

## Znaczenie konsultacji rodzinnej dla diagnozy psychiatrycznej

### The role of systemic consultation in the psychiatric diagnosis

Maria Rostworowska, Małgorzata Opoczyńska,  
Bogdan de Barbaro\*, Jolanta Robak

Z Kliniki Psychiatrii Dorosłych, Katedry Psychiatrii CM UJ

Kierownik: prof. dr hab. n. med. A. Zięba

\*Z Zakładu Terapii Rodzin Katedry Psychiatrii CM UJ

Kierownik: dr hab. n. med. B. de Barbaro

**Summary:** Basing on the example of one patient and her family, the advantages and disadvantages of a systemic consultation are presented. The patient was hospitalised due to schizophrenia. In the given example the psychiatrist was an observer of the consultation conducted by a therapist from the ward. A systemic consultation allowed a “multiple-picture” to be obtained: the family members and the patient presented their own understanding of the situation, their “stories” This new and multi-perspective description, showing the patient’s symptoms functionality caused diagnostic uncertainty in the psychiatrist – how far is the diagnosis of schizophrenia a justifiable one. The possibility to empathise with the existential, psychological and family problems of the patient caused a scepticism in the psychiatrist, towards the stigmatising diagnosis. The authors stress the danger arising in the systemic consultation, which broadens and deepens the knowledge on the patient’s situation. According to the authors, the systemic consultation is necessary to understand the social context of the patient and to formulate a complex treatment plan. At the same time however, the multiple layered perspective (which contains the psychological, social and existential domains of the patient) should not over-shadow the psychopathological domain. For the therapeutic team, the consideration of the given levels of systemic reality description remains a challenge.

*Słowa klucze:* klucze: konsultacja rodzinna, diagnoza psychiatryczna,  
pierwszy epizod psychotyczny

*Key words:* systemic consultation, psychiatric diagnosis, first psychotic episode

#### Uwagi wstępne

Poprzednie publikacje [1, 2, 3] dotyczyły konsultacji rodzinnej jako jednej z form współpracy z rodziną osób chorujących na schizofrenię. Omawiane były zasady jej

prowadzenia, przebieg oraz możliwości i ograniczenia, jakie stwarza w praktyce [2]. Ilustracją teoretycznych rozważań była praca stanowiąca zapis warsztatu poświęconego konsultacji rodzinnej [3].

Niniejsze rozważania koncentrują się na pytaniach o użyteczność konsultacji rodzinnej w procesie diagnostycznym osób po raz pierwszy hospitalizowanych z powodu zaburzeń psychicznych. Rozszerzając perspektywę rozumienia pacjenta, wzbogacając rozumienie medyczne diagnozą systemową, konsultacja zwiększa szanse na leczenie dostosowane do potrzeb i możliwości pacjenta i jego rodziny [4]. Powstaje wszakże pytanie, w jakim stopniu może ona podważyć sens diagnozy medycznej, w jakim wskazać na jej ograniczenia, a w jakim wręcz zakwestionować tę diagnozę. Próba odpowiedzi na to pytanie będzie analiza konkretnej konsultacji rodzinnej.

### Sytuacja poprzedzająca konsultację

Pacjentka, lat 20, studentka filologii, została przyjęta po raz pierwszy na oddział psychiatryczny na podstawie skierowania wystawionego przez psychiatrę w rejonie. Zgłosiła się na oddział w towarzystwie ojca. W chwili przyjęcia nie miała poczucia choroby. Była wszechstronnie zorientowana. Wypowiadała treści o charakterze urojeń oddziaływania. Między innymi twierdziła, że żyje w dwóch światach – realnym i w krainie czarów. W krainie czarów zamieszkuje wraz z duchami i wróżkami, które mają na nią bardzo duży wpływ. Nakazują i komentują jej zachowanie. Widzi je trzecim okiem, rozmawia z nimi. Jest w krainie czarów postacią ważną, wróżką, w której mocy jest ochrona innych duchów przed złem. Pomimo swego znaczenia, musi być uległa względem innych mocy. Duchy nie znoszą sprzeciwu, a jeśli zażądają ofiary jej życia, ona zgodzi się na to.

Świat realny, jak twierdziła pacjentka, jest znacznie uboższy od krainy czarów. Nie ma w nim przyjaciół. Na codzienność składają się nudne studia oraz niesatysfakcjonujące kontakty z ojcem, który oczekuje od niej dorosłości. Zaprzecza, jakoby jej matka nie żyła. Twierdzi, że pozostaje z nią w stałym kontakcie. Nie wymawia jednak jej imienia. Mówi o niej: „ona”.

