

# STUDIA PSYCHOLOGICA

ROK XII

2013

NR 13

TOM 2



Wydawnictwo  
Uniwersytetu Kardynała Stefana Wyszyńskiego

Warszawa 2013

UNIWERSYTET KARDYNAŁA STEFANA WYSZYŃSKIEGO W WARSZAWIE  
INSTYTUT PSYCHOLOGII

Numer specjalny pod redakcją Barbary Jacennik i Anny Czyżkowskiej

Redaktor naczelny: Henryk Gasiul

Rada redakcyjna: Andrzej Jakubik, Andrzej Strzałecki, Jan F. Terelak

Sekretarz Redakcji: Katarzyna Martowska

Kolegium redakcyjne:

Elżbieta Aranowska, Jerzy Brzeziński, Tomasz Maruszewski,  
Anna Matczak, Stanisław Mika, Czesław S. Nosal, Ryszard Stachowski,  
Elżbieta Stojanowska, Maria Straś-Romanowska, Jan Tylka, Zenon Uchnast

Redaktor statystyczny:

Elżbieta Aranowska

Redaktorzy językowi:

Leszek Lechowicz, Agnieszka Norwa

**ISSN 1642-2473**

Adres Redakcji:

Instytut Psychologii UKSW  
ul. Wóycickiego 1/3, bud. 14  
01-938 Warszawa

e-mail: [studia\\_psychologica@uksw.edu.pl](mailto:studia_psychologica@uksw.edu.pl)

strona internetowa: [www.studia.psychologica.uksw.edu.pl](http://www.studia.psychologica.uksw.edu.pl)

Redakcja informuje, że wersją pierwotną czasopisma jest wydanie papierowe.

Skład, druk i oprawa:



EXPOL, P. Rybiński, J. Dąbek, sp.j.  
ul. Brzeska 4, 87-800 Włocławek  
tel. 54 232-37-23, e-mail: [sekretariat@expol.home.pl](mailto:sekretariat@expol.home.pl)

## SPIS TREŚCI

Barbara Jacennik: Bariery w komunikacji interpersonalnej – wprowadzenie ..... 5

### ARTYKUŁY EMPIRYCZNE

Anna Czyżkowska, Marta Rawińska, Milena Józwik: Komunikacja, relacje partnerskie oraz funkcjonowanie seksualne par leczących się z powodu niepłodności ..... 7

Magdalena Stankowska: Utrudnienia w komunikacji pomiędzy synową a teściową ..... 15

Aleksandra Hulewska, Michał Ziarko: Style komunikacji lekarz – pacjent a motywacja chorego do przestrzegania zaleceń zdrowotnych ..... 33

Magdalena Twardziak, Barbara Jacennik: Komunikowanie przejawów depresji w rozmowach klientów aptek z farmaceutami ..... 45

Beata Hintze: Zaburzenia pamięci operacyjnej jako poznawcze markery endofenotypowe w chorobach psychicznych. Konsekwencje dla psychospołecznego funkcjonowania ..... 55



BARBARA JACENNIK<sup>1</sup>  
Wydział Psychologii  
Wyższa Szkoła Finansów i Zarządzania w Warszawie

## **BARIERY W KOMUNIKACJI INTERPERSONALNEJ – WPROWADZENIE**

### **Barriers to effective interpersonal communication – an introduction**

Sprawna komunikacja interpersonalna to warunek dobrego funkcjonowania w wymiarze jednostkowym i społecznym. Trudności, bariery, błędy i przerwanie komunikacji między ludźmi to przyczyny wielu konfliktów, porażek i zaburzeń w losach osobistych i życiu społecznym. Nie bez powodu, niniejszy numer *Studia Psychologica* jest poświęcony uwarunkowaniom i barierom w komunikacji interpersonalnej.

Psychologowie rozwojowi i psycholingwiści dostarczają licznych dowodów na to, że umiejętności komunikowania interpersonalnego uczymy się od dnia urodzenia, a nawet już w okresie płodowym. Pierwsze lata życia dziecka toczą się zwykle w rodzinie i tam powstają podstawowe wzorce komunikowania. Dyskurs domowy, jego charakterystyka pod względem liczby uczestników, nacechowania emocjonalnego, funkcji wypowiedzi, przyjmowanych ról, częstości i ciągłości interakcji, wpływa determinująco na kształtowanie się procesów poznawczych dziecka i jego umiejętności komunikacyjne w dalszych latach.

Komunikacja w rodzinie to bardzo ważny czynnik kształtowania się wzorców reagowania emocjonalnego i, w konsekwencji, jeden z determinantów rozwoju inteligencji emocjonalnej i struktury osobowości. Zaburzenia funkcji poznawczych i sprawności komunikowania zwykle współwystępują, mając przemożny wpływ na funkcjonowanie psychiczne i społeczne jednostki. Artykuł Beaty Hintze dostarcza dowodów na występowanie deficytów funkcji poznawczych u zdrowych rodziców osób chorych na schizofrenię, w porównaniu z osobami zdrowymi bez historii schizofrenii w rodzinie. Zaburzenia funkcji poznawczych mogą być odpowiedzialne za pogorszenie funkcjonowania psychospołecznego, w tym komunikowania.

W życiu człowieka dorosłego umiejętności komunikowania interpersonalnego to nadzwyczaj istotny czynnik kształtowania się relacji interpersonalnych. Dotyczy to nie tylko związków partnerskich i małżeńskich, ale również relacji z nowymi członkami rodziny, takimi jak partnerzy dzieci i rodzice partnerów. Nawiązywanie nowych relacji rodzinnych, zawiązanych w wyniku małżeństwa, to swoisty ekspe-

---

<sup>1</sup> Ades do korespondencji: [jacennik@vizja.pl](mailto:jacennik@vizja.pl)

ryment komunikowania w sytuacji, gdy dwie grupy rodzinne, różniące się m.in. zwyczajami językowymi, stylem interakcji, doświadczeniami i nastawieniem, muszą wejść w bliższe interakcje. Tej tematyce poświęcony jest artykuł Magdaleny Stankowskiej.

Jedną z potencjalnych przyczyn kryzysu w związku uczuciowym mężczyzny i kobiety jest niepłodność oraz, będący jej konsekwencją, długotrwały proces leczenia. Celem badania przedstawionego w artykule Anny Czyżkowskiej, Marty Rawińskiej i Mileny Jóźwik było sprawdzenie, jak problem niepłodności wpływa na relacje partnerskie, komunikację oraz funkcjonowanie seksualne pary.

Kompetencje komunikacji interpersonalnej mają olbrzymie znaczenie w obszarze zdrowia, choroby i leczenia. Dotyczy to zwłaszcza komunikacji między lekarzami i pacjentami, która odgrywa bardzo ważną rolę w procesie leczenia chorób somatycznych i zaburzeń psychicznych. Artykuł Aleksandry Hulewskiej i Michała Żarko przedstawia badanie, którego celem było sprawdzenie, jaki styl komunikowania się lekarza z pacjentem sprzyja wzrostowi motywacji do przestrzegania zaleceń zdrowotnych po zakończeniu hospitalizacji.

Sprawność komunikowania interpersonalnego sprzyja m.in. poszerzaniu wiedzy na temat zdrowia, choroby i leczenia oraz szukaniu pomocy w sytuacji choroby. Artykuł Magdaleny Twardziak i Barbary Jacennik relacjonuje wyniki ankiety przeprowadzonej wśród farmaceutów na temat rozmów z klientami aptek, którzy powołują się na różne objawy depresji, prosząc o pomoc w wyborze leku. Celem ankiety było zbadanie treści i przebiegu tych rozmów oraz zidentyfikowanie czynników związanych z sytuacją komunikowania, mających wpływ na komunikację farmaceuta – klient apteki.

Trudności, bariery, błędy i przerwanie komunikacji między ludźmi to temat nieowiany w refleksji teoretycznej i badaniach naukowych w psychologii, jednak niniejszy numer *Studia Psychologica* pokazuje, że jest to tematyka bardzo obszerna i daleka od wyczerpana. Autorzy artykułów to przedstawiciele różnorodnych dyscyplin – psychologii, socjologii, lingwistyki, medycyny i farmacji. Wspólnie stworzyli oni interesujący obraz trudności i determinantów komunikowania interpersonalnego w różnych sytuacjach i kontekstach.

Istotność problematyki komunikowania interpersonalnego w psychologii nie ulega dyskusji. Można jednak zadać pytanie, czy problematyka ta nie powinna być traktowana bardziej priorytetowo w dydaktyce i badaniach naukowych w psychologii? Być może, obecny trójpodział wiedzy psychologicznej na procesy poznawcze, emocjonalne i motywacyjne, choć uzasadniony i utrwalony, utrudnia dostrzeżenie znaczenia komunikacji interpersonalnej dla funkcjonowania psychospołecznego człowieka i, w konsekwencji, dla zdrowia psychicznego?

ANNA CZYŻKOWSKA<sup>1</sup>  
MARTA RAWIŃSKA  
MILENA JÓŹWIK  
Wydział Psychologii  
Wyższa Szkoła Finansów i Zarządzania w Warszawie

**KOMUNIKACJA, RELACJE PARTNERSKIE  
ORAZ FUNKCJONOWANIE SEKSUALNE PAR  
LECZĄCYCH SIĘ Z POWODU NIEPŁODNOŚCI**

**Communication, partnership and sexual functioning of couples  
treated for infertility**

**Abstract**

The goal of this study was to investigate how infertility changes couples' relations, communication and sexual functioning. In the research participated 50 women during the treatment of infertility and 50 healthy women in the control group. The study confirmed our hypothesis. Couples during the treatment of infertility have more problems in their relationship (in comparison to couples without infertility problem) in following aspects: communication, task accomplishment and role performance, affective expression, affective involvement, values and norms. Communication in both groups (study group as well as control group) correlates with sexual satisfaction, the correlation between couples' relations and sexual satisfaction are higher in healthy women group than in infertile women group.

Key words: infertility, communication, sexual functioning, couple's relationship

**WPROWADZENIE TEORETYCZNE**

Problem niepłodności oraz proces jej leczenia niosą ze sobą ryzyko negatywnych psychologicznych następstw, w tym tych dotyczących funkcjonowania i relacji pary. Parze towarzyszą często uczucia frustracji, niespełnienia, złości oraz lęk i obniżenie nastroju (Benyamini, Gozlan, Kokia, 2005; Klemetti, Raitanen, Sihvo, Saarni, Koponen, 2010). Badania pokazują, że jest to jedno z bardziej stresujących krytycznych wydarzeń życiowych (Cwikel, Gidron, Sheiner, 2004).

---

<sup>1</sup> Adres do korespondencji: [anna-czyzkowska@wp.pl](mailto:anna-czyzkowska@wp.pl)

Modele obrazujące wpływ stresu na funkcjonowanie pary podkreślają m.in. jego negatywny wpływ na komunikację w parze, co z kolei zwrótnie nasila stres i pogarsza funkcjonowanie. Niepłodność to stresor pojawiający się nagle i niespodziewanie, po czym chronicznie obecny w życiu pary i to w dużym nasileniu (tzw. *major chronic stressor*). Może on nasilać wcześniejsze konflikty pary lub też być główną przyczyną problemów w relacji (Schanz, Reimer, Eichner, Hautzinger, Hafner, Fierlbeck, 2011). Zgodnie z modelem Bodenmanna stres chroniczny osłabia m.in. jakość komunikacji w parze, powodując obustronną alienację, a w efekcie obniżenie satysfakcji z małżeństwa, co może być przyczyną rozwodu (Randall, Bodenmann, 2009). Ciekawe wyniki z ostatnich lat pokazują także, że stres powoduje również problemy seksualne pary, w tym brak pożądania, awersję seksualną, przedwczesny wytrysk (Bodenmann, Ledermann, Blattner-Bolliger, Galluzzo, 2006; Oskay, Beji, Serdaroglu, 2010). Stres wywołany czynnikami zewnętrznymi, sytuacyjnymi (*external stress*) powoduje zwiększenie stresu w parze (*internal stress*), a ten negatywnie wpływa na życie seksualne pary, w tym satysfakcję seksualną (Bodenmann, Ledermann, Bradbury, 2007). Jednakże badania dotyczące stresu nasilonego (*major stress*) prezentowały niejednoznaczne wyniki (Williams, 1995). Różne pary różnie reagują na duży stres. Jedną z hipotez dotyczących tego zjawiska głosi, iż pary prezentują nie tylko różny poziom podatności na stres, ale także różny stopień radzenia sobie z krytycznymi wydarzeniami życiowymi. To, jak para odpowie na stres, zależy od tego jakie wspólnie wykształciła strategie radzenia sobie z problemami (Cohan i Bradbury, 1997). Badania par niepełnych także podkreślają jak ważne są prawidłowe strategie radzenia sobie z problemami (Peterson, Piritano, Block, Schmidt, 2011).

Badania komunikacji par niepełnych pokazują, że posiadanie dzieci jest ważniejsze dla badanych kobiet niż mężczyzn, kobiety więcej energii i uwagi poświęcają staraniom o dziecko i więcej komunikacji z partnerem ze strony kobiet jest skierowane na omawianie problemu niepłodności (Pasch, Dunkel-Schetter, Christensen, 2002). Zgodnie z modelem Pasch niepłodność wpływa negatywnie na funkcjonowanie małżeństwa poprzez pogorszenie komunikacji (m.in. polegające na przepełnieniu jej negatywnym afektem). Jak się okazało, nastawienie mężczyzn do problemu niepłodności znacząco wpływa na jakość komunikacji pary – im bardziej mężczyźni byli zaangażowani w problem, im ważniejsze było dla nich posiadanie dziecka i większa chęć do rozmowy na ten temat z partnerką, tym lepiej para funkcjonowała w obszarze komunikacji i tym bardziej pozytywny był efekt niepłodności na relację w małżeństwie (ocenianej z perspektywy kobiety). Co ciekawe zaangażowanie kobiety w problem niepłodności nie wpływało na jakość komunikacji ani satysfakcję z małżeństwa. Z perspektywy mężczyzny wpływ niepłodności na relację w parze wiązał się jedynie z tym, jak silnie wpłynęło to na samoocenę mężczyzn. W innym badaniu, w którym ujawniono pozytywny wpływ niepłodności na małżeństwo, wykazano związek ze stylem komunikacji mężczyzn, charakteryzującym się konfrontacją z problemem, aktywnym komunikowaniem się, mówieniem o uczuciach, pytaniem innych osób o radę. Z kolei negatywny wpływ miał styl komunikacji, polegający na ukrywaniu problemu niepłodności, trudnościach w rozmowie na ten i inne tematy z partner-



ką. Mężczyźni z tym stylem komunikacji unikali rozmowy na temat niepłodności, kierowali całą uwagę na pracę zawodową, unikali przebywania wśród rodzin z dziećmi (Schmidt, Holstein, Christensen, Boivin, 2005).

#### PROBLEM, PYTANIA I HIPOTEZY BADAWCZE

1. Czy kobiety niepłodne różnią się od kobiet nieleczących się z powodu niepłodności w zakresie relacji partnerskich (w tym komunikacji w parze)?
2. Czy relacje z partnerem są związane z poziomem satysfakcji seksualnej?

#### HIPOTEZY

1. Kobiety niepłodne cechują się gorszym funkcjonowaniem w zakresie relacji z partnerem w porównaniu z kobietami nieleczącymi się z powodu niepłodności (w tym: pary niepłodne cechują większe problemy w komunikacji niż pary niemające problemu z płodnością)
2. Istnieje związek pomiędzy relacjami z partnerem (w tym komunikacją) a satysfakcją seksualną (i jej podwymiarami: satysfakcją fizyczną, emocjonalną i związaną z poczuciem kontroli)

#### METODA

##### ZASTOSOWANE NARZĘDZIA

Do badania oceny rodziny zastosowano *Kwestionariusz do oceny rodziny*, który powstał na podstawie niemieckiej wersji (autorstwa Manfreda Cierpki i Gabriele Frevert) kanadyjskich kwestionariuszy *Family Assessment Measures* (FAM-III) Skinnera i Steinhauera. Wykorzystano wersję kwestionariusza: kwestionariusz relacji dwuosobowych (ocena relacji w poszczególnych diadach, w tym wypadku diady małżeńskiej). Kwestionariusz ten jest oparty o model procesu funkcjonowania rodziny Skinnera i Steinhauera, w którym wyróżnia się siedem głównych aspektów (wymiarów) funkcjonowania rodziny:

- a) wypełnianie zadań (stopień, w jakim system małżeński jest w stanie zrealizować różnorodne zadania pojawiające się w trakcie życia),
- b) komunikację,
- c) role (czy partnerzy zgadzają się podjąć nadane im role i czy aktywności zgodne są z rodzinną ich definicją),
- d) dostępność emocjonalną (emocjonalnej warstwy komunikacji - wyrażania emocji wprost, jasno i autentycznie),
- e) zaangażowanie (w jakim stopniu związek jest w stanie zapewnić partnerom poczucie bezpieczeństwa, odpowiedzieć na ich emocjonalne potrzeby oraz wspierać ich w autonomicznym działaniu),
- f) kontrolę,
- g) wartości i normy (czy reguły te są jawne czy ukryte, w jakim stopniu partnerzy mogą się im sprzeciwiać i czy ich normy i wartości spójne są z szerszym społecznym kontekstem).

Kwestionariusz zawiera 28 pozycji ocenianych na 4-stopniowej skali. Została zastosowana polska adaptacja kwestionariusza funkcjonująca pod nazwą KOR –

*Kwestionariusze do oceny rodziny* (Beauvale i in., 2002; Namysłowska i in., 2002). We wszystkich trzech krajach (Kanada, Niemcy, Polska) współczynniki alfa Cronbacha dla skal ogólnych były dostatecznie wysokie (wszystkie powyżej  $\alpha = 0,80$ ); w *Kwestionariuszu relacji dwuosobowych* wynosi on powyżej  $\alpha = 0,91$ .

Do pomiaru satysfakcji seksualnej w związku zastosowano *Skalę satysfakcji seksualnej (Sexual Satisfaction Scale)* autorstwa Davisa (2006). Jest to kwestionariusz składający się z 21 pozycji oceniających satysfakcję seksualną. Pozycje te przynależą do 3 podskal satysfakcji seksualnej: skali satysfakcji fizycznej, skali satysfakcji emocjonalnej, skali satysfakcji związanej z poczuciem kontroli. Skala satysfakcji fizycznej zawiera realizowanie swoich potrzeb seksualnych, jakość stosunku i możliwości seksualne partnerów. Skala satysfakcji emocjonalnej mówi o satysfakcji związanej z odczuciami wobec partnera i jego zachowań seksualnych. Skala satysfakcji związanej z poczuciem kontroli ocenia zadowolenie z kontroli nad życiem płciowym (kontroli nad częstotliwością i rodzajem stosunków). Badany dokonuje oceny każdej z 21 pozycji na 5-stopniowej skali. Współczynniki alfa Cronbacha wynoszą odpowiednio  $\alpha = 0,85$  dla skali satysfakcji fizycznej,  $\alpha = 0,84$  dla skali satysfakcji emocjonalnej i  $\alpha = 0,75$  dla skali satysfakcji związanej z poczuciem kontroli.

#### OSOBY BADANE I PROCEDURA BADANIA

Zbadano 100 kobiet, 50 kobiet miało problem z niepłodnością (zdiagnozowano klinicznie niepłodność i objęto te pary leczeniem), 50 kobiet liczyła grupa kontrolna (bez zdiagnozowanych problemów z płodnością). W obydwu grupach znajdowały się kobiety nieposiadające dzieci. Badane z problemem niepłodności znalezione zostały na forach internetowych dotyczących tego tematu oraz w Klinice Leczenia Niepłodności „Novum” w Warszawie. Większość (68%) była w wieku 21-30 lat, miały wykształcenie wyższe (74%) i mieszkały w dużym mieście (64%). Wszystkie były w związku partnerskim trwającym od 2 do 5 lat. 42% z nich próbowała zajść w ciążę od 1-2 lat, prawie równoliczna grupa starała się o dziecko 3-4 lat, a 9 par powyżej 5 lat. Leczenie niepłodności trwało od kilku miesięcy (48%) do kilku lat (52%). Przyczyna niepłodności znaleziona została w 82% przypadków.

Grupa kontrolna to kobiety w podobnym wieku (86% miała 21-30 lat), będące w związku partnerskim (u 46% trwa on 2-4 lata) i niemające problemów z płodnością i nieleczące się z tego powodu. Osoby do tej grupy rekrutowano z populacji ogólnej, biorąc pod uwagę osoby w wieku zbliżonym do grupy badawczej, będące w związku, nieposiadające dzieci i deklarujące brak problemów z płodnością. Szczegółowy opis grup przedstawia tabela 1.

Tabela 1

*Charakterystyka badanych grup*

		Kobiety niepełne		Grupa kontrolna	
		<i>N</i>	%	<i>N</i>	%
Wiek	≤ 20	1	2	3	6
	21-30	34	68	43	86
	31-40	15	30	4	8
	≥ 41	0	0	0	0
Wykształcenie	Podstawowe	0	0	0	0
	Średnie	13	26	29	58
	Wyższe	37	74	21	42
Pochodzenie	Miasto	32	64	31	62
	Wieś	18	36	19	38
Czas trwania związku	0.5-1 lat	0	0	16	32
	2-4 lat	25	50	23	46
	≥ 5 lat	25	50	11	22
Czas trwania prób poczęcia	1-2 lat	21	42	-	-
	3-4 lat	20	40	-	-
	≥ 5 lat	9	18	-	-
Przyczyna niepłodności (czy jest znana)	Tak	41	82	-	-
	Nie	9	18	-	-
Czas trwania leczenia niepłodności	Kilka miesięcy	24	48	-	-
	1 rok	5	10	-	-
	2 lata	14	28	-	-
	Kilka lat	7	14	-	-

**WYNIKI**

Tabela 2

*Porównanie kobiet niepełnych i kobiet nieleczących się z powodu niepłodności w zakresie relacji z partnerem, w tym komunikacji*

	Kobiety niepełne ( <i>N</i> = 50)		Grupa kontrolna ( <i>N</i> = 50)		<i>t</i>
	<i>M</i>	<i>SD</i>	<i>M</i>	<i>SD</i>	
Wypełnianie zadań	5,38	2,16	3,32	1,74	5,24**
Zachowanie ról	4,10	1,87	1,78	1,69	6,49**
Komunikacja	3,72	1,80	2,58	2,03	2,69*
Emocjonalność	3,66	1,76	2,60	1,75	3,01*
Emocjonalny odbiór związku	2,60	1,93	1,06	1,64	4,28**
Kontrola	2,78	2,12	2,36	1,86	1,05
Wartości i normy	3,54	2,03	1,64	1,72	5,04**

*Adnotacja.* \*  $p < 0,05$ ; \*\*  $p < 0,01$ .

Wszystkie aspekty funkcjonowania związku (oprócz aspektu kontroli) prezentują się znacząco gorzej w grupie kobiet niepełnych (w tym także komponenta komunikacji).

Tabela 3

*Porównanie – korelacje pomiędzy relacjami z partnerem, poziomem potrzeb i reakcji seksualnych oraz poziomem satysfakcji seksualnej w grupie kobiet niepełnych oraz w grupie kobiet nie leczących się z powodu niepełności (N = 100)*

Kobiety niepełne			
	Satysfakcja fizyczna	Satysfakcja emocjonalna	Satysfakcja związana z poczuciem kontroli
Relacje między partnerami			
Wypełnianie zadań	-0,32*	-0,25	-0,41**
Zachowanie ról	-0,32*	-0,20	-0,39**
Komunikacja	-0,31*	-0,08	-0,27
Emocjonalność	-0,23	-0,06	-0,16
Emocjonalny odbiór związku	-0,43**	-0,37**	-0,43**
Kontrola	-0,15	-0,03	-0,08
Wartości i normy	-0,34**	-0,25*	-0,38**
Grupa kontrolna			
	Satysfakcja fizyczna	Satysfakcja emocjonalna	Satysfakcja związana z poczuciem kontroli
Relacje między partnerami			
Wypełnianie zadań	-0,48**	-0,23	0,09
Zachowanie ról	-0,47**	-0,38**	-0,22
Komunikacja	-0,54**	-0,40**	-0,18
Emocjonalność	-0,51**	-0,14	-0,05
Emocjonalny odbiór związku	-0,51**	-0,17	-0,18
Kontrola	-0,49**	-0,12	-0,04
Wartości i normy	-0,31**	-0,12	-0,01

*Adnotacja.* \* $p < 0,05$  ; \*\* $p < 0,01$  (istotność jednostronna).

Związki pomiędzy relacjami z partnerem a poziomem satysfakcji seksualnej są silniejsze w grupie kobiet niemających problemu niepełności niż u kobiet niepełnych. Funkcjonowanie komunikacji w parze koreluje z satysfakcją seksualną we wszystkich trzech jej komponentach (najmocniej z satysfakcją seksualną – fizyczną).

#### PODSUMOWANIE I Dyskusja

Badanie potwierdziło obydwie hipotezy. Pary niepełne cechuje pogorszenie funkcjonowania relacji partnerskiej w porównaniu z parami nieleczącymi się z powodu niepełności w aspektach: komunikacji, wypełniania zadań (stopień, w jakim system małżeński jest w stanie zrealizować różnorodne zadania pojawiające się

w trakcie życia), wypełniania ról (czy partnerzy zgadzają się podjąć nadane im role i czy aktywności zgodne są z rodzinną ich definicją), emocjonalności (emocjonalnej warstwy komunikacji – wyrażania emocji wprost, jasno i autentycznie), zaangażowania emocjonalnego (w jakim stopniu związek jest w stanie zapewnić partnerom poczucie bezpieczeństwa, odpowiedzieć na ich emocjonalne potrzeby oraz wspierać ich w autonomicznym działaniu), wyznawanych wartości i norm (czy reguły te są jawne czy ukryte, w jakim stopniu partnerzy mogą się im sprzeciwiać i czy ich normy i wartości spójne są z szerszym społecznym kontekstem). Widać zatem jak szeroko zaznacza się wpływ problemu niepłodności na relację partnerską w każdym z jej aspektów. W przypadku problemów z poczęciem dziecka jest to nie tylko silny stresor, ale także sytuacja stawiająca pod znakiem zapytania dalszy cel i sens bycia razem, zwłaszcza jeśli główną wartością dla partnerów i celem tworzenia wspólnoty było w perspektywie posiadanie dziecka.

