

## Załącznik 1

### Autoreferat

#### Mariusz Robert Furgał

Lekarz medycyny, doktor nauk medycznych, specjalista psychiatrii dorosłych, psychoterapeuta Polskiego Towarzystwa Psychiatrycznego, starszy wykładowca zatrudniony w Katedrze Psychiatrii Collegium Medicum Uniwersytetu Jagiellońskiego oraz w Szpitalu Uniwersyteckim, w Krakowie.

#### **Posiadane dyplomy, stopnie naukowe/artystyczne – z podaniem nazwy, miejsca i roku ich uzyskania oraz tytułu rozprawy doktorskiej**

- |      |   |
|------|---|
| 2011 | Powołanie na członka Państwowej Komisji Egzaminacyjnej w dziedzinie Psychiatrii. Łódź, Polska   |
| 2011 | Certyfikat psychoterapeuty Polskiego Towarzystwa Psychiatrycznego (nr 542), Kraków, Polska  |
| 2004 | Specjalizacja z psychiatrii (nr 0725/2004.1/6), Łódź, Polska  |
| 2002 | Doktorat z nauk medycznych: „Funkcjonowanie rodzin pacjentów chorych na chorobę niedokrwienną serca”. Promotor: dr hab. Bogdan de Barbaro, Collegium Medicum Uniwersytetu Jagiellońskiego, Kraków, Polska |
| 1998 | Specjalizacja z psychiatrii I stopień, Kraków, Polska   |
| 1994 | Prawo wykonywania zawodu lekarza (nr 1734463), Kraków, Polska   |
| 1994 | Dyplom ukończenia studiów medycznych na Wydziale Lekarskim w Collegium Medicum Uniwersytetu Jagiellońskiego, Kraków, Polska   |
| 1988 | Matura w Liceum Ogólnokształcącym im. H. Sienkiewicza , Kędzierzyn-Koźle, Polska  |

## **Informacje o dotychczasowym zatrudnieniu w jednostkach naukowych/artystycznych**

### **Uniwersytet Jagielloński Collegium Medicum:**

1994-1995 Asystent – stażysta

1995-2000 Studia doktoranckie w Collegium Medicum UJ

2000-2003 Asystent

2003 -2013 – Adiunkt

Od 2013 – Starszy Wykładowca

Ponadto:

Od 2000, nadal wykładowca Szkoły Medycznej dla Obcokrajowców UJ CM

Od 2005 wykładowca Medycznego Centrum Kształcenia Podyplomowego, w szkoleniach dla lekarzy specjalizujących się w psychiatrii.

### **Uniwersytet Jagielloński Instytut Psychologii UJ (Wydział Filozoficzny)**

Od 1997 r. Wykładowca i koordynator kursu przeddyplomowego „Psychiatria Kliniczna” dla studentów

### **Szkoła Wyższa Psychologii Społecznej, Wydział Zamiejscowy we Wrocławiu**

Od 2005 do 2012 Wykładowca przedmiotu „Psychopatologia” dla studentów studiów przeddyplomowych oraz „Zaburzenia Psychosomatyczne” dla studiów podyplomowych

Promotor (dwudziestu jeden) i recenzent (trzech) prac magisterskich

## **Aktywność zawodowa powiązana z działalnością dydaktyczną**

### **Szpital Uniwersytecki w Krakowie, Klinika Psychiatrii.**

1996 -1999 oraz 2000-2004 asystent

2004 i nadal – starszy asystent

## **Wskazanie osiągnięcia wynikającego z art. 16 ust. 2 ustawy z dnia 14 marca 2003 r. o stopniach naukowych i tytule naukowym oraz o stopniach i tytule w zakresie sztuki (Dz. U. nr 65, poz. 595 ze zm.)**

Monografia - M. Furgał. Związki wybranych objawów astmy oraz zmiennych psychopatologicznych z funkcjonowaniem małżeństw pacjentów. Analiza systemowa. Medycyna Praktyczna, 2015 Kraków.

## **Omówienie celu naukowego/artystycznego ww. pracy/prac i osiągniętych wyników wraz z omówieniem ich ewentualnego wykorzystania.**

### **Cel badania**

Prowadzone przeze mnie badania, będące podstawą pracy są konsekwencją moich zainteresowań i doświadczeń klinicznych. Jako psychoterapeuta pracujący w podejściu systemowym i konsultujący różne oddziały kliniczne psychiatra, często spotykałem się z problemem zaburzeń w których skala dolegliwości i objawów przekraczała poziom medycznie uzasadniony. Zaburzenie psychosomatyczne wiktają znaczne zasoby służb medycznych, generując wysokie koszty, nie dając praktycznie skutku klinicznego. Teorie systemowe dają nadzieję możliwość lepszego zrozumienia zaburzeń psychosomatycznych i praktycznych dla nich rozwiązań, czego świadkiem i uczestnikiem byłem wielokrotnie w swojej praktyce klinicznej. W przeciwieństwie do teorii skupiających się na indywidualnej psychologii, stanowią obszar wciąż nie dość poznany, w szczególności jeśli chodzi o choroby osób dorosłych. Chociaż klinicyści na co dzień stykają się z problemem wtórnych korzyści z choroby i używania objawów w relacjach międzyludzkich, praktycznie brak jest badań poświęconych interpersonalnemu podłożu i objawów.

Do podjęcia projektu badań, którego rezultatem jest opisywana praca, zachęciły mnie wyniki badań nad systemowym tłem choroby niedokrwiennej serca, będące tematem mojego doktoratu. Jednym z efektów pracy nad moim doktoratem, był udział w zespole kierowanym przez prof. Irenę Namysłowską (grant KBN 4PO51309313: Charakterystyka rodzin osób chorych na schizofrenię, jadłowstręt psychiczny, chorobę niedokrwinną serca oraz przeżywających kryzys rodzinny), tworzącym polską adaptację Kwestionariusza do

Oceny Rodziny, będącego jedną z nielicznych polskich adaptacji narzędzi do badań systemu rodzinnego. Dysponując sprawdzoną w badaniach we współpracy z doświadczonym zespołem metodologią z jednej strony a rozpoczynając współpracę z II Katedrą Chorób Wewnętrznych UJ CM, z zespołem kierowanym przez prof. Andrzeja Szczeklika, przede wszystkim z prof. Romanem Nowobilskim, podjąłem się tworzenia nowego projektu. Projekt badań nad związkami zjawisk rodzinnych i psychopatologicznych z astmą został sformalizowany w postaci grantu KBN 2 PO5D 084 28 „Osobowościowe, psychopatologiczne i rodzinne korelaty astmy”, którego byłem głównym autorem i kierownikiem.

Pierwsze wyniki opublikowane w Journal of Asthma w 2009 roku, na niepełnej jeszcze badanej grupie i bez uwzględnienia bardziej złożonych analiz uświadomiły mi konieczność opracowania dorobku programu badawczego w bardziej kompletny sposób – w formie monografii. Pierwszym tego powodem była konieczność opracowania znacznej liczby zmiennych, opisujących różne poziomy systemu (biologiczny, psychologiczny i społeczno/rodzinny) oraz analiz gdzie zależności pomiędzy tymi poziomami były badane w różnych kierunkach. Drugim powodem był brak naukowych teoretycznych opracowań badanego przeze mnie zagadnienia, w kompleksowy sposób opisujących zagadnienia psychosomatyczne w ujęciu systemowym (za wyjątkiem nielicznych, fragmentarycznych opracowań w rozdziałach podręczników). Potrzebne więc było uporządkowanie i zebranie współczesnej wiedzy teoretycznej dotyczących zagadnień psychosomatycznych, z obszaru systemowej terapii rodzin.

