

## **Czy możliwa jest diagnoza systemowa?**

### **Is systemic diagnosis possible?**

Anna Siewierska, Jadwiga Śliwczyńska, Irena Namysłowska

Klinika Psychiatrii Dzieci i Młodzieży IPiN w Warszawie  
Kierownik: prof. dr hab. n. med. I. Namysłowska

#### **Summary**

The authors discuss the concept of systemic diagnosis and its logical and scientific validity. A diagnosis is the result of the “diagnostic process”, with the presence of the acting object (the person making the diagnosis) and the subject (the individual or group patient, such as family), between whom there is a skew relation. They also wonder, to which part of this diagnostic process is the term “systemic” applied – to the clinician or to the subject of the diagnosis, their relation or the effect of the process. The authors also stress the crucial effect of the constructivism and social constructionism on the process of the systemic diagnosis.

*Słowa klucze:* diagnoza systemowa, konstruktywizm, konstrukcjonizm społeczny

*Key words:* systemic diagnosis, constructivism, social constructionism

Motto: Podoba mi się sposób, w jaki odpowiada na pytania. A mianowicie na wszystko odpowiada postmodernistycznie: zależy kto, albo zależy co.

*Ryszard Kapuściński, Kalejdoskop 1996*

Na wstępie chcemy zastanowić się, co właściwie rozumiemy pod pojęciem „diagnozy systemowej” i czy samo to określenie jest poprawne logicznie i zgodne z wiedzą merytoryczną.

Według *Encyklopedycznego słownika psychiatrii* pod redakcją prof. dr. L. Korzeniowskiego i prof. dr. S. Pużyńskiego [1], diagnoza psychiatryczna jest zwięzłą konkluzją dotyczącą obrazu klinicznego i przyczyn zaburzeń psychicznych stwierdzonych u pacjenta. Diagnoza psychologiczna określana jest jako „końcowy wynik interpretacji całokształtu informacji uzyskanych przez psychologa; zasadniczym, ale nie wyłącznym, źródłem tych informacji są wyniki badań psychologicznych. Diagnoza ta stanowi wyjaśnienie lub próbę wyjaśnienia mechanizmów psychologicznych i genezy określonych zachowań badanego człowieka” [1, str. 112].

W każdym ujęciu diagnoza jest opisem pacjenta, przypisanym mu arbitralnie, zgodnie z wiedzą, doświadczeniem i konwencją społeczną, przez diagnostę.

Diagnoza jest rezultatem „procesu diagnozowania”, który zakłada istnienie działającego podmiotu (czyli diagnosty) i przedmiotu diagnozy (czyli pacjenta indywidualnego bądź zbiorowego, np. rodziny). Aby możliwe było sporządzenie diagnozy, pomiędzy jej przedmiotem a podmiotem musi zaistnieć specyficzna relacja określana jako „skośna”. Diagnosta jest w roli „wiedzącego” eksperta, który ma nad pacjentem władzę. Jego moc wyraża się w społecznie przyznanym mu prawie do nazywania, a tym samym nadawania znaczenia zachowaniom, werbalnym i niewerbalnym, pacjenta. Znaczenia przypisywane w procesie diagnozy decydują czasem o przyszłości przedmiotu tego procesu (na ich podstawie podejmowane jest leczenie, czasem bez zgody pacjenta, oraz inne decyzje ważne dla jego życia, np. przyznawanie renty, kwalifikacja do szkoły itp.).

Pierwszym pytaniem, które można tu postawić, jest pytanie o to, do którego elementu tego procesu odnosi się postulat systemowości? Czy do diagnosty, czy do przedmiotu diagnozy? A może do relacji między nimi? Czy też systemowy ma być efekt tego procesu?

Zanim podejmiemy próbę rozważenia konsekwencji możliwych odpowiedzi na to pytanie, zatrzymajmy się nad znaczeniem określenia „systemowa”. Pojęcie systemu nauki społeczne zaadaptowały z nauk biologicznych – z ogólnej teorii systemów Ludwiga von Bertalanffy’ego [2], rozwiniętej przez Humberta Maturanę i Francisco Varellę [3].

