

## Miejsce terapii rodzin w leczeniu schizofrenii\*

*Role of the family therapy in treatment of schizophrenia*

IRENA NAMYSŁOWSKA, ANNA SIEWIERSKA

*Z Kliniki Psychiatrii Dzieci i Młodzieży IPiN w Warszawie*

**STRESZCZENIE.** *Autorki przedstawiają współczesne poglądy na stosowanie terapii rodzin w schizofrenii. Charakteryzują dwa zasadnicze podejścia - psychoedukacyjne i systemowe - oraz analizują możliwości i cele takiej terapii w świetle własnych doświadczeń (red.).*

**SUMMARY.** *Contemporary views on family therapy application in the treatment of schizophrenia are outlined. Two main approaches: psychoeducational and systemic are described. Their goals and efficacy are analyzed in the light of the authors' own clinical experiences (Eds.)*

---

Słowa kluczowe: schizofrenia / terapia rodzinna

Key words: schizophrenia / family therapy

---

W ostatnich trzydziestu latach wzrosło zainteresowanie terapią rodzin, nie tylko jako nową techniką terapeutyczną w leczeniu zaburzeń emocjonalnych, ale także jako nowym sposobem ich rozumienia. Terapia rodzin implikuje bowiem widzenie człowieka i jego problemów emocjonalnych w kontekście jego relacji z bliższym i dalszym otoczeniem społecznym - od mikrosystemu rodziny do makrosystemu społeczeństwa.

Podstawy teoretyczne takiego podejścia powstały w wyniku pracy z pacjentami chorymi na schizofrenię i ich rodzinami. Dopiero w późniejszym okresie terapia rodzin znalazła zastosowanie w leczeniu innych zaburzeń emocjonalnych.

Pierwszy okres rozwoju terapii rodzin - to prace Batesona (1956, 1979), Bowena (1978), Lidza (1965), Haleya (1959), Wynne'a i Singer (1965) i wielu innych. W ich wyniku powstało pojęcie *rodziny schizofrogennej* (w opozycji do psychoanalitycznej koncepcji schizofrogennej matki), teoria *podwójnego związania* w schizofrenii, wnikliwe opisy za-

*burzeń komunikacji* oraz specyficznych zaburzeń struktury rodzin (rodziny *skew* i *schizm*). W późniejszym okresie drogi terapii rodzin w leczeniu schizofrenii i innych zaburzeń emocjonalnych zaczęły się rozdzielać. Wpłynęły na to co najmniej trzy czynniki.

Po pierwsze rozwój badań nad schizofrenią przyniósł narastające przekonanie o biologicznej predyspozycji do tej choroby. Drugim czynnikiem był protest rodzin osób chorych na schizofrenię. Czuli się one nie tylko osamotnione i pozbawione pomocy w walce z chorobą bliskiej osoby, ale także obwiniane przez psychiatrów. Najbardziej znaczący był trzeci czynnik to znaczy niepowodzenia terapii rodzin w leczeniu schizofrenii. Zbiegło się to z dużymi sukcesami farmakoterapii i entuzjazmem typowym dla wczesnego okresu stosowania neuroleptyków.

W końcu lat osiemdziesiątych terapia rodzin pacjentów z innymi zaburzeniami emocjonalnymi rozwijała się intensywnie, czego wyrazem była znacząca liczba badań, publikacji i kongresów oraz rosnąca liczba terapa-

---

\* Wystąpienie na II Konferencji Naukowo-Szkoleniowej "Psychiatria Środowiskowa" w Szpitalu w Tworkach, 17 września 1993 r.

eutów rodzinnych. W tym samym czasie uległo zmianie w leczeniu schizofrenii miejsce terapii rodzin, jej teoria i metody. Zmniejszyło się zainteresowanie terapią rodzin jako jedyną metodą leczenia schizofrenii, choć trudno byłoby znaleźć psychiatrę, który negowałby rolę pracy z rodziną. Obok zadań stricte terapeutycznych terapia rodzin coraz częściej stawia sobie za cel terapeutyczne wspieranie rodziny w jej walce z chorobą. Rodzina zaczyna być traktowana jako partner w leczeniu, a nie jako obiekt leczenia.

