

Otwarty dialog w kryzysie psychotycznym

lek. Aldona Krawczyk¹, mgr Andrzej Solarz¹, prof. Jacek Wciórka²

¹ Ośrodek Terapii w Środowisku I Kliniki Psychiatrycznej Instytutu Psychiatrii i Neurologii w Warszawie

² I Klinika Psychiatryczna Instytutu Psychiatrii i Neurologii w Warszawie

Jak cytować: Krawczyk A., Solarz A., Wciórka J.: Otwarty dialog – przydatność w kryzysie psychotycznym. Med. Prakt. Psychiatria, 2015; 2: 84–91

Skróty: IPIN – Instytut Psychiatrii i Neurologii, NFZ – Narodowy Fundusz Zdrowia, ODA – podejście oparte na „otwartym dialogu”, PIOD – Polski Instytut Otwartego Dialogu

Otwarty dialog – podstawowe założenia oraz pierwsze polskie doświadczenia

Podejście oparte na tzw. otwartym dialogu (*open dialogue approach* – ODA) stosuje się z powodzeniem od lat 90. XX wieku w Zachodniej Laponii w Finlandii. Obecnie jest ona praktykowana także w innych krajach europejskich (np. w Niemczech, Danii, Norwegii, Szwecji, Austrii, na Litwie) oraz w USA (ośrodki w Bostonie i Nowym Jorku).

Jej początków można szukać w **terapii dostosowanej do potrzeb** (*need adapted treatment*) proponowanej przez prof. Alanena z Turku na południu Finlandii, który od początku lat 80. XX wieku podkreślał znaczenie włączenia rodziny w proces terapeutyczny.

Oficjalnymi twórcami otwartego dialogu są prof. Jaakko Seikkula oraz dr Brigitta Alakare, którzy zaczęli stosować tę metodę blisko 30 lat temu w szpitalu Keropudas w Tornio w Laponii. Nazwy „open dialogue” użyto po raz pierwszy w 1996 roku, by opisać terapię skoncentrowaną na **całej rodzinie i sieci społecznej** pacjenta.

Seikkula wielokrotnie podkreślał, że dialog jest dla niego najbardziej podstawową i naturalną potrzebą człowieka, jest tak wszechobecny jak oddychanie. Postrzega on ten proces nie tyle jako formę terapii lecz bardziej jako sposób życia, którego uczymy się od chwili urodzenia – patrzymy na otaczający świat i od pierwszych chwil próbujemy stać się jego aktywnymi uczestnikami, reagujemy na wypowiedzi otaczających nas osób i inicjujemy ich reakcje na nasze wypowiedzi.

Seikkula traktuje dialog jako coś, co jest częścią życia, uważa, że wszystkie terapie muszą w swej istocie być „dialogowe”, jeśli mają skutkować pozytywnymi zmianami, o jakie starają się terapeuci. Zaznacza też wyraźnie, że ODA nie jest nową ani odkrywczą metodą, w zasadzie odcina się w ogóle od nazywania go metodą czy techniką. Seikkula przyznaje, że podstawowe założenia otwartego dialogu są zakorzenione i czerpią zarówno z teorii i praktyki psychodynamicznej, jak i systemowej. Jako różnice i swego rodzaju „nowość” traktuje obecność zespołu reflektującego, który nie jest oddzielony od uczestników lustrem weneckim, oraz brak interpretacji i dążenia do zmiany jako celu terapii.

Za podstawę otwartego dialogu przyjęto tzw. **otwarte spotkania terapeutyczne**, w których uczestniczą: osoba w kryzysie, jej bliscy i osoby dla niej ważne oraz profesjonaliści, którzy moderują spotkanie. Praca oparta jest na działalności mobilnych zespołów interwencji kryzysowej, a w procesie terapeutycznym podkreśla się przede wszystkim wagę wykorzystywania zasobów psychologicznych pacjenta oraz zasobów jego sieci społecznej.

W spotkaniach od samego początku biorą udział wszystkie ważne dla pacjenta osoby (mogą to być przyjaciele, sąsiedzi, pracownicy pomocy społecznej, czasami również współpracownicy, szef, ksiądz, bardzo często lekarz rodzinny). Jeśli ktoś z zaproszonych nie może być obecny, trzeba podczas sesji wziąć pod uwagę także jego punkt widzenia („Co by powiedział, gdyby tutaj był?”, „Co on o tym mógłby myśleć?”).

Celem spotkań jest zebranie jak największej liczby informacji o bieżących problemach, uzyskanie nowego rozumienia osoby i zaistniałej sytuacji poprzez dialog, a także, a może przede wszystkim, poznanie „języka rodziny”.