Zdaniem ojca, który przyprowadził córkę na oddział, po śmierci jej matki, a jego żony, zamknęła się ona jeszcze bardziej w świecie swych wewnętrznych przeżyć. Należała zawsze do osób raczej zamkniętych w sobie, teraz jednak jej wycofanie pogłębiło się znacznie. Zaczęła opuszczać zajęcia na uczelni, choć wcześniej należała do osób bardzo sumiennych. Większość czasu spędzała samotnie. Sprawiała wrażenie nieobecnej. Niepokój ojca wzbudziły dziwaczne zachowania córki, które obserwował od paru tygodni. Ubierała się w zwiewne szale, półnaga wychodziła do ogrodu, stała na parapacie okna sprawiając wrażenie, jakby z kimś rozmawiała. Wybiegała na jezdnię i kładła się na niej pomimo ruchu ulicznego.

Na podstawie badania psychiatrycznego oraz wywiadu udzielonego przez ojca pacjentki, lekarz psychiatra rozpoznał u niej objawy schizofrenii urojeniowej. W czasie wstępnego badania psychiatrycznego pacjentka wykazywała oznaki zaburzeń myślenia w postaci niedokojarzenia, myślenia symbolicznego i dereistycznego. Ponadto miała omamy słuchowe w postaci głosów komentujących i nakazujących, chwilami jej zachowanie i nastrój były nieadekwatne, sprawiała wrażenie nieobecnej, jakby z kimś rozmawiała. Wyraziła zgodę na leczenie w klinice głównie za namową ojca. Sama nie

widziała takiej potrzeby. Psychiatra ustalił też, że powyższe objawy utrzymywały się od kilku miesięcy i nasiliły się w ostatnich tygodniach. W jego opinii hospitalizacja była konieczna z uwagi na zachowania zagrażające życiu i bezpieczeństwu pacjentki.

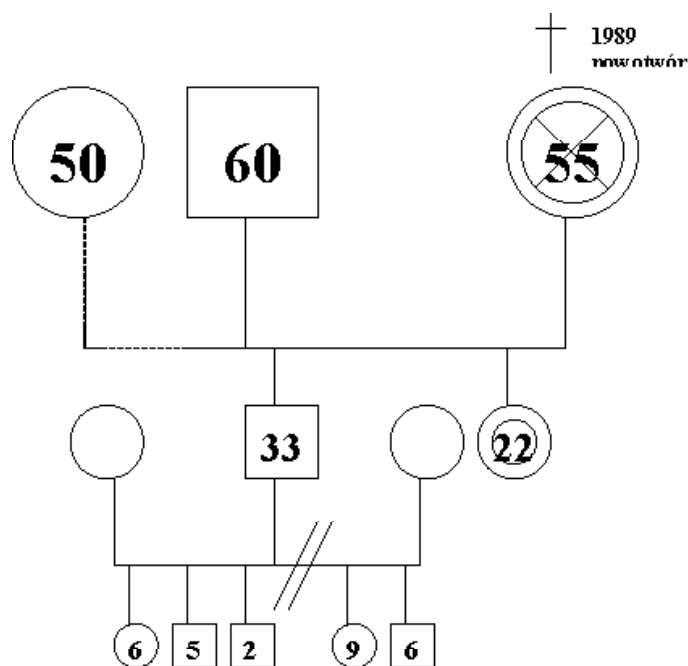
Parę dni po przyjęciu prowadzący leczenie pacjentki psychiatra zaprosił ją i jej rodzinę na konsultację rodzinną. Celem planowanego spotkania było: 1 – weryfikacja hipotezy o znaczeniu dla rozwoju psychozy pacjentki nieukończony żałoby po zmarłej matce; 2 – weryfikacja hipotezy o istnieniu w przeżyciach pacjentki konfliktu lojalności pomiędzy, z jednej strony, uczuciami do matki, z drugiej strony uczuciami do przyszłej żony ojca (ojciec w okresie poprzedzającym hospitalizację pozostawał w związku z kobietą); 3 – ustalenie planu terapeutycznego dla pacjentki; 4 – zastanowienie się nad możliwościami współpracy z rodziną na rzecz leczenia (psychiatra brał pod uwagę m.in. zaproszenie rodziny na spotkania psychoedukacyjne lub terapię systemową).

### Przebieg konsultacji rodzinnej

Na konsultacji rodzinnej obecni byli wszyscy zaproszeni, tzn. ojciec pacjentki, pacjentka, przyjaciółka ojca mieszkająca wspólnie z pacjentką oraz ojcem oraz brat pacjentki pozostający od wielu lat poza domem rodzinnym.

Po przedstawieniu się uczestników spotkania oraz podaniu informacji na temat jego przebiegu, konsultant zapytał o oczekiwania od spotkania każdej z obecnych osób.

### GENOGRAM



W odpowiedzi uzyskał kolejno cztery obszernie opisy, które z uwagi na ich charakter można – zgodnie z podejściem konstrukcjonistycznym – określić jako „opowieści” [5]: opowieść ojca pacjentki, którą można zatytułować opowieścią ojca o miłości do córki, opowieść przyjaciółki ojca, będącą opowieścią o rozwoju choroby, opowieść brata pacjentki o siostrze, która boi się dorosnąć, wreszcie opowieść pacjentki, która „pisana była milczeniem”<sup>1</sup>.

