

Małgorzata Opoczyńska¹, Maria Rostworowska²

DIALOG Z RODZINĄ CZY Z MAPAMI RODZINY? KILKA UWAG NA TEMAT PUŁAPEK LECZENIA DOSTOSOWANEGO DO POTRZEB

DIALOGUE WITH FAMILY OR WITH FAMILY MAPS? SOME REMARKS ON THE TRAPS OF THE NEED-ADAPTED TREATMENT

¹ Instytut Psychologii Uniwersytetu Jagiellońskiego

Dyrektor: prof. dr hab. Małgorzata Kossowska

² Klinika Psychiatrii Dorosłych Katedry Psychiatrii UJ

Kierownik katedry: prof. n. med. Józef Krzysztof Gierowski

Autorki, na przykładzie historii niepowodzenia w nawiązaniu współpracy z pacjentem i jego rodziną, podejmują proces refleksyjny ograniczeń zintegrowanego modelu leczenia pacjenta, którego filarem jest trójprzymierze: pacjent — rodzina — zespół terapeutyczny. W wyniku swoich rozważań akcentują m.in. konieczność zakorzenienia się leczenia w dialogu z pacjentem tak, aby terapia nie była zawieszona w próżni i aby nie była narażona na pozorność wzajemnej współpracy.

integrated need-adapted treatment family therapy

Summary: The paper presents the limitations of the integrated need-adapted treatment of persons suffering from psychotic disorders. Basing on the story of one inpatient and his not effective treatment, some presuppositions of the therapeutic alliance between patient-family-therapist are discussed. According to the authors, the therapy of persons with psychotic disorders should always follow after the dialogue with them. Otherwise, it leads to confusing the map for reality and, as consequence of this, both the therapy and the dialogue fail.

Obawiam się ludzi, którzy chcą czegoś nauczyć albo pokazać cel — mnie czy komukolwiek innemu. Nie wierzę w to, aby cel można było komuś pokazać; każdy musi go sobie znaleźć. Takich ludzi boję się panicznie. Dlatego boję się psychoanalityków, psychoterapeutów. Oczywiście, oni zawsze mówią: przecież my nie pokazujemy, my tylko pomagamy znaleźć. Wszystkie te argumenty dobrze znam. Niestety, to tylko teoria, a praktyka jest taka, że oni właśnie pokazują [...]. Jestem okropnie niemodny w tych sprawach. Wiem, że jest moda na różne terapie grupowe albo indywidualne, że mnóstwo ludzi bierze w nich udział, ale ja się tego po prostu panicznie boję. Panicznie boję się tych ludzi, tak samo, jak się boję polityków, księży, nauczycieli, wszystkich tych, którzy dają wskazówki, którzy wiedzą. Jestem głęboko przekonany o tym, że naprawdę nie wie nikt.

Krzysztof Kieślowski. O sobie — autobiografia. Kraków: Wydawnictwo Znak; 1979, s. 36.

Wstęp

Lata doświadczeń klinicznych uczą, że zaangażowanie rodziny w proces leczenia krewnego, chorującego na schizofrenię, jest niezbędnym warunkiem powodzenia terapii [1]. Z tej przyczyny pacjenci leczeni na oddziale stacjonarnym Kliniki Psychiatrii Dorosłych w Krakowie objęci są zintegrowanym leczeniem, uwzględniającym farmakoterapię, psy-

choterapię indywidualną, różne formy oddziaływań grupowych, w tym m.in.: psychoterapię grupową, muzykoterapię, arteterapię, zajęcia ruchowe, a ich rodziny — psychoedukacją, a niekiedy także terapią systemową rodzinną i małżeńską.