Istotną cechą spotkań jest zainicjowanie **polifonii**, czyli sytuacji, w której każdy z uczestników może się wypowiedzieć (jeżeli chce) w atmosferze akceptacji, każdy głos powinien być wysłuchany jako równoważny.

Autorzy podkreślają, że objawy psychotyczne pacjenta zwykle wynikają z jego doświadczeń i przeżyć, a ich treść może mieć istotne znaczenie dla jego rozumienia. Często w trakcie spotkań pacjenci poruszają tematy, które nie były dotychczas werbalizowane, a stanowiły istotny problem.

W trakcie pierwszego spotkania celem jest również stworzenie planu terapii i podjęcie wszelkich decyzji na podstawie opisanego problemu. Cele nadrzędne stanowią: umożliwienie terapeutycznego dialogu, wzmacnianie dorosłej strony pacjenta (unika się koncentracji na zachowaniach regresywnych), dążenie do jak najszybszej poprawy sytuacji. Podczas pierwszego spotkania podejmuje się także decyzję o ewentualnej konieczności hospitalizacji.

Punkt wyjścia stanowi **język rodziny**, czyli sposób, w jaki rodzina opisuje własnymi słowami problem pacjenta. Jeżeli chodzi o rolę terapeutów i innych profesjonalistów, to prof. Seikkula podkreśla, że w otwartym dialogu nie ma tradycyjnych interwencji. Podejście koncentruje się raczej na zachęcaniu do dialogu: słuchanie i przychylne odpowiadanie jest ważniejsze niż sposób prowadzenia wywiadu. Wymaga to od profesjonalistów wyjścia ze swoich dotychczasowych ról, w których są zwykle przyzwyczajeni do interpretowania, wyjaśniania i pewnej dyrektywności. W dialogu otwartym głównym zadaniem terapeuty jest „**być**” i odpowiadać na potrzeby. Zwykle w pierwszym spotkaniu uczestniczy zespół terapeutyczny składający się z 2 lub 3 osób (w dowolnej kombinacji: terapeuta, lekarz, pielęgniarka, pracownik socjalny), a odpowiedzialność za zorganizowanie spotkania przejmuje osoba, z którą jako pierwszą kontaktuje się rodzina lub pacjent. Unika się kierowania pacjenta do innych placówek. Obowiązuje zasada, że ten, kto odbierze telefon, przejmuje odpowie-

dzialność za udzielenie natychmiastowej pomocy i zorganizowanie spotkania zespołu terapeutycznego. Wspólnie podejmowana jest decyzja o tym, kto ma uczestniczyć w takiej sesji.

W latach 90. Seikkula nawiązał bliską wieloletnią współpracę z prof. Tomem Andersenem z Norwegii (Tromsø). Owoce tego przedsięwzięcia było kilka badań, ale także wprowadzanie nowych elementów do praktyki dialogu otwartego. Andersen uznawany jest za twórcę i pomysłodawcę **zespołu reflektującego** (*reflecting team*), który stał się stałym elementem spotkań sieci społecznej w ODA. Zwykle składa się on z 2–3 osób, które w trakcie sesji pełnią rolę obserwatorów, siedzą poza kręgiem (choć nie jest to konieczne). Wypowiadają one swoje refleksje (pozbawione ocen i interpretacji) poproszone o to przez terapeutę prowadzącego spotkanie. W odróżnieniu od klasycznej terapii rodzin członkowie zespołu reflektującego nie są oddzieleni od uczestniczących w spotkaniu lustrem weneckim. Zwykle w trakcie pierwszej sesji odbywają się dwa reflektowania: jedno w trakcie spotkania i drugie tuż przed jego końcem (podsumowujące).

W trakcie spotkania wszyscy jego uczestnicy siedzą w kręgu, rozmowa ma charakter otwartego forum, członkowie zespołu terapeutycznego biorą na siebie prowadzenie dialogu, oni też są inicjatorami tej sesji. Spotkanie ma charakter uporządkowany, zespół zwykle decyduje wcześniej kto poprowadzi wywiad (główny moderator). Na początku zadawane są **pytania otwarte**, aby rodzina miała jak najwięcej okazji do rozwijania różnych wątków. Członkowie zespołu mogą komentować między sobą to, co usłyszą, w formie refleksyjnej dyskusji, chodzi o to, aby powtarzać słowo po słowie fragmenty wypowiedzi pacjenta i jego rodziny, podkreśla się rolę „towarzyszenia rodzinie”, „podążania” i „wspierania”; taka postawa wydaje się istotniejsza niż typowe interwencje terapeutyczne. Wymaga ona od profesjonalistów wyjścia z roli eksperta i przyjęcia poglądu, że to uczestnicy spotkania są najlepszymi specjalistami od swojej sytuacji.

