia psychoterapią**

Publikacja naukowa:

**Prusiński, T. (2024). Consensus on alliance quality in the psychotherapeutic dyad and its differentiating effect on treatment outcomes in patients with adjustment disorders. *Journal of Contemporary Psychotherapy*, 54(1), 1–8.**  
**<https://doi.org/10.1007/s10879-023-09591-w>**

W kolejnej publikacji zająłem się niezwykle ważnym tematem dotyczącym przymierza psychoterapeutycznego, mianowicie analizą zgodności w szacowaniu przymierza między stronami diady: pacjentem a psychoterapeutą. Sprawdziłem również, czy zwiększenie konsensusu między pacjentem a psychoterapeutą, co do oceny jakości przymierza, związane jest z lepszymi efektami leczenia.

W powyższym artykule szeroko przedyskutowałem zagadnienie zbieżności perspektyw pacjenta i psychoterapeuty. Dotychczasowe badania wykazały, że zbieżność percepcji pacjenta i psychoterapeuty na temat jakości przymierza jest umiarkowana i zmienna w trakcie procesu leczenia (Atzil-Slonim i in., 2015; Tyron i in., 2007). Ustalono, że to psychoterapeuci znacznie zaniżają ocenę sojuszu ze swoimi pacjentami. Nie ustalono jednoznacznie tego, czy konsensus między pacjentem a psychoterapeutą dotyczący jakości współpracy jest wyższy na początku leczenia niż na późniejszych etapach (Marmarosh i Kivlighan, 2012; Laws i in., 2017). Moje badania w tym zakresie określały również inną kwestię, czy odnotowana zbieżność pacjenta i psychoterapeuty w postrzeganiu ich relacji jest

związana z wynikami leczenia. Do tej pory istnieje niewiele badań na ten temat. Uważa się, że różnice w postrzeganej jakości przymierza mogą odzwierciedlać brak wzajemnej jasności i zrozumienia celów terapii lub niską postrzeganą siłę więzi, co może utrudniać pożądaną zmianę u pacjenta (Eubanks-Carter i in., 2010).

Badanie to miało ważną praktyczną implikację, skoro bowiem jakość doświadczanego przymierza konstryuuje sukcesy i niepowodzenia leczenia psychoterapią, to wiedza o tym, jak doświadczane jest przymierze, równocześnie przez pacjenta i psychoterapeutę, pozwoli odpowiednio zarządzać procesem, aby współpraca była skuteczna i nie groziła przerwaniem leczenia.

Precyzyjny plan badawczy i wyniki uzyskane z przeprowadzonych badań empirycznych pozwoliły mi na analizę rozbieżności między postrzeganiem relacji przez pacjenta i psychoterapeutę w określonych punktach czasowych podczas trwania procesu terapeutycznego, sprawdzenie, kto w diadzie zaniża oceny przymierza, oszacowanie, czy rozbieżność między ocenami przymierza (o ile występuje) zmniejsza się w trakcie psychoterapii oraz czy zbieżność ocen przymierza terapeutycznego w trakcie psychoterapii jest większa w diadach obejmujących pacjentów z lepszymi wynikami leczenia.

Przeprowadziłem trzykrotny pomiar przymierza i dwukrotny wyników leczenia w planie podłużnym. Analizowałem naturalne procesy psychoterapeutyczne od początku do zakończenia ich trwania (13-17 miesięcy). Z uwagi na wyeliminowanie potencjalnych zmiennych ubocznych wpływających na wyniki pomiaru, wybrałem pacjentów cierpiących na zaburzenia adaptacyjne (łagodna psychopatologia), a psychoterapeutę pracującego w modalności systemowej. Określiłem i zrealizowałem dość rygorystyczny harmonogram pomiarowy (pomiar w fazie wstępnej, średniej i schyłkowej procesu; wyeliminowałem sesje konsultacyjne, podsumowujące oraz sesje ze schyłkowej fazy leczenia<sup>8</sup>). Wspominam tutaj o tym dla podkreślenia ilości wartościowej pracy, jaka została przeze mnie włożona, w przeprowadzenie tych badań empirycznych. Badania w takim rygorze prowadzone są rzadko.

Ustalenia poczynione w tym studium empirycznym uważam za znaczące. Przeprowadzone analizy (testy różnic) pozwoliły na zanotowanie rozbieżności w ocenie przymierza wczesnego i środkowego. W pomiarze schyłkowego przymierza rozbieżność jest obecna, ale nieistotna statystycznie. Terapeuci ocenili jakość przymierza niżej niż pacjenci w każdym momencie pomiarowym. Analizując rozbieżności w ocenach przymierza w miarę

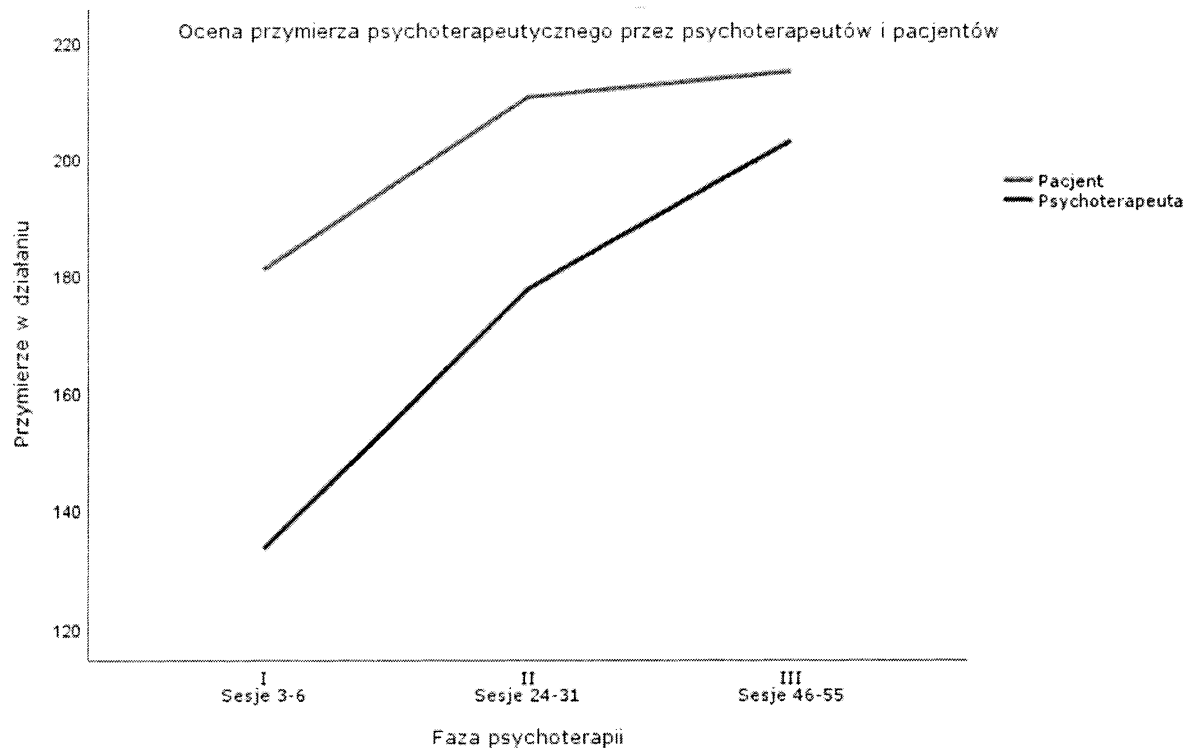
---

<sup>8</sup> Szczegółowy opis zamieściłem w artykule.

postępu psychoterapii, chociaż ustalono istnienie rozbieżności między pacjentem a psychoterapeutą w ocenie przymierza, to były one różne między kolejnymi etapami leczenia. Zmniejszały się one w miarę postępu psychoterapii. Zmiany w zakresie ocen przymierza podsumowuje Wykres 1.

Wykres 1

*Zmiany ocen przymierza pacjenta i psychoterapeuty w miarę leczenia psychoterapią.*



Używając wskaźnika rzetelności zmiany (RCI) oceniającego kliniczne znaczenie wyników psychoterapii i przeprowadzając analizę testem różnic ustaliłem, że spadek rozbieżności w ocenie przymierza pacjent – terapeuta między początkową a końcową fazą psychoterapii był podobny między grupami pacjentów z bardziej i mniej skutecznym leczeniem. Postulat, że większa zbieżność w ocenie przymierza będzie obecna w grupie pacjentów z wyższymi wynikami leczenia, został odrzucony. Sugeruje to, że zbieżność postrzegania przymierza psychoterapeutycznego nie jest niezbędną do dokonania zmiany. Wyniki zostały przedyskutowane w artykule, odnosząc bieżące ustalenia do dotychczasowego stanu wiedzy.



#### 4.1.4.6 Rozwój przymierza w czasie leczenia a efekty leczenia psychoterapią

Publikacja naukowa:

**Prusiński, T. (2024). The linear pattern of therapeutic alliance development: Exploring the relationship between alliance trajectories over time and the outcomes of systemic psychotherapy treatment for adaptation disorders. *Counselling and Psychotherapy Research*, 1–15.**

**<https://doi.org/10.1002/capr.12753>**

Wyniki z omówionego powyżej studium empirycznego pozwoliły mi na dokonanie analiz i uzupełnienie wiedzy w innym ważnym dla zrozumienia przymierza psychoterapeutycznego zakresie: trajektorii rozwoju przymierza terapeutycznego w średnioterminowej indywidualnej psychoterapii oraz różnic w rozwoju przymierza między grupami o różnych wynikach leczenia.

Chociaż ustalenia wcześniejszych zespołów badawczych wskazywały, że przymierze nie jest stabilnym zasobem w procesie psychoterapeutycznym (Beiling i in., 2023; Folmo i in., 2021), to jego rozwój nie został wyczerpująco zbadany (Gelso, 2014). Badania w tym zakresie są rzadkie, a wyniki zróżnicowane.

Wyniki analiz niektórych zespołów empirycznych wskazują na liniowość rozwoju przymierza (przymierze stale się zmienia, a charakter tej zmiany można zilustrować za pomocą rosnącej, dodatnio nachylonej linii). Zespół Kramera (2009) zaobserwował stabilne i liniowe wzorce wzrostu przymierza w krótkiej terapii psychodynamicznej. Podobnie Bachelor i Salome (2000) stwierdzili liniowy wzrost sojuszu, z charakterystycznym łagodnym gradientem, i jako taki, był on związany z lepszymi wynikami leczenia psychoterapeutycznego. Jednak wyniki badań nie zawsze wskazują liniowy wzrost. Zespół badawczy Stilesa (2004) znalazł trzy różne wzorce: U-kształtny, stabilny i liniowy wzrost, natomiast zespół Schürmann-Vengels (2022), dokonując wielopoziomowej analizy krzywej wzrostu, zidentyfikował kwadratową trajektorię wzrostu przymierza.

Nadto, badania trendów rozwojowych przymierza prowadzone są głównie w przypadku psychoterapii psychodynamicznych czy behawioralno-poznawczych. Analiza rozwoju przymierza w psychoterapii systemowej jest rzadko podejmowana. Rzadkością są również badania dynamiki przymierza w kontekście uzyskiwanych rezultatów leczenia. Rozwój sojuszu terapeutycznego bywa zwykle badany w krótkich procesach leczenia (np. 20

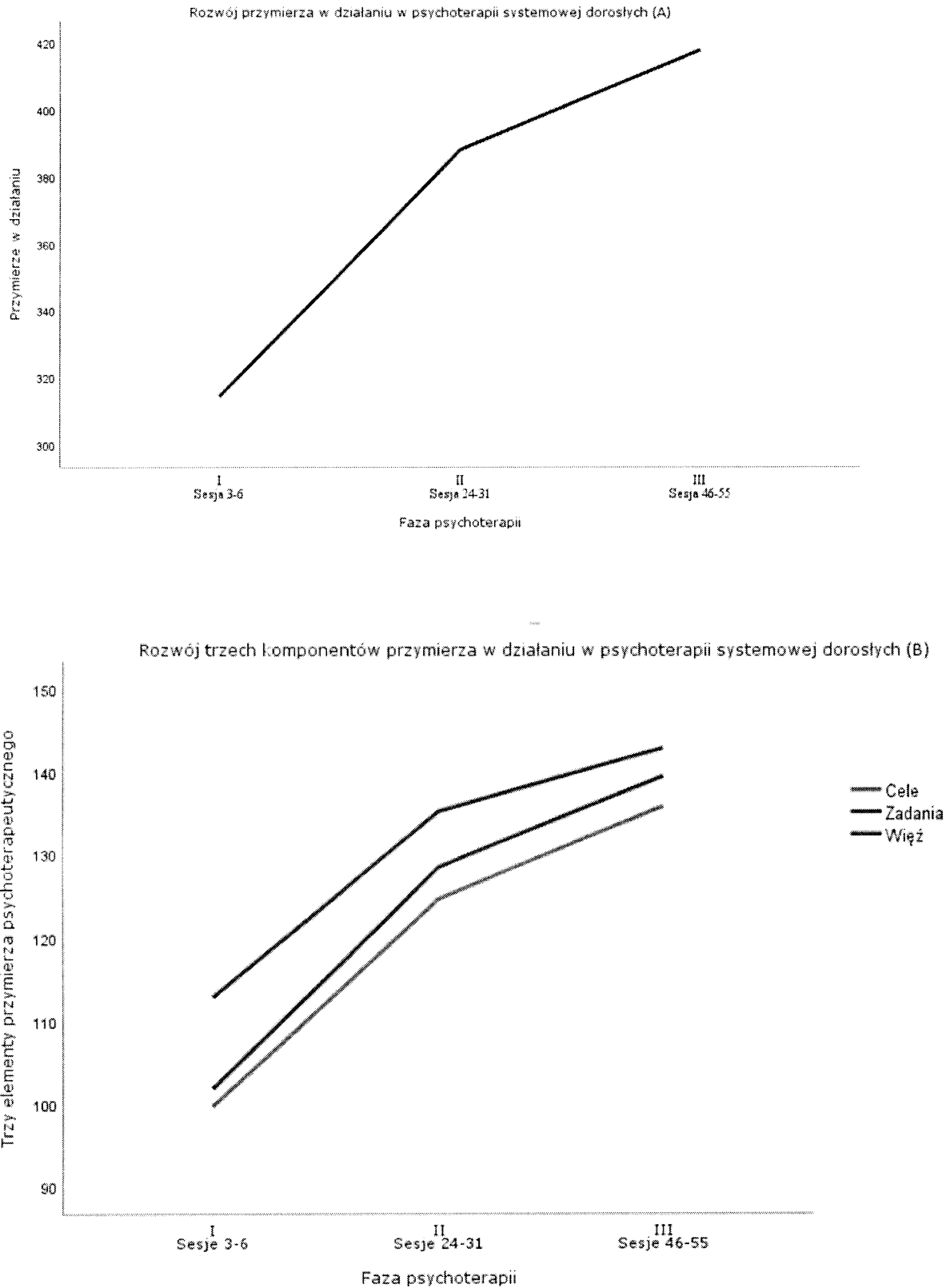
tygodni, Chu i in., 2014). Nadal istnieje w tym zakresie niewiele badań w długoterminowych psychoterapiach. Inną częstą praktyką badawczą jest badanie próbek pacjentów niejednorodnych pod względem wartości zmiennej zaburzenia. Niezwykle trudno jest znaleźć badania empiryczne opisujące rozwój przymierza podczas leczenia wyłącznie zaburzeń adaptacyjnych. W dotychczasowych badaniach nad rozwojem przymierza zabrakło szacowania nie tylko globalnego przymierza, ale także kontrolowania jak kształtuje się ono w swoich dymensjach. Taka wiedza pozwala na głębsze zrozumienie procesu na poziomie jego elementów, pomaga zidentyfikować obszary, które wymagają większej uwagi i zaangażowania ze strony psychoterapeuty.

Moje badania nad rozwojem przymierza wśród pacjentów z zaburzeniami adaptacyjnymi leczonymi psychoterapią systemową znosiły część z powyższych ograniczeń. Dodatkowo, starannie dobrana próba (homogeniczna pod względem leczonego zaburzenia, metody leczenia, doświadczenia psychoterapeuty), reżim pomiarowy i metodologiczny, w jakim przeprowadziłem badania (powtarzany pomiar i projekt podłużny, eliminujący momenty czasowe zidentyfikowane w literaturze jako tylko tymczasowo intensyfikujące przymierze, pomiar łączony, oparty na kompromisie i częściowo eliminujący efekt niedoszacowań i przeszacowań obecnych w ocenach indywidualnych), właściwa operacjonalizacja przymierza (kompleksowe oszacowanie na podstawie połączonych ocen pacjenta i psychoterapeuty, konceptualizacja przymierza podkreślająca relację i współpracę, wyodrębnione i kontrolowane wymiary przymierza, pomiar przymierza oparty na jednoczesnych ocenach dwóch osób tworzących diadę psychoterapeutyczną) powodowały, że wnioski z tego badania uznaję za wartościowe i unikalne.

Dzięki przeprowadzonemu badaniu dostarczyłem cennych dowodów empirycznych na to, że rozwój przymierza psychoterapeutycznego (globalnie i w trzech dymensjach: uzgodnionych celów, wyznaczonych zadań i rozwoju więzi) u osób z zaburzeniami adaptacyjnymi poddawanych psychoterapii systemowej przebiega zgodnie ze stabilnym trendem liniowym (Wykres 2).

Wykres 2

*Kształt rozwoju przymierza psychoterapeutycznego w trakcie procesu leczenia.*



Ustaliłem, że największy wzrost występuje w przypadku celów i zadań, i jest obserwowany przez cały proces psychoterapeutyczny, przy czym jest on najszybszy między fazą początkową a środkową. Wzrostowi w tych dwóch wymiarach początkowo towarzyszy najwyższe tempo rozwoju więzi (uzyskiwała ona spośród trzech dymensji najwyższe wartości w kolejnych momentach pomiarowych). Po osiągnięciu środkowej fazy, więź nadal rośnie w niższym tempie, aż do fazy końcowej. Wskazywać to może na kluczowe znaczenie i rolę więzi w procesie psychoterapeutycznym. Z powodu tego odkrycia, zagadnienie jak ważna jest więź, będzie przedmiotem moich analiz w jednym z kolejnych artykułów naukowych. Więź może wzmacniać zaufanie wobec specjalisty i otwierać pacjenta na proces terapeutyczny, nawet jeśli ten wzbudza jego różnorodne wątpliwości, zwłaszcza, kiedy cele i zadania w procesie leczenia nie są w pełni jasne i zdefiniowane.