Głównym celem części teoretycznej dzieła było uporządkowanie i zintegrowanie dotychczasowej wiedzy o zaburzeniach psychosomatycznych w ujęciu systemowym. Obecnie wśród literatury naukowej i szkoleniowej dotyczącej zagadnień psychosomatycznych nie istniało opracowanie dotyczące zaburzeń psychosomatycznych w ujęciu systemowym, będące syntezą dokonań poszczególnych nurtów terapii rodzin. Wśród terapeutów systemowych funkcjonuje głównie jeden model „rodziny psychosomatycznej”, autorstwa Salvadora Minuchina, z lat siedemdziesiątych XX w., z jednej strony stanowiący powszechną podstawę do podejmowania decyzji klinicznych, z drugiej strony obarczony licznymi wątpliwościami co do jego empirycznej trafności. Drugi model, powstający na przełomie ubiegłego i obecnego wieku, autorstwa Beatrice Wood, jest mniej rozpowszechniony wśród praktyków, za to dobrze potwierdzony empirycznie. Obydwa te modele odnoszą się do

chorób dzieci. Jak dotąd brak było bardziej systematycznych opracowań dotyczących dorosłych. Obydwa modele „rodziny psychosomatycznej” związane są ponadto głównie z jednym podejściem w terapii rodzin – strukturalnym. Niezależnie od popularności podejścia strukturalnego w wyjaśnianiu zaburzeń psychosomatycznych większość pozostałych podejść w terapii rodzin również odnosi się od chorób i objawów somatycznych. Opracowanie teoretyczne przedmiotowej monografii miało uzupełnić obydwie te dość poważne braki, zarówno włączyć do analiz chorujących dorosłych (choć na tym etapie jeszcze bez formułowania modeli) oraz uporządkować i zintegrować wiedzę wnoszoną przez poszczególne podejścia w terapii rodzin do rozumienia zaburzeń psychosomatycznych.

Podstawowym celem badań było określenie niektórych związków pomiędzy zmiennymi biologicznymi, psychologicznymi i społecznymi (rodzinnymi) u osób dorosłych chorujących na astmę, jak również późniejsza analiza wyników pod kątem ich zgodności z teoriami systemowymi oraz istniejącymi modelami rodzin psychosomatycznych. Zaplanowałem jego realizację przez szukanie związków pomiędzy funkcjonowaniem małżeństwa a nasileniem objawów subiektywnych astmy (duszność i zmęczenie) i obiektywnych (wyniki badań spirometrycznych oraz saturacja krwi tętniczej tlenem). Planowałem także analizy pod kątem badania roli niektórych zmiennych psychologicznych i psychopatologicznych w tych związkach (moderacji lub mediacji). Analizy takie miały w zamierzeniu weryfikację poglądów wielu terapeutów, że jakość relacji małżeńskiej i stan emocjonalny pacjentów (ale także ich partnerów) może odzwierciedlać się w nasileniu objawów choroby i pogorszeniu skuteczności leczenia farmakologicznego astmy. Poglądy te wynikały dotąd z praktyki klinicznej, ale były niedostatecznie zweryfikowane naukowo. Najważniejsze pytania, na które miały odpowiedzieć badania, to:

Czy objawy w astmie wiążą się z różnymi aspektami życia rodzinnego u dorosłych chorych?

Czy funkcjonowanie rodziny odzwierciedla się na poziomie wskaźników spirometrycznych pacjentów oraz odczuwania duszności i zmęczenia?

Czy związek spirometrycznych wyznaczników sprawności układu oddechowego (PEF i FEV<sub>1</sub>) oraz saturacja krwi tętniczej tlenem, z dusznością i zmęczeniem w grupie osób pozostających w związkach (kobiety, mężczyźni) jest moderowany przez wymiary funkcjonowania rodziny — zaangażowanie uczuciowe, komunikację i emocjonalność?

Czy funkcjonowanie rodziny wiąże się z indywidualną charakterystyką psychopatologiczną i osobowościową pacjenta?

Czy związki pomiędzy wymiarami funkcjonowania rodziny a dusznością są moderowane przez zmienne psychopatologiczne, w szczególności związane z aktywnością układu autonomicznego – lęk, depresję, neurotyzm?

Czy związki wartości osiągniętych w skalach funkcjonowania rodziny ze spirometrią są mediowane przez zmienne psychopatologiczne, w szczególności związane z aktywnością układu autonomicznego – lękiem, depresją, neurotyzmem lub przez duszność?

Poniżej zestawiono główne badane zmienne, przyporządkowując je poziomom obserwacji systemowej (Tabela 1) a następnie w Tabeli 2 opisano własności zmiennych i narzędzi do ich badania

Tabela 1. Zmienne badane na poszczególnych poziomach obserwacji systemu.

Poziom teoretyczny systemu		Zmienna	Wskaźnik
Biologiczny, indywidualny	fizjologiczny („obiektywny”)	wydolność oddechowa	PEV, FEV1
	„subiektywny”	duszność, zmęczenie	skale Borga
Psychiczny, indywidualny	psychopatologiczny	profil zaburzeń psychicznych	GHQ
		lęk, lękliwość	STAI
		depresja	BDI
	osobowościowy	neurotyzm, ekstrawersja/introwersja	MPI
		umiejscowienie kontroli	LOC
Społeczny	rodzinny	funkcjonowanie rodziny	KOR

Tabela 2. Opis zmiennych

Narzędzie i podskale	opis	Źródło
PEV, FEV1 skale Borga	Parametry spirometryczne Duszność i zmęczenie oznaczane na skali wizualno analogowej	aparat MasterLab, firmy Jaeger E. Niżankowska-Mogilnicka na podstawie G. Borga
GHQ:	GHQA, somatyzacje GHQB, niepokój i bezsenność GHQC, dysfunkcja GHQD, depresja	D. Goldberg i wsp.
STAI	Lęk stan Lęk cecha	K. Wrześniewski na podstawie Spielbergera
BDI	Depresyjność, oceniana w ostatnim tygodniu	T. Parnowski, W. Jernajczyk, na podstawie A. Becka i wsp.)
MPI	Neurotyczność (zrównoważenie, niezrównoważenie) Ekstrawersja/Introwersja	Choynowski na podstawie H.J. Eysencka
LOC	Poczucie kontroli zewnętrznej/wewnętrznej	R.Ł. Drwal na podstawie J. Rottera
KOR	pełnienie ról wypełnianie zadań emocjonalność zaangażowanie uczuciowe kontrola komunikacja wartości i normy  Wszystkie te wymiary oceniane są na 3 poziomach Samoceny swojego funkcjonowania w rodzinie Funkcjonowania w relacji małżeńskiej Funkcjonowania rodziny jako całości	A. Beauvale, B. de Barbaro, I. Namysłowska, M. Furgał (na podstawie wersji niemieckiej M. Cierpki, G. Frevert.)

## Omówienie wyników

Zbadano 157 kolejnych pacjentów ambulatoryjnie leczonych z powodu astmy 107 kobiety oraz 50 mężczyzn (co stanowi rozkład podobny jak w ogólnych populacjach chorych).

### Różnice między poziomem objawów astmy u osób samotnych i będących w związku

Badania odnoszące się do różnic między osobami samotnymi i pozostającymi w związkach w astmie są nieliczne i nie są zgodne w konkluzjach. Wyniki uzyskane w moim badaniu nie wykazały żadnych istotnych różnic w zakresie PEF, FEV<sub>1</sub>, duszności i zmęczenia, pomiędzy grupami osób samotnych i pozostających w związkach. Nie znaleziono także różnic pomiędzy tymi grupami w zakresie poziomu objawów psychopatologicznych. Wobec jednak rezultatów dalszych analiz wydaje się, że takie porównania są bardzo ogólne i trudno wyciągać na ich podstawie ostateczne wnioski. Dodatkowym czynnikiem utrudniającym wnioskowanie jest pewne niezrównoważenie grup pod względem średnich wieku – okazały

się one różne, głównie ze względu na różnicę wieku kobiet, która była istotnie statystycznie wyższa w grupie osób samotnych.