Podczas sesji formułuje się krótkie podsumowania, które mają charakter wyjaśniający. Gdy wszystkie ważne kwestie na danym spotkaniu zostaną omówione, osoba prowadząca sugeruje zakończenie go.

Czas trwania spotkań może być różny, ale zwykle trwają one około 90 minut. Podczas pierwszej sesji podejmuje się też decyzję wstępną o ich częstotliwości. Najważniejsze aspekty do omówienia to: Czy pacjent może pozostać w domu? Czy jest to bezpieczne i czy należy zastosować leczenie farmakologiczne? Czy też można z tym poczekać? Decyzje dotyczące tych kwestii podejmuje się wspólnie z pacjentem i wszystkimi uczestnikami spotkania.

Ogromną zaletą pracy w zespole i dodatkowo we współpracy z siecią społeczną pacjenta wydaje się podział odpowiedzialności. Nikt nie odpowiada za proces leczenia jednoosobowo. Odpowiedzialność zostaje „przesunięta” w stronę pacjenta i jego rodziny, a w ramach zespołu dzieli się na poszczególne osoby. Ma to istotne znaczenie m.in. w przeciwdziałaniu wypaleniu zawodowemu.

Siedem głównych zasad podejścia opartego na otwartym dialogu

W podejściu opartym na otwartym dialogu łączy 7 podstawowych zasad. Są to:

- natychmiastowe wsparcie (w ciągu doby od wystąpienia kryzysu) – **wczesna interwencja**,
- dostępność sieci społecznych,
- elastyczność, mobilność,
- odpowiedzialność,
- ciągłość psychologiczna (nadanie nowego psychologicznego znaczenia objawom, dzielenie doświadczenia),
- tolerancja niepewności (poczucie wystarczającego bezpieczeństwa),
- **dialog** (budowanie nowego rozumienia problemu).

Wymienione zasady wyłoniły się z badań i doświadczeń, nie były one z góry zaplanowane.

Bardzo istotne znaczenie ma czas podjęcia interwencji, dąży się do tego, aby nie przekraczał on 24 godzin od wystąpienia pierwszych objawów. W ciągu pierwszych dni kryzysu można omawiać kwestie, które z czasem stają się coraz trudniejsze do nazwania, przeżycia na początku zwykle są bardzo „żywe”, natomiast po kilku tygodniach mogą przygasnąć, pacjenci nie wszystko będą pamiętać lub też nie będą chcieli o nich rozmawiać. Przede wszystkim zaś **wczesna interwencja ma nie dopuścić do utrwalania objawów**

i zatrzymać ich dalszy postęp. Chodzi o skrócenie tzw. okresu nieleczzonej psychozy (*duration of untreated psychosis*), co – jak się uważa – może mieć istotne znaczenie dla rokowania.

Praktycy ODA jako przykład wczesnej interwencji podają codzienną 14-dniową pracę z pacjentem i jego rodziną w jego domu lub w centrum interwencyjnym, obejmującą 1,5-godzinne sesje, z których pierwsza odbywa się w pierwszej dobie od zgłoszenia objawów. Jednocześnie podkreślają, że nie ma jednego stałego schematu, wszystko zależy od konkretnego pacjenta i okoliczności (elastyczność).

Za najlepsze miejsce do spotkań uważa się **dom pacjenta**. Jeśli jest on z różnych przyczyn niedostępny lub niewskazane byłoby odbywanie w nim sesji, spotkania realizuje się na terenie poradni psychiatrycznej, pensjonatu kryzysowego, szpitala lub w gabinecie lekarza rodzinnego (co jest bardzo często praktykowane w Skandynawii, gdyż zwykle jest on pierwszą osobą, do której zgłasza się pacjent, najczęściej jest też wymieniany jako istotna osoba w sieci społecznej – zna pacjenta i jego rodzinę od wielu lat).