Rezultaty analiz sugerują, że pacjenci z zaburzeniami adaptacyjnymi z łatwością budują i utrzymują sojusze. Przymierze nie tylko nie rozpada się, ale charakteryzuje się stabilnym wzrostem. Wydaje się, że niskie nasilenie trudności doświadczanych przez osoby z zaburzeniami adaptacyjnymi (napiecie, depresja i zaburzenia emocjonalne podczas adaptacji do dużych zmian) pozwala im budować bardziej stabilne, trwałe i coraz głębsze sojusze w porównaniu z osobami dotkniętymi poważnymi zaburzeniami (np. osobowości) lub wieloma złożonymi traumami, które wykazują poważne trudności w budowaniu relacji (Tufekcioglu i in., 2013). W tym przypadku jakość sojuszu może rzeczywiście zależeć od rodzaju zaburzenia (Beiling i in., 2023). Ten ciekawy wątek (zależność: jakość przymierza – prezentowany przez pacjenta profil zaburzenia osobowości) był przeze mnie rozwijany w osobnych badaniach empirycznych, które przedstawię w dalszej części autoreferatu.

Wyniki analiz wskazują również, że pacjenci z wyraźnie pozytywnymi wynikami leczenia w psychoterapii systemowej, wyodrębnionymi na podstawie wskaźnika istotności klinicznej, wykazywali znacznie większy wzrost jakości przymierza terapeutycznego w trakcie leczenia w porównaniu z pacjentami z gorszymi wynikami. Różnice na korzyść tej pierwszej grupy zaobserwowano także na poziomie celów, zadań i więzi. Stały wzrost poziomów wszystkich trzech wymiarów sojuszu w trakcie psychoterapii wydaje się przekładać na większy sukces leczenia.

Uzyskane wyniki miały swoje ważne implikacje dla praktyki klinicznej. Wzorzec, w którym większym wzrostem jakości przymierza w jego liniowym trendzie rozwojowym towarzyszą lepsze wyniki leczenia wskazuje, że kilkunastomiesięczna terapia systemowa utrzymująca wzrastający poziom przymierza może być korzystna dla pacjentów z zaburzeniami adaptacyjnymi. Uważne monitorowanie procesu i dostosowywanie

interwencji przez psychoterapeutów w celu zapewnienia wysokiej jakości sojuszu, a w konsekwencji dalszego jego rozwoju, może przyczynić się do skuteczności psychoterapii. Psychoterapeuci powinni dążyć do zapewnienia stabilnego rozwoju przymierza terapeutycznego jako kluczowego czynnika leczącego. Edukacja pacjentów na temat znaczenia i struktury sojuszu między nimi a psychoterapeutami może usprawnić proces budowania wartościowych sojuszy (zwłaszcza, kiedy wykorzystać można tak istotną więź psychoterapeutyczną) i ułatwić staranną renegocjację celów i zadań, gdy proces ten nie przynosi pożądanej poprawy.

#### **4.1.4.7 Profil zaburzenia osobowości pacjenta jako źródło zmienności przymierza**

Publikacja naukowa:

**Prusiński, T. (2024). Personality disorder type only sometimes matters: An exploration of patient's personality disorder as a source of variance in early therapeutic alliance. *Clinical Psychology & Psychotherapy*, 31(1), 1–10.**

**<https://doi.org/10.1002/cpp.2943>**

Powyższy artykuł naukowy jest jedną z moich ostatnich kluczowych publikacji, włączonych do mojego pierwszego wiodącego osiągnięcia, analizujących przymierze psychoterapeutyczne, a przedstawione w nim badania i wyniki stanowią ważny krok w poznaniu poruszanego zagadnienia. Adresuję bowiem wciąż eksplorowane pytanie badawcze dotyczące tego, czy profil zaburzenia osobowości pacjentów w psychoterapii jest źródłem zmienności w jakości przymierza.

Punktem wyjścia dla postawionego przeze mnie pytania były dotychczasowe ustalenia, wskazujące, że gorszy profil funkcjonowania pacjenta wiąże się z silniejszymi negatywnymi odczuciami psychoterapeuty i niższą jakością sojuszu (Flückiger i in., 2020; Nakash i Nagar, 2018; Smith i in., 2014). Zespół Lingiardi (2005) zauważa, że pacjenci z zaburzeniami osobowości często testują granice w relacji terapeutycznej, co przeszkadza w budowaniu pomocnej i stabilnej relacji terapeutycznej, ale nie we wszystkich zaburzeniach osobowości (Beiling i in., 2023). Chociaż obecność patologii osobowości silnie prognozuje słabą wczesną współpracę (Sharpless i in., 2010), dynamika rozwoju sojuszu może się różnić w zależności od typu zaburzenia osobowości. Założyłem, że oczekiwać należy, iż pacjenci z różnymi zaburzeniami osobowości będą wykazywać różne poziomy zaangażowania w pracę

psychoterapeutyczną (Aaronson i in., 2006). W przeciwieństwie do powyższych ustaleń, metaanaliza przeprowadzona przez zespół Flückigera (2018) nie wykazała ogólnej różnicy w jakości sojuszu terapeutycznego między pacjentami, u których zdiagnozowano i nie zdiagnozowano zaburzeń osobowości.

Często prowadzone są badania nad jakością przymierza uwzględniające wyłącznie jeden separowany profil zaburzenia osobowości. Brakuje badań szeroko zakrojonych, analizujących równocześnie pacjentów z różnymi zaburzeniami osobowości sklasyfikowanymi w ramach różnych wiązek zaburzeń. Dotychczasowe badania w powyższej tematyce zazwyczaj uwzględniają pacjentów zaburzonych osobowościowo z różnych etapów psychoterapii, to samo w sobie może mieć znaczenie dla jakości zawiązywanego przymierza.

Uzyskane przeze mnie w tym studium wyniki stanowią nowy i ważny wkład do wiedzy o różnicowaniu się zawiązywanego przymierza. Pomogły zidentyfikować pacjentów zagrożonych trudnościami w nawiązywaniu sojuszu i wczesną rezygnacją oraz dostosować pracę psychoterapeutyczną do potrzeb, możliwości i ograniczeń pacjentów. Unikalność tych ustaleń wynika przede wszystkim z metodologii przeprowadzonych przeze mnie badań. Skrupulatnie przygotowałem pokaźną próbę badawczą (cztery równoliczne heterogeniczne pod względem zaburzenia osobowości grupy pacjentów, zaburzenia osobowości z różnych klastrów wskazujących na głębszą i umiarkowaną psychopatologię, pacjenci będący wyłącznie w fazie konsultacyjnej psychoterapii, homogeniczność w zakresie zmiennych demograficznych opisujących pacjentów i psychoterapeutów w rozpatrywanych grupach zaburzeń). Zapewniłem heterogeniczność w zakresie modalności psychoterapeuty, a żaden psychoterapeuta nie był badany wielokrotnie. Rzadko również tak gruntownie eksploruje się przymierze nie tylko poprzez wynik ogólny, ale również poprzez śledzenie zmian równoległe w trzech wymiarach przymierza. W tym studium również zaproponowałem precyzyjny pomiar przymierza poprzez trzy formuły estymacji (pacjent, psychoterapeuta, ocena łączna), co niwelowało potencjalnie błędy ocen którejs z stron. Celem weryfikacji założonych zależności przeprowadziłem analizy wariancji w planie grup niezależnych.

Wyniki badań wykazały, że największe trudności w budowaniu wczesnego przymierza psychoterapeutycznego mają pacjenci z zaburzeniem osobowości z pogranicza. Pacjenci z zaburzeniem osobowości narcystycznej, zależnej czy obsesyjno-kompulsyjnej budują lepsze wczesne sojusze terapeutyczne niż pacjenci z zaburzeniem osobowości z pogranicza, a te sojusze nie różnią się istotnie między tymi trzema grupami. Konkluzja niesie ważną wartość dla praktyki klinicznej. To ustalenie powinno uwrażliwić psychoterapeutów na pacjentów z trudnościami w budowaniu wczesnego przymierza.

W przypadku pacjentów z zaburzeniem osobowości z pogranicza upośledzenie dotyka każdego z wymiarów przymierza. Dużym wyzwaniem dla tych pacjentów jest współpraca z psychoterapeutą w zakresie konceptualizacji celów i zakotwiczenia ich w konkretnych zadaniach. Pacjenci ci również mają większe trudności z zawiązaniem silnej i bliskiej więzi, tego elementu, który jest kluczowy dla stworzenia bezpiecznej i pełnej zaufania relacji, dzięki której możliwe jest skuteczne leczenie. Ciekawe, że nie wystąpiła oczekiwana gorsza jakość zawiązywanego przymierza u pacjentów z zaburzeniem osobowości narcystycznej. Dyskutując ten wynik, wskazałem na to, z jakimi potrzebami pojawiają się na wczesnych sesjach ci pacjenci (większa niż u pozostałych koncentracja na budowaniu strategii leczenia, mniejsze zainteresowanie testowaniem granic relacji; Gabbard i Crisp, 2018) i że wczesna formuła psychoterapii być może opowiada tym potrzebom, stąd w konsekwencji wysokie oceny przymierza dokonane przez tych pacjentów.

Warto jeszcze raz podkreślić, że przedstawione w publikacji rezultaty niosą wskazówki dla praktyków: wiedza o tym, jak profil zaburzenia może różnicować ważny czynnik leczący, jakim jest przymierze, w chwili zidentyfikowania zaburzenia osobowości u pacjenta podczas psychoterapii pozwoli psychoterapeucie udoskonalić interwencje, dopasować je do potrzeb psychoterapeutycznych pacjenta, by ułatwić jego zaangażowanie i zoptymalizować wczesną współpracę. Wyzwaniem dla pacjentów z zaburzeniem osobowości z pogranicza jest nie tylko zbudowanie silnej i bliskiej więzi, ale także konceptualizacja celów i osiągnięcie porozumienia w sprawie zadań we wczesnej fazie psychoterapii.

#### **4.1.4.8 Istotność więzi psychoterapeutycznej jako komponenty sojuszu**

Publikacja naukowa:

**Prusiński, T. (2024). "Close to the problem" or "close to your problem"? The contribution of bond to the structure of early and advanced therapeutic alliance. *Journal of Contemporary Psychotherapy*, 1-8.**

**<https://doi.org/10.1007/s10879-024-09633-x>**

W powyższej publikacji zająłem się kluczowym elementem samego przymierza psychoterapeutycznego, jakim jest więź. Opierając się konsekwentnie na założeniu przyjętym w paradygmacie relacyjnym, a wspartym empirycznie również przeze wyniki moich własnych

badań naukowych, że relacja jest kluczowym warunkiem optymalizacji procesu zdrowienia i wzmocnienia jego rezultatów, zająłem się określeniem wagi poszczególnych składników sojuszu. Zwłaszcza interesujący jest komponent więzi, rozumianej jako afektywnie doświadczany profesjonalny związek i zaangażowanie wynikające z doświadczania siebie (pacjenta i psychoterapeuty) nawzajem. Więż, która zgodnie z modelem Bordina (1979, 1994) i ustaleniami Horvatha (2011, 2018), zapewnia wzajemną zgodę i współpracę w zakresie realizacji celów i zadań w procesie leczenia psychoterapeutycznego.

Chociaż istotność komponenty więzi w sojuszu psychoterapeutycznym została teoretycznie uzasadniona i rzadko jest kwestionowana w literaturze przedmiotu (Paap i in., 2022), to wielkość jej udziału w całości sojuszu, zwłaszcza przy uwzględnianiu istotnych zmiennych różnicujących (na przykład etapu procesu psychoterapii), była nadal empirycznie umiarkowanie rozpoznana (Seewald i Rief, 2023). W związku z tym zająłem się tą luką badawczą adresując ją w swoich analizach.

Warto podkreślić warunki brzegowe prowadzonych analiz, których utrzymanie spowodowało, że wyniki przeprowadzonych analiz uznaję za wartościowe i unikalne. Udział więzi w całości przymierza analizowałem w homogenicznych, z uwagi na ważne zmienne kontekstowe, grupach psychoterapeutów i pacjentów. W szczególności rozróżniłem wczesny (1-5 sesja) i zaawansowany (6-72 sesja) etap psychoterapii. Przymierze zawsze oceniał zarówno psychoterapeuta jak i pacjent, zatem była to ocena wyważona i tym samym minimalizowałem ryzyko uzyskania ocen przeszacowanych lub niedoszacowanych. Bazowałem tu na własnym wcześniejszym odkryciu dotyczącym istnienia rozbieżności w ocenie przymierza w diadzie. Użyłem właściwej operacjonalizacji konstruktów sojuszu psychoterapeutycznego dopuszczającej istnienie elementu więzi w relacji pomagający – oczekujący pomocy. W celu weryfikacji hipotezy przeprowadziłem analizę modelowania równań strukturalnych (SEM).

Wyniki przeprowadzonych przeze mnie analiz dały jednoznaczne i mocne dowody empiryczne na to, że więź jest kluczowym i stałym elementem w całości relacji diady pacjent – psychoterapeuta. Analizy strukturalne wykazały wielkość jej obecności zarówno w fazie inicjującej proces psychoterapii ( $\beta_{\text{WIĘŹ\_WCZESNY\_SOJUSZ}}=0.89$ ), jak również w fazie zwiększającej się intensywności pracy diady psychoterapeutycznej ( $\beta_{\text{WIĘŹ\_ZAAWANSOWANY\_SOJUSZ}}=0.96$ ). Afektywna więź pacjent – psychoterapeuta, w fazie wczesnej psychoterapii, chociaż mając nieznacznie mniejszą wagę wobec identycznych i bardzo wysokich wag dla uzgodnionych celów i wyznaczonych zadań, zajmuje jednak istotne miejsce w strukturze sojuszu. Okazuje się, że dobra więź jest ważna od samego



początku procesu psychoterapeutycznego. W fazie zaawansowanej psychoterapii więź nie tylko nadal ma swój wysoki udział w budowanym sojuszu, ale mniejszy jest też jednocześnie dystans wagowy różniący ją od pozostałych dwóch wymiarów sojuszu.

Uzyskane wysokie wartości wag, dla komponenty więzi w przymierzu psychoterapeutycznym, wskazują na jeszcze jedną ważną konkluzję, która może być wskazówką dla praktyki klinicznej. Mianowicie na to, że w relacji pacjent – psychoterapeuta, palącej potrzebie rozumienia problemu, na który znajdowane jest antidotum w postaci realizacji prowadzących do zmiany celów, i która zaspakajana jest się poprzez formułowanie zadań pozwalających pacjentowi poradzić sobie z posiadanymi przez niego trudnościami, zawsze towarzyszy mocna więź dająca poczucie pacjentowi, że psychoterapeuta jest nie tylko blisko problemu ale również blisko samego pacjenta. Wysoka więź w diadzie to ważne doświadczenie i sygnał zaufaniu i szacunku dla konkretnej, poznanej osoby. Skoro silny sojusz jest rozpoznawany jako warunkujący skuteczność interwencji i pojawienia się zmiany, to dbanie przez psychoterapeutę o więź z pacjentem zwiększa prawdopodobieństwo przeprowadzenia takiej skutecznej interwencji psychoterapeutycznej.

#### **4.1.4.9 Ważność wzajemnego porozumienia w relacji psychoterapeutycznej oraz prezentacja WAI polskim psychoterapeutom**

Publikacja naukowa:

**Prusiński, T. (2022). Wzajemne porozumienie i współpraca pacjenta i psychoterapeuty w psychoterapii. Ocena dobroci pomiaru kwestionariuszem Przymierza w działaniu. *Przegląd Psychologiczny*, 65(4), 31–56.**

**<https://doi.org/10.31648/przegldpsychologiczny.8671>**

Powyższy artykuł naukowy jest publikacją domykającą cykl moich artykułów naukowych poświęconych profesjonalnej relacji psychoterapeuta – pacjent w psychoterapii. Dokładniej, finalizuje cykl artykułów poświęconych mojemu pierwszemu wiodącemu osiągnięciu, w ramach którego skoncentrowałem się na opisie zmienności i analizie przymierza psychoterapeutycznego uważanego za kluczowy element profesjonalnej relacji oraz na jego potencjale w procesie zdrowienia. Przymierza, uważanego za element kluczowy, ponieważ akcentuje: porozumienie na temat wspólnie ustalonej interwencji, współpracę i aktywne uczestnictwo pacjenta w realizacji tej określonej zmiany, zaufanie oraz więź.

Zasoby tak zasadnicze i krytycznie istotne z punktu widzenia relacyjnych modeli opisujących proces powrotu pacjenta do zdrowia. Artykuł ten podsumowuje dla polskiego czytelnika dotychczasowe efekty pracy nad polską wersją metody pomiarowej, wprowadza i przedstawia dowody pozwalające na rekomendację WAI jako właściwego narzędzia pomiarowego. Przenosi również uwagę polskich psychologów i psychoterapeutów na kanoniczny paradygmat rozumienia relacji psychoterapeutycznej.

#### **4.1.5 Analiza sprawiedliwości proceduralnej i legitymizacji a zwłaszcza ich udziału w zachowaniach wzmacniających proces powrotu do zdrowia**

Poza przymierzem psychoterapeutycznym interesowały mnie również inne elementy potencjalnie optymalizujące proces leczenia. Celem analizy i poznania takich wymiarów profesjonalnej relacji terapeutycznej skierowałem swoją uwagę na relację lekarz – pacjent. Literatura przedmiotu wskazuje dwa takie czynniki: uczciwość (efekt sprawiedliwości proceduralnej) i autorytet specjalisty (efekt legitymizacji<sup>9</sup>). Te dwa elementy to pojęcia zasadniczo nowe w ochronie zdrowia, od niedawna eksplorowane. Materiał empiryczny wskazujący na ich udział jako czynników relacyjnych, wzmacniających proces zdrowienia, jest niewielki i zdecydowanie wymagał poszerzenia wiedzy poprzez replikację tych pierwszych badań. Pracę wykonaną w tym zakresie i poczynione ustalenia traktuję jako drugie wiodące osiągnięcie naukowe.