### **Znaczenie płci**

Badania przyniosły szereg wyników dotyczących związków wymiarów funkcjonowania rodziny z objawami astmy. Po analizie korelacji w rozbiciu grupy względem płci pacjentów okazało się, że wzrosła liczba ujawnianych zależności (mimo zmniejszenia liczebności analizowanych pomiarów), a ponadto korelacje dla kobiet i mężczyzn uzyskały różne znaki. W przypadku związków PEF, FEV<sub>1</sub> i saturacji z wymiarami funkcjonowania rodziny zależności występowały tylko dla mężczyzn (zarówno wtedy, kiedy byli oni pacjentami i wtedy, gdy byli partnerami pacjentek). W obydwu przypadkach jednak zależności uzyskały przeciwne znaki. Gdy byli pacjentami – wraz z pogorszeniem własnych parametrów oddechowych spostrzegali funkcjonowanie rodziny lepiej (może się to wiązać z poczuciem bycia lepiej zaopiekowanym). Gdy byli partnerami pacjentek, im gorsze były parametry oddechowe ich partnerek, tym funkcjonowanie rodziny postrzegali gorzej. Analiza moderacji potwierdziła znaczną część tych obserwacji jako specyficznych dla płci. Trudno jest jednoznacznie interpretować to odkrycie, jednak jako jedno z możliwych wyjaśnień nasuwa się różnica ról kobiecej i męskiej w rodzinie w sytuacji choroby. Niezależnie od zmian emancypacyjnych w naszej kulturze nadal stosunkowo różne są role kobiece i męskie w rodzinie, w kontekście choroby. Jeśli przyjąć, że kulturowo uwarunkowane jest to, że osoba chora oczekuje opieki, a w stereotypach ról związanych z płcią opieka jest przypisywana kobietom, to uzyskane wyniki są w zgodzie z takimi założeniami. Gdy choruje mężczyzna a kobieta może funkcjonować w kulturowo zdefiniowanej roli opiekunki, mimo dyskomfortu takiej sytuacji, rodzina wydaje się funkcjonować lepiej. Gdy choruje kobieta – mężczyzna, który wychodzi z roli kulturowej (musi podjąć opiekę albo sam jej doświadcza w mniejszym stopniu niż dotąd) przeżywa taką sytuację jako trudną a rodzinę jako dysfunkcyjną.

Druga zależność związana z płcią – brak ujawnionych związków między PFE, FEV<sub>1</sub> i saturacją a funkcjonowaniem rodziny w ocenie kobiet, nasuwa wrażenie, że mężczyźni są bardziej reaktywni niż kobiety w stosunku do objawów chorobowych zarówno u siebie, jak i u partnerki. Częściowo zjawisko to mogą wyjaśniać teorie poznawcze odwołujące się do



różnic międzypłciowych w percepcji objawów oraz biologiczne i społeczne różnice między mężczyznami i kobietami. W zgodzie z taką interpretacją są rezultaty analiz ukazujące różnice międzypłciowe oceny wymiarów funkcjonowania rodziny. Różnice między kobietami i mężczyznami w przeżywaniu własnego funkcjonowania w rodzinie w zakresie emocjonalności oraz funkcjonowania małżeństwa w zakresie komunikacji wskazują na to, że choroba współmałżonki bardziej destabilizuje funkcjonowanie rodziny w oczach mężczyzny, zwłaszcza w jego samoocenie. Kobiety wydają się mniej reagować odbiorem swojego, czy też małżonka funkcjonowania jako zakłócającego życie rodzinne w związku z jego chorobą. Możliwe, że w kulturową rolę kobiet bardziej wpisane jest zajmowanie się zdrowiem jako funkcja życia rodzinnego. Można przypuszczać, że wiąże się to z faktem uwarunkowanego biologicznie i kulturowo włączania w kobiecy zakres życia rodzinnego obowiązków związanych z opieką nad dziećmi i ich zdrowiem. Nawet gdy kobiety nie są matkami, to kulturowo i społecznie są do tej roli przygotowywane. Dla kobiety zachorowanie i konieczność opieki nad chorym w tym wypadku miałyby charakter normatywno – rozwojowy, dla mężczyzny – kryzysowy. Zaburzenie procesów emocjonalnych w obliczu choroby tłumaczyłoby prawdopodobnie dodatkowo różnice w prezentowaniu objawów chorobowych przez kobiety i mężczyzn. W modelu rodziny psychosomatycznej Beatrice Wood — chociaż dotyczy on chorujących dzieci i nie był analizowany pod kątem różnic płciowych pacjenta — w wynikach związku aktywności procesu chorobowego dziecka z wzorcem pozabezpieczonego stylu przywiązania do ojca ale nie do matki pojawił się ślad nasuwający hipotezę o istotnej roli płci dla psychosomatycznych analiz. Moje badanie, o ile nie formułuje modelu rodziny psychosomatycznej z chorym dorosłym, pokazuje, że nie można mówić o jednym modelu — najpewniej model ten będzie inaczej wyglądał dla kobiet — pacjentek, a inaczej dla mężczyzn — pacjentów.

### **Biologiczne parametry astmy a funkcjonowanie rodziny**

Uzyskane wyniki w całej grupie, przed wykonaniem odrębnych analiz dla kobiet i mężczyzn, ujawniały korelacje w zakresie związków wymiarów funkcjonowania rodziny (*zaangażowania uczuciowego* na poziomie samooceny) z PEF, FEV<sub>1</sub> i saturacją. W analizach dla kobiet i mężczyzn ujawniono związki większej liczby wymiarów funkcjonowania rodziny z PEF, FEV<sub>1</sub> i saturacją, chociaż, co opisałem powyżej, jedynie w sytuacji, gdzie wymiary

funkcjonowania rodziny oceniali mężczyźni. Najwięcej związków znaleziono na poziomie samooceny, głównie między parametrami biologicznymi astmy a *zaangażowaniem uczuciowym, wypełnianiem zadań, pełnieniem ról i kontrolą*. Wymiary *emocjonalność oraz wartości i normy* nie dały związków z parametrami spirometrycznymi na żadnym poziomie. Związki postrzegania funkcjonowania rodziny z funkcjonowaniem na poziomie fizjologicznym układu oddechowego niewątpliwie pokazują połączenia pomiędzy poziomem biologicznym i społecznym. Model bio-psycho-społeczny nie określa, w jaki sposób kolejno mają zachodzić związki między poszczególnymi poziomami modelu. Modele systemowe wskazują raczej wielokierunkowość związków, jakkolwiek przyjęcie, że poziom społeczny wiąże się wprost z poziomem biologicznym jest dość trudne bez uzasadnienia za pomocą przykładów konkretnych mechanizmów. Pewne wyjaśnienie tych związków zaproponowano w badaniach nad modelem rodziny psychosomatycznej Beatrice Wood, odwołując się do mechanizmów pośredniczenia między poziomem systemowym a biologicznym z włączeniem autonomicznego układu nerwowego. Wykazano empirycznie, że emocjonalny stan obwiniania się u dzieci wiąże się wprost z aktywnością nerwu błędnego. Zachodzi więc przypuszczenie, że stany psychopatologiczne, w których dochodzi do pobudzenia autonomicznego układu nerwowego, mogą pośredniczyć w związkach między poziomem biologicznym a społecznym.

W analizach wykonanych w moim badaniu udało się wykazać, że lęk-stan pośredniczy w związku PEF z wymiarem *wypełnianie zadań* i ogólnym funkcjonowaniem rodziny w ocenie funkcjonowania małżeństwa przez partnerów pacjentek chorujących na astmę. Podobnie lęk-stan mediuje związek  $FEV_1$  z wypełnianiem zadań, emocjonalnością, zaangażowaniem uczuciowym i ogólnym funkcjonowaniem małżeństwa także ocenianym przez partnerów pacjentek. Tak więc uzyskane wyniki byłyby częściowo zgodne z powołanymi wyżej badaniami Wood. Ważna odmiennność od tamtych badań, wykazujących podobne związki, dotyczy badanej populacji – w tamtym przypadku pacjentów pediatrycznych. Co ciekawe, duszność, która na podstawie doświadczeń klinicznych, wydawałaby się naturalnym mediatorem między parametrami spirometrycznymi a funkcjonowaniem rodziny, okazała się mediować jedynie związek  $FEV_1$  i komunikacji na poziomie samooceny mężczyzn – pacjentów.

