

## Wprowadzenie do Otwartego Dialogu Wspartego Asystentami Zdrowienia w systemie opieki nad zdrowiem psychicznym.

Russell Razaque, Tom Stockmann

### Streszczenie

Otwarty Dialog Wsparty Asystentami Zdrowienia to wariant Otwartego Dialogu, który obecnie jest praktykowany w Finlandii i którego próby wdrażania podjęto w kilku krajach na całym świecie. Podstawowymi zasadami podejścia są natychmiastowa pomoc na poziomie sieci społecznej, udzielana przez zespół, który ma przygotowanie w systemowej terapii rodzin lub jej pokrewnych. W skład zespołów wchodzi asystenci zdrowienia wzmacniający demokratyczny charakter spotkań wokół których ogniskuje się pomoc. Ich udział umożliwia też takie spotkania w sytuacji, gdy sieć społeczna jest szczątkowa lub jej nie ma. Istnieją pewne zasady leżące u podstaw organizacji pracy w podejściu oraz praktyki. Należy koniecznie nadmienić, że Otwarty Dialog to również sposób świadczenia opieki. Personel przeszkolony w podejściu Otwartego Dialogu Wspartego Asystentami Zdrowienia z sześciu organizacji Narodowej Służby Zdrowia (NHS) stworzy w 2016 roku zespoły pilotażowe będące częścią narodowej, wielośrodkowej próby badawczej.

### Cele artykułu:

Umiejętność opisanie zasad organizacyjnych Otwartego Dialogu Wspartego Asystentami Zdrowienia

Umiejętność przywołania zasad praktyki Otwartego Dialogu Wspartego Asystentami Zdrowienia

Zdobycie rozumienia rozwoju znaczenia Otwartego Dialogu Wspartego Asystentami Zdrowienia w ramach Narodowego Funduszu Zdrowia (NHS)

### Oświadczenie o braku konfliktu interesów

Brak

Otwarty Dialog to całościowy, skoncentrowany na osobie model opieki zdrowotnej zapoczątkowany w Finlandii, a w ostatnich latach zaadaptowany (w mniejszym lub większym stopniu) w wielu krajach na całym świecie – włączywszy w to państwa skandynawskie, Niemcy, Irlandię, Włochy (gdzie planuje się pilotaż obejmujący kilka regionów) oraz Polskę. Niektóre założenia podejścia były również wprowadzane w poszczególnych rejonach Stanów Zjednoczonych. Otwarty Dialog stanowi spójne psychologicznie podejście zorientowane na pracę z systemem rodzinnym i siecią społeczną, w którym cały personel otrzymuje zaplecze treningowe w zakresie podejść terapeutycznych związanych z terapią rodzin. Leczenie jest w nim w większości prowadzone na drodze włączenia w spotkania – obok samego pacjenta – jego systemu rodzinnego lub sieci społecznej. Jest to model zorientowany na zdrowienie, w którym nacisk kładzie się na mobilizowaniu zasobów pacjentów i ich rodzin, w celu wzmocnienia poczucia sprawstwa od samego początku oddziaływań. Pod wieloma względami to podejście różni się od typowego modelu opieki w Wielkiej Brytanii, w którym opieka jest organizowana i adresowana głównie na poziomie indywidualnej jednostki. Kluczowe punkty różniące oba modele są zaakcentowane w artykule Olson i in. (2014):

„Praktyka Otwartego Dialogu ma dwie zasadnicze cechy: (1) oparty na środowisku pacjenta, zintegrowany system leczenia który angażuje rodziny i sieć społeczną od samego początku – od chwili rozpoczęcia szukania pomocy oraz (2) „Praktykę Dialogu” – inaczej mówiąc specyficzną formę prowadzenia rozmowy podczas „spotkania terapeutycznego”. Spotkanie terapeutyczne tworzy

Russell Razaque jest psychiatrą, konsultantem i dyrektorem medycznym NELFT NHS Foundation Trust. Jest też honorowym starszym wykładowcą na Uniwersytecie Londyńskim a jego zainteresowania badawcze koncentrują się wokół mindfulness, relacji terapeutycznej w psychiatrii i Otwartego Dialogu. Tom Stockmann jest głównym specjalistą psychiatrii dorosłych w NELFT NHS Foundation Trust. Ukończył kurs ODWAZ, a do jego zainteresowań naukowych zalicza się proces reflektowania w edukacji medycznej i Otwarty Dialog.

kontekst Otwartego Dialogu poprzez sprowadzenie profesjonalistów i sieci społecznej do tego samego – nie hierarchicznego – poziomu we wzajemnej, równorzędnej współpracy.

Otwarty Dialog jest obecnie badany jako potencjalny model przyszłej opieki zdrowotnej przez wiele organizacji z ramienia Narodowej Służby Zdrowia (National Health Service – NHS). Jest to po części zasługa obiecujących wyników płynących z fińskich, nie zrandomizowanych badań, których wyniki są zdecydowanie lepsze niż odpowiadające im dane z Wielkiej Brytanii. Na przykład w ciągu 2 lat od zgłoszenia ponad 70% osób po pierwszym epizodzie psychozy leczona Otwartym Dialogiem powróciła do nauki, pracy lub poszukiwania pracy - pomimo niższych dawek leków i krótszego okresu przebytej hospitalizacji (Tabela 1). Powyższe wyniki utrzymały się również po 5 latach (Seikkula 2006, 2011a). Warto podkreślić, że choć badanie skierowane było ściśle na przypadki pierwszych epizodów psychotycznych, ewaluacja usług świadczonych w Otwartym Dialogu prowadzona była w szerokim przekroju diagnoz.

Sześć organizacji z ramienia Narodowego Funduszu Zdrowia (NHS) jest w trakcie procesu wdrażania pilotażowego programu Otwartego Dialogu Wspartego Asystentami Zdrowienia (ODWAZ): NELEFT NHS Foundation Trust, North Essex Partnership University NHS Foundation Trust, Nottinghamshire Healthcare NHS Foundation Trust, Kent and Medway NHS and Social Care Partnership Trust, Avon and Wiltshire Mental Health Partnership NHS Trust oraz Somerset Partnership NHS Foundation Trust. Powyższe organizacje planują prowadzić ewaluację usług, która wzmocni model poparty dowodami i zachęci do oszacowania na szerszą skalę czy rezultaty i obniżenie kosztów pozostają na stałym poziomie. Podobnie jak w Finlandii ewaluacja dotyczyła szerokiego przekroju diagnoz.