Wstępem do zintegrowanego leczenia jest zawsze konsultacja rodzinna, która pełni funkcje przede wszystkim diagnostyczne — poznając rodzinę, zespół terapeutyczny stara się dostosować składane jej propozycje terapeutyczne do jej potrzeb i możliwości [2–6]. Zdarza się jednak, że próby współpracy z rodziną zawodzą: albo rodzina jej odmawia, jak zdarza się częściej (np. nie przyjmuje zaproszenia do wzięcia udziału w konsultacji rodzinnej), albo pełnoletni pacjent nie wyraża zgody na kontakt z krewnymi. Bywa też i tak, że zarówno rodzina, jak i pacjent wyrażają gotowość do współpracy, akceptując składane im propozycje terapeutyczne i uznając ich zasadność, jednak w pewnym momencie, ku zaskoczeniu zespołu terapeutycznego, wycofują się z przymierza terapeutycznego bez podania przyczyny.

Historia, którą opiszemy, ilustruje niepowodzenie w nawiązaniu współpracy z pacjentem i jego rodziną. Próba zrozumienia wycofania się rodziny z leczenia, po uprzednim wyrażeniu na nie zgody, będzie przedmiotem artykułu. Podjęcie tego tematu stanie się też okazją do refleksji nad ograniczeniami zintegrowanego modelu leczenia, którego filarem jest trójprzymierze: pacjent — rodzina — zespół terapeutyczny.

Sytuacja rodzinna

Dwudziestopięcioletni Tomasz został przyjęty na oddział stacjonarny z powodu następstw psychozy. Był pobudzony psychoruchowo, odczuwał silny lęk, miał urojenia prześladowcze i halucynacje słuchowe. W kontakcie ujawniał nieufność, podejrzliwość i brak wglądu w przeżycia psychotyczne. Wypowiadał się nielogicznie, z licznymi dygresjami.

Z przeprowadzonej konsultacji rodzinnej, w której uczestniczyli pacjent i jego rodzice, wyłonił się następujący obraz rodziny: Matka pacjenta, 56-letnia, niepracująca zawodowo kobieta, choruje psychicznie od momentu urodzenia Tomasza. Nie leczy się, pomimo utrzymujących się w czasie i nasilających cyklicznie ostrych objawów psychozy. Od lat nie opuszcza samodzielnie domu, czas spędza samotnie, w domu otoczonym wysokim murem. Mur wiele lat temu postawił mąż, ojciec Tomasza. Chroni prywatność rodziny przed spojrzeniem obcych.

Ojciec pacjenta jest aktywny zawodowo. Od lat piastuje kierownicze stanowiska, większość dnia spędza poza domem. Na jego barkach spoczywa utrzymanie rodziny. Pośredniczy także w kontaktach żony ze światem zewnętrznym.

Młodsza siostra Tomasza jest zamężna i od osiemnastego roku życia mieszka oddzielnie. Studiuje, wspierana finansowo przez ojca. Od paru lat korzysta z psychoterapii z powodu objawów lękowo-depresyjnych. Odmówiła udziału w konsultacji z powodu niechęci do spotkania z rodzicami, z którymi wiąże ją konfliktowe relacje. Zdecydowała się jedynie na indywidualną rozmowę, na którą przyszła zaproszona przez psychiatrę.

Rodzice pacjenta pozostają w wieloletnim i utrwalonym konflikcie, potęgowanym przez chorobę matki i jej negatywny stosunek do leczenia. Konflikt znalazł wyraz w spotkaniu konsultacyjnym: małżonkowie nie mówili do siebie, ale o sobie, obarczając się wzajemnie winą za złą atmosferę w domu. Mimo trudności, jakie musieli przezwyciężyć w czasie spotkania konsultacyj-

nego, było ono dla nich pierwszą od lat okazją do rozmowy, w której mogli wysłuchać tego, jak każde z nich przeżywa i przedstawia swoje położenie życiowe. Dla zespołu terapeutycznego z kolei udział w spotkaniu konsultacyjnym był okazją do diagnozy systemu rodzinnego i sformułowania propozycji terapeutycznych dostosowanych do jego możliwości i potrzeb.