Jakość komunikacji w parze koreluje z satysfakcją seksualną (w obydwu badanych grupach). Najsilniejszy związek z satysfakcją seksualną (oprócz komunikacji) ma aspekt wypełniania zadań, zachowania ról, emocjonalnego odbioru związku oraz wartości i norm. Życie erotyczne pary opiera się nie tylko na libido, pożądanie jest funkcją relacji pomiędzy partnerami (Leiblum, Rosen, 2006).

Zgodnie z opisanym wcześniej modelem Pasch (2002) przepełnienie komunikacji partnerskiej negatywnym afektem w wyniku stresu związanego z niepłodnością ma związek także z problemami seksualnymi pary. Zadowoleniu z seksu nie sprzyja sytuacja silnej i nadmiernej koncentracji na poczęciu, do tego problemy małżeńskie także mają związek z niską satysfakcją seksualną. Być może większość komunikacji w parze niepłodnej koncentruje się na trudnościach z poczęciem i niemożności podjęcia roli rodzicielskiej, co nasila problemy małżeńskie wraz z obniżeniem satysfakcji z kontaktów seksualnych. Lęk, napięcie, stres, konflikty nie sprzyjają atmosferze swobody, radości, spontaniczności, a prawidłowe funkcjonowanie seksualne tego by wymagało. Podporządkowanie życia seksualnego wyłącznie prokreacji oznacza zmuszanie siebie i/lub partnera do kontaktów seksualnych w określone dni, a nacisk na kontakty seksualne wbrew własnym potrzebom i potrzebom partnera sprzyja powstawaniu dysfunkcji seksualnych. Problemy w komunikacji dodatkowo pogarszają trudną sytuację partnerów – zahamowana lub wroga komunikacja nasila spiralę niechęci i prowadzi do eskalacji konfliktów, podczas gdy prawidłowa komunikacja prowadziła do szukania konstruktywnych rozwiązań problemu niepłodności.

#### BIBLIOGRAFIA

- Beauviale, A., de Barbaro, B., Namysłowska, I., Furgał, M. (2002). Niektóre psychosomatyczne własności Kwestionariuszy do oceny rodziny. *Psychiatria Polska*, XXXVI, 1, 29–40.
- Benyamini, Y., Gozlan, M., Kokia, E. (2005). Variability in the difficulties experienced by women undergoing infertility treatments. *Fertility and Sterility*, 2, 275–283.
- Bodenmann, G., Ledermann, T., Bradbury, T. N. (2007). Stress, sex, and satisfaction in marriage. *Personal Relationships*, 14, 407–425.

- Bodenman, G., Ledermann, T., Blattner-Bolliger, D., Galluzzo, C. (2006). The association between everyday stress, critical life events, and sexual dysfunction. *Journal of Nervous and Mental Disease*, 194, 494–501.
- Cohan, C. L., Bradbury, T. N. (1997). Negative life events, marital interactions and the longitudinal course of newlywed marriage. *Journal of Personality and Social Psychology*, 73, 114–128.
- Cwikel, J., Gidron, Y., Sheiner, E. (2004). Psychological interactions with infertility among women. *European Journal of Obstetrics & Gynecology and Reproductive Biology*, 117, 126–131.
- Davis, D., Shaver, P. R., Widaman, K. F., Vernon, M. L., Follette, W. C., Beitz, K. (2006). “I can’t get no satisfaction”: Insecure attachment, inhibited sexual communication, and sexual dissatisfaction. *Personal Relationships*, 13, 465–483.
- Klemetti, R., Raitanen, J., Sihvo, S., Saarni, S., Koponen, P. (2010). Infertility, mental disorders and well-being – a nationwide survey. *Acta Obstetrica et Gynecologica*, 89, 677–682.
- Leiblum, S. R., Rosen, R. C. (2006). *Terapia zaburzeń seksualnych*. Gdańsk: Gdańskie Wydawnictwo Psychologiczne
- Namysłowska, I., Paszkiewicz, E., Siewierska, A., de Barbaro, B., Furgał, M., Drożdżowicz, L., Józefik, B. (2002). Kwestionariusze Manfreda Cierpki do oceny rodziny, *Psychiatria Polska*, 36, 17–28.
- Oskay, U., Beji, N., Serdaroglu, H. (2010). The issue of infertility and sexual function in Turkish women. *Sexual Disability*, 28, 71–79.
- Pasch, L., Dunkel-Schetter, C., Christensen, A. (2002). Differences between husbands’ and wives’ approach to infertility affect marital communication and adjustment. *Fertility and Sterility*, 6, 1241–1247.
- Peterson, B. D., Piritano, M., Block, J. M., Schmidt, L. (2011). Marital benefit and coping strategies in men and women undergoing unsuccessful fertility treatments over a 5-year period. *Fertility and Sterility*, 5, 1759–1763.
- Randall, A.K., Bodenmann, G. (2009). The role of stress on close relationships and marital satisfaction. *Clinical Psychology Review*, 29, 105–115.
- Schanz, S., Reimer, T., Eichner, M., Hautzinger, M., Hafner, H-M., Fierlbeck, G. (2011). Long-term life and partnership asisfaction in infertile patients: a 5-year longitudinal study. *Fertility and Sterility*, 2, 416–421.
- Schmidt, L., Holstein, B., Christensen, U., Boivin, J. (2005). Does infertility cause marital benefit? An epidemiological study of 2250 women and men in fertility treatment. *Patient Education and Counseling*, 59, 244–251.
- Schmidt, L., Tjornhoj-Thomsen, T., Boivin, J., Andersen, A.N. (2005). Evaluation of a communication and stress management training programme for infertile couples. *Patient Education and Counseling*, 59, 252–262.
- Williams, L.M. (1995). Association of stressful life events and marital quality. *Psychological Reports*, 76, 1115–1122.

MAGDALENA STANKOWSKA<sup>1</sup>  
Instytut Stosowanych Nauk Społecznych  
Uniwersytet Warszawski

## UTRUDNIENIA W KOMUNIKACJI POMIĘDZY SYNOWĄ A TEŚCIOWĄ

### **Difficulties in communication between daughter-in-law and mother-in-law**

#### **Abstract**

Communication in the relationship of mother-in-law and daughter-in-law may pose in many families some serious difficulties. The aim of this article is to present the results of a study involving mothers-in-law and daughters-in-law. In this study various aspects of this relationship were investigated, but in the present article only the results concerning communication are reported on. In total, 53 daughters-in-law and 29 mothers-in-law participated in the study. The research method involved questionnaires and in-depth interviews. The interview results were subjected to a detailed analysis of the four types of difficulties in communication identified in the research materials: geographical barriers, forms of address, conflict avoidance and discussions on difficult issues, and communication via son/husband. The research results showed that the key obstacles in communications between the mothers-in-law and the daughters-in-law were a lack of willingness to talk openly, avoidance of certain topics and not dealing directly with certain issues.

Key words: mother-in-law, daughter-in-law, communication, difficulties, relationship, problems

#### **WPROWADZENIE**

Relacja synowa – teściowa jest specyficznym typem relacji rodzinnych. Powstaje pomiędzy osobami niespokrewnionymi, dopiero w okresie dorosłości i nie jest ona kwestią osobistego wyboru, tzn. zazwyczaj ludzie wybierają partnera życiowego, a nie jego rodziców. Ale też, jak każda relacja interpersonalna nieustannie się przekształca, podlega zmianom. Są synowe i teściowe, których komunikacja przebiega sprawnie, jest na głębokim poziomie, ale są też takie diady, gdzie kobiety nie odzywają się do siebie latami, czy też są w nieustannym konflikcie. Komunikacja

---

<sup>1</sup> Adres do korespondencji: [stankowska.magdalena@gmail.com](mailto:stankowska.magdalena@gmail.com)

cja pomiędzy obiema kobietami wielu synowym i teściowym nastrożcza trudności, o czym można przeczytać m.in. na forach internetowych, czy w artykułach dostępnych w Internecie.

Różnice pokoleniowe, dorastanie w różnych rodzinach, w których obowiązują różne reguły w zakresie komunikacji, wpływ uprzedzeń i różne oczekiwania powodują, że wielu synowym i teściowym trudno jest nawiązać bezpośrednią, swobodną komunikację i bliską relację. Czasami trudności w komunikacji pojawiają się już w trakcie pierwszych spotkań, czasem znacznie później. W wielu rodzinach to narodziny dzieci syna i synowej są momentem przełomowym dla komunikacji synowej i teściowej. Wnuki stają się głównym i najważniejszym tematem rozmów, ale też nierzadko różnice w podejściu do wychowywania dzieci stanowią przedmiot sporu pomiędzy kobietami.

Badania własne autorki dotyczyły różnych aspektów relacji synowa – teściowa. Jednym z wyróżnionych aspektów relacji była komunikacja pomiędzy kobietami. Założono, że problem komunikacji w diadach synowa – teściowa wymaga pogłębionej analizy jakościowej (wywiady pogłębione). Zastosowano więc metodologiczne podstawy teorii ugruntowanej, zgodnie z którą nie formułuje się modelu teoretycznego przed przystąpieniem do badań, ale tworzy się go dopiero po zebraniu danych empirycznych (Konecki, 2000). Główną hipotezą dotyczącą komunikacji pomiędzy synową a teściową było założenie, że istnieją pewne utrudnienia w komunikacji pomiędzy kobietami. Zrezygnowano z postawienia szczegółowych hipotez dotyczących komunikacji synowa – teściowa przed przystąpieniem do realizacji badań, co jest zgodne z założeniami metodologicznymi teorii ugruntowanej. Dopiero po przeprowadzeniu badań, na podstawie wnikliwej analizy wywiadów pogłębionych, wyróżniono 4 główne utrudnienia, jakie występują w komunikacji pomiędzy kobietami i które zostaną szczegółowo opisane w niniejszym artykule: bariery geograficzne; sposób, w jaki synowe zwracają się do teściowych; unikanie konfliktów i rozmów dotyczących trudnych kwestii oraz komunikowanie się przez syna/męża.

Niestety brakuje badań naukowych, które omawiałyby szczegółowo kwestie dotyczące komunikacji synowych i teściowych. Do tej pory przeprowadzono niewiele badań, które dotyczyłyby właśnie relacji synowa – teściowa. W Polsce takie badania przeprowadzone w połowie lat 90. ubiegłego wieku opisywały Marcinkowska (1996) i Pielkova (1994). Wyniki badań zagranicznych opublikowały m.in. Merrill (2007) i Kettenbach (2010, 2011). Marcinkowska przeprowadzała badania zarówno wśród synowych, jak i teściowych, w sytuacjach, gdy kobiety mieszkały razem ze swoimi synowymi/teściowymi oraz wtedy, gdy współzamieszkiwanie nie miało miejsca. Okazało się, że 70% badanych synowych i teściowych utrzymywała bardzo częste kontakty (codziennie lub kilka razy w tygodniu). W świetle tych badań: „teściowe i synowe mieszkające pod wspólnym dachem były z tego zadowolone – tylko w nielicznych przypadkach twierdziły, że chciałyby się widywać rzadziej lub wcale” (Marcinkowska, 1996, s. 28). 65% badanych kobiet (w tym 35% mieszkających razem) stwierdziło, że ich kontakty polegają zarówno na wspólnym działaniu, jak i na rozmowach. 5% badanych kobiet mieszkających razem niekomunikowało się ze sobą w ogóle. Z kolei Pielkova prowadziła badania wśród synowych i teściowych wspólnie zamieszkujących. Respondentki podkreślały, że wspólne za-



mieszkiwanie stanowi często przyczynę nieporozumień pomiędzy nimi (Pielkova, 1994, s. 13). Najczęstszymi przyczynami konfliktów były: niewłaściwe prowadzenie gospodarstwa domowego przez synowe (67% badanych), metody wychowywania dzieci (52% badanych) oraz stosunek synowych do ich mężów (38% badanych). Często w rozwiązywaniu sporów pośredniczył syn, ale wiele konfliktów pozostało bez rozwiązania, co skutkowało wyrażaniem negatywnych opinii o drugiej stronie poza rodziną, ograniczaniem kontaktów lub negatywnym nastawianiem dzieci przeciwko drugiej stronie (Pielkova, 1994, s. 14).

Najnowsze badania dotyczące relacji synowa – teściowa (przeprowadzone w Niemczech) opisuje Kettenbach (2011, s. 120–122). Badania zrealizowane w 2006 r. wśród synowych pokazały, że prawie 2/3 kobiet ma dobre stosunki z teściową. Jednak 28% badanych przyznało, że ich związek z partnerem cierpi z powodu złych relacji z teściową, a 37% chciałoby mieć więcej dystansu do swoich teściowych. 23% badanych miało poczucie, że ich teściowa chciałaby, aby ich syn związał się z inną kobietą, a 16% zwróciło uwagę na wtrącanie się teściowych w ich życie. W oparciu o te badania autorka wyróżniła 4 typy teściowych: teściową kochającą, złą teściową, teściową jednocześnie pomagającą i wywołującą konflikty oraz teściową niezainteresowaną wnukami ani synową (Kettenbach, 2010).

Analizując komunikację pomiędzy synową a teściową, w niniejszym artykule wykorzystano założenia teorii komunikacji zaproponowanej przez Watzlawicka, Beavina i Jackcona (1967). W świetle tej teorii nie można nie komunikować się – każde zachowanie, milczenie, czy nieporuszenie pewnych tematów również jest pewnego rodzaju komunikatem. W każdym komunikacie wyróżnić można aspekt treści i aspekt związku, który dotyczy relacji, jaka istnieje między komunikującymi się osobami. Czyli np. ten sam komunikat może zostać zupełnie inaczej odebrany przez biologiczną matkę, a inaczej przez teściową. Istnieją dwa rodzaje komunikacji: komunikacja cyfrowa (język logiki i racji, komunikacja werbalna) i analogowa (niewerbalna, dotycząca symboli). W świetle tej teorii komunikacja ma charakter sekwencyjny, nie ma w niej obiektywnego początku, a interakcje pomiędzy komunikującymi się partnerami mają charakter komplementarny (jedna osoba podporządkowana jest w jakiś sposób drugiej), albo symetryczny, gdzie panuje równość stron.

#### METODOLOGIA BADAŃ WŁASNYCH

Badania własne, na podstawie których został przygotowany artykuł, dotyczą różnych aspektów relacji synowa – teściowa. W artykule przytoczone zostaną wyniki pierwszej części badań. Badania o charakterze ilościowym (ankiety), jak i jakościowym (wywiady pogłębione), zostały przeprowadzone w okresie wrzesień 2011 – marzec 2012 wśród synowych (posiadających przynajmniej jedno dziecko w wieku do 10 lat, będących zarówno w związkach formalnych, jak i nieformalnych) i teściowych (które mają przynajmniej jedną synową, a ta synowa ma przynajmniej jedno dziecko w wieku do 10 lat). Narzędzia zostały przygotowane samodzielnie przez autorkę. 53 ankiety wypełniły synowe, zaś 29 ankiet – teściowe. Na końcu ankiety znajdowała się prośba o udział w wywiadzie. Z badanej grupy zgodziło się udzielić wywiadu 13 synowych i 8 teściowych. Z tymi kobietami przeprowadzono wywiad pogłębiony oparty na przygotowanych wcześniej dyspozycjach do wywia-

du. W badaniu wzięły udział kobiety mieszkające lub przebywające w tym okresie na terenie dwóch losowo wybranych warszawskich dzielnic, w różnych miejscach – m.in. w parkach, na placach zabaw, w klubach dla rodziców, i na uniwersytetach trzeciego wieku. Większość badanych synowych (81%) była w wieku 30–40 lat, 13% badanych miało mniej niż 30 lat, a dwie synowe miały ponad 40 lat. 83% badanych synowych miało wykształcenie wyższe, jedna z badanych niepełne wyższe, 5 kobiet miało wykształcenie średnie, a tylko dwie wykształcenie zawodowe. Zdecydowana większość synowych była aktywna zawodowo w okresie przeprowadzania badania. Tylko 4 synowe nie były nigdzie zatrudnione. 18 respondentek przebywało na urlopie macierzyńskim lub wychowawczym, a pozostałe kobiety pracowały zawodowo (16 z nich na pełny etat). Z kolei badane teściowe były w przedziale wiekowym 53–72, najwięcej z nich (20 badanych) było w wieku 60–70 lat, 7 kobiet miało mniej niż 60 lat, a dwie – powyżej 70 lat. Większość badanych teściowych (17) miała wykształcenie średnie, 7 badanych – wyższe, 3 – niepełne wyższe, a 2 – zawodowe. 24 teściowe w chwili przeprowadzania badania przebywały na emeryturze, przy czym dwie z nich pracowały zawodowo, 3 kobiety były na rencie, jedna pracowała na cały etat, a jedna teściowa nie pracowała zawodowo, jednocześnie nie pobierając ani renty, ani emerytury. Dane dotyczące obu grup pozwalają stwierdzić, że nie są to grupy reprezentatywne dla ogółu synowych i teściowych. Są to kobiety mieszkające w Warszawie lub w jej pobliżu, wykształcone (zwłaszcza synowe), pracujące zawodowo (synowe obecnie, teściowe w przeszłości), na ogół dosyć aktywne w życiu pozarodzinnym. Badane kobiety w większości nie mieszkały też ze swoimi synowymi czy teściowymi (jedynie trzy teściowe mieszkały z synowymi i jedna synowa mieszkała z teściową).

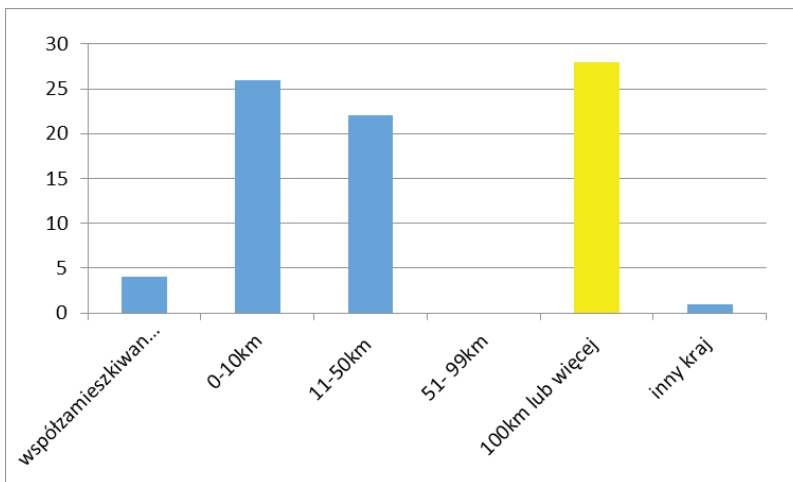
#### BARIERY GEOGRAFICZNE

Autorzy podręczników dotyczących komunikacji interpersonalnej i psychologii społecznej zwracają uwagę na to, że ludzie lubią te osoby, które częściej widują, jest to tzw. efekt częstości kontaktów (Aronson, Wilson, Akert, 1997, s. 361). To, jak często mają miejsce interakcje pomiędzy jednostkami, wpływa również na jakość komunikacji pomiędzy nimi. Spotykając się często, przebywając ze sobą i rozmawiając osoby poznają się nawzajem, również swój styl komunikacji, gotowość do dzielenia się osobistymi informacjami, sposób, w jaki dana osoba wyraża poglądy i nie zgadza się z opiniami innych (Amodeo, Wentworth, 2007, s. 262). W dobie mobilności przestrzennej jednostek, wielokrotnych zmian miejsca pracy, przenoszenia się ludności ze wsi do miast, coraz częściej członkowie rodzin mieszkają w dużych odległościach geograficznych od siebie. Dla niektórych osób (zwłaszcza przedstawicieli młodego pokolenia) nie stanowi to większego problemu, komunikują się za pomocą Internetu czy telefonów komórkowych, często podróżują. Natomiast dla osób, które w mniejszym stopniu korzystają z komputera, mniej podróżują (ze względu na kłopoty zdrowotne, wysokie koszty, czy też niechęć do podróżowania) odległości przestrzenne stanowią istotne utrudnienie. Należy również pamiętać, że komunikacja za pomocą telefonu czy internetu znacząco różni się od komunikacji face-to-face i niektóre osoby, z różnych powodów, nie chcą jej wykorzystywać w kontaktach interpersonalnych.

W komunikacie z badań CBOS-u *Więzi w rodzinie* z 2008 roku zawarte są dane o częstotliwości kontaktów z teściami oraz o zmianie tej częstotliwości w latach 1999–2007. Badani byli pytani, jak często widują się z poszczególnymi członkami rodziny. Spośród osób, które posiadały teściów 46% widuje ich co najmniej raz w tygodniu, 30% – co najmniej raz w miesiącu, 15% – kilka razy w roku, 4% – raz w roku, 2% – raz na kilka lat. 2% badanych nie widziało teściów co najmniej 5 lat, a 1% respondentów nie wiedział, co się dzieje z ich teściami, czy jeszcze żyją. Można więc powiedzieć, że Polacy ogólnie często widują teściów (niestety w badaniach nie dokonano rozróżnienia pomiędzy teściową a teściem). Dyczewski, który w latach 70. XX wieku badał trzy pokolenia rodzin puławskich zauważył, że: „częstotliwość wzajemnych odwiedzin maleje proporcjonalnie do wzrostu odległości między miejscami zamieszkania” (Dyczewski, 1976, s. 73). W świetle tych badań, im większa odległość geograficzna, tym synowa i teściowa widują się rzadziej. Chociaż należy pamiętać, że obecnie, w porównaniu z latami 70. ubiegłego wieku, jest dużo więcej możliwości pokonywania dużych odległości geograficznych.

Z kolei badania amerykańskie Merrill poświęcone były jakości relacji teściowa – synowa w zależności od odległości geograficznej (geographic mobility). Teściowe i synowe postrzegały swoją relację jako bliższą, kiedy mieszkały w pobliżu (w odległości do 20 mil, czyli ok. 32 km) (Merrill, 2004, s. 6). Stwarzało to szansę na wzajemne poznanie, częstszą bezpośrednią komunikację, stworzenie wspólnej historii. W przypadku dużych odległości geograficznych pomiędzy teściową a synową, kobiety z jednej strony mają mniej okazji do przepracowywania (*working out*) problemów, z drugiej zaś – mniej pomiędzy nimi sytuacji, które by mogły spowodować wystąpienie konfliktów.

A czy w polskich realiach odległości geograficzne wpływają na relacje synowych i teściowych? Badania przeprowadzone wśród synowych i teściowych przebywających na terenie Warszawy wykazały, że w wielu przypadkach dzielą je setki kilometrów, co obrazuje poniższy wykres:



Rysunek 1. Odległość dzieląca mieszkania synowych i teściowych ( $N = 82$ ).

Jedynie cztery spośród badanych kobiet mieszkają razem z synową bądź teściową. 1/3 badanych dzieli od synowej bądź teściowej sto lub więcej kilometrów, co powoduje, że ich bezpośrednie kontakty mogą być znacząco utrudnione. Potwierdzają to wyniki badań, jakie uzyskano pytając respondentki o częstotliwość kontaktów z synową/teściową. Spośród 28 kobiet, które mieszkają w odległości stu lub więcej kilometrów od synowej/teściowej, 20 widuje synową/teściową kilka razy w roku, dwie kobiety – raz w roku lub rzadziej, a tylko 6 – kilka razy w ciągu miesiąca. Wśród kobiet mieszkających bliżej wzajemne spotkania odbywają się częściej (3 kobiety spotykają się z synową/teściową codziennie, choć nie mieszkają razem, 13 kilka razy w tygodniu, 12 około raz w tygodniu, 14 kilka razy w miesiącu, a kilka razy w roku jedynie 6 kobiet). Duża odległość, zwłaszcza w przypadkach gdy synowe mają małe dzieci i ich podróżowanie jest utrudnione, wpływa na to, że kobiety nie mają okazji się poznać i komunikacja pomiędzy nimi nie jest na głębokim poziomie. Być może duże odległości sprzyjają też temu, że pewne tematy w relacjach nie są poruszane. Kobiety nie chcąc psuć miłej świątecznej atmosfery spotkań, nie zawsze są ze sobą do końca szczerze. Jedna z badanych, mieszkająca kilkaset kilometrów od swojej teściowej, zauważa, że telefonicznie rzadko kontaktuje się z teściową, częściej robi to jej mąż. Kobieta twierdzi, że to głównie przez dużą odległość geograficzną jej relacja z teściową nie jest bliska:

Prawda jest też taka, że ja – nie. Jeżeli dzwoniemy, no czasami dzwonię do mamy po coś tam, teściowej tak naprawdę. Ale taki stały kontakt utrzymuje Michał<sup>2</sup> (mąż badanej – przyp. M.S.). Są też wspólne telefony rodzinne, ale to Michał jest tą osobą, która dzwoni, on utrzymuje kontakt. Ja też nie czuję się w jakiejś głębokiej relacji z teściową. Aczkolwiek nie czuję też jakiegoś takiego problemu, że mogłabym w nią wejść. Bo jeżeli jestem np. teraz na Boże Narodzenie, to przygotowujemy te rzeczy razem, gotujemy w kuchni (...) Jest ok., natomiast nie jest to jakaś głęboka relacja myślę, że dlatego, że się rzadko widzimy (Synowa 12).

Komunikacja synowa – teściowa może być również utrudniona wtedy, gdy mąż przynosi się do innego miasta ze względu na swoją żonę, a rodzice chcieli z nim lub bardzo blisko niego mieszkać przez całe życie. Wywiady przeprowadzone z synowymi i teściowymi pozwalają stwierdzić, że niektóre z teściowych przez wiele lat mają zarówno do syna, jak i do synowej o to pretensje, co wpływa na powstanie napięć w komunikacji, a niekiedy nawet może prowadzić do całkowitego zerwania relacji.

Po wejściu Polski do Unii Europejskiej w 2004 roku nasiliły się wyjazdy Polaków za granicę, zwłaszcza wyjazdy ludzi młodych. Niektórzy z nich po stosunkowo krótkim pobycie powrócili do Polski. Inni zostali za granicą na stałe i tam założyli rodziny. Wśród badanych kobiet jedna teściowa ma synową, która mieszka za granicą, w Wielkiej Brytanii. Mimo że relacje obu kobiet są bardzo bliskie, to widują się one rzadko. Jednak kobiety utrzymują stały kontakt dzięki codziennym rozmowom telefonicznym. Zapytana o to, jak często widuje synową teściowa odpowiada:

---

<sup>2</sup> W celu zachowania anonimowości osób badanych, wszystkie imiona, jakie pojawiają się w wywiadach zostały zmienione.