Obserwacje kliniczne wskazują, że objawy psychopatologiczne takie jak lęk, czy depresja znacząco utrudniają wypełnianie zadań, czy partnerskie emocjonalne zaangażowanie w związek. Często w takich wypadkach istnieje oczekiwanie „brania się w garść”, radzenia sobie z wymogami życia, czy spełniania oczekiwań partnera. Dopiero objawy choroby somatycznej (jak np. duszność w prezentowanych badaniach) zmniejszają oczekiwania zarówno, co do wypełniania zadań, jak również funkcjonowania w relacji partnerskiej. Osoba chora, czy osoba o czasowo pogorszonym stanie zdrowia wchodzi funkcjonalnie w rolę dziecka w rodzinie, czy w związku partnerskim. Wpisuje się to w opisywaną często wcześniej systemową koncepcję regresji do wcześniejszych faz cyklu życia całej rodziny jak i poszczególnych jej członków w sytuacji choroby.

### **Duszność i zmęczenie a rodzina**

Zachowanie związków między funkcjonowaniem rodziny a dusznością, a nawet pojawienie się nowych, po uniezależnieniu od PEF i FEV<sub>1</sub>, stanowi przesłankę do twierdzenia że wymiary funkcjonowania rodziny w samoocenie pacjentów (*zaangażowanie uczuciowe i kontrola*) wiążą się z dusznością niezależnie od wskaźników wentylacji płuc. *Zaangażowanie uczuciowe* w obrębie małżeństwa w ocenie partnerów związane jest z dusznością, ale tylko, gdy jest obliczane w związku z PEF i FEV<sub>1</sub>. Zależność ta znika po uniezależnieniu od parametrów oddechowych – można sądzić, że ten związek bardziej łączy się z biologicznym wymiarem astmy, niż jedynie z jej manifestacją objawową. Zależności te są zasadniczo zgodne z wynikami badań nad rodzinami psychosomatycznymi. We wszystkich modelach rodziny psychosomatycznej uwypuklone jest znaczenie związków dla dynamiki procesu chorobowego (zwłaszcza ujawniania objawów choroby). Dysfunkcje w wymiarze *zaangażowanie uczuciowe* można analizować także jako zaburzenia różnicowania self opisanego w teorii Bowena w postaci fuzji albo odcięcia, bo takie zjawiska mogą odpowiadać złemu funkcjonowaniu w zakresie *zaangażowania uczuciowego*. Wymiar ten jest najbliższy bliskości czy wzajemnemu uwikłaniu, na które powołują się teorie systemowe.

Poddając głębszej analizie związki funkcjonowania rodziny z dusznością analizowano moderowanie tego związku przez zmienne psychopatologiczne. We wspomnianych wyżej badaniach stany psychopatologiczne wiążące się z podwyższoną aktywnością

autonomicznego układu nerwowego uznałem za ważne w analizie związków pomiędzy relacjami rodzinnymi a aktywnością procesu chorobowego. Wprawdzie związki takie zostały dowiedzione dla rodzin, w których pacjentem było dziecko, jednak nie można z góry odrzucić hipotezy, że podobna zależność może występować w rodzinach dorosłych pacjentów. Lęk – stan i neurotyzm w wielu wypadkach moderowały związek między funkcjonowaniem rodziny a odczuwaniem duszności, nie tylko w wypadku ocen dokonywanych przez pacjentów, ale także ich partnerów. W prawie wszystkich uzyskanych potwierdzeniach moderacji (jedynie depresja moderując związek kontroli w samoocenie chorych mężczyzn z dusznością dała inną zależność) mamy do czynienia z jednakowym schematem. Wyniki wskazują, że związek między wymiarami funkcjonowania rodziny a dusznością zachodzi dla niskich wartości czynnika psychopatologicznego i wtedy wraz z pogorszeniem się funkcjonowania rodziny duszność maleje; albo dla wysokich wartości czynnika psychopatologicznego wraz z pogarszaniem się funkcjonowania rodziny duszność rośnie. W przypadku neurotyzmu jako moderatora związku oceny funkcjonowania małżeństwa przez pacjenta – mężczyznę z dusznością zaistniały obydwa wzorce jednocześnie. W przypadku niskiego neurotyzmu uzyskano odwrotną korelację duszności z wymiarami KOR niż w przypadku wysokiego neurotyzmu i różnica tych korelacji była istotna statystycznie. Wyniki tych analiz ścieżek świadczą o występowaniu interesującego zjawiska. Okazuje się że w przypadku niskich wartości lęku – stanu i neurotyzmu nasilenie objawów astmy może wiązać się z poprawą funkcjonowania rodziny (z różnych perspektyw). Na zależność taką nie można liczyć w wypadku podwyższonego neurotyzmu czy lęku. Wyniki te są zgodne z teoriami systemowymi dotyczącymi funkcjonalności objawów. Dodatkowo wprowadzają uszczegółowienie tych teorii. Na ich podstawie można postulować, że objaw może być funkcjonalny w systemie (poprawia jego doraźne funkcjonowanie i podtrzymuje homeostazę) pod warunkiem, że osoba chorująca nie ma podwyższonego poziomu lęku i neurotyzmu. Choroba w rodzinie może być czynnikiem, który zmniejsza napięcie wynikające z niepodejmowania wyzwań rozwojowych.

### **Funkcjonalność objawów**

Oprócz opisanych powyżej wyników dotyczących funkcji objawów w systemie, badanie przyniosło szereg innych rezultatów potwierdzających opisywaną przez teoretyków

terapii rodzin i praktyków klinicznych funkcjonalność objawów, czyli zwiększenie stabilności systemu rodzinnego w związku z wystąpieniem u jednego z jej członków choroby i związanych z nią objawów.

W badaniu relacji funkcjonowania rodziny z dusznością pojawiły się związki czynnościowego aspektu duszności (po uniezależnieniu od PEF i FEV<sub>1</sub>) z wymiarami funkcjonowania rodziny. Wskazywałoby to na istnienie związków funkcjonowania rodziny z poziomem duszności pacjentów. Zwłaszcza u mężczyzn – pacjentów związki funkcjonowania rodziny z dusznością ujawniają się dopiero po uniezależnieniu od PEF i FEV<sub>1</sub>. Na podstawie tych analiz trudno wyciągać daleko idące wnioski, jednak wskazują one na wyraźny związek objawów z funkcjonowaniem rodziny, niezależnie od inaczej mierzonego zaawansowania procesu astmatycznego. Bardziej szczegółowe opisy tego zjawiska przynoszą analizy ścieżek – moderacji związku PEF i FEV<sub>1</sub> z dusznością przez wybrane obszary funkcjonowania rodziny oceniane przez pacjentów i ich partnerów.

W grupie badanych pacjentek, stwierdzono moderujący wpływ niektórych obszarów *zaangażowania uczuciowego, komunikacji i emocjonalności* na związek duszności i zmęczenia z parametrami spirometrycznymi. Moderatorami okazały się jedynie wymiary funkcjonowania oceniane przez same pacjentki. Wymiary oceniane przez ich partnerów miały wpływ moderujący tylko w jednym przypadku, w obszarze *emocjonalności*.