Nadal jednak w terapii rodzin współlistnieją różne tendencje, których skrajnymi wyrazami są podejście systemowe oraz psychoedukacyjne.

## OD SYSTEMOWEJ TERAPII RODZIN DO PODEJŚCIA PSYCHOEDUKACYJNEGO

W tej części naszego opracowania przedstawimy dwa podejścia do pracy z rodziną pacjenta chorego na schizofrenię:

- (1) systemową terapię rodzin i
- (2) kierunek psychoedukacyjny.

Sądzymy, że te dwie odmienne techniki terapeutyczne reprezentują dwa przeciwstawne bieguny w rozumieniu i praktykowaniu terapii rodzin w schizofrenii. Pomiędzy nimi istnieje wiele innych, pośrednich form terapii, tworzących razem całe spektrum interwencji dostępnych w pracy z rodzinami chorych na schizofrenię.

### Terapia systemowa

Ponieważ systemowa terapia rodzin jest powszechnie znana przedstawiamy jej założenia w znacznym skrócie, głównie w celu porównania z podejściem psychoedukacyjnym. Terapia ta związana jest z nazwiskiem M. Selvini Palazzoli i jej zespołem (1978, 1980, 1983). U podstaw systemowej terapii rodzin leży teoria komunikacji Batesona (1956, 1979) i ogólna teoria systemów.

Zespół mediolański przypisuje duże znaczenie adaptacyjnej roli zaburzeń w dysfunkcyjnym systemie rodzinnym. Objawy pacjenta są radykalnym rozwiązaniem gry systemu rodzinnego. W grę tę wciągający są wszyscy jego członkowie, poprzez swoją głęboką lojalność wobec rodziny. Choroba pacjenta może chronić rodzinę przed ujawnieniem konfliktu międzypokoleniowego lub spajać ją w obliczu tendencji odśrodkowych, zagrażających jej stabilności. W związku z tym terapeuci zwracają szczególną uwagę na okoliczności towarzyszące początkowi choroby oraz na związek początku psychozy z różnymi zdarzeniami rodzinnymi np. próbą uzyskania niezależności przez pacjenta lub innego członka rodziny.

Zespół mediolański uważa, że rodziny schizofreniczne tkwią w pułapce własnej, niekończącej się gry i jako takie są niezwykle sztywne i nie poddające się zmianie. Możliwości zmiany i rozwoju systemu rodzinnego istnieją jednak i stają się bardziej realne poprzez poznanie i zmianę reguł "psychotycznej gry".

Skoro zachowania psychotyczne są częścią wzorców transakcyjnych specyficznych dla systemu, w którym występują, drogą do eliminacji objawów jest zmiana tych reguł (Selvini-Palazzoli, 1978).

Energia spożytkowana do tej pory poprzez rodzinę dla podtrzymania gry może zostać użyta do zainicjowania zmiany i rozwoju. Zmiana ta ma często nagły "kalejdoskopowy" charakter i wyzwala pacjenta z jego objawów.

Technikami terapeutycznymi charakterystycznymi dla terapii systemowej są:

- pozytywna konotacja zachowań identyfikowanego pacjenta oraz innych członków rodziny,
- interwencja systemowa, stanowiąca przeformułowanie funkcji objawów dla systemu rodzinnego,
- częste posługiwanie się paradoksem oraz rytuałami, zgodnymi z mitami rodzinnymi, kulturą i etosem rodziny.

W odpowiedzi na schizofreniczne podwójne związanie i paradoks, podejście systemowe operuje terapeutycznym podwójnym związaniem i przeciwparadoksem. Terapeuci systemowi są także zainteresowani szerszym systemem społecznym pacjenta, a zwłaszcza podtrzymywaniem patologii przez instytucje leczące.