Poniższy artykuł ma na celu przybliżenie założeń i sposobu pracy w nurcie

Otwarty Dialog Wspartego Asystentami Zdrowienia. Na wstępie krótko opisuje aktualną sytuację wymagającą naprawy i istotnych zmian, by następnie przybliżyć ogólny zarys rozwoju ODWAZ i nakreślić jego główne punkty dotyczące sposobu organizacji pracy i samej praktyki. Tekst podkreśla wnikliwą naturę modelu, wagę wzmocnienia sprawczości pacjenta i zespołu którą on promuje, zawiera rozważania na temat kultury pracy i zarządzania w środowisku pracy specjalistów oraz potencjalnego ryzyka na tym obszarze. Przybliża też kluczową rolę osób z doświadczeniem kryzysu psychicznego – Asystentów Zdrowienia. Koniec artykułu przedstawia wyzwania stojące na drodze implementacji podejścia w Narodowej Służbie Zdrowia.

### **Argumenty za środowiskowym modelem opieki zdrowotnej**

Artykuły pojawiające się aktualnie w literaturze psychiatrycznej – przytaczając często złe lub zawężone rezultaty obecnych działań (Bracken 2012) oraz brak znaczącego postępu w badaniach naukowych w ciągu ostatnich trzech dekad (Priebe 2013) - wzywają do zmiany dotychczasowego modelu opieki zdrowotnej i zaadoptowania nowego modelu. Główna krytyka obecnego podejścia spada na wybiórczy, techniczny sposób rozumienia problemu pacjentów (Bracken 2012) - pomijający społeczny, środowiskowy aspekt zdrowia psychicznego, którego znaczenie jest poparte mocnymi dowodami. Redakcja British Journal of Psychiatry w 2013 roku sugerowała, że przyszłość psychiatrii akademickiej leży w psychiatrii środowiskowej (Priebe 2013).

Kluczowych dowodów w tej kwestii dostarcza Międzynarodowa Organizacja Zdrowia (WHO) patronująca Międzynarodowemu Programowi Pilotażowemu Badań nad Schizofrenią (WHO 1979), który niespodziewanie wykazał znacząco lepsze rezultaty leczenia osób cierpiących na schizofrenię w Indiach i Nigerii w porównaniu do krajów o większym dochodzie (bardziej „rozwinętych”). Wyniki te

były później potwierdzone przez bardziej rygorystyczne w strukturze Badania nad Czynniki Warunkującymi Rezultaty Ciężkich Chorób Psychiczych (DOSMeD), które pokazują, że „wysoki wskaźnik całkowitej remisji schizofrenii jest znacząco wyższy w krajach rozwijających się niż w krajach wysoko rozwiniętych”, oraz że „pacjenci w krajach rozwijających się doświadczali znacząco dłuższych okresów nienaruszonego funkcjonowania w społeczeństwie”. Takie rezultaty osiągnęto pomimo znacznie niższego wskaźnika kontynuowania leczenia farmakologicznego w krajach rozwijających się (Jablensky 2008).

Jablensky i Sartorius (2008) wskazują, że:

„Szokująco wysoki wskaźnik chronicznej niepełnosprawności i zależności osób chorujących na schizofrenię w wysoko rozwiniętych krajach utrzymującego się pomimo szerokiego dostępu do leczenia farmakologicznego sugeruje, że czynnik niezbędny do zdrowienia gubi się w ich strukturze społecznej”.

Istnieją dowody na znaczenie relacji społecznych zarówno u źródeł chorób psychicznych jak i w procesie ich leczenia. Na przykład Giacco i in. (2012) wykazał, że „posiadanie przyjaciół jest związane z bardziej pomyślnymi wynikami leczenia i wyższym wskaźnikiem jakości życia w chorobach psychicznych”. Wyniki systematycznego przeglądu zrandomizowanych grup kontrolnych Cochrane sugerują natomiast, że w schizofrenii metody terapii zorientowane na otoczenie społeczne beneficjenta, takie jak terapia rodzinna, mogą obniżyć prawdopodobieństwo przyjęcia do szpitala o około 20%, a prawdopodobieństwo nawrotu choroby o 45% (Pharoah 2010). Pomimo takich dowodów model psychiatrycznej opieki zdrowotnej opartej o środowisko społeczne w Wielkiej Brytanii stracił na znaczeniu pod naporem podejścia skoncentrowanego na jednostce (Pribe 2013).

## **Rozwój Otwartego Dialogu Wspartego Asystentami Zdrowienia**

Początki Otwartego Dialogu sięgają 1960 roku, kiedy to w Finlandii Yrjö Alanen i jego zespół zaczęli długi proces badań, rozwijania i ulepszania dotychczasowego lokalnego systemu psychiatrycznej opieki zdrowotnej (Seikkula 2015). Do pracy w warunkach oddziałów szpitalnych stopniowo włączali perspektywę systemu rodzinnego. To stworzyło podstawy Fińskiego Narodowego Programu Leczenia Schizofrenii w latach '80 (omawiany w: Alanen 1997), który przyczynił się do sformułowania kluczowych czynników skutecznego leczenia (Alanen 1991):

- natychmiastowa pomoc
- „podejście terapeutyczne” podczas zbierania informacji i terapii (utrzymywanie skupienia na procesie terapeutycznym bardziej aniżeli koncentracji na podejmowaniu konkretnych decyzji)
- bieżące, odpowiadające na aktualne potrzeby i elastyczne planowanie terapii dostosowanej do konkretnego pacjenta i jego rodziny
- integrowanie różnych metod terapeutycznych przy stałym monitorowaniu postępu terapii

Powyższe czynniki były włączane w model opieki, który nazwano leczeniem dostosowanym do potrzeb (need-adapted treatment) (Alanen 1997).