### **Opowieść ojca**

Zapytany o oczekiwania związane ze spotkaniem ojciec pacjentki podzielił się swą bezradnością i zagubieniem, jakie odczuwa w stosunku do swej córki. Z jednej strony podziwia jej indywidualność, fascynuje go jej ponadprzeciętna, jak twierdzi, wyobraźnia, ceni jej zdolności literackie. Z drugiej strony, irytuje go jej odmienność od rówieśników – nie snuje, jak oni, planów na przyszłość, nie spotyka się z innymi, nie ma przyjaciół. Jego zdaniem, córka nie zmieniła się drastycznie w ostatnim czasie. Zmienił się on, gdyż nie radzi sobie ostatnio z pełnymi sprzecznościami uczuciami do córki, którą bardzo kocha.

Od konsultanta oczekuje wsparcia oraz – być może – akceptacji swych sprzecznych uczuć. Oczekuje także wskazówek, jak postępować wobec córki.

### **Opowieść przyjaciółki ojca**

Przyjaciółka ojca zaczęła swą opowieść od stwierdzenia, że była pierwszą osobą, która zaczęła interpretować zachowanie Marty w kategoriach rodzącej się choroby i która nalegała na interwencję psychiatry, a później – hospitalizację. Opowiadana przez nią historia była historią zmian, jakie obserwowała w zachowaniu Marty, historią jej dziwacznych zachowań, stopniowego wycofywania się ze świata, zamykania w świecie własnych przeżyć oraz historią narastającego lęku o jej zdrowie i życie. W końcu – historią o brzemieniu, jakie musiała udźwignąć nalegając na jej hospitalizację.

Od konsultanta oczekiwała aprobaty swego przekonania o konieczności leczenia psychiatrycznego Marty. Chciała też, by dzięki konsultacji Marta uznała potrzebę leczenia.

### **Opowieść brata pacjentki**

Brat pacjentki swą opowieść rozpoczął od przeciwstawienia dwóch losów: swojego – buntownika za młodu, i siostry – dziewczynki, która boi się dorosnąć. W jego opinii młodsza siostra była wychowywana „pod kloszem”. Była taka, jaką ją chcieli widzieć rodzice. Zawsze posłuszna ich woli, zawsze grzeczna, przykładna, ułożona i wzorowa, „córeczka mamy”. Świat marzeń, w którym żyła, był jej jedynym azylem. W nim, jak przypuszcza, mogła żyć, jak chciała. Tam odnajdywała wolność, po którą

---

<sup>1</sup> Rozpoznanie w milczeniu pacjentki opowieści znalazło swe uzasadnienie w dalszej części spotkania.

w rzeczywistości nie potrafiła sięgnąć. Po konsultacji rodzinnej brat pacjentki spodziewał się, iż stanie się ona impulsem dla siostry, by wreszcie dorosnąć.

### Opowieść pacjentki

Odpowiedzią pacjentki na skierowane do niej pytanie o oczekiwania związane z konsultacją było milczenie. Także milcząc przysłuchiwała się słowom swoich bliskich. Jedyną reakcją na nie była wypowiedź, iż w odróżnieniu od innych sama nie dostrzega żadnego problemu.

Członkowie rodziny, w odpowiedzi na pytania konsultanta, przedstawili cztery różne opowieści, cztery różne oczekiwania. Konsultant, z racji założonej neutralności, nie mógł żadnej z nich potraktować jako uprzywilejowanej, nie mógł, bez ryzyka utraty bezstronności, wybrać jednej z nich i w dalszej części spotkania pozwolić na jej rozwinięcie. Podkreślał natomiast zauważone różnice w usłyszanych opowieściach i w oczekiwaniach, jakie każdy z uczestników wiązał ze spotkaniem. Podkreślając wielość opowieści i wielość płynących z nich oczekiwań, konsultant jednocześnie zauważył ich wspólną cechę: wszystkie one mówiły o zmianach. Zmiany te miały różny charakter: były przeżywane wewnętrznie – jak opowieść ojca, dostrzegane u Marty – jak opowieść przyjaciółki ojca, w końcu: oczekiwane – jak w przypadku opowieści brata pacjentki. Na pytanie konsultanta, czy dalsza rozmowa właśnie o zmianach byłaby przez rodzinę akceptowana i pożądana, wszyscy uczestnicy spotkania wyrazili chęć takiej rozmowy. Pacjentka zapowiedziała, że będzie przysłuchiwać się rozmowie, choć jej nie dotyczy.