Diagnoza systemu rodzinnego

Wysłuchując historii rodzinnych, podczas spotkania konsultacyjnego, zespół terapeutyczny skupił swą uwagę na trzech, wyodrębniających się z całości systemu rodzinnego, podsystemach-diadach: diadzie: matka — syn, syn — ojciec, mąż — żona.

Charakterystyczna dla diady matka — syn była ambiwalencja dorosłego dziecka wobec chorującej matki. Matka Tomasza, przez lata konsekwentnie odmawiająca leczenia, wzbudza w synu i potęguje nieufność do psychiatrów i ich metod. Niechęć Tomasza do leczenia, którą ujawnił w czasie spotkania, zinterpretowana została przez terapeutów jako wyraz lęku przed reakcją matki, gdyby — inaczej niż ona — troszczył się o swoje zdrowie. Możliwe, że za jego niechęcią do leczenia kryje się także niezgoda na uznanie siebie za osobę chorującą psychicznie, co pociągać by mogło za sobą strach, że powtórzy los matki naznaczony cierpieniem. Terapeuci, uczestniczący w spotkaniu rodzinnym, nie wykluczyli też hipotezy, że psychoza syna jest indukowana; więź pomiędzy matką a synem jest bardzo silna, obraz psychopatologiczny zaburzeń matki i syna zbliżony do siebie w treści, matka zajmuje w diadzie dominującą pozycję i aktywnie wpływa swoimi urojeniowymi przekonaniem na bardziej pasywnego, podatnego na sugestie syna. Terapeuci, zastanawiając się nad siłą i charakterem więzi w diadzie matka — syn, przypuszczali, że są one funkcją burzliwej i konfliktowej relacji pomiędzy rodzicami pacjenta.

Diada syn — ojciec ma charakter skośnej relacji: pomimo dorosłego wieku syna, ojciec narzuca mu styl życia. Tomasz reaguje na to buntem, co zwrótnie wzmacnia pozycję ofensywną ojca. Między ojcem a synem toczy się walka: syn walczy o prawo do niezależności, z kolei ojciec próbuje mu narzucić zależność od siebie. Niewykluczone, że ojciec boi się niezależności syna, gdyż zapowiada ona — w jego odczuciu — groźbę powtórzenia losów żony, broniącej swej autonomii za cenę pogarszania się zdrowia.

Koncentrując swą uwagę na diadzie mąż — żona, terapeuci uczestniczący w spotkaniu zauważyli utrwalone przez lata wzajemne urazy. Mąż, pełniący poza domem funkcję kierowniczą, także i w domu chciałby dominować. Małżonkowie nie potrafią ze sobą rozmawiać: mąż narzuca żonie swe racje i pomysły na codzienne życie, żona podporządkowuje się im pozornie, jednak w momentach wybuchu psychozy buntuje się i poprzez zachowania agresywne wyraża swój sprzeciw. Trwające od lat nieporozumienia małżeńskie mają wpływ na podsystem dzieci. Młodsza córka za cenę zerwania relacji z rodzicami zdobyła się na separację. Syn próbuje rozwiązać konflikt pomiędzy zależnością a niezależnością za pośrednictwem objawów psychotycznych — dzięki nim pozostaje jednocześnie wolny od wpływów rodziców i zarazem od nich zależny.

Zdiagnozowany przez zespół terapeutyczny w wyniku konsultacji rodzinnej dezadaptacyjny wzór funkcjonowania rodziny stał się przesłanką do zaproponowania jej terapeutycznego wsparcia. Zdaniem terapeutów praca nad relacją w diadzie małżeńskiej mogłaby pomóc Tomaszowi w separowaniu się od rodziny pochodzenia i w indywidualizacji.