Nawet to krótkie i powierzchowne przedstawienie zasad podejścia systemowego pozwala na stwierdzenie, że celem jego jest wyleczenie pacjenta ze schizofrenii.

## Psychoedukacja

W odróżnieniu od podejścia systemowego, celem psychoedukacji jest pomoc rodzinie w przetrwaniu schizofrenii z najmniejszą szkodą dla pacjenta i jego rodziny. Kierunek ten związany jest z nazwiskami Anderson (1980), Goldsteina (1978), Libermana (1981) i wielu innych, którzy akceptują medyczny model schizofrenii. Podejście psychoedukacyjne oparte jest na badaniach Browna, Birley, Winga i in. (1972). Zaobserwowali oni, że liczba nawrotów choroby u młodych schizofreników zależy w znacznym stopniu od atmosfery ich domów. Jeśli atmosferę charakteryzuje wysoki poziom ujawnianych emocji (EE) wyrażający się w krytycyzmie wobec pacjenta i w nadmiernym uwikłaniu emocjonalnym, pacjenci krócej utrzymują się poza szpitalem.

Badania wykazały, że w czasie pierwszych dziewięciu miesięcy po wypisaniu ze szpitala, powróciło do niego 50% pacjentów pochodzących z rodzin o wysokim wskaźniku ujawnianych emocji. Natomiast hospitalizowano powtórnie jedynie 13% pacjentów z rodzin o niskim wskaźniku ujawnionych emocji. Korelacja ta ulegała zmianie, jeśli pacjenci przyjmowali przewlekłe leki psychotropowe lub też spędzali mniej czasu z krewnymi.

W oparciu o te dane powstało szereg projektów badawczych mających na celu pomoc rodzinie w utrzymaniu bardziej neutralnej atmosfery emocjonalnej po powrocie pacjenta do domu.

Spośród szeregu istniejących programów edukacyjnych, najczęściej cytowany jest program Anderson (1980). Na program ten składają się 4 podstawowe fazy:

- 1) nawiązanie kontaktu z rodziną,
- 2) trening umiejętności radzenia sobie z chorobą,
- 3) wykorzystanie treningu w praktyce,
- 4) kontynuacja programu lub jego zakończenie.

Pierwsza faza jest nawiązaniem przymierza terapeutycznego z rodziną, pozwalającego rodzinie słuchać tego, co zespół terapeutyczny ma do powiedzenia. Terapeuci stają się ogniwem, łączącym rodzinę ze szpitalem. W tej fazie formułowany jest także kontrakt terapeutyczny. Jego głównym celem, zarówno dla rodziny pacjenta jak i zespołu terapeutycznego jest utrzymanie pacjenta jak najdłużej poza szpitalem.

Następna faza to całonocne zajęcia z rodziną, w czasie których omawiane są takie tematy jak: informacje o chorobie i sposobach radzenia sobie rodziny, formowanie adekwatnych oczekiwań od pacjenta i rozwój systemów podtrzymania. Rodzina ma prawo do zadawania pytań na wszelkie interesujące ją tematy i dyskusowania z zespołem terapeutycznym nurtujących ją problemów.

W trzeciej fazie tematy i problemy omawiane poprzednio są przepracowywane przez rodzinę w odniesieniu do jej specyficznych potrzeb. Nacisk kładzie się na wzmocnienie sił i rezerw rodziny, podjęcie pewnej odpowiedzialności przez pacjenta i jego stopniowy powrót do pracy, życia towarzyskiego i rozrywki. Praca z rodziną na tym etapie jest bardzo powolna. Zarówno rodzina jak i pacjent są stale przestrzegani przed zbyt dużą liczbą i tempem zmian.