Rozmowa o zmianach przyniosła kolejne opowieści, inne od tych, które przekazane były wcześniej. Opowieść ojca, wcześniej koncentrująca się na jego uczuciach, stała się teraz opowieścią o zmarłej żonie i silnym związku, jaki łączył z matką ich córkę. W jego wspomnieniach Marta nie rozstawiała się z matką na dłużej. Była jej nadzieją, jej radością. Każdą wolną chwilę spędzała z matką. Gdy matki zabrakło, Marta całkowicie wycofała się do świata marzeń. Swą opowieść ojciec pacjentki zakończył refleksją, iż dla córki śmierć matki przyniosła pustkę i osamotnienie.

Opowieść przyjaciółki ojca także była już inną opowieścią. Wcześniej koncentrowała się ona na chorobie, teraz na uczuciach – uczuciach, które połączyły ją z ojcem pacjentki, a także tych, które łączyły Martę z matką. Jej zdaniem to właśnie z powodu uczuć Marta zachorowała. Zbyt trudne dla niej było być może pojawienie się nowej kobiety w domu niedługo po tym, jak umarła jej matka. Dziwne zachowania Marty mogły być wyrazem przeżywania przez nią nadmiernego stresu.

Brat Marty kontynuował swoją wcześniej rozpoczętą opowieść. Wzbogacił ją twierdzeniem, iż siostra była wychowywana „dla towarzystwa mamy”. Realizowała jej pragnienia, chciała sprostać pokładanym w niej ambicjom. Gdy mamy zabrakło, siostra pewnie doświadczyła wielkiej pustki. „Dla kogo miała teraz żyć”?

Marta przysłuchiwała się z uwagą opowieściom swych bliskich. Nic nie mówiła, była jednak – gdyby brać pod uwagę jej zachowania pozawerbalne – w bliskim emocjonalnym kontakcie z innymi.

Po wysłuchaniu wszystkich opowieści konsultant zaproponował rodzinie przerwę

w spotkaniu, a sam udał się na chwilę rozmowy z obserwatorami konsultacji, m.in. z psychiatrą prowadzącym leczenie. Po wznowieniu spotkania podzielił się z rodziną refleksjami, jakie spotkanie wywołało wśród jego obserwatorów i w nim samym. Zauważył, że zmiana, o której rozmawiali, dotyczy każdego z nich. Każdy inaczej tę zmianę rozumie, inaczej przeżywa, inaczej o niej opowiada. Dla każdego jednak jest ona trudna. Z jednej strony, łączy ich trud żegnania się z tym, co było, z drugiej – niepewność tego, co dopiero nastąpi. Milczenie pacjentki, jak podkreślił, jest być może milczeniem kogoś, kto nie znalazł jeszcze języka, w którym mógłby mówić o zmianie. Być może Marta chce zachować jeszcze to, co było i dlatego milczy. Być może tylko marząc potrafi poradzić sobie ze zmianą, o której nie umie jeszcze mówić. Na koniec spotkania konsultant podkreślił, iż każda zmiana wymaga czasu, by ją przeżyć. Każdy potrzebuje go inaczej: więcej lub mniej, intensywniej lub wycofując się tam, gdzie łatwiej przeżyć czas.

### **Wnioski z konsultacji**

Konsultacja rodzinna wzbudziła w lekarzu psychiatrze szereg wątpliwości dotyczących, z jednej strony, postawionej wcześniej diagnozy, z drugiej – przewidywanego planu terapii. Została podważona jednoznaczność i pewność wstępnego rozpoznania. Zjawiska opisywane przez psychiatrę w języku psychopatologii, w rozumieniu rodziny okazały się stylem funkcjonowania pacjentki obserwowanym od lat. Ich nasilenie oraz pojawienie się zachowań zagrażających życiu nastąpiło w wyraźnym związku z nagłą śmiercią matki pacjentki i pojawieniem się w domu nowej kobiety, która miała ją zastąpić. Te doświadczenia były być może dla pacjentki zbyt trudne, aby mogła poradzić sobie z nimi w inny niż psychotyczny sposób (psychotyczny: zgodnie z medycznym rozumieniem jej zachowań, a naturalny – zgodnie z jej rozumieniem i rozumieniem rodziny). To, co pierwotnie psychiatra nazwał schizofrenią urojeniową, po konsultacji określił jako stan dekompensacji psychotycznej u osoby w okresie moratorium, poszukującej dopiero własnej tożsamości [6]<sup>2</sup>. Nie oznacza to bynajmniej, że całkowicie zrzekł się swej medycznej perspektywy: zaproponował coś pośredniego, co z jednej strony uwzględnia rozwojowy i rodzinny wymiar zjawisk, z drugiej – nie prowadzi do etykietyzującej i ograniczającej nazwy „schizofrenia”.

