

## Od monologu do dialogu terapeutycznego. O roli systemowych konsultacji rodzinnych na oddziale psychiatrycznym

### From monologue towards therapeutic dialogue. Some remarks about systemic family consultation in a psychiatric in-patient ward

Maria Rostworowska, Małgorzata Opoczyńska

Klinika Psychiatrii Dorosłych Katedry Psychiatrii CM UJ  
Kierownik katedry: prof. dr hab. n. med. J. Bomba  
Kierownik kliniki: prof. dr hab. n. med. A. Zięba

#### Summary

Basing on the example of one patient and her family, the system family consultation - as a way towards therapeutic dialogue - is presented.

The patient was hospitalised due to schizophrenia. In the given example, the psychiatrist was an observer of the consultation conducted by the psychologist. A system therapy consultation allowed a “multiple-picture” to be obtained: the family members and the patient presented their own understanding of the situation. This new 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.

According to the authors, the systemic consultation, giving the possibility to empathize with existential, psychological and family problems of the patient, leads to a dialogue with his/her family and it plays one of the most important roles in the therapeutic and diagnostic process.

*Słowa klucze:* schizofrenia, systemowa konsultacja rodziny, diagnoza, terapia

*Key words:* schizophrenia, systemic family consultation, diagnosis, therapy

#### Wstęp

C. L. Wynne w konkluzji zamykającej „Systemowe konsultacje rodzinne” napisał, że dają one terapeutyczne czas na namysł [1]. Co oznacza ów namysł, gdy na oddział kliniczny przyjmowany jest pacjent w stanie ostrej psychozy i wymagana jest natychmiastowa pomoc medyczna? Naturalne jest wtedy rozumienie pacjenta w kategoriach nam najbliższych, wynikających z preferencji teoretycznych, doświadczeń klinicznych oraz języka, w jakim najczęściej ujmujemy doświadczenie. Porządkujemy rzeczywistość, przypisując jej znane nam z wcześniejszego doświadczenia kategorie. Tym samym czynimy ją dla siebie bardziej zrozumiałą, a w konsekwencji mniej zagrażającą.

Jednak uporządkowany świat, wszystko jedno, czy w języku teorii psychodynamicznej, systemowej czy biologicznej, nie oznacza porządku świata. *Mapa nie jest nigdy terytorium*. Wielce prawdopodobne jest więc, że podczas gdy my, terapeuci, sądzimy, że rozumiemy pacjenta (potrafimy postawić diagnozę, wymienić listę objawów, zaproponować plan leczenia), pacjent nie czuje się przez nas rozumiany. I wcale nie dlatego (jak nierzadko sądzimy), że „jest tak chory, że nie może czuć się przez nikogo rozumiany”, ale dlatego, że jego porządek, a więc jego sposób „oswajania świata”, jest inny od naszego. W konsekwencji nasza współpraca z nim staje się albo pozorna, albo niemożliwa. W każdym razie jest bardzo trudna i nie przynosi spodziewanego przez pacjenta i terapeutę rezultatu.

Jak ustrzec się przed podobnym nieporozumieniem, utrudniającym, a często uniemożliwiającym leczenie?

Na podstawie naszych doświadczeń klinicznych w pracy na oddziale stacjonarnym, gdzie zajmujemy się diagnozą, leczeniem i rehabilitacją pacjentów z psychozami z kręgu schizofrenii, uważamy, że użytecznym sposobem unikania pułapek „oswojonych porządków” (tj. pozornego rozumienia owocującego pozornym dialogiem z pacjentem) są systemowe konsultacje rodzinne. Jak prowadzą one do dialogu z pacjentem, chcemy pokazać na wybranym przykładzie klinicznym.