Warunkiem rozpoczęcia terapii jest brak przemocy, czynnej agresji w rodzinie. Jeżeli takowa występuje, podejmuje się wszelkie kroki, by ją przerwać (zgodnie z zasadą, że bezpieczeństwo jest najważniejsze). Jeśli w początkowym okresie pacjent musi być hospitalizowany, dąży się do tego, by trwało to jak najkrócej, a pierwsze spotkanie odbywa się w szpitalu. Zespół odpowiedzialny za prowadzenie pacjenta „podąża” za nim poprzez różne szczeble systemu opieki psychiatrycznej, współpracując z lekarzem prowadzącym. Ważna jest ciągłość spotkań niezależnie od miejsca przebywania pacjenta. Istotny jest też fakt, że osoba potrzebująca pomocy nie jest skazywana na jej poszukiwanie we własnym zakresie, nie jest odsyłana do kolejnych placówek przypadkowo – w zasadzie od pierwszego telefonu do centrum kryzysowego ktoś przejmuje za to odpowiedzialność i towarzyszy pacjentowi tak długo, jak trzeba. To zespół odpowiedzialny za pacjenta organizuje ewentualny pobyt w szpitalu lub przekazanie pod opiekę lekarza rodzinnego, wszystko odbywa się płynnie i sprawnie.

Każdy z członków personelu jest zobowiązany do uczestnictwa w „zespołach kryzysowych”

w miarę potrzeb. Znakomita większość z nich jest przeszkolona w zakresie terapii rodzin lub terapii psychodynamicznej (wszyscy przeszli dodatkowo szkolenie w zakresie ODA). Zespół interwencyjny zwykle składa się z 2–3 osób (psychiatry, psychologa z ambulatorium oraz pielęgniarki, czasem – pracownika socjalnego). Jeśli hospitalizacja nie jest rozważana, rejonowe centrum zdrowia psychicznego jest odpowiedzialne za stworzenie odpowiedniego zespołu (*case specific team*) i kontynuację terapii tak długo, jak jest ona potrzebna.

Dialog otwarty jest w Finlandii jednym z najlepiej dotychczas przebadanych podejść terapeutycznych, od 1988 roku przeprowadzono kilka badań obejmujących dużą grupę uczestników dotyczących jego efektywności (m.in. Haarakangas 1997, Kreränen 1992, Seikkula 1994, 2002, 2003, 2010).

Seikkula i wsp. w kilku artykułach przedstawiłi bardzo zachęcające wyniki stosowania metody opartej na otwartym dialogu. W 5-letnim okresie obserwacji (w latach 1992–1993 i 1994–1997) osób po pierwszym epizodzie psychotycznym u większości pacjentów (83%) objawy psychotyczne nie utrzymywały się, w większości powrócili oni do pracy zawodowej lub nauki, byli znacznie rzadziej hospitalizowani w porównaniu z osobami poddanymi tradycyjnej terapii. Wyniki badań wskazują, że w ciągu ostatnich 25 lat stosowania ODA występowanie schizofrenii w tym konkretnym rejonie (zachodnia Laponia) znacząco spadło (w latach 80. określane było jako bardzo wysokie tj. rocznie 35 nowych przypadków/100 tys. ludności, a obecnie są to rocznie 2 przypadki/100 tys.). Seikkula jako jedną z hipotez wyjaśniających to zjawisko wskazuje, że w wyniku wczesnej interwencji nie dochodziło do pełnego rozwoju i utrzymywania się / utrwalania objawów psychotycznych ponad 6 miesięcy (w badaniu wykorzystywano kryteria schizofrenii wg Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders III Edition, wymagające m.in. 6-miesięcznego czasu trwania objawów psychotycznych).

W sierpniu 2013 roku w trakcie konferencji w Tromsø Seikkula przedstawił wyniki kolejnej części badania: w 10-letnim okresie obserwacji (badanie przeprowadzono w latach 2003–2005, dotyczyło pacjentów objętych opieką od 1990 r.) potwierdzono utrzymanie efektów osiągniętych

po pierwszym epizodzie. Okres nieleczonej psychozy uległ skróceniu z 3 miesięcy w pierwszym badaniu do 3 tygodni. Dodatkowo zaobserwowano zmniejszenie liczby samobójstw (co najprawdopodobniej wiąże się z szybkością interwencji oraz stałością wsparcia społecznego).

