

## Konsultacja rodzinna – możliwości i ograniczenia Systemic Consultation – about Possibilities and Limitations

Maria Rostw o r o w s k a, Małgorzata Opoczyńska, Bogdan de Barbaro<sup>1</sup>

Z Kliniki Psychiatrii Dorosłych  
Katedry Psychiatrii CM UJ  
Kierownik: dr hab. n. med. A. Zięba

<sup>1</sup>Z Zakładu Terapii Rodzin  
Katedry Psychiatrii CM UJ  
Kierownik: dr hab. n. med. B. de Barbaro

---

Praca przedstawia miejsce i rolę konsultacji rodzinnej w procesie diagnostyczno-terapeutycznym osób hospitalizowanych po raz pierwszy z powodu psychozy.

konsultacja rodzinna  
pierwszy epizod psychiatryczny

The paper presents the role of systemic consultation in the diagnostic and therapeutic process of people hospitalised for the first time because of a psychotic episode.

systemic consultation  
first psychotic episode

---

### Wstęp

Jaką rolę w procesie diagnostyczno-terapeutycznym osób hospitalizowanych po raz pierwszy z powodu objawów psychozy odgrywa konsultacja rodzinna? Jeśli jest formą współpracy z rodziną osoby hospitalizowanej, to czym różni się od innych jej form, takich jak wywiad rodzinny, spotkania psychoedukacyjne, interwencje systemowe? Jakie stwarza możliwości, jakie niesie zagrożenia? Co proponuje? To tylko niektóre pytania, jakie stawia nam codzienna praktyka kliniczna, której konsultacja rodzinna stanowi integralną część.

W niniejszym artykule, odwołując się do własnych doświadczeń klinicznych, chcemy podzielić się refleksjami, jakie pytania te w nas budzą. Pomimo trudności, z jakimi konfrontuje nas konsultacja rodzinna, sądzimy, iż pełni ona bardzo ważną rolę w procesie diagnostyczno-terapeutycznym osób hospitalizowanych po raz pierwszy z powodu objawów psychozy [1]. Co więcej, wydaje się nam niezastąpiona, jeśli zależy nam na optymalnej, tzn. dostosowanej do indywidualnych potrzeb, współpracy

---

\* Przedmiotem prezentowanego artykułu nie jest teoretyczny opis konsultacji rodzinnej jako sposobu pracy diagnostyczno-terapeutycznej, ale próba pokazania jego praktycznego zastosowania w warunkach oddziału stacjonarnego. Konsultacja rodzinna, wywodząca się z myślenia systemowego, ma swoje bogate piśmiennictwo także w języku polskim. Wybór tych prac, szczególnie ważnych dla poruszanego tematu, zamieszczamy na końcu artykułu.

z rodziną [2]\*.

### **Konsultacja rodzinna jako jedna z form współpracy z rodziną pacjenta**

Oddział, na którym przeprowadzana jest konsultacja, jest oddziałem koedukacyjnym, z 16 łózkami, przeznaczonym głównie dla osób po raz pierwszy chorujących na psychozę. Leczone są na nim najczęściej osoby młode. Wiek pacjentów, jak i specyfika dolegliwości psychicznych, na jakie cierpią, sprawiają, że od współpracy z ich rodzinami zależy bardzo często powodzenie leczenia. Stąd wielka waga, jaką przykładamy od lat do różnych form tej współpracy [3, 4].

Wśród stosowanych przez nas form współpracy z rodziną pacjenta znajdują się: wywiad rodzinny, grupy psychoedukacyjne, interwencje systemowe oraz konsultacje rodzinne. Formy te, mimo wspólnego nadrzędnego celu, jakim jest współpraca z rodziną na rzecz procesu leczenia, różnią się między sobą co najmniej pod trzema względami. Po pierwsze – relacja pomiędzy rodziną a terapeutą-konsultantem jest w każdej z tych form inna; po drugie – każda z nich, mimo wspólnego nadrzędnego celu, różni się celem specyficznym; po trzecie wreszcie – każda z form niesie ze sobą inne możliwości, inne też stawia granice.