### Systemowe konsultacje rodzinne

Systemowe konsultacje rodzinne należą do jednej z form współpracy z rodziną pacjenta hospitalizowanego na oddziale klinicznym z powodu zaburzeń psychiatrycznych. Nie są one ani wywiadem rodzinnym, ani edukacją rodziny, ani jej terapią. Ich celem nie jest odpowiedź na pytania o obiektywny stan rzeczy, a więc przykładowo na pytania w rodzaju: „jaka jest rodzina pacjenta” (jej członkowie i relacje pomiędzy nimi) lub „jaki jest jej wpływ na rozwój psychopatologii jednego z jej członków”. Konsultacje są okazją do zorientowania się w rodzinnych językach, w jakich każdy z członków rodziny wyjaśnia świat i to, co w nim go spotyka. Mówiąc inaczej, nie to, „co i jak naprawdę jest”, stanowi przedmiot zainteresowania prowadzącego spotkanie konsultanta, ale jak o tym, co jest, mówi się w rodzinie. Przykładowo, konsultant pyta, co dla każdego z członków rodziny jest w danym momencie życia najważniejsze, o czym chciałby z innymi porozmawiać, jak, jeśli w ogóle, terapeuta mógłby być rodzinie pomocny [2, 3].

By mógł być spełniony zasadniczy cel systemowej konsultacji rodzinnej, konsultant prowadzący spotkanie powinien przestrzegać następujących zasad.

Pierwsza, naszym zdaniem najistotniejsza, mówi o tym, że konsultant – z wykształcenia lekarz lub psycholog – zawiesza na czas spotkania swą ekspercką wiedzę. Jeśli jest ekspertem, to jedynie w zakresie stwarzania dogodnych warunków do rozmowy, a następnie formułowania na jej podstawie propozycji dalszej współpracy z rodziną. Nie zakłada więc z góry tematu rozmowy, nie zna jej scenariusza, nie tworzy listy pytań, jakie powinien zadać. Podąża za problemami poruszonymi przez rodzinę.

Kolejna zasada mówi o tym, że konsultant powinien być neutralny, w znaczeniu niedokonywania ocen i nieprzylączania się do żadnej z istniejących w rodzinie koali-

cji. Innymi słowy, powinien, w stosunku do każdej z osób w rodzinie, zachować taki sam dystans.

Powinien kierować się zasadą ciekawości, czyli powstrzymywać się od przedwczesnego formułowania hipotez na temat tego, co i jak jest, a następnie ich testowania.

Wreszcie, konsultant powinien przestrzegać zasady cyrkularności, wyrażającej się w rezygnacji z pytań „jak było”, „jak jest”, na rzecz pytań zwiększających ciekawość wewnątrzrodzinną i otwierających na przyszłość. Przykładowo: „Co byłoby, gdyby?”, „Jak rodzina myśli, co X myśli?” itp. [4].

Konsultacje rodzinne odbywają się na początku hospitalizacji. Prowadzi je terapeuta nie zaangażowany bezpośrednio w terapię danego pacjenta. Na konsultację zapraszane są wszystkie osoby mieszkające z pacjentem. Oprócz członków rodziny, w konsultacji biorą udział także obserwatorzy – są nimi terapeuta indywidualny i inne osoby z zespołu terapeutycznego. Konsultacje składają się z dwóch części: pierwszej, zasadniczej, w której członkowie rodziny przedstawiają się konsultantowi i dzielą się z nim przeżywaniem swojej obecnej sytuacji, oraz drugiej, poprzedzonej przerwą, w której konsultant przekazuje rodzinie sposób, w jaki rozumieli rodzinę uczestniczący w spotkaniu obserwatorzy. Zwykle wtedy pada też propozycja dalszej, określonej już bliżej, formy współpracy. Może to być, przykładowo, propozycja spotkań indywidualnych, grupowych psychoedukacyjnych lub systemowej terapii rodzin.

### Historia pacjentki

19-letnia Ewa, studentka pierwszego roku wydziału pielęgniarstwa, przywieziona przez pogotowie ratunkowe, trafiła na oddział kliniczny leczenia ostrych psychoz. W chwili przyjęcia stwierdzono duży niepokój psychoruchowy, silny lęk, trudności w kontakcie werbalnym. Zdradzała formalne zaburzenia myślenia: rozkojarzenie i myślenie symboliczne, oraz zaburzenia treści myślenia: urojenia wielkościowe i posłannicze, np. mówiła o swych zdolnościach telepatycznych i możliwościach uzdrawiania. Była zorientowana co do swojej osoby, zdezorientowana natomiast co do miejsca i czasu. W opinii psychiatry zachowywała się w trakcie badania dziwnie, halucynowała słuchowo – słyszała głosy odnoszące się do niej i mówiące m.in.: „To jest siostra samobójcy”. Była zmienna w nastroju: od nagłego wybuchu płaczu do śmiechu.