Czwarta faza otwiera przed rodziną dwie możliwości: albo dłuższe leczenie zmierzające do rozwiązania głębszych problemów rodzinnych, albo stopniowe kończenie terapii poprzez kilka sesji o charakterze podtrzymującym, o zmniejszającej się częstotliwości.

*Program Goldsteina* (1978) oraz inne są podobne do opisanego powyżej programu Anderson, z pewnymi jednak różnicami i rozłożeniem akcentów w każdej z faz leczenia.

Goldstein i wsp. stworzyli program składający się z sześciu sesji z rodziną i pacjentem, rozpoczynający się bezpośrednio po wypisaniu tego ostatniego ze szpitala. W tym właśnie momencie objawy psychotyczne mogą być jeszcze wyraźne, a konflikty psychotyczne nie do końca rozwiązane. Rodzinie dostarczane są informacje na temat choroby i przedyskutowywane sposoby radzenia sobie. Specjalny nacisk kładzie się na identyfikowanie czynników stressujących, które prowokują nawroty i na zapobieganie ich występowaniu.

Innym wariantem podejścia psychoedukacyjnego jest *program Libermana* (1981). Program ten, w swojej filozofii podobny do programu Anderson, jest technicznie różny. Posługuje się częściej technikami behawioralnymi, szczególnie w zakresie treningu umiejętności społecznych. W niektórych instytucjach behawioralna terapia rodziny jest prowadzona w domu, w obecności wszystkich członków rodziny.

### Inne podejścia

Na kontinuum interwencji terapeutycznych, pomiędzy terapią systemową i psychoedukacyjną znajduje się szereg innych programów. Żadne z nich nie mają jednak tak jasno sprecyzowanych celów jak opisane powyżej dwa programy skrajne. Z jednej strony mamy różne warianty systemowej terapii rodzin (Andolfi, 1981; Madanes, 1983), a z drugiej strony ściśle behawioralne techniki i podtrzymujące w swoim charakterze grupowe poradnictwo rodzinne. Te ostatnie grupy mają tendencje do ewoluowania w grupy samopomocy partnerów lub krewnych osób chorych na schizofrenię.

## DYSKUSJA

Przedstawiliśmy całe spectrum interwencji terapeutycznych wobec rodzin osób chorych na schizofrenię. Składają się nań interwencje stawiające sobie za cel wyleczenie ze schizofrenii oraz bardzo pragmatyczne, realistyczne terapie pomagające pacjentowi i jego rodzinie przetrwać chorobę. Możliwości terapeutyczne pomocy rodzinie są znaczne, jednak wszystkie prezentowane techniki mają słabe strony i mogą budzić wiele wątpliwości. Ustosunkujemy się do nich poniżej, rozpoczynając od krytycznych uwag dotyczących systemowej terapii rodzin (Namysłowska, Siewierska 1987).

Z naszych własnych doświadczeń wynika, że praktykowanie systemowej terapii rodzin w szpitalu psychiatrycznym nastęrcza znaczne trudności w związku z rozbieżnością pomiędzy medycznym modelem schizofrenii i ideologią myślenia systemowego. Rozbieżność ta ma swoje konsekwencje dla pacjentów, ich rodzin a także dla samych terapeutów. Hospitalizacja psychiatryczna podkreśla rolę pacjenta i jest sprzeczna z systemowym modelem traktowania całej rodziny jako przedmiotu leczenia. Rodziny wyczerpały już wszystkie własne rezerwy w walce z psychozą i zdecydowały się na oddanie pacjenta w ręce "ekspertów". Od tego punktu rodzina nie zawsze jest skłonna uczestniczyć w leczeniu, a z pewnością rzadko jako jego podmiot. Bardzo często tego rodzaju sugestia ze strony personelu szpitalnego spotyka się ze znacznym oporem ze strony rodziny. Propozycja terapii jest przez rodzinę odbierana jako potwierdzenie jej odpowiedzialności za chorobę pacjenta, co wzmacnia i tak przeżywane poczucie winy. Radykalne rozumienie schizofrenii typowe dla systemowej terapii rodzin jest także trudne do zaakceptowania dla personelu szpitalnego, a często dla samych terapeutów. Stąd częste uzupełnienia ideologii systemowej, najlepiej wyartykułowane w pracy Jones (1987).