Myślenie systemowe w psychologii i psychiatrii polega na przeciwstawieniu rozumowaniu przyczynowo-skutkowemu (linearnemu) cyrkularnego rozumienia związków, czyli – na cyrkularnym rozumieniu przyczynowości. W takim ujęciu elementy systemu wpływają na siebie nawzajem, na zasadzie sprzężeń zwrotnych. Nie można określić tak zwanej „pierwotnej przyczyny”. Przyczyna jest jednocześnie skutkiem, a skutek – przyczyną. Obowiązują przy tym zasady ekwifinalności i ekwipotencjalności, według których jeden skutek może być wywoływany różnymi przyczynami, a ta sama przyczyna – prowadzić do różnych skutków. Zgodnie z cyrkularnym rozumieniem przyczynowości możemy powiedzieć, że zachowania pacjenta wpływają na myślenie lekarza stawiającego diagnozę, ale także myślenie diagnozującego lekarza wywiera wpływ na zachowania pacjenta. Czyli psychiatra stawia rozpoznanie choroby psychicznej, bo pacjent zachowuje się w określony, zaburzony sposób, a pacjent zachowuje się tak, ponieważ lekarz rozpoznaje u niego psychozę.

Zgodnie z koncepcją systemów ujmujemy człowieka jako biopsychospołeczny system będący częścią szerszych systemów społecznych, w których kontekście funkcjonuje (rodzina, system społeczny, kulturalny, polityczny, ekonomiczny). Istotną właściwością systemu jest to, że jego elementy pozostają ze sobą w ścisłej współzależności, wzajemnie na siebie wpływając. Sposób funkcjonowania i możliwości systemu nie są prostą sumą możliwości jego składników. Zależą one od organizacji i struktury systemu, a także od jego zdolności do rozwoju i utrzymania spójności. Systemy cechuje dynamika. Maturana i Varella [3] opisują systemy żywe jako autopoietyczne, czyli samoorganizujące się i samoregulujące. Interesujące nas systemy społeczne są więc autonomiczne i nie mogą być zmieniane z zewnątrz. Jednocześnie

jednak mogą zmieniać reguły funkcjonowania, aby przystosować się, poradzić sobie z zakłóceniami i rozwijać się.

Pojęcie autonomii systemów społecznych jest szczególnie rozszerzane we współczesnym myśleniu systemowym, które odchodzi od „metafor cybernetycznych” [4].

Impulsami do zmiany i rozwoju stały się dla myślenia i terapii systemowej rozważania proponowane przez konstruktywizm i konstrukcjonizm społeczny, podejmowana przez przedstawicielki ruchu feministycznego krytyka terapii rodzin [5], a także spostrzeżenia samych terapeutów systemowych.

Konstruktywizm, łączony między innymi z nazwiskami Heinza von Foerстера [6], Ernsta von Glaserfelda [7], Humberta Maturany i Francisco Varelli [3, 8], zakwestionował niezależną pozycję obserwatora wobec przedmiotu poznania. W swoich pracach Maturana i Varella [3, 8] wskazywali, że to, co poznajemy, uwarukowane jest naszą strukturą, a nie odzwierciedleniem obiektywnej rzeczywistości. Von Glaserfeld [7] uważał wręcz, że nie jesteśmy zdolni do odzwierciedlania rzeczywistości, a jedynie do konstruowania obrazu świata. Sformułowane przez niego zasady radykalnego konstruktywizmu zakładają, że wiedza jest budowana przez poznającego, a nie odbierana za pomocą zmysłów czy komunikacji, oraz że poznanie ma funkcję adaptacyjną pozwalającą poznającemu skonstruować taki świat, na którym może polegać [patrz też: 9, 10].

Konstrukcjonizm społeczny (Berger i Luckmann [11], Gadamer [12], Gergen [13]) zwraca uwagę na to, że poznanie i wiedza są wytworem określonej kultury i jej języka. Poznawanie świata polega na tworzeniu narracji, które mają charakter społeczny. Anderson i wsp. [14] uważają, że systemy ludzkie należy rozważać jako generujące język i system znaczeń. Pojęcie „poznawania” zastąpione zostaje pojęciem „współkonstruowania” poprzez dyskurs i wspólne działanie.