##### **4.1.5.1 Identyfikacja struktury legitymizacji w polskiej służbie zdrowia oraz polska wersja metody pomiarowej**

Publikacja naukowa:

**Prusiński, T. (2023). Struktura legitymizacji instytucji ochrony zdrowia. Adaptacja i właściwości psychometryczne Kwestionariusza legitymizacji (LQ). *Przegląd Psychologiczny*, 66(4), 43–65.**

**<https://doi.org/10.31648/przegldpsychologiczny.9697>**

---

<sup>9</sup> Zamiennie: efekt prawomocności.

W przestrzeni badań nad profesjonalną relacją lekarz – pacjent, podobnie jak we wcześniej analizowanej relacji psychoterapeuta – pacjent, brakowało metod pomiaru sprawiedliwości proceduralnej i legitymizacji w polskich wersjach. Swoją pracę nad analizą tych czynników rozpocząłem więc od przygotowania polskich tłumaczeń i adaptacji stosownych narzędzi.

W ramach powyższej publikacji zidentyfikowałem i potwierdziłem strukturę legitymizacji instytucjonalnej w służbie zdrowia oraz przedstawiłem polską wersję Kwestionariusza Legitymizacji (LQ) i jego wartości psychometrycznych. Zwłaszcza jego trafności i rzetelności pomiaru. Skorzystałem z modelu teoretycznego Tylera (2021), który analizował konstrukt legitymizacji, podobnie jak sprawiedliwość proceduralną, w ramach różnorodnych kontekstów instytucjonalnych. Na podstawie swojego modelu teoretycznego Tyler przygotował konkretne narzędzia, w tym jedno bezpośrednio odnoszące się do służby zdrowia i, co ważne, do pomiaru tego zjawiska w kontekście relacji pacjenta z personelem medycznym. Takie uszczegółowienie treściowe narzędzia jest wartościowe, ponieważ pozwala uchwycić proces legitymizacyjny w bardzo konkretnej relacji, pacjenta z lekarzem.

Tyler rozpatruje legitymizację instytucjonalną z punktu widzenia jednostki uczestniczącej w procesach instytucjonalnych. Jednostka ta nie ma pełnej kontroli nad tym procesem i, mimowolnie lub dowolnie, podlega instytucjonalnym decyzjom oraz rozstrzygnięciom. Ocena końcowa kontaktu z daną instytucją społeczną może pod pewnymi warunkami rzeczywiście zaważyć na jej osobistych decyzjach i kształtować jej zachowanie. Warunkiem wyrobienia sobie tej pozytywnej oceny jest uznanie, że instytucja wypowiadająca się poprzez swoich przedstawicieli w ważnych dla jednostki sprawach, jest prawomocna.

Legitymizację instytucjonalną rozumie się w tym modelu jako cechę przypisywaną danej instytucji (w tym również personelowi tej instytucji), której odczucie obecności sprawia, że poddani instytucji ludzie uznają jej istnienie za właściwe, a ją samą za godną zaufania (Tyler, 2006). W przypadku służby zdrowia legitymizacja to subiektywne przekonanie pacjenta (wymiar poznawczy) i towarzyszące mu uczucie (wymiar afektywny) na temat władzy, jaką ta instytucja ma nad nim (Tyler i in., 2014). Legitymizacja wyraża się w poczuciu obowiązku czy gotowości pacjenta do posłuszeństwa oraz współpracy z władzą, którą reprezentuje personel medyczny, w tym zwłaszcza lekarze (Tyler, 2009).

Kluczowym elementem tak rozumianej legitymizacji jest zaufanie do służby ochrony zdrowia, czyli przekonanie, że jej przedstawiciele sprawują swoją władzę w zgodzie z akceptowanym przez pacjenta porządkiem prawnym i normami społecznymi (Cao i Graham, 2019). Ta definicja zwraca uwagę na to, iż dwa elementy: uznanie władzy i traktowanie jej

tak w praktyce, czyli postępowanie zgodnie z rekomendacjami personelu, są kluczowymi kwestiami w legitymizacji. Można zatem powiedzieć, że oczekiwania instytucji medycznej, która jest legitymizowana przez pacjentów, znajdują swoje przełożenie i spełnienie w postaci rzeczywistego podporządkowania pacjenta jej zaleceniom.

Legitymizacja ma tu charakter relacyjny, a wymiar afektywny jest wyraźnie obecny w tej koncepcji. Dotychczasowe (przedtylerowskie) definicje legitymizacji instytucjonalnej zwracały uwagę na kwestie formalnoprawne. Osiągnięcie przez instytucję pewnego poziomu formalności w działaniu i w traktowaniu zadań czyniło zadość warunkom świadczącym o legitymizacji. Tyler (2006, 2021) zwraca uwagę, że to jednostka korzystająca z instytucji dokonuje ostatecznego rozstrzygnięcia na temat prawomocności wydawanych przez nią decyzji i proponowanych rozwiązań. Jednostka zaś bierze pod uwagę bardziej czynniki nieinstrumentalne, takie jak sposób potraktowania czy uznanie i szacunek dla personelu medycznego, mniej zaś czynniki obiektywne w postaci efektywności świadczonej pomocy.

Tylerowski model legitymizacji instytucjonalnej obejmuje zazwyczaj trzy elementy składowe: poczucie obowiązku posłuszeństwa, zaufanie do instytucji i pokrewieństwo normatywne (Jackson i Gau, 2015; Tyler i Jackson, 2014). Pierwszy wymiar wskazuje, że ludzie żywią przekonanie, iż władzy, co do zasady, należy się podporządkować bez względu na kalkulowane korzyści i straty. Drugi, zaufanie, to przekonanie i towarzyszące mu poczucie, że przedstawiciele danej instytucji sami postępują w zgodzie z normami egzekwowanymi od innych. Pokrewieństwo normatywne, trzecia dymensja, rozumiane jest jako poczucie, że przedstawiciele instytucji zasadniczo podzielają główne wartości z członkami społeczności, na rzecz której pracują.

W ramach publikacji przeprowadziłem na podstawie dwóch rund pomiarowych analizy trafności czynnikowej pomiaru kwestionariuszem LQ (eksploracyjne i confirmacyjne). Szeroko analizowałem rzetelność pomiaru narzędzia LQ. Analizy czynnikowe wskazujące trójczynnikową strukturę legitymizacji odtworzyły strukturę proponowaną przez Tylera. Rozstrzygnięcie o prawomocności lekarza jest pochodną trzech ocen w zakresie: obowiązku podporządkowania i posłuszeństwa (ważna dla procesu leczenia zdolność pacjenta ulegania wpływowi lekarza), zaufania żywionego wobec lekarzy i pokrewieństwa normatywnego. Rezultaty rozbudowanych analiz trafności i rzetelności (podobnie jak w przypadku WAI analiza rzetelności uwzględniająca nie tylko standardowe estymatory tego wymiaru dobroci pomiaru) wykazały, że kwestionariusz LQ jest wartościowym psychometrycznie narzędziem operacjonalizującym legitymizację. Narzędzie przedstawiono polskiemu czytelnikowi.

#### 4.1.5.2 Regulacyjny potencjał legitymizacji lekarza wobec zachowań zdrowotnych pacjentów

Publikacja naukowa:

Prusiński, T. (2022). The role of doctor's authority in patients' treatment decisions. *American Journal of Health Behavior*, 46(5), 503–514.

<https://doi.org/10.5993/AJHB.46.5.2>

Opisane w powyższej publikacji przeprowadzone badania i wykonane analizy, miały na celu znalezienie empirycznego wsparcia dla coraz częstszego założenia o regulacyjnym potencjale legitymizacji w odniesieniu do zachowań zdrowotnych ludzi. W analizach określiłem związek legitymizacji lekarzy z kluczowymi zachowaniami zdrowotnymi pacjentów. Sprawdziłem również, czy postrzeganie przez pacjentów lekarza jako kompetentnego odgrywało rolę w uznawaniu jego autorytetu. Uzyskane rezultaty analiz miały również wskazać wartość relacyjnego modelu rozumienia procesu zdrowienia pacjenta, negującego przekonanie, że ludzie kierują się wyłącznie racjonalną kalkulacją, wybierając rozwiązania, które maksymalizują ich korzyść. Jak już wspomniałem, codzienna obserwacja i inspirowane nią pierwsze nieliczne badania empiryczne podważyły przekonanie, że osobisty interes - w tym przypadku zdrowie i długie życie - są wystarczającymi powodami, dla których ludzie wybierali zdrowy styl życia lub stosowali się do zaleceń lekarzy (Bailey i in., 2021; Carroll i in., 2008; Tyler i in., 2014). Pomimo wielokrotnych wizyt u lekarza, ludzie nie zawsze się do nich stosują.

W swojej pracy przedyskutowałem istotność czynnika legitymizacji dla zachowań zdrowotnych odwołując się do wskazanej we wstępie do autoreferatu kategorii uczucia niepewności pacjenta<sup>10</sup> (Lind i Van den Bos, 2002). Pacjenci opieki zdrowotnej nieustannie doświadczają osobistej niepewności wynikającej z nieznamości oferowanych procedur i usług, własnej sytuacji zdrowotnej, nieumiejętności szybkiego wyboru wiarygodnych i precyzyjnych źródeł czy z braku dostępu do zrozumiałych informacji. Niepewność jest stanem awersyjnym, który ludzie starają się zredukować. Poczucie uczciwości

---

<sup>10</sup> Dotychczasowe badania zespołu Tylera (2014) wstępnie wykazały, że związek między sprawiedliwością proceduralną a przestrzeganiem decyzji medycznych ma charakter przyczynowo-skutkowy, i że to uczciwość proceduralna jest przyczyną. Badania metodą eksperymentu pozwoliły odrzucić alternatywną opcję, że gdy ludzie stosują się do decyzji lekarzy są bardziej skłonni postrzegać je jako bardziej uczciwe i prawomocne.

(sprawiedliwość proceduralna) czy legitymizacja autorytetu działają jak heurystyki – swoiste skróty umożliwiające podjęcie decyzji, czy danej relacji można zaufać.

Pacjenci doświadczający osobistej niepewności są wrażliwi na każdy sygnał, który może wskazywać na sprzyjające warunki dające poczucie bezpieczeństwa. Właściwe postępowanie z pacjentami, zwłaszcza na poziomie relacyjnym: udzielanie im informacji, budowanie bezpiecznego i opartego na zaufaniu kontaktu z personelem oraz zapewnianie o zasadności i prawomocności (legitymizacja) działań lekarzy mogą być kluczowymi elementami radzenia sobie z niepewnością. W połączeniu z poczuciem bezpieczeństwa, legitymizacja przypuszczalnie stanowi potężne narzędzie do zmiany postaw i zachowań. Doświadczenie legitymizacji w warunkach osobistej niepewności może kształtować lojalność pacjentów wobec personelu i jego wskazówek dotyczących profilaktyki i leczenia. Legitymizacja może służyć zarządzaniu niepewnością ludzi i generuje zgodę na określone zachowania zdrowotne.

Z kolei niesprawiedliwe traktowanie i brak legalności autorytetu lekarza otwiera pacjenta na heurystykę zachowań konkurencyjnych, nielojalnych, a nawet buntowniczych. Pacjent nabiera przekonania, że przyszłe interakcje doprowadzą do szkody i przestaje inwestować w lojalność wobec personelu i w spełnianie jego oczekiwań. Sama interakcja jest traktowana wyłącznie jako wymiana materialna.

Nadto, podkreśla się, że legitymizacja w służbie zdrowia jest motywacją do działania opartą na pozytywnym i rozmyślnym oraz, co istotne dobrowolnym, przekonaniu o prawie lekarza do władzy i wpływu wobec pacjenta (Burdziej, 2017). Kiedy pacjent uznaje prawomocność lekarza za właściwe i stosowne, przyjmuje, że ten ostatni ma prawo narzucać mu odpowiednie zachowania i oczekiwać od niego dostosowania się do tych wytycznych (Tyler i Jackson, 2013). Dzieje się tak, ponieważ legitymizacja uważana jest za ważny jednostkowy standard warunkujący istotne cele życiowe – zdrowia i jego utrzymania (Tyler, 2021). Legitymizacja jest także pewnym standardem ewaluatywnym pacjenta nieustannie kontrolowanym w relacji z lekarzem. Przypuszczalnie, zaangażowanie pacjenta w długotrwały niekiedy proces leczenia i powrotu do zdrowia jest tym większe, trwalsze i odporniejsze na habituację, im wyższym poziomem subiektywnie nadanej legitymizacji będzie się charakteryzował dany specjalista (Jarymowicz i Imbir, 2015).

Moje badania uzupełniały zasadnicze braki w wiedzy o wartości legitymizacji. Po pierwsze wydaje się, że są one pierwszymi analizującymi pod wskazanym kątem polską służbę zdrowia (izolowany efekt legitymizacji). Nadto, jak już wspomniałem, nawet zagraniczne doniesienia operacjonalizują zagadnienie w niewielkim zakresie (Thom i in.,

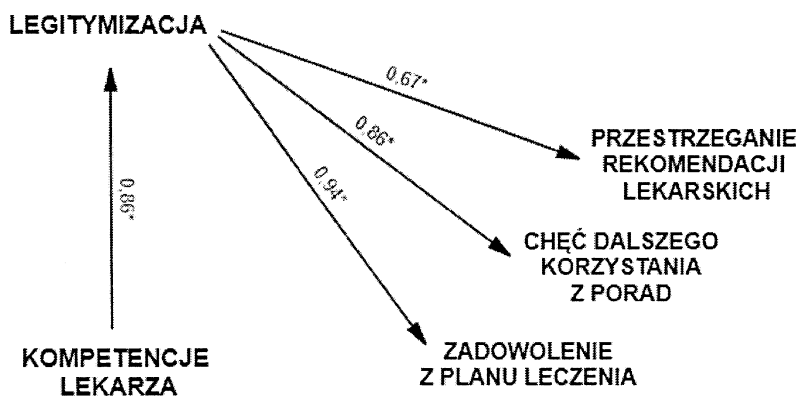
2004). Sabate (2021) zwraca uwagę, że nieprzestrzeganie zaleceń uznaje się raczej za problem pacjenta (brak motywacji, depresja, system wierzeń). Dotychczasowe badania nad motywacją pacjenta do zaangażowania w proces leczenia skupiają się na kwestiach formalno-biurokratycznych (np. sposób umawiania wizyt, sposób prezentowania wyników badań).

Legitymizacja, rozumiana jako subiektywna ocena autorytetu lekarza przez pacjenta, nie zaś ocena obiektywna (utrzymanie określonego poziomu biurokratyzacji) wprowadza możliwość analizowania efektu elementu relacyjnego. Zaproponowałem pomiar wielu aspektów postawy optymalizującej proces zdrowienia. Niewątpliwą zaletą przeprowadzonego przeze mnie badania jest fakt, że pomiar został przeprowadzony na osobach badanych bezpośrednio po ich wizycie lekarskiej, wśród pacjentów aktualnie leczonych i dotyczył faktycznie istniejącej relacji pacjent – lekarz. Zapewniło to wysoką zgodność rzeczywistych okoliczności doświadczania legitymizacji z wymogami definicyjnymi konstruktów. Do analiz dodałem zmienną kompetencji lekarza jako potencjalnie kształtującą ocenę samej legitymizacji. Weryfikacji postulowanych związków posłużyły wyniki układu równań strukturalnych (SEM).

Wyniki badań wskazały (Rysunek 5), że chociaż obszar zachowań zdrowotnych jest postrzegany jako aspekt życia osobistego najmniej poddający się regulacji, to legitymizacja okazała się być czynnikiem regulującym i motywującym ludzi do podejmowania aktywności sprzyjających zdrowiu. Wyniki badań potwierdzają regulacyjny efekt legitymizacji.

Rysunek 5

Wyniki analizy ścieżek (standardowe współczynniki ścieżkowe  $\beta$ ) dla modeli zależności rozpatrywanych w hipotezach.



Adnotacja. \*- wartość uśredniona z wszystkich przyjętych i rozpatrywanych modeli.

Legitymizacja autorytetu lekarza jest znacząco związana z zachowaniami pacjenta w trakcie leczenia: gotowością do dobrowolnego stosowania się do zaleceń lekarskich, chęcią dalszego korzystania z porad (kontynuowania leczenia) oraz zadowoleniem z planu leczenia. Stwierdziłem również pozytywny związek między postrzeganymi kompetencjami lekarzy a legitymizacją. Jest to ważne odkrycie, wskazujące, że ocena legitymizacji wiąże się z istotnym czynnikiem, postrzeganiem wiedzy i umiejętności prezentowanych przez lekarzy.

Wyniki badań miały również swoje praktyczne implikacje. Rosnące koszty utrzymania efektywnej służby zdrowia, ograniczanie możliwych do uniknięcia problemów zdrowotnych, a tym samym utrzymanie zdrowia i dobrostanu ludzi, generują presję na poszukiwanie istotnych regulatorów zachowań zdrowotnych. Legitymizacja okazała się jedną z takich zmiennych objaśniających. Personel medyczny (w przypadku moich badań lekarze) może kształtować swoje postawy tak, by pacjenci oceniali go jako prawomocny i godny zaufania, co daje szansę na większą skłonność pacjentów do chociażby przestrzegania zaleceń i dalszego korzystania z proponowanego planu leczenia.