Po konsultacji rodzinnej psychiatra zrewidował swe wcześniejsze plany dotyczące celu terapii. Pierwotnie oczekiwał, że pod wpływem leczenia ustąpią objawy urojeniowe, teraz – dostrzegając ich funkcjonalność – za cel pierwszoplanowy uznał ustąpienie zachowań zagrażających życiu oraz obniżenie poziomu lęku. Jednocześnie odstąpił od planów motywowania pacjentki do dłuższej hospitalizacji, kierował się bowiem brakiem jej akceptacji przedłużania pobytu w klinice oraz obawą, że naleganie na pobyt

---

<sup>2</sup> W psychospołecznej koncepcji rozwoju psychospołecznego E. Eriksona okres moratorium jest czasem „zawieszenia” pomiędzy dzieciństwem a dorosłością. To czas, w którym nie chce się już być tym, kim się dotychczas było, i jednocześnie nie wie się, kim chciałoby się być. To czas „próbowania siebie” w różnych rolach, „eksperymentowania na sobie”, przygotowywania się do

okaże się zarzewiem konfliktu pomiędzy przyszłą macochą (która była zwolenniczką hospitalizacji) a pacjentką.

Psychiatra nie zaprosił też rodziny na spotkania psychoedukacyjne, a także nie zaproponował jej terapii systemowej. Po konsultacji propozycja psychoedukacji okazała się nieadekwatna do języka, w jakim ujmowała swój problem rodzina. Plan oddziaływań systemowych okazał się także nie odpowiadający potrzebom rodziny. Rodzina pacjentki doświadczała aktualnie wielu zmian, przeżywała je zgodnie z własnymi możliwościami i nie oczekiwała w tym pomocy.

Dalsze leczenie pacjentki na oddziale przebiegało zgodnie ze zmienionym, w wyniku konsultacji, rozumieniem jej sytuacji. Po sześciu tygodniach pobytu na oddziale pacjentka została wypisana w stanie częściowej poprawy objawowej. Ustąpiły objawy zagrażające zdrowiu, obniżył się poziom jej lęku. Nadal żyła w dwóch światach: świecie realnym i marzeń. Zaraz po wypisaniu ze szpitala razem z ojcem i jego przyjaciółką wyjechała na parę tygodni do Stanów Zjednoczonych, gdzie czuła się dobrze. Po powrocie podjęła przerwane studia na uniwersytecie. Świat marzeń, choć żyła w nim nadal, nie przeszkadzał jej w stopniowym podejmowaniu realnych zadań.

### Komentarz

Przedstawiona sytuacja ilustruje epistemologiczną złożoność zjawiska psychozy oraz samego leczenia psychiatrycznego. Punktem wyjścia jest sytuacja, w której psychiatrzy opisują pewien fragment rzeczywistości w ramach swojej siatki pojęciowej: w efekcie dokonują interpretacji, a tę interpretację nazywają diagnozą. W tym przypadku określone zachowania i przeżycia pacjentki psychiatra nazwał wstępnie „schizofrenią urojeniową”.

Z drugiej strony te same zachowania i przeżycia przez osoby z rodziny zostały uznane za „naturalne”. Relacje członków rodziny, pozbawione psychiatrycznych interpretacji, odwołują się w wyjaśnianiu rzeczywistości do mechanizmów psychologicznych, lecz nie wprowadzają medycznych konkluzji. W efekcie powstają różne mapy (jakby powiedzieliby konstrukcyoniści) lub – uwzględniając rozciągłość w czasie i dramaturgię – różne opowieści [5].

Jak wspomniano powyżej, psychiatra pod wpływem wysłuchanych w czasie konsultacji opowieści rodzinnych gotów był zmienić swoją mapę: zrezygnował z konkluzji „schizofrenia urojeniowa” i przyjął nową definicję: „stan dekompensacji psychotycznej u osoby poszukującej własnej tożsamości”. Ta nowa mapa sprawia wrażenie kompromisu: psychiatra nadal używa języka medycznego („dekompensacja psychotyczna”), ale jednocześnie rezygnuje z diagnozy „piętnującej” na rzecz diagnozy rozwojowej. Powstaje pytanie o zasadność tej zmiany. W naszym przekonaniu zmiana ta jest zasadna i bezzasadna zarazem. Niesłuszna, gdyż trzymając się obowiązujących zasad diagnozowania (ICD-10) postawienie diagnozy „schizofrenia urojeniowa” było trafne, a zatem należałoby ją utrzymać. Słuszna, gdyż nadanie tej nazwy nasiliłoby ryzyko „pisania nowej opowieści”: pesymistycznej, w treści – „antyrozwojowej”. Byłaby to opowieść o „schizofreniczce” z wszystkimi (psychologicznymi, rodzinnymi, społecznymi) negatywnymi tego konsekwencjami. Lekarz psychiatra wychodząc poza sztywną