Funkcjonowanie małżeństwa w ocenie pacjentek moderowało związki PEF z dusznością, w taki sposób, że w gorzej funkcjonujących w tym obszarze parach PEF korelował ujemnie z dusznością. Taka zależność występowała dla wszystkich analizowanych wymiarów: *zaangażowania emocjonalnego, komunikacji i emocjonalności* w ocenie funkcjonowania małżeństwa przez pacjentki. Można sądzić na tej podstawie, że gdy w ocenie pacjentki małżeństwo funkcjonuje źle – za pogorszeniem parametrów spirometrycznych następuje pogorszenie objawowe. Związek taki nie dotyczył lepiej funkcjonujących w ocenach pacjentek par. Można przyjąć jedno z możliwych wyjaśnień – że w wypadku postrzegania przez osobę chorą związku jako dobrze funkcjonującego nie reaguje ona tak bardzo dusznością na pogorszenie PEF. Zgłaszanie dolegliwości wskutek dysfunkcji małżeńskiej jest zjawiskiem przewidzianym przez teoretyków systemowych jako funkcja niedomagającego systemu. Wynik tych moderacji byłby więc empirycznym poparciem takiej tezy. Pozostaje

kwestią otwartą, czy związki te dotyczą głównie par, w których choruje kobieta. Należy pamiętać jednak, że chorujący mężczyźni stanowili mniejszą liczebnie grupę, niektóre więc związki mogły pozostać nie wykryte w analizach statystycznych.

Inny przebieg zależności uzyskano dla moderacji przez *zaangażowanie uczuciowe* oceniane przez pacjentki w ich własnym funkcjonowaniu. Jest ono moderatorem związku PEF i FEV<sub>1</sub> ze zmęczeniem. Dla pacjentek lepiej oceniających swoje funkcjonowanie w rodzinie pod tym względem spadkowi PEF i FEV<sub>1</sub> towarzyszy wzrost zmęczenia. Związek ten nie występuje u pacjentek gorzej oceniających swoje funkcjonowanie w tym wymiarze. Jest zależność odwrotna do poprzedniej – trudno powiedzieć, czy źródłem tej odmienności jest inny rodzaj analizowanej dolegliwości, czy inna perspektywa oceny *zaangażowania uczuciowego*. Gdyby przyjąć wyjaśnienie systemowe można powiedzieć, że objaw inaczej funkcjonuje jako element systemu (gdy dotyczy małżeństwa) a inaczej w odniesieniu do indywidualnej psychiki (gdy dotyczy własnej oceny). Objaw w tym wypadku może być ceną, którą pacjentka płaci za lepszą samoocenę.

Kolejną analizą, której wyniki są zgodne z koncepcją funkcjonalności objawów, jest analiza korelacji wymiarów funkcjonowania rodziny ze skalami GHQ. Jedyne ujemne korelacje należą tu do skali GHQ A – opisującej objawy somatyczne odpowiadające somatyzacji. Inne skale opisujące zaburzenia psychopatologiczne korelują stosunkowo często z wymiarami KOR, ale w sposób dodatni – wraz z pogarszaniem się funkcjonowania rodziny nasilają się również objawy psychopatologiczne. Taki obraz korelacji skal GHQ z funkcjonowaniem rodziny może popierać tezę, że objawy somatyczne mogą wiązać się z konstruowaniem pozytywnej wizji rodziny, podczas gdy objawy psychopatologiczne wiążą się z gorszym jej obrazem. Przemawiałoby to za homeostatyczną funkcją objawów somatycznych. Wniosek taki należy jednak przyjmować dość ostrożnie, dlatego, że jednak dwukrotnie stwierdzono dodatnią korelację skal GHQ A z wymiarami funkcjonowania rodziny – w obu przypadkach w grupie partnerów chorych kobiet, na poziomie samooceny.

### **Funkcjonowanie rodziny a psychopatologia**

W poszukiwaniu obszarów, gdzie obraz funkcjonowania rodziny wiąże się ze zjawiskami na poziomie intrapsychoicznym, zbadano związki objawów psychopatologicznych i

czynników osobowościowych mierzonych z użyciem skal GHQ oraz Kwestionariusza STAI, BDI, MPI i Rottera z wymiarami funkcjonowania rodziny. Uzyskano kilka istotnych statystycznie korelacji.

Analiza związku GHQ z KOR, oprócz wspomnianej powyżej negatywnej korelacji podskali A w wielu sytuacjach wykazała liczne korelacje o dodatnim znaku. W przypadku pacjentów szczególnie często z nasileniem psychopatologii korelowały dodatnio wymiar *pełnienie ról, komunikacja oraz wartości i normy*. W przypadku partnerów - najczęściej – *wypełnianie zadań, emocjonalność, zaangażowanie uczuciowe*. Podobnie jak to miało miejsce wcześniej zaobserwowano więcej związków wśród ocen funkcjonowania rodziny dokonanych przez mężczyzn, niezależnie czy byli pacjentami, czy partnerami. Nasuwa to wniosek już wcześniej postawiony, na podstawie wyników badania i teorii poznawczej percepcji objawów u kobiet i mężczyzn - Pennebaker i Roberts, że mężczyźni mają niższy próg reakcji na swoje wewnętrzne stany – w tym wypadku emocjonalne. W grupie kobiet – pacjentek w ocenie ich samych wymiary dające najwięcej związków z funkcjonowaniem rodziny to *pełnienie ról oraz wartości i normy*. Wymiar *wartości i normy* korelował dodatnio z objawami depresyjnymi w samoocenie a ujemnie ze skalą somatyczną w ocenie na poziomie rodzinnym (analogiczną sytuację spotykamy w sytuacji, w której badane są partnerki pacjentów). Biorąc pod uwagę, że w grupie mężczyzn – pacjentów taka zależność nie występuje, można przypuszczać, że mechanizmy wiążące poprawę funkcjonowania rodziny z narastaniem objawów somatycznych jest bardziej typowy dla kobiet, jakkolwiek, by to ostatecznie potwierdzić, wymagane byłyby dalsze badania. Podobnie można zinterpretować brak korelacji GHQ z wymiarami KOR na poziomie małżeństwa, zarówno dla kobiet – pacjentek jak i kobiet – partnerek, podczas gdy u mężczyzn w obu grupach zależności takich występuje kilka. Te sytuacje występowania zależności bardziej w związku z płcią niż z rolą (pacjenta i osoby, której mierzono poziom patologii) mogłyby pomóc postawić kolejną hipotezę, że objaw w życiu rodzinnym funkcjonuje w sposób, w niektórych okolicznościach bardziej przypisany do systemu niż do osoby. W przeprowadzonych analizach objawy wiążą się z odbiorem funkcjonowania rodziny przez mężczyznę, niezależnie, komu jest przypisany objaw w rodzinie.

Wyniki analiz związków lęku (skale STAI) i depresji (BDI) z wymiarami funkcjonowania rodziny dla całej grupy ocenianego przez pacjentów wskazują na liczne związki lęku z

wymiarami funkcjonowania rodziny. Stosunkowo mało jest na tym tle związków z depresyjnością (jedna zależność). Niewiele związków występuje też między arkuszem samooceny KOR a objawami psychopatologicznymi w porównaniu z arkuszami oceniającymi funkcjonowanie małżeństwa i rodziny jako całości. Wskazywałoby to na silniejsze powiązania objawów psychopatologicznych z postrzeganą sytuacją rodzinną i małżeńską, niż z własnym funkcjonowaniem w rodzinie. Wyniki analiz związków lęku i depresji ocenianego przez partnerów z wymiarami funkcjonowania rodziny w całej grupie badanej wskazują na liczne i uogólnione związki skal KOR, zwłaszcza dotyczących funkcjonowania małżeństwa w ocenie partnerów – mężczyzn. Najwięcej związków z objawami psychopatologicznymi wykazują wymiary opisujące relację – *zaangażowanie uczuciowe* i *emocjonalność* z jednej strony – a *wypełnianie zadań*, główny wymiar funkcjonalności rodziny – z drugiej. Wyniki te są zgodne z koncepcjami systemowymi – związku poziomu intrapsychicznego z interpersonalnym. Na ocenach partnerów można tu bardziej polegać, dlatego, że – jak wynika z konstrukcji narzędzia do pomiaru rodziny – bada ono subiektywny obraz, a ten może podlegać zakłóceniom poznawczym związanym z indywidualną psychopatologią.