To znaczy powiem pani, że no, jest to trudne. W wakacje ją widziałam, ponieważ byłam tam odbierać wnuka, bo zawsze go przywozimy tutaj na całe wakacje. No nie zawsze, przepraszam, jak skończył trzy latka, to go przywozimy. Aczkolwiek wcześniej, jak on się urodził, to ja tam przebywałam i pomagałam im w wychowaniu. I bywałam tam po kilka miesięcy, przyjeżdżałam na trochę do Polski i znowu jechałam i tak do momentu, jak on poszedł do przedszkola Maciek. A teraz no to tak widzimy się dwa, trzy razy do roku. Oni byli tutaj na Święta Wielkanocne, ja byłam później w wakacje. No ale to byłam krótko, żeby odebrać Maćka i potem ja go nie odwoziłam. I tak się widzimy. Ale kontakt telefoniczny to mamy bardzo często. Bardzo często dzwonią. No czasami i dwa razy dziennie, też się czasem zdarza (Teściowa 1).

Teściowa ta stara się jak najczęściej odwiedzać syna i synową, jednak sytuacja, kiedy w Polsce zostaje jej mąż jest dla niej trudna:

Na to się nie chce zgodzić mój mąż, żebym ja na tak długo do nich wyjeżdżała. Ja go też rozumiem, bo w sumie jesteśmy no bardzo dobrym małżeństwem i powiem pani, że tak się miotam i powiem pani, od wczoraj taka jestem, taka przygnębiona. Wiem, że będą potrzebowali tej pomocy, ponieważ synowa no na swoich rodziców za bardzo nie może liczyć. Nie są jakoś za bardzo zaangażowani w ich życie, po prostu są inni, tak bym powiedziała. Są inni, niż ja i wiem, że będą potrzebowali mojej pomocy. Mąż, broń Boże, mąż nie zabrania mi tam jeździć, mówi, że możesz sobie tam na miesiąc jechać, ale mówi, że takie właśnie te okresy długie, które były, to siedziałam 3 miesiące, 4, przyjechałam na tydzień i znowu jechałam, to on nawet nie chce o tym słyszeć. To jest dla mnie straszny problem powiem pani, który spowodował, że dzisiaj w nocy spać nie mogłam (Teściowa 1).

Jedna z teściowych zauważa, że duże odległości mogą mieć wpływ na wzajemną relację, stanowiąc barierę dla wzajemnego poznania: „mieszkaliśmy daleko, więc nie docieraliśmy się szybko. Tylko to było sporadyczne” (Teściowa 7 – odległość Warszawa – Łódź). Teściowa ta dwa razy w miesiącu przyjeżdża do syna, synowej i wnuków, a o dłuższych wakacyjnych kontaktach z wnukami mówi w kategoriach walki: „Walczę o te swoje dwa tygodnie”. Zupełnie inaczej wyobrażała sobie ona przyszłość syna. Miał on mieszkać w Łodzi, przygotowane tam było dla niego mieszkanie, a teściowa miała wspierać go w codziennym wychowywaniu dzieci. Kolejna z teściowych, której syn wraz z rodziną przeniósł się rok temu spod Warszawy do Gdańska ma niemalże codzienny kontakt z synową: „Codziennie jesteśmy, przez telefon... Słyszemy się, na Skypie rozmawiamy, także wciąż takie informacje drobne są wymieniane” (Teściowa7). Jednak po głębszym zastanowieniu dochodzi do wniosku, że duża odległość geograficzna stanowi istotną barierę dla jej kontaktów z synową:

Stanowi barierę, stanowi barierę, bo jak była zima i było zimno, to mi się nie chciało wyjechać. Bo ja jeżdżę samochodem i nie chciało mi się jechać. Nawet pociągiem bym nie pojechała. Ale byłam w styczniu przed tymi zimnymi dniami lutowymi. Natomiast już przez całą zimę nie. Ani jedno, ani drugie w tą stronę już nie chciało jechać (Teściowa 7).

Mimo coraz większych możliwości pokonywania odległości synowe i teściowe, które mieszkają daleko od siebie widują się znacznie rzadziej niż te, gdzie odległość jest mniejsza. Duża odległość geograficzna jest odczuwana jako znacząca

bariera w komunikacji dla tych synowych i teściowych, które mają dobre relacje i chciałyby się widywać częściej. Jednak dzięki rozmowom telefonicznym czy internetowym udaje im zachować stosunkowo częsty kontakt. Zatem można powiedzieć, że w dzisiejszych czasach bariery geograficzne utrudniają, ale nie uniemożliwiają częstej komunikacji pomiędzy synową a teściową.

#### W JAKI SPOSÓB SYNOWE ZWRACAJĄ SIĘ DO TEŚCIOWYCH?

To, w jaki sposób synowe i teściowe zwracają się do siebie wpływa na ich komunikację i wzajemne relacje. O ile teściowe najczęściej zwracają się do synowych po imieniu (rzadziej córko, córciu, czy sporadycznie pani) i dla obu stron nie stanowi to na ogół problemu, to już wśród synowych istnieją różne formy zwracania się do teściowej – mamó, pani, po imieniu, babciu, czy też w formie bezosobowej. Wybór jednej z tych form staje się w wielu przypadkach kwestią problemową i kluczową dla rozwoju relacji. Wśród badanych relacji w prawie  $\frac{3}{4}$  przypadkach synowe zwracały się do teściowych „mamó”. Drugą najczęściej stosowaną formą była forma bezosobowa – w taki sposób zwracało się do teściowych 11% synowych (9 osób). 6 synowych zwracało się do teściowych po imieniu, 3 używały formy „pani” i również 3 zwracały się do teściowej „babciu”.

W niektórych rodzinach zwrot „mamó” pojawia się dość płynnie w relacjach, czasem nawet teściowe nie pamiętają, kiedy synowe zaczęły się do nich zwracać w ten sposób: „a potem już po zaręczynach to było już mamó. Prawdę mówiąc nie zauważyłam. Tak jakoś było nam po drodze” (Teściowa 1). Zarówno synowe, jak i teściowe używanie tej formy tłumaczą tym, że jest ona mocno zakorzeniona w tradycji, że tak po prostu się w Polsce do teściów zwraca (w przeciwieństwie np. do Stanów Zjednoczonych, gdzie do teściów częściej zwraca się po imieniu). Zdarza się nawet, że synowe w sposób zdrobniały zwracają się do teściowych: „ja dla jednej (synowej – przyp. M. S.) jestem mamcia, dla drugiej mamuś” (Teściowa 2). Takie formy są używane zazwyczaj wtedy, gdy między kobietami są ciepłe, serdeczne relacje.

Często przyszłe mężatki zastanawiają się, w jaki sposób mają zwracać się do teściów, czego wyrazem są dyskusje na ten temat odbywające się na forach internetowych. Zagadnieniu dotyczącemu tego, w jaki sposób zwracać się do teściowej poświęconych jest kilka artykułów internetowych. Ich autorzy przedstawiają różne stanowiska. Kosińska jest zwolenniczką używania formy „mamó”, która jej zdaniem jest wyrazem szacunku i chęci nawiązania bliskiej relacji z teściową: „Mamy profesorów w szkołach, będących magistrami, do wicedyrektora zwracamy się dyrektorze, nie jedna rodzina uznaje w swym zestawie przyszywanego wujka i ciotkę, czemu więc nie mielibyśmy mieć przyszywanych rodziców? Nie ulega wątpliwości, że większość teściów liczy na taki właśnie obrót sprawy. Sami jednak nie mogą o to zabiegać. Takie uhonorowanie ich przez ślubnego partnera syna bądź córki stanowi nie tylko miły wobec nich gest, ale jest też wyrazem jego stosunku do nowej rodziny, dowodem chęci nawiązania w niej serdecznych i bliskich relacji. Ponieważ słowa mamó, tato zawierają w sobie spory ładunek emocjonalny i wiążą się z pewnego rodzaju podporządkowaniem, z inicjatywą zwracania się do teściów w takiej formie winni wyjść synowa i zięć” (Kosińska, 2012).

Z kolei Kielczyk widzi potencjalne zagrożenie w używaniu formy „mamo”. Używając tej formy, zdaniem autorki artykułu, synowe mogą wejść w rolę dziecka swojej teściowej i tak też są mogą być przez nią traktowane: „Jak zwracać się do teściowej? W polskiej kulturze wręcz obowiązkiem staje się mówienie do obcej w gruncie rzeczy kobiety «mamo». Nie wszystkim z nas jednak taka forma odpowiada. Co więc zrobić? Warto zdać sobie sprawę, że od tego jak będziemy się zwracać do naszej teściowej zależą nasze dalsze z nią relacje i układ sił. Mówiąc «mamo» często ustawiamy się w pozycji dziecka, bądź córeczki i tak możemy być zacząć traktowane. Nie dziwny się zatem, jeśli z czasem teściowa zacznie mówić o nas «moja córeczka» lub o naszym małżeństwie «moje dzieci» i zacznie gotować nam rosółki i wybierać firanki do sypialni (Kielczyk, 2012).

Istotny problem może stanowić również to, kto powinien zaproponować zmianę formy (najczęściej w pierwszym etapie relacji synowe zwracają się do teściowej używając formy bezosobowej lub „pani”). Są przypadki, kiedy synowa czy zięć bez wcześniejszych ustaleń zaczynają używać wybranej przez siebie formy. Często zdarza się, że synowe zaczynają zwracać się do teściowej „mamo”, lub zmieniają formę „pani” na formę „po imieniu” po zawarciu związku małżeńskiego, który jest dla tych relacji ważnym wydarzeniem. Co zatem w sytuacji, gdy para nie decyduje się na zalegalizowanie związku? Coraz więcej par żyje w związkach nieformalnych i wychowuje w tych związkach dzieci, a brak przyzwolenia na zwracanie się „mamo” ze strony matki partnera może być przejawem dezaprobaty dla takiej niezalegalizowanej relacji. Zdarzają się sytuacje, kiedy synowe czekają przez wiele lat na bezpośrednią propozycję ze strony teściowej dotyczącą tego, w jaki sposób mają się do niej zwracać, o czym świadczy poniższa wypowiedź jednej z badanych:

[MS] A w jaki sposób zwraca się pani do teściowej?

[Synowa 5] No właśnie to jest ten problem mój, bo nie mamy ślubu i jakoś mi brakuje odwagi, żeby, no żeby to jakoś wyjaśnić. Na początku mówiłam „pani mama”, co im się jakoś podobało, a teraz tak jakoś bezosobowo i trudno mi z tym, no ale może jakoś to się... Ja bym chciała, żeby z jej strony wyszła inicjatywa, ale jakoś się nie mogę doczekać.

[MS] A w jakim kierunku?

[Synowa 5] No ja bym chciała, właściwie trudno mi powiedzieć, ale chyba mamo. No tak mi się wydaje, bo nie mamy ślubu, ale ten ślub kiedyś będziemy mieli, bo to nie jakoś dlatego, że mamy na ten temat jakieś radykalne poglądy, tylko po prostu nie spieszy nam się i dobrze jest nam teraz tak jak jest. Ale jak mówię na przykład o niej do kogoś, to mówię „mama poszła”, ale do niej nie zwracam się w ten sposób. Ale w ogóle jak sobie myślę na ten temat, no to myślę, że to jest trudne w języku polskim i w naszej kulturze.

[MS] Ale wcześniej była ta forma „pani mamo”?

[Synowa 5] Tak, tak to sobie wymyśliłam i tak jej się podobało, ale teraz jakoś od tego odstąpiłam, i to jest taka bardzo, no taka trudna. Trudno jest, bo to jest taka bezosobowa forma.

To, czego oczekują niektóre z synowych, inne postrzegają jako nie do końca trafne rozwiązanie. Forma „mamo”, która dla wielu synowych jest oczywistą formą zwracania się do teściowej, nie wszystkim synowym odpowiada. Jedna z respondentek zauważyła, że jest to sztuczna forma, z chęcią zaprzestałaby jej stosować, bo przecież tak naprawdę nigdy nie będzie traktować teściowej w taki sposób, jak własnej matki:

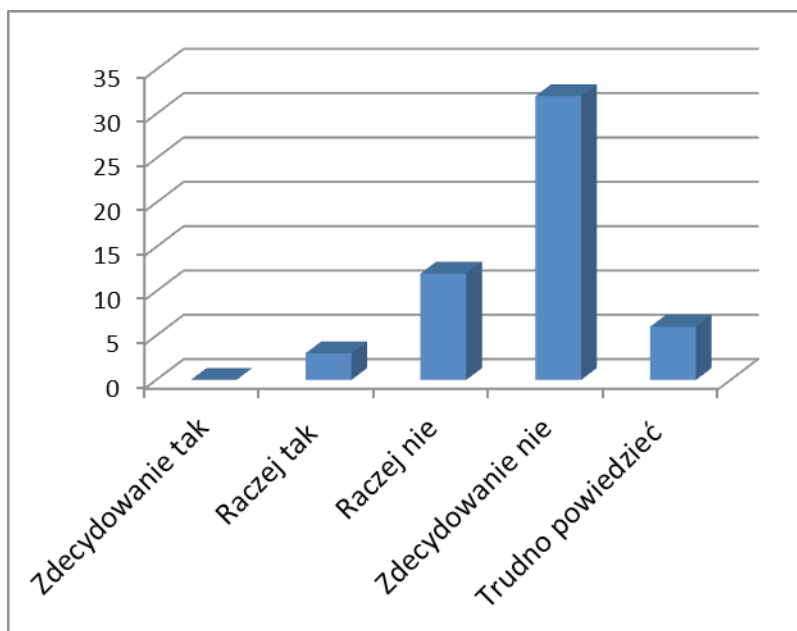
[MS] Czyli nie miała pani problemu z tym, żeby mówić mamę do teściowej?

[Synowa 9] Nie, nie, chociaż z biegiem lat, nawet miałam niedawno taką rozmowę na ten temat z przyjaciółką, z biegiem lat uważam, że to nie jest do końca szczęśliwe, bo to mamę nie jest ani szczere, ani prawdziwe, jest podszyte czymś. Jest zwrotem grzecznościowym, a nie prawdziwym słowem. I na przykład teraz to się już nie wróci, ale teraz jak o tym myślę, to myślę, że w gruncie rzeczy to był gdzieś błąd, bo to jest bardzo fałszywe nazywanie, bo mamę się ma tylko jedną, a ten zwrot... Znaczy ja to teraz traktuję, wiem, że to traktuję na zasadzie tak, jak imię. Mamę to jest imię, które nic nie znaczy, tylko zamiast jej imienia jest mamę. Jak bym teraz robiła, jak bym była mądrzejsza o to, co teraz myślę, co doświadczam używając tego, to bym nie zrobiła tego.

[MS] To jak by chciała pani zwracać się do teściowej?

[Synowa 9] Po imieniu bym mówiła.

Powyższą opinię jednej z synowych mówiącą o tym, że forma „mamę” w odniesieniu do teściowej jest bardziej zwrotem grzecznościowym i nie wiąże się z używaniem jej traktowanie teściowej tak, jak własnej biologicznej matki potwierdzają wyniki badań ilościowych. Badane synowe nie zgodziły się ze zdaniem, że traktują teściową tak, jakby była ich matką, co przedstawia poniższy wykres:



Rysunek 2. Odpowiedź synowych na pytanie: Proszę odpowiedzieć na ile zgadza się pani ze stwierdzeniem: „Traktuję teściową tak, jak by była moją matką” ( $N = 53$ ).



Tylko trzy synowe odpowiedziały, że raczej zgadzają się z tym stwierdzeniem, żadna z synowych nie zgodziła się z nim w sposób zdecydowany. 60% badanych synowych stwierdziło, że zdecydowanie nie zgadza się ze zdaniem, że traktują teściową tak, jakby była ich matką. Co ciekawe, gdy analogiczne pytanie zadano teściowym, otrzymano zupełnie inne odpowiedzi. Większość badanych teściowych (65%) w sposób zdecydowany zgodziła się ze zdaniem, że traktuje synową tak jak córkę.

Już sama forma zwracania się do danej osoby w pewien sposób określa relację i można domniemywać, że w przypadku synowych i teściowych, które mówią do siebie po imieniu te relacje będą bardziej partnerskie. Zauważyła to jedna z badanych teściowych: „Jesteśmy po imieniu, ona nie mówi do mnie mamó, chociaż oczywiście mówiłam jej, że może mówić do mnie śmiało. Ale jesteśmy po imieniu zupełnie tak jak koleżanki” (Teściowa 7). Dla kobiet, które zwracają się do teściowej w formie bezosobowej problemem może być to, że pewnych zwrotów nie da się wypowiedzieć w ten sposób (jak np. używając formy bezosobowej poprosić teściową, aby coś podała, przyniosła, zrobiła, zwłaszcza, gdy sytuacja ma miejsce na rodzinnym spotkaniu, na którym obecnych jest więcej osób). Z kolei przedstawicielki starszego pokolenia mogą odczytać taką formę jako lekceważącą i będącą wyrazem braku szacunku. Podobną opinię dotyczącą używania formy bezosobowej można znaleźć w jednym z artykułów internetowych: „Etykieta również nie poleca używania formy bezosobowej, gdyż pozbawiona jest emocji i jasno określa rodzaj relacji jako zdystansowane i obojętne. Poza tym jest to najzwyczajniej nieuprzejme i niemiłe”<sup>3</sup>. Niektóre teściowe również niechętnie odnoszą się do używania przez synowe w stosunku do nich zwrotu babcia, wyraźnie podkreślając, że babcią są dla wnuków, nie dla synowej.

#### KOMUNIKOWANIE SIĘ PRZEZ SYNA/MĘŻA I UZALEŻNIENIE KOMUNIKACJI POMIĘDZY KOBIECAMI OD RELACJI MATKA – SYN

Dla relacji synowa – teściowa niezwykle istotna jest postawa mężczyzny – męża synowej, a syna teściowej. Niektórzy mężczyźni nie chcą w żaden sposób pośredniczyć w tej relacji, inni starają się pomóc kobietom w nawiązaniu ciepłych kontaktów, jeszcze inni w sytuacji konfliktowej opowiadają się po jednej ze stron. Bywają też tacy mężczyźni, którzy są zazdrośni o dobre relacje synowa – teściowa i obawiają się (czasem mając ku temu podstawy, czasem bezpodstawnie), że kobiety zbudują koalicję skierowaną przeciwko nim.

Zarówno badane synowe, jak i teściowe zwracały uwagę na to, że częstą praktyką jeśli chodzi o komunikację synowa – teściowa, zarówno wtedy gdy relacje są dobre, poprawne, jak i wtedy, gdy są złe, jest komunikowanie się przez syna/męża. Niekiedy synowe mają problem z proszeniem teściowej o pomoc i wolą, aby z taką prośbą zwracał się do matek syn czyli ich mąż/partner. Należy jednak pamiętać, że aby komunikacja między dwiema osobami przebiegała sprawnie, a ich relacje były bliższe potrzebna jest praktyka. Synowe i teściowe, które rozmawiają ze sobą poprzez męża/syna ograniczają możliwości takiej praktyki. Komunikując się przez

<sup>3</sup> *Jak zwracać się do teściów?* Dostępne: 20.08.2012:

<http://slub.wieszjak.pl/savoir-vivre-slubny/300719,2,Jak-zwracac-sie-do-tesciow.html>.

osobę trzecią obie kobiety ryzykują, że druga strona otrzyma komunikat w pewien sposób zmodyfikowany. Praktykę taką można porównać do głuchego telefonu, zawsze może dojść do przekształceń, nie da się ich uniknąć. Pamięć ludzka jest zawodna, pewne informacje mogą zatem nie zostać przekazane właśnie z powodu zapomnienia. Wiadomo, że w komunikacji interpersonalnej poza komunikatem werbalnym ogromne znaczenie ma komunikat niewerbalny, jaki jest przekazywany odbiorcy. Nawet jeśli mąż/syn dokładnie przekaże to, co zostało mu powiedziane, to raczej mało prawdopodobne jest, aby jego komunikat niewerbalny był identyczny z komunikatem pierwotnego nadawcy. Poza tym obie kobiety komunikując się przez syna/męża nie mają możliwości upewnienia się, czy ich komunikat został zrozumiany we właściwy sposób, nie mogą zaobserwować reakcji odbiorcy na ich wypowiedź.

Przełomowym momentem dla rozpoczęcia bezpośredniej komunikacji synowa – teściowa są w wielu rodzinach narodziny wnuków. Kiedy synowa przebywa na urlopie macierzyńskim i nieustannie opiekuje się wnukiem, a teściowa chce posiadać bieżące informacje dotyczące rozwoju dziecka, zaczyna komunikować się z synową. Kobiety, z którymi przeprowadzałam wywiady niejednokrotnie podkreślały, że ich relacje z teściową lub synową pogłębiły się z chwilą pojawienia się dziecka, bo pojawiło się więcej tematów do rozmów, zaczęły się częściej komunikować. Może zatem wcześniej kobietom brakowało takich wspólnych tematów? A może nie miały zbyt wielu okazji, czy też śmiałości, żeby ze sobą porozmawiać?

Oprócz tego, że teściowa z synową często komunikują się ze sobą przez syna/męża, to często sama relacja pomiędzy nimi zależy od tego, jak układają się relacje matka – syn. Niektóre teściowe mają tendencję do traktowania swojego syna i synowej jakby byli jedną osobą. W przypadku, gdy pogorszeniu ulegają relacje matka-syn, teściowe automatycznie przestają komunikować się z synowymi lub pojawiają się w ich komunikacji pewna napięcia, o czym świadczą poniższe wypowiedzi badanych synowych:

Mamy taką sytuację, że można powiedzieć, że mój Arek jest taką osobą bardziej konfliktową i przez to, że te jego relacje z mamą zrobiły się takie na ostrzu noża, bo on nie chce, żeby mu mama nic w sprawie dzieci doradzała, pomagała i tak dalej, no to moje relacje z teściową automatycznie też, też są inne. (...) No moje relacje z teściową są dobre, ale całe okoliczności, które są na około wpływają na to, że czasami są jakieś napięcia (Synowa 5).

Bo ona się z moim Piotrkim, czyli ze swoim synem bardzo kłóca no i przez to ja też obrywam, bo nas traktuje jako jedno, czyli jak się z nim pokłóci, no to też do mnie się nie odzywa, na mnie jest zła (Synowa 10).

Wydaje się, że sytuacja, kiedy teściowe uzależniają komunikację z synową od tego, jak w danym momencie wygląda ich relacja z synem jest szczególnie frustrująca dla synowych i jednocześnie utrudniająca komunikację pomiędzy kobietami. Jest to istotny problem, ponieważ w pewnym momencie synowa, wiedząc, że nie ma wpływu na to, jak wygląda jej relacja z teściową, może ograniczyć kontakty lub w ogóle zawiesić dialog z teściową.

### UNIKANIE SYTUACJI KONFLIKTOWYCH I PORUSZANIA TRUDNYCH TEMATÓW

Konflikty mimo wielu pejoratywnych skojarzeń spełniają pozytywne funkcje, o czym pisze wielu autorów m.in. Folger, Poole, Stutman (2003, s. 463–464), którzy wśród pozytywnych aspektów konfliktów wymieniają: „ujawnienie ważnych kwestii, powstanie nowych, twórczych idei, rozładowanie nagromadzonych napięć, umacnianie związków”. Wydaje się, że dla relacji synowa – teściowa wszystkie te pozytywne aspekty konfliktów są istotne. O tym, że pewne konflikty mogą pogłębiać relację świadczy chociażby wypowiedź jednej z synowych, która moment, kiedy została „dopuszczona”, w roli obserwatora, do konfliktu teściowej z jej synem traktuje jako moment przełomowy w jej relacji z teściową, który zbliżył ją do teściowej:

Przełomowa (w mojej relacji z teściową – przyp. M.S.) wydaje mi się była taka pierwsza sytuacja nerwowa, bo spotykając się tak rzadko to nie występuje, nie obserwuje się tak dużego spektrum, ale przy którejś tam, właśnie nie pamiętam, czy już byłam żoną mojego męża, albo nie, chyba jeszcze nie byłam żoną. I to było u niej w domu i doszło do spięcia pomiędzy moim mężem, czyli synem i matką. Ja byłam jakby takim świadkiem i w tym momencie wiedziałam, że ta relacja się zbliżyła. Bo ona mi pokazała, no tak zawsze było miło fajnie, ciasteczka, cukiereczki, herbatka, a nagle takie prawdziwe życie weszło i wtedy pamiętam że tak jakoś inaczej zaczęłyśmy rozmawiać (...) Poczułam wtedy, że jestem w rodzinie (Synowa 9).

Wiele synowych i teściowych nie jest gotowych na ujawnianie drugiej stronie informacji dotyczących życia osobistego, szczególnie gdy dotyczą one bardzo intymnych kwestii. Często wystarczy, że jedna strona ma trudności jeśli chodzi o szczerą rozmowę, a komunikacja obu kobiet jest utrudniona. Można powiedzieć, że wiele synowych i teściowych nie potrafi, czy też nie chce odsłaniać się w obecności drugiej strony. Czym jest odsłanianie się? Według Głodowskiego: „Jest rodzajem komunikowania, w którym skrywane zwykle informacje na temat własnego „ja” przekazywane są innej osobie” (2001, s. 103). Jak zauważa cytowany powyżej autor: „Odsłanianie się ma na ogół charakter działania wzajemnego. Istnieje większe prawdopodobieństwo odsłonięcia się podczas określonej interakcji, jeśli wcześniej uczyniła to inna osoba. Jedno odsłonięcie się pociąga za sobą reakcję w postaci innego odsłonięcia się. Jest to efekt diadyczny - to co uczyniła jedna osoba, druga odwzajemnia” (Głodowski, 2001, s. 105). Odsłanianie się jest szczególnie ważne dla relacji synowa – teściowa, ponieważ tworzą ją kobiety dorosłe, z ukształtowanymi postawami, opiniami, przyzwyczajeniami. Bez możliwości poznania drugiej strony zarówno synowa, jak i teściowa, może pewnym zachowaniem wywoływać irytację, frustrację czy sprawiać przykrości drugiej stronie, nie będąc nawet tego świadomą. Wzajemne odsłanianie niezbędne wydaje się w sytuacji, kiedy kobiety mieszkają razem lub gdy teściowa zajmuje się dzieckiem synowej, bowiem wymiana informacji dotycząca postaw wobec dziecka jest konieczna dla zachowania konsekwencji w wychowaniu.

