



Rola rodziny w powrocie pacjenta do środowiska

The role of the family in the patient's return to the community

IRENA NAMYSŁOWSKA

Z Kliniki Psychiatrii Dzieci i Młodzieży Instytutu Psychiatrii i Neurologii w Warszawie

STRESZCZENIE. *Cel.* Celem artykułu jest próba usystematyzowania dotychczasowej wiedzy na temat roli różnych czynników, a zwłaszcza rodziny, w powrocie osoby chorej psychicznie do środowiska. **Poglądy.** Przedstawiono i omówiono kolejno czynniki związane z samym pacjentem i cechami jego choroby, instytucją psychiatryczną, środowiskiem społecznym, z którym kontaktuje się system rodzinny, a przede wszystkim z charakterystycznymi dla rodziny sposobami radzenia sobie ze stresem. **Wnioski.** Rola wszystkich opisanych czynników w powrocie pacjenta do środowiska wydaje się bardzo ważna, jednak perspektywa systemowa wskazuje na szczególną rolę systemu rodzinnego w powrocie pacjenta do środowiska, a zwłaszcza na znaczenie, jakie nadaje on sytuacji stresowej, inaczej mówiąc na znaczenie „opowieści rodzinnej” o chorobie.

SUMMARY. *Aim:* An attempt was made in the paper to systematise the existing knowledge about the role of various factors, and especially – the family, in the psychiatric patient's return to the community. **Review.** A number of factors are presented and discussed in succession – characteristics of the patient and his/her illness, of the psychiatric facility and the social environment with which the family system has contacts, and especially, the ways of coping with stress typically used by the family. **Conclusions.** The role of all the above-described factors in the patient's return to the community seems to be very important. However, the systemic perspective points to an exceptional role of the family in this respect, and especially to the meaning the patient ascribes to stressful situations, or in other words – to the significance of the illness-related “family story”.

Słowa kluczowe: rodzina / pacjent psychiatryczny
Key words: family / psychiatric patient

Rola, jaką pełni rodzina w powrocie pacjenta do środowiska po pobycie w szpitalu psychiatrycznym lub nawet po podjętym leczeniu ambulatoryjnym zależy od bardzo wielu czynników. Czynniki te można podzielić na cztery ogólne grupy:

- związane z pacjentem i jego sposobem chorowania,
- instytucją psychiatryczną,
- środowiskiem społecznym, z którym kontaktuje się rodzina,
- a przede wszystkim z charakterystycznymi dla rodziny sposobami radzenia sobie ze stresem.

W artykule najwięcej miejsca poświęcono tej ostatniej grupie, to jest charakterystyce rodziny, a zwłaszcza jej zdolnościom adaptacyjnym do trudnych sytuacji.

CZYNNIKI ZWIĄZANE Z CHORĄ OSOBĄ I JEJ CHOROBA

Rola rodziny w powrocie pacjenta do środowiska zaczyna się dużo przed tym, nim pacjent wróci do domu po pobycie w szpitalu psychiatrycznym. Wyznacza ją, obok innych wymienionych na wstępie czynników,

pierwsze spotkanie z chorobą. Zwykle, poza sporadycznymi przypadkami, trudno rodzinie określić moment początku choroby jednego z jej członków. Najczęściej jest to seria budzących niepokój zachowań, początkowo sporadycznych, potem coraz częstszych. Te zmiany rzadko są od razu widziane w kategoriach choroby psychicznej. W tym okresie cechuje rodzinę duża zmienność interpretacji niepokojących zachowań, oraz zmienna postawa emocjonalna oscylująca pomiędzy zrozumieniem, współczuciem, poczuciem nadmiernego obciążenia, a czasami wręcz gniewem i złością [5, 15, 16].