Systemowa terapia rodzin od lat '80 szeroko wpływała na model wzbogacając go o perspektywę narracyjną, teorię systemów oraz aspekty konstruktywistyczne. W 1984 roku terapia dostosowana do potrzeb zaczęła być na znaczącą skalę praktykowana w szpitalach i stopniowo zastępowała lokalnie stosowaną już systemową terapię rodzin. Trud przyłączania się do rodzin i angażowania ich w terapię podczas stosowania technik terapii systemowej, który był udziałem klinicystów pracujących w podejściu dostosowanym do potrzeb kształtował rozwój nurtu i w konsekwencji przyczynił się do rozwoju

Otwartego Dialogu. Terapeuci stopniowo odchodzili od tradycyjnego sposobu myślenia, który zakładał wprowadzanie zmian do systemu rodzinnego na rzecz „bycia z” rodziną. Kolejną kluczową zmianą było pójście w ślad za Tomem Andersenem pracującym w Norwegii z zespołem reflektującym, który w tradycyjnej terapii systemowej rodzin pracował za lustrem weneckim, a który został wówczas sprowadzony do pomieszczenia rozmowy z rodziną. Poprzez odsłonięcie i udostępnienie rodzinie refleksji zespołu udało się rozwiązać problem podziału między profesjonalistami i pacjentami.

Praktyka podejścia dostosowanego do potrzeb stopniowo przesuwiała się z oddziału szpitalnego do środowiska społecznego, co ostatecznie utrwaliło się w 1990 roku, kiedy to wprowadzone w życie zostały lokalnie działające mobilne zespoły interwencji kryzysowej. Ta zmiana, w kontekście wszystkich powyższych modyfikacji była punktem zwrotnym w wyłanianiu się Otwartego Dialogu z podejścia dostosowanego do potrzeb. Otwarty Dialog stał się w ten sposób zarówno modelem pracy terapeutycznej jak i sposobem organizowania usług. Seikkula (1994) opisuje powstanie siedmiu zasad terapii Otwartego Dialogu na podstawie ścisłej ewaluacji zarówno procesu rozwijania dialogu podczas spotkań terapeutycznych jak i wyniku oceny skutków terapii w sytuacji kryzysu (Ramka 1) (Keranen 1992; Seikkula 1994; Aaltonen 1997; Haarakangas 1997).

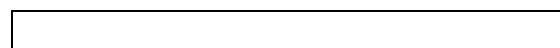
Warto nadmienić interesujące podobieństwa między podejściem dostosowanym do potrzeb i Otwartym Dialogiem oraz między wczesną interwencją kryzysową a zespołami mobilnymi pracującymi w środowisku. W początkach psychiatrycznej opieki środowiskowej Hoult i in. (1984) porównywał terapię zorientowaną środowiskowo z tą prowadzoną w warunkach szpitalnych i opisał czynniki składające się na sukces w terapii środowiskowej:

- intensywna pomoc od początku trwania kryzysu

- gotowość do aktywnego włączania zarówno pacjenta jak i jego krewnych lub opiekunów w leczenie tak wcześnie jak to możliwe
- ciągłość opieki prowadzonej przez ten sam zespół
- ciągły dostęp do szerokich usług w miejsce usług ograniczonych czasowo
- mobilność i natychmiastowa odpowiedź zespołów
- pomoc prowadzona w domu pacjenta

Hoult również nadmieniał: „Cały zespół zaangażowany w projekt szybko zaczął preferować taki sposób pracy. Było to bardziej satysfakcjonujące i nasycone znaczeniem niż wcześniejsze doświadczenie” (Hoult 1986).

Otwarty Dialog Wsparty Asystentami Zdrowienia rozwija się w Wielkiej Brytanii w ramach usług interwencji kryzysowej i pod pewnymi względami jest przykładem powrotu do głównych założeń leżących u podstaw tego typu usług. Poprzez doskonalenie umiejętności terapeutycznych zespołów oraz podnoszenie elastyczności systemu opieki w ramach zachęcania do współpracy zespołów terapeutycznych i zespołów złożonych z osób z doświadczeniem kryzysu psychicznego budowana jest przestrzeń do zaistnienia kluczowych zasad Otwartego Dialogu. Ponadto podobna współpraca daje dodatkowe korzyści i pozwala czerpać z elastyczności, którą mogą zaoferować osoby z doświadczeniem kryzysu wzbogacając tym samym usługi pierwszego kontaktu w kryzysie oferowane przez Narodową Służbę Zdrowia.



Ramka 1 Siedem głównych zasad Otwartego Dialogu

Zasady dotyczące organizacji Otwartego Dialogu:

1. Perspektywa sieci społecznej
2. Natychmiastowa pomoc
3. Odpowiedzialność
4. Ciągłość psychologiczna
5. Elastyczność i mobilność

Zasady dotyczące praktyki Otwartego Dialogu:

1. Dialog i polifonia
2. Tolerancja niepewności

### Zasady dotyczące organizacji pracy

Siedem głównych zasad buduje podejście Otwartego Dialogu, z czego pięć dotyczy organizacji pracy, a dwie pozostałe odnoszą się do praktyki dialogu (Seikkula 2003) (Ramka 1). Zasady związane z organizacją systemu opieki to:

- Perspektywa sieci społecznej
- Natychmiastowa pomoc
- Odpowiedzialność
- Ciągłość psychologiczna przez cały okres leczenia
- Elastyczność i mobilność w udzielaniu pomocy

### Perspektywa sieci społecznej

Perspektywa sieci społecznej ma fundamentalne znaczenie w modelu Otwartego Dialogu. Na spotkania sieci zawsze są zapraszani członkowie rodziny pacjenta i inne ważne osoby z najbliższego otoczenia. Wśród nich mogą znaleźć się pracownicy instytucji zaangażowanych w problem tacy jak pracownicy społeczni, lokalni pośrednicy pracy – w celu wspierania powrotu do pracy zawodowej, jak i współpracownicy czy opiekunowie, którzy mogą być zaangażowani w sytuację. Spotkanie sieci również angażuje przynajmniej dwóch członków zespołu, a wszystkie kluczowe dyskusje o dalszej opiece mają miejsce na spotkaniu. Nadaje to pracy

wymiar idei pracy skoncentrowanej na osobie w miejsce znacznie bardziej zhierarchizowanego zwykłego modelu relacji lekarz-pacjent. Rozwinięcie tego wątku znajdzie swoje miejsce podczas przybliżania zasad Otwartego Dialogu dotyczących praktyki klinicznej w kolejnym paragrafie.