Stosownie do postawionej diagnozy, rodzinie zaproponowane zostały: dla małżonków — udział w terapii małżeńskiej, a w dalszej perspektywie indywidualna terapia żony; dla syna — leczenie na dziennym oddziale psychiatrycznym. Za sprzyjające uzyskaniu pozytywnych efektów terapeutów uznali zamieszkanie Tomasza na czas leczenia poza domem rodzinnym i podzielili się z rodziną tym wskazaniem. Dodatkowo, rodzice zaproszeni zostali do udziału w grupach psychoedukacyjnych dla krewnych pacjentów leczonych z powodu zaburzeń psychotycznych. Wszystkie przedstawione rodzinie propozycje zostały przez nią zaakceptowane. Rodzina zadeklarowała, że rozpocznie leczenie.

Diagnoza systemu terapeutycznego

Zespół terapeutyczny był przekonany, że propozycje, jakie złożył rodzinie i pacjentowi, były dostosowane do ich potrzeb i mieściły się w obszarze wyznaczonym przez tzw. optymalną różnicę [7]. Utwierdziła go w tym także superwizja, która poddała rysującą się współpracę analizie, akcentując jej możliwości i zasadność. Zaskoczeniem dla terapeutów było więc to, że rodzina, mimo wcześniejszej zgody na współpracę, nie pojawiła się na spotkaniach psychoedukacyjnych, nie kontynuowała rozpoczętej terapii małżeńskiej, pacjent natomiast wypisał się na własne żądanie z oddziału dziennego, zrezygnował także z farmakoterapii. Z informacji od ojca wiadomo, że syn, po nieudanych próbach zamieszkania poza rodziną, związała się z dziewczyną i podjęcia pracy, z powodu ostrych objawów psychotycznych został bez zgody przyjęty do rejonowego szpitala psychiatrycznego.

Dlaczego zarówno znajdująca uzasadnienie w doświadczeniu klinicznym, jak i zaakceptowana przez rodzinę, ledwie rozpoczęta współpraca w przymierzu pacjent — rodzina — terapeuta została raptownie przerwana? Dlaczego, czyli dla jakich racji i wskutek czego (gr.: *dia-ti*), dialog zespołu terapeutycznego z rodziną nie mógł dalej się toczyć dla dobra pacjenta? Czy w istocie (*episteme*) dialog z rodziną został przerwany, czy może, wbrew mniemaniom (*doxa*) zespołu, w ogóle się nie zaczął? Kto z kim pozostawał w dialogu? Czy terapeuci z rodziną, czy terapeuci między sobą? Rozpoczął się dialog z rodziną, a następnie został przerwany (*dia-logos*), czy do dialogu w ogóle nie doszło, gdyż jego miejsce zajął monolog jednej racji (*logos*)?

Opisane niepowodzenie leczenia, tzw. *drop-out*, poddane zostanie teraz diagnozie. Jak się okaże, będzie to diagnoza systemu terapeutycznego. Od niej należy zawsze zacząć, ilekroć pacjent lub jego rodzina odmawia współpracy. Nie można bowiem wykluczyć, że *drop-out* pacjenta stanowi przesłankę do terapii (gr. *therapia*, czyli troska) samego systemu terapeutycznego.

Próba odpowiedzi na pytanie dlaczego, czyli dla jakich racji, przedstawiona rodzina odmówiła dalszego kontaktu z zespołem terapeutycznym, może zostać podjęta z dwóch perspektyw: po pierwsze — z perspektywy dialogu toczącego się wśród terapeutów, po drugie — z perspektywy postulowanego dialogu z rodziną. W każdej z przyjętych perspektyw inaczej będą wyjaśniane racje, dla których rodzina odmówiła współpracy.

Pozostając w przestrzeni opisanej językiem systemu terapeutycznego, można zasadnie wskazać następujące racje, uzasadniające *drop-out* pacjenta i jego rodziny:

- dysfunkcyjny, transgeneracyjny wzór funkcjonowania rodziny generacyjnej pacjenta
- obecność choroby psychicznej w rodzinie generacyjnej — nieleczone psychoza matki, zaburzenia lękowe u siostry pacjenta, której udało się odseparować od rodziny za cenę zerwania z nią kontaktów

- brak motywacji pacjenta do leczenia, wzmacniany postawą matki — brakiem krytycyzmu i negatywną postawą wobec leczenia
- funkcjonalność choroby i chorowania syna: z jednej strony — jego choroba i chorowanie utrzymują rodzinne *status quo*, z drugiej — wyrażają tendencję do zmiany układu ról wewnątrzrodzinnych.