#### **4.1.5.3 Regulacyjny potencjał sprawiedliwości proceduralnej wobec zachowań zdrowotnych pacjentów oraz polska wersja metody pomiarowej sprawiedliwości proceduralnej**

Publikacja naukowa:

**Prusiński, T. (2023). When does doctor's recommendation become patient's resolution? The regulatory potential of procedural justice in the context of compliance with medical advice and the treatment process. *Frontiers in Medicine*, 10, 1004994.**

**<https://doi.org/10.3389/fmed.2023.1004994>**

Moja ostatnia publikacja w czasopiśmie *Frontiers in Medicine*, stanowiąca ważną część drugiego wiodącego osiągnięcia, poświęcona była sprawiedliwości proceduralnej i jej regulacyjnemu potencjałowi wobec zachowań pacjenta sprzyjających powrotowi do zdrowia. W publikacji tej zawarłem również informacje dotyczące dobroci pomiaru Kwestionariuszem Sprawiedliwości Proceduralnej. Użyłem narzędzie w dwóch wersjach: skróconej (*General Procedural Justice Scale*, GPJS) i pełnej (*Procedural Justice Scale*, PJS). Podobnie jak w przypadku konstruktu legitymizacji nie dysponowałem wartościową polską adaptacją skali operacjonalizującej sprawiedliwość proceduralną w służbie zdrowia. Taką adaptację



wykonałem samodzielnie jednak nie powstała do tej pory stosowna odrębna publikacja w tym zakresie, po części też z tego powodu, że czasopismo *Frontiers in Medicine* oczekiwało ode mnie wpisania do publikacji większości danych na temat psychometrycznej oceny pomiaru skalami PJS i GPJS (analizy trafności czynnikowej konfirmacyjnej i rzetelności, estymacji mocy dyskryminacyjnej), co zostało przeze mnie spełnione. Wskazane tam wyniki pozwalają uznać pomiar skalami sprawiedliwości proceduralnej za trafny i rzetelny.

Zanim przejdę do wskazania ważnych osiągnięć w związku z eksplorowaniem czynnika sprawiedliwości proceduralnej, przedstawię założenia teoretyczne dotyczące tego jaki potencjalny mechanizm może stać za związkiem sprawiedliwości proceduralnej z zachowaniami zdrowotnymi.

Kluczowy kierunek badań nad sprawiedliwością proceduralną i legitymizacją, wyznaczany pracami Tylera (2021), Jacksona i Poscha (2019) czy zespołów badawczych (Mentovich i in., 2014) zakłada, że poza autorytetem decydenta (efekt legitymizacji) ludzie cenią sposób, w jaki są traktowani i jakość procedur, których muszą przestrzegać w procesie korzystania z zasobów, jakie oferują im instytucje społeczne. Stale i uważnie oceniają, czy są traktowani sprawiedliwie (efekt proceduralny). Sondowanie z pozoru drobnych działań, postaw i zachowań personelu instytucjonalnego, w celu odszukania wskazówek i dowodów na uczciwość i zaufanie oraz wyrobienie przez jednostkę oceny w tym zakresie jest częstokroć ważniejsze niż materialne wyniki uzyskane dzięki tym procedurom (Burdziej, 2017).

Ocena, dokonywana przez pacjenta, uczciwości procedur działania personelu medycznego, dzierżącego władzę w ramach różnorodnych asymetrycznych z nim interakcji, pozwala podjąć decyzję, czy pacjent może w danej sytuacji zaufać (van den Bos, 2018). Właściwe postępowanie z pacjentem, wysłuchanie go, skupienie na nim uwagi, udzielanie mu informacji (aspekty przez które jest doświadczana sprawiedliwość proceduralna), tworzą przesłanki bezpiecznego i pełnego zaufania kontaktu z personelem. A to zaś stanowi potężne narzędzie zmiany odczuć, postaw i zachowań pacjenta. Tym samym postrzeganie siebie jako traktowanego sprawiedliwie promuje motywację do dążenia do długofalowych celów, ponieważ pacjent ma pewność, że otrzyma wsparcie, co wzmocni jego przekonanie, że jego wysiłki zakończą się powodzeniem.

Odczucie traktowania z szacunkiem i zaufaniem implikuje więź społeczną, która sprawia, że pacjent czuje się bardziej włączony w sieć instytucjonalnych relacji jako ważny uczestnik. To zaś powoduje większe zaangażowanie we współpracę z personelem

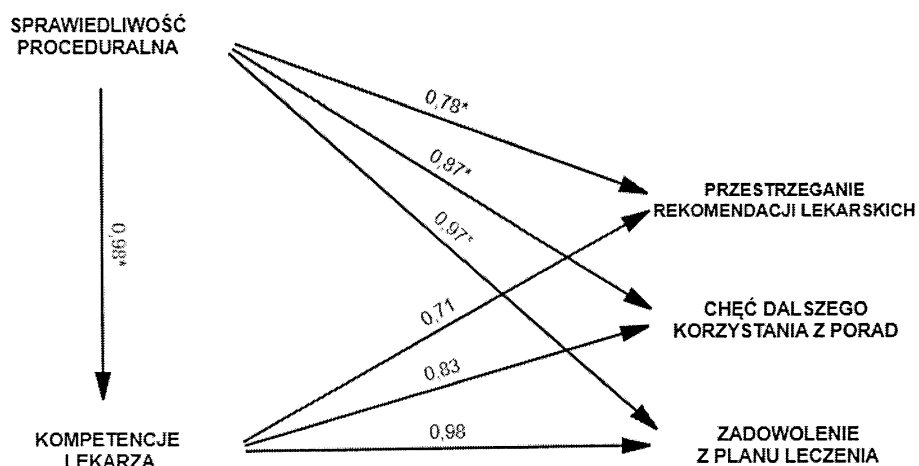
medycznym oraz chęć poddania się jego oczekiwaniom i rekomendacjom. To ostatnie było problemem badawczym postawionym w mojej ostatniej publikacji w tym cyklu.

Wydaje się, że moje badania po raz pierwszy pozwoliły na analizę efektu uczciwości wobec zachowań zdrowotnych w polskiej służbie zdrowia (izolowany efekt sprawiedliwości proceduralnej). Chociaż zagranicznych doniesień na temat roli sprawiedliwości proceduralnej jest sporo, to jednak rzadko badana jest instytucja ochrony zdrowia. Częściej badane są takie instytucje jak sądy, policja, więzienia. Podobnie jak we wcześniej omawianym artykule, tu również zaproponowałem pomiar wielu aspektów postawy optymalizującej proces zdrowienia. Pomiar u pacjentów został przeprowadzony bezpośrednio po wizycie lekarskiej. W analizach modelu powiązań uwzględniłem zmienną kompetencji lekarza jako potencjalnie kształtowaną przez ocenę sprawiedliwości i jako mającą potencjalny udział w zachowaniach zdrowotnych pacjentów. Weryfikacji postulowanych związków posłużyły wyniki układu równań strukturalnych (SEM).

Wyniki moich badań wskazały (Rysunek 6), że postrzeganie przez pacjenta kontaktu z lekarzem jako uczciwego i pełnego szacunku związane jest z optymalizacją zachowań zdrowotnych w wszystkich rozpatrywanych wymiarach. Wystąpienie efektu proceduralnego jest również istotne dla zwiększenia pozytywnej oceny kompetencji lekarza przez pacjenta. Z kolei ocena lekarza jako kompetentnego, podobnie jak sprawiedliwe traktowanie, wzmacnia chęć pacjenta do stosowania się do zaleceń lekarskich, utrzymywanie regularnego kontaktu z lekarzem odpowiedzialnym za proces leczenia oraz przekonanie o słuszności stosowanych procedur leczniczych.

Rysunek 6

Wyniki analizy ścieżek (standardowe współczynniki ścieżkowe  $\beta$ ) dla modeli zależności rozpatrywanych w hipotezach.



Adnotacja. \*- wartość uśredniona z wszystkich przyjętych i rozpatrywanych modeli.

Rezultaty moich analiz mają swój aspekt praktyczny. Sprawiedliwość proceduralna okazuje się ważnym elementem związanym z zachowaniami umożliwiającymi powrót do zdrowia. Rosnące koszty utrzymania efektywnej służby zdrowia wymagają wypracowania sposobów na zbliżenie zachowań ludzi do optymalnych praktyk zdrowotnych. Sprawiedliwość wydaje się być warunkiem koniecznym utrzymania tego kierunku aktywności pacjenta, a problem może zostać rozwiązany lub przynajmniej złagodzony poprzez utrzymanie wysokich standardów sprawiedliwości proceduralnej. Podejście promujące potencjał regulacyjny sprawiedliwości proceduralnej ma istotną zaletę, ponieważ nie wymaga wprowadzania żadnych środków formalnych, finansowych ani instrumentów prawnych. Efekt proceduralny jest osiągnięty, ponieważ współpraca pacjent – lekarz opiera się na budowaniu uczciwej profesjonalnej więzi. Budując takie profesjonalne, a przede wszystkim uczciwe i pełne szacunku więzi ze swoimi pacjentami, lekarze maksymalizują chęć pacjentów do współpracy i wyboru skutecznych propozycji rozwiązania swoich problemów zdrowotnych.

#### 4.1.6 Literatura

- Aaronson, C. J., Bender, D. S., Skodol, A. E., Gunderson, J. G. (2006). Comparison of attachment styles in borderline personality disorder and obsessive–compulsive personality disorder. *Psychiatric Quarterly*, 77, 69–80.
- Antonovsky, A. (2005). *Rozwikłanie tajemnicy zdrowia*. LQ.
- Aranowska, E., Rytel, J. (2013). Kontrowersje wokół rzetelności jako pojęcia psychometrycznego. *Przegląd Psychologiczny*, 56(1), 29–43.
- Atzil-Slonim, D., Bar-Kalifa, E., Rafaeli, E., Lutz, W., Rubel, J., Schiefele, A. K., Peri, T. (2015). Therapeutic bond judgments: Congruence and incongruence. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 83(4), 773–784.
- Bachelor, A., Salome, R. (2000). Participants' perceptions of dimensions of the therapeutic alliance over the course of therapy. *Journal of Psychotherapy Practice and Research*, 9, 54–73.
- Bailey, R., English, J., Knee, C., Keller, A. (2021). Treatment Adherence in Integrative Medicine—Part One: Review of Literature. *Integrative Medicine: A Clinician's Journal*, 20(3), 48–60.
- Beiling, P., Schurig, S., Keller, A., Weidner, K., Noack, R. (2023). The alliance–outcome association in borderline and obsessive–compulsive personality disorder. *Frontiers in Psychiatry*, 14, 1094936.
- Bordin, E.S. (1979). The generalizability of the psychoanalytic concept of the working alliance. *Psychotherapy. Theory, research and practice*, 16, 252–260.
- Bordin, E. S. (1994). *Theory and research on the therapeutic working alliance: New directions*.
- Brennan, R. L. (2010). Generalizability theory and classical test theory. *Applied measurement in education*, 24(1), 1–21.
- Burdziej, S. (2017). *Sprawiedliwość i prawomocność. O społecznej legitymizacji władzy sądowniczej*. Wydawnictwo Naukowe UMK.

- Carroll J. E., Smith H, Hillier S (2008). When will older patients follow doctors' recommendations? *Journal of Applied Social Psychology*, 38, 1127–1146.
- Cao, L., Graham, A. (2019). The measurement of legitimacy: a rush to judgment? *Asian Journal of Criminology*, 14(4), 291–299.
- Chojcka, J. (2023). Wykorzystanie kwestionariuszy do oceny rezultatów i sojuszu terapeutycznego w resocjalizacji penitencjarnej jako element wzmacniania gotowości do resocjalizacji. *Resocjalizacja Polska*, 26, 65–82.
- Chu, B. C., Skinner, L. C., Zandberg, L. J. (2014). Trajectory and predictors of alliance in cognitive behavioral therapy for youth anxiety. *Journal of Clinical Child & Adolescent Psychology*, 43(5), 721–734.
- Cierpiałkowska, L., Frączek, A. (2017). Przymierze terapeutyczne w terapii zaburzeń osobowości z perspektywy analizy transakcyjnej. *Edukacyjna Analiza Transakcyjna*, 6, 129–144.
- Cierpiałkowska, L., Kubiak, J. (2010). Niespecyficzne czynniki leczące a efektywność terapii alkoholików. *Nauka*, 2, 89–111.
- Cirasola, A., Midgley, N., Fonagy, P. Martin, P. and IMPACT Consortium. (2022). The therapeutic alliance in psychotherapy for adolescent depression: differences between treatment types and change over time. *Journal of Psychotherapy Integration*, 32(3), 1–32.
- Cronbach, L. J., Meehl, P. E. (2005). Trafność teoretyczna testów psychologicznych. W: J. Brzeziński (red.), *Trafność i rzetelność testów psychologicznych. Wybór tekstów* (s.177–212). GWP.
- Czabała, J. C. (2013). *Czynniki leczące w psychoterapii*. Wydawnictwo Naukowe PWN.
- Deci, E. L., Ryan, R. M. (2002). *Handbook of self-determination research*. University of Rochester Press.
- Dickerson, S.S, Kemeny, M.E. (2004). Acute Stressors and Cortisol Responses: A Theoretical Integration and Synthesis of Laboratory Research. *Psychological Bulletin*, 130(3), 355–391.
- Dwyer D. (2005). *Bliskie relacje interpersonalne*. GWP.
- Eubanks-Carter, C., Muran, J., Safran, J. D. (2010). Alliance ruptures and resolution. W: J. C. Muran i J. P. Barber (red.), *The therapeutic alliance: An evidence-based guide to practice* (s. 74–94). Guilford Press.
- Flückiger, C., Del Re, A. C., Wampold, B. E., Horvath, A. O. (2018). The alliance in adult psychotherapy: A meta-analytic synthesis. *Psychotherapy*, 55(4), 316–340.
- Flückiger, C., Rubel, J., Del Re, A. C., Horvath, A. O., Wampold, B. E., Crits-Christoph, P., Atzil-Slonim, D., Compare, A., Falkenström, F., Ekeblad, A., Errázuriz, P., Fisher, H., Hoffart, A., Huppert, J. D., Kivity, Y., Kumar, M., Lutz, W., Muran, J. C., Strunk, D. R., . . . Barber, J. P. (2020). The reciprocal relationship between alliance and early treatment symptoms: A two-stage individual participant data meta-analysis. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 88(9), 829–843.
- Folmo, E. J., Stänicke, E., Johansen, M. S., Pedersen, G., Kvarstein, E. H. (2021). Development of therapeutic alliance in mentalization-based treatment—Goals, Bonds, and Tasks in a specialized treatment for borderline personality disorder. *Psychotherapy Research*, 31(5), 604–618.
- Gabbard, G. O., Crisp, H. (2018). *Narcissism and its discontents: Diagnostic dilemmas and treatment strategies with narcissistic patients*. American Psychological Association.
- Gelso, C. (2014). A tripartite model of the therapeutic relationship: Theory, research, and practice. *Psychotherapy Research*, 24(2), 117–131.

- Herr, R. M., J. A. Bosch, A. Loerbroks, B. Genser, C. Almer, A. E.M. van Vianen, J. E. Fischer (2018) Organizational justice, justice climate, and somatic complaints: A multilevel investigation, *Journal of Psychosomatic Research*, 111, 15–21.
- Horvath, A.O., Fluckiger, C., Del Re, A.C. Symonds, D. (2011). Alliance in individual psychotherapy”. *Psychotherapy*, 1(48). 9–16.
- Horvath, A.O., Greenberg, L. S. (1989). Development and validation of the Working Alliance Inventory. *Journal of Counseling Psychology*, 2(36), 223–233.
- Horvath, A. O. (2018). Research on the alliance: Knowledge in search of a theory. *Psychotherapy Research*, 28(4), 499–516.
- Horvath, A.O. (1994). Empirical validation of Bordin’s pantheoretical model of alliance: the Working Alliance Inventory perspective. W: A.O. Horvath i L.S. Greenberg (red.), *The working alliance. Theory, research, and practice* (s. 109–128). Wiley & Sons.
- Howe, L. C., Leibowitz, K. A., Crum, A. J. (2019). When your doctor “Gets It” and “Gets You”: The critical role of competence and warmth in the patient-provider interaction. *Frontiers in Psychiatry*, 10, 1–22.
- Jackson, J., Gau, J. M. (2015). Carving up concepts? Differentiating between trust and legitimacy in public attitudes towards legal authority. W: E. Shockley, T.Neal, L. Pytlik-Zillig i Brian Bornstein (red.), *Interdisciplinary perspectives on trust: Towards theoretical and methodological integration* (s. 49–69). Springer.
- Jackson, J., Pösch, K. (2019). *Social psychology and justice*. Routledge.
- Jarymowicz, M. T., Imbir, K. K. (2015). Toward a human emotions taxonomy (based on their automatic vs. reflective origin). *Emotion Review*, 7(2), 183–188.
- Kazdin, A. E. (2007). Mediators and mechanisms of change in psychotherapy research. *Annual Review of Clinical Psychology*, 3, 1–27.
- Kazdin, A. E. (2009). *Understanding how and why psychotherapy leads to change*. *Psychotherapy Research*, 19(4-5), 418–428.
- Kramer, U., de Roten, Y., Beretta, V., Michel, L., Despland, J. N. (2009). Alliance patterns over the course of short-term dynamic psychotherapy: The shape of productive relationships. *Psychotherapy Research*, 19, 699–706.
- Krischer, M., Smolka, B., Voigt, B., Lehmkuhl, G., Flechtner, H.H., Franke, S., Trautmann-Voigt, S. (2019). Effects of long-term psychodynamic psychotherapy on life quality in mentally disturbed children. *Psychotherapy Research*, 30(7), 1–9.
- Lambert, M. J. (2004) *Bergin and Garfield’s handbook of psychotherapy and behavior change*. Wiley & Sons.
- Laws, H. B., Constantino, M. J., Sayer, A. G., Klein, D. N., Kocsis, J. H., Manber, R., Markowitz, J. C., Rothbaum, B. O., Steidtmann, D., Thase, M. E., Arnou, B. A. (2017). Convergence in patient–therapist therapeutic alliance ratings and its relation to outcome in chronic depression treatment. *Psychotherapy Research*, 27(4), 410–424.
- Lind, E. A., Tyler, T. R. (1988). *The social psychology of procedural justice*. Springer Science and Business Media.
- Lind, E. A, Van den Bos, K.(2002) When fairness works: Toward a general theory of uncertainty management. W: Staw B.M. i Kramer R.M., (red.) *Research in organizational behavior* (s. 181–224). JAI Press.