Rozmowy indywidualne z poszczególnymi członkami rodziny pacjenta są okazją do zebrania wywiadu na temat chorego, okoliczności poprzedzających hospitalizację, zwiastunów choroby. Terapeuta postrzegany jest przez udzielających wywiadu najczęściej jako ekspert, który wie, o co pytać. Rodzina udziela mu odpowiedzi w nadziei na uzyskanie pomocy dla swego bliskiego. Wywiad służy przede wszystkim zebraniu informacji. Jego niewątpliwą zaletą jest to, iż obiektywizuje informacje, których udzielił sam pacjent, wadą natomiast, że sam domaga się obiektywizacji – jest przecież tylko jedną z możliwych perspektyw patrzenia na sytuację. Ponadto ta forma kontaktu z rodziną, jeśli jest formą jedyną, może utwierdzać rodzinę w przekonaniu, że odpowiedzialność za proces leczenia spada wyłącznie na terapeuta. Terapeuta jest w tym procesie postrzegany jako strona aktywna, rodzina zaś jako bierna. Wątpliwości budzi także fakt, iż z reguły rozmowy z rodziną odbywają się pod nieobecność hospitalizowanego. Może to dodatkowo wywołać w nim wrażenie, że nie ma wpływu na swoje leczenie, że ważne decyzje o nim zapadają poza jego plecami.

Grupy psychoedukacyjne są organizowane dla rodzin hospitalizowanych pacjentów. Ich celem jest, z jednej strony, dostarczenie rodzinie podstawowych informacji na temat choroby bliskiego i procesu leczenia, z drugiej – są okazją do dzielenia się wspólnymi troskami, jakie niesie kontakt z chorym, poszukiwania najbardziej optymalnych sposobów pomocy mu i radzenia sobie z własnym brzemieniem [5].

Grupy psychoedukacyjne mają być w swym zamyśle przede wszystkim wsparciem dla rodziny. Terapeuta prowadzący spotkanie postrzegany jest jako ekspert posiadający wiedzę na temat choroby i sposobu jej leczenia. Jest dla grupy autorytetem, rodziny oczekują od niego porady, liczą się z jego zdaniem. Pozytywna rola psychoedukacji w procesie leczenia pacjentów z objawami psychozy jest niepodważalna [6, 7]. Przykładowo, jej doniosły wpływ na obniżanie wskaźnika ujawnianych emocji, jednego z ważniejszych predyktorów nawrotów w schizofrenii, potwierdzony został w wielu badaniach. Grupy psychoedukacyjne sprzyjają także utrzymaniu kontaktu rodziny

z instytucją, w której leczony jest pacjent, co, jak przyjmuje się, sprzyja procesowi leczenia.

Mimo niewątpliwych zalet grup psychoedukacyjnych, ta forma współpracy z rodziną wzbudza także poważne wątpliwości. Zwraca się uwagę na niebezpieczeństwo stygmatyzacji pacjenta, wzmocnienia postaw nadopieczuńskich wobec niego, mówi się także, że dla niektórych rodzin oczekiwana od nich rola koterapeuty jest zbyt obciążająca [5].

Interwencje systemowe rodzin hospitalizowanych pacjentów odbywają się poza oddziałem, w Zakładzie Terapii Rodzin, placówce współpracującej z oddziałem. Mają one cel terapeutyczny i służą wywołaniu w systemie rodzinnym zmiany. Terapeuta prowadzący sesję zawieszają najczęściej rolę eksperta. W odróżnieniu od osoby prowadzącej grupy psychoedukacyjne, nie naucza. Jest tym, który stymuluje dialog wewnątrzrodzinny, uważa się bowiem, że zmiana w rodzinie jest następstwem toczącego się dialogu. Rodzina postrzegana jest jako partner. Zostaje zawieszony podział na zdrowych i chorych, terapeuta staje się częścią systemu rodzinnego [8, 9].