Zgodnie z nowoczesnym myśleniem systemowym nie istnieje jeden obraz poznawanego systemu (człowieka, rodziny czy innych systemów społecznych). Obrazów jest tyle, ilu jest obserwatorów, którzy poprzez swoje doświadczenie je konstruują.

Odnosząc te rozważania do naszego tematu, można by powiedzieć, że diagnosta aktywnie współkonstruuje obraz systemu, który „diagnozuje”. Trudno więc na gruncie teorii systemów mówić o jakiegokolwiek „obiektywnej diagnozie”. Bogdan de Barbaro [15] w swoim wykładzie wygłoszonym na Zjeździe Psychiatrów Polskich w 2004 roku zwraca między innymi uwagę na kulturowe uwarunkowania diagnozy psychiatrycznej. Procedury diagnostyczne są według niego konstrukcjami społecznymi, które tworzone są w specyficznym języku i nie opisują rzeczywistości, a jedynie psychiatryczny sposób rozmawiania o niej.

Teoria i terapie systemowe od początku swojego powstania nie zajmowały się procesem diagnozowania. Objawy psychopatologiczne rozumiane były jako sposób utrzymywania spójności rodziny, powstrzymywania jej dezorganizacji lub jako impuls do zmiany. Mogły być też ujmowane jako kompromis pomiędzy sprzecznymi dążeniami (np. dośrodkowymi i odśrodkowymi lub – do zmiany i zachowania stałości). Współczesne terapie systemowe w ogóle nie koncentrują się na objawie.

Goolishian [14] pisał o systemie, który organizuje się wokół problemu i jest współtworzony przez wszystkie osoby w niego zaangażowane. O tym jednak, co członkowie

systemu określają jako problem, jakie nadają mu znaczenie, decyduje dyskurs pomiędzy członkami tego systemu. Rozpoznanie traktowane jest jako unieruchamiająca etykieta ułatwiająca przejmowanie odpowiedzialności za życie pacjenta przez rodzinę lub inne systemy (np. systemy leczące, takie jak szpital). Deissler [16] zwraca uwagę na fakt, że diagnoza jest tworzona w trakcie specyficznej interakcji, nazwanej przez niego – użyczoną od Wittgensteina [17] terminem – „psychiatryczną grą językową”. Znaczenia zachowań pacjentów konstruowane są w trakcie rozmowy między lekarzem a pacjentem. Następnie są one obiektywizowane przez lekarza, przekształcane w diagnozę, na podstawie której arbitralnie (przemocowo) podejmowane są decyzje dotyczące pacjenta. W tym momencie przerwany zostaje dyskurs między lekarzem a pacjentem, lekarz rezygnuje, wg Deisslera [16], z negocjacji znaczenia problemu, wspólnego z pacjentem dochodzenia do znaczeń. Wielu współczesnych terapeutów systemowych uważa diagnozy psychiatryczne bardziej za narzędzie opresji niż poznania pacjenta (Goolishian, Deissler).

Powróćmy do naszego pytania o to, którego elementu procesu diagnostycznego dotyczyć może określenie „systemowy”?

Załóżmy, że diagnozę moglibyśmy nazwać systemową, gdyby była produktem systemowego myślenia diagnosty. Czy jednak lekarz czy psycholog rozumiejący swoją rolę w relacji z pacjentem zgodnie ze współczesnym paradygmatem systemowym będzie mógł postawić diagnozę? Może prowadzić z pacjentem lub rodziną rozmowę terapeutyczną, w czasie której będą współkonstruować i negocjować znaczenia, poznawać dominujące narracje, komentować różnice pomiędzy sposobami opisywania a wyjaśniania problemu przez poszczególnych uczestników dialogu. Może też zainicjować konsultację, w czasie której członkowie systemu zaangażowanego w problem będą rozmawiali o trudnościach i możliwych rozwiązaniach. Ale czy na podstawie takich rozmów będzie mógł sporządzić jeden opis pacjenta lub opis systemu, np. rodzinnego? A czy diagnoza może składać się z kilku różnych opisów?