Uzyskane wyniki związków lęku - stanu, lęku – cechy i depresyjności pacjentek z postrzeganiem funkcjonowania rodziny przez ich mężów obrazują znacznie więcej istotnych korelacji, niż gdy funkcjonowanie małżeństwa ocenia chora żona, pomimo że to właśnie jej dotyczą objawy psychopatologiczne. Można by przypuszczać, że odbiór przez męża stanu psychicznego żony rzutuje na ocenę funkcjonowania małżeństwa w większym stopniu niż przeżywanie przez żonę objawów.

Dalsze analizy pokazują że sytuacja nie jest do końca analogiczna w odwrotnej konfiguracji – gdy choruje mąż, żona nie wiąże postrzegania małżeństwa z jego psychopatologią (w tych analizach nie wykazano żadnych związków). Wyniki analiz z rozbiciem na płeć wykazują znacznie więcej związków objawów u osoby chorej na astmę z ocenami funkcjonowania rodziny przez mężczyznę, niezależnie czy on sam jest pacjentem, czy pacjentką jest żona. Podobnie jak w przypadku analizy związków funkcjonowania rodziny z objawami astmy, widzimy znacznie więcej korelacji skal mierzących lęk i depresję u pacjentów – mężczyzn z wymiarami funkcjonowania rodziny. Wspomniane teorie Pennebaker i Roberts dotyczą większej wrażliwości mężczyzn na stany emocjonalne i na



stany fizjologiczne, która może do pewnego stopnia tłumaczyć różnicę obrazu ujawnionych związków.

W badaniu związków czynników osobowościowych – neurotyzmu, ekstrawersji i LOC z wymiarami funkcjonowania rodziny, zwraca uwagę, że neurotyzm (z jednym wyjątkiem) i LOC zawsze korelują ze skalami KOR dodatnio, a ekstrawersja ujemnie. Podwyższony neurotyzm i zewnętrzne lokowanie kontroli wiąże się więc z gorszym funkcjonowaniem rodziny, natomiast wzrostowi ekstrawersji towarzyszy poprawa funkcjonowania rodziny. U partnerów osób chorujących ze wszystkich rozpatrywanych grup – jedynie neurotyzm koreluje z wymiarami funkcjonowania rodziny. U pacjentów większość korelacji dotyczy ekstrawersji.

Interesujący związek znaleziono pomiędzy wymiarem *wartości i normy* a neurotyzmem w samoocenie pacjentów – korelacja jest ujemna. Świadczyłoby to o większym dostosowaniu osób neurotycznych w funkcjonowaniu w rodzinie do systemów wartości i norm. Druga grupa interesujących związków to korelacje LOC z większością wymiarów funkcjonowania rodziny, ale jedynie w ocenie mężczyzn – pacjentów i tylko na poziomie funkcjonowania rodziny jako całości. Sugerowałoby to, że szczególnie ta grupa widzi dysfunkcje rodziny w sytuacji gdy obniżone jest jej poczucie sprawstwa.

## **Znaczenie i wykorzystanie badań**

### **Rozumienie astmy w kontekście bio-psycho-społecznym i implikacje dla leczenia astmy**

Opracowany w monografii projekt był jedną z pierwszych prób ujęcia w badaniu równoległej analizy poziomów biologicznego, psychologicznego i społecznego klinicznej sytuacji astmy u dorosłej osoby w rodzinie. Jego wartość polega na zaplanowanym i ustrukturuowanym badaniu złożonego kontekstu bio-psycho-społecznego astmy i wyjaśnieniu niektórych prawidłowości tak poszerzonego obszaru badawczego. Niezależnie od wad zastosowanych rozwiązań i pewnej ogólności wniosków, badanie to po raz pierwszy potwierdza niektóre teoretyczne systemowe koncepcje związane z funkcją objawów w systemie rodzinnym, ujawnia niektóre mechanizmy wtórnych, emocjonalnych korzyści z chorowania i potencjalne źródła niepowodzeń w standardowym leczeniu farmakologicznym,

kiedy poprawie na poziomie biologicznym nie towarzyszy poprawa na poziomie objawowym. W świetle wykazanych moderacji związków pomiędzy wskaźnikami spirometrycznymi a dusznością przez parametry funkcjonowania rodziny, badania te mogą mieć znaczenie dla alergologów-klinicystów w poszukiwaniu rozwiązań diagnostycznych dla szczególnie trudno leczących się pacjentów. W takiej sytuacji użyteczne może być pogłębienie diagnozy o badanie psychologiczne, uwzględniające dynamikę systemu rodzinnego pacjenta. należałoby rozważyć przy utrzymujących się objawach astmy nie znajdujących odzwierciedlenia w funkcjonowaniu drzewa oskrzelowego, kierowanie przez alergologów pacjentów do konsultacji przez psychoterapeutów zajmujących się systemową terapią rodzin lub par. Szczególnie gdy choroba jest uciążliwa z punktu widzenia rodziny czy partnera, albo gdy rodzina zaangażowana jest w proces leczenia.

### **Uwzględnienie szerszych niż wskazywane w wytycznych działań wobec psychospołecznego kontekstu astmy**

Badania pokazują że rodzina jest istotną dla przebiegu astmy grupą społeczną, nie tylko u dzieci, ale także u osób dorosłych. Astma u dorosłych ma bio-psycho-społeczny charakter. Z jednej strony jest to wniosek dla wielu klinicystów oczywisty, z drugiej strony raport Global Initiative for Asthma (GINA) bardzo lakonicznie wypowiada się na ten temat, wobec braku rzetelnych i szczegółowych analiz empirycznych. W wytycznych GINA dotyczących nefarmakologicznych interwencji mających poprawić skuteczność leczenia w astmie, pośród kilkunastu zagadnień jedynie jedno dotyczyło interwencji obliczonych na zmianę stanu emocjonalnego pacjentów: „radzenie sobie z emocjonalnym stresem”. Wytyczne te wskazują na konieczność dodatkowej oceny pacjentów z lękiem i depresją. Wskazują na relaksację i techniki oddechowe jako przydatne dla redukcji stresu strategię. Niniejsze badania wskazują że wpływ czynników psychospołecznych na przebieg astmy jest dużo bardziej złożony i wciąż niewystarczająco poznany i uwzględniany

Związek parametrów spirometrycznych z dusznością zależy od funkcjonowania rodziny. Z punktu widzenia praktyki klinicznej ważny jest fakt, że poprawa parametrów wentylacji płuc może — w związku z sytuacją rodzinną pacjenta — nie przekładać się na poprawę objawową. Może to skutkować pogorszeniem kontroli objawów astmy i co za tym idzie, poza

pogorszeniem stanu zdrowia pacjentów, mieć także wpływ na ekonomię opieki nad pacjentami z astmą

### **Ujawnienie szeregu aspektów związanych z rolą płci w psychosomatycznym rozumieniu chorób**

Ważną konkluzją z opisywanych badań jest wniosek, że rozważając udział objawów występujących u osób dorosłych w systemie rodzinnym chorego, nie możemy poprzestać na badaniach pomijających różnice między chorowaniem u kobiet i u mężczyzn. Generalizowanie, pomijające płeć pacjenta niesie ze sobą ryzyko znacznych pomyłek interpretacyjnych. Modele psychosomatycznych rodzin z dorosłym pacjentem należy tworzyć i badać odrębnie dla sytuacji, gdy choruje kobieta i odrębnie gdy choruje mężczyzna. Mężczyźni bardziej intensywnie wiążą swoje (ale też partnerek) wewnętrzne stany z funkcjonowaniem rodziny, wiąże się to prawdopodobnie z kulturowymi i fizjologicznymi uwarunkowaniami płci. Odkrycie to stanowi ważny wniosek, który powinien być przesłanką przy formułowaniu projektów przyszłych badań nad bio-psycho-społecznym tłem chorób.

