

PODEJŚCIE OPARTE NA OTWARTYM DIALOGU*

Open-Dialogue Approach, Jaakko Seikkula i Birgitta Alakare

Wprowadzenie

Podejście oparte na Otwartym Dialogu (ODA) zostało stworzone w latach osiemdziesiątych XX wieku przez prof. Jaakko Seikkulę (psychoterapeutę) i Brigittę Alakare (psychiatrę) oraz ich zespół w szpitalu Keropudas w Zachodniej Laponii, w Finlandii. Będąc odpowiedzialnymi za planowanie terapii pacjentów przyjmowanych do szpitala, rozwinęli oni **system leczenia skoncentrowany na rodzinie i sieci społecznej**, w oparciu o *Podejście dostosowane do potrzeb* opracowane w latach sześćdziesiątych przez prof. Yrjö O. Alanena i jego zespół, a stosowane w leczeniu schizofrenii. Metoda prof. Alanena zakładała szybką interwencję we wczesnej fazie kryzysu, dostosowanie leczenia do indywidualnych potrzeb pacjenta i jego rodziny oraz postrzeganie leczenia jako procesu wykorzystującego różne metody terapeutyczne.

W Otwartym Dialogu rozwinęto powyższe podejście starając się zapewnić pacjentom przy pierwszym epizodzie psychozy terapię grupową i indywidualną, w oparciu o ich własne systemy wsparcia i pracę nad wykorzystaniem własnych zasobów psychicznych, jako alternatywę dla długotrwałej hospitalizacji.

Zaleceniem Podejścia opartego na Otwartym Dialogu jest, by w sytuacji wystąpienia psychozy lub innego ostrego kryzysu psychicznego, normalną praktyką psychiatryczną było zorganizowanie spotkania w ciągu doby od momentu dowiedzenia się o kryzysie. Co więcej, zarówno pacjent, jak i członkowie rodziny powinni zostać zaproszeni do udziału w pierwszym spotkaniu, jak również później, w trakcie procesu terapeutycznego, tak długo, jak będzie to potrzebne. W spotkaniach tych, wszyscy przedstawiciele znaczących tu zawodów – od pielęgniarki, psychiatry, opieki społecznej i innych istotnych władz, którzy mają kontakt z rodziną, są zapraszani do udziału i otwarcie dzielą się swymi myślami i opiniami o kryzysie, i o tym, co powinno zostać zrobione. Ci pracownicy powinni brać udział w spotkaniach tak długo, jak długo będzie potrzebna ich pomoc. Wszelkie dyskusje i decyzje terapeutyczne powinny być podejmowane otwarcie w obecności pacjenta i członków rodziny.

Otwieranie granic

Wykształcanie się Podejścia opartego na Otwartym Dialogu przebiegało w Zachodniej Laponii etapowo:

- 1984 r. - Zaczęły odbywać się otwarte spotkania terapeutyczne rodzin w miejsce systemowej terapii rodzinnej prowadzonej dotychczas w szpitalu,
- 1987 r. - Utworzono klinikę ds. kryzysów z zespołami ds. indywidualnych przypadków, zajmującymi się osobami skierowanymi na hospitalizację,
- 1990 r.– Zaczęto tworzyć w regionie mobilne zespoły interwencji kryzysowej we wszystkich klinikach dla pacjentów dochodzących.

* Opracowano na podstawie książki *Psychosis as a Personal Crisis: An Experience-Based Approach* pod redakcją Mariusa Romme i Sandry Escher, Routledge, 2012. Chapter 11. *Open dialogues with patients with psychosis and their families*; Jaakko Seikkula and Birgitta Alakare.

PODEJŚCIE OPARTE NA OTWARTYM DIALOGU*

Open-Dialogue Approach, Jaakko Seikkula i Birgitta Alakare

Sama nazwa **Otwarty Dialog** została użyta po raz pierwszy w 1996 r. na określenie leczenia opartego na rodzinie i sieci społecznej, którego głównym celem było odnalezienie nowego rozumienia poprzez dialog w czasie spotkań, w których od samego początku biorą udział wszystkie osoby zaangażowane w daną sytuację. Dialog ten ma miejsce na spotkaniach terapeutycznych, podczas których pacjent i główni uczestnicy omawiają kryzysową sytuację starając się zebrać informacje o problemie i na tej podstawie opracować plan leczenia, zaś wszelkie decyzje są podejmowane otwarcie na forum. Punktem wyjścia jest język stosowany przez pacjenta – terapeuci koncentrują się na słuchaniu oraz generowaniu dialogu tak, aby zapewnić uczestnikom poczucie bezpieczeństwa i normalizację sytuacji, zamiast skupiania się na zachowaniach regresywnych pacjenta. Tematy spotkań nie są z góry zaplanowane, zaś pytania zadawane przez zespół początkowo mają jak najbardziej otwarty charakter, aby zapewnić wszystkim uczestnikom możliwość wypowiedzenia się i bycia wysłuchanym.