W wielu diadach synowa – teściowa o problemach, trudnych aspektach relacji nie rozmawia się, pewne tematy stanowią tabu. Kobiety nie wyjaśniają nawet drobnych nieporozumień, nie rozmawiają o kwestiach, które im przeszkadzają w za-

chowaniu drugiej strony. Okazuje się jednak, że dla wielu z nich powoduje to dyskomfort psychiczny, bo również milczenie i nieporuszanie pewnych tematów jest dla nich obciążające. Niektóre synowe i teściowe zdają się nie dostrzegać pozytywnych aspektów sytuacji konfliktowych i czasami nawet za wszelką cenę starają się ich unikać. Czasem obie strony unikają tematów trudnych, czasem jest to działanie jednej ze stron. W świetle deklaracji udzielonych w trakcie wywiadów wydaje się, że to teściowe częściej unikają poruszania trudnych kwestii, synowe mówią o sobie jako o bardziej otwartych i gotowych na wspólne omawianie problemów. Jedna z teściowych przyznaje, że nigdy nie dopuści do sytuacji konfliktowych w jej relacji z synową. W całej rodzinie charakterystyczna jest sytuacja unikania sytuacji konfliktowych:

Nigdy żadne z nas nie doprowadzi do żadnych konfliktów. Nie ma takiej możliwości, żeby którekolwiek z naszej rodziny, w pierwszym, drugim, trzecim rzędzie doprowadzało do konfliktów (Teściowa 5).

Pewna synowa zauważa, że chciałaby nawet czasem wejść w spór z teściową, pokłócić się z nią, porozmawiać o różnicach jakie są pomiędzy nimi. Niestety jej teściowa unika takiej sytuacji i zaprzecza faktom, które miały miejsce. Badana zauważa, że ta cecha charakteru jej teściowej utrudnia zbudowanie jej bliskiej relacji z teściową. Pomijanie w rozmowach trudnych tematów powoduje, że kobiety budują między sobą dystans, nie są szczerze w tej relacji. Ich komunikacja jest powierzchowna. W sytuacji, kiedy relacje synowa – teściowa nie wyglądają najlepiej, unikając rozmowy, obie kobiety nie mają możliwości poznania odczuć, potrzeb i motywów postępowania drugiej strony. Snują domysły, które nie zawsze mają pokrycie w rzeczywistości, o czym świadczy poniżej przytoczony fragment wywiadu z teściową:

[MS] A czy były momenty trudne w pani relacji z synową?

[Teściowa 5] Tak, kiedy wracałam do domu z płaczem. No znaczy trudno to powiedzieć, ale wiem, że ja tam przychodziłam, siedziałam z dzieckiem i zawsze wszystko było źle. Ona przychodziła i nie odzywała się do mnie, sapała, jakoś tak widać było, że ją denerwuję, bardzo. No ale oczywiście no mówię, to jest użytkowość, nie miała innych możliwości w związku z czym. Ja się bardzo starałam, żeby nie zaognić żadnej sytuacji i myślę, że ona też.

[MS] To skąd się brała taka trudna sytuacja?

[Teściowa 5] Nie wiem, nie wiem.

[MS] Nie rozmawiały panie o tym?

[Teściowa 5] Na ten temat nigdy. Tylko z synem się pytałam, co on sobie życzy, co Magda mówi, żeby się dostosować do tego. Czyli w dalszym ciągu sprawy trudne załatwialiśmy przez syna.

Unikając trudnych tematów, zarówno synowe, jak i teściowe mogą mieć niepełny obraz konkretnych sytuacji, nie poznają motywów postępowania drugiej strony. Szczera rozmowa mogłaby im pomóc wyjaśnić pewne trudne sytuacje i być może w przyszłości uniknąć podobnych niekomfortowych wydarzeń. Jeśli natomiast synowa czy teściowa nie dowiedzą się, że pewne ich zachowanie jest nieakceptowane

przez drugą stronę, mogą w przyszłości postępować w podobny sposób, bez świadomości, że ich działanie jest w jakiś sposób nieodpowiednie. Kolejnym utrudnieniem może być taka sytuacja, kiedy np. teściowa rozmawia tylko z synem, unika rozmów, zwłaszcza na tzw. trudne tematy z synową i w sytuacjach konfliktowych pomiędzy synem a synową poznaje sytuację tylko z jednego punktu widzenia – z perspektywy syna. Może to spowodować, że winą za trudności zaistniałe w związku będzie obarczać jedynie synową, co często nie ma pokrycia w rzeczywistości. Przykład takiej sytuacji opisuje jedna z badanych teściowych:

Bo był też między synem, a synową, też była taka nieprzyjemna sytuacja, tam, no wchodziły też takie. Powiem szczerze, że nie znam do końca o co tam chodziło, ale wiem, że chyba to chodziło tam o innego mężczyznę, o inną kobietą ze strony syna. I to też się odbywało w Stanach po roku ich znajomości. No jak to syn, on wiadomo po prostu o sobie mówił w jak najlepszy sposób, chciał siebie tak przedstawić. No z nią nie rozmawiałam, bo troszeczkę się tak do niej nastawiłam, mówię zupełnie szczerze, tak negatywnie. No ale potem oni już się ze sobą pogodzili, ona zaczęła do nas przyjeżdżać i ja postanowiłam, że z nią porozmawiam i ta relacja z jej strony była zupełnie inna. Także mój syn nie był zupełnie taki święty, jak on o sobie mówił. No i wydaje mi się, że to tak jakoś oczyściło atmosferę między nami i chyba nas zbliżyło do siebie, bo ona potem widziała, że ja nie jestem do niej nastawiona negatywnie, że jestem sprawiedliwa w całej tej sytuacji i myślę, że od tego czasu, to już nie było jakiś takich sytuacji nieprzyjemnych między nami, zgrzytów czy coś takiego (Teściowa 1).

Nieporuszając trudnych tematów, teściowa i synowa rezygnują z bliskiego poznania się, nie wiedzą co nawzajem o sobie myślą, jak siebie postrzegają. Mogą jedynie snuć przypuszczenia na ten temat, ale nie mają możliwości zweryfikowania swoich odczuć. Unikanie poruszania trudnych tematów jest często strategią, która w okresie długoterminowym wymaga więcej energii, niż otwarte omówienie ważnych spraw, o czym świadczy poniższa wypowiedź:

Ja staram się nie wchodzić w konflikt, jak tam jestem, bo nie widzę większego sensu, ani nie uważam, że moja postawa wzburzonej kobiety coś by zmieniła w ich podejściu do życia. Tylko na pewno popsułaby relację i wszystkim byłoby przykro. Także wolę przemilczeć. Ewentualnie w jasny spokojny sposób powiedzieć, jakie ja mam zdanie na ten temat. A niestety unikać takich sytuacji, żeby teściowie zostawali sami z dziećmi. Po prostu jestem i staram się te dzieci temperować na swój sposób. Nie żeby ktoś to robił, tylko na swój sposób. Co oczywiście jest męczące dla mnie i dla dzieciaków, więc rzadko tam bywam (Synowa 12).

Niekiedy praktyką stosowaną w sytuacjach trudnych jest wysyłanie sprzecznych komunikatów – obrażanie się i jednocześnie utrzymywanie, że wszystko jest w porządku, zaprzeczanie swoim uczuciom, nadawanie niespójnych sygnałów werbalnych i niewerbalnych. Tak jak w sytuacji opisywanej poniżej, kiedy teściowa przyjechała odwiedzić synową tuż po urodzeniu dziecka:

Ściążyłyśmy się nieco w nocy. Obraziła się na mnie na drugi dzień i pojechała. (...) Rano do niej rękę wyciągnęłam, powiedziałam: po prostu się zdenerwowałam, przepraszam, nie chciałam cię urazić, ale poczułam się po prostu z tym podle, no emocje wzięły górę. Wyciągnęłam rękę, ale ona pojechała. Ostentacyjnie całując dziecko w czoło, a do mnie ani do widzenia, ani

pocałuj mnie gdzieś tam. Także po tej akcji z jednej strony odetchnęłam, że pojechała, z drugiej strony wiedziałam, że się obraziła, mimo, że twierdziła, że tak nie jest. Ja do niej wyciągnęłam rękę, a ona mnie zlekceważyła (Synowa 13).

Cytowane powyżej wypowiedzi świadczą o tym, że w wielu rozmowach pomiędzy synową i teściową brakuje szczerości. Omawianie trudnych tematów wymaga pewnej gotowości ze strony obu stron, ale jak widać milczenie na pewne tematy w dłuższej perspektywie wpływa w negatywny sposób, zarówno na relację, jak i samopoczucie kobiet. Unikanie poruszania trudnych wątków jest problemem zarówno dla teściowych, jak i dla synowych. Być może za taki stan rzeczy w dużej mierze odpowiada obecne w naszej kulturze przeświadczenie, że młodsze osoby nie powinny dyskutować, spierać się ze starszymi, że starsza osoba, z racji wieku ma zawsze rację. W relacji synowa – teściowa na ogół różnica wieku pomiędzy obiema kobietami jest znacząca. Być może badane kobiety obawiają się odsłonić przed drugą stroną, wyjawic własne opinie w obawie, że to przyniesie im więcej szkody niż pożytku? Może brakować im też odpowiednich umiejętności, albo wzorców w tym zakresie, bowiem przez lata obserwowały matki, czy inne kobiety z otoczenia, które właśnie w taki sposób komunikowały się ze swoimi teściowymi?

#### PODSUMOWANIE

Komunikacja w diadzie synowa – teściowa dla wielu kobiet, zarówno synowych, jak i teściowych nie jest łatwa. W świetle przeprowadzonych badań wydaje się, że kluczowym utrudnieniem w komunikacji pomiędzy synową a teściową jest brak gotowości do szczerych rozmów, unikanie poruszania pewnych tematów i nieomawianie pewnych spraw bezpośrednio przez obie kobiety. Jak zauważa Celmer, autorka książki „W łóżku z teściową” poświęconej relacji synowa – teściowa: „świadome pomijanie jakiegoś spornego problemu we wzajemnych kontaktach, w ostatecznym rozrachunku czyni więcej szkody niż pożytku” (Celmer, 2010, s. 66). Potwierdzają to również wypowiedzi badanych kobiet. Nieporuszanie pewnych tematów, unikanie za wszelką cenę sytuacji konfliktowych jest strategią, która w perspektywie długoterminowej powoduje żal, frustracje, dyskomfort psychiczny i narastające napięcie w relacji.

Covey (2007, s. 69) wyróżnił trzy poziomy komunikacji. Komunikację obronną, gdzie istnieje niskie zaufanie do rozmówcy, sformalizowany język, ciągła gotowość do wycofania, komunikację z szacunkiem, która jest „grzeczna”, ale bez empatii oraz komunikację synergiczną, gdzie panuje wysokie zaufanie, a uczestnicy: „autentycznie cieszą się swoim przedsięwzięciem twórczym” (Covey, 2007, s. 69). Wydaje się, że w relacji synowa – teściowa niewiele jest diad, którym udaje się osiągnąć ten trzeci poziom komunikacji. Dla wielu poziom drugi wydaje się satysfakcjonujący. Być może kobietom brakuje odpowiednich umiejętności, a być może i chęci, aby poza szacunkiem, okazywać sobie zrozumienie i bliskość? Przypadki relacji, gdzie teściowa i synowa komunikują się otwarcie i bezpośrednio pokazują, że komunikując się w taki sposób obie kobiety mogą wiele zyskać.

Oczywiście opisane wyżej bariery w komunikacji synowa – teściowa mogą być utrudnieniami również w innych relacjach rodzinnych, ale też w relacjach pozaro-

dzinnych, np. z przyjaciółmi, w rozmowach z przełożonymi. Nie są one charakterystyczne tylko dla tej relacji. Należy również pamiętać, że komunikacja pomiędzy synową a teściową ma wpływ na pozostałe relacje w rodzinie i w dużej mierze od niej uzależnione są kontakty dziadków z wnukami, ale również kontakty synowej z mężem, czy teściowej z synem. Zaburzenia w komunikacji pomiędzy synową a teściową mogą się odbić na całym systemie trójpokoleniowej rodziny.

#### BIBLIOGRAFIA

- Amodeo, J., Wentworth, K. (2003). Odslaniająca siebie komunikacja: istotny pomost między dwoma światami W: J. Stewart (red.), *Mosty zamiast murów. Podręcznik komunikacji interpersonalnej* (s. 259–265). Warszawa: Wydawnictwo Naukowe PWN.
- Aronson, E., Wilson, T. D., Akert, R. M. (1997). *Psychologia społeczna. Serce i umysł*. Poznań: Zysk i. S-ka.
- Celmer, Z. (2010). *W łóżku z teściową*. Warszawa: Świat Książki.
- Covey, S. R. (2003). Komunikacja synergiczna. W: J. Stewart (red.), *Mosty zamiast murów. Podręcznik komunikacji interpersonalnej* (s. 66–75). Warszawa: Wydawnictwo Naukowe PWN.
- Dyczewski, L. (1976). *Więź pokoleń w rodzinie*. Warszawa: Wydawnictwo Ośrodka Dokumentacji i Studiów Społecznych.
- Folger, J. P., Poole, M. S., Stutman, R. K. (2003). Konflikt i interakcja. W: J. Stewart (red.), *Mosty zamiast murów. Podręcznik komunikacji interpersonalnej* (s. 463–474). Warszawa: Wydawnictwo Naukowe PWN.
- Głodowski W. (2001). *Komunikowanie interpersonalne*. Radom: Wydawnictwo Hansa Communication.
- Kettenbach, A. (2010). *Ich mag meine Schwiegermutter – auch wenn sie manchmal nervt (Lubię moją teściową, nawet jeśli czasem mnie denerwuje)*. Dostępne: 20.08.2012: <http://www.fernuni-hagen.de/universitaet/aktuelles/2010/08/24-am-schwiegermutter.shtml>.
- Kettenbach A. (2011). Liebe oder böse Schwiegermutter? (Dobra czy zła teściowa?). BIOS: *Zeitschrift für Biographieforschung und Oral History*, 24, 1, s. 119–134.
- Jak zwracać się do teściów?* Dostępne: 20.08.2012: <http://slub.wieszjak.pl/savoir-vivre-slubny/300719,2,Jak-zwracac-sie-do-tesciow.html>.
- Kielczyk, I., *Teściowa i synowa – udany tandem?* Dostępne: 20.08.2012: <http://kobieta.wp.pl/kat,26321,title,Tesciowa-i-synowa-udany-tandem,-wid,10284595,wiadomosc.html>.
- Konecki, K. (2000). *Studia z metodologii badań jakościowych. Teoria ugruntowana*. Warszawa: Wydawnictwo Naukowe PWN.
- Kosińska, Z., *Jak zwracać się do teściowej?* Dostępne: 20.08.2012: <http://sympatia.onet.pl/tips/experts/jak-zwracac-sie-do-tesciowej,4359597,experts-article-detail.html>.
- Marcinkowska, B. (1996). Wzajemne kontakty synowych i teściowych w świetle badań. *Problemy Rodziny*, 2, 27–32.

- Merrill, D. M. (2004). *Mothers-in-law and Daughters-in-Law: The Impact of geographic and occupational Mobility*. Dostępne: 20.08.2012: [http://www.allacademic.com//meta/p\\_mla\\_apa\\_research\\_citation/1/0/8/7/8/pages108780/p108780-1.php](http://www.allacademic.com//meta/p_mla_apa_research_citation/1/0/8/7/8/pages108780/p108780-1.php).
- Merrill, D. M. (2007). *Mothers-In-Law and Daughters-In-Law: Understanding the Relationship and What Makes Them Friends Or Foe*. Greenwood: Greenwood Publishing Group.
- Nęcki, Z. (1992). *Komunikowanie interpersonalne*. Wrocław: Ossolineum.
- Pielkova, J. A. (1994). Stosunki interpersonalne w rodzinie w relacji teściowa – synowa. *Problemy rodziny, 1*, I-II, 11–14.
- Szczepańska, J. (2008). *Więzi rodzinne. Komunikat z badań*. Warszawa: CBOS. Dostępne: 20.08.2012: [http://www.cbos.pl/SPISKOM.POL/2008/K\\_004\\_08.PDF](http://www.cbos.pl/SPISKOM.POL/2008/K_004_08.PDF).
- Watzlawick, P., Beavin, J. H., Jackson, D. D. (1967). *Pragmatics of human communication*. New York: W. W. Norton & Company.



ALEKSANDRA HULEWSKA<sup>1</sup>  
Zakład Nauk Humanistycznych  
Uniwersytet Przyrodniczy we Wrocławiu  
MICHAŁ ZIARKO<sup>2</sup>  
Instytut Psychologii  
Uniwersytet im. Adama Mickiewicza w Poznaniu

## **STYLE KOMUNIKACJI LEKARZ – PACJENT A MOTYWACJA CHOREGO DO PRZESTRZEGANIA ZALECEŃ ZDROWOTNYCH**

**Physician – patient communication style and the patient’s motivation to comply  
with the health care recommendations**

### **ABSTRACT**

An increasing number of researchers indicate that communications between doctors and patients significantly affect the process of treatment. The aim of the present study was to investigate the effects of the type of physicians’ communication style on the patient’s motivation to compliance with the medical recommendations following the end of hospitalization. Thirty hospitalized patients took part in the study. They were asked to fill out questionnaires measuring the following groups of variables: doctor – patient communication style, level of positive and negative affect experienced during hospitalization, level of confidence in physicians, the assessment of medical services quality, and level of motivation to compliance with doctors’ recommendations after leaving hospital. Data were analyzed by means of correlation coefficient and regression analysis. The obtained results suggest that the level motivation to compliance with doctors’ recommendations is correlated with two communication styles named as: (1) personal-nonmedical ( $r = 0,51; p < 0,01$ ) and (2) personal-medical ( $r = 0,40; p < 0,05$ ). Besides, the results indicated that the motivation to comply with the recommendations is importantly linked to factors such as: trusting doctors ( $r = 0,50; p < 0,01$ ) and satisfaction with medical services ( $r = 0,45; p < 0,05$ ). The regression analysis showed that the level of motivation to compliance with doctors’ recommendations after leaving hospital depends on personal-nonmedical style of communication ( $\beta = 0,51; t = 3,11; p < 0,01$ ) in 25% ( $R^2 = 0,26; F = 9,66; p < 0,01$ ). The results suggest that patients’ motivation to follow the

---

<sup>1</sup> Adres do korespondencji: a.hulewska@aleksandrahulewska.pl

<sup>2</sup> Adres do korespondencji: ziarko@amu.edu.pl

doctors' recommendations is the highest when the physician communicates with them in the personal-nonmedical style. The research also demonstrated that physicians need to develop their communication skills, especially their nonmedical aspect.

Key words: doctor – patient communication styles, motivation to compliance with doctors' recommendations, hospitalization.

### WPROWADZENIE

W ostatnich dziesięcioleciach komunikacja pomiędzy lekarzem a pacjentem stała się przedmiotem zainteresowania szerokiego grona badaczy, także z Polski. Są to reprezentanci nie tylko nauk medycznych, ale również psychologowie, socjologowie, a także – m.in. z powodu dynamicznego rozwoju prywatnych placówek ochrony zdrowia w naszym kraju - specjaliści z zakresu marketingu i public relations (por. Ziarko, Hulewska, 2012). Sposób, w jaki lekarz komunikuje się z pacjentem, z perspektywy psychologii zdrowia stanowi czynnik istotnie wpływający na samopoczucie chorego, zarówno w aspekcie psychicznym, jak i fizycznym (Bishop, 2007). Już wiele lat temu Rodin i Janis (1979) zwrócili uwagę na fakt, że leczenie jest w pewnym sensie sztuką perswazji. Jego skuteczność zależy bowiem od tego, czy lekarzowi uda się wpłynąć na zmianę zachowań, postaw i przekonań swojego pacjenta. To z kolei rodzi potrzebę poszukiwania takich stylów komunikowania się klinicystów z chorymi, które – niwelując bariery w kontakcie – zwiększą efektywność terapii oraz poziom motywacji pacjenta do zachowania zdrowia.

Wiele dotychczasowych badań nad komunikacją lekarz – pacjent dotyczyło wpływu czynników socjodemograficznych, jak np. wiek i płeć, na przebieg konsultacji medycznych i ich rezultaty (por. Lyons, Chamberlain, 2005). I tak okazuje się, że kobiety – pacjentki wykazują tendencję do poszukiwania większej ilości informacji niż mężczyźni, a starsi pacjenci są bardziej zadowoleni z kontaktów z pracownikami służby zdrowia niż osoby młodsze (Roter, Hall, 1992). Metaanalizy wyników badań nad związkiem między płcią lekarza a jego stylem komunikowania się dowiodły z kolei, że w porównaniu z lekarzami płci męskiej kobiety klinicystki spędzają więcej czasu z pacjentami, częściej rozmawiają na tematy o charakterze emocjonalnym i psychospołecznym, a także częściej prezentują także pozytywne – werbalne i niewerbalne – postawy; co jest zgodne ze stereotypem kobiecości (Hall, Roter, 2003). Inna grupa badań dotyczyła kwestii rozkładu odpowiedzialności za jakość komunikacji w procesie leczenia. Wyniki pokazały, że w większości interakcji pomiędzy pracownikami służby zdrowia a pacjentami, odpowiedzialność za zapewnienie optymalnej komunikacji przypisuje się tym pierwszym, a uzyskany efekt wyjaśnia wpływem przepisu roli zawodowej lekarza na zachowanie klinicystów oraz na formułowane wobec nich oczekiwania pacjentów (Winfield, 1992). Badacze próbowali także określić czynniki motywujące lekarza do osiągnięcia porozumienia z pacjentami na drodze skutecznej komunikacji. Poza wymaganiami wynikającymi z roli zawodowej istotne okazały się takie zmienne, jak umiejętności nabyte przez lekarzy w procesie kształcenia formalnego i nieformalnego, a także wysokość wynagrodzenia za pracę (Hall, 2003). Prowadzono wreszcie studia nad czynnikami kontekstowymi mającymi wpływ na jakość komunikacji między leka-

rzem a pacjentem. Ich rezultaty wskazują na istotność takich zmiennych, jak ilość dostępnego czasu, a także przebieg dotychczasowych interakcji między lekarzem i pacjentem (Bensing, Dulmen, Tates, 2003; Roter, Hall, 1992).

Skuteczna komunikacja między lekarzem a pacjentem jest istotna we wszystkich formach leczenia (Salmon, 2002). Należy jednak podkreślić, że nabiera ona szczególnego znaczenia podczas kuracji prowadzonej w warunkach szpitalnych. Szpital jest bowiem miejscem, w którym przez stosunkowo długi okres czasu pacjenci są narażeni na dużą liczbę stresorów. Jak wynika z badań Van der Ploega, podstawowe źródła stresu w środowisku szpitalnym stanowią m.in. zabiegi operacyjne, ból, interakcje z personelem medycznym (w szczególności z lekarzami), badanie fizykalne, przyjmowanie leków oraz skutki uboczne zażywanych medykamentów (Van der Ploeg, za: Tobiasz-Adamczyk, 2007). Co ciekawe, czynniki związane z komunikacją między lekarzem a pacjentem okazują się jednymi z najbardziej stresogennych, zaraz po bólu, który zajmuje najwyższą pozycję w hierarchii stresorów.

Dokonując przeglądu rozmaitych ujęć procesów komunikacyjnych zachodzących między ludźmi (por. Griffin, 2003; Nęcki, 1996; Krzemiński, 2000) warto zwrócić uwagę na podejście interakcyjne Watzlawicka (1978). Sformułował on szereg tez odnoszących się do reguł rządzących komunikacją interpersonalną. W świetle jednej z nich komunikacja zachodzi w każdej sytuacji społecznej, niezależnie od tego, czy jest intencjonalna, czy też nie. Co za tym idzie – w każdej sytuacji społecznej ludzie wywierają na siebie wzajemny wpływ (por. Griffin, 2003). W świetle innej tezy komunikacja zawsze przyjmuje jedną z dwóch następujących form: symetryczną bądź komplementarną. Komunikacja symetryczna zachodzi wówczas, gdy mamy do czynienia z równowagą władzy pomiędzy partnerami interakcji. Brak tego rodzaju równowagi jest przejawem komunikacji komplementarnej, w której jedna ze stron sprawuje kontrolę nad przebiegiem rozmowy (m.in. poprzez nakazywanie, instruowanie, monopolizowanie konwersacji, przerywanie, zmienianie tematu etc.) (por. Griffin, 2003). Warto także przytoczyć tezę, w myśl której każdy komunikat zawiera aspekt treści oraz aspekt relacji. Pierwszy z nich dotyczy tego, co zostało powiedziane, natomiast drugi – określa sposób, w jaki dane treści zostały przekazane, tym samym definiując relację (wzajemna percepcja, emocje i postawy), która łączy partnerów interakcji. Reasumując, ta sama treść może być przekazywana w różny sposób, wyrażając np. sympatię bądź antypatię, chęć zbliżenia się bądź zachowania dystansu itd. Aspekt relacji nadaje zatem kontekst przekazywanym treściom, pozwala je odpowiednio określić i zakwalifikować. Zdaniem Watzlawicka komunikaty relacyjne są najistotniejszym elementem każdej interakcji, czy to zdrowej, czy patologicznej, a przeniesienie uwagi rozmówców z aspektu treściowego na relacyjny stanowi podstawowe narzędzie służące niwelowaniu barier w procesie komunikowania (por. Griffin, 2003).

Przyjmując, że komunikacja lekarza z pacjentem rządzi się tymi samymi prawami co każda inna interakcja, w niniejszym opracowaniu przyjęto, że zawsze przebiega ona na dwóch wyróżnionych przez Watzlawicka płaszczyznach: rzeczowej i relacyjnej. Treści, jakie są nadawane i odbierane w trakcie konsultacji, mogą z jednej strony dotyczyć kwestii ściśle medycznych (związanych z procedurami diagnostycznymi czy leczniczymi), a z drugiej – pozamedycznych (odnoszących się np.

do nastroju pacjenta, bieżących wydarzeń społeczno-kulturowych etc.). Analiza literatury oraz wyników badań na temat typów relacji między lekarzem a pacjentem (por. Ziarko, Hulewska, 2012) upoważnia z kolei do sformułowania założenia, że aspekt relacyjny przyjmuje jedną z dwóch najpowszechniej stosowanych przez lekarzy form, tj. paternalistyczną/przedmiotową oraz partnerską/podmiotową. Biorąc pod uwagę powyższe, można mówić o następujących stylach komunikowania się lekarza z pacjentem: przedmiotowo-medycznym, przedmiotowo-pozamedycznym, podmiotowo-medycznym, podmiotowo-pozamedycznym. Style te są stosowane przez klinicystów w różnorodnych kontekstach sytuacyjnych (np. podczas badań diagnostycznych, wdrażania procedur leczniczych, spontanicznych/niezaplanowanych interakcji z chorymi itp.) oraz w rozmaitych celach (m.in. uzyskanie informacji o samopoczuciu chorego, udzielenie pacjentowi wsparcia przed operacją, przekazanie pacjentowi wiedzy na temat czekającej go rekonwalescencji itd.).