diagnostykę sprzeniewierzył się algorytmom diagnostycznym, lecz zadbał o los pacjentki i jej rodziny. Należy podkreślić, że nie był to proces świadomy: psychiatra nie przeszedł bynajmniej na pozycje antypsychiatryczne, negujące sens diagnostyki czy terapii. Motywem, dla którego nazwę „schizofrenia” uznał za nieadekwatną, było wsłuchanie się w opowieść rodzinną. Konsultacja rodzinna stworzyła warunki do poznania tej opowieści. W analogicznej sytuacji jest psychiatra, który wnikliwie wsłuchując się w osobistą indywidualną opowieść swego pacjenta, poznając wszelkie uwarunkowania rozwojowe i rodzinne, w pewnym momencie psychozę pacjenta zaczyna rozumieć jako naturalną konsekwencję dotychczasowego życia. Bogata psychopatologia przestaje być jedynie zestawem objawów składających się na nozologiczną diagnozę – staje się zwieńczeniem opowieści. W przypadku konsultacji rodzinnej wielość opowieści sprawia, że są one jeszcze bardziej przemawiające do wyobraźni i wrażliwości psychiatry, a przez to nozologia staje się jeszcze bardziej wątpliwa.

Czy z powyższego wynika bezsens diagnozy? Czy narzucenie medyczo-psychiatrycznej siatki kategoryjnej jest szkodliwe? W naszym przekonaniu odpowiedź na to pytanie jest złożona i nie wyczerpuje się w prostym „tak – nie”. Stosowanie diagnostyki psychiatrycznej, przy całej swojej umowności, może prowadzić do pozytywnych konsekwencji: daje uspokajające psychiatrę ramy praktyczne, pomaga (wstępnie) określić plany terapeutyczne. Ponadto diagnoza spełnia istotną funkcję regulującą w odniesieniu do płatnika usług, pomaga też w skrótowym porozumiewaniu się między lekarzami, konstruuje zmienną w badaniach naukowych.

Jeśli przyjąć, że te pozytywne konsekwencje są istotne w ramach obowiązującego obecnie systemu medycznego, powstaje pytanie, jak można zapobiec negatywnym konsekwencjom, takim, jak tworzenie opowieści, która uprzedmiotawia osobę pacjenta. Otóż wydaje się, że negatywnych konsekwencji diagnozowania psychiatrycznego (w szczególności – diagnozowania schizofrenii) można uniknąć, jeśli procesowi diagnozy nozograficznej i nozologicznej nada się właściwą i ograniczoną rangę. Diagnoza nozograficzna (a zwłaszcza nozologiczna) nie wystarczy jako punkt wyjścia konstruowania planów terapii. Proces terapii powinien wynikać z rozeznania, które można by określić jako diagnoza systemowa, a więc taka, która uwzględnia wieloperspektywiczny opis. Dopiero bowiem na podstawie znajomości u konkretnej osoby systemów: biologicznego, osobowościowego, rozwojowego, rodzinnego, społecznego i duchowego można tworzyć plany i wizje terapeutyczne. Wizje te są dobre (trafne, skuteczne), jeśli powstają jako efekt współpracy psychiatry z pacjentem i jego rodziną. Uproszczony plan terapeutyczny, powstający na podstawie jedynie psychopatologii, streszczonej w diagnozie, oraz „zdobyczy farmakoterapii” jest nieefektywny i nieetyczny.

### **Wnioski**

1. Konsultacja rodzinna może prowadzić do pułapek w procesie diagnostycznym: u psychiatry zwiedzionego opowieściami rodzinnymi może dojść do osłabienia ostrości widzenia psychopatologii. Wczuwanie się w opowieść pacjenta i jego rodziny jest osiągnięciem: psychiatra rozumie ich świat i przez to ma szanse im pomóc. Ponadto, dzięki temu, pacjent i jego bliscy mogą się czuć rozumiani, a to tworzy podstawy współpracy. Jest to jednocześnie pułapka: jeśli psychiatra będzie „za blisko”, straci dystans i niezbędną do pomagania perspektywę obiektywizującą



[7].

2. W tym kontekście klasyczna diagnoza jest użyteczna, lecz pod warunkiem, że nie przesłania diagnozy systemowej: wielowymiarowej, zorientowanej na możliwości i plany terapeutyczne i życiowe pacjenta.
3. Konsultacja rodzinna jest niezbędnym elementem procesu diagnostycznego – w szerokim tego pojęcia rozumieniu [8]. Pozwala współtworzyć diagnozę systemową, niezbędną do nakreślenia planów terapeutycznych. Inne metody uzyskiwania informacji od rodziny o pacjencie i rodzinie (np. tzw. wywiad obiektywny) nie stwarzają możliwości zapoznania się z mapą rodzinną [9].
4. Udział pacjenta i jego rodziny w konstruowaniu diagnozy systemowej (poprzez konsultację rodzinną) jest niezbędnym warunkiem efektywności terapii. Nieuwzględnienie pacjenta i jego bliskich jako współautorów planów terapeutycznych zamyka psychiatrę w schemacie redukcjonistycznym i zmniejsza szansę na skuteczną pomoc.