Otwarty dialog w organizowaniu praktyki psychiatrycznej

Przeprowadzono dotychczas kilkanaście ocen procesu terapeutycznego i skuteczności Podejścia opartego na Otwartym Dialogu z zastosowaniem metody badania w działaniu (Aaltonen i in. 1997; Haarakangas, 1997; Keraenen, 1992; Seikkula, 1991, 1994; Seikkula i in. 2003, 2006).

Po podsumowaniu wniosków z tych badań, wyłoniło się siedem głównych zasad:

1. natychmiastowa pomoc
 2. perspektywa sieci społecznej
 3. elastyczność i mobilność
 4. odpowiedzialność
 5. ciągłość psychologiczna
 6. tolerancja niepewności
 7. dialogowość
- **natychmiastowa pomoc** – pierwsze spotkanie odbywa się w ciągu 24 godzin od informacji o kryzysie niezależnie od tego, kto nawiązał pierwszy kontakt, i jego celem jest uniknięcie hospitalizacji oraz umożliwienie pacjentowi wyrażenia swoich ekstremalnych doświadczeń, często wywołanych przez rzeczywiste wydarzenia, przerażające dla pacjenta, a niezauważone przez jego bliskich; szybka reakcja pozwala stworzyć bezpieczną atmosferę do rozmów o tych doświadczeniach, które były nieuznawane lub nieakceptowane przez rodzinę i na opisanie których nie znaleziono jeszcze wspólnego języka;
 - **włączenie sieci społecznej** – do udziału w pierwszych spotkaniach oprócz pacjenta zaprasza się także jego rodzinę, kluczowych członków jego sieci społecznej, takich jak np. jego przyjaciele, sąsiedzi koledzy z pracy czy lekarze, z którymi wcześniej się kontaktował

* Opracowano na podstawie książki *Psychosis as a Personal Crisis: An Experience-Based Approach* pod redakcją Mariusa Romme i Sandry Escher, Routledge, 2012. Chapter 11. *Open dialogues with patients with psychosis and their families*; Jaakko Seikkula and Birgitta Alakare.

PODEJŚCIE OPARTE NA OTWARTYM DIALOGU*

Open-Dialogue Approach, Jaakko Seikkula i Birgitta Alakare

– osoby, których dotyczy dana sytuacja, które mogą w jakiś sposób pomóc; stanowi to wsparcie dla pacjenta oraz istotną pomoc w zdefiniowaniu problemu;

- **elastyczność i mobilność** – leczenie powinno stanowić odpowiedź na konkretne i zmieniające się potrzeby pacjenta i jego rodziny oraz zawierać metody terapii odpowiednie dla nich, ich specyficznego języka i stylu życia; najlepszym miejscem spotkań jest dom pacjenta, gdyż tam zasoby rodziny są najłatwiej dostępne, co pomaga uniknąć niepotrzebnej hospitalizacji;
- **odpowiedzialność** – osoba, z którą nawiązano pierwszy kontakt jest odpowiedzialna za zorganizowanie pierwszego spotkania i zapewnienie rodziny, że otrzyma potrzebną pomoc; zespół, w zależności od rodzaju i ilości problemów składający się ze specjalistów z różnych dziedzin, jest w całości odpowiedzialny za analizę problemu i zaplanowanie leczenia; w przypadku różnicy opinii alternatywy są omawiane w obecności pacjenta i jego rodziny, co zwiększa ich wpływ na podejmowanie decyzji;
- **zapewnienie ciągłości psychologicznej** – zespół jest odpowiedzialny za cały proces leczenia tak długo, jak to konieczne, zarówno w przypadku leczenia ambulatoryjnego, jak i szpitalnego, pozwala to uniknąć sytuacji, w której zmiana terapeutów spowoduje zbytne skupienie się na działaniach, które należy podjąć, zamiast na samym procesie leczenia; oznacza to także połączenie różnych metod terapeutycznych w taki sposób, aby się uzupełniały tworząc spójny proces leczenia;
- **tolerancja niepewności** – jest zaprzeczeniem podejścia skoncentrowanego na chorobie i starającego się usunąć jej objawy za pomocą leków; w podejściu otwartego dialogu poprzez codzienne spotkania z pacjentami przeżywającymi kryzys psychotyczny buduje się poczucie bezpieczeństwa, co pozwala zmobilizować zasoby psychiczne pacjenta i jego rodziny poprzez rozmowę o trudnych doświadczeniach i wspieranie umiejętności słuchania siebie nawzajem; pozwala to uniknąć podejmowania przedwczesnych decyzji oraz stosowania leków neuroleptycznych, dając więcej czasu na zrozumienie istoty problemu;
- **dialogowość** – największy nacisk kładzie się na dialog, a dopiero w dalszej kolejności na zmianę; jest on środkiem pozwalającym pacjentom i ich rodzinom zyskać większy wpływ na swoje życie i odzyskać nad nim kontrolę poprzez otwarte omówienie problemu; zadaniem terapeutów jest animowanie tego dialogu w oparciu o wypowiedzi pacjenta i jego bliskich, w sposób pozwalający zastosować ich wiedzę zawodową w danym kontekście.