Rozmowy między profesjonalistami również mają miejsce przy wszystkich zgromadzonych na spotkaniu, a obecni są zaproszeni do dzielenia się swoimi myślami, co od początku tworzy pole do rozwoju otwartości i refleksowania (Andersen 1995).

Miejsce i konfiguracja spotkania sieci zależą od życzenia pacjenta. Często są organizowane w jego domu. Prowadzone w Finlandii badania dowodzą, że spotkania w domach pacjenta pomagają uniknąć niepotrzebnej hospitalizacji poprzez wzmacnianie dostępności zasobów rodziny (Keranen 1992).

### Natychmiastowa pomoc

Zapewnienie natychmiastowej odpowiedzi, zazwyczaj w ciągu 24 godzin, od samego początku szukania pomocy jest sercem modelu. Pacjent – nawet w ostrym stanie - jest obecny od samego początku w działaniach mających na celu pomoc w kryzysie. Tworzy to poczucie bezpieczeństwa i daje solidne podstawy opieki zorientowanej środowiskowo, w oparciu o sieć społeczną.

### Odpowiedzialność i ciągłość psychologiczna

Członkowie zespołu zaangażowani w pierwszy kontakt z pacjentem towarzyszą mu i jego sieci społecznej przez całą ścieżkę leczenia. Oznacza to, że ten sam zespół jest odpowiedzialny za terapię tak długo jak to potrzebne zarówno w warunkach środowiskowych jak i podczas ewentualnej hospitalizacji. W procesie terapii spotkanie sieci społecznej jest uważane za najwyższą instancję podejmującą decyzje. Na każdym spotkaniu sieci obecnych jest co najmniej dwóch członków zespołu. W zależności od natury kryzysu mogą to być lekarze. Jeśli w zespole nie ma osoby z zapleczem medycznym,

a zachodzi potrzeba wsparcia w modyfikacjach leczenia farmakologicznego lekarze (lub personel niemedyczny) mogą być włączeni w sieć wsparcia na późniejszym etapie spotkań. Trzeba dodać, że inne formy terapii, takie jak terapia zajęciowa czy psychoterapia grupowa lub indywidualna, mogą odbywać się pomiędzy spotkaniami sieci, tworząc zróżnicowany system pomocy działający w spójny, zintegrowany sposób.

### *Elastyczność i mobilność w udzielaniu pomocy*

Elastyczność w procesie udzielania pomocy jest niezbędna. Wszystkie założenia o tym co jest lub nie jest konieczne i właściwe w aktualnej sytuacji zostają za drzwiami pokoju spotkania sieci – dając przestrzeń na wyłonienie się rozwiązań i odpowiedzi w sposób dopasowany do potrzeb. Dla przykładu w kryzysie psychotycznym dla zbudowania potrzebnego poczucia bezpieczeństwa mogą być niezbędne spotkania odbywające się codziennie nawet przez kilka tygodni. Inne formy leczenia i interwencji terapeutycznych są dobierane w zależności od tego, co najlepiej odpowiada na problem pacjenta.

Dodatkowe możliwości działania takie jak leczenie farmakologiczne powinny – jeśli tylko to możliwe – być przedmiotem dyskusji na kilku spotkaniach zanim poczyni się odpowiednie kroki.

### **Zasady dotyczące praktyki**

Zasady dotyczące praktyki Otwartego Dialogu tworzą stabilny szkielet spotkań sieci. Założenia te to dialog i polifonia oraz tolerancja niepewności.

### *Dialog i polifonia*

Termin dialogiczność po raz pierwszy użyty został przez rosyjskiego filozofa – Mikhaila Bakhtina w pracy nad teorią literatury pt. „Dialogiczna fantazja” (Holquist 1984). Termin ten odnosi się do rozumienia języka i myśli jako wyniku procesu ewolucji, w wyniku której każdy dyskurs czy myśl jest efektem dyskursu i myśli, które zaistniały przez nimi.

By dynamika dialogiczności mogła zaistnieć, muszą być spełnione pewne warunki. Konieczne jest rozpoczęcie rozmowy bez wcześniejszych, z góry określonych założeń, by umożliwić swobodną wymianę, która buduje się warstwa po warstwie, poprzez wkład każdej ze stron w stronę nowych obszarów znaczeń. Należy dodać, że rozmowa terapeutyczna podczas spotkania - w przeciwieństwie do idei dialogicznej - nie ma na celu łączenia punktów widzenia w celu osiągnięcia wspólnej perspektywy. Podczas spotkania sieci każdy uczestnik może zachować swój ogląd sytuacji a każda perspektywa, w zależności od aktualnych potrzeb może pozostać nieugłębiona. W rezultacie zebrani mogą funkcjonować w bardzo pragmatyczny sposób, wzmacniając upodmiotowienie i wnosząc świeżość myśli podczas procesu rozwiązywania problemów czy podejmowania decyzji. Głos każdego uczestnika w takich warunkach jest tak samo ważny i każdy może mieć swój wkład w wynik końcowy, nadając w ten sposób kierunek wydarzeniom i wzmacniając własne poczucie sprawstwa w swoim życiu (Haarakangas 1997). Taka dynamika spotkań ma już u swoich podstaw załączki oddziaływania terapeutycznego. Wzmacnia ona poczucie osobistej niezależności przy jednoczesnym odczuwaniu współzależności z innymi uczestnikami spotkania sieci. Idąc za słowami Olson i in. (2014):

„(...) punktem wyjścia każdego spotkania dialogicznego jest to, że perspektywa każdego uczestnika jest ważna i akceptowana bezwarunkowo. To oznacza, że terapeuci powstrzymują się od udzielania wszelkich uwag, że nasi klienci powinni myśleć lub czuć inaczej niż myślą lub czują. Podobnie nie sugerujemy, że wiemy lepiej niż nasi rozmówcy co oni mają na myśli poprzez swoje wypowiedzi.”

