



Gdańsk, dnia 31 lipca 2023

prof. dr hab. n. o zdr. Emilia Sitek

Pracownia Neuropsychologii i Neurolingwistyki Klinicznej oraz Neuropsychoterapii

Zakład Pielęgniarstwa Neurologiczno-Psychiatrycznego

Instytut Pielęgniarstwa i Położnictwa

Wydział Nauk o Zdrowiu z Instytutem Medycyny Morskiej i Tropikalnej

Gdański Uniwersytet Medyczny

Opinia

w postępowaniu habilitacyjnym dr n. hum. Anny Starowicz-Filip

prowadzonym przez Radę Dyscypliny Nauki Medyczne UJ

Ocena dorobku naukowego, działalności dydaktycznej i osiągnięcia naukowego będącego podstawą ubiegania się o stopień doktora habilitowanego nauk medycznych w dziedzinie nauk medycznych i nauk o zdrowiu w dyscyplinie nauki medyczne

I. Informacje o wykształceniu i zatrudnieniu Kandydatki

Kandydatka jest magistrem psychologii (2001), absolwentką studiów podyplomowych Psychoterapia psychodynamiczna (2005), doktorem nauk humanistycznych w zakresie psychologii (2008) oraz specjalistą psychologii klinicznej (2010). W toku całego kształcenia i pracy zawodowej była i jest nadal związana z Uniwersytetem Jagiellońskim. Od czasu uzyskania stopnia doktora na podstawie rozprawy doktorskiej z zakresu psychosomatyki nt. „Związek wybranych wymiarów osobowości i poznawczego obrazu choroby z adaptacją do cukrzycy u osób dorosłych” pracuje w Zakładzie Psychologii Lekarskiej CM UJ, początkowo na stanowisku asystenta a następnie adiunkta. Łączy pracę naukową z pracą kliniczną w 3 oddziałach szpitalnych. Jej praca naukowa jest osadzona w problematyce, którą zajmuje się w codziennej pracy specjalisty psychologa klinicznego w dwóch oddziałach neurochirurgicznym i w oddziale rehabilitacji.



II. Ocena osiągnięcia naukowego i jego wpływu w rozwój określonej dyscypliny

Habilitantka przedstawiła jako główne osiągnięcie naukowe cykl 4 prac oryginalnych o sumarycznym **IF: 15,698**, w tym **3 prace z Q1**. Dwie prace zostały opublikowane w uznanych branżowych czasopismach neuropsychologicznych: *Journal of Neuropsychology* (1 praca), *Archives of Clinical Neuropsychology* (1 praca), natomiast 2 kolejne w sekcji neuropsychologicznej czasopisma psychologicznego *Frontiers in Psychology*, (Section: Neuropsychology). Dobór czasopism jest w pełni adekwatny do zakresu przeprowadzonych badań. Wszystkie prace zostały opublikowane po uzyskaniu stopnia doktora. Ilościowa ocena tego osiągnięcia jest wysoce satysfakcjonująca. Dodatkowo, we wszystkich tych pracach Habilitantka jest pierwszym autorem, co jednoznacznie wskazuje na Jej wiodącą rolę w prowadzonych badaniach.

W 2 pracach oryginalnych Habilitantka przedstawiła badania neuropsychologiczne prowadzone w grupie osób dorosłych, a w 2 pracach – w grupie dzieci. W pracy nr 1 (Starowicz-Filip i wsp., 2015) Habilitantka wraz z Zespołem opisała wyniki badań oceniających przetwarzanie materiału wzrokowo-przestrzennego u 40. dzieci po resekcji guza mózdzku w porównaniu do dobranych płci i wiekiem dzieci bez uszkodzeń ośrodkowego układu nerwowego (OUN). W pracy tej wykazano, iż dzieci z grupy klinicznej mają trudności z dokonywaniem umysłowej rotacji obiektów, deficyty zdolności wzrokowo-konstrukcyjnych oraz pamięci krótkotrwałej materiału przestrzennego. Zdolność percepcji relacji przestrzennych nie różnicowała natomiast badanych grup. Habilitantka wysunęła na tej podstawie wniosek, iż deficyty wzrokowo-przestrzenne obejmują złożone aspekty przetwarzania informacji przestrzennych. W mojej ocenie, z uwagi na brak różnic międzygrupowych w ocenie nachylenia linii (tj. zadaniu, które w sposób czysty i bezpośredni ocenia percepcję relacji przestrzennych) oraz znaczące różnice międzygrupowe w wykonaniu zadań angażujących pamięć operacyjną (rotacje umysłowe), pamięć krótkotrwałą materiału wzrokowego (Test Pamięci Krótkotrwałej Wzrokowej Bentona) oraz zdolności wzrokowo-konstrukcyjne (ROCF, Klocki oraz Układanki ze Skali Inteligencji dla Dzieci Wechslera, WISC) można wykluczyć pierwotny deficyt wzrokowo-przestrzenny, a stwierdzone w badaniu różnice przypisać udziałowi innych procesów poznawczych, które są zaangażowane w wykonanie tychże zadań (tj. pamięci operacyjnej i funkcji wykonawczych). Chciałabym jednocześnie podkreślić, że zarówno interpretacja Habilitantki jak i moja, stanowią interpretacje alternatywne, a wnioski Habilitantki nie odbiegają od standardów wnioskowania na podstawie wyników ilościowych testów psychometrycznych.