- Lingiardi, V., Filippucci, L., Baiocco, R. (2005). Therapeutic alliance evaluation in personality disorders psychotherapy. *Psychotherapy Research*, 15(1–2), 45–53.
- Levi, M., Sacks, A. Tyler, T. R. (2009). Conceptualizing Legitimacy, Measuring Legitimizing Beliefs. *American Behavioral Scientist*, 53, 354–375.
- Marmarosh, C. L., Kivlighan, D. M., Jr. (2012). Relationships among client and counselor agreement about the working alliance, session evaluations, and change in client symptoms using response surface analysis. *Journal of Counseling Psychology*, 59(3), 352–367.
- Mentovich, A., Rhee, E., Tyler, T. R. (2014). My life for a voice: The influence of voice on health-care decisions. *Social Justice Research*, 27(1), 99–117.
- Murray, A., Hall, A., Williams, G. C., McDonough, S. M., Ntoumanis, N., Taylor, I., ... Matthews, J. (2019). Assessing physiotherapists' communication skills for promoting patient autonomy for self-management: reliability and validity of the communication evaluation in rehabilitation tool. *Disability and Rehabilitation*, 41(14), 1699–1705.
- Nakash, O., Nagar, M. (2018). Assessment of diagnostic information and quality of working alliance with clients diagnosed with personality disorders during the mental health intake. *Journal of Mental Health*, 27(4), 314–321.
- Nakash, O., Saguy, T. (2015). Social identities of clients and therapists during the mental health intake predict diagnostic accuracy. *Social Psychological and Personality*, 6, 710–717.
- Paap, D., Karel, Y. H., Verhagen, A. P., Dijkstra, P. U., Geertzen, J. H., Pool, G. (2022). The Working Alliance Inventory's Measurement Properties: A Systematic Review. *Frontiers in Psychology*, 13, 1–19.
- Pellegrini, C. A. (2017). Trust: the keystone of the patient-physician relationship. *Journal of the American College of Surgeons*, 224(2), 95–102.
- Pelikan, J. M. (2017). *The application of salutogenesis in healthcare settings. The handbook of salutogenesis*. Springer.
- Pérez-Arechaederra, D. (2019). The psychology of perceived justice in shared health care decision making. W: J. Jackson i K. Pósch (red.). *Social psychology and justice*. (s. 284–294). Routledge.
- Prusiński T. (2016). Z badań nad przyjaźnią. Inteligencja emocjonalna a jakość bliskich relacji przyjacielskich. *Psychologia Wychowawcza*, 52(10), 109–24.
- Raue, P., Goldfried, M. and Barkham, M. (1997). The therapeutic alliance in psychodynamic interpersonal and cognitive-behavioral therapy. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 65(4), 582–587.
- Sabate, E. (2021). *Adherence to Long-term Therapies: Evidence for Action*. World Health Organization Press.
- Safran, J. D., Muran, J. C. and Proskurov, B. (2009). Alliance, negotiation, and rupture resolution. W: R. A. Levy i J. S. Ablon (red.), *Handbook of evidence-based psychodynamic psychotherapy* (s. 201–225). Springer.
- Schürmann-Vengels, J., Appelbaum, S., Apel, M. K., Trimpop, L., Muermans, M. M., Osterman, T., Teisman, T., Willutzki, U. (2022). Association of patients' pre-therapy strengths and alliance in outpatient psychotherapy: A multilevel growth curve analysis. *Psychotherapy Research*, 1–15.
- Sęk, H. (2007). *Psychologia kliniczna*. Wydawnictwo Naukowe PWN.
- Seewald, A., Rief, W. (2023). Therapist's warmth and competence increased positive outcome expectations and alliance in an analogue experiment. *Psychotherapy Research*, 1–16.

- Sharpless, B. A., Muran, J. C., Barber, J. P. (2010). Coda: Recommendations for practice and training. W: J. C. Muran i J. P. Barber (red.), *The therapeutic alliance: An evidence-based guide to practice* (s. 341–354). Guilford Press.
- Sijercic, I., Liebman, R.E., Stirman, S.W. and Monson, C.M. (2021). The effect of therapeutic alliance on dropout in cognitive processing therapy for posttraumatic stress disorder. *Journal of Traumatic Stress*, 34(4), 819–828.
- Smith, S. W., Hilsenroth, M. J., Fiori, K. L., Bornstein, R. F. (2014). Relationship between SWAP-200 patient personality characteristics and patient-rated alliance early in treatment. *The Journal of Nervous and Mental Disease*, 202(5), 372–378.
- Stemplewska-Żakowicz, K. (2016). *Diagnoza psychologiczna. Diagnozowanie jako kompetencja profesjonalna*. GWP.
- Stiles, W. B., Glick, M. J., Osatuke, K., Hardy, G. E., Shapiro, D. A., Agnew-Davies, R., Rees, A., Barkham, M. (2004). Patterns of alliance development and the rupture–repair hypothesis: Are productive relationships U-shaped or V-shaped? *Journal of Counseling Psychology*, 51, 81–92.
- Tanzilli, A., Colli, A., Gualco, I., Lingiardi, V. (2018). Patient personality and relational patterns in psychotherapy: Factor structure, reliability, and validity of the Psychotherapy Relationship Questionnaire. *Journal of Personality Assessment*, 100(1), 96–106.
- Thom, D. H., Hall, M. A., Pawlson, L. G. (2004). Measuring patients' trust in physicians when assessing quality of care. *Health Affairs*, 23(4), 124–132.
- Tufekcioglu, S., Muran, J. C., Safran, J. D., Winston, A. (2013). Personality disorder and early therapeutic alliance in two time-limited therapies. *Psychotherapy Research*, 23(6), 646–657.
- Tyler, T. R. (2006). Psychological perspectives on legitimacy and legitimation. *Annual Review of Psychology*, 57, 375–400.
- Tyler, T. R. (2009). Legitimacy and criminal justice: The benefits of self-regulation. *Ohio State Journal of Criminal Law*, 7, 307–359.
- Tyler, T. R. (2021). *Why people obey the law*. Princeton University Press.
- Tyler, T., Jackson, J. (2013). Future challenges in the study of legitimacy and criminal justice. Yale Law School, *Public Law Working Paper*, 264, 1–27.
- Tyler, T. R., Jackson, J. (2014). Popular legitimacy and the exercise of legal authority: Motivating compliance, cooperation and engagement. *Psychology, Public Policy, and Law*, 20, 78–95.
- Tyler, T., Mentovich, A., Satyavada, S. (2014). What motivates adherence to medical recommendations? The procedural justice approach to gaining deference in the medical arena. *Regulation & Governance*, 8(3), 350–370.
- Tryon, G. S., Blackwell, S. C., Hammel, E. F. (2007). A metaanalytic examination of client–therapist perspectives of the working alliance. *Psychotherapy Research*, 17, 629–642.
- Van den Bos, K. (2018). *Why people radicalize: How unfairness judgments are used to fuel radical beliefs, extremist behaviors, and terrorism*. Oxford University Press.
- van Prooijen, J. W. (2009). Procedural justice as autonomy regulation. *Journal of Personality and Social Psychology*, 96, 1166–1180.

## 4.2 Pozostałe osiągnięcia naukowo-badawcze

Chociaż zagadnienie profesjonalnej relacji pomagający – oczekujący pomocy w okolicznościach leczenia problemów zdrowotnych uczyniłem swoim głównym obszarem zainteresowań, to jednak w pracy naukowo-badawczej zajmowałem się również inną problematyką. Poniżej wskazuję i omawiam dwie dodatkowe grupy osiągnięć naukowo-badawczych. Są nimi **analiza sprawiedliwości proceduralnej w ramach wymiaru sprawiedliwości, ze szczególnym uwzględnieniem instytucji procesu sądowego**, a także **wieloaspektowe przeanalizowanie relacji przyjacielskiej**. W skład pierwszego z wymienionych osiągnięć naukowo-badawczych wchodzi 4 artykuły naukowe opublikowane w latach 2018-2020 w recenzowanych czasopismach naukowych oraz 1 rozdział w monografii naukowej z 2014 r. W skład drugiego z wymienionych powyżej osiągnięć naukowo-badawczych wchodzi 7 artykułów naukowych opublikowanych w latach 2015-2019 w recenzowanych czasopismach naukowych. Tylko jedna ze wskazanych poniżej publikacji jest dziełem współautorskim<sup>11</sup>. W przypadku pozostałych publikacji jestem ich jedynym autorem.

### 4.2.1 Analiza sprawiedliwości proceduralnej w ramach polskiego wymiaru sądownictwa

Poniżej przedstawiam publikacje dotyczące omawianego w pkt. 4.2.1 osiągnięcia:

Prusiński, T. (2014). Ewaluacja obywatelskiego monitoringu sądów rejonowych i okręgowych 2013-2014. W: B. Pilitowski i S. Burdziej (red.), *Obywatelski monitoring sądów 2013-2014*, (s. 121–133). Wydawnictwo PSP.

Prusiński, T. (2018). Sprawiedliwość instytucjonalna a zdrowie psychiczne stron postępowań sądowych. Wzmocnienie czy obniżenie jednostkowego dobrostanu. *Polskie Forum Psychologiczne*, 23(2), 446–468.

<https://doi.org/10.14656/PFP20180213>

---

<sup>11</sup> Stosowne oświadczenie drugiego autora o jego udziale w tej publikacji zostało dołączone do dokumentacji wniosku.





Prusiński, T. (2020). Procedural justice in the courtroom: the factor structure and psychometric properties of the revised procedural justice scale. *Roczniki Psychologiczne*, 23(1), 83–105.

<https://doi.org/10.18290/rpsych20231-5>

Prusiński, T., Pilitowski, B. (2020). Uczciwość postępowania sądowego. Wpływ sprawiedliwości proceduralnej na satysfakcję z życia i psychologiczny dobrostan uczestników postępowań sądowych. *Polskie Forum Psychologiczne*, 25(1), 111–142.

<https://doi.org/10.14656/PFP20200106>

Prusiński, T. (2020). What motivates people to comply with the law and regard it as legitimate in the polish system of justice? the identification and analysis of the construct of procedural justice. *Polish Psychological Bulletin*, 51(2), 126–138.

<https://doi.org/10.24425/ppb.2020.133770>

Zajmując się analizą sprawiedliwości proceduralnej w obszarze polskiego wymiaru sądownictwa, przyjąłem wypracowany na styku psychologii społecznej i psychologii prawa, model rozumienia funkcjonowania instytucji wymiaru sprawiedliwości (Thibaut i Walker, 1975; Tomkins i Applequist, 2008; Törnblom i Vermunt, 2007; Tyler, 2007).

Zakłada on, że instytucja sądu jest przestrzenią nieustannych napięć. Ludzie pojawiają się na sali sądowej tocząc z innymi różne spory. Dochodzą swoich praw, a także bronią się oczekując stwierdzenia faktów prawnych lub wymierzenia kary za przestępstwo. Nerozwiazane ludzkie problemy i spory wyznaczają obszar ich aktualnej osobistej bezradności, braku zasobów i kompetencji zaradczych. Wymiar sądownictwa jest potencjalnym zasobem jednostki, z którego może ona skorzystać w sytuacji niemożności samodzielnego rozwiązania problemu lub sporu, ponieważ jednym z zasadniczych celów instytucji prawa jest rozwiązanie konfliktów. Rozwiązanie to jednak musi być tak przeprowadzone, by usuwać napięcia i rozwijać tkankę społeczną, zachęcając do dalszej, optymalnej i efektywnej, kontynuacji wymiany między jednostkami. W przeciwnym razie instytucja postępowania sądowego stanie się kolejnym stresorem wzmacniającym stan napięcia. W subiektywnym odbiorze jednostek wymiar polskiego sądownictwa nie zawsze spełnia swoje funkcje, zachęcając na dalszego korzystania z jego wsparcia.

Ludzie używają zatem instytucji sądu, ale poziom ich chęci skorzystania i zaangażowanie zależy od oceny, jaką formułują na temat tego, co te kontakty im przynoszą.

Ocena jest ściśle powiązana z tym, jaki rodzaj dóbr otrzymali, czy konsekwencje kontaktu pokryły się z ich oczekiwaniami. Tym, co może budować subiektywną satysfakcję stron postępowania i obniżyć napięcie generowane powstałym konfliktem, jest nie tylko rezultat postępowania (efekt dystrybutywny w postaci konkretnego rozstrzygnięcia, wyroku, decyzji lub postanowienia), ale również sposób, w jaki do niego doprowadzono (efekt sprawiedliwości proceduralnej) (Tyler, 2007). Dodatkowo, wiele kontaktów jednostki z instytucją sądu jest mimowolna, a te które są inicjowane dobrowolnie, wiążą się często z nałożeniem mimowolnych orzeczeń i decyzji. Tym samym autorytet instytucji sądu jest pod nieustannym ryzykiem oceny tego, kto z wymiarem sprawiedliwości się kontaktuje.

Uznałem za wartościowe z punktu widzenia poznawczego i funkcjonalnego eksplorowanie czynników i poszukiwanie ich optymalnych poziomów, dzięki którym instytucja sądu tak funkcjonuje, że sposobem i jakością swojego działania zachęca do dalszego korzystania ze swojego potencjału oraz wzmacnia dobrostan jednostki poprzez wspieranie jej w radzeniu sobie z pojawiającymi się problemami i konfliktami. Zgodnie z moją wiedzą, analizy i badania czynnika sprawiedliwości proceduralnej w przestrzeni polskich sądów prowadzone są niezwykle rzadko w polskiej psychologii. Do osiągnięć w obszarze analizy sprawiedliwości proceduralnej w ramach polskiego wymiaru sądownictwa mogę zaliczyć kilka moich działań naukowych.

Współpracując z Fundacją Court Watch Polska, przeprowadziłem ewaluację procesu obywatelskiego monitoringu sądów rejonowych i okręgowych w latach 2013-2014. Jednym z ważnych założeń programu monitoringu było to, że obecność bezstronnych obserwatorów na salach rozpraw ma zasadniczo pozytywny wpływ na przejrzystość i bezstronność postępowania, a także na sposób traktowania stron przez sędziów oraz pracowników sądu. Głównym celem prowadzonej przeze mnie ewaluacji była próba odpowiedzi na pytanie, czy faktycznie obecność wolontariuszy przyglądających się rozprawom ma taki wpływ. Dla oszacowania tego wpływu porównano subiektywne poczucie sprawiedliwości proceduralnej stron postępowania w sytuacji, kiedy na sali rozpraw obserwator nie był obecny, z analogicznym poczuciem stron, w sytuacji, kiedy obserwator był obecny na sali rozpraw. Współprowadzone przeze mnie wraz z zespołem Court Watch Polska badanie ewaluacyjne miało miejsce w aż 9 sądach rejonowych i 3 sądach okręgowych w 5 miastach. Dokonałem ważnych, z uwagi na zasadność prowadzenia obywatelskiego monitoringu sądów, ustaleń. Obecność obserwatora nie była istotnym czynnikiem dywersyfikującym oceny sprawiedliwości proceduralnej. Tym samym, pośrednio wyprowadziłem ostrożny wniosek, że obecność obserwatora nie realizuje swojej funkcji interwencyjnej. Dzięki moim ustaleniom



możliwe było przedyskutowanie założeń programu monitoringu obywatelskiego i jego korzyści w obecnej jego postaci, a następnie taka jego modyfikacja, aby w przyszłości obywatelski monitoring mógł efektywniej spełniać swoje funkcje kontroli jakości pracy sądu. Ponadto ustaliłem, że działania w postaci monitoringu obywatelskiego prowadzone przez bezstronnych, niezaangażowanych emocjonalnie obserwatorów, pozwalają na obiektywne definiowanie rzeczywistości polskich sądów.

Dalsza moja praca miała charakter koncepcyjny i stanowiła podłoże prowadzonych przeze mnie w późniejszym czasie badań empirycznych. W ramach tej pracy, której efekty widoczne były w kolejnych publikacjach, zająłem się analizą teoretycznych modeli sprawiedliwości proceduralnej wskazujących ją jako czynnik oceny efektywności pracy instytucji sądu i zadowolenia korzystającej z procesu postępowania sądowego jednostki. Przeprowadziłem krytyczną analizę doniesień z dotychczas przeprowadzonych badań empirycznych, zakładających sprawiedliwość instytucjonalną jako czynnik warunkujący zdrowie jednostki i jednostkowy dobrostan. Ustaliłem, że związek subiektywnych ocen podsądnych na temat sprawiedliwości procesu postępowania sądowego z jakością ich psychologicznego i społecznego funkcjonowania, nie został jeszcze wystarczająco dobrze rozpoznany. Polskie badania psychologiczne w omawianym zakresie przed moimi analizami były bardzo skromne.

Równoległe do prowadzonych analiz teoretycznych i przeglądu badań zająłem się pracą i przygotowaniem polskiej wersji stosownego narzędzia do pomiaru sprawiedliwości proceduralnej na sali sądowej (Kwestionariusz Sprawiedliwości Proceduralnej, PJS). Istniejące dotychczas w Polsce kwestionariusze wykorzystywane w badaniach empirycznych, w tym również narzędzia stosowane przez Court Watch Polska, były domeną pracy socjologów i koncentrowały się również na kwestiach organizacyjnych i infrastrukturalnych, czyli na takich wymiarach satysfakcji interesantów z wymiaru sprawiedliwości, które w niewielkim stopniu operacjonalizowały sprawiedliwość proceduralną w ujęciu psychologicznym (Tyler, 2007).

Przygotowałem i przeprowadziłem, wyjątkowe z uwagi na restrykcyjność procedury pomiarowej, badania empiryczne poświęcone ocenie kontaktu z sędzią dokonanej przez podsądnego. Uczestnicy badania byli rekrutowani wyłącznie spośród osób faktycznie uczestniczących w sądowych postępowaniach cywilnych, prowadzonych w wydziałach cywilnych sądów rejonowych. Badany brał udział w badaniu po zakończeniu posiedzenia sądu, w trakcie którego nastąpiły zasadnicze interakcje między nim a sędzią. Na podstawie



tych badań empirycznych i analiz ich wyników przedstawiłem kilka istotnych ustaleń na temat sprawiedliwości proceduralnej w polskim sądownictwie.

Zrewidowałem Kwestionariusz Sprawiedliwości Proceduralnej tak, by mierzył jakość sprawiedliwości proceduralnej wyłącznie w kategoriach psychologicznych. Przedstawiłem ocenę dobroci pomiaru tym narzędziem. W szczególności przetestowałem rzetelność kwestionariusza i zweryfikowałem jego trafność w oparciu o confirmacyjną analizę czynnikową, korelacje między podskalami i różnice międzygrupowe. Narzędzie przedstawiłem w publikacji z 2020 r. w *Rocznikach Psychologicznych*.