Otwarty Dialog umożliwia każdej osobie otwarcie rozmowy na swój własny sposób. Szczególną uwagę przykładają się do wspierania dialogu (bardziej aniżeli wspierania procesu zmian w systemie rodzinnym), a celem

dialogu nie jest uzgodnienie jakiejś kwestii, ale to, by każdy uczestnik został wysłuchany. Taka wielość akceptowanych głosów jest znana jako polifonia:

„Zespół wzmacnia kulturę konwersacji, która szanuje każdy głos i stara się usłyszeć wszystkie głosy (...). Pełne uważności i współczucia słuchanie każdego z zebranych tworzy przestrzeń na każdą wypowiedź, włączając w to słowa wypowiedzane w mowie psychotycznej” (Seikkula 2005).

Każda osoba w dialogu konstruuje problem używając swojego własnego języka, swojego własnego głosu. Dla profesjonalistów, słuchanie i odpowiadanie na te głosy jest nadrzędne w stosunku do stosowania technik prowadzenia rozmowy i wywiadu z pacjentem (Anderson 1997). Wraz z postępowaniem dialogu problemy mogą zostać zrekonstruowane, w skutek czego pojawia się ich nowe rozumienie (Andersen 1995).

### *Tolerancja niepewności*

Uczucie niepewności głęboko przenika sytuację choroby psychicznej i psychologicznego stresu zarówno po stronie pacjenta jak i klinicysty. Otwarty Dialog gruntownie zajmuje się tym stanem. Paradoksalnie, śledząc założenia modelu, pragnienie, by usunąć niepewność jest bardzo często czymś, co pogarsza sytuację. Idąc za tym na spotkaniach sieci podejmuje się starania, by unikać przedwczesnych wniosków i decyzji o dalszym przebiegu leczenia (Anderson 1992). Wejście w kontakt z emocjami i przeżywanym napięciem są kluczowe, co oznacza potrzebę powstrzymania się przed gwałtownymi ruchami w kierunku zmiany. Jeśli udaje się utrzymać taki rodzaj tolerancji na niepewność, wzrasta prawdopodobieństwo pojawienia się nowych możliwości, które następnie sam pacjent lub rodzina może zacząć wprowadzać w życie stając się własnym facylitatorem zmian w swoim życiu. Podstawę tego tworzy rozszerzenie zasobu słów i sposobu wyrażania, mówienia o trudnych wydarzeniach poprzedzających interwencję zespołu. By

umożliwić wyłonienie się w procesie dialogu odpowiedzi lub – alternatywnie – przeciwdziałać gwałtownym rozegranom - podczas spotkań zadaje się pytania otwarte, zorientowane relacyjnie.

Nadawanie szczególnej wagi łączeniu – znaczeń, przyłączaniu się do rodziny i łączeniu głosów we wspólnym dialogu – w przeciwieństwie do skupienia na celu – jest środkiem, dzięki któremu wzmacnia się poczucie bezpieczeństwa podczas spotkania. Jest ono wynikiem prób tworzenia bezpiecznej przestrzeni, gdzie każdy może być usłyszany i traktowany z szacunkiem. Jednakże, jak zauważa Olson i in., ten nowy sposób pracy jest nierzadko dużym wyzwaniem dla klinicystów: „Pozycja terapeutyczna tworzy podstawowe ramy dla wielu profesjonalistów, bo jesteśmy bardzo przyzwyczajeni do myślenia, że powinniśmy interpretować problem i oferować interwencje, które zlikwidują symptomy” (Olson 2004).

### **Podejście oparte na uważności**

#### *Bycie w „tu i teraz”*

Klinicyści często za punkt odniesienia w swojej pracy przyjmują określone szablony czy algorytmy, które pomagają im podejmować decyzje dotyczące sposobu reagowania na zaistniałe sytuacje. Niestety jedną z konsekwencji takiego działania może być poczucie bycia niesłyszonym przez pacjenta i jego bliskich. Wzajemna interakcja sprowadzana jest raczej do wybierania informacji i ich udzielania, niż do *bycia* razem z pacjentem – obecności w danym momencie niezależnie od przebiegu sytuacji. Zwracanie uwagi i łączenie się z chwilą, która trwa jest podstawą podejścia opartego na uważności (mindfulness), co – jak pokazują badania – ma pozytywny wpływ na relację terapeutyczną (Lambert 2008; Razzaque 2015). Lambert i Simon dodają, że trening uważności poprzez zachęcanie i umacnianie klinicystów do większej akceptacji i pozytywnego nastawienia do siebie i innych stanowi „niezwykle obiecujący dodatek do treningu zawodowego” (Lambert 2008).

Kluczową praktyką w Otwartym Dialogu jest podążanie za wypowiedziami pacjenta takimi jakie się pojawią i utrzymywanie uważności na to, co dzieje się w chwili obecnej. Za słowami Olson i in. (2014):

„Klinicysta uwydatnia to, co dzieje się w obecnej chwili spotkania. Robi to zwracając uwagę na dwie, połączone ze sobą rzeczy (A) odpowiada na natychmiastowe reakcje, które pojawiają się podczas rozmowy i (B) pozwala emocjom wybrzmieć.”

W centrum zainteresowania zawsze stoi pacjent i jego otoczenie oraz to, co dzieje się w aktualnie trwającej chwili. Jak tłumaczy Seikkula (2011b):

„Terapeuci nie są jak dotąd kimś, kto interweniuje według wcześniej opracowanego planu na historii wnoszone przez pacjenta. Zamiast tego ich cała uwaga skupia się na tym, w jaki sposób odpowiedzieć na to, co wnosi klient”.