Poprzestając na racjach, mających źródło w obszarze wyznaczonym przez system terapeutyczny, i uznając je za wyczerpujące, tylko krok dzieli nas od wniosku, że zespół terapeutyczny nie mógł zrealizować założonych i słuszných celów, gdyż rodzina nie dostosowała się do jego oczekiwań; gdyby nie dysfunkcyjny wzór transgeneracyjny rodziny, bezkrytycyzm chorującej psychicznie matki pacjenta, niechętnie odnoszącej się do psychiatrów i ich metod, brak motywacji pacjenta do leczenia i funkcjonalność jego objawów — zespół terapeutyczny mógłby wykazać się skutecznością w leczeniu dotkniętej psychozą osoby. Rzecz jasna, taki tryb wyjaśnień jest nie do przyjęcia, gdyż jego akceptacja wiodłaby do wniosku, że najbardziej pożądanymi są pacjenci podporządkowani oczekiwaniom personelu oddziałów psychiatrycznych i tym samym utrzymujący i zwiększający jego skuteczność¹.

Przyjmując perspektywę dialogu z rodziną, fiasko współpracy można zrozumieć inaczej. Dialog z rodziną nie mógł zaowocować korzystną dla pacjenta zmianą, ponieważ w ogóle się nie zaczął. Bliżej rozważymy teraz tę możliwość.

Diagnostując potrzeby rodziny i przedstawiając jej propozycje leczenia, zespół terapeutyczny opierał się na własnej, wypracowanej przez lata praktyki klinicznej, wersji rzeczywistości (mapie). W konsekwencji nie zbliżył się w dostatecznym stopniu do rzeczywistości, w jakiej żyła rodzina, nietożsamej z jego mapą, a także różnej od tej, której dała wyraz w rozmowie konsultacyjnej, deklarując wolę współpracy. Zarzucając na rodzinną sieć wypróbowanych metod pracy, terapeuci nie uwzględnili kilkudziesięcioletniego lęku rodziny przed psychiatrami i ich metodami. Grad propozycji terapeutycznych spadł (mówiąc metaforycznie) na ziemię do tej pory nie odkrytą przez żadnego psychiatrę i wyzwolił w rodzinie reakcje obronne. W konsekwencji, rodzina zerwała kontakt z lekarzami i psychologami, i powróciła za mur okalający jej dom i strzegący jej prywatności przed spojrzeniem i działaniem obcych.

Dodać przy tym należy, że rodzina zareagowała na propozycje zespołu terapeutycznego tak jak siostra pacjenta na oczekiwania rodziny pochodzenia: nie potrafiąc inaczej wyzwolić się spod jej ciężaru, w wieku 18 lat wyprowadziła się z domu, zrywając z rodzicami

¹ Uznanie powyższej wykładni niepowodzenia terapii za nie do przyjęcia, pozostaje w mocy tak długo, jak długo pacjent uważany jest za nadrzędny podmiot troski. Jeśli nad jego dobro przedkłada się dobro systemu, wówczas przytoczone argumenty wydadzą się nie tylko logicznie poprawne, ale i istotne z punktu widzenia interesów systemu: zgodnie z тезami N. Luhmanna, warunkiem sprawnego działania systemów społecznych jest to, że po pierwsze redukują złożoność (ograniczając ilość informacji swobodnie krążącej między jednostkami), po drugie, przystosowują jednostkowe dążenia i oczekiwania do jego własnych celów. „Koniecznym elementem mocy całości jest przecież szybkość działania”, pisze J.F. Lyotard, komentując teorię N. Luhmanna, i „choć wydaje się to gorszące, do zalet systemu można zaliczyć nawet jego nieczułość. Prawo nie wywodzi się z cierpienia, ale z faktu, że usuwanie cierpień zwiększa skuteczność systemu. Potrzeby najbardziej upośledzonych z zasady nie mogą służyć za regulator systemu, bo skoro znamy już sposób ich zaspokajania, wiemy, że ich zaspokojenie nie może poprawić jego skuteczności” [8, s. 165–166].