Jeśli chodzi o metody badania to dobór pełnej skali WISC do oceny poziomu intelektualnego uważam za nieoptymalny, gdyż test, w części niewerbalnej (wykonaniowej) zawiera zadania z pomiarem czasu, których wynik



zależy zarówno od poprawności jak i od czasu wykonania. Jak wskazano w Tabeli 2 różnica wyników skali wykonaniowej (niewerbalnej) zbliżała się do poziomu istotności statystycznej i nie udało się tą metodą dobrać dzieci z obu grup pod kątem ogólnego poziomu sprawności intelektualnej. Jednocześnie zdają sobie sprawę z tego, że w roku rozpoczęcia badania (2011) Habilitantka miała bardzo ograniczony wybór wystandaryzowanych testów inteligencji i w pełni rozumie dlaczego wybrała WISC, a nie Test Matryc Ravena, który bazuje na materiale wzrokowo-przestrzennym. Moim zdaniem można było po prostu przestać na prezentacji wyników skali słownej w ramach doboru obu grup, a – jeśli chodzi o podtesty WISC używane do weryfikacji hipotez badawczych – wykorzystać poza wynikami przeliczonymi również wyniki obejmujące liczbę poprawnie wykonanych wzorów w Klockach oraz liczbę poprawnie ułożonych elementów w Układankach, tj. wskaźniki, które minimalizują znaczenie czasu wykonania (czas tak czy inaczej miałby pewien wpływ na wynik z uwagi na konieczność przerwania próby po upływie limitu czasu, ale nie miałyby znaczenia „premie punktowe” przyznawane za szybsze wykonanie). Tym niemniej, Habilitantka postarała się o kontrolę wpływu sprawności ruchowej już na etapie statystycznej analizy wyników i wykazała, iż sprawność gałkoruchowa ani nasilenie objawów ataksji w kończynach nie były powiązane z wynikami testów wzrokowo-przestrzennych.

Moim zdaniem włączenie do grupy badanej dzieci z padaczką (7 osób) oraz wodogłowiem (4 osoby) utrudnia jednoznaczne wnioskowanie odnośnie etiologii obserwowanego w grupie klinicznej obniżenia wyników. Nie zostało to wskazane w ograniczeniach metodologicznych badania. Habilitantka w dyskusji wyników dowodzi natomiast, iż doskonale orientuje się w piśmiennictwie anglojęzycznym i polskojęzycznym, dotyczącym klinicznych konsekwencji uszkodzeń mózdzku zarówno u osób dorosłych jak i dzieci. Mimo w/w uwag praca stanowi bardzo wartościowy wkład w wiedzę nt. poznawczych konsekwencji uszkodzeń mózdzku.