Niezależnie od odległych następstw interwencji systemowych, zaletą takiej formy współpracy z rodziną jest fakt, iż w czasie spotkań każdy z jej członków traktowany jest na równi. Hospitalizowany członek rodziny, tak jak jego bliscy, włączony jest w proces terapii. Pojawia się szansa na uwolnienie go od etykiety chorego i znalezienia innego, niż medyczny, opisu sytuacji. Każda z uczestniczących w terapii stron może poczuć się współodpowiedzialna za zmiany w rodzinie [10].

Mimo potencjalnych możliwości, jakie niesie ze sobą interwencja systemowa, ta forma współpracy nie jest możliwa do podjęcia przez każdą rodzinę. Zaproszenie do partnerstwa często bywa zbyt trudne dla rodziny – układ zależności od terapeuty-eksperta, choć z perspektywy terapeuty może wydać się trudniejszy, z punktu widzenia rodziny bardziej odpowiada jej oczekiwaniom oraz możliwościom. Nie zawsze też rodzina oczekuje zmian, a wtedy propozycja terapii, nawet jeśli pierwotnie zostanie przez rodzinę przyjęta, w dalszej perspektywie jest odrzucana.

Konsultacja rodzinna z założenia nie jest ani zbieraniem wywiadu, ani edukacją rodziny, ani jej terapią, ale okazją do wzajemnego poznania się: rodzina poznaje terapeuty, terapeuta poznaje rodzinę. Poznanie, do którego dochodzi, daje podstawę do wspólnego poszukiwania optymalnych form współpracy w leczeniu pacjenta. Mówiąc inaczej, zasadniczym celem konsultacji jest zorientowanie się w oczekiwaniach rodziny, sposobie rozumienia sytuacji, w jakiej się obecnie znajduje, rozpoznania, jaka jest jej gotowość do współpracy i do jakiego typu współpracy. Terapeuta pełni tu rolę konsultanta, a nie eksperta, a jeśli eksperta, to jedynie – od organizowania rozmowy, a następnie formułowania na podstawie tej rozmowy propozycji współpracy [8, 11, 12, 13].

### **Miejsce konsultacji i jej przebieg**

Konsultacja rodzinna zastąpiła wcześniejsze wizyty domowe, składane rodzinie pacjenta w czasie, gdy ten przebywał na oddziale. Doświadczenia wyniesione z tamtego okresu, a przede wszystkim wątpliwości i ograniczenia, związane z tamtą formą pracy, stały się impulsem do organizowania spotkań z pacjentem i jego rodziną na

terenie oddziału.

Konsultacja rodzinna ma miejsce na początku hospitalizacji, z reguły kilka dni po przyjęciu pacjenta na oddział. Prowadzi ją terapeuta nie zaangażowany bezpośrednio w terapię danego pacjenta. Nie jest to więc ani lekarz prowadzący terapię indywidualną, ani psycholog odpowiedzialny za badania psychologiczne. Na konsultację zapraszane są wszystkie mieszkające z pacjentem osoby. Najczęściej są to członkowie rodziny, ale nie tylko – często są to osoby pozostające z rodziną w związkach nieformalnych.

Konsultacje odbywają się w gabinecie z jednostronną szybą. Oprócz członków rodziny, pacjenta i konsultanta, w konsultacji biorą udział także obserwatorzy. Są nimi z reguły osoby szkolące się, a także indywidualni terapeuci. Ich udział w konsultacji zależy od zgody rodziny i pacjenta.

Konsultacja składa się z dwóch części: zasadniczej, z reguły około godzinnej, oraz drugiej, krótszej, będącej podsumowaniem spotkania. Konsultację zaczyna osoba prowadząca spotkanie, czyli konsultant. Rozpoczyna od przedstawienia się, a także opisanego przebiegu konsultacji. Następnie pozostali uczestnicy spotkania proszeni są o przedstawienie się, przy czym nie chodzi tylko o podanie imienia i związków pokrewieństwa z leczonym pacjentem, ale o inne, uznane za ważne, informacje, np. na temat wykonywanej pracy, zainteresowań.