W miarę nasilania się zachowań odbiegających od normy, członkom rodziny coraz częściej przychodzi do głowy, że może mają do czynienia z zaburzeniami psychicznymi. Czasami zachowanie jednej z osób w rodzinie jest tak zaburzone, że bardzo szybko dochodzi do zdefiniowania go w kategoriach choroby psychicznej. To, jakie znaczenie rodzina nada tej definicji stanie się kluczem do dalszego procesu radzenia sobie z chorobą. Temu zagadnieniu poświęcono wiele miejsca w literaturze lat sześćdziesiątych i siedemdziesiątych poprzedniego stulecia [1, 3, 11, 14, 21, 25, 27].

Zdefiniowanie zaburzonego zachowania w kategoriach choroby psychicznej, potwierdzone oficjalną diagnozą psychiatryczną lub wręcz pobytem w szpitalu pozostawia rodzinę w sytuacji żałoby. Przeważają w niej uczucia smutku, niepokoję, bezradności, czasami wręcz rozpacz. Jest to faza dezorganizacji rodziny, pogłębionej nieobecnością jednego z członków systemu rodzinnego i nie pełnieniem przez niego przypisanych mu ról rodzinnych, które ktoś inny musi przejąć – czasami jest to osoba z zewnątrz [29].

Zmienne dotyczące osoby chorej w reakcji rodziny na chorobę to przede wszystkim rodzaj objawów pacjenta. Nasze własne badania pozwoliły nam na ustalenie tzw. Listy Objawów Dewiacyjnych, szczególnie trudnych dla zaakceptowania przez rodzinę i wpływających na rolę rodziny w powrocie chorego do środowiska [15, 16].

Lista Objawów Dewiacyjnych:

- brak zaufania do rodziny, podejrzliwość,
 - drażliwość, nerwowość,
 - apatia, brak inicjatywy,
 - tendencje do wszczynania kłótni i awantur,
 - trudności w porozumiewaniu się z pacjentem,
 - fałszywe przekonania,
 - społeczne wycofanie się,
 - nadmierna zazdrość, omamy, dziwaczne zachowanie.
-
-

Warto zwrócić uwagę, że dla rodziny szczególnie trudne są te objawy, które komplikują życie rodziny, a nie tzw. objawy pozytywne związane z charakterystyką psychozy, takie jak fałszywe sądy, omamy, dziwaczne zachowanie. Sądzić można, że im więcej objawów z tej listy (zwłaszcza tych, które rodzina uznała za najbardziej dokuczliwe), zdradza pacjent, tym trudniejszy będzie jego powrót do środowiska rodzinnego.

Liczba hospitalizacji

Kolejną zmienną jest liczba hospitalizacji i wynikający z niej czas spędzony w szpitalu, poza rodziną. Według większości danych rodzina dobrze sobie radzi z kilkoma hospitalizacjami, powyżej trzech rozpoczyna się proces utraty nadziei oraz konieczność takiego przeorganizowania systemu rodzinnego, aby mógł on funkcjonować bez osoby chorej. Jest to zjawisko zamykania bram (*closing ranks*) powodujące postępującą izolację chorego. Pamiętać jednak musimy, że w tym przypadku dobro chorego zostaje podporządkowane dobru rodziny jako całości, systemowi, który musi funkcjonować w miarę sprawnie, niezależnie od okoliczności.

Instytucja lecząca (psychiatryczna)

Innym czynnikiem wpływającym na rodzinę i jej rolę w powrocie pacjenta do środowiska jest instytucja psychiatryczna. To tu rodzina uzyskuje pierwsze informacje na temat tego jakie mogą być konsekwencje

choroby dla chorego i pozostałych członków systemu rodzinnego, na ile mogą mieć oni wpływ na dalsze losy pacjenta, a przede wszystkim czy mogą mieć nadzieję. Instytucja psychiatryczna jest niewątpliwie ważnym czynnikiem determinującym stosunek rodziny do jej chorego członka, stąd tak wielkie znaczenie pracy z rodziną od momentu pierwszej hospitalizacji [21].