W pracy nr 2 (Starowicz-Filip i wsp., 2022) Habilitantka przedstawia wyniki analizy porównawczej dotyczącej funkcji wykonawczych i zaburzeń zachowania u 10. Dzieci po resekcji guza mózdzku z 10. dziećmi z grupy kontrolnej dobranych pod względem płci i wieku. Dzieci z grupy klinicznej ujawniły trudności w zakresie planowania i podzielności uwagi. Dzieci po resekcji guza mózdzku wykazywały też większe nasilenie zaburzeń zachowania niż dzieci z grupy kontrolnej. Badanie to zasługuje moim zdaniem na szczególne uznanie, gdyż ma charakter zdecydowanie nowatorski. Habilitantka, poza analizą różnic międzygrupowych, dla każdego badanego zestawiała wyniki testów oceniających ilościowo nasilenie zaburzeń zachowania z jakościowym opisem trudności z wywiadzie od rodziców dzieci. Habilitantka zwraca w tej pracy uwagę na możliwość występowania u dzieci z uszkodzeniem mózdzku objawów ADHD oraz objawów zaburzeń ze spektrum autyzmu. Praca ta ma bardzo istotne znaczenie dla diagnostyki różnicowej w praktyce klinicznej. Jej wyniki pokazują jednoznacznie, iż w diagnostyce różnicowej zaburzeń neurorozwojowych niezbędne jest uwzględnienie dysfunkcji / uszkodzenia mózdzku.



W odróżnieniu od prac 1 i 2, które moim zdaniem łączą walory poznawcze z istotnymi implikacjami praktycznymi, prace 3 i 4 mają moim zdaniem przede wszystkim walory naukowe, a ich implikacje kliniczne są znacząco ograniczone. W obu pracach wykorzystano test *Addenbrooke's Cognitive Examination III* (ACE-III) w badaniu osób z ogniskowym uszkodzeniem mózdku w wieku 20-76 lat, podczas gdy test ACE-III jest przeznaczony, zgodnie z intencją Autorów, dla osób po 50 r.ż. z podejrzeniem otępienia. Przeznaczenie testu zostało określone w pliku FAQ na stronie internetowej, na której dostępna jest zarówno wersja oryginalna testu, jak i jego adaptacje językowe, w tym polska.

<https://www.sydney.edu.au/brain-mind/resources-for-clinicians/dementia-test.html>

Zdaję sobie sprawę, iż obecnie wielu Autorów, których Habilitantka cytuje, uzasadniając dobór tej metody, próbuje stosować test ACE-III w wykrywaniu zaburzeń poznawczych o różnej etiologii i w różnorodnych grupach klinicznych bez względu na wiek badanych, ale osobiście oceniam tę praktykę negatywnie. Test ACE-III nie zawiera chociażby miary tempa przetwarzania informacji, funkcje wykonawcze i uwagę ocenia w sposób zależny od funkcji językowych, a część prób wzrokowo-przestrzennych wymaga zaangażowania sprawności motorycznej. Stąd nie jest moim zdaniem optymalnym narzędziem dla pacjentów z uszkodzeniem mózdku.

W obu pracach (3 i 4) grupa kontrolna, bez schorzeń neurologicznych i psychiatrycznych, została poprawnie dobrana do grupy klinicznej pod względem płci, wieku i wykształcenia. Dodatkowo w pracy nr 3 uczestniczyła również druga grupa kliniczna, z lezjami nadnamiotowymi. W pracy nr 4 trzy osoby z grupy klinicznej miały wodogłowie, czyli alternatywną przyczynę zaburzeń poznawczych, co komplikuje jednoznaczne wnioskowanie o etiologii zaburzeń.

W pracy nr 3 (Starowicz-Flip i wsp., 2021a) Habilitantka wraz z Zespołem wykazała, iż pacjenci z uszkodzeniami mózdku ujawniają obniżenie wyników we wszystkich podskalach ACE-III poza podskalą pamięciową. Ta podskala była też jedyną, która różnicowała osoby z uszkodzeniami mózdku od osób z uszkodzeniami nadnamiotowymi. Szczegółowa analiza profilu wyników wykazała podobieństwa między profilem wyników pacjentów z uszkodzeniami w obrębie płatów czołowych oraz pacjentów z uszkodzeniem mózdku. Habilitantka w sposób satysfakcjonujący wyjaśnia tę zbieżność odwołując się do szlaków istoty białej pomiędzy płatami czołowymi a mózdzkiem. Jest to bardzo cenny aspekt pracy.

Ustalenie punktu odcięcia ACE-III dla różnicowania osób z uszkodzeniami mózdku od grupy zdrowej, mimo moich zastrzeżeń względem wieku badanych osób, również stanowi atut pracy, natomiast zasadność wyznaczenia punktu odcięcia ACE-III w różnicowaniu osób z uszkodzeniem mózdku od osób z lezjami nadnamiotowymi jest moim zdaniem wątpliwa. Testy przesiewowe funkcji poznawczych nie powinny być w XXIw. Używane w celu przewidywania



lokalizacji uszkodzenia mózgu i nawet pośrednie sugerowanie Czytelnikowi, że mogłyby do tego celu służyć nie wydaje mi się właściwe.