### Ці́р-лі́ці нлі́ліні́ ґі́ноу́нрө́ц ә́ д'нө́чрндч-лңґі́әі́ ә́чрә́ңґ

#### Нлі́лі́ці́

І́р д'дә́ді́л ґі́ңдлі́ні́ д'рө́члі́ңґ ґ́ І́, нлі́ү́ ґ'дләннрә́лі́ү д'длө́у́лнә́і́ ґ́ ө́аорґ́, ґі́ңдү́л ґ́но́і́ә́ н ґ́ ґ́лі́лі́ні́ ґі́ноу́нрө́ц ґ́л-лі́ні́ ә́і́үні́ ә́ ннрө́чрндч нлі́лі́ці́ д'і́- д'і́ә́о рґ́чрө́длі́ґ. А́ і́ә́ночә́рлі́ә́ нө́о-л́ д'нө́чрнд ә́ү ı́рә́ґә́рнлі́ә ґі́ноу́нрө́ц, д'длә́ә́ә́і́ә ґі́үә́ нлдр'ләннә́ нлі́лі́ці́. Нә́ннлі́р' нлі́лі́р' ґі́ноу́нрө́ц' д'ґә́рә́ә́р д'і́ө́-ґ́нү́ «ı́ә́ү́ә́ і́ә́дрґ́» ґ́ннә́лә́ррррр. ×ә́лі́ү́ нлі́ү́ ґ́ д'рө́члі́ңґ д'дләннрә́ә́ ґ́ә́ нә́і́, д'і́чә́рлі́ә нө́чрө́ц, «нә́і́ә́ дрнңґґ́ү́». Ү́нн нә́ү́ә́, ә́ рґ́дґе́ә́ рнд'лңґ дрннрндчә́рлі́ә́ д'ді́лнн і́д'чнрч' дө́і́ә́ә́і́рө́үі́ннә́ нә́д'нә́і́ә́ ә́і́үні́, ә́үчә́рә́ о́ д'нө́чрндч, н і́д'длә́, і́үә́ә́ ә́чрә́ннә́-лңґә́ә́ нлі́лі́ґ ґ́ә́ і́ә́ннә́рррррннү́ ә́чрә́ңґ рґ́чрө́длі́ґ. А́ґә́і́ә́нннү́ д'д'чә́рч' ә́ д'нө́і́ә́ә́-лңґә́л, ҷә́ґннлі́ә́рө́үі́ү́л ґ́ нлі́лі́ү́л д'длә́ә́у́ ґ́л-лі́ні́ ә́і́үні́ ә́үчә́рә́р о́ д'нө́чрндч нлдр'нө́чә́ә́ д'і́ ннрлі́ә́ ґ́ ннә́ә́рнө́ ә́чрә́ңґ.

Рә́ннү́ ннә́үлі́ґ, і́ә́дрү́р' ә́чә́рлі́ і́р і́д'рнннннү́, ґ́но́і́ә́' у́о́ґ ґ́ ґ́чү́ңґрч' - д'о́н, ґ́ нлі́лі́ні́ ґі́но- ґ́ннрө́ц - дрндрлі́ннә́і́ ґ́ ә́ә́ә́ә́лі́ннә́ д'і́чә́рч' нө́чрө́ц, д'дләннлдрлңґ д'длә́ нрґә́ә́ д'длә́лі́ці́ ә́чрә́ннә́ә́. Рә́ннү́ нө́ә́ н, -нн нлі́лі́р' ґі́ноу́нрө́ц' 'ә́ә́ лнн' і́лә́ә́ә́ә́ә́ ә́ә́ д'і́чә́рч' і́ә́ү́лннә́лннә́ д'і́ә́лі́ґ' д'рө́члі́ңґ ґ́ ә́ә́ і́ә́ннә́ррррннә́ д'ә́рр' лә́і́ ґ́л-лі́ґ. Н ә́дә́ә́ нннннннн нрґә́' рґ́дґе́ә́, ә́ннә́д'ә́ррә́р' д'дндр'лңґә́р (о́-ґ́ннә́рґү́р' д'нө́і́ә́ә́-лңґә́, і́ә́ү́лннә́лі́үә́ ґ́ ҷә́ґннлі́ә́рө́үі́үә́ рнд'лңґү́ ә́-і́ннә́ ә́і́үні́ә́) і́л ә́і́ә́рч ґ́рґдннү́ д'нө́і́д'рнә́ә́-лңґә́і́ә́ нл-лі́ґ' д'ді́лннн.

І́лә́ә́ә́ә́ә́ә́ ә́рґнә́ә́ ә́ә́ нлдр'ләнч-лңґе́ ә́дә́д'д'ү́ і́ннр, нн' о́ә́лі́ә́ о́-нн ннә́ә́ү́ү́ ҷнрчлә́ нчннләннә́ і́д'чнрч' ә́ләннә́ә́лі́үі́ннә́.