Środowisko społeczne

Rodzina nie żyje w próżni, system rodzinny pozostaje w stałej interakcji z innymi szerszymi systemami społecznymi. Wśród socjologów przeważa pogląd, że reakcje środowiska społecznego na chorobę w rodzinie można podzielić na trzy typy [3, 4, 21, 25]:

- reakcję społecznego wsparcia,
- reakcję paranoiczną,
- reakcję społeczną izolacji.

To, z jakim typem reakcji ze strony środowiska społecznego spotka się rodzina, zależy od jej pozycji społecznej w najbliższym otoczeniu, charakteru dewiacyjnych zachowań pacjenta – czy są one „ograniczone” do rodziny, czy też kierowane przeciw szerszemu otoczeniu społecznemu. Wszystkie te czynniki oraz charakterystyka samego środowiska społecznego wyznaczają z jakim typem reakcji spotka się rodzina. Otoczenie społeczne może np. udzielać rodzinie społecznego i ekonomicznego wsparcia, czemu w systemowym rozumieniu towarzyszyć powinna otwartość rodziny na inne systemy i zdolność do współpracy z nimi. Zdarza się bowiem, że rodzina nie jest w stanie lub nie chce przyjąć wsparcia ze strony innych systemów. Częściej jednak mamy do czynienia z sytuacją, kiedy rodzina nie ma wsparcia i w czasie choroby psychicznej jednego z jej członków poddawana jest znacznemu stresowi ekonomicznemu i społecznemu.

Wpływ systemu rodzinnego na powrót chorego do środowiska i poradzenie sobie z chorobą

Badacze sądzą, że reakcję na chorobę można podzielić na trzy kategorie:

- rozwój i zróżnicowanie,
- przejściowe załamanie,
- bezwład, dezintegrację i rozpad.

W dalszej części opracowania zajmiemy się pierwszą z wymienionych kategorii.

Wzrastająca liczba badań wywodzących się z teorii systemów nad zdrowymi rodzinami pozwoliła lepiej poznać zasady ich funkcjonowania zarówno w zdrowiu jak i w czasie kryzysu, po urazie lub stracie. Sformułowano też pewne podstawowe zasady wywodzące się z systemowego rozumienia rodziny pozwalające zrozumieć lepiej sposoby wychodzenia z kryzysu [17, 24]. Wymienimy je poniżej:

1. indywidualną odporność na stres najlepiej zrozumieć w kontekście rodziny i szerszych systemów społecznych – jako wynik interakcji procesów indywidualnych, rodzinnych i środowiskowych,
2. kryzys i przewlekły stres odbijają się na całej rodzinie, powodując nie tylko ryzyko indywidualnej dysfunkcji, ale konfliktów relacyjnych w obrębie systemu rodzinnego, a także ryzyko zniszczenia rodziny,
3. procesy rodzinne są czynnikami pośredniczącymi w znaczeniu stresu dla poszczególnych członków jak i całej rodziny:
 - mogą wspomagać procesy radzenia sobie, stanowiąc ochronę przed stresem i promując wyjście z sytuacji kryzysowej silniejszym,
 - odpowiedź zwiększa podatność na zranienie i ryzyko indywidualnego i relacyjnego cierpienia;
4. procesy zachodzące w systemie rodzinnym wpływają na znaczenie nadawane sytuacji stresowej,
5. wszystkie rodziny charakteryzuje potencjał odporności na stres i kryzys. Możemy nań wpływać poprzez odpowiednie strategie terapeutyczne.

Przejdziemy teraz do wymienienia czynników, które decydują o zdolności rodziny do wychodzenia z kryzysu bez poczucia klęski. Niektóre z nich, zwłaszcza te, o których sądzi się, że mają kluczowe znaczenie, omówimy szerzej.

Czynniki wpływające na zdolność rodziny do skutecznego radzenia sobie z kryzysem

System przekonań rodzinnych:

- nadawanie znaczenia kryzysowi, stresowi i stracie,
- pozytywne spojrzenie na przyszłość,
- zdolność do transcendencji i duchowości.