Jednym z kluczowych celów, które lekarz realizuje komunikując się z chorym, jest poinformowanie pacjenta o zaleceniach zdrowotnych oraz zmotywowanie go do ich przestrzegania (Salmon, 2002). Przestrzeganie zaleceń lekarskich jest warunkiem decydującym o skuteczności podejmowanego leczenia i niezbędnym do utrzymania zdrowia w okresie pochorobowym. To, czy chory się do nich zastosuje, czy też nie zależy od szeregu czynników wewnętrznych. Mogą być one analizowane w oparciu o siatkę pojęciową pochodzącą z różnych koncepcji teoretycznych. Wiele badań prowadzonych jest z wykorzystaniem konstruktów zaczerpniętych z teorii społeczno-poznawczej Bandury (1986) oraz teorii samodeterminacji Deci i Ryan (1985) (*self-determination theory*). Koncepcje te pozwalają przewidywać przebieg procesu formowania się intencji wykonywania zachowań zdrowotnych lub celów zdrowotnych. Jak wskazują wyniki badań użytecznymi pojęciami wywodzącymi się z teorii społeczno-poznawczej są: poczucie własnej skuteczności oraz oczekiwania dotyczące wyników działania. Zakłada się, że zmienne te odgrywają kluczową rolę w fazie inicjowania działania (Schwarzer, Renner, 2000). Przyjmuje się również, że dla utrzymywania rozpoczętego już zachowania niezbędna jest zdolność do ewaluacji własnych działań. Ewaluacja ta polega na monitorowaniu tego, co się robi oraz dokonywaniu refleksji nad własną aktywnością (Archer, 2010). Można przyjąć, że w teorii społeczno – poznawczej poszukuje się czynników sprzyjających formowaniu się celów zdrowotnych. Z kolei w *self-determination theory* nacisk położony jest na genezę motywacji. Podstawowy problem dotyczy tego, czy motywacja do konkretnego działania ma charakter zewnętrzny czy też wewnętrzny i w jaki sposób pochodzenie motywacji przełoży się na trwałość późniejszego zachowania. Przyjmuje się, że autonomiczna motywacja wewnętrzna (*autonomous motivation*) jest czynnikiem w największym stopniu ułatwiającym rozpoczęcie zachowania i zakończenie go z sukcesem (Deci, Ryan, 1991). Użyteczność tych konstruktów została między innymi sprawdzona w badaniach poświęconych utrzymywaniu zachowań związanych z prozdrowotną dietą (Senécal, Nouwen, White, 2000; Nouwen, Ford, Balan, Twisk, Ruggiero, White, 2011), czy też monitorowaniu stężenia glukozy we krwi wśród cukrzyków (Julien, Senécal, Guay, 2009).

To, w jakim stopniu pacjent zastosuje się do otrzymanych od lekarza zaleceń, zależy w dużej mierze od umiejętności komunikacyjnych klinicysty. Jak wskazują

badania, wielu z pacjentów nie przestrzega jednak zaleceń lekarskich. Heszen-Niejodek (1992) zaobserwowała, że 50% pacjentów nie zmienia różnych elementów stylu życia pod wpływem sugestii lekarza a 10 do 40% spośród nich nie przestrzega zaleceń związanych z udziałem w leczeniu. Przyczyn tego stanu rzeczy można upatrywać w niedostatecznej motywacji pacjentów do kierowania się zaleceniami lekarskimi w trakcie leczenia. Z tej perspektywy zasadne wydaje się postawienie pytania o czynniki sprzyjające wzbudzeniu podmiotowej motywacji do uczestnictwa w procesie leczenia. Jej źródła można upatrywać zarówno w cechach relacji pomiędzy lekarzem a pacjentem, jaki i w sposobie przeżywania przez pacjenta sytuacji choroby i bycia hospitalizowanym.

Biorąc pod uwagę powyższe, poza kluczową zmienną (styl komunikowania się lekarza z pacjentem) w badaniach uwzględniono także kilka innych zmiennych niezależnych, tj. poziom emocji pozytywnych i negatywnych odczuwanych przez chorego podczas pobytu w szpitalu, poziom zaufania do lekarzy, a wreszcie – poziom zadowolenia z usług medycznych świadczonych przez daną placówkę ochrony zdrowia. Stan emocjonalny, w jakim znajduje się chory, jest ważną determinantą zachowań zdrowotnych. Przykładowo, badania Leventhala (za: Bishop, 2007) dowiodły, że u osób o wyższym poziomie napięcia emocjonalnego prawdopodobieństwo angażowania się w pozytywne zachowania zdrowotne jest znacznie mniejsze niż u osób o ustabilizowanym życiu emocjonalnym. Wśród badaczy panuje także zgoda na temat ujemnego wpływu długotrwałego stresu na tempo powrotu do zdrowia. Wskazuje się przynajmniej dwa zjawiska odpowiedzialne za ten proces. Po pierwsze, stwierdza się, że bycie poddawany działaniu stresorów chronicznych (a takim jest niewątpliwie sytuacja choroby przewlekłej) odbija się negatywnie na funkcjonowaniu układu odpornościowego (Stephoe, Ayers, 2005). Po drugie, zwraca się uwagę na fakt, że stres oddziałuje na indywidualne wzorce zachowania, często utrudniając wprowadzenie korzystnych prozdrowotnych zmian w stylu życia (Ogden, 2007). Projektując badania przyjęto zatem, że emocje doświadczane przez pacjenta w trakcie pobytu w szpitalu będą miały związek z poziomem motywacji do realizacji zaleceń lekarza po wypisie.

Kolejnym czynnikiem, który wzięto pod uwagę, było zaufanie, jakim pacjenci obdarzają personel medyczny. Zmienna ta wydaje się ważna przede wszystkim dlatego, że leczenie należy do tzw. usług profesjonalnych. Ich kluczowymi właściwościami są: wiedza specjalistyczna oraz wysokie kwalifikacje wykonujących je osób (Stewart, Hope, Muhlemann, 1998), ograniczona kontrola jakości, która często zależy od subiektywnych oczekiwań i ocen pacjentów (Drapińska, 1999), a także niepewność „zakupu” (Krot, 2008). Ostatni z wymienionych czynników jest efektem trudności w dokonaniu trafnej i rzetelnej oceny jakości usługi medycznej z powodu braku (lub niewystarczającej ilości) odpowiedniej wiedzy u klientów/pacjentów (Krot, 2008). Odwołując się do modelu centralnej i peryferycznej strategii perswazji, można powiedzieć, że z uwagi na fakt, że niewielu klientów/pacjentów jest w stanie wybrać usługodawcę na podstawie kryteriów merytorycznych (centralnych), w procesie podejmowaniu decyzji o zastosowaniu bądź niezastosowaniu się do zaleceń lekarza najważniejsze stają się kwestie peryferyczne, czyli m.in. związane z osobą nadawcy przekazu (Tokarz, 2006, s. 230). Powyższe założenie pozostaje w zgodzie z poglądami reprezentowanymi przez licznych autorów, zdaniem

których w sferze usług medycznych czynnikiem peryferycznym istotnie wpływającym na decyzję o skorzystaniu z oferty danej placówki jest osoba usługodawcy (tj. przede wszystkim lekarza). Poza zmienną określoną jako zaufanie do personelu medycznego uznano, że również inne czynniki peryferyczne mogą wzbudzać motywację do przestrzegania zaleceń klinicysty. Biorąc pod uwagę wyniki wspomnianych badań nad poziomem stresu wyzwalanego u chorych przez poszczególne aspekty środowiska szpitalnego przyjęto, że będą to czynniki związane z kontekstem sytuacyjnym, w jakim znajduje się pacjent, a konkretnie z dokonywaną przez pacjenta oceną jakości usług medycznych świadczonych przez daną placówkę ochrony zdrowia (Krot, 2008; Tobiasz-Adamczyk, 2007).

W kontekście przeprowadzonej analizy literatury postawiono pytanie: czy, a jeżeli tak, to który z wyróżnionych stylów komunikowania się lekarza z chorym zwiększa motywację pacjenta do przestrzegania zaleceń zdrowotnych po wypisie ze szpitala? Interesowano się również tym, jakie inne czynniki związane z percepcją sytuacji hospitalizacji sprzyjają wzbudzeniu silnej motywacji do przestrzegania zaleceń lekarskich?

#### METODA

W prezentowanych badaniach wzięło udział 30 pacjentów hospitalizowanych w placówkach ochrony zdrowia zlokalizowanych na terenie Wrocławia<sup>32</sup>. Próbę tworzyło 12 kobiet i 18 mężczyzn w wieku pomiędzy 18 a 76 lat ( $M = 49,20$ ;  $SD = 16,01$ ). Średni wiek kobiet ( $M = 50,83$ ;  $SD = 15,68$ ) nie różnił się istotnie ( $t(27) = 0,88$ ;  $p = 0,39$ ) od wieku mężczyzn ( $M = 48,11$ ;  $SD = 16,59$ ). Pacjenci cierpieli na choroby wymagające zabiegów chirurgicznych (16 osób) i choroby neurologiczne (14 osób). Średni czas trwania choroby wynosił  $M = 4,82$  lat;  $SD = 7,88$ . Nie odnotowano różnic w długości trwania choroby pomiędzy kobietami ( $M = 3,28$ ;  $SD = 4,23$ ) a mężczyznami ( $M = 5,90$ ;  $SD = 9,65$ ) ( $t(28) = 0,45$ ;  $p = 0,65$ ).

Udział w badaniach były dobrowolny i anonimowy. Respondenci mieli za zadanie samodzielnie wypełnić zestaw kwestionariuszy. W referowanych badaniach uwzględniono narzędzia badające: (1) motywację do przestrzegania zaleceń lekarskich, (2) styl komunikowania się lekarza z pacjentem; (3) poziom emocji negatywnych i pozytywnych odczuwanych w trakcie hospitalizacji, (4) poziom zaufania do lekarzy, (5) poziom zadowolenia z usług medycznych.

Pierwsza z wymienionych skal została opracowana na potrzeby opisywanych badań. Składała się z 5 pozycji testowych mierzących poziom motywacji do przestrzegania zaleceń lekarskich po zakończeniu hospitalizacji (np. „Po wyjściu ze szpitala jestem gotów/gotowa przestrzegać zaleconej mi przez lekarza diety”). Po zapoznaniu się z każdym z zawartych w skali twierdzeń uczestnik badań miał za zadanie określić stopień, w jakim dane twierdzenie odnosiło się do jego osoby. Skala typu Likerta miała opisane krańce: 1 – w stopniu bardzo niskim, 5 – w stopniu bardzo wysokim.

Kolejna skala służyła do pomiaru stylu komunikowania się lekarza z pacjentem. Była to zmodyfikowana na użytek niniejszych badań wersja *Kwestionariu-*

<sup>3</sup> Autorzy artykułu pragną w tym miejscu podziękować Panu doktorowi Aleksandrowi Kozłowskiemu z Kliniki Chirurgii IV Wojskowego Szpitala Klinicznego z Polikliniką we Wrocławiu za pomoc w organizacji badań.

*sza komunikacji interpersonalnej pomiędzy lekarzem a pacjentem* (Wolska, 2010). Kwestionariusz ten składa się z 28 twierdzeń. Opisują one cztery wyróżnione style komunikowania się lekarza z chorym: podmiotowo-medyczny, podmiotowo-pozamedyczny, przedmiotowo-medyczny, przedmiotowo-pozamedyczny. Badani mieli ustosunkować się do każdego z nich poprzez zaznaczenie wybranej pozycji na skali Likerta z opisanymi końcami: 0 – *nigdy*, 4 – *zawsze*.

*Skala pozytywnego i negatywnego afektu* (PANAS) to narzędzie składające się z 20 pozycji testowych mierzących natężenie odczuwanych emocji (Watson, Clark, Tellegen, 1988). Zadaniem osób badanych było określenie na pięciopunktowej skali (z opisanymi krańcami: 1 – *wcale lub nieznacznie*, 5 – *wyjatkowo mocno*), w jaki sposób czuli się w ciągu ostatniego tygodnia. Skala umożliwiła pomiar odczuwanego pozytywnego (np. „dumny”) oraz negatywnego (np. „niepewny”) afektu.

Do pomiaru poziomu satysfakcji pacjentów z usług medycznych świadczonych przez placówkę ochrony zdrowia wykorzystano polską wersję tzw. kwestionariusza EUROPEP (Krot, 2008). W jego skład weszło 10 twierdzeń opisujących rozmaite zadania (usługi medyczne), jakie lekarze realizują w przebiegu procesu leczenia pacjentów (np. „Czas spędzony na konsultacji z moim lekarzem”). Badani mieli ustosunkować się do każdego z twierdzeń poprzez zaznaczenie wybranego punktu na skali Likerta z opisanymi krańcami: 1 – *oceniam zdecydowanie negatywnie*, 5 – *oceniam zdecydowanie pozytywnie*.

*Skala zaufania do lekarzy* (Krot, 2008) to ośmioitemowy kwestionariusz służący do pomiaru poziomu zaufania pacjentów do personelu medycznego (np. „Lekarze wiedzą najlepiej, co dla pacjenta jest najwłaściwsze”). Osoby badane miały ustosunkować się do podanych twierdzeń na pięciopunktowej skali, gdzie 0 oznaczało: *zdecydowanie się nie zgadzam*, a 5 – *zdecydowanie się zgadzam*.

Analizę wyników przeprowadzono w dwóch etapach. W etapie pierwszym obliczono proste współczynniki korelacji  $r$  Pearsona pomiędzy motywacją do przestrzegania zaleceń lekarskich a natężeniem wszystkich pozostałych zmiennych. W drugim etapie analizy, aby określić czynniki istotne dla motywowania pacjentów do przestrzegania zaleceń lekarskich, zaprojektowano równanie, w którym po stronie zmiennych zależnych umieszczono motywację do przestrzegania zaleceń lekarskich, natomiast po stronie zmiennych niezależnych – styl komunikowania się lekarza z pacjentem, poziom zaufania do lekarzy, poziom emocji negatywnych i pozytywnych odczuwanych w trakcie hospitalizacji oraz poziom zadowolenia z usług medycznych świadczonych przez placówkę ochrony zdrowia.

## WYNIKI

W Tabeli 1 przedstawiono statystyki opisowe dla zmiennych uwzględnionych w badaniu, współczynniki rzetelności poszczególnych skal oraz współczynniki korelacji pomiędzy zmiennymi. Jak widać, motywacja do przestrzegania zaleceń lekarskich w największym stopniu jest wyznaczana przez styl komunikowania się lekarza z pacjentem określony jako podmiotowo-pozamedyczny ( $r = 0,51$ ;  $p < 0,01$ ). W dalszej kolejności motywacja ta wyznaczana jest przez poziom zaufania, jakim chorzy obdarzają lekarzy ( $r = 0,50$ ;  $p < 0,01$ ), zadowolenie z usług medycznych ( $r = 0,45$ ;  $p < 0,05$ ) oraz podmiotowo-medyczny styl komunikowania się lekarza z pacjentem ( $r = 0,40$ ;  $p < 0,05$ ).

Tabela. 1  
*Statystyki opisowe, współczynniki rzetelności  $\alpha$  Cronbacha oraz współczynniki korelacji pomiędzy mierzonymi zmiennymi*

	Zakres	<i>M</i>	<i>SD</i>	$\alpha$	1	2	3	4	5	6
1. Komunikacja podmiotowo-medyczna	11 – 42	31,13	8,85	0,86						
2. Komunikacja podmiotowo-pozamedyczna	1 – 16	11,80	4,46	0,90	0,92**					
3. Motywacja do przestrzegania zaleceń lekarza	14 – 25	21,33	3,17	0,76	0,40*	0,51**				
4. Poziom zaufania do lekarzy	7 – 36	21,23	7,12	0,89	0,59**	0,62**	0,50**			
5. Poziom zadowolenia z usług medycznych	13 – 50	40,43	10,41	0,95	0,87**	0,94**	0,45*	0,55**		
6. Afekt pozytywny	11 – 42	25,13	7,04	0,67	0,22**	0,24	0,18	0,40*	0,18	
7. Afekt negatywny	10 – 44	23,73	8,73	0,80	-0,38*	-0,32	-0,14	-0,26	-0,35	0,13

*Adnotacja.* \*  $p < 0,05$ ; \*\*  $p < 0,01$ .



Przeprowadzona analiza regresji wykazała natomiast, że czynnikiem pozwalającym przewidzieć poziom motywacji do przestrzegania zaleceń lekarza jest wysoka podmiotowość komunikacji lekarza z pacjentem w aspekcie pozamedycznym ( $\beta = 0,51$ ;  $t = 3,11$ ;  $p < 0,01$ ). Ta pojedyncza zmienna, tj. podmiotowo-pozamedyczny styl komunikowania się lekarza z pacjentem, pozwala przewidzieć około 26% wariancji motywacji do przestrzegania zaleceń lekarskich ( $R^2 = 0,26$ ;  $F = 9,66$ ;  $p < 0,01$ ).

#### DYSKUSJA

W świetle tradycyjnych podejść do komunikacji lekarza z pacjentem, proces ten ma przyjmować charakter paternalistyczny, w którym lekarz – z racji swojej pozycji i posiadanego autorytetu – wzbudza zaufanie chorego, co z kolei przekłada się na pełną akceptację decyzji klinicysty i jego zaleceń (por. Salmon, 2002; Tobiasz-Adamczyk, 2007). Ujęcia tradycyjne zakładają także, że relacja lekarz – pacjent ma być skoncentrowana na wymiarze instrumentalnym/medycznym (m.in. na wymianie informacji na temat objawów chorobowych, specjalistycznych procedur itp.). Ma to ułatwić postawienie trafnej diagnozy, a także dobór i zastosowanie odpowiednich metod leczenia.

Wyniki zaprezentowanych badań pokazują, że pacjenci są w najwyższym stopniu zmotywowani do przestrzegania zaleceń zdrowotnych wtedy, gdy lekarz komunikuje się z nimi w stylu podmiotowo-pozamedycznym. W sytuacjach, w których zachodzi konieczność poruszenia w rozmowie kwestii specjalistycznych, a jest to nieuniknione biorąc pod uwagę powody przyjęcia do szpitala, pacjenci preferują podejście określone mianem podmiotowo-medycznego. Jednocześnie uzyskane w badaniach rezultaty dowodzą, że lekarze stosujący dwa pozostałe style komunikowania się z chorymi, tj.: przedmiotowo-medyczny oraz przedmiotowo-pozamedyczny, są nieskuteczni w motywowaniu swoich pacjentów do przestrzegania zaleceń zdrowotnych po zakończeniu okresu hospitalizacji. Przedmiotowy styl komunikacyjny lekarza stanowi najprawdopodobniej jedną z zasadniczych barier w interakcji z chorym, która z założenia ma służyć nawiązaniu współpracy służącej powrotowi do zdrowia. Poza komunikacją, ważnymi wyznacznikami motywacji do przestrzegania zaleceń okazały się jeszcze dwie spośród wszystkich wyróżnionych zmiennych, tj. zaufanie, jakim chorzy obdarzają lekarzy, oraz zadowolenie z usług medycznych.

Jak można tłumaczyć ujawnione zależności? Przede wszystkim wyniki badań zdają się potwierdzać podstawową tezę podejścia interakcyjnego, że główną rolę w procesie komunikacji pełni jej aspekt relacyjny: „Jakaś piąta część całej komunikacji ludzkiej służy dla wymiany informacji, podczas gdy cała reszta dotyczy nie kończącego się procesu definiowania, potwierdzania, negocjowania i redefinicji naszych relacji z innymi” (Watzlawick, za: Nęcki, 1996, s. 28). Im zatem bardziej lekarz dba o nawiązanie z pacjentem dobrej relacji, tym większe jest prawdopodobieństwo, że chory będzie stosował się do jego zaleceń.

Rezultaty badań można także wyjaśniać odwołując się do popularnej w ostatnich latach teorii interakcji społecznych (por. Tobiasz-Adamczyk, 2002). Zakłada ona, że pacjenci zwracają się do lekarza z dwóch powodów: (1) dla uzyskania porady, w jaki sposób wrócić do zdrowia; (2) w celu obniżenia napięcia i niepokoju wywołanych chorobą. Na pierwszą grupę potrzeb lekarz odpowiada przekazaniem

informacji o charakterze medycznym (diagnoza, zalecenia itp.), na drugą – zachowaniami o charakterze społeczno-emocjonalnym takimi, jak: okazywanie choremu zainteresowania, podtrzymywanie zaufania, udzielanie wsparcia itp. Ponieważ socjoemocjonalne zachowania lekarzy są zwykle odbiciem obowiązujących w danej kulturze wzorców reagowania, są dla pacjenta łatwe do odczytania i zrozumienia. Z kolei przekazywane przez lekarza informacje o charakterze merytorycznym, ze względu na ich wysoce specjalistyczny charakter, są o wiele trudniejsze; szczególnie dla pacjentów o niskim poziomie zdolności poznawczych, a także niewykształconych. Reasumując, w świetle teorii interakcji społecznych chorzy rozpoznają i reagują przede wszystkim na tzw. socjoemocjonalne zachowania lekarzy z tego względu, że jest im trudno zrozumieć związek między instrumentalną aktywnością klinicysty a proponowanym przez niego sposobem leczenia.

Warto podkreślić, że ujawnione w badaniach prawidłowości korespondują z wynikami studiów empirycznych nad wyznacznikami oceny kompetencji lekarzy (Ben-Sira, za: Bishop, 2007). Okazuje się, że szacując poziom fachowości klinycystów pacjenci kierują się przede wszystkim emocjonalną satysfakcją doświadczaną w kontakcie, w mniejszym zaś stopniu czynnikami natury merytorycznej, co jest zgodne z założeniami wspomnianej wyżej teorii interakcji społecznych.

Wracając do sformułowanej przez Rodina i Janisa (1979) tezy, w myśl której leczenie jest specyficzną formą perswazji, należy przyjąć, że jednym z zasadniczych celów każdego lekarza jest znalezienie i stosowanie takich strategii komunikowania się z pacjentem, które zmaksymalizują motywację chorego do realizacji zaleceń zdrowotnych, i jednocześnie -unikanie stylów komunikacyjnych obniżających tę motywację. Uzyskane w referowanych badaniach wyniki sugerują, że chcąc skutecznie motywować pacjentów do przestrzegania zaleceń zdrowotnych lekarze powinni oddziaływać na pacjentów głównie za pośrednictwem peryferycznego toru perswazji.

Biorąc pod uwagę wszystkie powyższe ustalenia warto podkreślić konieczność nabywania przez lekarzy umiejętności komunikacyjnych umożliwiających im wyjście poza profesjonalny, ściśle medyczny kontakt z chorym. Uzyskanie od pacjenta informacji na temat jego fizycznych dolegliwości, historii przebytych chorób itp. jest oczywiście kluczowe dla postawienia trafnej diagnozy. Powiadomienie pacjenta m.in. o tym, jakiego rodzaju leki ma zażywać, jaką stosować dietę etc. stanowi, z kolei, nieodzowny element rekonwalescencji. Nie byłoby zatem wskazane całkowite wyeliminowanie z relacji lekarz – pacjent podmiotowo-medycznego stylu komunikowania się. Jednocześnie autorzy tego artykułu postulują konieczność rozwijania przez lekarzy podmiotowo-pozamedycznych kompetencji komunikacyjnych, które – w świetle przedstawionych wyników – okazują się zasadniczym czynnikiem mającym związek z motywacją pacjentów do przestrzegania zaleceń zdrowotnych po opuszczeniu szpitala.

#### BIBLIOGRAFIA

- Archer, J. C. (2010). State of the science in health professional education: Effective feedback. *Medical Education*, 44, 101–108.
- Bandura, A. (1986). *Social foundations of thought and actions: A social cognitive theory*. Englewood Cliffs, NJ: Prentice Hall.

- Bensing, J., van Dulmen, S., Tate, K. (2003). Communication in context: new directions in communication research. *Patient Education and Counseling*, 50, 27–32.
- Bishop, G.D. (2007). *Psychologia zdrowia*. Wrocław: Wydawnictwo Astrum.
- Deci, E. L., Ryan, R. M. (1991). A motivational approach to self: Integration in personality. W: R. Diensther (red.), *Nebraska symposium on motivation: Perspectives on motivation* (s. 237–288). Lincoln: University of Nebraska Press.
- Deci, E. L., Ryan, R. M. (1985). *Intrinsic motivation and self-determination in human behavior*. New York: Plenum Press.
- Drafińska, A. (1999). Marketing i rynek usług profesjonalnych. *Marketing i Rynek*, 1, 13-14.
- Griffin, E. (2003). *Podstawy komunikacji społecznej*. Gdańsk: Gdańskie Wydawnictwo Psychologiczne.
- Hall, J. A. (2003). Some observations on provider–patient communication research. *Patient Education and Counseling*, 50, 9–12.
- Hall, J. A., Roter, D. L. (2002). Do patients talk differently to male and female physicians? A meta-analytic review. *Patient Education and Counseling*, 48, 217–24.
- Heszen-Niejodek, I (1992). *Lekarz i pacjent. Badania psychologiczne*. Kraków: Universitas.
- Julien, E., Sene'cal, C., Guay, F. (2009). Longitudinal relations among perceived autonomy support from health care practitioners, motivation, coping strategies and dietary compliance in a sample of adults with type 2 diabetes. *Journal of Health Psychology*, 14, 457–470.
- Krot, K. (2008). *Jakość i marketing usług medycznych*. Warszawa: Wolters Kluwer Sp. z o.o.
- Krzemiński, I. (2000). *Co się dzieje między ludźmi?* Warszawa: Wydawnictwo Naukowe i Literackie Open, Wydawnictwo Jacek Santorski & CO.
- Lyons, A. C., Chamberlain, K. (2005). *Health psychology. A critical introduction*. Cambridge, New York, Melbourne, Madrid, Cape Town, Singapore, São Paulo: Cambridge University Press.
- Nęcki, Z. (1996). *Komunikacja międzyludzka*. Kraków: Wydawnictwo Profesjonalnej Szkoły Biznesu.
- Nouwen, A, Ford, T, Balan, A, Twisk, J., Ruggiero, L., White, D. (2011). Longitudinal motivational predictors of dietary self-care, life satisfaction and diabetes control in adults with newly diagnosed type 2 diabetes mellitus. *Health Psychology*, 30, 771–779.
- Ogden, J. (2007). *Health Psychology a Textbook. Fourth Edition*. Berkshire: Open University Press McGraw-Hill House.
- Rodin, J., Janis, I. L. (1979). The social power of health care practitioners as agents of change. *Journal of Social Issues*, 35, 60-81.
- Roter, D. L., Hall, J. A. (1992). *Doctors talking with patients/patients talking with doctors*. Westport, CT: Auburn House.
- Salmon, P. (2002). *Psychologia w medycynie wspomaga współpracę z pacjentem i proces leczenia*. Gdańsk: Gdańskie Wydawnictwo Psychologiczne.
- Schwarzer, R., Renner, B. (2000). Social cognitive predictors of health behavior: Action self-efficacy and coping efficacy. *Health Psychology*, 19, 487–495.