Krytycy wskazywali na ograniczenia wymowy tych badań przypisywane wykorzystanym narzędziom oceny: skali ogólnej funkcjonowania (Global Assessment of Functioning – GAF) i krótkiej skali oceny psychiatrycznej (Brief Psychiatric Rating Scale – BPRS), które miałyby tylko w przybliżeniu umożliwiać ocenę faktycznego stanu pacjenta, zamiast bardziej mierzalnych czynników takich jak: liczba dni hospitalizacji, liczba nawrotów (w ODA unika się określenia „nawrót”, epizody pogorszeń traktuje się raczej jako kolejne kryzysy, doświadczenia) oraz utrzymanie zatrudnienia. Kolejnym argumentem krytycznym jest obszar, na którym prowadzono badania. Zachodnia Laponia jest stosunkowo małym regionem (w sensie zamieszkującej populacji), w związku z czym na zebranie danych o wystarczającej mocy trzeba więcej czasu, a ponieważ okres obserwacji wynosił aż 10 lat, nie sposób wykluczyć w tym czasie zmian kulturowych, których nie da się wystandaryzować. Wada ta może być jednakże również zaletą: ponieważ obszar jest mały, funkcjonuje na nim jedyny system opieki psychiatrycznej, a to gwarantuje dostęp do wszystkich przypadków kryzysów psychotycznych. Szczegółowa analiza wyników tych badań nie jest naszym celem. Zainteresowanych odsyłamy do piśmiennictwa, szczególnej uwadze polecamy artykuł Błazińskiego i wsp., którzy podjęli próbę oceny metodologii i interpretacji badań Seikkuli.²

Podsumowując, uznać należy, że otwarty dialog jest obecnie sprawdzonym podejściem, wymagającym odpowiednio przeszkolonego i licznego personelu oraz dobrej organizacji systemu opieki (terytorialna odpowiedzialność za rozwiązywanie problemów zdrowia psychicznego, dostępność wczesnej interwencji, zmotywowane zespoły interwencji kryzysowej, kompleksowa oferta centrum psychiatrycznego), a przede wszystkim przełamania stereotypu, że proces leczenia musi się odbywać w szpitalu. Bywa to oczywiście w pewnych okolicznościach nieuniknione i uzasadnione, dąży się wówczas do tego, aby pobyt w szpitalu trwał jak

najkrócej. Doświadczenia skandynawskie pokazują i zachęcają do podjęcia leczenia jak najszybciej w środowisku pacjenta, angażując możliwie najszerszą dostępną sieć społeczną, co gwarantuje osadzenie pomocy w naturalnym środowisku i ogranicza ryzyko wypadania z ról społecznych.

Praktycy podejścia apelują także o tzw. właściwe używanie leków przeciwpsychotycznych (*proper use of treatment*), podkreślając, że nie zawsze natychmiastowe ich stosowanie w „dużych dawkach” jest zasadne i potrzebne.

Otwarty dialog w polskich warunkach

Otwarty dialog jako metoda leczenia w psychiatrii środowiskowej w Polsce

O otwartym dialogu mówi się w Polsce szerzej od 2011 roku, kiedy na II Forum Psychiatrii Środowiskowej we Wrocławiu pojawili się specjaliści z północnej Europy i przedstawili swoje osiągnięcia w tym zakresie. Swoją działalność rozpoczęła wtedy fundacja Polski Instytut Otwartego Dialogu (PIOD). Nawiązanie przez PIOD współpracy z PINEL GmbH z Berlina, umożliwiło uczestnictwo 3 wrocławskich terapeutów w berlińskim kursie ODA. Udział fundacji PIOD w międzynarodowym projekcie Leonardo pt. „Europejskie partnerstwo na rzecz upowszechniania praktyk otwartego dialogu w leczeniu pacjentów w psychozie” (Finlandia, Dania, Norwegia, Niemcy, Austria i Polska) zaowocował uruchomieniem i przeprowadzeniem 2 kolejnych kursów „Otwarty dialog i rozwój sieci społecznych w sytuacji kryzysu psychicznego” w Warszawie i Wrocławiu. Łącznie wyszkolono 54 osoby zajmujące się pomocą w obszarze zdrowia psychicznego. Kurs ODA obecnie prowadzony jest w Krakowie i zaplanowany w Kościanie oraz po raz drugi we Wrocławiu. Samo szkolenie zakłada 8 dwudniowych sesji, prowadzonych w ciągu roku, wprowadzających w techniki ODA – tzw. kurs podstawowy. Przygotowywany jest też kurs zaawansowany dla osób z dwuletnią praktyką w podejściu ODA. Należy podkreślić fakt, że proces rozwoju kadr przez najbardziej doświadczonych praktyków z Niemiec, a dodatkowo wspieranego przez prof. Jaakko Seikkulę – częstego gościa konferencji i seminariów w Polsce.

Przegląd badań naukowych realizowanych w Polsce

Nie ma żadnych publikacji prezentujących wyniki rodzimych badań dotyczących skuteczności czy przydatności ODA. Polscy specjaliści z zakresu psychiatrii środowiskowej podkreślają, że wprowadzanie ODA mogłoby przebiegać w 4 etapach: szkolenie kadr w ODA, wprowadzenie modelowych, skierowanych do określonych grup programów w wybranych miejscach (powiatach, miastach czy dzielnicach), przeprowadzenie gruntownych i metodologicznie poprawnych badań oceniających skuteczność interwencji, wnioskowanie (na podstawie wyników uzyskanych badań) o upowszechnieniu otwartego dialogu w opiece środowiskowej. W Polsce jest realizowany drugi z wymienionych etapów.