Dzięki przeprowadzonym przeze mnie analizom wyników badań empirycznych potwierdziłem również, że sprawiedliwość proceduralna na sali sądowej nie jest konstruktem jednorodnym i składa się z pięciu wymiarów: głosu, zrozumienia, neutralności, szacunku i wpływu. Chociaż każdy człowiek lubi wygrywać, szczególnie w procesach sądowych, w których często chodzi o rozdystrybuowanie zasobów, których brakuje lub są ograniczone, ludzie rozumieją, że w sytuacji konfliktu z innymi nie zawsze można wygrać (Tyler, 2007). Okazuje się jednak, że jeśli ktoś został potraktowany z szacunkiem i atencją przez sędziego podejmującego decyzję, stworzono mu wystarczającą okazję do przedstawienia swojego stanowiska, doświadczył poczucia wpływu na przebieg postępowania, język obecny na sali sądowej był jasny i zrozumiały, podobnie jak treść rozstrzygnięcia, oraz jeśli sędzia sprawiał wrażenie osoby niezależnej i bezstronnej, podsądny jest bardziej skłonny zaakceptować „porażkę”, dalej uznawać autorytet sędziego i mieć zaufanie do instytucji, ponieważ widzi, że procedury zastosowane do rozpatrzenia jego sprawy były sprawiedliwe. Warto podkreślić, że szeroko analizowałem również zróżnicowanie sprawiedliwości proceduralnej z uwagi na zmienne demograficzne (np. płeć, wiek, wykształcenie, miejsce zamieszkania, charakter uczestnictwa w postępowaniu sądowym, czas trwania postępowania, wydatki poniesione w trakcie trwania procesu, waga decyzji sądu dla uczestnika postępowania). Analizy te pozwoliły mi na zidentyfikowanie niewielu takich czynników. Wobec tych ustaleń konkludowałem, że oczekiwanie sprawiedliwości proceduralnej jest powszechne dla wszystkich ludzi będących uczestnikami procesu sądowego i niezależne od tych czynników.

W przeprowadzonych przeze mnie badaniach empirycznych badałem również związek sprawiedliwości proceduralnej, doświadczanej przez podsądnych na sali sądowej, z poczuciem ich satysfakcji z życia i dobrostanu psychologicznego. Pośród wielu ustaleń, jakich dokonałem, na uwagę zasługuje kilka istotnych. Subiektywnie odczuwana sprawiedliwość procesowa zwiększa satysfakcję z życia i psychologiczny dobrostan powodów i pozwanych w procesach cywilnych. Wyniesione z kontaktu z sędzią poczucie

uczciwości procesu pozytywnie determinuje nie tylko krótkotrwałe zadowolenie z życia czy doświadczanie pozytywnego afektu, ale również dobrostan traktowany bardziej holistycznie, który jest nieodłącznym elementem zdrowego rozwoju człowieka. Zgodnie z moją wiedzą, do tej pory nie prowadzono w polskiej kulturze prawnej systematycznych badań nad związkami subiektywnych ocen kontaktu z sądem i dobrostanu jednostki. Chociaż rozmaite oceny funkcjonowania tej instytucji przeprowadzane są stale, to jednak te, z wykorzystaniem koncepcji sprawiedliwości proceduralnej (Tyler, 2007), są wyjątkowo rzadkie.

Badanie sprawiedliwości proceduralnej w polskim sądownictwie ma również swoją implikację praktyczną. Od lat niepokoją złe oceny wymiaru sprawiedliwości wyrażane przez opinię publiczną w Polsce. Sądy są często traktowane podejrzliwie, a gotowość do skorzystania z drogi sądowej jest różna w zależności od przedmiotu sporu i waha się między 2% a 52% (wyniki badań dotyczące nie tylko społeczeństwa polskiego; Flash Eurobarometer, 2013). Ludzie nie korzystają lub niechętnie korzystają z instytucji sądu, która powołana jest do wspierania człowieka w jego optymalnym funkcjonowaniu w społeczeństwie. Moje badania empiryczne dotyczące czynnika sprawiedliwości proceduralnej stanowią wartościowy wkład w proces identyfikacji czynników sprzyjających wzrostowi ocen wymiaru sprawiedliwości oraz pomagają zrozumieć mechanizm zwiększania zaufania do procesu sądowego. Skoro uczciwość procesowa ma znaczenie, to dbanie o jej wysoki poziom na sali rozpraw w dłuższej perspektywie pomoże budować autorytet sądów, zwiększać gotowość ludzi do współpracy z wymiarem sprawiedliwości, zmniejszyć liczbę skarg i apelacji oraz budować zaufanie społeczeństwa do trzeciej władzy. Moje ustalenia wskazują nadto jak istotnym dla jednostkowego dobrostanu jest poczucie uczciwości i upodmiotowienia w procesie sądowym. Instytucje społeczne funkcjonujące w uczciwy proceduralnie sposób wzmacniają zdrowie jednostek.

#### 4.2.1.1 Literatura

- Flash Eurobarometer 385. (2013). *Justice in the UE*. [http://ec.europa.eu/public\\_opinion/flash/fl\\_385\\_en.pdf](http://ec.europa.eu/public_opinion/flash/fl_385_en.pdf)
- Thibaut, J., Walker, L. (1975). *Procedural justice: A psychological analysis*. Erlbaum.
- Tomkins, A., Applequist, K. (2008). Constructs of justice: Beyond civil litigation. W: B. H. Bornstein, R. L. Wiener, R. Schopp, S. L. Willborn (red.), *Civil juries and civil justice* (s. 257–272). Springer.
- Törnblom, K. Y., Vermunt, R. (red.). (2007). *Distributive and procedural justice: Research and social applications*. Routledge.
- Tyler, T. (2007). Procedural justice and the courts, *Court Review*, 44(1/2), 26-31.



#### 4.2.2 Analiza relacji przyjacielskich

Poniżej przedstawiam publikacje dotyczące omawianego w pkt. 4.2.2 osiągnięcia:

Prusiński, T. (2015). Trudności z badaniem przyjaźni. Psychologiczne i społeczne wymiary współczesnych relacji przyjacielskich. *Fides et Ratio*, 3, 21–32.

Prusiński, T. (2016). Intensywne relacje interpersonalne w rzeczywistości kryzysu. *Czasopismo Psychologiczne*, 22(2), 317–321.

<https://doi.org/10.14691/CP PJ.22.2.317>

Prusiński, T. (2016). Anatomia przyjaźni. Zagadnienie równoważności relacji przyjacielskich kobiet i mężczyzn. *Annales Universitatis Paedagogicae Cracoviensis. Studia Psychologica*, 9(1), 209–225.

Prusiński, T. (2016). Z badań nad przyjaźnią. Inteligencja emocjonalna a jakość bliskich relacji przyjacielskich. *Psychologia Wychowawcza*, 52(10), 109–124.

<https://doi.org/10.5604/00332860.1234507>

Prusiński, T. (2017). Z badań nad przyjaźnią. Kompetencje społeczne a jakość relacji przyjacielskich. *Studia Psychologica: Theoria et praxis*, 17(1), 23–46.

<https://doi.org/10.21697/sp.2017.17.1.02>

Prusiński, T. (2018). A new form of friendship among young adults in Poland: Identification of the friends with benefits phenomenon. *Roczniki Psychologiczne*, 21(1), 87–105.

<https://doi.org/10.18290/rpsych.2018.21.1-6>

Prusiński, T. (2019). Pomiar przyjaźni wśród młodych dorosłych. Struktura czynnikowa i psychometryczne właściwości kwestionariusza FIMS. *Czasopismo Psychologiczne*, 25(1), 27–42.

<https://doi.org/10.14691/CP PJ.25.1.27>

Moje ostatnie osiągnięcie naukowe dotyczy wieloaspektowej analizy relacji przyjacielskich. Badałem przyjaźń traktując ją jako związek uniwersalny, ponieważ doświadczany przez prawie każdego człowieka. Nawiązanie przyjaźni, a następnie funkcjonowanie w niej i ewentualne jej kończenie jest istotnym wskaźnikiem rozwoju emocjonalnego, poznawczego a zwłaszcza społecznego człowieka. Poprzez określenie jakości utrzymywanych przyjaźni można operacjonalizować dobrostan psychiczny człowieka (Pahl, 2008). Dzięki przyjaźni człowiek zapewnia sobie realizację niezliczonej liczby potrzeb, takich jak chociażby potrzeby uznania, podziwu, intymności i bliskości. Ludzie jednak różnie się przyjaźnią i różne elementy tej przyjaźni mają dla nich kluczowe znaczenie. Do niedawna badanie przyjaźni było domeną zwłaszcza amerykańskich psychologów (Brooks, 2002; Oswald i Clark, 2003). Podejmując się w latach 2015-2019 badań nad przyjaźnią, polskie analizy empiryczne tego zagadnienia należały do rzadkości (Szarota, 2014). W ramach tego osiągnięcia naukowego chcę wskazać kilka dokonań, które uważam za mój ważny dodatkowy dorobek naukowo-badawczy.

Początek mojej pracy w tym zakresie miał charakter rozpoznawczo-koncepcyjny i stanowił podłoże dla prowadzonych przeze mnie w późniejszym czasie badań empirycznych. Zakładając, że badanie relacji przyjacielskich zwłaszcza dziś, w kontekście przemian kulturowych, społecznych i technologicznych, stanowi ważny cel badawczy, zająłem się analizą obecnego stanu wiedzy na temat relacji przyjacielskich i ograniczeń, chociażby natury metodologicznej i pomiarowej, które ten stan wiedzy konstituowały. Przeanalizowałem kwestie definicyjne fenomenu przyjaźni i wpływ kultury skutkujący odmiennymi sposobami rozumienia, czym jest przyjaźń. Literatura przedmiotu donosiła o tym, że szczególnie w ostatnich dwóch dekadach przyjaźń intensywnie przeobraża się, a funkcjonowanie w cyberprzestrzeni, dając wręcz nieograniczone możliwości komunikacji, wzmacnia procesy transformacji relacji przyjacielskich. Wspomniana praca eksploracyjna, dotycząca określenia stanu wiedzy na temat relacji przyjacielskich, zaowocowała dwoma publikacjami naukowymi: w *Fides et Ratio* w 2015 roku oraz w *Czasopiśmie Psychologicznym* w 2016 roku. Publikacje te były poświęcone rozpatrzeniu trudności w badaniu przyjaźni oraz temu, jaką przyjaźń ma wartość zasobową dla funkcjonowania człowieka będącego w psycho-fizycznym kryzysie. W tej drugiej publikacji konstatowałem, że brakuje metod pomiarowych przyjaźni czyniących zadość kryteriom dobroci pomiaru.

Za swoje pierwsze dokonanie w ramach analizy relacji przyjacielskich uważam przygotowanie polskiej wersji metody pomiarowej. Przeprowadziłem adaptację Kwestionariusza Intensywności Relacji Przyjacielskich (Arunkumar i Dharmangadan, 2001;

*Friendship Intensity Measurement Scale*, FIMS), tj. przygotowałem polską wersję językową tej skali, przeprowadziłem badania empiryczne z jej udziałem, a następnie szacowałem dobroć pomiaru tym narzędziem. Polska wersja kwestionariusza została przygotowana przeze mnie w czterech wersjach, tak aby możliwe było dokonywanie pomiarów różnych relacji interpersonalnych: bliskiej przyjaźni z mężczyzną (kwestionariusz FIMS/PM) i bliskiej przyjaźni z kobietą (kwestionariusz FIMS/PK) oraz znajomości z mężczyzną (kwestionariusz ACQM<sup>12</sup>) i znajomości z kobietą (kwestionariusz ACQK). Przeprowadziłem rozbudowaną walidację psychometryczną skali w wymiarze trafności pomiaru za pomocą analiz czynnikowych, interkorelacji komponentów konstruktów głównego i analizy struktury wewnętrznej kwestionariusza. Podobnie wykonałem rozbudowaną analizę rzetelności pomiaru skalą. Wyniki analiz trafności i rzetelności uprawniają do prowadzenia pomiaru tym narzędziem.

Dzięki przeprowadzonym badaniom empirycznym dokonałem również ustaleń w zakresie identyfikacji struktury przyjaźni. Przyjaźń okazała się konstruktem niejednorodnym, zróżnicowanym w zależności o tego z kim (kobieta/mężczyzna) osoba badana się przyjaźni. Kluczowymi wymiarami okazały się: poczucie dawanego wsparcia, zestrojenie w relacji, zaufanie (zawierzenie), poczucie otrzymanego wsparcia czy przyjemność z bycia z przyjacielem. Dokonanie to uważam za znaczące, ponieważ po publikacji narzędzia w *Czasopiśmie Psychologicznym* w 2019 roku odebrałem kilkanaście e-mail, w których nadawcy, polscy badacze, prosili o zgodę na użycie skali i wyrażali uznanie, że takowa skala została przygotowana dla polskiego badacza.

Przeprowadzone przeze mnie badania empiryczne dały mi możliwość dalszych analiz relacji przyjacielskich. Jako ważne dokonania postrzegam przedyskutowanie różnic międzypłciowych w jakości nawiązywanych relacji przyjacielskich. Ustaliłem, że kobiety mają wyższą jakościowo bliskie relacje przyjacielskie. Męskie przyjaźnie charakteryzują się niższą jakością. Ustaliłem również, że jeśli rozpatrywane jest zróżnicowanie jakości relacji przyjacielskich z uwagi na płeć partnera relacji przyjacielskiej, to w przypadku przyjaźni badanych mężczyzn nie odnotowano zasadniczych różnic, niewielkie różnice istnieją na poziomie wsparcia w przyjaźni oraz intymności w przyjaźni. Podobnie u kobiet, różnic z uwagi na płeć partnera relacji odnotowano niewiele.

W swoich kolejnych analizach skoncentrowałem się również na odnalezieniu i opisanu związków między inteligencją emocjonalną a jakością relacji przyjacielskich wśród

---

<sup>12</sup> Skrót ACQ od *acquaintance*, tj. znajomy.





młodych dorosłych oraz związków między kompetencjami społecznymi a jakością relacji przyjacielskich. Poniżej przytaczam tylko niektóre ustalenia, ponieważ prezentacja wszystkich dokonań przekracza zasadność podawania ich w autoreferacie.

Ustaliłem, że znaczenie inteligencji emocjonalnej w funkcjonowaniu człowieka w bliskich relacjach przyjacielskich nie jest tak silne, jak się tego spodziewano. Określiłem, jako istotny, związek między jakością bliskiej relacji przyjacielskiej a zdolnością badanego do akceptowania, wyrażania i wykorzystywania własnych emocji w działaniu. Podobnie, rozumienie i rozpoznawanie emocji innych ludzi, wrażliwość na emocje partnera facylitują prawidłowe funkcjonowanie w relacjach i przyczyniać się mogą do wzrostu ich jakości. Związki jakości relacji przyjacielskich i kompetencji społecznych zostały ujawnione przede wszystkim u badanych mężczyzn. U kobiet praktycznie nie wystąpiły. Umiejętności złożone, zwłaszcza te warunkujące skuteczność radzenia sobie i osiągnięcia celów w sytuacjach intymnych czy też wymagających asertywności, tylko w niewielkim stopniu (graniczącym z umiarkowanym) warunkują jakość przyjaźni.

W końcu, ostatnim dokonaniem w zakresie analizy relacji przyjacielskich było zajęcie się zagadnieniem deformacji przyjaźni. Zająłem się zjawiskiem częstego przeformułowania dotychczasowej relacji przyjacielskiej w kierunku jej seksualizacji. Do niedawna przyjaźń była relacją czysto platoniczną. Obecnie wymiar erotyczny nie jest już niczym zupełnie zaskakującym. Istniejący materiał empiryczny wskazywał, że dochodzi do przekraczania ustalonych granic intymności i określania nowych oczekiwań stron wobec ich wzajemnej przyjaźni (Lehmiller i in., 2014). W swoich badaniach empirycznych zająłem się zjawiskiem *friends with benefits* (przyjaźń z korzyściami, tj. przyjaźń uzupełniana zachowaniami seksualnymi). Choć moje badania naukowe dostarczyły tylko niewielkiego wglądu w naturę relacji przyjaźni z korzyściami, to jednak ustaliłem, że zjawisko relacji *friends with benefits* istnieje wśród młodych dorosłych w polskim społeczeństwie. W wielu przypadkach przyjaźń przestała być jedynie czysto platoniczną relacją interpersonalną. Różnice w jakości przyjaźni uzupełnianych zachowaniami seksualnymi i bliskich relacji przyjacielskich są zasadnicze, na korzyść tych drugich. Bliskie relacje przyjacielskie są bardziej wspierające, intymne, a partnerzy tych relacji bardziej je akceptują. Posiadanie doświadczeń relacji przyjacielskiej uzupełnianej kontaktem seksualnym charakterystyczne jest przede wszystkim dla mężczyzn. Kobiety rzadziej uzupełniają relację przyjacielską zachowaniami seksualnymi. Przeprowadzone przeze mnie badania dotyczące zjawiska przyjaźni z korzyściami uważam za rzadkie i bardzo wartościowe, ponieważ pozwoliły na wykonanie pierwszych kroków w diagnozie zmian jakości przyjaźni w polskim społeczeństwie. Uważam również, że

poznanie tej sfery życia człowieka, jaką jest jakość budowanych przez niego relacji przyjacielskich wnosi wiedzę o jakości jego emocjonalnego, poznawczego i społecznego funkcjonowania, o potrzebach, jakie pragnie realizować w kontaktach z drugim człowiekiem. Badanie związków przyjaźni z inteligencją emocjonalną i kompetencjami społecznymi pozwala zrozumieć, co kształtuje jakość ludzkich więzi i przyjaźni.