Według relacji koleżanek Ewy, mieszkających z nią w akademiku, parę tygodni wcześniej zaczęła zachowywać się dziwnie: izolowała się od grupy, zaniedbała higienę osobistą, przestała chodzić na zajęcia, zabarykadowała się w pokoju, pomalowała ściany pokoju w dziwaczne wzory koloru czarnego, ogoliła swoją głowę, nie spała całymi nocami. Koleżanki nie miały wątpliwości, że Ewa „zwarowała”.

Wstępna diagnoza psychiatryczna, postawiona przez psychiatrę na podstawie badania pacjentki i wywiadu, nie budziła wątpliwości: spełniała kryteria schizofrenii zdeorganizowanej wg DSM-IV (schizofrenia heberfeniczna wg ICD-10). Pacjentka otrzymała lek przeciwpyschotyczny. Zawiadomiono rodzinę o jej hospitalizacji.

W ciągu kolejnych dni hospitalizacji wstępna diagnoza znajdowała dalsze potwierdzenie. Ewa nadal zdradzała zaburzenia myślenia, była drażliwa, wykazywała oznaki

silnego lęku i labilności emocjonalnej. W jej wypowiedziach często obecny był zmarły śmiercią samobójczą brat. Pacjentka mówiła: „dla mnie czuć to czuć”, „byłam wariatką, dzieckiem i nie wiadomo jeszcze kim”, „chciałam wszystkiego i nie chciałam niczego”, „jak mój brat się powiesił, to ja potem w każdym facecie widziałam tylko jego”.

### Konsultacja rodzinna

Kilka dni po przyjęciu Ewy na oddział zaprosiliśmy jej rodzinę do udziału w konsultacji. Na spotkaniu obecni byli pacjentka i jej rodzice.

Rodzina pochodzi z małej wsi podkarpackiej, zajmuje się pracą w gospodarstwie rolnym. Rodzice, pomimo młodego wieku, byli już na rencie z powodu złego stanu zdrowia. Oboje smutni, przygnębieni trudami życia, spracowani. Skarżyli się na słabe zdrowie, kłopoty finansowe. Płakali, uzalając się głównie nad swym ciężkim losem. W czasie, gdy rodzice uskarżali się na swój los, pacjentka krążyła wokół nich, przytulała się do nich, całowała, tak jak matka uspokajająca swoje małe dzieci.

W pewnym momencie, gdy konsultant zadał pytanie, co obecni na spotkaniu uważają teraz za najważniejszą sprawę w rodzinie, jako pierwsza odezwała się pacjentka, mówiąc: „To może ja zacznę, jak zawsze”. Po tych słowach zaczęła opowieść o samobójczej śmierci brata, który powiesił się w domu w wieku 19 lat. Jak mówiła, był najstarszym z trójki rodzeństwa, nadzieją rodziców. Jako najstarszy miał pozostać na gospodarstwie. Był jej ukochanym bratem. Do dziś nie może zrozumieć, dlaczego się zabił: „Wydawało mi się, że ja coś złego zrobiłam i on przeze mnie umarł. Ja się za niego modliłam”. Kończąc swą opowieść Ewa powiedziała: „Teraz czuję się dorosła. Teraz to odbieram jako cud. Wtedy on przestał żyć, a ja teraz zaczynam żyć naprawdę”.