Praktyka w polskich warunkach

Praca w oparciu o podejście ODA jest obecnie praktykowana w kilku ośrodkach w Polsce. Jednym z pierwszych miejsc, w których wprowadzono tę metodę, jest Dzienny Ośrodek Psychiatrii i Zaburzeń Mowy dla Dzieci i Młodzieży we Wrocławiu. Tamtejsze zespoły psychiatrycznego leczenia środowiskowego wspierały dzieci i ich rodziny. W kwietniu 2013 roku rozpoczęto realizację projektu Ciesielskiego i Mazur: „Psychiatria środowiskowa dla dzieci i młodzieży – nowa jakość. Leczenie dostosowane do potrzeb pacjenta w oparciu o zasoby rodzinne i sieci społeczne”. Wyodrębniono 3 mobilne zespoły, których celem było praktyczne wprowadzanie omawianej metody w zakresie psychiatrii rozwojowej. W pierwszym projekcie brało udział 15 rodzin w ostrym kryzysie psychicznym. Rok później (kwiecień 2014 r.) rozpoczął się kolejny etap projektu: „Leczenie dostosowane do potrzeb pacjenta w oparciu o sieci społeczne. Rozwój modelu leczenia środowiskowego psychiatrycznego dla dzieci i młodzieży”. Realizacja projektu wzbudzała wśród jego realizatorów różne emocje i pokazywała trudności i przeszkody związane ze stosowaniem ODA w polskich realiach (o tym dalej).

Kolejny ośrodek mieści się w Koszalinie – jest to Środkowopomorskie Centrum Zdrowia Psychicznego MEDiSON. Obecnie prowadzone są spotkania 19 pacjentów i ich sieci. Wkrótce odbędzie się tam również szkolenie w zakresie ODA.

Roczne szkolenie, od października 2013 roku do października 2014 roku, poprowadzono także w Ośrodku Terapii w Środowisku Instytutu Psychiatrii i Neurologii (IPiN) w Warszawie. Uczestniczyli w nim psychiatry, psycholodzy i pielęgniarki, co pozwoliło na zbudowanie zespołu interdyscyplinarnego. W czerwcu 2014 roku członkowie zespołu odbyli dwudniową wizytę studyjną w Vivantes Klinikum Neukölln w Berlinie, gdzie mieli okazję przyjrzeć się organizacji pracy i otwartym spotkaniom terapeutycznym w tamtejszej placówce. Wizyta ta stała się inspiracją do podjęcia pilotażowego programu, który trwał od października 2014 roku do końca grudnia 2014 roku i objął sieci wsparcia 8 pacjentów. W 2015 roku program jest kontynuowany, włączono do niego 7 rodzin i ich sieci społeczne. Spotkania odbywają się na terenie ośrodka, są kontynuowane po zakończeniu kontraktu oddziałowego (ciągłość), ich częstotliwość jest ustalana indywidualnie w zależności od potrzeb, ale także od możliwości 5-osobowego zespołu ośrodka. Równolegle otwarte spotkania terapeutyczne podjęto w Oddziale Zapobiegania Nawrotom IPiN. Wdrażanie nowej metody podjęto także w Oddziale Psychiatrycznym dla Dzieci i Młodzieży w Wojewódzkim Szpitalu Specjalistycznym im. J. Gromkowskiego we Wrocławiu. Podobnie jak w Warszawie, w rocznym kursie udział wzięli niemal cały personel oddziału. Jest to jedyny oddział stacjonarny dla dzieci i młodzieży we Wrocławiu. Obecnie pod opieką personelu i zespołu mobilnego działającego przy fundacji PIOD znajduje się kilkanaście rodzin. Grupa pacjentów jest niejednorodna pod względem rozpoznań. Większość z nich boryka się z problemami natury psychotycznej, u części rozpoznano zaburzenia odżywiania, nastroju i inne. Zespół oddziału stara się wdrażać podejście ODA zwłaszcza u osób z pierwszym epizodem psychotycznym. Spotkania odbywają się początkowo 1–2 razy w tygodniu, a następnie w zależności od potrzeb i możliwości. Przeszkolone pielęgniarki chętnie dołączają do pracy zespołu reflektującego lub moderującego; podkreślają, że ich praca zyskała nową jakość. Personel oddziału zauważa trudności związane z pracą w polskich realiach (czas trwania kontraktu, brak płynnego przepływu informacji pomiędzy poszczególnymi instytucjami takimi jak

szkoła, opieka społeczna, inne placówki – co jest szczególnie istotne w przypadku młodzieży).