#### 4.2.2.1 Literatura

- Arunkumar, T.S., Dharmangan, B. (2001). The FIMS Friendship Intensity Measurement Scale. *Psychological Studies*, 46, 58–62.
- Brooks, R. (2002). Transitional friends? Young people's strategies to manage and maintain their friendships during a period of repositioning., *Journal of Youth Studies*, 5(4), 449–467.
- Lehmiller, J., VanderDrift, L., Kelly, J. (2014). Sexual communication, satisfaction, and condom use behavior in friends with benefits and romantic partners. *Journal of Sex Research*, 51, 74–85.
- Oswald, D., Clark, E. (2003). Best friends forever? High school best friendships and the transition to college., *Personal Relationships*, 10, 187–196.
- Pahl, R. (2008). Przyjaźń – społeczne spoiwo współczesnego społeczeństwa? W: P. Sztompka, M. Bogunia-Borowska (red.), *Sojologia codzienności* (s. 160-180). Znak.
- Szarota, P. (2014). Przyjaźń pod mikroskopem. Problemy metodologiczne w badaniach nad funkcjonowaniem relacji przyjacielskich., *Psychologia Społeczna*, 9, 1(28), 28–36.

### 5. Informacja o wykazywaniu się istotną aktywnością naukową albo artystyczną realizowaną w więcej niż jednej uczelni, instytucji naukowej lub instytucji kultury, w szczególności zagranicznej

Moją pracę naukowo-badawczą opisaną w pkt. 4, sfinalizowaną w postaci wiodących jak i dodatkowych osiągnięć naukowych prowadziłem będąc związanym nie tylko z Instytutem Psychologii Akademii Pedagogiki Specjalnej im. Marii Grzegorzewskiej (APS). Pracowałem również w innych jednostkach naukowo-badawczych. Swoje osiągnięcia we wspomnianych wyżej zakresach realizowałem we współpracy z zespołem naukowo-badawczym Fundacji Court Watch Polska i pracownikami naukowymi krajowych instytutów i katedr. Poniżej (pkt 5.1) wykazuję te ważne osoby ze środowiska naukowego, z którymi współpracowałem oraz miejsca (instytucje, również międzynarodowe), poza APS, w których pracowałem naukowo (lub na rzecz których pracowałem), a także zajmowane tam stanowiska i okresy wykonywanej tam pracy. Poniżej wspominam już jedynie o podejmowanych przeze mnie w tych instytucjach zagadnieniach naukowych.

W dalszej części pkt. 5 przedstawiam mój udział w konferencjach naukowych, kierowanie projektami badawczymi czy aktywność recenzyjną. Działania te były bezpośrednio związane z moimi zainteresowaniami naukowymi. Projekty badawcze umożliwiły mi przeprowadzenie wielu pomiarów empirycznych interesujących mnie zmiennych, a biorąc udział w konferencjach naukowych, informowałem środowisko naukowe o swoich odkryciach i dyskutowałem z nim moje naukowe ustalenia. Wszystko to traktuję, jako ważne elementy dopełniające obraz mojego zaangażowania na rzecz nauki.

### **5.1 Aktywność naukowa na uczelniach innych niż macierzysta oraz współpraca krajowa i międzynarodowa**

15 czerwca – 15 września 2014

*członek zespołu badawczego i ewaluator projektu badawczego*

Fundacja Court Watch Polska

Katedra Socjologii Uniwersytet Warmińsko-Mazurski w Olsztynie

oraz

2014 – 2019

*członek międzynarodowego zespołu badawczego*

Fundacja Court Watch Polska

Instytut Socjologii Uniwersytet Mikołaja Kopernika w Toruniu

Uniwersytet w Denver w Colorado, Stany Zjednoczone

W tym okresie (15 czerwca – 15 września 2014) współpracowałem z dr. Stanisławem Burdziejem z Katedry Socjologii Uniwersytetu Warmińsko-Mazurskiego w Olsztynie oraz mgr. Bartoszem Pilitowskim Prezesem Fundacji Court Watch Polska. Fundacja Court Watch Polska to instytucja typu *think-tank* należąca do trzeciego sektora. W trakcie tej współpracy koordynowałem badania empiryczne poświęcone zagadnieniu efektu proceduralnego w polskich sądach rejonowych i okręgowych oraz przeprowadziłem ewaluację części projektu badawczego finansowanego przy wsparciu Szwajcarii w ramach szwajcarskiego programu współpracy z nowymi krajami członkowskimi Unii Europejskiej (nr projektu 289/D/3/2012) *Stań przed sądem – przekonaj się sam*. Dokonałem empirycznej weryfikacji hipotezy o poznawczej efektywności metody *court watch* oraz hipotezy o występowaniu w przypadku

polskich sędziów efektu interwencyjnego. Wyniki tej pracy zostały opublikowane jako raport w postaci rozdziału w książce pod redakcją dr. Burdzieja i mgr. Pilitowskiego: Prusiński, T. (2014). Ewaluacja obywatelskiego monitoringu sądów rejonowych i okręgowych 2013-2014. W: B. Pilitowski i S. Burdziej (red.), *Obywatelski monitoring sądów 2013-2014*, (s. 121–133). Wydawnictwo PSP.

Pracując naukowo nad zagadnieniem sprawiedliwości instytucjonalnej jako czynnikiem zdrowia jednostki i jednostkowego dobrostanu, kontynuowałem w latach 2014-2019 współpracę z Fundacją Court Watch Polska. W tym czasie w ramach Fundacji Court Watch Polska ukonstytuowała się międzynarodowa grupa badawcza tworzona przez dr. hab. Stanisława Burdzieja, prof. UMK, mgr. Bartosza Pilitowskiego, doktoranta UMK, dr. Keitha Guzika z Uniwersytetu w Denver w Colorado. Owocem tej współpracy była wspólna z Bartoszem Pilitowskim publikacja: Prusiński, T., Pilitowski, B. (2020). Uczciwość postępowania sądowego. Wpływ sprawiedliwości proceduralnej na satysfakcję z życia i psychologiczny dobrostan uczestników postępowań sądowych. *Polskie Forum Psychologiczne*, 25(1), 111–142. Wyniki tej pracy opisałem jako część osiągnięcia dodatkowego (pkt 4.2).

1 października 2015 – 30 września 2016

*adiunkt*

Zakład Badań Podstawowych

Katedra Psychologii

Uniwersytet Komisji Edukacji Narodowej w Krakowie

Okres ten był czasem intensywnej pracy koncepcyjnej i empirycznej nad istotnym wątkiem moich zainteresowań naukowych, jakim była eksploracja fenomenu bliskich relacji przyjacielskich, opisywana w części dotyczącej osiągnięć dodatkowych (pkt 4.2). W Zakładzie Badań Podstawowych Uniwersytetu Komisji Edukacji Narodowej w Krakowie pracowałem przy wsparciu i we współpracy z dr. hab. Krzysztofem Mudyniem, prof. UKEN. Moja praca empiryczna obejmowała prowadzenie badań pilotażowych i właściwych w celu adaptacji metody pomiarowej – Kwestionariusza Intensywności Relacji Przyjacielskich (FIMS). Dzięki uzyskanym wynikom szerzej mogłem analizować zjawisko bliskich relacji przyjacielskich oraz pojawiający się w wśród ludzi młodych fenomen przyjaźni z korzyściami. Efektem powyższej pracy prowadzonej również w Zakładzie Badań Podstawowych Uniwersytetu Komisji Edukacji Narodowej w Krakowie były publikacje



wymienione w autoreferacie, w części dotyczącej pozostałych osiągnięć naukowo-badawczych (pkt 4.2) oraz wystąpienia na konferencjach naukowych.

1 października 2017 – 30 września 2018

*adiunkt*

Katedra Psychologii

Wyższa Szkoła Rehabilitacji w Warszawie

W czasie pracy jako *adiunkt* w Katedrze Psychologii Wyższej Szkoły Rehabilitacji w Warszawie, zajmowałem się problematyką jakości sprawiedliwości proceduralnej w wymiarze polskiego sądownictwa. Pracowałem nad przygotowaniem narzędzia do pomiaru sprawiedliwości proceduralnej (kwestionariusz PJS). W tym okresie przygotowywałem i prowadziłem badania naukowe dotyczące doświadczania uczciwości proceduralnej przez podsądnych w trakcie cywilnych procesów sądowych oraz analizy wyników tych badań (opisane w pkt. 4.2)<sup>13</sup>. Dodatkowo zajmowałem się zagadnieniem optymalizacji warunków zdrowienia w psychoterapii. W Katedrze Psychologii Wyższej Szkoły Rehabilitacji w Warszawie pracowałem przy naukowym wsparciu i we współpracy z dr Elżbietą Trylińską-Tekielską. Dokonania w tym zakresie widoczne były chociażby w publikacji: Prusiński, T. (2017). Optymalizacja warunków zdrowienia. Genogram w modalności ericksonowskiej. *Kwartalnik Naukowy Fides et Ratio*, 32(4), 245–257, czy w publikacji: Prusiński, T. (2020). Procedural justice in the courtroom: the factor structure and psychometric properties of the revised procedural justice scale. *Roczniki Psychologiczne*, 23(1), 83–105.

4 listopada 2018 – 15 lutego 2024

praca na rzecz Society for Psychotherapy Research

W związku z niezbędną potrzebą adaptacji Kwestionariusza Przymierza w Działaniu (wynik pracy nad narzędziem został opisany i wskazany przeze mnie jako jedno z moich dokonań wchodzących w skład wiodącego osiągnięcia naukowego w pkt. 4.1.4), podjąłem pracę na rzecz Society for Psychotherapy Research. Stowarzyszenie to jest międzynarodową, multidyscyplinarną instytucją naukową zajmującą się badaniami nad psychoterapią. Society for Psychotherapy Research zachęca do podejmowania badań nad

---

<sup>13</sup> Większa część z badań empirycznych była już finansowana z wygranego konkursu wewnątrzuczelnianego APS.

psychoterapią, a także ma na celu wspieranie i wzmacnianie zarówno empirycznych podstaw, jak i wartości użytkowej badań nad psychoterapią. W ramach tej pracy uzyskałem pozwolenie od dr Marny S. Barrett na przeprowadzenie adaptacji kwestionariusza WAI. Osobną zgodę na adaptację narzędzia wyraził twórca skali prof. Adam Horvath. Po jej przeprowadzeniu Society for Psychotherapy Research, w osobie dr Bernadette Walter, uznało tę pracę badawczo-naukową, a samo narzędzie zostało przyjęte jako oficjalna polska wersja narzędzia WAI. Efekt mojej pracy nad narzędziem widoczny jest chociażby w publikacji: Prusiński, T. (2021). Patients' and psychotherapists' combined and separate evaluations of the psychotherapeutic relationship: the structure of working alliance and Polish versions of the WAI. *Journal of Contemporary Psychotherapy*, 51(4), 323–329, jak również w publikacji: Prusiński, T. (2022). Wzajemne porozumienie i współpraca pacjenta i psychoterapeuty w psychoterapii. Ocena dobroci pomiaru kwestionariuszem Przymierza w działaniu. *Przegląd Psychologiczny*, 65(4), 31–56.

6 lutego 2023 – obecnie

*kierownik zespołu naukowego*

współpraca naukowa z dr. hab. Stanisławem Burdziejem, prof. UMK, Instytut Socjologii Uniwersytetu Mikołaja Kopernika w Toruniu oraz z dr. Michałem Głowczewskim, Instytut Psychologii Uniwersytet Mikołaja Kopernika w Toruniu

Ten zespół naukowy powstał celem opracowania i analizy wyników przeprowadzonych przeze mnie badań empirycznych dotyczących wielkości efektu proceduralnego i legitymizacji wobec dobrostanu osób korzystających z opieki zdrowotnej oraz wobec efektów leczenia. Celem analiz było określenie siły predykcyjnej dwóch czynników relacyjnych, sprawiedliwości proceduralnej i legitymizacji, wobec dobrostanu pacjenta korzystającego z opieki lekarskiej. Jest to kontynuacja moich głównych zainteresowań naukowych, w zakresie których mój dotychczasowy dorobek opisałem jako wiodące osiągnięcie naukowe (pkt 4.1.5). W wyniku tej pracy powstała publikacja naukowa, która jest obecnie w trakcie procesu recenzowania w czasopiśmie *Journal of Health Organization and Management*: Prusiński, T., Burdziej, S., Głowczewski, M. (recenzja). Effect of relation or effect of investment? Identifying procedural justice and the authority of a physician as factors shaping the well-being of patients seeking medical care.

2022 – obecnie

*członek zespołu redakcyjnego Przeglądu Psychologicznego*

*redaktor naukowy numeru Przeglądu Psychologicznego*

Polskie Towarzystwo Psychologiczne

Uniwersytet Warmińsko-Mazurski w Olsztynie

*Przegląd Psychologiczny* jest oficjalnym czasopismem Polskiego Towarzystwa Psychologicznego i jest wydawany przy współpracy z Uniwersytetem Warmińsko-Mazurskim w Olsztynie. Pracuję naukowo i organizacyjnie na rzecz czasopisma, w celu utrzymania wysokiego poziomu naukowego publikowanych tekstów oraz promocji publikacji naukowych w środowisku psychologów. W tym zakresie współpracuję z dr. hab. Beatą Krzywosz-Rynkiewicz, prof. UWM, dr. hab. Adamem Tarnowskim, prof. UMK, dr. Arkadiuszem Białkiem z UJ, dr. Łukaszem Miciukiem z UMK i dr. Martą Znajmecką z UŁ. Pełniłem rolę redaktora naukowego numeru oraz redaktora prowadzącego przydzielonych tekstów. W ramach tej współpracy prowadzę działania umiędzynarodawiające czasopismo poprzez budowanie relacji ze światowej sławy profesorami psychologii. Efekt mojej pracy widoczny jest chociażby w kolejnych wydaniach numerów czasopisma: Prusiński, T. (2022). Redaktor prowadzący numeru. *Przegląd Psychologiczny*, 65(3).

18 września 2023 – obecnie

*członek zespołu redakcyjnego Journal of Contemporary Psychotherapy*

Department of Psychology, Case Western Reserve University, Cleveland

Jest to współpraca z Redaktorem Naczelnym prof. Jamesem Overholserem z Department of Psychology, Case Western Reserve University, Cleveland w celu utrzymaniu wysokiego poziomu naukowego publikowanych tekstów w czasopiśmie *Journal of Contemporary Psychotherapy*. W ramach tej współpracy pełniłem rolę recenzenta tekstów naukowych, przygotowałem propozycję tematyki do planowanych numerów specjalnych, których redakcję naukową mi zaproponowano.

13 maja 2022 – obecnie

współpraca z dr Louise Gaston z *Traumatys*, Kalifornia, Stany Zjednoczone

Na tą współpracę badawczo-naukową z dr Louise Gaston jestem umówiony i dopiero ją rozpocząłem. Nie ma jeszcze jej efektów naukowych. Uważam jednak, że warto o niej wspomnieć, ponieważ pokazuje ona, że konsekwentnie kontynuuję swoją pracę naukową i poszerzam dotychczasowe dokonania w interesujących mnie zagadnieniach naukowych. Kontakt z dr Louise Gaston z *Traumatys* nawiązałem celem przeprowadzenia badań empirycznych i przygotowania pełnej adaptacji kolejnej skali do pomiaru sojuszu psychoterapeutycznego (*California Psychotherapy Alliance Scales*, CALPAS). Dr Gaston jest twórcą tej metody pomiarowej. Narzędzie CALPAS nie ma polskiej adaptacji. Prace są zaawansowane, obecnie na etapie zakończonych badań pilotażowych z użyciem przygotowanej polskiej wersji narzędzia.

## 5.2 Udział w konferencjach naukowych

Ponadto, prezentowałem swoje wyniki badań na 13 ogólnopolskich i międzynarodowych kongresach i konferencjach naukowych<sup>14</sup>. W zdecydowanej większości były to wystąpienia ustne. Uczestniczyłem w panelu dyskusyjnym i na zaproszenie prowadziłem sesję konferencyjną. Moje wystąpienia naukowe w większości dotyczyły analizowanego przeze mnie naukowo-badawczo przymierza psychoterapeutycznego i jego udziału w rezultatach procesu leczenia, czynnika sprawiedliwości proceduralnej czy relacji przyjacielskich. Aktywność na konferencjach naukowych uważam za ważne dopełnienie pracy naukowo-badawczej. Do najważniejszych konferencji, w których brałem czynny udział, zaliczam: kolejne edycje *Konferencji Trzech Sekcji Psychoterapii Polskiego Towarzystwa Psychiatrycznego* i *Polskiego Towarzystwa Psychologicznego*, *Kongres Polskiego Towarzystwa Psychologicznego*, *Ogólnopolską Konferencję „Diagnoza psychologiczna jako przedmiot badania i nauczania”*, *Międzynarodową Konferencję: Kobiety i mężczyźni. Różnice, podobieństwa* oraz *Zjazd Psychiatrów Polskich Polskiego Towarzystwa Psychiatrycznego*.

Ponadto byłem czynnym uczestnikiem zebrań naukowych Instytutu Psychologii Akademii Pedagogiki Specjalnej, na których występowałem z referatami omawiającymi działalność kształceniową uczelni: podsumowanie *Raportu z efektów kształcenia na kierunku psychologia* w 2018 r. i 2024 r. oraz w 2016 r. odczyt: *Współczesne kierunki myśli w psychologii osobowości*.

---

<sup>14</sup> Pełną listę podejmowanych tematów zamieściłem w *Wykazie osiągnięć naukowych albo artystycznych, stanowiących znaczny wkład w rozwój dyscypliny psychologia*.