- Senécal, C., Nouwen, A., White, D. (2000). Motivation and dietary self-care in adults with diabetes: Are self-efficacy and autonomous self-regulation complementary or competing constructs? *Health Psychology, 19*, 452–457.
- Stephens, A., Ayers, S. (2005). Stress, Health and Illness. W: S. Sutton, A. Baum, M. Johnston (red.), *The Sage Handbook of Health Psychology* (s. 169–196). London, Thousand Oaks, New Delhi: Sage Publications.
- Stewart, H., Hope, Ch. Muhlemann, A. (1998). Professional service quality. *Journal of Retailing and Consumer Services, 5*, 4, 210.
- Tobiasz-Adamczyk, B. (2007). *Relacje lekarz – pacjent w perspektywie socjologii medycyny*. Kraków: Wydawnictwo Uniwersytetu Jagiellońskiego.
- Tokarz, M. (2006). *Argumentacja. Perswazja. Manipulacja*. Gdańsk: Gdańskie Wydawnictwo Psychologiczne.
- Watson, D., Clark, L. A., Tellegen, A. (1988). Development and validation of brief measures of positive and negative affect: The PANAS Scales. *Journal of Personality and Social Psychology, 47*, 1063–1070.
- Watzlawick, P. (1978). *The language of change*. New York: W.W. Norton.
- Winefield, H. R. (1992). Doctor – patient communication: an interpersonal helping process. In S. Maes, H. Leventhal & M. Johnston (eds.), *International review of health psychology, 1*. (s. 167–87). Chichester: John Wiley.
- Wolska, M. (2010). Lekarz rodzinny i jego pacjenci. Wybrane aspekty komunikacji interpersonalnej. Poznań: Uniwersytet im. Adama Mickiewicza. Niepublikowany maszynopis pracy magisterskiej.
- Ziarko, M. Hulewska, A. (2012). Od paternalistycznej dominacji po partnerską współpracę. Przemiany w stylach komunikowania się lekarza z pacjentem (s. 149–164). W: B. Jacennik, A. Hulewska, A. Piasecka (red.), *Komunikowanie o zdrowiu, chorobie i leczeniu. Między psychologią a medycyną*. Warszawa: Vizja Press&IT.

MAGDALENA TWARDZIAK<sup>1</sup>  
BARBARA JACENNIK<sup>2</sup>  
Wydział Psychologii  
Wyższa Szkoła Finansów i Zarządzania w Warszawie

## **KOMUNIKOWANIE PRZEJAWÓW DEPRESJI W ROZMOWACH KLIENTÓW APTEK Z FARMACEUTAMI**

### **Pharmacy customers' references to depression symptoms in the context of pharmacist – patient communication**

#### **Abstract**

Customers of pharmacies in conversations with their pharmacists, when asking for help in choosing a treatment, often refer to various symptoms, including depression. Communication with the pharmacists is an important factor in shaping the consumers' health knowledge and behaviors. The aim of the study was to investigate specific characteristics of pharmacist – patient conversations during which patients refer to depressive symptoms. The questionnaire included questions addressing various independent factors related to the communicative situation which may affect the number and kind of reported depressive symptoms. The study participants were 60 pharmacists (with university level and postsecondary education). The results of the statistical analysis confirmed the hypotheses about differences in reported symptoms of depression. A hypothesis that the confidence of customers in their communication with the pharmacists increases with the age and education of the pharmacists was confirmed only in part. In addition, the results revealed that factors such as community size, number of pharmacies in a community and number of employees per work shift significantly correlate with more intensive communication of depressive symptoms.

Key words: interpersonal communication, depression, pharmaceutical care

#### **WPROWADZENIE**

Depresja to jedna z najczęstszych form zaburzeń psychicznych zaliczana, obok manii i dystymii do zaburzeń nastroju. Zgodnie z wynikami badania EZOP zaburzenia tego rodzaju można rozpoznać u 3,5% respondentów ankiety, czyli u blisko milio-

---

<sup>1</sup> Adres do korespondencji: magda.twardziak@wp.pl

<sup>2</sup> Adres do korespondencji: jacennik@vizja.pl

na Polaków w wieku produkcyjnym (Kiejna, 2012). Do psychologa lub psychiatry zgłasza się po pomoc tylko część osób ujawniających symptomy depresji. Zanim chory znajdzie się w gabinecie terapeuty, często szuka wsparcia gdzie indziej, np. w aptece. Osoby z depresyjnymi zaburzeniami nastroju często proszą farmaceutów o pomoc w wyborze leków bezreceptowych, skarżąc się jednocześnie na specyficzne dolegliwości.

W niniejszym projekcie badawczym, postanowiłyśmy zbadać to zjawisko. Postawiłyśmy szereg pytań dotyczących częstości i charakteru rozmów, w których mogą być ujawniane przejawy depresji, oraz warunków związanych z opieką farmaceutyczną, które takim rozmowom sprzyjają. Wnioski z projektu badawczego mogą służyć do opracowania lepszych programów szkolenia w zakresie opieki farmaceutycznej.

### DEPRESJA I JEJ OBJAWY

Depresja to szczególny rodzaj zaburzeń nastroju i emocji, który wymaga pomocy lekarskiej (Pużyński, 2009). Zespoły depresyjne mogą przebiegać w postaciach typowych. Występuje wówczas nasilenie objawów dostrzegalnych, do których zalicza się zaburzenia nastroju podstawowego, objawiającego się smutkiem, przygnębieniem, anhedonią, a czasem zubożeniem. W postaci atypowej występują niektóre elementy depresji, ale bez zaburzeń nastroju podstawowego (tzw. depresja poronna, subdepresja).

Depresja przybiera postać zaburzenia afektywnego jednobiegunowego, rzadziej dwubiegunowego, kiedy to depresja występuje naprzemiennie z manią (Greszta, 2006). Kluczowymi przyczynami depresji jednobiegunowej są czynniki psychologiczne i środowiskowe (Zimbardo, 1999). Można przypuszczać, że prawie każdy w swoim życiu prezentował pewne objawy depresji, np. tracąc kogoś bliskiego przeżywamy głęboki smutek; jeśli nie uda nam się osiągnąć jakiegoś celu popadamy w złość, pragniemy odizolować się od całego świata. Takie pojedyncze epizody są tylko namiastką tego, z czym borykają się na co dzień osoby z depresją.

### SYMPTOMY DEPRESJI

„O wystąpieniu depresji świadczy szereg objawów, utrzymujących się u chorego przynajmniej przez dwa tygodnie” (Althaus, Hegel, Reiners, 2008, s. 20). Depresja jest zespołem objawów, w którym, nie tylko występuje obniżony nastrój, ale także doświadczenia natury fizycznej, psychicznej oraz behawioralnej (Hammen, 2006). Te symptomy są przyczyną bardzo szkodliwego, poważnego i długotrwałego stanu, który klinicznie może być diagnozowany jako zespół depresyjny. Cechy zespołu depresyjnego dotyczą objawów funkcjonowania afektywnego, poznawczego, zachowania i funkcjonowania fizycznego. Osoby cierpiące na depresję mogą mieć objawy o odmiennym charakterze oraz o różnym nasileniu, a także liczba objawów może być inna.

W depresji wyróżniamy objawy i cechy podstawowe – osiowe oraz objawy niespecyficzne nazywane wtórnymi (Pużyński, 2009). Cechy podstawowe pomagają w rozpoznaniu klinicznego obrazu depresji typu endogennej. Są to zespoły objawów, które mają takie nasilenie, iż są widoczne dla lekarza w ocenie klinicznej, ponadto sam pacjent, a także jego najbliższe otoczenie potrafi je zauważyć.

Bilikiewicz wymienia objawy takie jak: „obniżenie podstawowego nastroju; osłabienie tempa procesów psychicznych i ruchowych, nazywane też zahamowaniem psychoruchowym; objawy somatyczne i zaburzenia rytmów biologicznych; lęk” (Bilikiewicz, 2006, s. 328). Inne objawy to objawy niespecyficzne nazywane wtórnymi, które jak można przypuszczać, są przejawem reakcji osobowościowych chorych na obecność objawów podstawowych (Pużyński, 2009). Oznacza to, że depresja wtórna występuje w procesie lub w rezultacie innego schorzenia somatycznego bądź psychicznego. Charakterystycznym objawem wtórnym jest depresyjne zaburzenie myślenia. Do objawów wtórnych w stosunku do objawów podstawowych w depresji zaliczamy także zaburzenia funkcjonowania chorego w grupie społecznej, objawiające się osłabieniem kontaktów z otoczeniem.

### **SPECYFIKA OPIEKI FARMACEUTYCZNEJ**

#### **DEFINICJA OPIEKI FARMACEUTYCZNEJ**

Po raz pierwszy określenie to pojawiło się w Stanach Zjednoczonych w latach 70-tych XX wieku. Według Mikeala (1975 za: Łazowski, 2005) jest to „opieka, jakiej wymaga i jaką otrzymuje dany pacjent, która zapewnia bezpieczne i racjonalne stosowanie leków”. W późniejszych latach pojęcie to miało odniesienie do wszelkich działań związanych z przygotowaniem i rozporządzaniem lekami. W 1980 roku powstała pełniejsza definicja utworzona przez Brodie i wsp., według której opieka farmaceutyczna zawiera w sobie określenie potrzeb lekowych danego pacjenta, nie ogranicza się tylko do wydania potrzebnego leku, ale także obejmuje udzielenie najważniejszych wskazań przed, w trakcie i po zakończeniu leczenia, które mają zapewnić bezpieczną i skuteczną farmakoterapię.

Najbardziej znaną i używaną definicją opieki farmaceutycznej jest definicja stworzona przez Charlesa Heplera i Lindę Strant w 1990 roku, w której autorzy twierdzą, iż opieka farmaceutyczna to odpowiedzialne działanie farmaceuty, zapewniające bezpieczeństwo farmakoterapii oraz uzyskanie podniesienia jakości życia pacjenta. Międzynarodowa Federacja Farmaceutów w 1998 roku dodała do tej definicji, że opieka farmaceutyczna ma na celu uzyskanie efektów, które mają poprawiać bądź utrzymywać jakość życia pacjenta. Opieka farmaceutyczna to nie jednorazowe doradztwo, ale ciągłość i cykliczność spotkań z pacjentem z jednoczesnym prowadzeniem dokumentacji przebiegu całego procesu opieki. Jest to cel skierowany głównie do osób cierpiących na choroby przewlekłe, w których jakość życia utrzymywana na tym samym poziomie jest już bardzo istotnym osiągnięciem.

W Polsce po raz pierwszy definicja opieki farmaceutycznej pojawiła się w zapisach ustawy o izbach aptekarskich z 19 kwietnia 1991 roku (Dz.U. z 2008 r. nr 47 poz. 273). Brzmi ona następująco: „Wykonywanie zawodu farmaceuty ma na celu ochronę zdrowia publicznego i obejmuje udzielanie usług farmaceutycznych polegających w szczególności na: (...) sprawowaniu opieki farmaceutycznej polegającej na udokumentowanym procesie, w którym farmaceuta współpracując z pacjentem i lekarzem, a w razie potrzeby z przedstawicielami innych zawodów medycznych, czuwa nad prawidłowym przebiegiem farmakoterapii w celu uzyskania określonych jej efektów poprawiających jakość życia pacjenta”. W roku academic-

kim 2008/2009 w Polsce wprowadzono zajęcia z opieki farmaceutycznej na wydziałach farmaceutycznych.

Elementem definicji opieki farmaceutycznej jest współpraca farmaceuty z pacjentem i lekarzem. Współdziałanie na poziomie farmaceuta-pacjent wynika z potrzeb zdrowotnych pacjenta, tu relacja budowana jest na podstawie zaufania pacjenta do farmaceuty. Natomiast współpraca między farmaceutą a lekarzem uwzględnia sprecyzowanie zakresu odpowiedzialności, aby farmaceuta nie wchodził w kompetencje lekarza próbując postawić diagnozę. Z punktu widzenia polskiego prawa o zawodzie farmaceuty nie ma określonej ustawy, która precyzyjnie określa jego uprawnienia zawodowe, a także zakres odpowiedzialności w kontrolowaniu farmakoterapii określonego pacjenta.

Obowiązkiem farmaceuty jest zdobycie pewności, że pacjent wie jak ma stosować zalecony lek, zgodnie z wcześniejszym wspólnie opracowanym planem opieki. Ważnym elementem opieki farmaceutycznej jest ścisła współpraca farmaceuty z lekarzem. W tym układzie ważnym partnerem jest też pacjent, który ma prawo decydować w sprawach związanych ze swoim zdrowiem.

#### KOMUNIKACJA FARMACEUTA – PACJENT

Komunikacja z pacjentem stanowi jeden z niespecyficznych czynników leczących. Pełny i spójny przekaz informacji o przyjmowanym leku i chorobie, daje pacjentowi możliwość sprawniejszego odnalezienia się w roli chorego, jak również zrozumienia procesu choroby i wynikających z niej ograniczeń. Komunikacja werbalna jest niezbędnym elementem w pracy farmaceuty. Aptekarz przekazuje informacje jak stosować lek przepisany przez lekarza, ale także doradza i informuje o lekach bezreceptowych, tzw. OTC (*over-the-counter*). Komunikacja buduje relacje międzyludzkie i sprzyja większemu zaufaniu pacjentów do aptekarzy.

Ważnym efektem prawidłowej komunikacji farmaceutów z pacjentami jest większa racjonalność zakupu i stosowania leków przez konsumentów. Programy i kampanie mające na celu poprawę racjonalności stosowania leków korzystają z dwóch typów strategii: (a) oddziaływanie poprzez komunikację społeczną oraz (b) kształtowanie środowiska sprzyjającego racjonalnemu stosowaniu leków poprzez metody zarządzania i regulacje prawne (por. Chetley, Hardon, Hodgkin, Haaland, Frelsle, 2007).

#### PROBLEM I HIPOTEZY

##### CEL I PRZEDMIOT BADAŃ

Celem badania była analiza treści i charakteru rozmów klientów aptek z farmaceutami. Przedmiotem analizy były pisemne wypowiedzi farmaceutów opisujące przypadki osób proszących o leki bez recepty (*over-the-counter*) na objawy depresji. Poza charakterem zgłaszanych objawów depresyjnych, zbadano również wpływ niezależnych czynników związanych z sytuacją komunikowania na liczbę i rodzaj zgłaszanych objawów depresyjnych.

Postawiono szereg pytań szczegółowych:



1. Czy występują różnice w częstości odniesień do poszczególnych objawów depresji w rozmowach klientów aptek z farmaceutami?
2. Czy zaufanie klientów aptek wzrasta z wiekiem i wykształceniem farmaceutów?
  - a) Czy farmaceuci starsi wiekiem częściej rozmawiają z klientami zgłaszającymi objawy depresji niż młodsi farmaceuci?
  - b) Czy farmaceutom starszym wiekiem klienci zgłaszają więcej objawów depresji niż młodszymi farmaceutom?
  - c) Czy objawy depresji są zgłaszane częściej magistrom farmacji niż technikom farmacji?
3. Czy ujawnianie objawów depresji przez klientów aptek jest zależne od poziomu anonimowości interakcji z farmaceutą? W odniesieniu do tego pytania badawczego przyjęto założenie, że głównym czynnikiem wpływającym na anonimowość interakcji farmaceuta – klient jest liczba potencjalnych kontaktów społecznych.
  - a) Czy w większych miejscowościach klienci aptek zgłaszają farmaceutom więcej objawów depresji?
  - b) Czy w miejscowościach z większą liczbą aptek klienci zgłaszają farmaceutom więcej objawów depresji?
  - c) Czy w aptekach z większą liczbą pracowników na zmianie klienci zgłaszają więcej objawów depresji?

Na podstawie powyższych pytań badawczych sformułowano następujące hipotezy weryfikowane w badaniu:

1. Częstość występowania odniesień do poszczególnych rodzajów objawów depresji w interakcji pacjent – farmaceuta jest zróżnicowana.
2. Zaufanie pacjentów, a tym samym liczba zgłaszanych w interakcji z farmaceutą objawów depresji wzrasta wraz z wiekiem, wykształceniem i stażem pracy farmaceutów.
3. Ujawnianie objawów depresji przez pacjentów jest zależne od poziomu anonimowości interakcji z farmaceutą.

#### **METODY, TECHNIKI I NARZĘDZIA BADAWCZE**

Osoby badane wypełniały kwestionariusz (załącznik 1) z pytaniami zamkniętymi mierzącymi zmienne takie jak: wiek, płeć, rodzaj wykształcenia farmaceutycznego (magister lub technik), staż pracy, liczba aptek w miejscowości, liczba pracowników na zmianie oraz częstość zgłaszania się pacjentów proszących o leki przeciwdepresyjne. W drugiej części kwestionariusza farmaceuci byli proszeni o opisanie przykładowych rozmów z pacjentem zgłaszającym stany psychiczne i somatyczne lub zachowania, które mogą być przejawami depresji.

Części opisowe ankiety zostały następnie przepisane w wersji elektronicznej i poddane analizie treści. Do analizy ilościowej treści wykorzystano program stworzony przez Barbarę Jacennik i Tomasza Zwierzchowskiego „Analiza tekstów”. Analizę statystyczną wykonano przy pomocy programu statystycznego SPSS for Windows 12.0 PL. Program do analizy tekstów zastosowano w celu odszukania wyrażenia wskazujących na objawy depresji, używanych przez klientów aptek w rozmowach opisanych przez farmaceutów. Po wstępnej analizie jakościowej wypeł-

nionych kwestionariuszy stworzono kategorie wyrażen odpowiadających przejawom depresji (tabela 1).

Tabela 1  
*Kategorie wrażeń odpowiadające objawom depresji*

Objaw	Wyrażenie
Zły nastrój	na poprawę nastroju, obniżony nastrój, zły nastrój.
Sen	nie mogę spać, tylko bym spał, tylko bym spała, trudności z zasypianiem, problemy z zasypianiem, wybudzenie w nocy, źle sypiam, bezsenność.
Zmęczenie	osłabiony, zmęczony, brak energii.
Brak apetytu	nie mogę jeść, mało jem, spadek wagi.
Płaczliwość	często płaczę, czasem płaczę, chce mi się płakać.

#### UCZESTNICZY BADANIA

Przebadano 60 farmaceutów pracujących w aptekach w wieku 22–50 lat ( $M = 32,72$ ), 50 kobiet (83,3%) w wieku 23–50 lat ( $M = 32,46$ ) i 10 mężczyzn (16,7%) w wieku 22–45 lat ( $M = 34,00$ ). W badanej próbie było 30 techników farmacji i 30 magistrów farmacji. Najwięcej uczestników badania pracowało w aptekach w dużych miejscowościach powyżej 100 tysięcy mieszkańców (38,3%), następnie w miejscowościach do 100 tysięcy (26,7%), i w miejscowościach do 5 tysięcy (20%), najmniej respondentów pracowało w miejscowościach do 10 tysięcy mieszkańców (15%).

#### WYNIKI

##### **Rodzaje objawów depresji zgłaszane w rozmowach klient – farmaceuta**

W opinii farmaceutów, najczęściej zgłaszanymi objawami były: zły nastrój (21,67%), zaburzenia snu (18,33%) i zmęczenie (18,33%), następnie płaczliwość (13,33%) i brak apetytu (5%). Pacjenci aptek w analizowanych rozmowach zgłaszali do trzech objawów ( $M = 0,77$ ).

##### **Zaufanie klientów aptek a wiek, staż pracy i wykształcenie farmaceutów**

Przyjęto założenie, że wiek, wykształcenie i staż pracy farmaceutów to czynniki, które wpływają na zaufanie klientów i, w konsekwencji, liczbę zgłaszanych objawów depresji. Z uwagi na to, że respondentami ankiety byli farmaceuci, a nie klienci aptek, wyniki odnoszą się do percepcji i opinii farmaceutów na temat zachowań i postaw klientów.

##### **Zgłaszanie objawów depresji a wiek farmaceutów**

Zanotowano statystycznie istotną korelację między wiekiem farmaceutów a postrzeganą przez farmaceutów liczbą zgłaszanych przez klientów objawów depresji,  $r(60) = 0,31$ ;  $p < 0,01$ .

Farmaceutów uczestniczących w badaniu podzielono według wieku na dwie grupy. W młodszej grupie w wieku 22–30 lat, było 29 osób. W starszej grupie w wieku 31–50 lat, było 31 osób. Średnia liczba zgłaszanych objawów w młodszej grupie wiekowej wynosiła  $M = 0,52$ ;  $SD = 0,69$ . Średnia liczba objawów zgłaszanych

w starszej grupie wiekowej była wyższa i wynosiła  $M = 1,00$ ;  $SD = 1,03$ . W oparciu o test t Studenta dla prób niezależnych stwierdzono, że różnica ta była istotna statystycznie,  $t(58) = 2,12$ ;  $p < 0,05$ . W rozmowach z farmaceutami ze starszej grupy wiekowej zgłaszano więcej symptomów depresji.

### **Zgłaszanie objawów depresji a staż pracy farmaceutów**

Wyniki analizy relacji farmaceutów z rozmów z klientami, wskazują na występowanie związku pomiędzy stażem pracy a postrzeganą przez farmaceutów liczbą zgłaszanych przejawów depresji,  $r(60) = 0,27$ ;  $p < 0,05$ .

### **Zgłaszanie objawów depresji a rodzaj wykształcenia farmaceutów**

Nie zanotowano istotnych statystycznie zależności pomiędzy wykształceniem farmaceutów a postrzeganą przez nich liczbą zgłaszanych przejawów depresji. Średnia liczba zgłaszanych objawów w kontakcie z technikami farmacji wynosiła  $M = 0,60$ ;  $SD = 0,77$ . Średnia liczba objawów zgłaszanych w kontakcie z magistrami farmacji wynosiła  $M = 0,93$ ;  $SD = 1,01$ . W oparciu o test t-Studenta dla prób niezależnych stwierdzono, że różnica ta była nieistotna statystycznie,  $t(58) = 1,43$ ;  $p > 0,05$ .

Otrzymano jednak zbliżoną do istotności statystycznej korelację pomiędzy wykształceniem farmaceutów a postrzeganiem przez nich zgłaszanych zaburzeń snu,  $Chi^2(1) = 2,78$ ;  $p < 0,09$ . Zaburzenia snu były częściej zgłaszane magistrów farmacji.

### **Ujawnianie objawów depresji przez klientów aptek a poziom anonimowości interakcji z farmaceutą**

Przyjęto założenie, że wielkość miejscowości, liczba aptek w miejscowości oraz liczba osób pracujących na zmianie to czynniki, które wpływają na to czy klient czuje się anonimowo w interakcji z farmaceutą, a tym samym zgłasza więcej objawów. Założono, że poczucie anonimowości klienta apteki zależy od prawdopodobieństwa, że farmaceuta jest osobą znaną lub mającą wspólnych znajomych z klientem. Zakładano, że większemu poczuciu anonimowości klientów sprzyja lokalizacja apteki w większej miejscowości (większa liczba potencjalnych kontaktów społecznych), większa liczba aptek w miejscowości i większa liczba osób pracujących na zmianie.

### **Wielkość miejscowości a zgłaszanie farmaceutom objawów depresji**

Nie zanotowano istotnych statystycznie zależności pomiędzy wielkością miejscowości, w której znajdowała się apteka, a postrzeganą przez farmaceutów liczbą zgłaszanych przejawów. Średnia liczba zgłaszanych objawów w mniejszych miejscowościach wynosiła  $M = 0,65$ ;  $SD = 0,89$ . Średnia liczba objawów zgłaszanych w większych miejscowościach wynosiła  $M = 0,96$ ;  $SD = 0,93$ . W oparciu o test t Studenta stwierdzono, że różnica ta była nieistotna statystycznie,  $t(58) = 1,28$ ;  $p > 0,05$ . Otrzymano jednak zbliżoną do istotności statystycznej korelację pomiędzy wielkością miejscowości a zgłaszaniem złego nastroju. Zły nastrój był częściej zgłaszany w większych miejscowościach,  $Chi^2(1) = 2,8$ ;  $p < 0,09$ .

### **Liczba aptek w miejscowości a liczba zgłaszanych objawów depresji**

Średnia liczba zgłaszanych objawów w miejscowościach z mniejszą liczbą aptek (poniżej 6) wynosiła  $M = 0,61$ ;  $SD = 0,84$ . Średnia liczba objawów zgłaszanych w miejscowościach z większą liczbą aptek (6 lub więcej) wynosiła  $M = 0,93$ ;  $SD = 0,96$ . W oparciu o test t Studenta dla prób niezależnych stwierdzono, że różnica ta była nieistotna statystycznie,  $t(58) = 1,36$ ;  $p > 0,05$ .

Zanotowano statystycznie istotną zależność pomiędzy liczbą aptek w miejscowości, a zgłaszaniem złego nastroju. Zły nastrój był częściej zgłaszany w miejscowościach z większą liczbą aptek,  $Chi^2(1) = 5,43$ ;  $p < 0,05$ .