Następne pytania konsultanta dotyczą kolejno: oczekiwań pacjenta i rodziny związanych ze spotkaniem, układu rodzinnego i jego struktury, ról pełnionych w rodzinie, problemów uznanych przez rodzinę aktualnie za najważniejsze, możliwości i sposobów ich rozwiązania w przyszłości. Pierwsza część spotkania kończy się z chwilą opuszczenia przez konsultanta rodziny i udania się na rozmowę z obserwatorami. Rozmowa dotyczy tego, jak odebrali konsultację, na co zwrócili uwagę. Wspólnie zastanawiają się nad ofertą współpracy, jaką można złożyć rodzinie. Przykładowo, w zależności od języka, w jakim rodzina definiuje swe problemy, może to być propozycja psychoedukacji (gdy dominuje język medyczny), propozycja interwencji systemowej (gdy dominuje język psychologiczny i rodzina sygnalizuje potrzebę zmian) [8].

Po wymianie stanowisk konsultant wraca do rodziny i informuje ją o przebiegu rozmowy z grupą obserwatorów. Pada wtedy propozycja określonej formy współpracy z rodziną.

### **Zasady prowadzenia konsultacji**

Celem konsultacji rodzinnej jest zorientowanie się w sposobie, w jaki rodzina rozumie sytuację, i sformułowanie, na tej podstawie, optymalnej, tzn. odpowiadającej potrzebom rodziny propozycji współpracy. Ważne jest, aby konsultant nie zdominował pozostałych uczestników spotkania, lecz stworzył okazję do wspólnej rozmowy. W tym celu oczekuje się od niego przestrzegania pewnych zasad. Po pierwsze, jest to zasada neutralności, która mówi, iż konsultant nie dokonuje ocen i nie przyłącza się do żadnej koalicji istniejącej wewnątrz rodziny, innymi słowy – utrzymuje tę samą bliskość z każdym z uczestników spotkania. Po drugie, obowiązuje zasada ciekawości (zaciekawienia), a więc powstrzymywania się od interpretowania, diagnozowania, innymi słowy – od przedwczesnego „wiedzenia” utrudniającego otwartość wobec tego, co jest

mówione. Po trzecie wreszcie, realizowana jest zasada zadawania pytań cyrkularnych, oznaczająca rezygnację z pytań o to, „jak było, jak jest”, na rzecz pytań zwiększających ciekawość wewnątrzrodzinną i otwierających na przyszłość [11, 14, 15].

### **Ograniczenia konsultacji**

Możliwości, jakie otwiera konsultacja rodzinna, w praktyce klinicznej bywają niekiedy ograniczone. Dzieje się tak nie tylko dlatego, że konsultantowi trudno realizować założenia teoretyczne tej formy współpracy z rodziną (co w konsekwencji może prowadzić do nieosiągnięcia stawianych przed konsultacją celów), ale także dlatego, iż forma ta może być dla samych rodzin zbyt trudna.

W innym miejscu szerzej zostały opisane trudności, przed jakimi staje konsultant zapraszając rodzinę na konsultację, tu więc ograniczymy się tylko do ich skrótowego przypomnienia [13]. I tak, z jednej strony, konsultantowi grozi zagubienie postawy neutralności i uprzywilejowanie jednego z języków ujawniających się w czasie spotkania. Z drugiej strony, zachodzi ryzyko przyjęcia na siebie roli eksperta narzucającego innym swój medyczny język. Oba niebezpieczeństwa ograniczają możliwość swobodnego dialogu mówiących różnymi językami osób. W rezultacie, konsultacja rodzinna, zamiast przekonywać do porozumienia, może umacniać istniejące wcześniej nieporozumienia lub stwarzać nowe.