*"Objawy desygnowanego pacjenta są częścią rodzinnej transakcji i mogą być podtrzymywane przez tę transakcję a równocześnie same ją podtrzymywać, choć niekoniecznie muszą być przez nią jednoznacznie wywołane"*

Ta modyfikacja, zezwalająca na myślenie o innych, niż tylko rodzinne, czynnikach w etiologii schizofrenii, pozwala terapeutom rodzinnym tworzyć przymierze terapeutyczne z resztą personelu szpitalnego i innymi profesjonalistami medycznymi.

Nie można także zapomnieć, że systemowa terapia rodzin ma ograniczone zastosowanie w przypadku przewlekle chorych pacjentów. Po wielu latach trwania choroby, nawet rozumianej jako gra systemu rodzinnego, deficyty psychologiczne i społeczne pacjenta są tak duże, iż aby mu pomóc potrzebne są inne metody terapeutyczne.

Wymienione powyżej uwagi w mniejszym stopniu odnoszą się do systemowej terapii rodzin prowadzonej ambulatoryjnie, zwłaszcza w specjalnych ośrodkach, poza szpitalami psychiatrycznymi. Jednak w realnej rzeczywistości, specjalne kliniki terapii rodzin są wyjątkiem, a opieka nad pacjentem schizofrenicznym pozostaje w rękach służb medycznych.

Wydaje się, że mniej zastrzeżeń budzi podejście psychoedukacyjne. Jego realistyczny, pragmatyczny charakter jest przede wszystkim zgodny z medycznym modelem schizofrenii dominującym w świadomości większości profesjonalistów. Cele psychoedukacji ograniczają się do kontrolowania częstości nawrotów.

Stosowanie tego typu podejścia do rodzin pacjentów schizofrenicznych rodzi jednak pewien problem - jest nim problem nadziei. Przypuszczamy, że terapia koncentrując się na dostarczaniu rodzinie wiedzy o schizofrenii jako chronicznej chorobie i na obniżaniu jej wymagań wobec pacjenta, może też odbierać nadzieję na jego wyzdrowienie. A nadzieja, nawet nierealistyczna jest ważnym czynnikiem

pomagającym poradzić sobie z chroniczną chorobą.

Podejście psychoedukacyjne jako główny sposób pomocy rodzinom pacjentów chorych na schizofrenię zawiera także ryzyko nieuprawnionej unifikacji a przecież schizofrenia w świetle aktualnej wiedzy jest chorobą heterogenną o trudnym do przewidzenia przebiegu.

W swojej praktyce terapeutycznej wielokrotnie rozważaliśmy konsekwencje zastosowania każdego z tych podejść w odniesieniu do konkretnej rodziny. Dla rodzin pacjentów wielokrotnie hospitalizowanych ze znacznymi deficytami i danymi pozwalającymi przewidywać dalszy przebieg choroby, bardziej korzystne wydawało się podejście psychoedukacyjne. Natomiast w stosunku do rodzin pacjentów młodych, pierwszy raz hospitalizowanych - podejście systemowe.

Oprócz wieku i sposobu chorowania pacjenta, czynnikiem decydującym o wyborze rodzaju pomocy, adekwatnego dla pacjenta i jego rodziny powinna być diagnoza systemu rodzinnego, jako integralna część procesu diagnostycznego. Dopiero po jej dokonaniu, można zaproponować odpowiednią terapię, integrującą leczenie biologiczne oraz psycho-terapeutyczne.