W naszej klinice obserwujemy pouczające zjawisko. Uczy się u nas wielu stażystów. Są oni zwykle dobrze wyszkoleni w linearnym, diagnostycznym myśleniu i nie mają szczególnych kłopotów ze stawianiem psychiatrycznych rozpoznań. Jednym z elementów ich szkolenia jest uczestniczenie w rozmowach rodzinnych za jednostronną szybą i komentowanie przebiegu tych rozmów. Zauważyliśmy, że niektórzy z nich, bardziej niż inni, angażują się w te dyskusje, spostrzegając różnice w aktywności pacjentów w różnych kontekstach. Zaczynają zwykle podawać w wątpliwość postawione wcześniej rozpoznania i nasuwa im się więcej pytań niż kategoriycznych odpowiedzi. Mamy wrażenie, że próbują zawrzeć w sobie różne mapy problemu, z którym mają do czynienia, co jest trudne. Albo próbują te mapy nałożyć na siebie i uzgodnić – co jest niemożliwe.

Zastanówmy się, czy możliwe jest odniesienie przymiotnika „systemowa” do przedmiotu diagnozy?

Diagnoza byłaby wtedy systemowa, gdyby dotyczyła kontekstu, w którym funkcjonuje pacjent, mogłaby też dotyczyć systemu problemowego. Można by ją sobie wyobrazić jako mapę systemu, zawierającą opis jego struktury i organizacji. Na gruncie terapii strukturalnej i strategicznej – opis taki byłby możliwy. Terapeuta strukturalny opisałby tzw. wzory transakcji rodzinnych identyfikowanego pacjenta, czyli ukryte zestawy funkcjonalnych wymagań lub kodów, które organizują sposób wzajemnych

interakcji członków rodziny [18, 19]. Zwróciłby uwagę na formy hierarchii w systemie, jaka jest struktura władzy, czy relacje opierają się na komplementarności czy wzajemności, jaki jest układ więzi, jak kształtują się sojusze, czyli powiązania emocjonalne w rodzinie. Opisowi poddany mógłby być rodzaj zróżnicowania subsystemów, np. wg płci kulturowej albo wg pokoleń czy zainteresowań (towarzyski – intelektualny), albo wg pełnionych funkcji. W ujęciu strukturalnym mówiłoby się o stopniu elastyczności czy przepuszczalności granic. Ponad trzydzieści lat temu Minuchin (1974) [18] dokonywał oceny interakcji rodzinnych i używał nawet określenia „patologiczne rodziny” w stosunku do tych rodzin, które w sytuacji stresowej usztywniały swoje wzory transakcji i granice, przez co blokowały alternatywne sposoby przystosowawcze i rekonstruktywne. Jednocześnie terapeuci strukturalni podkreślali, że nie należy postrzegać struktury jako czegoś ustalonego i statycznego, akcentując jej dynamiczny charakter (np. krótkotrwałość i zmienność koalicji) oraz wpływ kontekstu społecznego.

We wczesnych modelach strategicznych terapeuta rodzinny funkcjonował jeszcze jako „autorytatywny ekspert manipulujący rodziną, by osiągnąć zmianę” [19, s. 249]. Uznawał on już, że w sytuacji np. konfliktu problem można rozpatrywać nie jako oddzielne kłopoty osób uczestniczących w sporze, ale jako dysfunkcyjną relację przejawiającą się między nimi w zakłóceniach procesu komunikacji. Opisywane mogły więc być: styl i reguły wymiany informacji w rodzinie (sposób kodowania i dekodowania), stopień jasności i wieloznaczności nadawanych komunikatów. Opis ten zdecydowanie jednak rezygnował z linearnej sekwencji przyczyny i skutku, jak uważał bowiem Weakland [20], „szukanie początku konfliktu między jednostkami jest nieuzasadnione, gdyż chodzi o złożoną, powtarzającą się interakcję” [za: 19, s. 249].

W modelu strategicznym udoskonalonym przez Cloe Madanes i Jaya Haleya [21] można mówić o procesie określania problemu, wytyczonych celach terapii i jasno określonych etapach terapii, które do tych celów zmierzają. Terapeuta przejmuje odpowiedzialność za opracowanie strategii rozwiązania przedstawionego przez klienta, ale zanim to nastąpi – podczas pierwszej rozmowy z rodziną negocjuje z nią decyzję, który jej problem wymaga szczególnej uwagi. Nie ma tu mowy o „obiektywnym” problemie. Wg Madanes [22] ważne też jest to, by sporządzić odrębną strategię rozwiązania problemu w danej rodzinie, a więc nie ma w tym ujęciu odniesień do standardowych procedur. Przedmiotem diagnostycznego opisu mogły być tu np. strategie rozwiązywania i podtrzymywania problemu, charakterystyczne dla systemu rodzinnego, rozpoznane z perspektywy terapeuty.