W pracy nr 4 (Starowicz-Filip i wsp., 2021b) Habilitantka wraz z Zespołem porównała poziom wykonania testu ACE-III oraz Testu Łączenia Punktów (ang. *Trail Making Test*, TMT) w grupie osób z ogniskowymi uszkodzeniami mózdzku w porównaniu do osób zdrowych. Praca miała na celu ocenę funkcjonalnej lateralizacji mózdzku z perspektywy neuropsychologii klinicznej. W mojej ocenie cel i tytuł pracy są zbyt szerokie względem zastosowanej metodologii badań. Podskal ACE-III nie powinno się stosować jako niezależnych miar funkcji językowych czy wzrokowo-przestrzennych, a interpretowanie podskali oceniającej uwagę jako niezależnej miary uwagi, i to z perspektywy neuropsychologii klinicznej, budzi szczególne wątpliwości. Podskala uwaga jest wyjątkowo niejednorodna, gdyż zawiera pozycje testowe oceniające orientację w czasie i miejscu, pamięć bezpośrednią oraz pamięć operacyjną. Dodatkowo jej wynik zależy od sprawności językowej. Zastosowanie TMT jako jedynej miary funkcji wykonawczych również budzi wątpliwości. Wykonanie TMT angażuje niewątpliwie sprawność gałkoruchową, a w badaniu analizowano osobno wyniki części A i B. Nie podjęto się analizy współczynników B/A lub B-A w jednostkach wystandaryzowanych (dostępne są polskie normy tenowe). Wykonanie TMT B angażuje cały system pamięci operacyjnej tj. zarówno pętlę fonologiczną (aktualizacja ciągów zautomatyzowanych; związaną z lewą półkulą mózgu oraz prawdopodobnie również z prawą półkulą mózdzku) jak i notes wzrokowo-przestrzenny (przeszukiwanie wzrokowe; związany z prawą półkulą mózgu oraz prawdopodobnie z lewą półkulą mózdzku). Stąd, interpretacja Habilitantki, iż obniżenie wyników TMT B odnosi się do przestrzennego komponentu pamięci operacyjnej („*spatial working memory*”) jest znaczącym uproszczeniem.

W pracy nr 4 wykazano m.in. uogólnione obniżenie wyników wszystkich zastosowanych testów psychometrycznych w grupie osób z uszkodzeniem prawej półkuli mózdzku. Nie jest jasne, czy ten wzorzec wyników można przypisać głównie zależności wykonania tych zadań od sprawności językowej lub / i kompetencji semantycznej (wynik podskali wzrokowo-przestrzennej jest niejednorodny i aż 5 punktów przyznaje się za próbę rysowania tarczy zegara, która odwołuje się nie tyle do percepcji, co do wzrokowej reprezentacji semantycznej). Moim zdaniem stwierdzenie, iż w wyniku ACE-III i TMT pozwoliły na ocenę pozajęzykowych obszarów funkcjonowania poznawczego („*extralinguistic cognitive domains, measured with the ACE III and TMT*”) również jest zbyt uogólniony. Tak jak wskazałam powyżej wykonanie zarówno TMT jak i większości zadań w ACE-III jest bezpośrednio zależna od sprawności językowej.

Podsumowując, głównym ograniczeniem pracy nr 4 jest sformułowanie w abstrakcie i podsumowaniu wniosków, które nie są w pełni uzasadnione na podstawie zebranego materiału. W badaniu nie zastosowano osobnych



miar funkcji wzrokowo-przestrzennych i językowych, pamięci słownej i wzrokowej oraz miar funkcji wykonawczych, które w sposób względnie selektywny angażują lewą i prawą półkulę mózgu. Dopiero takie badanie pozwoliłoby na wysnuwanie wniosków dotyczących funkcjonalnej lateralizacji mózdzku u osób dorosłych. Jednocześnie chciałabym zwrócić uwagę, że w odróżnieniu od abstraktu i podsumowania, w dyskusji tej pracy wyniki zostały omówione w sposób adekwatny i wyważony, stosowny do zakresu badania.