Wzorce organizacyjne rodziny:

- brak sztywności, elastyczność,
- poczucie przynależności, więzi,
- społeczne i ekonomiczne wsparcie.

Wzorce komunikacji w rodzinie:

- jasność komunikacji,
- otwartość w komunikowaniu emocji,
- wspólne rozwiązywanie problemów.

System przekonań rodzinnych

W dalszej części naszego opracowania skupimy się na systemie przekonań rodziny, który jest kluczowy dla radzenia sobie rodziny ze stresem i kryzysem, pozostałe czynniki zostały wyczerpująco omówione w innym miejscu [17, 24].

System naszych przekonań jest produktem konstrukcji społecznej, rozwija się w ciągłym procesie poprzez transakcję ze znaczącymi innymi i otaczającym światem. Są to przede wszystkim przekonania społecznych konstrukcjonistów takich jak Anderson i Goolishian [1988], a zwłaszcza Gergen [1994]. System przekonań rodziny powoduje, że ma ona spójną wizję i potrafi zorganizować doświadczenia swoich członków wokół nadania sensu sytuacji kryzysowej.

W nadawaniu sensu kryzysowi ogromną rolę odgrywają mity, rytuały przekazywane transgeneracyjnie. Dla przykładu – powtarzający się w kilku generacjach rodziny fakt choroby psychicznej może powodować, iż dana sytuacja jest widziana w perspektywie poprzednich i nadawany jej sens ma więcej wspólnego z przekazem transgeneracyjnym niż z rzeczywistym, aktualnym faktem. Jeśli np. w przeszłości rodzina źle radziła sobie z chorobą psychiczną jednego z jej członków,

to w sytuacji obecnej choroby istnieje duże zagrożenie, że również rodzina będzie źle sobie radzić, nawet jeśli obiektywna sytuacja jest zupełnie inna. To doświadczenia poprzednich pokoleń nadają sens obecnej sytuacji stresowej czyniąc z niezagrażającej choroby poważny stres i kryzys w rodzinie.

Znaczenia zdarzeń i system przekonań kształtują się we wspólnej rodzinnej narracji.

Z opowieściami spotykamy się od wczesnego dzieciństwa, poprzez bajki, opowiadania i rodzinne historie zaczynamy rozumieć zasady postępowania ludzi. Potem sami zaczynamy tworzyć własne opowieści. Nasze relacje z innymi żyją w tych opowieściach. White i Epson [26] mówią „osoby nadają znaczenie własnemu życiu i relacjom dzięki narracji swoich doświadczeń”. W tworzeniu własnej narracji i narracji rodzinnej ustalamy spójne powiązania pomiędzy zdarzeniami życiowymi [8, 23]. Dzięki temu możemy stworzyć opowieść, w której zdarzenia życiowe są znaczeniowo powiązane, mają więc swój sens. Wtedy nawet poważnemu kryzysowi można nadać sens, tym samym łatwiej sobie z nim poradzić.

Wielu badaczy jest zdania, że istnieją trzy poziomy rodzinnych znaczeń [18, 22]:

1. znaczenia sytuacyjne,
2. „ja” rodzinne (*family identity*),
3. obraz świata.

Wszystkie te trzy poziomy są ze sobą dynamicznie powiązane i reprezentują różne poziomy abstrakcji. Obraz świata jest najbardziej abstrakcyjny, dany implícite i często rodzina nie jest jego w pełni świadoma i nie potrafi go wyartykułować. Rozwija się powoli i stanowi ramy dla dwu pozostałych poziomów znaczenia w rodzinie. Z kolei zmienne sytuacyjne są najbardziej konkretne, świadome i podatne na zmianę. W przypadku choroby psychicznej rodzina musi, aby sobie poradzić, nadać jej sens, i to dopiero pozwoli na zmianę „ja” rodzinnego, tak aby mieściło się w nim doświadczenie choroby, a także na zmianę obrazu świata.