Na gruncie rozumienia roli terapeuty zgodnie z nową epistemologią – nie da się sporządzić jednowymiarowego opisu rodziny. Można by popełnić błąd obiektywizacji i uznać za obiektywne to, co wytworzyliśmy w dyskursie z rodziną czy innym systemem społecznym. Obraz, który sobie wytwarzamy, nie jest od nas niezależny – zmienia się między innymi w zależności od pytań, jakie stawiamy, i od naszego sposobu myślenia. Pytania i myślenie diagnosty są różne od pytań i myślenia terapeuty systemowego. Również wtedy, kiedy dotyczą systemu.

Można sobie wyobrazić sporządzenie opisu własnych refleksji, które powstały w efekcie rozmowy, albo szczegółowego zapisu tej rozmowy. Opisy takie nie spełniałyby jednak kryteriów diagnozy.

Spróbujmy przyjąć na próbę, że „systemowość” ma dotyczyć relacji pomiędzy diagnostą a przedmiotem diagnozy. Współcześnie postulat systemowości spełnia relacja niehierarchiczna, w której obie rozmawiające strony są uczestnikami dialogu albo obie strony są ekspertami: rodzina od znajomości spraw rodzinnych, a prowadzący rozmowę od rozmawiania.

Relacja potrzebna do postawienia obiektywnej diagnozy jest hierarchiczna, diagnosta jest ekspertem, który wyraża swoją przewagę poprzez nadanie pacjentowi „nazwy”.

W ramach wczesnych szkół systemowych, gdy terapeuta był „ekspertem od systemu”, możliwe było postawienie „rozpoznania rodzinnego”. Arbitralnie przypisywaliśmy rodzinom miejsca w wymiarach spójności i plastyczności, diagnozowaliśmy je np. jako „uwikłane”, „rozbite”, „chaotyczne” itp.

Badacze zajmujący się systemami rodzinnymi usiłowali znaleźć narzędzie badawcze, a terapeuci – metodę diagnostyczną, które pozwoliłyby ustalić, „jaka rodzina naprawdę jest”, czyli dać jej obiektywny, niezależny od obserwatora opis. Nie udało się – żadne narzędzie nie było w stanie opisać rodziny, niezależnie od właściwości opisującego. Jest to całkowicie zrozumiałe z perspektywy konstruktywistycznej, zgodnie z którą obserwowany i obserwator wspólnie tworzą wynik obserwacji. Czyli relacja między nimi wyklucza możliwość dokonania obiektywnej diagnozy.

Czy wobec tego określenie „systemowa” może dotyczyć produktu procesu diagnozowania, czyli samego opisu?

Jeżeli termin „diagnoza” będziemy rozumieli zgodnie z jego, przytoczoną na początku naszego artykułu, definicją, a „systemowość” zgodnie z paradygmatem nowej epistemologii – taka możliwość nie istnieje. Sama idea diagnozowania jest sprzeczna ze współczesnym myśleniem systemowym. Zadanie postawienia diagnozy zamyka dialog oraz zabija zaciekawienie, które wg Cecchina [23] jest koniecznym warunkiem do tego, aby pytania otwierały nowe perspektywy w relacji osoby pomagającej i pacjenta. Jeśli jest odpowiedź (czyli rozpoznanie), przestają rodzić się pytania. Dotyczy to zarówno diagnozy psychiatrycznej, jak i psychologicznej. Kategorie i nazwy nadawane zachowaniom ludzi funkcjonują w naszym myśleniu jako uprzedzenia (Cecchin) [23] i decydują o naszej relacji z nimi. Współkonstruują rzeczywistość, spostrzeganą nie wieloperspektywicznie, a wyłącznie z pozycji psychiatryczno-psychologicznej.