Skuteczność Podejścia opartego na Otwartym Dialogu

* Opracowano na podstawie książki *Psychosis as a Personal Crisis: An Experience-Based Approach* pod redakcją Mariusa Romme i Sandry Escher, Routledge, 2012. Chapter 11. *Open dialogues with patients with psychosis and their families*; Jaakko Seikkula and Birgitta Alakare.

PODEJŚCIE OPARTE NA OTWARTYM DIALOGU*

Open-Dialogue Approach, Jaakko Seikkula i Birgitta Alakare

Skuteczność Podejścia opartego na Otwartym Dialogu oceniono w Zachodniej Laponii na podstawie badań kontrolnych przeprowadzonych wśród pacjentach po pierwszej psychozie. Ich wyniki ukazują, że pacjenci z diagnozą schizofrenii leczeni przy pomocy Podejścia opartego na Otwartym Dialogu **w ciągu 2 lat byli hospitalizowani znacznie rzadziej (14 dni/osobę)** niż pacjenci leczeni innymi metodami (117 dni/osobę). **Leki neuroleptyczne stosowano u nich jedynie w 33% przypadków, na którymkolwiek etapie leczenia**, zaś w grupie porównawczej w 100% przypadków. Natomiast w każdym przypadku miało miejsce aktywne zaangażowanie rodzin w proces leczenia, ze średnią 26 spotkań w ciągu dwóch lat. Efektem takiego sposobu leczenia był znacznie szybszy powrót do zdrowia (**nawroty jedynie u 24% pacjentów** w porównaniu do 71% w grupie leczonej tradycyjnie) i do pełnego zatrudnienia (**81%** w porównaniu do 43%). **W ciągu 5 lat aż 86% pacjentów leczonych metodą otwartego dialogu wróciło do poprzedniej aktywności – studiów, pracy lub jej poszukiwania, a 82% nie doświadczyło żadnych utrzymujących się objawów.**

Wyniki pokazują wyraźną zmianę w prognozach dla poważnych chorób psychicznych. Jak zauważył jeden ze znanych profesorów psychiatrii: „dotychczas nie widzieliśmy nawet przybliżonych do tego wyników w leczeniu psychozy”. Nasuwa to refleksję, że nasze podejście do kryzysów psychicznych powinno się zmienić. Przywykliśmy do myślenia o psychozie jako o zwiastunie schizofrenii, zaś o schizofrenii jako o względnie stałym stanie, którego pacjent doświadcza przez całe swoje życie. Przykładowo, uważa się, że jedna trzecia pacjentów z diagnozą schizofrenii będzie wymagała stałej terapii, jedna trzecia terapii okresowej, zaś pozostała jedna trzecia w pełni wróci do zdrowia i do życia zawodowego.

Pozytywne wyniki Podejścia opartego na Otwartym Dialogu mogą wskazywać, że psychoza nie musi już oznaczać zwiastuna choroby, lecz można ją postrzegać jako jeden ze sposobów na radzenie sobie z kryzysem i po tym kryzysie. Wiele lub nawet większość ludzi jest w stanie wrócić do aktywnego życia społecznego. A przy tak niewielu osobach faktycznie potrzebujących neuroleptyków, możemy zapytać, czy nasze rozumienie pierwotnych problemów nie powinno się zmienić.

Może powinniśmy ponownie zastanowić się nad tym, jak skonstruowana jest służba zdrowia w zakresie zdrowia psychicznego? Zamiast wychodzić od prób opanowania objawów i usunięcia ich tak szybko jak to możliwe, można by skoncentrować się na organizowaniu spotkań dla tych, których to dotyczy, wraz z członkami rodziny i innymi ważnymi osobami z otoczenia społecznego i zawodowego. Zdaje się to znaczyć, że na tych spotkaniach powinniśmy raczej skupiać się na generowaniu dialogu przez śledzenie i komentowanie tego, co mówią członkowie rodziny, niż na planowaniu interwencji ukierunkowanych na zmianę w pacjencie lub w jego rodzinie.

* Opracowano na podstawie książki *Psychosis as a Personal Crisis: An Experience-Based Approach* pod redakcją Mariusa Romme i Sandry Escher, Routledge, 2012. Chapter 11. *Open dialogues with patients with psychosis and their families*; Jaakko Seikkula and Birgitta Alakare.