Koncentrowanie się na chwili obecnej otwiera też możliwość połączenia z rozmówcą na przedwerbalnym poziomie. Jest to kolejny aspekt Otwartego Dialogu zbliżający go do nurtu opartego na uważności. Wszystkie poziomy obecności i połączenia – nie tylko werbalne – są postrzegane jako ożywcze i wzmacnianie świadomości i wrażliwości na nie jest kluczowe. Seikkula mówi o

„przejściu od uporządkowanej wiedzy do wylaniającego się w chwili obecnej rozumienia jako cielesnego doświadczenia - zazwyczaj zachodzącego bez słów, które jest uświadamianiem sobie tego, co się w nas dzieje zanim nadamy temu nazwę. Żyjemy w chwili obecnej która trwa tylko kilka sekund. Ma to odniesienie do mikro aspektów dialogu w odpowiedzi i receptywności terapeuty na osobę zanim cokolwiek zostanie ubrane w słowa lub opisane językiem. Jest to kwintesencja bycia otwartym na innego”.

Podobnie jak w podejściu opartym na uważności, cielesne doświadczenie będące nośnikiem informacji o rozmówcy i łącznikiem z nim - jest uważane za równie istotne jak połączenie za pomocą słów: „Terapeuci i klienci istnieją we wspólnym doświadczeniu ugruntowanym w ciele, które zachodzi zanim doświadczenia klinicysty są formułowane w słowa. W dialogu pojawia się intersubiektywna świadomość” (Seikkula 2011b).

### *Akceptacja myśli i emocji*

Osoby zajmujące się zdrowiem psychicznym często za cel pracy stawiają sobie usunięcie trudnych myśli czy emocji. W Otwartym Dialogu, jednakże, zasadniczą umiejętnością jest akceptacja i przyzwolenie na pojawianie się i – o ile nie są zagrożeniem - doświadczanie wszystkich myśli i emocji obecnych w danym momencie. Jak sformułowała to Olson i in. (2014):

„Kiedy nabrzmiewają emocje – takie jak smutek, złość lub radość, zadaniem terapeuty jest tworzenie im bezpiecznej przestrzeni i powstrzymanie się od natychmiastowego interpretowania takich żywych doświadczeń z ciała.” (Olson 2014).

Takie sytuacje mogą prowadzić do „ujawniania przez klinicystów własnego poruszenia w reakcji na emocje pojawiające się na spotkaniu sieci. Jest to konsekwencja zadania, przed którym stoi zespół – tolerowania również własnych, silnie emocjonalnych stanów zapoczątkowanych przez spotkanie” (Seikkula 2005).

### **Wzmacnianie sprawstwa**

Wzmacnianie poczucia sprawstwa pacjenta i jego otoczenia społecznego leży u podstaw całego modelu. Jego źródłem jest tworzenie wspierającego otoczenia, sposób podejmowania decyzji oraz – w konsekwencji – sposób nadawania znaczeń wydarzeniom.

Głównym celem takiego sposobu pracy jest umożliwienie osobie zbudowania znaczenia dla trudnych doświadczeń poprzez dialogiczną interakcję z jej siecią społeczną. Tak



wewnętrznie sformułowane znaczenie określonych wydarzeń jest postrzegane jako mające większą siłę wpływu, bardziej trwałe i trafne, niż to nadane zewnętrznie – przez profesjonalistów. Zezwolenie na polifonię, tolerancja niepewności, szukanie połączenia z siecią - stawia klinicystów w roli osób wzmacniających proces wewnętrznego nadawania znaczeń w miejsce pracowników narzucających je. Wspierane w ten sposób poczucie sprawstwa zapoczątkowuje proces, który zaczyna toczyć się swoim rytmem. Pod wieloma względami może to być postrzegane jako załazek tworzenia zmian w procesie.

### **Ryzyko i zarządzanie**

Ocena ryzyka w podejściu Otwartego Dialogu jest dokonywana i dokumentowana podobnie jak w innych nurtach terapii, choć sporządzana inaczej. Podczas gdy klinicyści zazwyczaj wypełniają listę pytań dotyczących kluczowych elementów ryzyka, szeroki sposób prowadzenia rozmowy w trakcie spotkań sieci jest z założenia mniej zorientowany na cel - a przez to mniej podatny na ścisłe opracowanie. Jednakże ten szeroko zakrojony dialog pomiędzy zainteresowanymi stronami oznacza, że problemy związane z ryzykiem lub jego brakiem nieuniknienie wpływają podczas trwania spotkania. W takim procesie zachodzi znacznie bogatsza wymiana i badanie. Bazując na doświadczeniach klinicystów zarówno brytyjskich (prowadzących projekt pilotażowy), jak i zagranicznych – przed zakończeniem spotkań sieci wszystkie kwestie, które znalazłyby się w kwestionariuszu oceny ryzyka zostają omówione w rozmowie. Istotne szczegóły są w dalszej kolejności odnotowane jako punkty związane z postępowaniem terapii w odpowiednich formularzach.

Podobny proces został zoperacjonalizowany i z powodzeniem wprowadzony w życie na użytek formalnej oceny ryzyka i wymagań urzędowych jako Care Programme Approach (CPA).

Jeśli ryzyko powstaje podczas lub w okolicach spotkania sieci, musi zostać wydobyte i omówione podczas spotkania a

konieczne działania zostają podjęte w oparciu o protokół ochrony bezpieczeństwa lub ustawę o ochronie zdrowia psychicznego. Jest to powszechna praktyka w Finlandii i w innych krajach, gdzie funkcjonuje Otwarty Dialog lub pokrewne mu podejścia. Doświadczenie pokazuje jednak, że wykorzystanie takich środków jak przyjęcie do szpitala bez zgody pacjenta jest rzadkością. Z tego powodu specjalistyczna wiedza każdego członka zespołu może być przywołana w każdym momencie czy to w podobnych okolicznościach, czy – w szerszej perspektywie - w kontekście wypisywania leczenia farmaceutycznego, oceny wykonywania czynności życia codziennego, angażowania w miejsca zatrudnienia zorientowane na wsparcie w zdrowieniu czy też rozpoczęcia psychoterapii indywidualnej.