### 5.3 Udział w projektach badawczych

Moje dokonania naukowe nie byłyby możliwe bez prowadzenia badań empirycznych. W latach 2017-2022 realizowałem 5 rocznych projektów naukowo-badawczych finansowanych z krajowych konkursów wewnątrzuczelnianych. Każdy z projektów, przed uzyskaniem pozytywnej decyzji o finansowaniu, przeszedł proces podwójnej ślepej recenzji. Moje projekty naukowe za każdym razem uzyskiwały wysokie noty recenzyjne<sup>15</sup>. Stworzenie wiodącego osiągnięcia naukowego w postaci wieloaspektowego przeanalizowania przymierza psychoterapeutycznego i jego udziału w rezultatach procesu leczenia (opisanego w pkt. 4.1.4) było możliwe również dzięki badaniom naukowym finansowanym z wygranych konkursów: *Przymierze psychoterapeutyczne – struktura czynnikowa i właściwości psychometryczne Kwestionariusza Przymierza w Działaniu* (BSTP 32/19-I), *Jakość przymierza terapeutycznego na różnych etapach procesu psychoterapii. Badanie longitudinalne* (BNS 68/22). Wiodące osiągnięcie naukowe w postaci przeanalizowania sprawiedliwości proceduralnej i legitymizacji, a także ich udziału w zachowaniach wzmacniających proces powrotu do zdrowia (opisane w pkt. 4.1.5) było możliwe również dzięki badaniom naukowym finansowanym z wygranych konkursów: *Uczciwość procesu. Udział efektu dystrybutywnego i proceduralnego w dobrostanie osób podlegających rozstrzygnięciom wymiaru sprawiedliwości*<sup>16</sup> (BNS 67/20-P) oraz *Udział efektu proceduralnego i legitymizacji w dobrostanie osób korzystających z opieki zdrowotnej oraz efektach leczenia* (BNS 64-21P). Osiągnięcie dodatkowe w postaci analizy sprawiedliwości proceduralnej w polskim wymiarze sprawiedliwości, ze szczególnym uwzględnieniem instytucji procesu sądowego, możliwe było również dzięki przeprowadzeniu badań naukowych finansowanych z wygranego konkursu: *Sprawiedliwość proceduralna a subiektywny dobrostan stron postępowań sądowych. Badania pilotażowe* (BSTP 29/18-I).

---

<sup>15</sup> Pełny opis projektów naukowych finansowanych z krajowych konkursów wewnątrzuczelnianych zamieściłem w *Wykazie osiągnięć naukowych albo artystycznych, stanowiących znaczny wkład w rozwój dyscypliny psychologia*.

<sup>16</sup> Za zgodą podmiotu finansującego i z uwagi na okres pandemii zmieniono instytucję, której dotyczyły badania. Badania przeniesiono z instytucji wymiaru sprawiedliwości do instytucji ochrony zdrowia.

#### 5.4 Organizacja konferencji naukowych

W 2024 r. byłem członkiem Komitetu Organizacyjnego Międzynarodowej Konferencji Naukowo-Szkoleniowej *Building Trauma Informed Societies: Current challenges for mental health*. Organizatorem tego spotkania konferencyjnego jest ENTER Mental Health Network i Akademia Pedagogiki Specjalnej im. Marii Grzegorzewskiej. Enter Mental Health Network jest siecią zrzeszającą specjalistów z kilkunastu krajów Europy. Działam na rzecz tej sieci poprzez współorganizowanie międzynarodowej konferencji naukowej dotyczącej zdrowia psychicznego i jego promocji.

#### 5.5 Recenzowanie artykułów naukowych

Od 2017 do czerwca 2024 przygotowałem łącznie 18 recenzji artykułów naukowych na zaproszenie redakcji 10 czasopism punktowanych przez MNiSW i niejednokrotnie prestiżowych, ponieważ czasopism umieszczonych na liście JCR, z wyliczonym współczynnikiem IF<sup>17</sup>. Za najważniejszą w tym zakresie uważam współpracę z *Development and Psychopathology*, *Frontiers in Medicine*, *American Journal of Health Behavior*, *INQUIRY*, *Frontiers in Psychology* (sekcja: *Psychology for Clinical Settings*), *Journal of Contemporary Psychotherapy*, *Clinical Psychology in Europe* i z *Przeglądem Psychologicznym*.

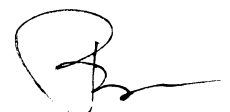
#### 5.6 Adaptacja narzędzi diagnostycznych

Przygotowałem polskie adaptacje metod pomiarowych<sup>18</sup>: *Kwestionariusz Intensywności Relacji Przyjacielskich (FIMS)* – publikacja w *Czasopiśmie Psychologicznym* w 2019 r., *Kwestionariusz Przymierza w Działaniu (WAI)* – publikacja w *Journal of Contemporary Psychotherapy* w 2021 oraz w *Przeglądzie Psychologicznym* z 2022 r., *Kwestionariusz Sprawiedliwości Proceduralnej (PJS)* – wersja przeznaczona do pomiaru konstruktów w wymiarze sprawiedliwości – publikacja w *Rocznikach Psychologicznych* z 2020 r., *Kwestionariusz Sprawiedliwości Proceduralnej* – walidacja narzędzia bez przedstawienia

---

<sup>17</sup> Pełny wykaz recenzowanych artykułów naukowych zamieściłem w *Wykazie osiągnięć naukowych albo artystycznych, stanowiących znaczny wkład w rozwój dyscypliny psychologia*.

<sup>18</sup> Narzędzia wymieniam tutaj jedynie z nazwy i krótko wzmiankuje o publikacji na ich temat. Każdemu z narzędzi poświęcona była odrębna publikacja. Ich listę z pełnym zapisem bibliograficznym zamieściłem w *Wykazie osiągnięć naukowych albo artystycznych, stanowiących znaczny wkład w rozwój dyscypliny psychologia*.



skali, dwie wersje skrócona (*GPJS*) i pełna (*PJS*) – wersje przeznaczone do pomiaru konstruktów w instytucji służby ochrony zdrowia – publikacja w *Frontiers in Medicine* z 2023 r. oraz *Kwestionariusz Legitymizacji (LQ)* – wersja przeznaczona do pomiaru konstruktów w instytucji służby ochrony zdrowia – publikacja w *Przeglądzie Psychologicznym* z 2023 r.

## **6. Informacja o osiągnięciach dydaktycznych, organizacyjnych oraz popularyzujących naukę lub sztukę.**

### **6.1 Prowadzone zajęcia dydaktyczne**

Przez cały okres zatrudnienia na uczelniach wyższych prowadziłem zróżnicowane tematyczne przedmioty, wymieniam poniżej ich nazwy i okresy w których je wykładałem<sup>19</sup>.

na Akademii Pedagogiki Specjalnej im. Marii Grzegorzewskiej w Warszawie:

*Metodologia badań psychologicznych* (ćwiczenia, w latach: 2014-2015)

*Psychologia procesów poznawczych* (ćwiczenia, w latach: 2015-2017)

*Wprowadzenie do psychologii* (ćwiczenia i wykłady, w latach: 2015-2016)

*Psychologia emocji i motywacji* (ćwiczenia i wykłady, w latach: 2017-2024)

*Psychometria* (ćwiczenia, w latach: 2016-2024)

*Psychologia osobowości* (ćwiczenia, w latach: 2016-2018)

*Seminarium dyplomowe magisterskie* (seminarium, w latach: 2019-2021 i 2023-2024)

na Uniwersytecie Kardynała Stefana Wyszyńskiego w Warszawie:

*Metodologia ogólna z elementami metodologii badań psychologicznych* (ćwiczenia, w latach: 2008-2015)

*Psychometria i diagnoza psychologiczna* (ćwiczenia i wykłady, w latach: 2010-2015 oraz 2016-2018)

*Metodologia badań psychologicznych* (wykłady, w latach: 2016-2018)

*Etyka zawodu psychologia* (ćwiczenia, w latach: 2015-2016)

---

<sup>19</sup> Podane okresy w postaci kolejnych lat akademickich.

na Uniwersytecie Komisji Edukacji Narodowej w Krakowie:

*Psychologiczne podstawy wychowania i nauczania* (ćwiczenia, w latach 2015-2016)

*Psychologia społeczna* (ćwiczenia i wykłady, w latach 2015-2016)

*Wprowadzenie do psychologii* (ćwiczenia i wykłady, w latach 2015-2016)

w Wyższej Szkole Rehabilitacji w Warszawie

i na Akademii Medycznej Nauk Stosowanych Humanum w Warszawie:

*Psychometria* (ćwiczenia i wykłady, w latach: 2017-2019, 2020-2023)

*Psychologia zdrowia i choroby* (ćwiczenia i wykłady, w latach: 2017-2020)

*Metodologia badań psychologicznych ze statystyką* (ćwiczenia i wykłady, w latach: 2017-2018, 2019-2022)

*Psychologia emocji i motywacji* (wykłady, w latach: 2019-2022, 2023-2024)

*Podstawy diagnozy psychologicznej* (ćwiczenia i wykłady, w latach: 2022-2023)

*Psychologia ogólna* (ćwiczenia, w latach: 2023-2024)

*Seminarium dyplomowe* (seminarium, w latach: 2018-2019, 2021-2022, 2023-2024)

## **6.2 Opieka naukowa i organizacyjna nad studentami**

W roku akademickim 2015-2016 sprawowałem opiekę merytoryczną nad *Kołem Naukowym Psychologii Osobowości i Kryzysu* na kierunku *Psychologia* w Katedrze Psychologii Uniwersytetu Komisji Edukacji Narodowej w Krakowie. W roku akademickim 2017-2018 byłem opiekunem specjalistycznych praktyk studenckich na kierunku *Psychologia* (specjalność: wspieranie rozwoju i kształcenia) w Instytucie Psychologii Akademii Pedagogiki Specjalnej im. Marii Grzegorzewskiej.

Od 2016 roku do chwili obecnej byłem recenzentem kilkudziesięciu prac magisterskich i licencjackich oraz promotorem kilku prac magisterskich i licencjackich<sup>20</sup>: *Zaburzenia anorektyczne i konflikty w rodzinie u osoby dorosłej. Studium przypadku*, lic. Adriana Byra, obrona 26 czerwca 2019 r., Wyższa Szkoła Rehabilitacji w Warszawie, *Typy osobowości i potrzeby psychiczne oraz ich związki z wyborem danego profilu wykształcenia wśród młodzieży licealnej*, lic. Tomasz Kolasa, obrona 25 września 2019 r., Wyższa Szkoła

---

<sup>20</sup> Wymieniam jedynie tytuły prac, których byłem promotorem.

Rehabilitacji w Warszawie, *Wpływ nastroju na postrzeganie mimiki ludzkiej twarzy*, lic. Rafał Fojcik, obrona 24 czerwca 2020 r., Wyższa Szkoła Rehabilitacji w Warszawie, *Kiedy altruizm szkodzi a kiedy sprzyja zdrowiu psychicznemu? Związki zachowań altruistycznych z zaburzeniami zdrowia psychicznego*, mgr Adrianna Mazánik, obrona 27 września 2021 r., Akademia Pedagogiki Specjalnej im. Marii Grzegorzewskiej, *Osobowościowe korelaty altruizmu u nauczycieli*, mgr Jakub Mikiciuk, obrona 27 września 2021 r., Akademia Pedagogiki Specjalnej im. Marii Grzegorzewskiej, *Efekt odpowiedniej komunikacji w procesach rehabilitacji*, lic. Bartosz Frentzel, obrona 29 czerwca 2022 r., Wyższa Szkoła Rehabilitacji w Warszawie.

W latach 2021-2023 byłem trzykrotnie członkiem *Kapituły Konkursowej na Najlepszą Pracę Magisterską* na kierunku *Psychologia* w Instytucie Psychologii Akademii Pedagogiki Specjalnej im. Marii Grzegorzewskiej.

### 6.3 Staże kliniczne

Z punktu widzenia podejmowanej przeze mnie problematyki profesjonalnej relacji pomagający – oczekujący pomocy, a zwłaszcza z uwagi na badanie przymierza psychoterapeutycznego w relacji psychoterapeuta – pacjent, za istotne uzupełnienie mojej wiedzy, kompetencji i umiejętności uważam udział w kilku stażach klinicznych. Za najważniejsze uznaję: staż kliniczny w Klinice Leczenia Nerwic, Zaburzeń Osobowości i Odżywiania Instytutu Psychiatrii i Neurologii w Warszawie (od 1 września 2023 r. do 26 października 2023 r.; 240 godzin) oraz staż kliniczny na Oddziale Psychiatrycznym Bródnowskiego Centrum Klinicznego Mazowieckiego Szpitala Bródnowskiego (od 3 listopada 2023 r. do 8 grudnia 2023 r.; 120 godzin). Ponadto odbyłem staż kliniczny pracując na stanowisku psychologia - psychoterapeuty w Oddziale Psychiatrycznym Specjalistycznego Szpitala Wojewódzkiego w Ciechanowie (od 2 marca 2020 r. do 1 marca 2022 r.) oraz pracując w Poradni Zdrowia Psychicznego Specjalistycznego Szpitala Wojewódzkiego w Ciechanowie (od 1 czerwca 2017 r. do 31 grudnia 2017 r.; 372 godziny).

### 6.4 Członkostwa w krajowych towarzystwach naukowych i w komitetach redakcyjnych czasopism

Jestem członkiem kilku towarzystw naukowych, w tym od 2017 r. członkiem *Polskiego Towarzystwa Psychologii Pozytywnej* i *Polskiego Towarzystwa Psychologicznego*,

a od 2018 r. członkiem *Polskiego Towarzystwa Psychiatrycznego* i *Sekcji Naukowej Psychoterapii Polskiego Towarzystwa Psychiatrycznego*. Jestem również członkiem redakcji czasopism naukowych *Journal of Contemporary Psychotherapy* (od 2023 r.) i *Przeglądu Psychologicznego* (od 2022 r.).

### **6.5 Udział w zespołach oceniających**

Kilkakrotnie byłem powoływany na stanowisko recenzenta w ramach zespołów oceniających wnioski o finansowanie badań naukowych. Były to zespoły oceniające wnioski o finansowanie badań w ramach konkursów wewnętrznych<sup>21</sup>.

### **6.6 Działalność organizacyjna**

W 2018 i 2024 r. zostałem powołany na członka *Zespołu ds. Ewaluacji Efektów Kształcenia* dla kierunku *Psychologia* Akademii Pedagogiki Specjalnej im. Marii Grzegorzewskiej. Od 1 września 2020 r. do chwili obecnej pełnię funkcję kierownika Pracowni Testów Psychologicznych Akademii Pedagogiki Specjalnej im. Marii Grzegorzewskiej. W okresie od 1 października 2019 r. do 30 września 2020 r. byłem członkiem *Senackiej Komisji ds. Etyki Badań Naukowych* Akademii Pedagogiki Specjalnej im. Marii Grzegorzewskiej. W ramach pracy jako członek *Senackiej Komisji ds. Etyki Badań Naukowych* zrecenzowałem i wydałem opinię dla kilkudziesięciu projektów naukowo-badawczych.

### **6.7 Wykonanie ekspertyz na zamówienie**

W latach 2022-2023, współpracując z Lezio Konsorcjum, w zespole naukowo-biznesowym przy projekcie: *Wirtualny Asystent Rozwoju Osobistego z użyciem Machine Learning oraz technologii z zakresu AI*, pełniłem funkcję członka naukowej części zespołu. Do moich zadań należała koordynacja badań empirycznych oraz wydawanie ekspertyz dotyczących walidacji psychometrycznej narzędzi diagnostycznych. Był to projekt współfinansowany ze środków Unii Europejskiej w ramach Europejskiego Funduszu

---

<sup>21</sup> Pełny wykaz projektów naukowych finansowanych z krajowych konkursów wewnętrznych, które oceniałem jako recenzent w zespole oceniającym, zamieściłem w *Wykazie osiągnięć naukowych albo artystycznych, stanowiących znaczny wkład w rozwój dyscypliny psychologia*.

Rozwoju Regionalnego (Program Operacyjny Inteligentny Rozwój 2014–2020, Wsparcie Projektów badawczo-rozwojowych w fazie preseed przez fundusze typu proof of concept – BRIDGE Alfa).

**7. Oprócz kwestii wymienionych w pkt. 1-6, wnioskodawca może podać inne informacje, ważne z jego punktu widzenia, dotyczące jego kariery zawodowej.**

### **7.1 Nagrody i wyróżnienia**

25 maja 2022 r. i 22 maja 2024 r. otrzymałem indywidualną nagrodę Rektora Akademii Pedagogiki Specjalnej im. Marii Grzegorzewskiej za osiągnięcia naukowe w roku 2021 i 2023. We wcześniejszych latach byłem stypendystą Wojewody Mazowieckiego (2011) i stypendystą Prezesa Rady Ministrów (2001).

### **7.2 Współpraca z sektorem gospodarczym.**

Poza pracą naukową, dydaktyczną i organizacyjną, od 1 czerwca 2017 r. nieprzerwanie współpracuję z sektorem gospodarczym, świadcząc usługi psychologiczne i psychoterapeutyczne w obszarze ochrony zdrowia i opieki zdrowotnej. Pracuję na rzecz pacjentów Specjalistycznego Szpitala Wojewódzkiego w Ciechanowie, w ramach dwóch poradni: Poradni Zdrowia Psychicznego i Poradni Psychologicznej. Od sierpnia 2021 r. współpracuję również z Centrum Medycyny Stylu Życia *Perła PRO*. Doświadczenie, które zdobywam w ramach praktyki klinicznej, jest dla mnie kluczowym źródłem inspiracji dla podejmowanych projektów badawczo-naukowych i prowadzonych zajęć dydaktycznych. Natomiast, uzyskane wyniki badań i konkluzje z nich staram się implementować we własną praktykę psychologiczną i psychoterapeutyczną tak, aby leczenie było jeszcze bardziej efektywnie i skutecznie.

### **7.3 Ukończone szkolenia krajowe**

Warsztat rozwoju osobistego *Męska Ścieżka* (2020-2021)

Szkolenie *Terapia pacjentów o zaburzonej osobowości* (2020)

Szkolenie *Spożytkowanie zjawisk transowych – Hipnoza część I i II* (2018 i 2020)

Szkolenie *Terapia pacjentów z natręctwami* (2020)

Szkolenie *Terapia pacjentów z depresją* (2020)

Szkolenie *Terapia pacjentów po doświadczonej traumie* (2020)

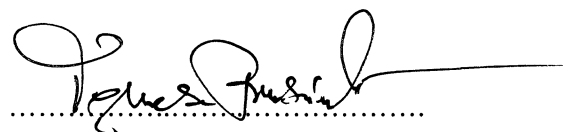
Szkolenie *Metafora i bajka w pracy z dziećmi i dorosłymi* (2019 i 2020)

Szkolenie *Terapia osób wykorzystanych seksualnie* (2019)

Szkolenie *Praca w psychoterapii metodą genogramu klasycznego* (2017)

Szkolenie *Sen jako drogowskaz* (2017)

Szkolenie *Insights Discovery – rozwijanie kompetencji menedżerskich* (2015)

A handwritten signature in black ink, appearing to read 'Tomasz Prusiński', written over a horizontal dotted line. The signature is fluid and cursive.

(podpis wnioskodawcy)