### **Potwierdzenie nie dość dotąd zweryfikowanych tez podejść terapeutycznych i próba wprowadzenia naukowych analiz praktyki systemowej terapii rodzin**

Dla praktyki terapii rodzin i par duże znaczenia ma potwierdzenie w omawianych badaniach systemowej tezy, że objaw (w tym wypadku duszność) może doraźnie pełnić pozytywną funkcję dla regulacji funkcjonowania systemu rodzinnego. Pozwala to na przyjmowanie takiego założenia w terapii już nie tylko w oparciu o doświadczenia własne i nauczycieli, ale w oparciu o dowody. Tego typu analizy i dowody nie są bardzo rozpowszechnione wśród praktyków psychoterapii i weryfikowanie tez psychoterapii stanowi ważny krok na drodze głębszego wprowadzenia tej dziedziny do obszaru naukowych analiz i weryfikacji.

## **Ujawnienie roli związku dla dynamiki objawów chorobowych i postulaty ukierunkowania dalszych badań.**

Zaangażowanie uczuciowe w małżeństwie jest istotnym elementem regulującym ekspresję symptomów chorobowych. Niniejsze badanie jedynie sygnalizuje tę zależność. W celu wyjaśnienia natury tych związków wskazane byłoby badanie wzajemnych relacji w obrębie istniejących teorii psychologicznych, np. teorii przywiązania Johna Bowlby'ego tym bardziej że badania nad modelem rodziny psychosomatycznej wskazują na pewne związki przywiązania i procesów psychosomatycznych, jednakże nie wyjaśniając ich w wystarczający sposób. Jest to obszar badawczy, którym chciałbym zająć się w najbliższym czasie.

## **Omówienie pozostałych osiągnięć naukowo-badawczych**

Moje zainteresowania i osiągnięcia naukowe koncentrują się wokół kilku obszarów tematycznych. Głównym wątkiem pozostaje temat związany z moją pracą będącą podstawą ubiegania się o tytuł doktora habilitowanego – dynamika choroby i objawu w związku z psychospołecznym funkcjonowaniem człowieka, w szczególności w słabo dotąd zbadanym obszarze funkcjonowania pacjentów w systemie rodzinnym.

### **Badania nad zaburzeniami psychosomatycznymi**

Głównym wątkiem pojawiającym się w różnych projektach badawczych w których uczestniczyłem są zagadnienia psychosomatyczne, ze szczególnym uwzględnieniem badań nad systemowym tłem chorób. Jest to podstawowy obszar moich zainteresowań – stale rozwijany, inspirowany wcześniej w moim rozwoju, gdy na trzecim roku studiów uczestniczyłem w ramach Studenckiego Internistycznego Koła Naukowego w badaniach nad antykoagulantem toczeniowym. Rok później rozstrzygnąłem o skierowaniu swojej aktywności w stronę Koła Psychiatrycznego, cały czas jednak wykazując zainteresowanie perspektywą psychiatryczną zaburzeń psychosomatycznych. W miarę nabywania wiedzy i kwalifikacji w kierunku myślenia systemowego i systemowej terapii rodzin zacząłem integrować to podejście z moją wiedzą na tematy psychosomatyczne. Pierwsze publikacje, jeszcze o

charakterze heurystycznym aczkolwiek poparte już praktyką kliniczną w dziedzinie terapii rodzin, opracowywałem w 2000 roku, w ramach pracy w zespole Zakładu Terapii Rodzin UJ CM. Zbiegło się to w czasie z analizą wyników badań programu „Charakterystyka rodzin osób chorych na schizofrenię, jądłowstręt psychiczny, chorobę niedokrwienną serca oraz przeżywających kryzys rodzinny”. (KBN 4PO51309313, kierownik programu - prof. dr hab. Irena Namysłowska) w którym uczestniczyłem jako współwykonawca, w latach 1998-2000. Wyniki badań nad grupą małżeństw w których mężczyzna chorował na chorobę niedokrwienną serca stanowiły podstawę opracowania części empirycznej mojej pracy doktorskiej – „*Funkcjonowanie rodzin pacjentów chorych na chorobę niedokrwienną serca*” obronionej w 2002 roku. W ramach tego programu powstała także polska adaptacja narzędzia do badania rodzin – Kwestionariusz Oceny Rodziny, której jestem współautorem i która jest jednym z nielicznych w Polsce narzędzi do badania funkcjonowania rodzin.

Wraz z obroną pracy doktorskiej podjąłem współpracę z prof. Andrzejem Szczeklikiem i dr. Romanem Nowobilskim (obecnie profesorem) w badaniach nad pacjentami z rozpoznaniem astmy oskrzelowej. Wstępne badania skupiały się na związkach psychopatologii z objawami astmy i przyniosły ciekawe wyniki wskazujące na zależności między dusznością a psychologicznym stanem pacjentów. Wyniki były przedstawione na konferencji i opublikowane (Nowobilski R, de Barbaro, Furgał M. (2002) *Analiza depresji u chorych na astmę oskrzelową. Alerg. Astma Immunol.*:7 ;211-215, Nowobilski R, Furgał M, Bochenek G, Pulka G, Dyczek A, Polczyk R, Niżankowska-Mogilnicka E, de Barbaro B, Szczeklik A. (2005) *Psychopatologiczne i osobowościowe uwarunkowania odczuwania duszności u chorych na astmę. Alerg. Astma Immunol.*:10; 202-205). Zachęcony tymi wynikami zdecydowałem się sformułować program badawczy zawierający dodatkowo analizę poziomu relacji rodzinnych: „Osobowościowe, psychopatologiczne i rodzinne korelaty astmy”, który uzyskał finansowanie w ramach grantu KBN 2PO5D08428, którego zostałem kierownikiem i w ramach którego oprócz innych publikacji (Czyż P, Furgał M, Nowobilski R, de Barbaro B, Pulka G. (2014) *Znaczenie wybranych zmiennych psychopatologicznych i osobowościowych w przebiegu astmy oskrzelowej alergicznej i niealergicznej. Psychiatr. Pol.*: 48, 1047-1058, 4.

Nowobilski R, Furgał M, Polczyk R, de Barbaro B, Szczeklik A.(2011) *Gender gap in psychogenic factors may affect perception of asthma symptoms. J. Invest. Allerg. Clin. Immunol.*: 21,193-198, Furgał M, Nowobilski R, de Barbaro B, Polczyk R, Szczeklik A. (2011) *Locus of control and selected mental health variables in asthmatics what are the associations*

*with dyspnea? Pol. Arch. Med. Wew.:* 121; 187-192, Furgał M, Nowobilski R, Pulka G, Polczyk R, de Barbaro B, Nizankowska-Mogilnicka E, Szczeklik A. (2009) *Dyspnea is related to family functioning in adult asthmatics. J. Asthma* 2009: 46;280-283, Nowobilski R, Furgał M, Czyż P, de Barbaro B, Polczyk R, Bochenek G, Nizankowska-Mogilnicka E, Szczeklik A. (2007) *Psychopathology and personality factors modify the perception of dyspnea in asthmatics.: J. Asthma: 2007: 44: 203-207*), a także wystąpień konferencyjnych, powstało opisane powyżej dzieło.

Moja współpraca z II Katedrą Chorób wewnętrznych trwa nadal, uczestniczę obecnie w badaniach nad psychosomatycznymi aspektami chromania przestankowego, wraz z zespołem prof. Romana Nowobilskiego, pierwsza praca z tego zakresu jest w trakcie recenzji w *General Hospital Psychiatry*. Pobocznym, choć interesującym wątkiem naukowym współpracy z II Katedrą Chorób wewnętrznym UJ CM były także inspirowane przez prof. Andrzeja Szczeklika badania nad muzykoterapią.