### **Liczba pracowników na zmianie a liczba zgłaszanych objawów depresji**

Średnia liczba zgłaszanych objawów dla aptek z mniejszą liczbą personelu (1–2 osoby) wynosiła  $M = 0,53$ ;  $SD = 0,79$ . Średnia liczba zgłaszanych objawów dla aptek z większą liczbą personelu (3 lub więcej osób) była wyższa i wynosiła  $M = 1,08$ ;  $SD = 0,98$ . W oparciu o test t Studenta dla prób niezależnych stwierdzono, że różnica ta była istotna statystycznie,  $t(58) = 2,40$ ;  $p < 0,05$ . W aptekach z większą liczbą personelu, w rozmowie z farmaceutą zgłaszano średnio większą liczbę symptomów depresji.

Zanotowano istotną statystycznie zależność pomiędzy liczbą osób na zmianie a zgłaszaniem złego nastroju. Zły nastrój był częściej zgłaszany w aptekach z większą liczbą osób na zmianie,  $Chi^2(1) = 4,53$ ;  $p < 0,05$ .

## **INTERPRETACJA WYNIKÓW I WNIOSKI**

Otrzymane wyniki potwierdziły hipotezę, w której założono, że częstość występowania odniesień do poszczególnych objawów depresji w interakcji farmaceuta – klient jest zróżnicowana. Najczęściej zgłaszanymi objawami były zły nastrój (21,67%) i płaczliwość (13,33). Zaburzenia snu (18,33%), zmęczenie (18,33), brak apetytu (5%). Są to objawy zgłaszane przez pacjentów farmaceutom i należą do cech depresji jednobiegunowej. Nastrój dysmorficzny jest najczęściej zgłaszanym objawem depresji (Zimbardo, 1999).

W wyniku analizy treści rozmów częściowo potwierdziła się hipoteza, w której założono, że istnieje związek między wiekiem, wykształceniem i stażem pracy farmaceutów a zaufaniem klientów aptek. Wyniki wskazują na umiarkowaną korelację między wiekiem farmaceutów a liczbą zgłaszanych przez pacjentów objawów. Pacjenci przekazywali więcej informacji na temat swoich dolegliwości farmaceutom ze starszej grupy wiekowej (31–50 lat), niż farmaceutom młodszemu (22–30 lat). Klienci częściej wybierali do rozmów farmaceutów ze starszej grupy wiekowej. Można przypuszczać, że klienci sugerowali się tym, iż osoby starsze mają większe doświadczenie i skuteczniej mogą udzielić porady i pomocy. Zaobserwowano również słabą statystycznie istotną korelację między stażem pracy a liczbą zgłaszanych przejawów depresji.

Z analizy treści relacji farmaceutów z rozmów z klientami wynika, że rozmowy z technikami nie różniły się od rozmów z magistrami farmacji pod względem informacji na temat objawów depresji. Otrzymano wynik zbliżony do istotności statystycznej wskazujący na efekt wykształcenia jedynie w zakresie jednego z objawów

depresji. W przypadku zaburzeń snu częściej zwracano się do farmaceutów z wyższym wykształceniem.

Kolejna hipoteza weryfikowana w badaniu dotyczyła związków między warunkami w jakich przebiegały interakcje z farmaceutami a rodzajem i liczbą zgłaszanych objawów. Przyjęto założenie, że wielkość miejscowości, większa liczba aptek w miejscowości oraz większa liczba osób na zmianie powodują, iż pacjent czuje się bardziej anonimowo. A tym samym zgłasza więcej objawów. Ta hipoteza częściowo się potwierdziła. Pomiedzy wielkością miejscowości a zgłaszanymi przejawami depresji nie zanotowano zależności, natomiast zanotowano, że zły nastrój był częściej zgłaszany w miejscowościach powyżej 100 tysięcy mieszkańców. Istotna zależność wystąpiła także między liczbą aptek w miejscowości (6 lub więcej), a zgłaszaniem złego nastroju. Zły nastrój był częściej zgłaszany w miejscowościach z większą liczbą aptek. Hipoteza o związku między anonimowością a liczbą zgłaszanych objawów potwierdziła się również wtedy, gdy miarą anonimowości była liczba osób pracujących na zmianie. W aptekach z więcej niż dwiema osobami na zmianie zgłaszano większą liczbę objawów depresji. Wykazano również różnice w charakterze zgłaszanych objawów, zły nastrój był częściej zgłaszany w aptekach z większą liczbą osób na zmianie. Klienci z objawami depresji są zazwyczaj mało mówni, nie chcą być zauważeni. W dużych aptekach w miastach czują się anonimowo, bo jest mniejsze prawdopodobieństwo spotkania kogoś znajomego, co daje możliwość większej swobody w rozmowie z farmaceutą.

Przeprowadzone badanie umożliwiło wyciągnięcie następujących wniosków: (1) częstość występowania odniesień do poszczególnych objawów depresji w interakcji pacjent–farmaceuta jest zróżnicowana; (2) zaufanie pacjentów wzrasta z wiekiem, wykształceniem i stażem pracy farmaceutów; (3) ujawnianie objawów depresji przez pacjentów jest zależne od poziomu anonimowości interakcji z farmaceutą.

Praca w aptece stwarza okazję do obserwacji ludzi z objawami różnych chorób, w tym depresji. Istnieje także możliwość obserwacji wielu zjawisk związanych z niedopracowanym systemem działania służby zdrowia. Jednym z wielu czynników poprawiającym jakość życia pacjenta jest opieka farmaceutyczna. Niestety w Polsce jeszcze nie jest rozwinięta i bywa mylona ze zwykłym doradztwem. Klient z objawami depresji jest najsłabszym elementem skutecznej terapii. Często zdarza się, że zamiast pójść do lekarza udaje się najpierw do apteki. Tam napotyka na bariery np. kolejkę i związane z nią objawy niecierpliwości. W takich sytuacjach dobrym rozwiązaniem byłaby propozycja opieki farmaceutycznej i dodatkowe pomieszczenie w aptece do rozmowy z klientem. Niestety niewiele aptek prowadzi opiekę farmaceutyczną i posiada dodatkowe pomieszczenie. Przy okienku pacjent może jedynie przedstawić swoje dolegliwości, zapytać o lek, który może mu pomóc, jak go dawkować. Farmaceuci zazwyczaj starają się pomóc w miarę swoich możliwości, które są ograniczone ze względu na obecność innych osób stojących w kolejce.

Ważnym elementem w pracy farmaceutów są szkolenia, mające podnieść kwalifikacje nie tylko w zakresie wiedzy o działaniu leków, ale także skuteczności prowadzenia komunikacji z klientem. Zasady opieki farmaceutycznej zawierają zalecenie, aby dopytywać pacjentów o dodatkowe objawy choroby (Rutter, 2009). Jeśli pacjent zgłasza ból głowy, należy dopytać jakiego rodzaju jest ten ból i jaka może

być jego przyczyna. W depresji występuje często napięciowy ból głowy. Farmaceuta powinien sprawdzić czy u pacjenta nie występują: brak apetytu, zaburzenia snu, obojętność oraz inne objawy depresji. Jeśli pojawiły się takie dolegliwości należy koniecznie skierować pacjenta do lekarza, a nie rutynowo polecać leki mające w składzie dziurawiec<sup>3</sup>.

Wyniki badania wskazują, że farmaceuci stykają się dosyć często z pacjentami zgłaszającymi niektóre symptomy depresyjne. Pracownicy aptek powinni zatem być dobrze przygotowani w zakresie komunikacji z pacjentami i wiedzy na temat zaburzeń depresyjnych, gdyż mogą mieć istotny wpływ zarówno na przekonania, jak i zachowania osób z objawami depresji.

#### BIBLIOGRAFIA

- Althaus, D., Hegel, U., Reiners, H. (2008). *Depresja?* Poznań: Wydawnictwo Media Rodzina.
- Bilikiewicz, A (red.) (2006). *Psychiatria*. Warszawa: PZWL.
- Chetley, A., Hardon, A., Hodgkin, C., Haaland, A., Fresle, D. (2007). *How to improve the use of medicines by consumers*. World Health Organization. Uzyskano 19.11.2013 z: [http://www.who.int/medicines/areas/rational\\_use/Manual2\\_How-toImprove.pdf](http://www.who.int/medicines/areas/rational_use/Manual2_How-toImprove.pdf).
- Greszta, E. (2006). *Depresja wieku dorastania*. Warszawa: Academica SWPS.
- Hammen, C. (2006). *Depresja*. Gdańsk: GWP.
- Jacennik, B., Zwierzchowski, B. (2010). Analiza tekstów – program do ilościowej analizy treści. Udostępniony z: <http://pobieranie.vizja.pl/analiza-tekstow>.
- Kiejna, A. (2012). Rozpowszechnienie wybranych zaburzeń psychicznych: dane z badania EZOP Polska. Uzyskano 10.04.2013 z: [http://www.ezop.edu.pl/Rozpowszechnienie\\_wybranych\\_zaburzen\\_psychicznych\\_dane\\_z\\_badania\\_EZOP\\_Polska.pdf](http://www.ezop.edu.pl/Rozpowszechnienie_wybranych_zaburzen_psychicznych_dane_z_badania_EZOP_Polska.pdf).
- Łazowski, J. (2005). *Podstawy opieki farmaceutycznej w teorii i praktyce aptecznej*. Warszawa: Wydawnictwo Farmapress.
- Pużyński, S. (2009). *Depresje i zaburzenia afektywne*. Warszawa: PZWL.
- Rutter, P. (2009). *Opieka farmaceutyczna. Objawy, rozpoznanie i leczenie*. Wrocław: Wydawnictwo Medyczne Urban & Partner.
- Ustawa z dnia 10 stycznia 2008 r. – O zmianie ustawy o izbach aptekarskich (Dz.U. z 2008 r. nr 47 poz. 273). Uzyskano 18.08.2010 z: <http://lex.pl/serwis/du/2008/0273.htm>.
- Zimbardo, P. (1999). *Psychologia i życie*. Warszawa: Wydawnictwo Naukowe PWN.

---

<sup>3</sup> Są to preparaty skuteczne w łagodnych dolegliwościach depresyjnych, jednakże wchodzi w interakcje z innymi lekami osłabiając lub zwiększając ich siłę działania.

BEATA HINTZE<sup>1</sup>  
Instytut Psychologii Stosowanej  
Akademia Pedagogiki Specjalnej w Warszawie

**ZABURZENIA PAMIĘCI OPERACYJNEJ  
JAKO POZNAWCZE MARKERY ENDOFENOTYPOWE  
W CHOROBAH PSYCHICZNYCH.  
KONSEKWENCJE DLA PSYCHOSPOŁECZNEGO FUNKCJONOWANIA**

**Working memory disturbances as cognitive endophenotype markers in mental disorders: Implications for psychosocial functioning**

**Abstract**

The aim of the study was to assess working memory and executive functions in first-degree relatives of schizophrenic patients (healthy parents). There were 25 healthy parents of schizophrenic patients, 8 males and 17 females, mean age 53 years, participating in the study. The control group consisted of 25 healthy individuals, matched by age and gender to the parents of schizophrenic patients. In this group, there were 10 males and 15 females, mean age 54 years. The neuropsychological assessment included *Wisconsin Card Sorting Test*, *N-back Test* and *Stroop Test*. The results indicated that there were statistically significant disturbances of working memory and executive functions in the group of healthy first-degree relatives of schizophrenic patients, compared to the group of individuals unrelated to schizophrenic patients. These differences were greater in the case of parents of schizophrenics with lower level of education, compared with the healthy subjects without family history of schizophrenia.

Key words: schizophrenia, bipolar disorder, working memory, first-degree relatives

**WPROWADZENIE TEORETYCZNE**

Od wielu lat na świecie prowadzone są badania dotyczące specyfiki zaburzeń poznawczych, ich występowania, nasilenia oraz wpływu na funkcjonowanie psychospołeczne w chorobach psychicznych, szczególnie w schizofrenii, chorobie afektywnej jednobiegunowej (CHAJ) i dwubiegunowej (CHAD). Obserwowane w tych chorobach dysfunkcje poznawcze dotyczą różnych funkcji kognitywnych takich jak: procesy pamięci i uczenia się, pamięci operacyjnej i funkcji wykonawczych,

---

<sup>1</sup> Adres do korespondencji: bhintze@aps.edu.pl

uwagi, szybkości psychomotorycznej (Reichenberg 2010). Badania Goldman-Rakic (1997, 1999) wykazały związek nieprawidłowego funkcjonowania kory przedczołowej mózgu z zaburzeniami tzw. wyższych funkcji poznawczych (pamięci operacyjnej i funkcji wykonawczych). Dysfunkcje te przejawiają się w trudnościach w zakresie planowania, tworzenia koncepcji logicznej, zdolności do przewidywania konsekwencji swojego zachowania, rozwiązywania problemów, nawiązywania i utrzymywania relacji interpersonalnych, a nawet kontroli przebiegu prowadzonej rozmowy. Dalszy rozwój prac nad uwarunkowaniami neurobiologicznymi zaburzeń poznawczych pozwolił na wyłonienie zaburzeń pamięci operacyjnej jako najważniejszego deficytu występującego w schizofrenii (np. Zanello, Curtis, Badan, Merlo, 2009). Obecność dysfunkcji pamięci operacyjnej została potwierdzona w badaniach z użyciem nowoczesnych technik neuroobrazowania mózgu w czasie stymulacji poznawczej u osób chorych na schizofrenię oraz osób z chorobą afektywną jedno i dwubiegunową (Callicott i in., 2000, Audenaert i in., 2001).

Oceny funkcjonowania poznawczego pacjentów sugerują podobieństwo w zakresie występowania zaburzeń pamięci operacyjnej i funkcji wykonawczych w schizofrenii i chorobie afektywnej dwubiegunowej (Zihl, Gron, Brunnaure, 1998; Verdoux, Liraud, 2000). U większości chorych na schizofrenię wykazano istotne zaburzenia różnych aspektów pamięci operacyjnej w porównaniu z osobami zdrowymi (Silver, Feldman, Bilker, Gur, 2003; Pukrop i in., 2003). Stwierdzono, że zaburzenia te są bardziej nasilone u chorych z wczesnym wiekiem zachorowania, przed 18-rokiem życia w porównaniu z zachorowaniem w okresie dorosłości (Stratta i in., 2003; McClellan, Prezbindowski, Breiger, McCurry, 2004), a także u chorych z wieloletnim czasem trwania choroby (Flashman i Green 2004). Opisano ich występowanie już w fazie prodromalnej (tzw. zwiastunowej czyli w bardzo wczesnej fazie choroby przed pojawieniem się objawów swoistych dla psychozy) i w okresie remisji objawów psychotycznych (Mathes i in., 2005; Pukrop i in., 2006; Hintze, Wciórka, Borkowska, 2007). Natomiast u osób z zaburzeniami afektywnymi dysfunkcje pamięci operacyjnej są silniejsze u osób z CHAD w porównaniu z CHAJ, występują również we wszystkich fazach choroby oraz utrzymują się w okresie remisji (Clark, Iversen, Goodwin, 2001; Martinez-Aran, Penades, Vieta, Reinares, 2002).

W ostatnich latach zwraca się uwagę na możliwość traktowania zaburzeń funkcji poznawczych jako kognitywnych markerów endofenotypowych w schizofrenii i w CHAD. Sformułowano taki wniosek na podstawie wyników badań chorych na schizofrenię i CHAD, a także ich zdrowych krewnych pierwszego stopnia. Stwierdzono, że zaburzenia pamięci operacyjnej są bardziej nasilone u chorych z rozpoznaniem schizofrenii, niż z CHAD, a także znacznie częściej występują u ich zdrowych krewnych pierwszego stopnia (ponad 50%) niż u zdrowych krewnych chorych z CHAD (Hill i in. 2008; Demily, Jacquet, Marie-Cardine, 2009). Wskazuje to na możliwość genetycznych uwarunkowań zaburzeń poznawczych w chorobach psychicznych (Glahn i in., 2003; Bove, 2008; Frantom, Allen, Cross, 2008). Badania krewnych pierwszego stopnia osób chorych psychicznie dotyczą potomstwa, rodzeństwa i rodziców. Jabben, Arts, van Os, Krabbendam (2010) zbadali pacjentów ze spektrum schizofrenii, z chorobą afektywną dwubiegunową, krewnych pierwszego stopnia obu grup pacjentów i odpowiednio dobrane do nich grupy kon-



tolne. Wykazali oni, że deficyty poznawcze są bardziej nasilone i bardziej uogólnione u chorych ze spektrum schizofrenii w porównaniu z pacjentami z CHAD. Autorzy uzyskali także istotny związek pomiędzy nasileniem zaburzeń poznawczych a gorszym funkcjonowaniem psychospołecznym w obu grupach pacjentów, jednak był on bardziej istotny u chorych ze spektrum schizofrenii. Osłabienie funkcjonowania poznawczego stwierdzono u krewnych pacjentów ze spektrum schizofrenii, ale nie u krewnych osób z CHAD. Badania te potwierdzają wcześniejszą obserwację, że dysfunkcje poznawcze można traktować jako cechę rodzinnej podatności do zachorowania, szczególnie na schizofrenię. Ważnych informacji na temat uwarunkowań rodzinnych deficytów poznawczych w schizofrenii dostarczyły badania z udziałem: zdrowych rodziców (Dollfus i in., 2002; Appels, Sitskoorn, Westers, Lems, Kahn, 2003), zdrowego rodzeństwa (Saoud i in., 2000; Egan i in., 2001), bliźniąt mono- i dizygotycznych, z których jedno choruje na schizofrenię oraz potomstwa osób chorych – w tym dzieci adoptowanych (Pardo i in., 2000; Glahn i in., 2003). Wyniki różnych badań wskazują na występowanie zaburzeń różnych funkcji poznawczych u zdrowych krewnych pierwszego stopnia osób chorych na schizofrenię (Snitz, MacDonald, Carter, 2006).

Zaburzenia funkcji poznawczych w chorobach psychicznych mają istotne znaczenie dla rokowania i przebiegu psychozy, jakości życia i funkcjonowania psychospołecznego pacjentów oraz ich rodzin. Badania wykazały, że dysfunkcje poznawcze determinują przystosowanie społeczne chorych, a nawet pogarszają je. Znacznie nasilone dysfunkcje kognitywne zmniejszają samodzielność pacjentów, ich możliwość korzystania z terapii, uczestniczenia w życiu społecznym, kształcenia się, podjęcia lub kontynuowania pracy zawodowej czy założenia i utrzymania własnej rodziny (Green, Kern, Heaton, 2004; Jabben i in., 2010). Dlatego tak ważne jest prowadzenie badań pozwalających na dużo lepsze poznanie różnych uwarunkowań tych chorób psychicznych i wychwytywanie tzw. grup wysokiego ryzyka czyli osób z większą predyspozycją do zachorowania.

W niewielu ośrodkach w Polsce prowadzono badania dotyczące zaburzeń poznawczych w chorobach psychicznych, szczególnie u zdrowych krewnych pierwszego stopnia osób z zaburzeniami psychicznymi (Rybakowski, Borkowska, 2002; Hintze, Bembenek, Kuhn-Dymecka, Wrońska, Wciórka, 2006 a i b; Permoda-Osip, Borkowska, Rybakowski, 2009; Remberk, Namysłowska, Rybakowski, 2012). W ostatnich latach wzrosło zainteresowanie diagnostyką zaburzeń poznawczych u osób chorych psychicznie i ich krewnych, wraz z próbą tworzenia dla nich odpowiednich metod terapeutycznych i treningów funkcji poznawczych, jako integralnego elementu całościowego leczenia.

Celem badań własnych było określenie stopnia zaburzeń pamięci operacyjnej i funkcji wykonawczych u zdrowych krewnych pierwszego stopnia na przykładzie rodziców osób chorych na schizofrenię. W kontekście przedstawionych powyżej wyników badań w niniejszym artykule postawiono następującą hipotezę:

1. U rodziców osób chorych na schizofrenię występują zaburzenia niektórych aspektów pamięci operacyjnej i funkcji wykonawczych w porównaniu z osobami bez historii schizofrenii w rodzinie.

## METODA

### OSOBY BADANE

Grupę kliniczną stanowiło 25 zdrowych rodziców osób chorych na schizofrenię, w tym 8 mężczyzn i 17 kobiet w wieku od 44 do 69 lat (średnia wieku  $53 \pm 6$ ), z wykształceniem liczonym w latach edukacji od 10 do 20 lat (średni czas nauki  $14 \pm 4$ ). Wykształcenie zawodowe posiadało 5 osób, średnie 9, a wykształcenie wyższe 11 osób.

Grupę kontrolną osób dobranych pod względem płci i wieku do grupy rodziców osób chorych na schizofrenię stanowiło 25 osób, w tym 10 mężczyzn i 15 kobiet, w wieku 40–75 lat (średnia wieku  $55 \pm 9$ ), z wykształceniem liczonym w latach edukacji 14–20 lat (średnia  $16 \pm 2$ ). Wykształcenie zawodowe posiadały 2 osoby, średnie 11, natomiast wykształcenie wyższe 12 osób.

Osoby z grupy kontrolnej nie leczyły się z powodu chorób psychicznych, neurologicznych, ciężkich schorzeń somatycznych, nie były uzależnione od alkoholu ani substancji psychoaktywnych. Nie posiadały również krewnych pierwszego stopnia chorych na schizofrenię, ani inne zaburzenia psychiczne.

### PROCEDURA BADAŃ

Uczestnicy badań z obu grup wyrażali pisemne zgody na przeprowadzenie badań, po zapoznaniu się z ich celem i charakterem (jest to jedna z ważniejszych przyczyn ograniczenia liczby osób z grup rodzin z krewnym chorym na schizofrenię, wynikająca z lęku rodzin przed wynikami badań). Osoby badane zostały również poinformowane, że mogą się wycofać z badania w każdym momencie, nie podając przyczyn, bez ponoszenia żadnych konsekwencji z tym związanych. Badanie neuropsychologiczne było prowadzone w czasie jednego spotkania.

### ZASTOSOWANE NARZĘDZIA

Do oceny pamięci operacyjnej i funkcji wykonawczych użyto trzech komputerowych testów: 1. *Test sortowania kart Wisconsin (WCST)* w wersji Heaton (Heaton, Chelune, Talley, Kay, Cuertiss, 1993). W ocenie wyników testu wzięto pod uwagę: procent wszystkich błędów, procent błędów perseweracyjnych, procent błędów nieperseweracyjnych, procent reakcji zgodnych z koncepcją logiczną, liczbę poprawnie ułożonych kategorii, liczbę kart potrzebnych do ułożenia pierwszej kategorii.

2. *Test prostej wzrokowej pamięci operacyjnej N-back* (Coppola, 1999). W badaniu zastosowano wersję z liczbami 1-back. Osoba badana musiała zapamiętać eksponowaną aktualnie na ekranie komputera cyfrę oraz cyfrę prezentowaną poprzednio. Jej zadaniem było przyciśnięcie klawisza cyfry, która prezentowana była przed wyświetlaną aktualnie. W teście tym obliczano procent poprawnych reakcji, procent błędnych reakcji oraz czas reakcji.

3. *Test Stroopa* z Wiedeńskiej Baterii Testów (1991). Zastosowana w badaniu wersja Testu interferencji Stroopa jest komputerową wersją testu opartą na efekcie interferencji kolor-słowo, opracowanego przez Stroopa (Stroop, 1935). W przeprowadzonym badaniu wykorzystano wersję S4 „interferencji koloru” oraz „interferencji słów”.

## WYNIKI

Tabela 1

Wyniki w Teście Sortowania Kart Wisconsin uzyskane przez zdrowych rodziców osób chorych na schizofrenię w porównaniu z wynikami dobranych do nich osób kontrolnych (test U-Manna Whitneya). Wyniki średnie

WCST	Rodzice chorych na schizofrenię N = 25, średnie i odchylenie standardowe	Grupa kontrolna dla rodziców N = 25, średnie i odchylenie standardowe	Z-poprawione dla pomiarów niezależnych
Liczba wszystkich błędów	23,76 (10,20)	13,84(2,85)	3,81**
Bł. perseweracyjne	11,96 (5,96)	7,40 (1,73)	3,04**
Bł. nieperseweracyjne	11,80 (5,58)	6,44 (2,52)	3,96**
% odp. koncepcyjnych	70,28 (14,07)	84,88 (4,06)	4,18**
Liczba kategorii	5,56 (0,86)	6,00 (0,00)	2,58*
I kategoria	14,68 (6,44)	12,80 (3,23)	1,01; ns

Adnotacja. \*  $p < 0,05$ ; \*\*  $p < 0,01$ ; ns – różnice nieistotne statystycznie.

Rodzice osób chorych na schizofrenię uzyskali istotnie statystycznie gorsze wyniki w pięciu parametrach testu WCST w porównaniu z dobranymi do nich osobami. Popelnili oni istotnie więcej wszystkich błędów, błędów perseweracyjnych i nieperseweracyjnych, uzyskali znacznie niższy wskaźnik odpowiedzi zgodnych z koncepcją logiczną, a także ułożyli mniej poprawnych kategorii. Jedynie nie różnili się oni pod względem liczby prób niezbędnych do ułożenia pierwszej kategorii w porównaniu z osobami z grupy kontrolnej.

Tabela 2

Wyniki Testu N-back uzyskane przez zdrowych rodziców osób chorych na schizofrenię w porównaniu z wynikami dobranych do nich osób kontrolnych (test U-Manna Whitneya). Wyniki średnie

N-BACK	Rodzice chorych na schizofrenię N = 25, średnie i odchylenie standardowe	Grupa kontrolna dla rodziców N = 25, średnie i odchylenie standardowe	Z-poprawione dla pomiarów niezależnych
% R poprawnych	73,44 (28,09)	88 (16,00)	1,67; ns
% R błędnych	26,52 (28,08)	12 (16,00)	1,64; ns
Czas reakcji	936,36 (298,08)	854,92 (277,19)	0,80; ns

Adnotacja. ns – różnice nieistotne statystycznie.

W Teście N-back wyniki rodziców osób chorych na schizofrenię nie różniły się istotnie statystycznie od wyników grupy kontrolnej.