Znaczenia rodzinne są czymś innym niż indywidualne, nie są ich sumą. Są interpretacjami, obrazami, poglądami, które powstają

w trakcie interakcji członków rodziny ze sobą, kiedy dzielą wspólną przestrzeń, czas, doświadczenia życiowe. Są konstruktami rodzinnymi, produktem interakcji i nie należą do jednego członka tylko do całego systemu rodzinnego.

Znaczenia sytuacyjne

Gdy członkowie rodziny rozmawiają ze sobą o tym, co się zdarzyło i analizują różne aspekty sytuacji stresowej, zaczynają konstruować znaczenie, jakie nadają stresorowi i wymaganiom, którym muszą sprostać w związku ze zmienioną sytuacją. Reiss [1981] nazywał ten proces tworzeniem wspólnych konstruktów (*shared constructs*) w trakcie analizy kryzysowego doświadczenia. Proces ten może być różnie długi i nie zawsze musi doprowadzać do pełnej zgody rodziny. Oznacza to mniej więcej, że członkowie rodziny mogą się zgadzać na to, że w pewnych sprawach mają inne zdanie. Nie mniej jednak musi w rodzinie istnieć pewien stopień zgody w definicji stresu, ponieważ pewne zadania muszą być podejmowane wspólnie, np. kiedy umieścić chorego członka rodziny w szpitalu psychiatrycznym, czy ją i jaką pomoc z zewnątrz uruchomić, aby rodzina mogła w miarę sprawnie funkcjonować. Oznacza to np. zgodę na decyzję czy do rodziny, w której matka została umieszczona w szpitalu psychiatrycznym, powinna wprowadzić się teściowa, czy też podjąć inną próbę zapewnienia dzieciom opieki.

„Ja” rodzinne

Jest to drugi poziom systemu znaczeń rodzinnych, który odnosi się do tego, jak rodzina widzi siebie. Ten globalny punkt widzenia rodziny jest bardziej ogólny i stabilny niż znaczenia nadawane zmiennym sytuacyjnym, a jednocześnie bardziej abstrakcyjny, choć nie tak bardzo jak obraz świata. Do pewnego stopnia pokrywa się on ze wzorcami organizacyjnymi, komunikacyjnymi w rodzinie oraz zasadami i normami wzajemnych relacji. „Ja” rodzinne kształtuje się poprzez rutynę powtarzających się procesów i rytuały

rodzinne [7, 9, 12]. Istnieje wiele badań przemawiających za tym, że rytuały są pomocne w przetrwaniu sytuacji stresu oraz badań wskazujących na to jak chroniczna choroba, w tym także choroba psychiczna, przerywa ich regulującą rolę [28].

Czasami wręcz dochodzi w rodzinie do zmiany „ja” rodzinnego na „ja” równoważne z chorobą, np. „jesteśmy rodziną chorą na schizofrenię”. Ta reorganizacja rodziny wokół choroby może mieć różne negatywne implikacje dla funkcjonowania poszczególnych członków rodziny, np. rodzeństwa osoby chorej, ich możliwości rozwojowych, a zwłaszcza możliwości normatywnej separacji, jak i dla funkcjonowania rodziny jako całości.

Obraz świata w oczach rodziny

Jak już pisaliśmy, obraz świata jest najbardziej ogólnym i najbardziej abstrakcyjnym i trudnym do wyartykułowania z rodzinnych znaczeń [19]. Ma swoje korzenie w kulturze, której rodzina jest częścią, w jej wartościach. Inne sposoby radzenia sobie z chorobą będą istotne dla ludzi z kultury hinduskiej, z ich wiarą w los „karmę” oraz dla ludzi z naszego kręgu kulturowego, z naszą wiarą w konieczność kontroli nad życiem i znaczeniem niezależności jednostki.