Niezależnie od współpracy ze wspomnianym ośrodkiem uczestniczyłem także w innych badaniach w szeroko rozumianym obszarze zaburzeń psychosomatycznych, m. in. z dr. Marcinem Jabłońskim w dziedzinie psychoonkologii (Jabłoński M, Dudek D, Furgał M, Datka W, Zięba A. *Wykorzystanie kwestionariusza Manfreda Cierpki w analizie wsparcia rodzinnego u pacjentów z ostrą białaczką. Psychiatr. Pol.:* 2007 :41; 799-812, 9. Jabłoński M, Furgał M, Dudek D, Zięba A. *Miejsce psychoonkologii we współczesnej psychiatrii. Psychiatr. Pol. 2008 : 42;749-765*). Badania te potwierdziły istotność wsparcia rodzinnego dla pacjentów z ostrą białaczką szpikową i jego rolę redukującą psychiatryczną współchorobowość. Ponadto potwierdziły przydatność Kwestionariusza Oceny Rodziny jako narzędzia do badania rodzin pacjentów chorujących somatycznie.

### **Badania związane z pracą kliniczną**

Niezależnie od pracy naukowej, zajmuję się intensywnie pracą z pacjentami z zaburzeniami psychicznymi i problemami w relacjach rodzinnych. Obydwa te wątki mojej aktywności zawodowej są bezpośrednio powiązane, co skutkowało publikacjami także z obszaru pracy klinicznej takich jak publikacje kazuistyczne (*Postępy Psychiatrii i Neurologii* 2000, *Journal of American Geriatric Society*, 2011) czy opracowanie naukowe wprowadzanej

w Zakładzie Terapii Rodzin metody terapii grupowej dla par (*Journal of Marital and Family Therapy*, 2008). Podejście to okazało się wysoce efektywną i unikalną terapią par.

Obecnie kieruję programem w ramach działalności statutowej Uczelni „Analiza związku niektórych wstępnych uwarunkowań terapii rodzinnej i małżeńskiej z jej przebiegiem”. Uczestniczę także w pracach zespołu złożonego z osób zatrudnionych w Zakładzie Terapii Rodzin i zespołu Zakładu Leczenia Zaburzeń Afektywnych, kierowanego przez prof. Dominikę Dudek, mającego na celu stworzenie programu badań nad rodzinnym kontekstem depresji lekoopornej. Program jest na etapie tworzenia wniosku o finansowanie, jednocześnie w praktyce realizowana jest jego część kliniczna, mająca na celu konsultację systemową rodzin pacjentów z lekooporną depresją. Wyniki ze wstępnych badań były tematem wystąpień na konferencjach a pierwsza publikacja została złożona w redakcji Psychiatrii Polskiej. Publikowałem także prace związane bezpośrednio z pracą psychoterapeuty odnosząc się do zjawiska przeciwprzeniesienia w terapii par (*Psychoterapia*, 2014), rytuałów w terapii rodzin (*Psychoterapia*, 1998), terapii rodzin z dzieckiem autystycznym czy upośledzonym (rozdziały w monograficznych opracowaniach, wyd. Continuo odp. 2010 i 2012). Publikacje te stanowią źródło wiedzy dla wielu osób szkolących się w psychoterapii. Najnowszym obszarem mojego naukowo-klinicznego zaangażowania jest wprowadzanie badania przymierza terapeutycznego w terapii rodzin i par, w postaci narzędzia SOFTA, czym zespół w którym pracuję zajmuje się w wyniku nawiązania współpracy z autorami narzędzia, dr. Valentínem Escudero, i dr Laurie Heatherington.

### **Badania jakościowe procesu psychoterapii**

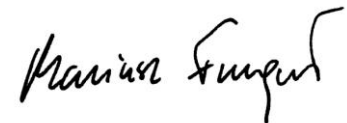
Ważnym obszarem moich zainteresowań naukowych jest metodologia jakościowa w badaniach naukowych a także łączenie jej z metodologią ilościową. Wraz z zespołem (pod kierunkiem dr Bernadetty Janusz) uczestniczę w badaniach nad procesem psychoterapii, zwłaszcza pierwszych konsultacji w terapii rodzin. Badania jakościowe prowadzone są w naszym ośrodku głównie metodologią Teorii Ugruntowanej (*Grounded Theory*) i Analizy Dyskursu (*Discourse Analysis*). Metodologia ta była wprowadzana z moim udziałem i we współpracy z prof. Peterem Roberem z Katolickiego Uniwersytetu w Leuven i w konsultacji prof. Paula Rosenblatt z University of Minnesota. Współpracowaliśmy także z dr. Łukaszem Marciniakiem i dr Kamilą Białą z Instytutu Socjologii Uniwersytetu Łódzkiego.

Jednym z powodów mojego szkolenia się w jakościowej metodologii badań jest potrzeba kontynuowania badań, mających przybliżyć naturę związków rodzinnych, które wchodzą w zależności z przebiegiem chorób psychosomatycznych. O ile wspomniane w pierwszej części niniejszego autoreferatu dzieło opisuje bardzo ciekawe odkrycia takich zależności, to stosowana metodologia nie może dać bliższych odpowiedzi o naturze relacji rodzinnych wchodzących w interakcję z chorobą i objawami u jednego z członków rodziny. Szczególnie interesujące są dla mnie wyniki opisujące moderujący wpływ wymiarów funkcjonowania rodziny, zwłaszcza „zaangażowania uczuciowego” na związek PEF i FEV<sub>1</sub> z dusznością i zmęczeniem. Jestem przekonany że do dającego bardziej specyficzne odpowiedzi badania tego zjawiska konieczne jest stosowanie metodologii jakościowej. Z tego samego powodu zacząłem się przygotowywać do badania natury więzi międzyludzkich, m.in. uczestnicząc w czterodniowym szkoleniu prowadzonym w Anna Freud Center w Londynie (*Reflective Functioning Training on the Adult Attachment Interview*) w 2013 roku. Obszar mojego funkcjonowania w nauce związany z badaniami jakościowymi owocował dotąd jedynie pojedynczymi doniesieniami konferencyjnymi, jednak jestem przekonany że dokładniejsze poznanie roli związków rodzinnych w chorowaniu wymaga gruntownego, systematycznego i czasochłonnego przygotowania tego typu jeśli ma wniesić do badań nowe jakościowo wartości .

Moją najmocniejszą stroną, jako naukowca, jest umiejętność integrowania podejść praktycznych z naukowymi metodami tworzenia i weryfikacji koncepcji. Jestem jedną z niewielu osób sprawnie poruszających się na granicy psychiatrii i psychoterapii z jednej strony i zaburzeń somatycznych i psychicznych z drugiej, przy rzetelnym zawodowym wykształceniu zarówno w psychiatrii jak i psychoterapii (indywidualnej i systemowej). Wierzę, że doświadczenia naukowe które dotąd zdobyłem, jak i współpraca z kolegami z innych dyscyplin medycyny (obecna, ale i przyszła), dadzą mi możliwość prowadzenia badań i rozwoju pracy zespołowej w zakresie zaburzeń psychosomatycznych. Moim drugim związanym z działalnością naukową celem jest wprowadzanie i propagowanie naukowych metod w psychoterapii, która jest obszarem wymagającym intensywnych badań, regulacji i weryfikacji wobec. Ten cel realizuję prowadząc badania nad psychoterapią (jestem członkiem



Society for Psychotherapy Research) ale też aktywnie pracując w Sekcji Naukowej Terapii Rodzin Polskiego Towarzystwa Psychiatrycznego (jestem od wielu lat członkiem jej Zarządu, a od dwóch Prezesem Zarządu) i uczestnicząc jako przedstawiciel PTP w pracach nad Ustawą o zawodzie psychoterapeuty w ramach Polskiej Rady Psychoterapii.

Handwritten signature of Mariusz Szymanski in black ink.