kontakt. Podobnie zachował się pacjent i rodzice — zaproszeni do współpracy z zespołem terapeutycznym ostatecznie, po wstępnej zgodzie, wycofali się z niej, uciekając od wymagań zespołu niewspółmiernych do ich potrzeb i możliwości.

Powtórzmy: propozycje terapeutyczne, z jakimi zespół zwrócił się do konsultowanej rodziny, były adekwatne do tego, co rozpoznał jako źródła dysfunkcji i co uznał za przedmiot możliwych i uzasadnionych dobrem rodziny oddziaływań terapeutycznych (tzn. były zgodne z jego mapą i wynikającymi z niej szacunkami, dotyczącymi optymalnej różnicy pomiędzy systemem rodzinnym a terapeutycznym), nie były natomiast adekwatne do rzeczywistości, w jakiej żyli pacjent i jego rodzina (tzn. nie odpowiadały rzeczywistości, niebędącej ani mapą, ani wypadkową optymalnych różnic pomiędzy mapami różnych systemów) [8]. Zespół terapeutyczny patrzył więc na rodzinę przez „okulary” systemu, który tworzył przez dziesięciolecia własnych doświadczeń klinicznych. Przysłuchując się historiom rodziny, skonstruował **obraz jej życia**, pasujący do sprawdzonych w praktyce klinicznej map, nie uwzględnił natomiast **życia**, toczącego się **poza** nim; patrzył **na** obraz rodziny, nie widząc tego, co wykraczało **poza** jego ramy. Podstawowy warunek dialogu, mówiący o tym, że jest on możliwy tylko między obecnymi — obecnymi nie na obrazie, ale poza nim, nie został spełniony [9, 10]. Zespół miał swoje **racje**, ale nie nawiązał **relacji** z Innym, będącym poza nim. Zbyt był przywiązany do swoich racji, by móc otworzyć się na rzeczywistość Drugiego, nie mieszczącego się w nim, i mu odpowiedzieć. Bez relacji, która uwzględnia odmiennosc i nieprzekładalność Innego na język żadnego systemu (czy będzie to system medyczny, biopsychospołeczny, psychoanalityczny czy systemowy), każda propozycja terapeutyczna jest niedostosowana do jego potrzeb. Adresowana jest bowiem nie **do niego**, ale do obrazu **na jego temat**, powstałego w „pracowni” terapeutów. Fiasko współpracy w leczeniu jest w takim wypadku tylko kwestią czasu.

Terapia, czyli troska

Opisane doświadczenie i próby zrozumienia niepowodzenia terapii skłaniają do refleksji o charakterze bardziej ogólnym. Pracując z osobami dotkniętymi zaburzeniami psychicznymi i ich rodzinami, przywykłyśmy do tego, że pacjenci dochodzą do zdrowia pod wpływem oddziaływań terapeutycznych dostosowanych do ich indywidualnych potrzeb. Formy tych oddziaływań, proponowane w ramach zintegrowanego leczenia, kształtowały się w ciągu lat naszych doświadczeń zawodowych. Jesteśmy przekonane o ich klinicznej użyteczności. Tkwi w tym jednak pułapka.