Jednocześnie jednak pracownicy ze wszystkich wymienionych ośrodków są zgodni co do kilku spostrzeżeń. Spotykają się ze zdecydowanie pozytywnymi informacjami zwrotnymi od pacjentów i ich sieci społecznych, spotkania otwarte są kontynuowane przez wiele miesięcy, rodziny chcą pracować i zauważają pozytywne zmiany w swoim codziennym funkcjonowaniu. Podejście ODA zmienia także jakość pracy wszystkich członków personelu: psychiatrów, psychologów, pielęgniarek, terapeutów zajęciowych, fizjoterapeutów i innych. Wychodzenie z roli eksperta, które wydaje się stanowić największe wyzwanie, a także uznanie równoważności wszystkich głosów na spotkaniu jest procesem długotrwałym, ale przynosi wymierne korzyści. Z biegiem czasu i w miarę pracy z kolejnymi rodzinami buduje się atmosfera wzajemnego szacunku i uważnego słuchania. Omawianie i dzielenie się własnymi wątpliwościami i potrzebami stało się elementem codziennych rozmów, co wpływa bezpośrednio na komfort pracy w zespole i przynosi pacjentom wymierne korzyści.

W minionym roku pracę z pacjentami i ich bliskimi podjęto także w kilku innych placówkach we Wrocławiu i okolicach.

Jak już wspomniano, również w Krakowie, obecnie w ramach działalności fundacji Leonardo, prowadzone jest kolejne roczne szkolenie ODA, działa już też kilka wyszkolonych zespołów.

Nie można tu pominąć krakowskich kręgów psychiatrii środowiskowej, które od wielu lat pracują w formule zbliżonej do tej propagowanej przez model skandynawski.

Idea otwartego dialogu może w przyszłości bardzo mocno się wpisać w realizację Narodowego Programu Ochrony Zdrowia Psychicznego. Obecnie funkcjonowanie placówek zdrowia publicznego, zwłaszcza zdrowia psychicznego, ze względu na różne organizacyjne, prawne i ekonomiczne ograniczenia wymogami systemu ochrony zdrowia psychicznego nie sprzyja otwieraniu i upowszechnianiu realizacji przedstawianej tu idei ODA. Spore zainteresowanie tym podejściem w wielu środowiskach w Polsce oraz większa ostatnio aktywność gremiów decyzyjnych odpowiedzialnych za realizację Narodowego Programu Ochrony

Zdrowia Psychicznego pozwalają nieco bardziej optymistycznie patrzeć w przyszłość.

Realia polskiej służby zdrowia a ODA

Zgodnie z założeniami ODA kładzie się duży nacisk na zorganizowanie i przeprowadzenie pierwszego spotkania w ciągu doby od pojawienia się pierwszych objawów psychotycznych lub innego ostrego kryzysu psychicznego. Ponadto, ważne jest odczytanie sieci społecznych, czyli osób znaczących dla pacjenta oraz profesjonalistów uczestniczących w obecnie doświadczanym kryzysie. Istotne aspekty to również mobilność i elastyczność w podążaniu za potrzebami pacjenta i jego rodziny oraz odpowiedzialność osoby, z którą zostanie nawiązany kontakt, za zorganizowanie pierwszego spotkania. Podkreśla się rolę ciągłości opieki psychologicznej, którą można uzyskać poprzez zintegrowanie pracy takich placówek jak poradnia zdrowia psychicznego, zespół leczenia środowiskowego, oddział szpitalny. Konieczna jest tolerancja niepewności, co jest dość trudne w medycznym modelu leczenia, gdzie obowiązują ściśle określone procedury, a także tworzenie atmosfery do podjęcia dialogu – celu wspólnych spotkań.