Rodzice pacjentki przysłuchiwali się jej słowom w milczeniu. Przyznali, że od czasu śmierci syna nigdy ze sobą o nim nie rozmawiali. To, co się wydarzyło, ukryli głęboko w sobie. Wstydzieli się bardzo przed ludźmi, nie rozmawiali z nikim o tym, co się stało. Codziennie wspólnie modlili się i to, ich zdaniem, zbliżało ich bardzo do siebie. Matka pacjentki powiedziała m.in.: „Ja nie mogę tego wszystkiego pojąć. Całe nasze życie pogmatwało się. Nie potrafię uśmiechać się od śmierci syna. Dla mnie już nic nie istnieje”. Pobyt córki w szpitalu, podobnie jak tamta śmierć, była dla niej czymś niepojętym.

Przerwa w konsultacji była okazją do rozmowy konsultanta z obserwatorami spotkania, w tym z terapeutą indywidualnym. Wszyscy zgodnie zauważyli, że spotkanie rodzinne było przerwaniem milczenia na temat samobójczej śmierci najstarszego dziecka w rodzinie. Zwrócono też uwagę na następującą zbieżność: brat pacjentki w wieku 19 lat popełnia samobójstwo, pacjentka w tym samym wieku opuszcza dom rodzinny podejmując studia. Niedługo potem trafia do szpitala z objawami psychozy.

Na tle opowieści rodzinnej, uczuć, którym dawali wyraz, zachowania pacjentki, wcześniej uznawane za dziwaczne, nabierały w oczach obserwatorów spotkania sensu. Jej wypowiedzi, wcześniej interpretowane przez lekarza jako rozkojarzone, teraz wydały mu się bardziej spójne i adekwatne do treści, które wyrażały. Porządek psychopatologiczny, w którym wcześniej opisywana była sytuacja pacjentki, przestał być

traktowany jako jedynie możliwy i uprawniony. Ograniczenie się do niego w procesie diagnozy i terapii wydało się uproszczeniem.

Terapeuta indywidualny zapytał: Czy przeżycia pacjentki, dotąd traktowane tylko jako objaw psychozy schizofrenicznej, nie mogą być traktowane również jako odległa reakcja na tragiczną śmierć brata, tym bardziej że ujawniły się wtedy, gdy osiągnęła ona jego wiek? Czy nie można ich rozumieć jako adekwatną odpowiedź na przemilczaną tragedię rodzinną, a więc, nie tylko rozpoznawać w nich patologię – do czego język medyczny upoważnia, ale też normę – do czego upoważnia uwzględnienie ich rodzinnego kontekstu?

Mając na względzie powyższe pytania, zespół obserwatorów postawił hipotezę mówiącą, że być może trzeba było pacjentce psychozy, by mogła przerwać milczenie. Trzeba jej było opuścić dom rodzinny, by mogła mówić innym i sobie o tym, co się stało. Trzeba było wejść w wiek brata, by pamięć o nim mogła powrócić. Być może pacjentka, najslabsza, jak się często myśli o osobach leczonych psychiatrycznie, wykazała najwięcej siły w rodzinie, nie tylko bowiem jako pierwsza była gotowa do rozmowy o samobójstwie brata, ale też w trakcie spotkania udzielała najwięcej wsparcia pograżonym w żałobie rodzicom.

W drugiej części spotkania konsultant podzielił się z rodziną powyższymi refleksjami. Zapropował też rodzinie kolejne spotkania terapeutyczne.

### **Dialog terapeutyczny po konsultacji**

Rozszerzenie perspektywy rozumienia pacjentki i nieoprzestawanie wyłącznie na perspektywie psychopatologicznej skłoniło terapeutę do rewizji planu terapeutycznego. Niewystarczające wydało się leczenie jedynie objawów – do czego perspektywa medyczna uprawnia. Zastanawiał się, czy nie bardziej słuszne będzie, rozszerzając kontekst rozumienia doświadczeń pacjentki, rozmawiać z całą rodziną, skoro być może pacjentka za nich przeżywa to, do czego oni nie byli zdolni przez lata. Gdyby nawet rodzina nie mogła z różnych przyczyn przyjąć tej propozycji, to czy nie powinien z pacjentką rozmawiać raczej o żałobie, a nie o chorobie?