We wszystkich pracach przedstawionych w ramach osiągnięcia naukowego wnioskowanie dotyczące zależności kliniczno-anatomicznych oceniam zasadniczo jako poprawne. Habilitantka z dużą swobodą integruje wyniki badań prowadzonych w różnych paradygmatach z wynikami badań własnych i ujawnia dojrzałość we wnioskowaniu klinicznym.

Uwagi terminologiczne

W pracy nr 1 Habilitantka kilkakrotnie postępuje się terminem „healthy children”, m.in. w abstrakcie, co jest nieadekwatnym w kontekście grupy badanej skrótem myślowym. W badaniu uczestniczyły zarówno dzieci zdrowe jak i dzieci ze schorzeniami, które nie obejmowały OUN.

W pracy nr 2 Habilitantka określiła grupę kliniczną mianem grupy eksperymentalnej, co stanowi błąd w nomenklaturze. Badanie nie miało charakteru eksperymentalnego. Porównywano grupę osób chorych, poddanych standardowej procedurze leczniczej z grupą kontrolną osób dobranych pod względem płci i wieku.

W pracach nr 3 i 4 w opisie testu ACE-III pojawia się określenie „two diagrams (cubes)” [dwa diagramy [sześciiany], które miałyby opisywać 2 próby kopiowania figur. W teście ACE-III osoba badana kopiuje 2 rysunki, na jednym rysunku przedstawione są 2 nałożone na siebie pętle (infinity diagram, intersecting loops / intersecting lemnisci), a następnie pojedynczy sześciąt. Nie rozumiem dlaczego Habilitantka zacytowała błędny opis prób diagnostycznych z piśmiennictwa, zamiast opisać je we własnym zakresie. Podany w artykułach opis dotyczący próby pisma z ACE-III również jest niezgodny z intencją autorów testu: „*Graphomotor abilities are also assessed by writing two grammatically complete sentences*”. Zdanie to błędnie sugeruje, iż oceniana jest sprawność grafomotoryczna (nie jest ona poddawana ocenie w ACE-III), i że zdolność napisania zdań poprawnych gramatycznie jest miarą sprawności grafomotorycznej, a nie sprawności językowej. Podobnie zdanie dotyczące nazywania konfrontacyjnego błędnie sugeruje, że pytania oceniające rozumienie słów (semantykę słowną) są elementem oceny nazywania konfrontacyjnego („*Confrontational naming is assessed....and by answering contextual questions about some of the objects*”).



W pracy nr 4 w sposób niejednoznaczny używano terminu korowy (ang. *cortical*). Zdaję sobie sprawę z tego, że Habilitantka chciała uniknąć powtórzeń, ale termin korowy może odnosić się w kontekście Jej pracy zarówno do kory mózgu jak i do kory mózdzku, a określenie korowy nie może być traktowane jako synonim określenia nadnamiotowy (ang. *supratentorial*).

Pomimo tych opisanych powyżej zastrzeżeń terminologicznych i możliwości alternatywnej interpretacji uzyskanych przez Kandydatkę wyników uważam, iż prace Habilitantki stanowią znaczący wkład w dorobek nauk medycznych w zakresie klinicznych konsekwencji uszkodzeń mózdzku. Prace Habilitantki są cenne z perspektywy zarówno neurochirurgii, neurologii jak i neuropsychologii klinicznej. Dodatkowo prace nr 1-3 oceniam szczególnie wysoko.

III. Ocena pozostałej działalności naukowej po uzyskaniu stopnia doktora

Po nadaniu stopnia doktora Habilitantka opublikowała jako główny autor 6 prac oryginalnych oraz 2 poglądowe w czasopismach z listy JCR (**łącznie IF: 18,604**). W jej dorobku dominują prace wieloautorskie (**sumaryczny IF pozostałych prac: 46,953**), co jest typowe w naukach medycznych. W mojej ocenie, proporcja prac, w których Habilitantka jest głównym (pierwszym lub korespondencyjnym autorem) względem ogólnej liczby prac opublikowanej w czasopismach z listy JCR jest w pełni satysfakcjonująca. Habilitantka nie jest kierownikiem jednostki organizacyjnej, więc miała jak dotychczas ograniczone możliwości pełnienia funkcji autora-seniora. Zakres problematyki podejmowanej przez Habilitantkę w pozostałych pracach wpisuje się w obszar neuropsychologii, neuropsychiatrii i psychosomatyki.