Niektórzy autorzy, tacy jak Ransom, Fisher i Terry [1992], wymieniają następujące wymiary rodzinnego obrazu świata, takie jak: optymizm, religijność, zaangażowanie, separacja dzieci od rodziców, skupienie się na dzieciach, oraz miejsce kontroli (zewnętrzne lub wewnętrzne). Reiss [1981] z kolei, w swojej koncepcji konstruktów rodzinnego podkreśla znaczenie wspólnej wizji świata i rozwiązywania problemów i wymienia następujące jego wymiary: podporządkowanie a poczucie panowania nad zdarzeniami, koordynację wysiłków poszczególnych członków rodziny oraz stopień otwarcia się na nowe informacje.

Pokrewną do koncepcji obrazu świata, jakkolwiek na poziomie indywidualnym, jest koncepcja poczucia koherencji Antonowsky’ego [1995] wywodząca się z badań nad tymi, którzy przetrwali jedną z największych

tragedii naszego wieku, tj. Holocaust. Wedle tej koncepcji poczucie koherencji jest definiowane jako globalna orientacja pozwalająca postrzegać życie jako zrozumiałe, mające znaczenie i dające się kontrolować. Silne poczucie koherencji – to zaufanie do zdolności człowieka do wyjaśnienia stresu i kryzysu, tak aby stał się on zjawiskiem mającym znaczenie, dającym się przewidzieć i wytłumaczyć, a także stwarzającym szansę uporania się z nim. Innym, podobnym konstruktem teoretycznym jest pojęcie indywidualnej siły przetrwania (*individual hardiness*) [Kobasy 1985].

Inni badacze podkreślają z kolei istotną cechę obrazu świata, jaką jest pozytywne spojrzenie w przyszłość. Składa się na nie zdolność do uporczywego pokonywania kryzysu, odwaga, nadzieja i optymizm. Podobnie ważne są odwaga osobista i rodziny jako całości oraz nadzieja. Nadzieja jest zawsze zorientowana na przyszłość, w terminach psychologicznych wiąże się ze zdolnością do pozytywnego myślenia i pewnymi cechami stylów poznawczych, przeciwnymi do sformułowanych przez Becka [1987] depresyjnych zaburzeń poznawczych.

Szczególne znaczenie przypisuje się rodzinnej zdolności do transcendencji i duchowości. Transcendentne przekonania nadają sens, znaczenie celom ponad nami, naszymi rodzinami, a nawet naszymi wrogami. Potrzeba nadania nadrzędnego sensu naszemu życiu jest realizowana poprzez duchowość i dziedzictwo kulturowe. Transcendentne przekonania dają nam jasność dotyczącą naszego życia, szczęścia i nieszczęścia, pomagają zaakceptować to co niezmiennalne i zmniejszyć siłę stresu. To częściowo dzięki nim niektóre rodziny wychodzą z kryzysu z zachowanym poczuciem rodzinnego „ja” i poczuciem sensu. Transcendentny system wartości pomaga definiować nasze życie jako celowe i znaczące.

Duchowość z kolei może być realizowana poprzez przekonania religijne lub poza nimi, jej wyrazem jest aktywne zaangażowanie w wartości wewnętrzne dające poczucie sensu, wewnętrznej spójności, całości i więzi z innymi. Wielu badaczy uważa, że ducho-

wość (jakkolwiek byśmy ją rozumieli) ma istotne znaczenie dla radzenia sobie zwłaszcza z przewlekłym stresem, np. spowodowanym poważną, często nieuleczalną chorobą.

POMOC RODZINIE

Wszystkie opisane powyżej zmienne, a przede wszystkim system znaczeń rodzinnych, zwłaszcza znaczeń nadawanych sytuacji kryzysowej, decydować będą o tym jaką rolę będzie pełnić rodzina w powrocie pacjenta do środowiska – sama diagnoza psychiatryczna wydaje się nie tak istotna jak zdolności rodziny do przetrwania i wyjścia z kryzysu silniejszą.