Zalóżmy, że konsultantowi udaje się w trakcie spotkania zachowywać neutralność i przestrzegać zasady ciekawości, że udaje mu się zrezygnować z pozycji eksperta na rzecz pozycji „niewiedzenia”. Dla rodziny jednak postawa konsultanta nie będącego ekspertem, pytającego, a nie odpowiadającego, zaciekawionego, a nie zaspokajającego ciekawość, niekoniecznie musi być rozumiana jako zaproszenie do współpracy. Przeciwnie, może niekiedy zniechęcać do niej, gdyż zbyt się różni od wyobrażeń i oczekiwań, jakie rodzina wiązała ze spotkaniem. W świadomości potocznej konsultacja medyczna kojarzy się z zasięgnięciem wiedzy u specjalisty. Zaproszenie na konsultację może być więc rozumiane jako możliwość skonsultowania swojej wiedzy z wiedzą eksperta i jako okazja do zadania mu pytań, na które samemu nie znajduje się odpowiedzi. Wówczas czymś naturalnym są oczekiwania, że konsultant będzie ekspertem dzielącym się swoją wiedzą. Tymczasem zainteresowani spotykają konsultanta, który sam chce u nich „zasięgnąć konsultacji”, który odwołuje się do ich wiedzy i ich rozumienia sytuacji, który nie odpowiada, lecz pyta. Spotykają się także z jego neutralnością, podczas gdy oczekiwali być może wparcia, współczucia, „pochylenia się” nad ich problemem.

Jak zatem członkowie rodziny przeżywają neutralność i zawieszenie przez konsultanta roli eksperta? Czy nie odbierają jego postawy jako odrzucającej? Czy nie podejrzewają go o brak kompetencji? Czy nie doświadczają braku zrozumienia? Czy wobec tego mogą czuć się zaproszeni do współpracy?

### **Konsultacja rodzinna – zaproszenie do współpracy?**

Konsultant rodzinny, jeśli ma zapraszać rodzinę do współpracy, musi nie tylko dbać o przestrzeganie zasad neutralności i zawieszenie roli eksperta, ale także powinien liczyć się z niezwykłością sytuacji, jaką rodzina w trakcie konsultacji może przeżywać. Można przyjąć, że współpraca z rodziną zaczyna się jeszcze przed samą konsultacją, w momencie zapraszania na spotkanie. Ważne jest, w jaki sposób terapeuta zaprasza rodzinę na to spotkanie, czy sam jest przekonany co do jego znaczenia, czy zapraszając na konsultację w sposób jasny powie, na czym będzie ona polegała, innymi słowy, czy zasygnalizuje jej odmienny niż w potocznym rozumieniu sens.

Z naszych dotychczasowych doświadczeń wynika, że „dobre zaproszenie” rodziny na konsultację zwiększa szansę na dobrą współpracę w jej trakcie. Przede wszystkim sprzyja zmniejszeniu spodziewanej różnicy w oczekiwaniach, jakie mają konsultant i rodzina. Może zapobiec niepotrzebnym rozczarowaniom. Często się zdarza, że „dobre zaproszenie” nie niweluje różnic we wzajemnych oczekiwaniach. W takich przypadkach dalsza współpraca z rodziną zależeć będzie w dużym stopniu od gotowości i umiejętności konsultanta radzenia sobie z obserwowaną różnicą. Nie jest to tylko różnica pomiędzy jego oczekiwaniami a oczekiwaniami rodziny jako całości. Do rzadkości należą sytuacje, w których poszczególni członkowie rodziny mówią jednym głosem. Z reguły różnią się między sobą i z tymi różnicami konsultant także musi sobie radzić. Wtedy, gdy nie będzie się bał owych różnic, będzie mógł je łatwiej dostrzec i nazwać. Nie bojąc się ich, nie będzie ich niwelował, narzucając z pozycji eksperta swoje spójne rozumienie sytuacji. Będzie współpracował i zapraszał do współpracy. W tym przypadku oznacza to, że konsultant będzie się starał tak przeformułowywać swoje wypowiedzi i wypowiedzi innych uczestników spotkania, by zmniejszać różnice między poszczególnymi mapami [16]. Będzie to sygnał, że te różnice akceptuje, a następnie stosownie do nich postępuje – w zależności od sposobu, w jaki rodzina rozumie sytuację, proponuje jej albo psychoedukację, albo interwencje systemowe, albo też indywidualny kontakt z terapeutą.