W przypadku gdy niezbędne jest przyjęcie do szpitala, spotkania sieci są kontynuowane w czasie hospitalizacji i po wypisie. Przez cały okres opieki, spotkanie sieci pozostaje podstawowym organem podejmującym decyzje dotyczące kluczowych aspektów pomocy.

Członkowie zespołów terapeutycznych pracujących w Otwartym Dialogu nie są przez to zobligowani do porzucenia swojej specjalistycznej wiedzy. Jest ona włączana w obszar spotkań utrzymywany w duchu demokratycznym – mniej zhierarchizowanym, a przez to jest dostosowana do aktualnych potrzeb bez mocy prawdy absolutnej.

### **Wsparcie Asystentów Zdrowienia**

Wsparcie Asystentów Zdrowienia jest uważane za ważny facylitator powrotu do zdrowia (Ministerstwo Zdrowia 2008) i wykorzystywane obecnie przez wiele organów systemu opieki zdrowotnej (ImROC 2013; Gillard 2014; Mahlke 2014; [www.hearing-voices.org](http://www.hearing-voices.org)). Repper i Carter (2011) opisują szeroki zakres korzyści jakie oferuje ona dla samych Asystentów Zdrowienia, pacjentów i pracowników instytucji służby zdrowia (Ramka 2).

Wsparcie od osób z doświadczeniem kryzysu psychicznego jest częścią wielu modeli dostosowanych do potrzeb, które w krajach na całym świecie dzielą wspólne zasady z Otwartym Dialogiem. Opiera się na tym na przykład Projekt Pilotażowy w Nowym Jorku, gdzie Asystenci Zdrowienia są podstawą dla różnorodnych świadczeń w systemie ochrony zdrowia psychicznego (Coe 2013; <http://defadvertising.com/work/parachute-ny>). Poszczególne części tego projektu będą powielone w zespołach pracujących w Wielkiej Brytanii i tak – wszystkie zespoły pracujące w modelu ODWAZ będą wspierane przez Asystentów Zdrowienia. Ich rola jako integralnych członków zespołów będzie podwójna. Pierwszym zadaniem Asystentów Zdrowienia jest uczestniczenie – obok personelu klinicznego - w spotkaniach sieci wprowadzając w życie zasady Otwartego Dialogu. Obok roli terapeutycznej każdy klinicysta korzysta ze swojej profesjonalnej roli i wiedzy (lekarza, pielęgniarki, terapeuty zajęciowego itd.) w sposób dostosowany do aktualnych potrzeb. To samo dotyczy się Asystentów Zdrowienia. Ich doświadczenie może zostać przywołane zawsze wtedy, kiedy osoba w kryzysie ma ograniczone zasoby sieci wsparcia lub cierpi na ich brak. Drugim zadaniem Asystentów Zdrowienia jest tworzenie lokalnej społeczności osób korzystających (lub korzystających w przeszłości) z pomocy instytucji ochrony zdrowia psychicznego. Jest to rodzaj samopomocowej społeczności, w której Asystenci Zdrowienia udostępniają i wnoszą zasoby dla osób które mogą czerpać z nich aktualnie korzyści.

Asystent Zdrowienia współpracuje również ściśle z resztą zespołu mobilnego. Fundamentalne znaczenie dla tego przedsięwzięcia ma uczestnictwo Asystentów Zdrowienia w szkoleniu Otwartego Dialogu, ich obecność w regularnych superwizjach razem z lokalnym zespołem osób pracujących w nurcie oraz otrzymywanie stałej oferty szkoleń rozwijających umiejętności terapeutyczne.

## **Ramka 2. Korzyści płynące z pracy Asystentów Zdrowienia**

Dla Asystentów Zdrowienia:

- Odkrywanie siebie
- Rozwój umiejętności
- Większe prawdopodobieństwo poszukiwania i utrzymania zatrudnienia
- Poprawa sytuacji finansowej

Dla pacjentów:

- Poprawa jakości życia
- Wzrost niezależności
- Wzmocnienie pewności siebie
- Ograniczenie społecznej izolacji

Dla systemu ochrony zdrowia psychicznego

- Potencjalne obniżenie ilości przyjęć do szpitala
- Lepsze rozumienie wyzwań stojących przed pacjentami
- Lepszy przepływ informacji

### **Specjalistyczny trening**

Trening w nurcie Otwartego Dialogu Wspartego Asystentami Zdrowienia składa się z tradycyjnego bloku dającego podstawy rozumienia modelu i wprowadzającego w jego praktykę oraz z praktycznych warsztatów pracy własnej rozpoczynających rozwijanie podstawowych umiejętności. Składa się na nie praca własna - na przykład w zakresie treningu uważności (lub zbliżonych do niego form medytacji/wyciszenia) która ma na celu rozwijanie regularnej praktyki osobistej jako części stałego zaangażowania w rozwój osobisty.

Zakres i metody nauczania bazują na zatwierdzonym programie szkolenia Otwartego Dialogu przyjętym w Finlandii, Norwegii (Hopfenbeck 2015) i Massachusetts, USA.

Szkolenie w Wielkiej Brytanii jest połączeniem starań NELFT NHS Foundation

Trust oraz Norweskiego Uniwersytetu Nauki i Technologii. Trwa ono 9 miesięcy i kończy się otrzymaniem Dyplomu Ukończenia Kursu Otwarty Dialog Wsparty Asystentami Zdrowienia. Składa się z czterech trwających po tygodniu każdy - modułów stażowych z równoległym procesem czytania, komunikacji on-line i zapoczątkowaniem dialogu między studentami w okresach między modułami.