Zaufanie do metod oddziaływania terapeutycznego, jakie wypracował zespół, owocuje przekonaniem, że warunkiem skutecznej terapii pacjenta psychicznego jest zaangażowanie w proces leczenia całego systemu rodzinnego. Przyjmując to założenie, zdarza się (a w opisanym przypadku zdarzyło), że przeoczona zostaje rzecz najprostsza (prostota w tym wypadku jest tożsama z „nagim” faktem, który nie zdążył jeszcze obrócić w warstwy nadawanych mu znaczeń): osoby dotknięte psychozą i ich rodziny nigdy nie są takie, jak o nich — przyjmując perspektywę kliniczną — myślimy. Pacjent i jego rodzina wymykają się naszym myślom i wywiedzionym z nich szacunkom, a może nawet jest tak: im więcej **o nich** myślimy i więcej **dla nich** chcemy zrobić, tym trudniej nam **z nimi** rozmawiać. Dialog nie ogranicza się bowiem do wymiany myśli i działań w myśl tego czy innego systemu terapeutycznego. Jego warunkiem nie jest „optymalna różnica” pomiędzy

„mapami” rozmawiających, ale otwartość tego, kto słucha, na tego, kto mówi. Ten, kto mówi, towarzyszy swoim słowom, lecz jest w nich nieobecny, toteż otwartość, będąca warunkiem dialogu, nie może być ograniczona horyzontem słów. Wykracza poza słowa, w stronę tego, kto mówi. Dialog jest mową (*dia-logos*), zawiązującą się pomiędzy tymi, którzy **do siebie** mówią; mówią nie **o sobie**, których mają na myśli, ale **do siebie** — dla myśli nieuchwytnych i niedosłownych.

To kluczowa refleksja, gdyż poucza o pierwszeństwie dialogu z pacjentem nad jego leczeniem. Po pierwsze — słuchaj, dopiero po drugie — lecz. Propozycja leczenia, jeśli nie zakorzenia się w dialogu z pacjentem, jest zawsze zawieszona w próżni i z tej przyczyny narażona na pozorność współpracy.

Nie budzącym wątpliwości warunkiem realizacji zasady Hipokratesa *primum non nocere* jest nawiązanie z pacjentem relacji, w której może toczyć się dialog. Leczenie jest możliwym następstwem dialogu („być może leczenie”). Gdy traktujemy je jako warunek dialogu („leczenie na pewno i przede wszystkim”), doprowadzamy, jak w opisanym przykładzie, do fiaska zarówno leczenia, jak i dialogu.

Zbytнім uproszczeniem i szkodliwym jest tłumaczenie *drop-outów* pacjentów psychiatrycznych i ich rodzin murem, jaki wznoszą, by chronić się przed zewnętrznym światem. Psychiatria i jej terapeutyczne systemy także wznoszą mury. By je dostrzec, trzeba zdjąć „okulary” systemów i paradygmatów. To inne, które się wtedy usłyszy, będzie początkiem dialogu. Być może też leczenia, na pewno — znakiem troski, która, zauważona przez pacjenta, nie nasili jego lęku przed relacją.

Piśmiennictwo

1. de Barbaro B, red. Schizofrenia w rodzinie. Kraków: Wydawnictwo Uniwersytetu Jagiellońskiego; 1999.
2. Opoczyńska M, Rostworowska M, Ćwikliński Z, Robak J, Dziasek I, Marciak M, Pytko H, Karolczyk B. Treatment without consent-dialog or psychiatric language games? Arch. Psychiatr. Psychother. 2011; 1: 5–10.
3. Rostworowska M, Opoczyńska M. Od monologu do dialogu terapeutycznego. O roli systemowych konsultacji rodzinnych w oddziale psychiatrycznym. Psychiatr. Pol. 2008, XLII, 1: 25–32.
4. Rostworowska M, Opoczyńska M, de Barbaro B, Robak J. Znaczenie konsultacji rodzinnej dla diagnozy psychiatrycznej. Psychiatr. Pol. 2003; XXXVII, 4: 683–693.
5. Rostworowska M, Opoczyńska M, de Barbaro B. Konsultacja rodzinna — możliwości i ograniczenia. Psychiatr. Pol. 2002; XVI, 1: 41–49.
6. Wynne CL, red. Systems consultation. A new perspective for family therapy. New York: New York Gilford Press; 1986.
7. Andersen T. The reflecting team. Broadstairs: Borgman Publishing Ltd.; 1990.
8. Bateson G. Umysł i przyroda. Warszawa: PIW; 1997.
9. Opoczyńska M. Dialog Innych albo inne monologi. Kraków: Wydawnictwo Uniwersytetu Jagiellońskiego; 2007.
10. van Deurzen E. Everyday mysteries. Existential dimensions of psychotherapy. London, New York: Routledge; 2006.
11. Lyotard J-F. Kondycja ponowoczesna. Warszawa: Fundacja Aletheia; 1997.