Owo dostosowanie propozycji form współpracy z rodziną i pacjentem do ich potrzeb i możliwości należy do najcenniejszych atutów konsultacji rodzinnej. Dzięki temu możliwe jest zbliżenie się do realizacji jednego z postulatów stawianych przed współczesną psychiatrią, aby proponowany model leczenia był dobierany do pacjenta i jego rodziny, a nie na odwrót [2]. Zdarza się, że rodziny, pomimo „dobrego zaproszenia”, nie przyjmują propozycji współpracy. Przyjęcie jednak perspektywy, w której model współpracy dostosowany jest do potrzeb i możliwości rodziny, ułatwia terapeutę akceptację wyboru rodziny, a na przyszłość nie zniechęca do zapraszania kolejnych rodzin do współpracy.

### **Podsumowanie**

Powyżej przedstawiono miejsce i rolę konsultacji rodzinnej w procesie diagnostyczno-terapeutycznym osób hospitalizowanych po raz pierwszy z powodu psychozy oraz możliwości, jakie ta forma współpracy z rodziną niesie ze sobą. Zasygnalizowano także ograniczenia, jakie są z nią związane.

Jesteśmy przekonani, że mimo trudności, jakie związane są z tą formą współpracy, konsultacja rodzinna jest niezastąpionym narzędziem w codziennej pracy klinicznej. Zgadamy się w pełni w tym względzie ze zdaniem redaktorów pracy pt. *Systems consultations. A new perspective for family therapy*, „że konsultacja daje nam czas do namysłu, a tym samym zwiększa szansę, że nasze późniejsze propozycje terapeutyczne będą w większym stopniu dostosowane do potrzeb rodziny, a nie ordynowane automatycznie” [17].

### Summary

The paper presents the role of systemic consultation in the diagnostic and therapeutic process of the people hospitalised for the first time because of a psychotic episode.

The following questions are going to be put: What is the role of systemic family consultation in the diagnostic and therapeutic process on the inpatient ward? What are the differences between systemic consultation and others forms of family interventions f.e. family interviews, psycho – education, systemic therapy? What are possibilities and limitations of consultation? What does it invite to?

These are only some of those questions, which are typical for daily clinical practice, in which the family consultation takes an important part. In this paper according to our clinical experience, we would like to share some of our thoughts on the questions put. In spite of difficulties the family consultation confronts us with, we are deeply convinced that it has an important part in therapeutic and diagnostic process.

Ñĕññłĕř' ĕřńńóëũñřóĕ' â ñłĕůł - âĭĕĕĭĭññĕ ĕ ĭăđřĭĕ-łĭĕ'

### Ñřăđĕřĭĕł

Ĕřĕół đĕĕũ â äĕřăĭññĕ-łņĕł- ñłđřđ'łăñĕ-łņĕłĕ đ'đĭółñłł ĕăđřłñ ĕřńńóëũñřóĕ' â ñłĕůł đ'řóĕłĭñă, äĭñđĕñřĕĕĕđăřĭřĭũó äđ'łđăũł đ'ł'ăĭăó đ'ñĕóĭñĕ-łņĕĕó ñĕĕđ'ñĕĭă ? Łñĕĕ ŷñĭ óĭđĕř ñĭñđóăĭĕ-łññăř ñ ñłĕũł, ĕ äĭñđĕñřĕĕĕđăřĭřĭũă đ'řóĕłĭñř, ñĭ -łĕ ĭř ĭñĕĕ-řłññ' ĭñ äđóăĕó óĭđĕ ñĭñđóăĭĕ-łññăř, ñřĕĕó ĕřĕ ñłĕłĕłũĕ řĭřĕłĕ, đ'ñĕółŷăóĕřóĕĭřĭũł äññđł-ĕ, ñĕññłĕřłł ĕĭłđăłĭóĕĕ. Ĕřĕĕł äř, ñ äĭĕĕĭĭññĕ, ĕřĕĕł ĭłñ, ñ óăđĭĕũ ? Ĕ -łĕó đ'řăóĕăřłñ? ŷñĭ ĕĕřũ ĭłĕłñđũł äĭđ'đĭñũ, ĕłñđũł ññřăĕñ đ'łđłă ĭřĕĕ łĕłăłłăř' ĕĕĕĭĕ-łņĕř' đ'đřĕñĕĕř, ĕłñđĕł ĕĭłłăđřĕũłĕ -řłññũł 'ăĕ'łññ' ĕřńńóëũñřóĕ' â ñłĕůł.