Wielu badaczy zjawiska radzenia sobie rodziny z chorobą i ułatwiania tym samym powrotu chorego do środowiska sądzi, że to co możemy jako reprezentanci systemu leczącego zrobić dla rodziny i co kryje się pod ogólnym terminem pracy z rodziną – to pomoc na trzech poziomach tworzenia przez nią znaczeń.

Nadawanie znaczenia chorobie (sytuacji stresowej)

Na poziomie pierwszym – nadawania znaczenia chorobie – to pomoc w wyjaśnieniu przyczyn choroby, odciążenie od poczucia winy, a czasami zgoda profesjonalistów na inną niż ich własna koncepcję choroby, która na tym etapie jest jedyną możliwą dla rodziny do przyjęcia.

Rodzina, przy pomocy psychiatrów musi także rozwinąć prawidłowe oczekiwania, kto będzie jej pomagał w radzeniu sobie z chorobą. Orientacja rodziny może się różnić w tym względzie od orientacji na kontrolę wewnętrzną do orientacji na kontrolę zewnętrzną przypadkową lub sprawowaną przez profesjonalistów. Ta pierwsza powoduje małą współpracę z systemem zdrowia, ta druga pasywność lub poszukiwanie magicznego wyleczenia. Dopiero silna kontrola wewnętrzna może prowadzić do aktywnego udziału w procesie leczenia w charakterze partnera

służb medycznych. W tym aspekcie konieczne jest więc wzmacnianie kompetencji rodziny w procesie leczenia.

Znaczenie „ja” rodzinnego

Psychiatrzy powinni pomagać rodzinie i wspierać ją w tworzeniu „ja” rodzinnego, w którym utrzymana jest równowaga pomiędzy chorobą a systemem rodzinnym – pomiędzy potrzebami osoby chorej a rodziny jako całości. Polega to na pomocy w tym, aby mogły prawidłowo przebiegać procesy rozwojowe poszczególnych członków rodziny (w przypadku schizofrenii oznacza to często terapię rodzinną zezwalającą na separację i terapię indywidualną promującą indywidualność chorego). Klinicyści, zwłaszcza terapeuci rodzinni powinni także wspierać rodzinę w podtrzymywaniu zwyczajów i rytuałów rodzinnych, pomagających jej zachować integralność rodziny. Nie powinni też wymagać całkowitej współpracy, ponieważ nadmiernie współpracujące rodziny tracą poczucie „ja” rodzinnego i poczucie integracji.

Znaczenie nadawane przez rodzinę otaczającemu światu

Psychiatrzy powinni być świadomi jak bardzo zmienia się obraz świata rodziny w trakcie choroby osoby bliskiej. Mogą pomagać rodzinie wskazując na środowiskowe systemy oparcia, grupy rodzin w podobnej sytuacji itp. Powinniśmy też mieć szacunek dla rodzinnego systemu przekonań na temat świata i starać się go zrozumieć, nawet jeśli różni się od naszego.

To wszystko, co powiedziano powyżej, można sprowadzić do tego, że jako reprezentanci systemu leczącego powinniśmy słuchać rodzin naszych pacjentów i wierzyć w zbawczą moc dialogu, w którym rodzina pozostaje pełnoprawnym partnerem.

WNIOSKI

Rola wszystkich opisanych czynników w powrocie pacjenta do środowiska wydaje się

być bardzo ważna, jednak perspektywa systemowa wskazuje na szczególną rolę systemu rodzinnego w powrocie pacjenta do środowiska, a zwłaszcza na znaczenie, jakie nadaje on sytuacji stresowej, inaczej mówiąc na znaczenie „opowieści rodzinnej” o chorobie.