Powyższe pytania i refleksje, zrodzone w następstwie konsultacji rodzinnej, zamieniły jednowersyjny obraz pacjentki na wielowersyjny, jedno rozumienie (w kategoriach diagnozy psychiatrycznej) na wiele możliwych rozumień, skupienie się jedynie na osobie pacjentki na zainteresowanie całym systemem rodzinnym. W rezultacie utrzymanie postawionej na wstępie diagnozy schizofrenii jako jedynie słusznego opisu rzeczywistości zaczęło budzić szereg wątpliwości, przede wszystkim natury epistemologicznej i etycznej.

Z punktu widzenia aktualnych klasyfikacji zaburzeń psychicznych i zaburzeń zachowania nadal istniały przesłanki do postawienia rozpoznania schizofrenii. Jeśli jednak, przyłączając się do coraz częściej pojawiających się w psychiatrii głosów [5], nie będziemy w klasyfikacjach medycznych szukać opisu świata takiego, jaki jest w rzeczywistości, to pytanie o słuszność postawionego rozpoznania nie będzie mogło ograniczyć się do pytania o adekwatność tego, co psychiatra widzi, badając pacjenta, do kryteriów zawartych w klasyfikacjach. Klasyfikacje zaburzeń psychicznych i zaburzeń

zachowania odnoszą się zarówno do poprzedzających je i historycznie zmiennych teorii, jak i do rzeczywistości, którą chcą opisywać. Ta jest zawsze bardziej złożona od sposobu, w jaki się ją opisuje – uporządkowany w klasyfikacjach świat nie oznacza porządku świata, a próba zrozumienia tego, co indywidualne w kategoriach ogólnych, prowadzi nieuchronnie do uproszczenia [6]. Z drugiej strony, każde rozpoznanie, choć nie opisuje świata, jakim jest w rzeczywistości, lecz go upraszcza w języku teorii poprzedzającej narodziny klasyfikacji, wpływa na rzeczywistość, wywołując określone skutki. Nierzadko prowadzi to do paradoksu: psychiatra rozpoznając u pacjenta, zgodnie z aktualnymi klasyfikacjami, schizofrenię może jednocześnie mieć rację i jej nie mieć. Rozpoznanie – słuszne, jeśli je odnieść do ogólnych kategorii – nie jest słuszne, jeśli odniesiemy je do indywidualnego biegu życia pacjenta.

Postawieniu diagnozy przez psychiatrę muszą zatem towarzyszyć co najmniej dwa pytania. Pierwsze – czy to, co rozpoznaje, spełnia kryteria aktualnych klasyfikacji, drugie – jak ogólna diagnoza odnosi się do życia pacjenta i jak na nie wpływa. Drugie pytanie jest nieporównywalnie trudniejsze od pierwszego, ponieważ to, co nazywamy życiem pacjenta, nie przebiega w jednym, dającym się określić kontekście, lecz jednocześnie w wielu nie przystających do siebie (indywidualnym, rodzinnym, społecznym, metafizycznym itp.). Diagnoza słuszna w jednym kontekście, przestaje być słuszna, jeśli uwzględnimy inny kontekst.

Te pytania i refleksje spowodowały, że zespół terapeutyczny zaczął interpretować doświadczenie pacjentki w kategoriach psychotycznych zaburzeń reaktywnych, choć obecne klasyfikacje rezygnują z takiego pojęcia diagnostycznego. To, co początkowo wydawało się jedynie patologiczne, zaczęło po rozmowie z rodziną, nabierać znaczenia także rozwojowego, to znaczy doświadczenia służącego być może rozwojowi pacjentki i systemu rodzinnego.

Zmiana sposobu rozumienia pacjentki wpłynęła na dalszą relację z nią. Rozmowy przestały być rozmowami na temat objawów choroby, ich różnicowania i wglądu. Stały się natomiast rozmowami na temat ich funkcji, celu, sensu w kontekście historii rodzinnej. Pacjentka rozpoznawała siebie w tym nowym widzeniu jej problemów przez lekarza. Diagnoza nie stygmatyzowała jej, przeciwnie, ukazywała tkwiącą w jej doświadczeniu potencjalną siłę do dalszego rozwoju. W następstwie zmiany rozumienia siebie pacjentka mogła wspólnie z terapeutą zastanawiać się nad swoimi planami na przyszłość. Zaczęła zadawać sobie pytanie, czy jest potrzebna rodzicom? Czy nie powinna powrócić do domu rodzinnego, kontynuować naukę w pobliżu miejsca zamieszkania i wspierać swą obecnością rodziców?