Adres: upopoczy@cyf-kr.edu.pl

PSYCHIATRIA POLSKA

ORGAN POLSKIEGO TOWARZYSTWA PSYCHIATRYCZNEGO
ZAŁOŻONY W 1923 R. PRZEZ RAFAŁA RADZIWIŁŁOWICZA
POD NAZWĄ „ROCZNIK PSYCHIATRYCZNY”

ROK 2011 WRZESIEŃ–PAŹDZIERNIK XLV NR 5

SPIS TREŚCI

Poczucie koherencji i style radzenia sobie ze stresem wśród rodziców dorosłych dzieci z rozpoznaniem schizofrenii Beata Kasperek-Zimowska, Małgorzata Chądzyńska	643
Psychologiczny profil cech ja cielesnego u młodych kobiet polskich – analiza porównawcza struktury ja cielesnego u kobiet chorych na zaburzenia odżywiania się i zaburzenia psychotyczne Bernadetta Izydorczyk	653
Postawy wobec ciała a obraz samych siebie u kobiet z zaburzeniami odżywiania się. Badania na gruncie teorii rozbieżności Ja Edwarda Tory Higginsa Anna Brytek-Matera	671
Lęk a obraz własnego ciała u kobiet dorastających w rodzinie z problemem uzależnienia Agnieszka Lelek, Barbara Bętkowska-Korpała, Marcin Jabłoński	683
Wzory przywiązania i lęk u adolescentów z diagnozą zaburzeń zachowania i emocji Grzegorz Iniewicz, Karolina Dziekan, Dominika Wiśniewska, Agnieszka Czuszkiewicz	693
Wzory przywiązania i zachowania agresywne wśród młodzieży z diagnozą zaburzeń zachowania i emocji Grzegorz Iniewicz, Dominika Wiśniewska, Karolina Dziekan, Agnieszka Czuszkiewicz	703
Wpływ poziomu ołowiu we krwi na powstawanie utrudnień w funkcjonowaniu społecznym dzieci z zaburzeniami zachowania Małgorzata Szkup-Jabłońska, Beata Karakiewicz, Elżbieta Grochans, Anna Jurczak, Liliana Zaremba-Pechmann, Iwona Rotter, Grażyna Nowak-Starz, Jerzy Samochowiec	713
Relacja terapeutyczna w psychiatrii środowiskowej z perspektywy pacjenta i terapeuty Małgorzata Sosnowska, Katarzyna Prot-Klinger, Marta Scattergood, Maria Paczkowska, Aleksandra Smolicz, Małgorzata Ochocka	723
Psychoterapia jako dyskurs kulturowy Barbara Józefik	737
Miejsce zespołu Aspergera w grupie całościowych zaburzeń rozwoju: kontinuum czy spektrum zaburzeń autystycznych? Anita Bryńska	749
Objawy obsesyjno-kompulsyjne, tiki, stereotypie ruchowe czy dążność do zachowania stałości otoczenia? Występowanie powtarzalnych aktywności u pacjentów z całościowymi zaburzeniami rozwoju – opis przypadków Anita Bryńska, Elżbieta Lipińska, Monika Matelska	759