Habilitantka w wykazie osiągnięć uwzględniła uczestnictwo w projekcie finansowanym przez NCBiR nt. „Model wielospecjalistycznej opieki szpitalnej i pozaszpitalnej nad pacjentami z zakażeniem SARS-CoV-2” w zakresie udziału w projektowaniu aplikacji psychologicznej dla pacjentów przechodzących zachorowanie na COVID- 19. Na stronie internetowej projektu nie wskazano natomiast niestety danych żadnych wykonawców tego zadania, a jedynie dane Kierownika, tj. dr hab. n społ. Barbary Bętkowskiej-Korpały.

<https://cracov.cm-uj.krakow.pl/pl/podprojekty/psychologia/> [dostęp: 30.07.2023]



W związku z tym, jak również faktem, iż jak dotychczas Habilitantka nie była współautorem żadnej pracy naukowej w ramach w/w projektu, nie jestem w stanie w sposób obiektywny ocenić charakteru współuczestnictwa Habilitantki w w/w projekcie oraz znaczenia tegoż uczestnictwa w Jej dorobku naukowym.

Jeśli chodzi o rozpoznawalność Kandydatki wśród innych specjalistów zajmujących się problematyką klinicznych konsekwencji uszkodzeń mózdzku to trudno mi jest to ocenić, gdyż lista wystąpień konferencyjnych została zorganizowana tematycznie bez wyodrębnienia osobno: wykładów plenarnych / wykładów na zaproszenie, referatów oraz wystąpień plakatowych. Chciałabym natomiast zwrócić uwagę, iż analiza cytowań prac Kandydatki wskazuje na to, iż Jej praca jest zauważana na arenie międzynarodowej. Dla przykładu, praca opublikowana w *Journal of Neuropsychology*, będąca częścią cyklu prac przedstawionego przez Habilitantkę ma już (zgodnie z bazą Scopus: 30.07.2023) 18 cytowań. W tym jest już dwukrotnie cytowana w prestiżowym, wąkospecjalistycznym, czasopiśmie *Cerebellum*.

IV. Ocena aktywności naukowej realizowanej w więcej niż jednej uczelni, instytucji naukowej, w szczególności zagranicznej

Habilitantka udokumentowała współpracę naukową z 3 ośrodkami zagranicznymi: 2 ośrodkami francuskimi (École des Neurosciences w Paryżu; Institut du Cerveau et de la Moelle épinière w Paryżu) oraz ośrodkiem ukraińskim (Narodowym Uniwersytecie w Kijowie im. Taras Shevchenko) oraz z 1 ośrodkiem krajowym (Uniwersytet SWPS w Sopocie). Dotychczasowy zakres współpracy z innymi ośrodkami jest dość skromny, ale zgodnie z poradnikiem RDN (Recenzje w postępowaniach o awans naukowy, Rada Doskonałości Naukowej, 2022) nie wpływa to istotnie na moją całościową ocenę dorobku Kandydatki.

Habilitantka nie odbyła żadnego stażu zagranicznego i tylko jeden ze staży krajowych odbył się poza Krakowem. Staż ten odbyła przed uzyskaniem stopnia doktora. Habilitantka nie jest niestety członkiem żadnego międzynarodowego towarzystwa naukowego, co jest dość zaskakujące.

Habilitantka wykonała też jedynie 2 recenzje dla międzynarodowych czasopism naukowych. Podejrzewam, że może to wynikać ze stosunkowo niewielkiego zainteresowania badaniami osób po uszkodzeniach mózdzku w czasopismach neuropsychologicznych.



V. Ocena aktywności dydaktycznej i dorobku popularyzatorskiego

Habilitantka uczestniczy przede wszystkim w kształceniu studentów kierunku lekarskiego oraz podyplomowym kształceniu psychologów. Pełni również funkcję kierownika specjalizacji z psychologii klinicznej. Jej dorobek dydaktyczny jest adekwatny do kompetencji zawodowych i miejsca zatrudnienia, które implikuje prowadzenie zajęć dla studentów medycyny właśnie. W przeszłości prowadziła również zajęcia dla studentów psychologii.