Diagnostyczny wywiad rodzinny powinien zawierać ocenę funkcjonowania systemu rodzinnego (strukturę, wewnątrzsystemowe granice, zaburzenia komunikacji), możliwości radzenia sobie rodziny w trudnych sytuacjach oraz sieć wsparcia społecznego. Bardzo ważne jest też zdiagnozowanie, w jakim stopniu system rodzinny podtrzymuje chorobę pacjenta. Jeśli system rodzinny jest uwikłany w chorobę pacjenta, a patologia rodziny podtrzymuje jego objawy, uzasadnione jest zastosowanie terapii systemowej, która w takim przypadku daje szansę zmiany. Cele takiej terapii mogą być ograniczone do zmniejszania stopnia uwikłania pacjenta w system rodzinny lub zniesienia jakichś szczególnie uciążliwych dla pacjenta lub rodziny zachowań.

W tych na pozór ograniczonych celach terapii systemowej widzimy dużą szansę pomocy pacjentom i ich rodzinom.

Po dokonaniu diagnozy systemu rodzinnego, można, w zależności od potrzeby, stosować różne formy pomocy terapeutycznej, również te, które są charakterystyczne dla podejścia psychoedukacyjnego (np. trening umiejętności społecznych).

W literaturze spotyka się też inne poglądy proponujące rozpoczynanie pracy z rodziną od psychoedukacji, a dopiero w razie nieskuteczności tego podejścia stosowanie terapii systemowej lub strategicznej (Mc Farlane 1985). Trudno jest nam zgodzić się z tym stanowiskiem, sądzimy bowiem, że taka kolejność pracy i związany a nią kierunek zmiany celów terapii byłyby trudne do zaakceptowania zarówno przez rodzinę jak i terapeutów.

Z naszego opracowania wynika w oczywisty sposób, że jeśli chcemy pomóc rodzinom naszych pacjentów musimy oferować im różne formy terapii dostosowane do ich potrzeb, oczekiwań i możliwości.

Jednocześnie jednak trudno wyobrazić sobie ośrodek, czy też program terapeutyczny, który proponowałby wszystkie terapeutyczne podejścia, szczególnie iż większość z nich wymaga długiego treningu terapeutów. Przekonani także jesteśmy, że często wybór terapii bardziej uwarunkowany jest przekonaniami teoretycznymi i wyszkoleniem terapeuty niż rzeczywistymi potrzebami rodziny.

Na zakończenie chcielibyśmy powiedzieć, że w miarę upływu lat pracy z rodzinami pacjentów psychotycznych widzimy coraz mniej sprzeczności pomiędzy różnymi podejściami teoretycznymi. Wszystkie one, w tym także psychoedukacja stanowią istotną interwencję w system rodzinny, prowadzącą do zmiany jego funkcjonowania. Podstawę dla naszej pracy terapeutycznej z rodziną zawsze stanowi systemowe myślenie o pacjencie psychiatrycznym i rozumienie jego zachowań w kontekście wielu systemów w których funkcjonuje, a zwłaszcza systemu rodzinnego.

Właśnie to myślenie, a nie stosowane techniki terapeutyczne są podstawą pracy z rodzinami pacjentów psychotycznych.