Warto tu przypomnieć zadania Narodowego Programu Ochrony Zdrowia Psychicznego na lata 2011–2015 obejmujące m.in. „zapewnienie osobom z zaburzeniami psychicznymi wielostronnej i powszechnie dostępnej opieki zdrowotnej oraz innych form opieki i pomocy niezbędnych do życia w środowisku rodzinnym i społecznym”, dalej „upowszechnienie środowiskowego modelu psychiatrycznej opieki zdrowotnej” oraz „skoordynowanie różnych form opieki i pomocy”. W Raporcie Rzecznika Praw Obywatelskich z 2014 roku dostrzeżono, że otwarty dialog może być ogniwem wdrażania omawianego programu dotyczącego ochrony zdrowia psychicznego. Porównując założenia ODA z ustaleniami Narodowego Programu Ochrony Zdrowia Psychicznego, podjęcie otwartego dialogu może być ciekawą odpowiedzią i podejściem integrującym różne instytucje świadczące opiekę w ramach NFZ i pomocy społecznej. W teoretycznych rozważaniach jest to szczytna idea i wartościowa inicjatywa, jednakże istniejące dzisiaj, sztywne rozwiązania systemowe, ograniczenia ekonomicz-

ne i prawno administracyjne dość znacząco utrudniają realizację tej inicjatywy.

Podsumowanie

W obecnych procedurach NFZ brakuje zapisów umożliwiających właściwe finansowanie świadczenia udzielanego przez 2 lub więcej pracowników jednocześnie na rzecz jednego pacjenta. Dlatego, by realizacja programów ODA była możliwa, bardzo ważna jest zmiana przepisów dotyczących finansowania opieki psychiatrycznej. Warunki opieki psychiatrycznej nie są odpowiednio przygotowane do tworzenia mobilnych zespołów terapeutycznych służących podejmowaniu wczesnej interwencji. Pomimo tych ograniczeń są ośrodki, w których próbuje się wdrażać i realizować zasady otwartego dialogu. Profesjonaliści praktykujący ODA w polskich warunkach napotykają wiele trudności (braki kadrowe, organizacyjne, finansowe), z drugiej jednak strony widzą też wymierne efekty swojej pracy, realne korzyści dla pacjentów i ich najbliższych.

PIŚMIENNICTWO

1. Alanen Y.O.: Schizofrenia. Jej przyczyny i leczenie dostosowane do potrzeb. Warszawa, Instytut Psychiatrii i Neurologii, 2000
2. Augustyniak M., Balicki M., Banaś B. i wsp.: Ochrona zdrowia psychicznego w Polsce: wyzwania, plany, bariery, dobre praktyki. Raport RPO. Warszawa, 2014: 114–117
3. Błądziński P., Cechnicki A., Bogacz J., Cichocki.: Znaczenie Otwartego Dialogu w leczeniu osób chorujących na schizofrenię. Post. Psych. Neurol., 2014; 23: 134–139
4. Filipiak E., Palej Cieplińska M.: Dobre praktyki w psychiatrii dzieci i młodzieży. Zastosowanie „Otwartego Dialogu” w psychiatrii środowiskowej okresu rozwojowego – doświadczenia własne. Psych. Psychol. Klin., 2014; 14 (2): 135–139
5. <http://otwartydialog.pl/pl/>
6. <http://otwartydialog.pl/pl/artykuly/spojrzeczenie-psychiatrii-praktyka-na-otwarty-dialog/>
7. <http://otwartydialog.pl/pl/dzialalnosc-fundacji/kursy/>
8. <http://otwartydialog.pl/pl/o-nas/o-fundacji/>
9. Informacje ze źródeł udostępnionych przez Stowarzyszenie Powrót Do Życia
10. Narodowy Program Ochrony Zdrowia Psychicznego na lata 2011–2015. Rozporządzenie Rady Ministrów z dnia 28 grudnia 2010 roku. Warszawa
11. Schütze W., Wojtyńska R. – materiały z kursu „Otwarty dialog i rozwój sieci społecznych w sytuacji kryzysu psychotycznego” prowadzonego przez Polski Instytut Otwartego Dialogu oraz Dialogische Praxis we współpracy z I Kliniką Psychiatryczną IPiN
12. Seikkula J., Aaltonen J., Alakare B., Haarakangas K., Kera J., Lehtinen K.: Five year experience of first episode nonaffective psychosis in open dialogue approach: treatment principles, follow up outcomes, and two case studies. Psychother. Res., 2006; 16 (2): 214–228
13. Seikkula J., Alakare B., Aaltonen J.: The comprehensive open dialogue approach in Western Lapland: II. Long term stability of acute psychosis outcomes in advanced community care. Psychosis, 2011; 3 (3): 192–204
14. Seikkula J.: Becoming dialogical: psychotherapy or a way of life? Aust. N. Z. J. Fam. Ther., 2011; 3 (32): 179–193
15. Seikkula J.: Inner and outer voices in the present moment of family and network therapy. J. Fam. Ther., 2008; 30: 478–491
16. Seikkula J.: W stronę dialogu: psychoterapia czy sposób życia? Psychoterapia, 2013; 2 (165): 13–27