W efekcie rozmów z terapeutą, w czasie których zadawała sobie podobne pytania, zdecydowała się na powrót do rodzinnego domu i podjęcie nauki w pobliżu miejsca zamieszkania. Być może decyzja ta stała się możliwa dlatego, że Ewa nie myślała o sobie w kategoriach chorej na schizofrenię, ale w kategoriach osoby, która zmaga się z życiem i śmiercią: z doświadczeniami utraty, żałoby, samotności i lęku o najbliższych.

Z informacji, jakie po latach lekarz uzyskał od pacjentki, wynika, że ukończyła szkołę, podjęła pracę, po jej utracie, kolejną. Po zakończeniu leczenia w klinice nigdy więcej nie trafiła do szpitala.

## Wnioski

Konsultacje rodzinne są koniecznym elementem procesu diagnostyczno-terapeutycznego, pozwalającym na stworzenie, adekwatnego do potrzeb i możliwości systemu pacjenta i rodziny, modelu współpracy na rzecz leczenia. Dają możliwość uczestniczenia pacjenta i jego rodziny w tworzeniu obrazu sytuacji, w jakiej się znaleźli, i planów na przyszłość. Tym samym chronią przed pułapkami narzucania jednego obrazu sytuacji, jak ma to miejsce w wąsko rozumianym paradygmacie medycznym, według którego do lekarza należy postawienie diagnozy i ustalenie leczenia, a do pacjenta – podporządkowanie się decyzjom lekarza [7, 8]. Stwarzając możliwość dialogu w zespole terapeutycznym, dają terapeutcie indywidualnemu wsparcie i przygotowują go do podobnego dialogu z pacjentem. Konsultacje rodzinne nie są, jak czasem o nich się myśli, antypsychiatryczne, nie negują bowiem ani sensu diagnozy, ani sensu terapii osób doświadczających zaburzeń psychicznych. Dając możliwość wsłuchania się w opowieść rodzinną, pozwalają ustrzec się jednostronności w patrzeniu na pacjenta, a tym samym pokazują inne niż tylko wyrażone w języku psychopatologii perspektywy jego rozumienia. Umożliwiają tym samym postawienie diagnozy systemowej, a więc takiej, która uwzględnia wieloperspektywiczny opis.

Powyższe okoliczności zwiększają szansę na to, by proces leczenia, jaki proponujemy pacjentowi, był efektywny, dopiero bowiem na podstawie znajomości różnych systemów, w jakich pacjent przebywa (biologicznych, osobowościowych, rozwojowych, rodzinnych, społecznych i duchowych) można tworzyć plany i wizje terapeutyczne. Wizje te są dobre (trafne, skuteczne), jeśli powstają jako efekt dialogu z pacjentem i jego rodziną. Uproszczony plan terapeutyczny, powstający na podstawie jedynie psychopatologii streszczonej w diagnozie oraz farmakoterapii, jest nieefektywny i nieetyczny.

Jak pisał wspomniany na początku Wynne, konsultacja rodzinna 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 [1]. Pamiętając o naszych doświadczeniach klinicznych, możemy odpowiedzieć: konsultacje rodzinne dają szansę, by mógł narodzić się dialog.

### **От монолога до терапевтического диалога. О роли системных семейных консультаций в психиатрическом отделении**

#### **Содержание**

В представленном сообщении Авторы обсуждают значение системной семейной консультации в психиатрическом отделении на примере пациента больного шизофренией. Участие психиатра – как наблюдателя – во время семейной консультации, а следовательно, такой, которая учитывает полиперспективное описание процесса. Такой метод позволяет избежать односторонности в оценке пациента указывая на иные, нежели только выраженные в языке психопатологии перспективы его понимания. Кроме того, пациенту и его семье консультация обуславливает представление собственной точки зрения всеми лицами, принимающими в ней участие в ситуации, в которой они нашлись и планов, на будущее. В результате, подтверждение, поставленного возможного диагноза шизофрении как абсолютно правильного описания действительности возбудило ряд сомнения эпистемологической и этической природы. Семейная консультация дает возможность проведения диалога и является необходимым элементом диагностическо-терапевтического процесса.