Tabela 3

Wyniki w Teście Stroopa uzyskane przez rodziców osób chorych na schizofrenię w porównaniu z wynikami dobranych do nich osób kontrolnych (Test U Manna Whitneya). Wyniki średnie

Test stroopa	Rodzice chorych na schizofrenię N = 25, średnie i odchylenie standardowe	Grupa kontrolna dla rodziców N = 25, średnie i odchylenie standardowe	Z-poprawione dla pomiarów niezależnych
Czas F1 (w tenach)	35,24 (7,37)	35,72 (6,73)	0,56; ns
Czas F2 (w tenach)	33,28 (6,48)	35,04 (7,89)	0,74; ns
Czas F3 (w tenach)	35,68 (7,53)	38,04 (9,33)	0,82; ns
Czas F4 (w tenach)	36,00 (6,99)	37,20 (7,63)	0,63; ns
Liczba bł. w F1	1,52 (3,09)	0,96 (1,65)	0,05; ns
Liczba bł. w F2	0,84 (1,65)	0,56 (0,96)	0,33; ns
Liczba bł. w F3	1,36 (1,75)	1,56 (1,85)	0,44; ns
Liczba bł. w F4	2,08 (4,36)	1,64 (1,99)	0,39; ns
Czas całkowity (min.)	9,49 (1,75)	8,83 (1,26)	1,15; ns

Adnotacja. ns – różnice nieistotne statystycznie.

W Teście Stroopa, wyniki uzyskane przez rodziców osób chorych na schizofrenię nie różniły się istotnie statystycznie od wyników grupy kontrolnej.

Tabela 4

Korelacje ( $\rho$  Spearmana) pomiędzy wiekiem, płcią i wykształceniem a wynikami testów neuropsychologicznych u badanych rodziców osób chorych na schizofrenię

Testy	Wiek	Płeć	Lata edukacji
WCST			
Liczba wszystkich błędów	-0,45	-0,20	-0,49
Bł. perseweracyjne	-0,38	-0,04	-0,42*
Bł. nieperseweracyjne	-0,36	-0,17	-0,46*
% odp. koncepcyjnej	0,40*	0,17	0,49*
Liczba kategorii	0,20	-0,02	0,32
I kategoria	0,03	-0,08	-0,34
N-back			
% R poprawnych	-0,10	0,15	0,43*
% R błędnych	0,10	-0,15	-0,43*
Czas reakcji	0,05	-0,19	-0,19
Test Stroopa			
Czas F1 (w tenach)	-0,04	-0,10	0,46*
Czas F2 (w tenach)	0,00	0,20	0,49*
Czas F3 (w tenach)	0,05	-0,21	0,57**
Czas F4 (w tenach)	-0,06	-0,03	0,34
Liczba błędów F1	-0,00	0,01	0,12
Liczba błędów F2	0,12	-0,20	-0,37
Liczba błędów F3	0,18	0,36	-0,47*
Liczba błędów F4	-0,06	0,14	-0,59**
Czas całkowity (minuty)	0,04	0,00	-0,48*

Adnotacja. \* $p < 0,05$ ; \*\* $p < 0,01$ .

Wiek i płeć badanych rodziców nie miały związku z wykonaniem przez nich testów neuropsychologicznych, z wyjątkiem korelacji wieku ze wskaźnikiem odpowiedzi zgodnych z koncepcją logiczną oraz sumą wszystkich błędów w WCST. Stwierdzono, że im wyższy był wiek osób z grupy rodziców, tym uzyskiwały one wyższy wskaźnik odpowiedzi zgodnych z koncepcją logiczną oraz popełniły w sumie mniej błędów.

Stwierdzono istotne korelacje pomiędzy wykształceniem rodziców osób chorych na schizofrenię a wynikami w testach neuropsychologicznych. Osoby z dłuższym czasem edukacji prezentowały istotnie lepsze rezultaty w testach neuropsychologicznych. W teście Wisconsin popełniły one mniej wszystkich błędów, błędów perseweracyjnych, nieperseweracyjnych oraz miały wyższy wskaźnik odpowiedzi zgodnych z koncepcją logiczną. W Teście N-back uzyskiwały więcej poprawnych i mniej błędnych reakcji, a w Teście Stroopa miały krótszy czas wykonania całości testu, szczególnie trzech pierwszych podtestów oraz popełniły istotnie mniej błędów w podtestach F3 i F4 związanych z umiejętnością przełączania się na nowe kryterium.

#### PODSUMOWANIE I DYSKUSJA

W prezentowanym badaniu wykazano istotne różnice w nasileniu zaburzeń pamięci operacyjnej i funkcji wykonawczych u rodziców osób chorych na schizofrenię w porównaniu z osobami bez historii schizofrenii w rodzinie, co potwierdza postawioną hipotezę.

Zdrowi rodzice osób chorych na schizofrenię przede wszystkim znacznie gorzej wykonali Test sortowania kart Wisconsin niż odpowiednio dobrane do nich osoby dorosłe. W teście WCST uzyskali oni istotnie wyższy wskaźnik wszystkich popełnionych błędów, błędów perseweracyjnych wskazujący na osłabienie u nich elastyczności procesów poznawczych i występowanie reakcji stereotypowych; wyższy wskaźnik błędów nieperseweracyjnych świadczący o zaburzeniach koncentracji uwagi, niższy wskaźnik odpowiedzi zgodnych z koncepcją logiczną sugerujący trudności w formułowaniu koncepcji logicznej, osłabienie możliwości korzystania z doświadczenia i z nowych informacji, a także ułożyli mniej poprawnych kategorii, co sugeruje osłabienie efektywności myślenia. Wynik ten wskazuje na osłabienie funkcji wykonawczych i pamięci operacyjnej u krewnych pierwszego stopnia osób chorych na schizofrenię. Wyniki te korespondują z wynikami uzyskanymi przez zachodnich badaczy (np. Franke, Maier, Hain, Klinger, 1992; Birketta i in., 2008) oraz polskich (np. Rybakowski, Borkowska, 2002; Hintze i in., 2006 a i b). Badania zespołów bydgoskiego i poznańskiego z udziałem chorych na schizofrenię (większość w okresie pierwszego zachorowania), ich obojga rodziców, u których nigdy nie stwierdzono zaburzeń psychicznych oraz osób zdrowych wykazały, że osoby chore uzyskały w większości testów oceniających różne aspekty pamięci operacyjnej, najgorsze wyniki. Wyniki zdrowych rodziców były istotnie gorsze w porównaniu z grupą kontrolną w zakresie wykonania części B Testu Stroopa i WCST (w liczbie ułożonych kategorii i procencie odpowiedzi zgodnych z koncepcją logiczną). Różnice te silniej były wyrażone u ojców, natomiast w znacznie mniejszym stopniu dotyczyły matek osób chorych (Rybakowski, Bor-

kowska, 2002). W badaniach zespołu warszawskiego porównano wyniki siedmiu testów psychologicznych z Wiedeńskiej Baterii Testów, oceniających różne funkcje poznawcze (związane z procesami uwagi, szybkością reakcji na bodźce o różnej modalności, pojemnością pamięci bezpośredniej wzrokowo-przestrzennej, gotowości do reagowania stereotypowego – perseweracji), u osób chorych na schizofrenię, krewnych pierwszego stopnia i osób zdrowych. Uzyskane wyniki testu Persev oraz Corsiego wykazały istotnie większe tendencje do perseweracji i zmniejszenia pojemności pamięci wzrokowo-przestrzennej u chorych na schizofrenię, jak i ich krewnych pierwszego stopnia w porównaniu z osobami zdrowymi. Natomiast w teście LVT (śledzenia linii) chorzy na schizofrenię osiągnęli istotnie gorsze rezultaty w porównaniu z pozostałymi grupami. W tym teście wyniki rodziców osób chorych na schizofrenię plasowały się pomiędzy wynikami osób chorych a osób bez rodzinnego obciążenia schizofrenią. W testach reakcji na bodźce proste o różnej modalności najslabsze wyniki otrzymywali chorzy na schizofrenię, ich czas reakcji był znacznie dłuższy, szczególnie w reagowaniu na dwie różne sekwencje bodźców. W testach tych nie było istotnych różnic pomiędzy krewnymi chorych na schizofrenię a osobami zdrowymi (Hintze i in., 2006 a i b).

W prezentowanym badaniu wykonanie Testu N-back i Stroopa było podobne w grupie rodziców osób chorych na schizofrenię i w grupie kontrolnej. Podobne wyniki uzyskali Kremen, Faraone, Seidman, Peple, Tsuang (1998). Wykonanie Testu Stroopa przez krewnych pierwszego stopnia chorych na schizofrenię i krewnych osób z chorobą afektywną dwubiegunową oraz osoby zdrowe nie różniło się między sobą w wyżej wymienionym badaniu. Jednak w pozostałych testach poznawczych oceniających funkcje wykonawcze, uwagę, różne aspekty pamięci wykazano, że krewni pierwszego stopnia chorych na schizofrenię uzyskują gorsze wyniki w porównaniu nie tylko z osobami zdrowymi, ale też w porównaniu z krewnymi pierwszego stopnia osób z chorobą afektywną dwubiegunową.

Oslabienie pamięci operacyjnej i funkcji wykonawczych, czyli tzw. funkcji czołowych, może być związane z ograniczeniem zdolności do formułowania własnych sądów na temat otoczenia, możliwości właściwego obioru i interpretacji zachowań ludzi (w tym rozpoznawania stanu emocjonalnego), umiejętności dostosowania się do zmieniających się warunków środowiska, podejmowania decyzji czy nabywania nowych umiejętności społecznych. Współczesne badania potwierdziły taką zależność u chorych na schizofrenię (Green, Kern, Roberstson, Sergi, Kee, 2000; Hofer i in., 2009).

Uzyskane wyniki nawiązują do podjętych w ostatnim okresie badań nad zaburzeniami funkcji poznawczych u krewnych pierwszego stopnia chorych na schizofrenię. Wysoka zgodność występowania podobnych dysfunkcji poznawczych u bliźniąt monozygotycznych, rodzeństwa i rodziców osób chorych na schizofrenię wskazuje na możliwość ich genetycznego uwarunkowania. Jest ona także niezwykle istotna w badaniach nad etiopatogenezą schizofrenii i jej konsekwencjami dla funkcjonowania psychospołecznego. W ostatnich badaniach własnych dotyczących zaburzeń funkcji poznawczych u adolescentów z wczesnym zachorowaniem na schizofrenię (EOS) wykazano, że młodzież z EOS i z rodzinną historią występowania psychozy ma istotnie silniejsze zaburzenia różnych modalności pamięci

operacyjnej w porównaniu z rówieśnikami z EOS, ale bez obciążenia rodzinnego psychozą (Hintze, 2012). W grupie tej uzyskano również istotne związki pomiędzy deficytami poznawczymi a gorszym funkcjonowaniem psychospołecznym, przejawiającym się w dużych trudnościach związanych z kontynuowaniem nauki szkolnej, z nawiązywaniem i utrzymywaniem relacji z rówieśnikami, z powrotem do wcześniejszych zainteresowań.

W prezentowanym badaniu wykonanie testów neuropsychologicznych przez rodziców osób chorych na schizofrenię istotnie korelowało z poziomem wykształcenia. Osoby z dłuższym czasem edukacji prezentowały istotnie lepsze wykonanie we wszystkich testach neuropsychologicznych. Świadczy to o sprawniejszym funkcjonowaniu poznawczym w zakresie różnych modalności pamięci operacyjnej i funkcji wykonawczych. Rodzice osób chorych na schizofrenię z lepszym poziomem funkcji poznawczych prezentują prawdopodobnie wyższe możliwości ułatwiające im zdobycie wykształcenia, a z drugiej strony, sam proces nauki może, podobnie jak treningi funkcji poznawczych, korzystnie wpływać na polepszanie tych funkcji. Dodatkowo, biorąc pod uwagę związek pomiędzy funkcjonowaniem poznawczym a funkcjonowaniem psychospołecznym (takim jak zdolność rozumienia złożonych sytuacji społecznych, nawiązywania i podtrzymywania kontaktów interpersonalnych czy zdobycie wykształcenia i zawodu), można przypuszczać, że krewni z mniej nasilonymi zaburzeniami poznawczymi mają także większe możliwości rozwoju społecznego. Zależność ta jest interesująca, ale wymaga dalszych badań.

Bardzo istotnych danych dostarczyła meta-analiza przeprowadzona przez zespół Sitskoorn (2004) dużej liczby badań neuropsychologicznych oceniających różne aspekty funkcjonowania poznawczego (pamięci słownej, bezsłownej, operacyjnej, funkcji wykonawczych, sprawności psychomotorycznej, uwagi, IQ, zdolności językowych i innych) dotycząca porównania wyników krewnych pierwszego stopnia, w tym potomstwa, rodzeństwa i rodziców chorych na schizofrenię z osobami zdrowymi. Wykazano w niej, że wykonanie testów neuropsychologicznych przez krewnych pierwszego stopnia chorych na schizofrenię wskazuje u nich na mniejszą elastyczność procesów poznawczych w porównaniu z osobami zdrowymi. Wyniki tej meta-analizy oraz kolejnej dokonanej przez Snitza i in. (2006) dowodzą, że deficyty stwierdzone u krewnych pierwszego stopnia chorych na schizofrenię szczególnie dotyczą takich obszarów, jak: różne modalności pamięci, funkcji wykonawczych i uwagi.

Wyniki powyższych badań oraz badań własnych dotyczą ważnych implikacji do pracy terapeutycznej z pacjentami a także ich krewnymi. Wskazują jak ważna jest diagnoza funkcjonowania poznawczego w chorobach psychicznych. U osób z bardziej nasilonymi dysfunkcjami poznawczymi należy stosować odpowiednio dobrane metody. Na początku powinny być przeprowadzone treningi funkcji poznawczych, ponieważ deficyty poznawcze wpływają niekorzystnie na całe funkcjonowanie społeczne. Następnie włączenie treningów różnych umiejętności społecznych, dotyczących komunikacji interpersonalnej, rozwiązywania problemów, podejmowania decyzji oraz radzenia sobie ze stresem. Chorym pomagają one w osiągnięciu i utrzymaniu niezależności w zakresie codziennego funkcjonowania, a rodzinom w lepszym psychospołecznym funkcjonowaniu i radzeniu sobie z przewlekłym stresem, jakim jest opieka nad osobą chorą psychicznie.

Podsumowując: zaburzenia pamięci operacyjnej i funkcji wykonawczych występują u zdrowych rodziców osób chorych na schizofrenię w porównaniu z grupą kontrolną. Dysfunkcje te są bardziej nasilone u rodziców osób chorych na schizofrenię z niższym wykształceniem. Osłabione funkcjonowanie poznawcze może niekorzystnie wpływać na funkcjonowanie psychospołeczne krewnych pierwszego stopnia osób chorych na schizofrenię.

#### BIBLIOGRAFIA

- Appels, M. C. M., Sitskoorn, M., Westers, P., Lems, E., Kahn, R. S. (2003). Cognitive dysfunctions in parents of schizophrenic patients parallel the deficits found in patients. *Schizophrenia Research*, 63, 285–293.
- Audenaert, K., Lahorte, P., Brans, B., van Laere, K., Goethals, I., van Heeringen, K., Dirckx, R. (2001). The classical Stroop interference task as a prefrontal activation probe: a validation study using Tc-ECD brain SPECT. *Nuclear Medicine Communications*, 22, 135–143.
- Birkett, P., Sigmundsson, T., Sharma, T., Touloupoulou, T., Griffiths, T. D., Reveley, A., Murray, R. (2008). Executive function and genetic predisposition to schizophrenia – The Maudsley Family Study. *American Journal of Medical Genetics Part B*, 147B, 285–293.
- Bove, E. A. (2008). Cognitive performance and basic symptoms in first-degree relatives of schizophrenic patients. *Comprehensive Psychiatry*, 49, 321–329.
- Callicott, J. H., Bertolino, A., Mattay, V. S., Langheim, F. J. P., Duyn, J., Coppola, R., Goldberg, T. E., Weinberger, D. R. (2000). Physiological dysfunction of dorsolateral prefrontal cortex in schizophrenia revisited. *Cerebral Cortex*, 10, 1078–1092.
- Clark, L., Iversen, S. D., Goodwin, G. M. (2001). A neuropsychological investigation of prefrontal cortex involvement in acute mania. *American Journal of Psychiatry*, 158, 1605–1611.
- Coppola, R. Working Memory Test V1.06.1 (1999). *Clinical Brain Disorder*, Branch, NIMH.
- Demily, C., Jacquet, P., Marie-Cardine, M. (2009). How to differentiate schizophrenia from bipolar disorder using cognitive assessment? *Encephale*, 35, 139–145.
- Dollfus, S., Lombardo, C., Benali, K., Halbecq, I., Abadie, P., Marie, R. M., Brazo, P. (2002). Executive/attentional cognitive functions in schizophrenic patients and their parents: a preliminary study. *Schizophrenia Research*, 53, 93–99.
- Egan, M. F., Goldberg, T. E., Gscheidle, T., Weirich, M., Rawlings, R., Hyde, T. M., Bigelow, L., Weinberger, D. R. (2001). Relative risk for cognitive impairments in siblings of patients with schizophrenia. *Biological Psychiatry*, 15, 98–107.
- Flashman, L. A., Green, M. F. (2004). Review of cognition and brain structure in schizophrenia: profiles, longitudinal course, and effects of treatment. *Psychiatric Clinics of North America*, 27(1), 1–18.
- Frantom, L. V., Allen, D. N., Cross, C. L. (2008). Neurocognitive endophenotypes for bipolar disorder. *Bipolar Disorder*, 10, 387–399.
- Franke, P., Maier, W., Hain, Ch., Klinger, T. (1992). Wisconsin Card Sorting Test: an indicator of vulnerability to schizophrenia? *Schizophrenia Research*, 6, 243–249.



- Glahn, D. C., Therman, S., Manninen, M., Huttunen, M., Kaprio, J., Lonquist, Cannon, T. D. (2003). Spatial working memory as an endophenotype for schizophrenia. *Biological Psychiatry*, 53, 624–626.
- Goldman-Rakic, P. S. (1999). The physiological approach: functional architecture of working memory and disordered cognition in schizophrenia. *Biological Psychiatry*, 46, 650–661.
- Goldman-Rakic, P. S. (1997). Functional and anatomical aspects of prefrontal pathology in schizophrenia. *Schizophrenia Bulletin*, 23, 437–458.
- Green, M. F., Kern, R. S., Roberstson, M. J., Sergi, M., Kee, K. S. (2000). Relevance of neurocognition deficits for functional outcome in schizophrenia. In: T. Sharma, P. Harvey (eds). *Cognition in schizophrenia: Impairments, Importance and treatment Strategies* (s. 178–192). Oxford University Press.
- Green, M. F., Kern, R. S., Heaton, R. K. (2004). Longitudinal studies of cognition and functional outcome in schizophrenia: implications for MATRICS. *Schizophrenia Research*, 72, 41–51.
- Heaton, R. K., Chelune, G. J., Talley, J. L., Kay, G., Cuertiss, G. (1993). Wisconsin Card Sorting Test Manual: Revised and expanded. *Psychological Assessment Resources*, Odessa: FL.
- Hill, S. K., Harris, M. S., Herbener, E. S., Pavuluri, M., Sweeney, J. A. (2008). Neurocognitive allied phenotypes for schizophrenia and bipolar disorder. *Schizophrenia Bulletin*, 34, 743–759.
- Hintze, B. (2012). *Zaburzenia poznawcze i objawy psychopatologiczne jako predyktory psychospołecznego funkcjonowania we wczesnej schizofrenii*. Wykład wygłoszony na 26. Konferencji Sekcji Psychiatrii Dzieci i Młodzieży, Warszawa.
- Hintze, B., Wciórka, J., Borkowska, A. (2007). Zaburzenia pamięci operacyjnej i funkcji wykonawczych u chorych na schizofrenię w okresie częściowej remisji objawów psychopatologicznych. *Psychiatria, Via Medica*, 4, 2, 1–7.
- Hintze, B., Bembenek, A., Kuhn-Dymecka, A., Wrońska, A., Wciórka, J. (2006a). Working memory dysfunction in patients suffering from schizophrenia and their first-degree relatives. *Archives of Psychiatry and Psychotherapy*, 8, 1, 17–29.
- Hintze, B., Bembenek, A., Kuhn-Dymecka, A., Wrońska, A., Wciórka, J. (2006b). Attention impairment in patients suffering from schizophrenia and their relatives of first-degree. *Archives of Psychiatry and Psychotherapy*, 8, 2, 13–23.
- Hofer, A., Bencke, C., Edlinger, M., Huber, R., Kemmler, G., Rettenbacher, M. A., Schleich, G., Fleischhacker, W. (2009). Facial emotion recognition and its relationship to symptomatic, subjective and functional outcomes in outpatients with chronic schizophrenia. *European Psychiatry*, 24, 1, 27–32.
- Jabben, N., Arts, B., van Os, J., Krabbendam, L. (2010). Neurocognitive functioning as intermediary phenotype and predictor of psychosocial functioning across the psychosis continuum: studies in schizophrenia and bipolar disorder. *Journal of Clinical Psychiatry*, 71(6), 764–774.
- Kremen, W., Faraone, S. V., Seidman, L. J., Peple, Tsuang, M. T. (1998). Neuropsychological risk indicators for schizophrenia: a preliminary study of female relatives of schizophrenic and bipolar probands. *Psychiatry Research*, 79, 227–240.

- Martinez-Aran, Penades, R., Vieta, E., Reinares, M. (2002). Executive function in patients with remitted bipolar disorder and schizophrenia and its relationship with functional outcome. *Psychotherapy and Psychosomatics*, 71, 39–46.
- Mathes, B., Wood, S. J., Proffitt, T., Stuart, G. W., Buchanan, J. A., Velakoulis, D., Brewer, W., McGorry, P. D., Pantelis, C. (2005). Early processing deficits in object working memory in first-episode schizophrenia psychosis and established schizophrenia. *Psychological Medicine*, 35, 1053–1062.
- McClellan, J., Prezbindowski, A., Breiger, D., McCurry, C. (2004). Neuropsychological functioning in early onset psychotic disorders. *Schizophrenia Research*, 68, 21–26.
- Pardo, P. J., Knesevich, M. A., Vogler, G. P., Pardo, J., Toene, B., Cloninger, R., Posner, M. (2000). Genetic and state variables of neurocognitive dysfunction in schizophrenia: a twin study. *Schizophrenia Bulletin*, 26, 459–477.
- Permoda-Osip, A., Borkowska, A., Rybakowski, J. (2009). Deficyt funkcji wykonawczych u potomstwa pacjentów z chorobą afektywną dwubiegunową. *Neuropsychiatria i Neuropsychologia*, 4, 3-4, 145–149.
- Pukrop, R., Matuschek, E., Ruhrmann, S., Brockhaus-Dumke, A., Tendolkar, I., Bertsch, A., Klosterkötter, J. (2003). Dimensions of working memory dysfunction in schizophrenia. *Schizophrenia Research*, 62, 259–268.
- Pukrop, R., Schulze-Lutter, F., Ruhrmann, S., Brockhaus-Dumke, A., Tendolkar, I., Bechdolf, A., Matuschek, E., Klosterkötter, J. (2006). Neurocognitive functioning in subjects at risk a first episode of psychosis compared with first- and multiple-episode schizophrenia. *Journal of Clinical and Experimental Neuropsychology*, 28, 1388–1407.
- Reichenberg, A. (2010). The assesment of neuropsychological functioning in schizophrenia. *Dialogues in Clinical Neuroscience*, 12(3), 383–392.
- Remberk, B., Namysłowska, I., Rybakowski, F. (2012) Cognitive impairment and formal thought disorders in parents of early-onset schizophrenia patients. *Neuropsychobiology*, 65(4), 206–215.
- Rybakowski, J. K., Borkowska, A. (2002). Eye movement and neuropsychological studies in first-degree relatives of schizophrenic patients. *Schizophrenia Research*, 54, 105–110.
- Saoud, M., d'Amato, T., Gutknecht, Ch., Triboulet, P., Bertaud, J. P., Marie-Cardine, M., Dalery, J., Rochet, T. (2000). Neuropsychological deficit in siblings discordant for schizophrenia. *Schizophrenia Bulletin*, 26, 893–902.
- Silver, H., Feldman, P., Bilker, W., Gur, R. C. (2003). Working memory deficit as a core neuropsychological dysfunction in schizophrenia. *American Journal of Psychiatry*, 160, 1809–1816.
- Stratta, P., Arduini, L., Daneluzzo, E., Daneluzzo, E., Rinaldi, O., di Genova, A., Rossi, A. (2003). Relationship of good and poor Wisconsin Card Sorting Test performance to illness duration in schizophrenia: a cross-sectional analysis. *Psychiatry Research*, 121(3), 119–227.
- Stroop, J. R. (1935). Studies of interference in serial verbal reactions. *Journal of Experimental Psychology*, 18(6), 643–661.

- Sitskoorn, M., Aleman, A., Ebisch, S. J. H., Appels, M. C. M., Kahn, R. S. (2004). Cognitive deficits in relatives of patients with schizophrenia: a meta-analysis. *Schizophrenia Research*, 71, 285–295.
- Snitz, B. E, MacDonald, A. W, Carter, C. S. (2006). Cognitive deficits in unaffected first-degree relatives of schizophrenia patients: a meta-analytic review of putative endophenotypes. *Schizophrenia Bulletin*, 32, 179–194.
- Wiener Test System. Dr. Schuhfried GmbH, 1991. Katowice: Alta.
- Verdoux, H., Liraud, F. (2000). Neuropsychological function in subjects with psychotic and affective disorders. Relationship to diagnostic category and duration of illness. *European Psychiatry*, 15, 236–243.
- Zanello, A., Curtis, L., Badan Ba, M., Merlo, M. C. G. (2009). Working memory impairments in first-episode psychosis and chronic schizophrenia, *Psychiatry Research*, 165, 10–18.
- Zihl, J., Gron, G., Brunnaure, A. (1998). Cognitive deficits in schizophrenia and affective disorder: evidence for a final common pathway disorder. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 97, 351–357.

## LISTA RECENZENTÓW ROCZNIKA 2013

Małgorzata Basińska  
Mariola Bidzan  
Dorota Cianciara  
Jan Cieciuch  
Krzysztof Fronczyk  
Barbara Gawda  
Zbigniew Gaś  
Zuzanna Górka  
Konrad Janowski  
Aleksandra Jaworowska  
Jarosław Jastrzębski  
Agnieszka Kałwa  
Stanisław Kowalik  
Monika Kowalska-Dąbrowska  
Bogusława Lachowska  
Władysław Jacek Paluchowski  
Konrad Piotrowski  
Mieczysław Płopa  
Maria Straś-Romanowska  
Maciej Stolarski  
Dariusz Turek  
Jan Tylka  
Ludwika Wojciechowska  
Emilia Wrocławska-Warchała  
Marina Zalewska  
Bogdan Zawadzki