Pojęcia „diagnoza” i „systemowa” są ze sobą sprzeczne, jeśli patrzemy na nie z perspektywy konstruktywistycznej. Jeśli natomiast, spojrzymy z innej perspektywy – relacje między tymi dwoma pojęciami można opisać zupełnie inaczej.

Nie chcielibyśmy, aby nasz tekst był rozumiany jako „antypsychiatryczny” czy „antypsychologiczny”. Nie negujemy też potrzeby, a czasem wręcz konieczności stawiania diagnoz. Nawet Deissler [16], który postuluje zastąpienie diagnozy dialogiem, twierdzi, że w niektórych sytuacjach odgrywa ona rolę porządkującą i daje poczucie bezpieczeństwa.

Chcemy jedynie pokazać, że język rozpoznań psychiatrycznych i psychologicznych, podobnie jak ten, którym posługuje się terapia systemowa, jest tylko jednym z języków, którymi możemy rozmawiać o człowieku. Żaden z nich nie odzwierciedla obiektywnie rzeczywistości, ale każdy może być użyteczny w określonej sytuacji.

Nasuwa się tu pytanie, do czego, wobec takich założeń, przydaje się w psychiatrii myślenie systemowe? Wprawdzie nie ułatwia ono formułowania diagnozy, ale pozwala

popatrzeć na pacjenta z różnych perspektyw, aby poszukiwać wraz z nim kontekstu, w którym możliwe jest rozwiązanie jego problemu. Zmienia nasze widzenie relacji z pacjentem. Pozwala też zweryfikować nasz stosunek do przypisywania ludziom nazw i kategorii, uświadamiając nam ich umowność i pomagając ująć je w symboliczny cudzysłów. Przede wszystkim zaś w języku systemowym, „zawieszając” czy „ujmując w nawias” język rozpoznań, mamy szansę na podjęcie rozmowy z naszymi pacjentami i ich rodzinami bez odbierania im podmiotowości i odpowiedzialności.

### **Возможно ли поставление системного диагноза?**

#### **Содержание**

Авторы работы пробуют ответить на вопрос – что понимаем в понятии „системного диагноза” и является ли это определение правильным логическим и согласным с мериторической точки зрения. Диагноз является результатом „процесса диагностирования”, который принимает присутствие действующего субъективного, т.е. диагноза и объективного диагноза, т.е. пациента как индивидуального, так и в группе, например семьи. Между этими людьми должна появиться специфическая связь, определяемая как „косая”. Авторы пробуют определить также к которому элементу этого процесса относится постулат системности – к диагнозу или объективности диагноза, соотношения между ними, или же эффекта этого процесса? В работе указывается также существенное влияние конструктивизма и конструкционизма общественной среды на процесс системного диагноза.

### **Ist die systemische Diagnose möglich?**

#### **Zusammenfassung**

Die Autorinnen diskutieren darüber, was wir unter dem Begriff „systemische Diagnose” verstehen und ob dieser Begriff selbst logisch korrekt ist und ob er mit dem meritorischen Wissen im Einklang steht. Die Diagnose ist Resultat des „Diagnoseverfahrens”, der die Existenz von einem tätigen Objekt (also Diagnostiker) und dem Gegenstands der Diagnose (also eines individuellen Patienten oder einer Gruppe wie z.B. Familie) annimmt, zwischen denen eine spezifische Beziehung bestehen muss, die als „schräg” bezeichnet wird. Sie überlegen auch, auf welches Element sich die Systemhaftigkeit bezieht - auf den Diagnostiker oder auf den Gegenstand der Diagnose, auf Beziehungen zwischen ihnen oder den Effekt dieses Verfahrens? Die Autorinnen weisen auch auf einen bedeutenden Einfluss von Konstruktivismus und sozialem Konstruktivismus auf das Verfahren der systemischen Diagnose hin.

### **La diagnose systémique est-elle possible?**

#### **Résumé**

Les auteurs discutent la notion de la «diagnose systémique» et sa validité logique et scientifique. La diagnose est le résultat «du processus de diagnostiquer» qui suppose l'existence du sujet diagnostiquant (la personne qui diagnostique) et de l'objet de la diagnose (patient – individu ou le groupe – famille) parmi lesquels la relation spécifique (définie «oblique») doit exister. On réfléchit sur la question suivante: le terme «système» concerne -t-il la personne qui diagnostique ou l'objet de la diagnose, ou les relations entre eux, ou effet de ce processus? Les auteurs accentuent encore l'influence importante du constructivisme et du constructionnisme social sur le processus de la diagnose systémique.