PIŚMIENNICTWO

1. Alivisatos G, Lyketsos G. A preliminary report of a research concerning the attitude of the families of hospitalized mental patients. *Int J Soc Psychiatry* 1964; 10: 37–44.
2. Anderson H, Goolishian H. Human systems as linguistic systems: preliminary and evolving ideas about the implications for clinical theory. *Fam Proc* 1988; 27: 371–93.
3. Angrist S, Lefton M, Dinitz S, Pasamanick B. Tolerance of deviant behaviour, posthospitalized performance levels and rehospitalization. W: *Proceedings of the Third World Congress of Psychiatry*. Vol. 1. Toronto: Univ Toronto Press; 1961: 237–41.
4. Antonovsky A. *Rozwikłanie tajemnicy zdrowia*. Warszawa: Fundacja IPIŃ; 1995.
5. de Barbaro B. *Brzemie rodziny w schizofrenii. Próba ujęcia systemowego*. Kraków: Sekeja Psychoterapii PTP; 1992.
6. Beck A, Rush AJ, Shaw BF, Emery G. *Cognitive therapy for depression*. New York: The Guilford Press; 1987.
7. Bossard J, Boll E. *Philadelphia: Rituals in family living*. University of Pennsylvania Press; 1950.
8. Cohler B. The life story and the study of resilience and response to adversity. *J Narr Life Hist* 1991; 1: 169–200.
9. Elsbree L. *The rituals of life patterns of narratives*. New York: Kennikat Press; 1982.
10. Gergen KJ. *Realities and relationships. Sounding in social construction*. Cambridge: Mass Harvard Univ Press; 1994.
11. Hatfield AB. Psychological cost of schizophrenia to the family. *Social Work* 1978; 23: 355–9.
12. Imber-Black E, Roberts J, Whiting R, red. *Rituals in families and family therapy*. New York: Norton; 1988.
13. Kobasa S. *Stressful life events, personality and health: An inquiry into hardiness*. W: *Monat A, Lazarus R, red. Stress and coping*. Wyd. 2. New York: Columbia University Press; 1985.

14. Kreitman DE, Joy VD. Family response to the mental illness of a relative. *Schizophr Bull* 1974; 11: 34–75.
15. Namysłowska I. Społeczna i emocjonalna adaptacja rodzin pacjentów chorych na schizofrenię. Warszawa: Wyd Akademii Med; 1984.
16. Namysłowska I. Social and emotional adaptation of the families of schizophrenic patients. *Family System and Medicine* 1986; 4 (4): 398–407.
17. Namysłowska I. Kryzys rodzinny i powrót do równowagi. *Psychoterapia* 2001; 1 (116): 13–22.
18. Patterson JM, Garwick A. Levels of meaning in Family Stress Theory. *Family Process* 1994; 33: 287–304.
19. Ranson DC, Fisher L, Terry HE. Family world view and adult health. *Family Process* 1992; 31: 251–67.
20. Reiss D. The family construction of reality. Cambridge: Harvard University Press; 1981.
21. Scheff T. Being Mentally Ill. Chicago: Aldine Pub Com; 1966.
22. Thomson SD, Janigian A. Family schemes: A framework for understanding search for meaning. *J Soc Clin Psychology* 1988; 7: 260–80.
23. Trzebiński J, red. Narracja jako sposób rozumienia świata. Gdańsk: GWP; 2002.
24. Walsh F. Strengthening family resilience. New York: The Guilford Press; 1998.
25. Whatley C. Social attitudes towards discharged mental patients. *Social Problems* 1959; 6: 313–20.
26. White M, Epton D. Narrative means to therapeutic ends. New York: Norton; 1990.
27. Vaugh C, Leff J. The influence of family and social factors on the course of psychiatric illness. *Br J Psychiatry* 1976; 129: 125–37.
28. Wolin SJ, Bennet LA, Noonan D, Traubam M. Disruptive family rituals in the intergenerational transmission of alcoholism. *J Stud Alc* 1980; 41: 199–214.
29. Yarrow MR, Schwartz CG, Murphy HS, Deasy LC. The psychological meaning of mental illness in the family. *Soc Studies Health Sickness* 1960; 1: 56–68.

Adres: Prof. Irena Namysłowska, Klinika Psychiatrii Dzieci i Młodzieży Instytutu Psychiatrii i Neurologii, ul. Sobieskiego 9, 02-957 Warszawa