Â đřăĭñł, ĭñĭñ' ñũ ĕ ñăăñăłĭłĭłĕó ĕĕĕĭĕ-łņĕłĕó ĭđ'ũńó, óĭñĕĕ đ'řăłĕĕñũñ' ññřăđřĕłĕĕ' ĕĕ, äĭĕĕĕĕřĕĕĕ ĭř ŷñĕ äĭđ'đĭñũ. ĭł äĕĕđř' ĭř ñđóăĭññĕ, đ'łđłă ĕłñđũĕĕ ññřăĕñ ĭřñ ñłĕłĕř' ĕřńńóëũñřóĕ' Řăñđũł ñ-ĕñřłñ, -ñĭ ĭř ĕñđ'řĕł ĭñ ĭ-łĭũ äřĕĭół đĕĕũ â äĕřăĭññĕ-łņĕł-ñłđřđ'łăñĕ-łņĕłĕ đ'đĭółñłł đ'řóĕłĭñă, äĭñđĕñřĕĕĕđăřĭřĭũó äđ'łđăũł đ'ł'ăĭăó đ'ñĕóĭñĕ-łņĕĕó ñĕĕđ'ñĕĭă. Ř äĭĕłł ñăă, ĕřĕłññ' ĭłĕřĕłĕĕĕĕ, łñĕĕ äóĕřłĕ ĭă ĭđ'ñĕĕřĕũłĕ ñĭñđóăĭĕ-łññăł ñ ñłĕũłĕ, ñ.ł. đ'đĕñđ'ñĭăĕłĭłĕ ĕ ĕĭăĕăĕăó-řĕũłĕ ĭ, đ'ñđłăłĭññ' ĕ.

### Familienberatung – Möglichkeiten und Beschränkungen

#### Zusammenfassung

Welche Rolle spielt die Familienberatung im diagnostisch – therapeutischen Prozeß der wegen der Psychosesymptome hospitalisierten Patienten? Wenn die Familienberatung die Form einer Zusammenarbeit mit der Familie der hospitalisierten Person ist, dann worin unterscheidet sie sich von anderen Formen der Zusammenarbeit, solchen wie Familieninterview, psychobildendes Treffen, Systemeingreifen? Welche Möglichkeiten schafft sie und welche Gefahren bringt sie mit sich? Wozu lädt sie ein? Es sind nur manche Fragen, die uns das tägliche klinische Praktikum stellt, dessen Familienberatung einen integralen Teil bildet.

In der Arbeit, wo wir uns auf eigene klinischen Erfahrungen berufen, möchten wir auf die

Fragen kommen, welche in uns erwachen. Trotz der Schwierigkeiten, auf die wir bei der Familienberatung kommen, glauben wir, dass sie eine wichtige Rolle im diagnostisch-therapeutischen Prozeß der wegen der Psychose hospitalisierten Personen spielt.

Noch mehr, sie scheint uns nicht zu ersetzen zu sein, wenn wir eine optimale Zusammenarbeit mit der Familie verlangen, dh. eine an individuelle Bedürfnisse der Familie angepaßte Zusammenarbeit.

### La consultation de famille – ses possibilités et ses limites

#### Résumé

La pratique clinique quotidienne dont la consultation de famille constitue une partie importante pose des questions suivantes: quel est le rôle de la consultation de famille dans le processus thérapeutique et diagnostique des personnes hospitalisées pour la première fois à cause de la psychose? Si elle est une forme de la coopération avec la famille de la personne hospitalisée comment elle diffère d'autres formes telles que l'interview familial, la psycho-éducation, la thérapie systémique? Quelles sont ses possibilités et ses limites? A quoi elle nous invite? Ce travail envisage ces questions en basant sur les expériences cliniques des auteurs. Ils pensent que malgré les difficultés qu'elle provoque, la consultation de famille joue un rôle important dans le diagnostic et la thérapie des personnes hospitalisées pour la première fois à cause de la psychose et en plus, elle semble indispensable si nous tenons à la thérapie la meilleur et adaptée aux besoins individuelles.