W przedstawionej mi do oceny dokumentacji nie znalazłam wyodrębnionej informacji na temat dorobku popularyzatorskiego. Analiza listy wystąpień konferencyjnych sugeruje natomiast, iż Habilitantka uczestniczyła również w wydarzeniach popularnonaukowych. Zgodnie z poradnikiem RDN (Recenzje w postępowaniach o awans naukowy, Rada Doskonałości Naukowej, 2022) ocena dorobku popularyzatorskiego nie wpływa znacząco na moją całościową ocenę dorobku Kandydatki.

VI. Ocena aktywności organizacyjnej

Aktywność organizacyjna stanowi w mojej ocenie najsłabszy obszar dorobku Kandydatki. Nie była Ona członkiem komitetów organizacyjnych ani naukowych konferencji naukowych (krajowych lub zagranicznych). Pełniła jedynie funkcję jurora Sesji Psychiatrycznej Międzynarodowej Konferencji Studenckiej (2019). Moim zdaniem ten słaby punkt może wynikać z uwarunkowań pracy neuropsychologa. Kandydatka będąc psychologiem, pracującym w obszarze nauk medycznych (neurologia, neurochirurgia, psychiatria) nie uczestniczyła w organizacji konferencji ogólnopsychologicznych, które w niewielkim stopniu uwzględniają problematykę neuropsychologiczną. Jako psycholog ze stopniem doktora nauk humanistycznych, mimo niewątpliwego dorobku w naukach medycznych, mogła też nie być zapraszana do współorganizacji wydarzeń adresowanych do lekarzy (neurologów, neurochirurgów, psychiatrów). Stąd punkt ten ma, w mojej ocenie, niewielkie znaczenie dla oceny wniosku Habilitantki. Zgodnie z poradnikiem RDN (Recenzje w postępowaniach o awans naukowy, Rada Doskonałości Naukowej, 2022) punkt ten nie wpływa istotnie na moją całościową ocenę dorobku Kandydatki.

VII. Podsumowanie i wniosek końcowy

Podsumowując, po zapoznaniu się z przedstawioną dokumentacją uważam, iż dorobek dr n. hum. Anny Starowicz- Filip spełnia kryteria określone w art. 22 ust. 1 ustawy z dnia 2- lipca 2018r. Prawo o szkolnictwie wyższym



i nauce (Dz.U. z 2018r. poz. 1668 ze zm.). Tym samym wnioskuję do Rady Dyscypliny Nauki Medyczne UJ o dopuszczenie Jej do dalszych etapów postępowania habilitacyjnego. Dr n. hum. Anna Starowicz-Filip posiada wiedzę i kompetencję do samodzielnego prowadzenia prac badawczych.

W pełni popieram starania Kandydatki o nadanie Jej stopnia doktora habilitowanego nauk medycznych w dziedzinie nauk medycznych i nauk o zdrowiu w dyscyplinie nauki medyczne. Osiągnięcie naukowe Kandydatki stanowi istotny, samodzielny, wkład w wiedzę na temat funkcjonalnej architektury i lateralizacji mózdzku z perspektywy neuropsychologii klinicznej. Kandydatka jest, według mojej wiedzy, jednym z dwóch polskich neuropsychologów, którzy zajmują się naukowo badaniami neuropsychologicznymi osób z uszkodzeniem mózdzku. Jednocześnie, według mojej wiedzy, jako jedyna łączy w tym zakresie nie tylko badania pacjentów dorosłych i dzieci, ale również perspektywę neuropsychologiczną z perspektywą neuropsychiatryczną, co zasługuje na szczególne uznanie.

Dorobek Kandydatki ma charakter interdyscyplinarny i sytuje się na pograniczu nauk medycznych i nauk o zdrowiu (w szczególności neurologii i neurochirurgii, ale również z uwzględnieniem psychiatrii) oraz psychologii. Habilitantka prowadzi badania w paradygmacie neuropsychologii klinicznej, ale kluczowy związek Jej dorobku z naukami medycznymi nie budzi żadnych wątpliwości. Sama neuropsychologia jako obszar badań naukowych ma charakter interdyscyplinarny. Stąd w Polsce neuropsycholodzy, w zależności od szczegółowej specyfiki badań i miejsca zatrudnienia ubiegają się o nadanie stopnia doktora habilitowanego odpowiednio w naukach medycznych, naukach o zdrowiu lub naukach społecznych.