### Die Bedeutung der Familienberatung für die psychiatrische Diagnose

#### Zusammenfassung

Am Beispiel einer gegebenen Patientin und ihrer Familie beschrieb man die Vorteile und Fälle, die aus der Familienberatung der in der stationären Abteilung wegen Schizophrenie behandelten Person resultieren. In dem besprochenen Fall war der Psychiater der Beobachter der Beratung, die durch einen anderen Arzt von der Abteilung durchgeführt wurde. Systemweise urchgeführte Familienberatung liess das „Mehrbild“ erreichen: Familienmitglieder des Patienten stellten ihre Vorstellung, ihre „Erzählungen“ vor. Diese neue, mehrperspektivische Beschreibung, die die Symptome der Patientin bildlich darstellt, rief bei dem leitenden Psychiater diagnostische Zweifel hervor: wie weit ist die Schizophreniediagnose begründet. Die Möglichkeit, sich in psychologische Probleme, Existenz- und Familienprobleme der behan-

delten Person einzufühlen, rief bei dem Psychiater Zweifel gegenüber der stigmatisierenden Diagnose hervor. Die Autoren des Artikels machen auf die Gefahr aufmerksam, die aus dem Erreichen des vertieften und verbreitetem Verstehens der Situation der behandelten Person resultiert - durch die Familienberatung. In der Meinung der Autoren, ist die Familienberatung für das Verstehen des sozialen Kontextes des Patienten und für das Formulieren des komplexen Behandlungsplanes unentbehrlich. Gleichzeitig auch soll diese mehrdimensionale Perspektive (die den psychologischen, sozialen und existenziellen Ausmaß der Person des Patienten berücksichtigt) den psychopathologischen Ausmaß nicht verhüllen. Eine Herausforderung für die Therapeutengruppe ist die Fähigkeit, die einzelnen Stufen der Systembeschreibung der Wirklichkeit zu berücksichtigen.

### **L'importance de la consultation de famille pour le diagnostic psychiatrique**

#### **Résumé**

En basant sur la description d'un cas d'une patiente et de sa famille les auteurs présentent les bons et les mauvais côtés de la consultation de famille d'une schizophrène hospitalisée. Dans ce cas décrit un psychiatre observe la consultation de famille faite par un autre psychiatre. Cette consultation systémique permet obtenir «l'image complexe» – les membres de la famille de malade présentent leur compréhension de la situation, leurs «récits». Cette description de plusieurs symptômes, vue de différentes perspectives, a causé les doutes du psychiatre concernant le diagnostic – la schizophrénie. La possibilité de pénétrer dans la problèmes psychologiques, existentiels et familiaux de la patiente naît le scepticisme du psychiatre quant au diagnostic stigmatisant. Les auteurs accentuent aussi les dangers de la consultations de famille qui résultent da la plus grande compréhension de la situation de la patiente. Selon les auteurs la consultation de famille est indispensable pour la connaissance du contexte social de patiente et pour le plan complexe de la thérapie mais elle ne peut pas masquer les dimensions psychopathologiques de la patiente (en prenant en considération ses dimensions psychologiques, sociales et existentielles). La capacité de prendre en considération de tous les niveaux de cette description de la réalité est un défi aux thérapeutes.

#### **Piśmiennictwo**

1. Rostworowska M, Opoczyńska M, Ćwikliński Z. *Proces diagnostyczno-terapeutyczny pacjentów z pierwszym epizodem psychiatrycznym w warunkach oddziału stacjonarnego*. Psychiatr. Pol. 1997; XXXI, 7: 5–20.
2. Rostworowska M, Opoczyńska M, de Barbaro B. *Konsultacja rodzinna – możliwości i ograniczenia*. Psychiatr. Pol. 2002; XXXVI, 1: 41–49.
3. Rostworowska M, Opoczyńska M. *Schizofrenia: o czym nie można milczeć, o tym trzeba umieć mówić. Implikacje praktyczne*. W: Bomba J, de Barbaro B, red. *Schizofrenia: różne konteksty, różne terapie*, II cz. Kraków: Biblioteka Psychiatrii Polskiej, 2002, s. 49–57.
4. Alanen YO. *Schizofrenia. Jej przyczyny i leczenie dostosowane do potrzeb*. Warszawa: Instytut Psychiatrii i Neurologii; 2000.
5. Trzebiński J. *Narracyjne konstruowanie rzeczywistości*. W: Trzebiński J, red. *Narracja jako sposób rozumienia świata*. Gdańsk: Gdańskie Wydawnictwo Psychologiczne; 2002.
6. Erikson EH. *Youth and crisis*. New York–London: W. Norton and Company; 1968.
7. Kępiński A. *Poznanie chorego*. Warszawa: PZWL; 1978.
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.
9. 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.

Otrzymano: 30.08.2002  
Zrecenzowano: 11.12.2002  
Przyjęto do druku: 3.02.2003

Adres: Klinika Psychiatrii CM UJ  
Kraków, ul. Kopernika 21a