## PIŚMIENNICTWO

1. Anderson, C.M., Hogarty, G.E. Reiss D.J. : Family treatment of adult schizophrenic patients : A psychoeducational approach. *Schizophrenia Bulletin* 1980, 6, 490-505.
2. Andolfi, M., Angelo, C., Menghi, P., Corigliano, A.M. : *Behind the Family Mask : Therapeutic Change in Rigid Family Systems*. Brunner Mazel, New York 1983.
3. Bateson, G., Jackson D.D., Haley J., Weakland, J. : Towards a theory of schizophrenia. *Behavioural Science* 1956, 191,251-264.
4. Bateson G., *Mind and Nature : A Necessary Unity*. Wildwood House, 1979.
5. Bowen, M. : A family concept of schizophrenia. W: Jackson D.D.: *The etiology of schizophrenia*. Jason Aronson, New York 1978, 45-69.
6. Brown, G.W., Birley, J.L.T., Wing, J.K. : Influence of family life on the course of schizophrenic disorders. A replication. *British Journal of Psychiatry* 1972, 121,241-258.
7. Goldstein, M.J., Rodnick, E.H., Evans, J.R., May, P.R.A., Steinberg, M.R. : Drug and family therapy in the aftercare of acute schizophrenics. *Archives of General Psychiatry* 1978, 35, 1169-1177.
8. Haley, J. : The family of schizophrenics : A model system. *Journal of Nervous and Mental Diseases* 1959, 129, 241-258.
9. Hogarty, G.E., Anderson, C.M., Reiss, D.J., Kornblith, S.J. i inni : Family psychoeducation, social skills training and maintenance chemotherapy in the aftercare of schizophrenia. *Archives of General Psychiatry* 1986, 43, 633-642.
10. Jackson, D.D. : *The etiology of Schizophrenia*. Jason Aronson, New York 1978.
11. Jones, E. : Brief systemic work in psychiatric settings where a family member has been diagnosed as having schizophrenia. *Journal of Family Therapy* 1978, 9, 3-25.
12. Kopeikin, H.S., Marshall, V., Goldstein, M.J. : Stages and impact of orisis-oriented family therapy in the aftercare of acute schizophrenia. W: Mc Farlane : *Family Therapy in Schizophrenia*. New York, The Guilford Press, London 1985, 69-97.
13. Leff, J.P., Vaughn, C. : The role of maintenance therapy and relatives expressed emotions in relapse of schizophrenia. A two years follow up. *British Journal of Psychiatry* 1981, 139, 102-104..
14. Liberman, R.P., Wallace, C.J., Faloon, I.R.H., Vaugeln, C.E. : Interpersonal problem-solving therapy for schizophrenics and their families. *Comprehensive Psychiatry* 1981, 22, 627-629.
15. Lidz, T., Fleck, S., Cornelison, A. : *Schizophrenia and the Family*. Intrnational University Press, New York 1965.

16. Madaness, C. : Strategic Family Therapy. Jossey-Bass, San Francisco 1981.
17. McFarlane, W.R.: Family Therapy in Schizophrenia. The Guilford Press, London 1965.
18. Namysłowska, I., Siewierska A., : Difficulties in practising systemic family therapy in psychiatric hospital. Materials from the WHO Symposium on Alcoholism and Other Dependencies, Warsaw, Poland, 1987, 51.
19. Namysłowska, I.: Social and emotional adaptation of the families of schizophrenic patients. Family System and Medicine 1986, 4, 398-406.
20. Selvini-Palazzoli, M., Boscolo, L., Cecchin, G., Prata, G. : Hypothesizing, circularity, neutrality. Three guidelines for the conductor of the session. Family Process 1980, 19, 3-12. Paradox and counterparadox. Jason Aronson, New York 1978.
21. Selvini-Palazzoli, M., Prata, G.: A new method for therapy and research in the treatment of schizophrenic families. W: Sterlin H., Wynne L.C., Wirsching M. (eds.) : Psychosocial Intervention in Schizophrenia, Springer Verlag, Berlin 1983.
22. Watzlawick, P., Beavin, J.H., Jackson, D.D.: Pragmatics of Human Communication. Norton, New York, 1967.
23. Wynne, L.C., Singer, M.: Thought disorders and family relations of schizophrenics. Archives of General Psychiatry 1965, 9, 191-198.
24. Wynne, L.C. : Methodological and conceptual issues in the study of schizophrenics and their families. Journal of Psychiatric Research 1968, 6, 185-199.

*Adres: Doc. Irena Namysłowska, Klinika Psychiatrii Dzieci i Młodzieży IPIN,  
Al. Sobieskiego 119, 02-957 Warszawa*