#### Piśmiennictwo

1. Rostworowska M, Opoczyńska M, Ćwikliński Z. *Proces diagnostyczno-terapeutyczny pacjentów z pierwszym epizodem psychotycznym w warunkach oddziału stacjonarnego*. Psychiatr. Pol. 1997; XXXI, 7: 5–20.
2. Alanen YO. *Schizofrenia: jej przyczyny i leczenie dostosowane do potrzeb*. Warszawa: Wyd. Instytutu Psychiatrii i Neurologii; 2000.
3. Cechnicki A, Drozdowski P, Kurgan A, Zadęcki J, Zawadzka K. *Terapia bifokalna w leczeniu schizofrenii. Bilans dwuletnich doświadczeń z grup rodzinnych*. Psychoter. 1979; 28: 21–27.
4. De Barbaro B, Ostoja-Zawadzka K. *Diagnoza rodziny chorego na schizofrenię*. Psychiatr. Pol. 1984; XVIII 6: 571–575.
5. Rostworowska M, Robak J, de Barbaro B, Budzyna-Dawidowski P, Ostoja-Zawadzka K. *Zasady psychoedukacji*. W: de Barbaro B, red. *Schizofrenia w rodzinie*. Kraków: Wydawnictwo UJ; 1999, s. 69–78.
6. Robak J. *Efektywność psychoedukacji*. W: de Barbaro B, red. *Schizofrenia w rodzinie*. Kraków: Wydawnictwo UJ; 1999, s. 79–89.
7. Dixon L, Adams C, Lucksted A. *Update on family Psychoeducation for schizophrenia*. Schizophr. Bull. 2000; 26 (1): 5–19.
8. De Barbaro B, Ostoja-Zawadzka K, Drożdżowicz L. *Sposoby współpracy z rodziną*. W: de Barbaro B, red. *Schizofrenia w rodzinie*. Kraków: Wydawnictwo UJ; 1999, s. 107–128.
9. Deissler K. *Terapia systemowa jako dialog. Odkrywanie samego siebie?* Kraków: Wydawnictwo UJ; 1998.
10. Ludwig K. *Terapia systemowa: podstawy teoretyczne i praktyka*. Gdańskie Wydawnictwo Psychologiczne; 1995.
11. Weber T, McDaniel S, Wynne L. *Signposts for systems consultation*. W: Wynne LC, red. *Systems consultation. A new perspective for family therapy*. New York: Guilford Press; 1986; 29–34.
12. Namysłowska I. *Miejsce terapii rodzin w leczeniu schizofrenii*. W: Bomba J, red. *Schizofrenia: różne konteksty, różne terapie*. Kraków: Biblioteka Psychiatrii Polskiej, 2000, s. 47–53.



13. Rostworowska M, Opoczyńska M. *Schizofrenia: o czym nie można milczeć, o tym trzeba umieć mówić. Implikacje praktyczne*. W: Bomba J, red. *Schizofrenia: różne konteksty, różne terapie II* cz. Kraków: Biblioteka Psychiatrii Polskiej [w druku].
14. Cecchin G. *Mediolańska szkoła terapii rodzin. Wybór prac*. Kraków: Collegium Medicum; 1995.
15. Namysłowska I. *Terapia rodzin*. Warszawa: Springer PWN; 1997.
16. Andersen T. *The reflecting team*. Broadstairs: Borgmann Publishing Ltd; 1990.
17. Wynne LC, red. *Systems consultation. A new perspective for family therapy*. New York: Guilford Press; 1986.

Otrzymano: 7.09.2001  
Zrecenzowano: 29.10.2001  
Przyjęto do druku: 21.11.2001

Adres: Maria Rostworowska  
Klinika Psychiatrii Dorosłych CM  
UJ