#### **Piśmiennictwo**

1. Korzeniowski L, Puzyński S, red. Encyklopedyczny słownik psychiatrii. Warszawa: PZWL; 1986.

2. Bertalanffy L von. *Ogólna teoria systemów*. Warszawa: PWN; 1984.
3. Maturana HR, Varella FJ. *Autopoiesis and cognition: The realization of the living*. Dordrecht, Holland: D. Reidel Publishing Co.; 1980.
4. Górniak L, Józefik B, red. *Ewolucja myślenia systemowego w terapii rodzin. Od metafory cybernetycznej do dialogu i narracji*. Kraków: Wydawnictwo Uniwersytetu Jagiellońskiego; 2003.
5. Braverman L, red. *Podstawy feministycznej terapii rodzin*. Gdańsk: Gdańskie Wydawnictwo Psychologiczne; 2003.
6. Foerster H von, Pörksen B. *Wahrheit ist die Erfindung eines Lügner. Gespräche für Skepticker*. Heidelberg: Carl-Auer-System Verlag; 2001.
7. Glaserfeld E, von. *Radical Constructivism: A way of knowing and learning*. London & Washington: The Falmer Press; 1995.
8. Maturana HR, Varella FJ. *The tree of knowledge. The biological roots of human understanding*. Boston: Shambala; 1988.
9. Górniak L. *Konstruktywizm a zmiany w praktyce psychoterapeutycznej*. W: Górniak L, Józefik B, red. *Ewolucja myślenia systemowego w terapii rodzin. Od metafory cybernetycznej do dialogu i narracji*. Kraków: Wydawnictwo Uniwersytetu Jagiellońskiego; 2003.
10. Glaserfeld E, von. *An introduction to radical constructivism*. W: Watzlawick P, red. *The invented reality*. New York: W.W. Norton; 1984.
11. Berger A, Luckmann T. *Spoleczne tworzenie rzeczywistości*. Warszawa: PIW; 1983.
12. Gadamer HG. *Prawda i metoda*. Kraków: Inter esse; 1993.
13. Gergen KL. *Realities and relationships. Soundings in social construction*. Cambridge, Massachusetts and London, England: Harvard University Press; 1994.
14. Anderson H, Goolishian HA, Winderman L. *Problem determined system: towards transformation in family therapy*. *J. Strat. Therap.* 1986.
15. de Barbaro B. *Między rozpoznaniem psychiatrycznym a rozpoznaniem rodzinnym*. *Psychiatr. Pol.* 2004; XXXVIII, 5: 771–782.
16. Deissler KG. *Terapia systemowa jako dialog. Odkrywanie samego siebie*. Kraków: Wydawnictwo Uniwersytetu Jagiellońskiego; 1998.
17. Wittgenstein L. *Tractatus logico-philosophicus. Tagebücher 1914–1916. Philosophische Untersuchungen*. Frankfurt: Suhrkamp; 1984.
18. Minuchin S. *Families and family therapy*. Cambridge, MA: Harvard University Press; 1974.
19. Goldenberg H, Goldenberg I. *Terapia rodzin*. Kraków: Wydawnictwo Uniwersytetu Jagiellońskiego; 2006.
20. Weakland JH. *Communication theory and clinical change*. W: Guerin PJ, Jr, red. *Family therapy: Theory and practice*. New York: Gardner Press; 1976.
21. Madanes C, Haley J. *Dimensions of family therapy*. *J. Nerv. Ment. Dis.* 1977.
22. Madanes C. *Strategic family therapy*. San Francisco: Jossey-Bass; 1981.
23. Cecchin G. *Mediolańska szkoła terapii rodzin. Wybór prac*. Kraków: Collegium Medicum UJ; 1995.

Adres: Anna Siewierska  
Klinika Psychiatrii Dzieci i Młodzieży IPiN  
02-957 Warszawa, ul. Sobieskiego 9

Otrzymano: 10.04.2007  
Zrecenzowano: 6.08.2007  
Przyjęto do druku: 4.10.2007