## Vom Monolog zum therapeutischen Dialog. Über die Rolle der Familienberatung in der Abteilung für Psychiatrie

### Zusammenfassung

Im Artikel besprechen wir die Bedeutung der systemischen Beratung für die Familie in der psychiatrischen Abteilung am Beispiel des Patienten mit der Diagnose Schizophrenie. Die Beteiligung des Psychiaters - als Beobachter während der Familienberatung - ermöglicht ihm, eine systemische Diagnose zu stellen, also eine solche Diagnose, die die Beschreibung aus mehreren Perspektiven berücksichtigt. Damit lässt sie den Patienten nicht nur aus einer Seite betrachten und zeigt auch andere als nur in der Sprache der Psychopathologie ausgedrückte Perspektiven für sein Verstehen. Dann ermöglicht auch die Beratung dem Patienten und allen Personen aus seiner Familie die Vorstellung ihrer Gesichtspunkte; sie schildern die Zukunftspläne und beschreiben die Lage, in der sie sich befinden. Im Hinblick darauf erweckte die am Anfang gestellte Diagnose Schizophrenie viele Zweifel von epistemologischer und ethischer Natur. Die Familienberatung ist eine Chance, den Dialog zu bilden. Sie ist ein unentbehrliches Bestandteil des diagnostisch - therapeutischen Verfahrens.

### Du monologue au dialogue thérapeutique. Quelques remarques sur les consultations familiales systémiques pendant l'hospitalisation.

#### Résumé

Les auteurs décrivent l'importance des consultations familiales systémiques en basant sur le cas particulier d'un patient hospitalisé. Le psychiatre-observateur participe aux consultations familiales et cette participation lui facilite la diagnose systémique, qui donne l'image de plusieurs perspectives, qui n'est pas pris d'un seul côté. Pour le patient et sa famille cette consultation rend possible la présentation de leur point de vue sur la situation présente et future. En résultat la diagnose initiale de la schizophrénie devient incertaine. Donc la consultation familiale donne possibilité au dialogue et elle constitue un élément indispensable du processus diagnostique et thérapeutique.

#### Piśmiennictwo

1. Wynne CL, red. *Systems consultation. A new perspective for family therapy*. New York: Gilford Press; 1986.
2. Rostworowska M, Opoczyńska M, de Barbaro B, Robak J. *Znaczenie konsultacji rodzinnej dla diagnozy psychiatrycznej*. Psychiatr. Pol. 2003; XXXVII, 4: 683–693.
3. Rostworowska M, Opoczyńska M, de Barbaro B. *Konsultacja rodzinna – możliwości i ograniczenia*. Psychiatr. Pol. 2002; XVI, 1: 41–49.
4. Cecchin G. *Mediolańska szkoła terapii rodzin*. Kraków: Collegium Medicum; 1995.
5. Lewis B. *Moving beyond prozac. DSM & the new psychiatry. The birth of postpsychiatry*. Michigan: The University of Michigan Press; 2006.
6. Opoczyńska M. *Dialog Innych albo inne monologi. Przypisy do psychoterapii*. Kraków: Wydawnictwo Uniwersytetu Jagiellońskiego; 2007.
7. Anderson H. *Conversation, language, and possibilities. A postmodern approach to therapy*. New York: Basic Books; 1997.
8. Deissler K, McNamee, red. *Phil und Sophie auf der Couch. Die soziale Poesie therapeutischer Gespräche*. Heidelberg: Carl-Auer-Systeme Verlag; 2000.

Adres: Maria Rostworowska  
Klinika Psychiatrii Dorosłych  
31-501 Kraków, ul. Kopernika 21 a

Otrzymano: 7.02.2007  
Zrecenzowano: 17.04.2007  
Przyjęto do druku: 4.10.2007