### **Wyzwania i badania**

Niepotwierdzone badaniami doświadczenia pacjentów, rodzin i klinicystów (Dodd 2015) związane z podejściem ODWAZ są niezwykle pozytywne. Aktualne dowody empiryczne sprawdzające efektywność Otwartego Dialogu nie są jednakże wystarczająco silne, a podejście nie jest łatwe do przeniesienia na grunt Wielkiej Brytanii by na dużą skalę wesprzeć wykorzystanie ODWAZ w ramach Narodowego Funduszu Zdrowia. Ponadto, są wyraźne przeszkody w implementacji ODWAZ w NHS takie jak wyzwanie zorganizowania kontynuacji opieki w sytuacji postępującej fragmentaryzacji usług oraz bariery kulturowe podczas wprowadzania spłaszczonej hierarchii, wzrostu autonomii pacjenta i rodziny oraz zaangażowania w pracę osób z doświadczeniem kryzysu psychicznego.

W celu ścisłej ewaluacji ODWAZ w Wielkiej Brytanii planowane jest uruchomienie RCT – aplikacja do grantu została już przygotowana – by porównać podejście ODWAZ z powszechnie stosowanym leczeniem, ze wskaźnikiem nawrotów jako główną zmienną sukcesu leczenia. Badanie będzie skupiało się wokół świadczenia terapii opartej na Otwartym Dialogu w momencie skontaktowania się z zespołem kryzysowym. Wstępna faza badania – poprzedzająca pełnowymiarową ewaluację – skupi się na badaniu wdrażania zespołów kryzysowych w wielu organach Narodowego Funduszu Zdrowia. Jej celem jest rozpatrzenie w jaki sposób najlepiej dostosować istniejące świadczenia do modelu Otwartego Dialogu Wspartego Asystentami Zdrowienia. Na tym etapie najprawdopodobniej ujawnią się

wyzwania organizacyjne wymagające przeprowadzenia serii koniecznych adaptacji ram leczenia oferowanych przez NHS. Kolejnym centralnym punktem planowanego badania będzie ustanowienie praktycznego, szeroko dostępnego programu szkolenia w podejściu ODWAZ oraz długofalowego systemu rozwoju zawodowego obejmującego pracowników różnych dziedzin.

### **Wnioski**

Podejście Otwartego Dialogu jest efektem szerokiego, opartego na współpracy procesu rozwoju trwającego kilka dziesięcioleci. Obiecujące wyniki w Zachodniej Finlandii doprowadziły do przeniesienia jego założeń do wielu krajów oraz do lokalnych modyfikacji – o czym świadczą przykłady Nowego Jorku u Berlina. Podejście Otwartego Dialogu Wspartego Asystentami Zdrowienia jest wynikiem dalszego rozwoju Otwartego Dialogu na potrzeby NHS w Wielkiej Brytanii.

ODWAZ jest modelem opieki silnie zakorzeniony w wartościach humanistycznych, skoncentrowanych na osobie. Priorytetem jest ustanowienie połączenia między klinicystami a pacjentami oraz między pacjentem a jego siecią społeczną. Spotkanie sieci jest tu niejako tygłem, w którym to się dokonuje, skutkiem czego jest większe niż w standardowym sposobie pracy skupienie na relacjach. To z kolei wymaga uważnego, tolerancyjnego i współczującego podejścia do opieki i angażuje osobę do stałej pracy własnej i rozwoju osobistego. Takie zobowiązanie do tworzenia głęboko empatycznego połączenia jest dalej wzmacniane przez integrowanie do modelu opieki pracy Asystentów Zdrowienia. Przyczyniają się oni do spłaszczania hierarchii i – poprzez wspólną z pozostałymi klinicystami superwizję – wzmacniają ideę koncentracji na pacjencie podczas świadczenia usług.

Fundamentalnym celem jest wzmacnianie pojawienia się poczucia sprawstwa poprzez tworzenie przestrzeni sprzyjającej dialogowi. Głównym motorem procesu zdrowienia, potencjału utrzymywania długotrwałych efektów i promowania

niezależności od systemu opieki zdrowotnej jest pozwolenie osobom najbardziej dotkniętym przez aktualny kryzys na swobodne nadanie znaczenia własnym doświadczeniom.

Istnieją wyzwani na drodze do wprowadzania podejścia ODWAZ w ramach NHS na większą skalę. Dotyczą one potrzeby dalszych badań empirycznych oraz znaczących przeszkód organizacyjnych i kulturowych. Próby znalezienia sposobów włączania podejścia ODWAZ w badania empiryczne doprowadziły do stworzenia zespołów pilotażowych w wielu organizacjach NHS.

## Bibliografia

- Aaltonen J, Seikkula J, Sutela M, et al (1997). Western Lapland project: a comprehensive family- and network centered community psychiatric project. [w:] *ISPS: Abstracts and Lectures 12–16 October 1997* (ed ISPS): 124. International Society for Psychological and Social Approaches to Psychosis.
- Alanen Y, Lehtinen K, Aaltonen J, et al (1991). Need-adapted treatment of new schizophrenic patients: experiences and results of the Turku Project. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 83: 363–72.
- Alanen Y (1997). *Schizophrenia: Its Origins and Need-Adapted Treatment*. Karnac.
- Andersen T (1990). The reflective team. [w:] *The Reflecting Team: Dialogues and Dialogues about the Dialogues* (ed T Andersen): 18–107. Bormann.
- Andersen T (1995). Reflecting processes. Acts of informing and forming. [w:] *The Reflecting Team in Action: Collaborative Practice in Family Therapy* (ed S Friedman). Guilford Press.
- Anderson H (1997). *Conversation, Language, and Possibilities*. Basic Books.
- Anderson H, Goolishian H (1992). The client is the expert: a not-knowing approach to therapy. [w:] *Therapy as Social Construction* (eds S McNamee, KJ Gergen). Sage.
- Bracken P, Thomas P, Timimi S, et al (2012). Psychiatry beyond the current paradigm. *British Journal of Psychiatry*, 201: 430–34.
- Coe S (2013). Parachute NYC: a new approach for individuals experiencing psychiatric crises. *Mental Health News*, 15 (2): 16 (available at [https://www.leaders4health.org/images/uploads/files/Parachute\\_NYC\\_Article.pdf](https://www.leaders4health.org/images/uploads/files/Parachute_NYC_Article.pdf)).
- Department of Health (2008). *A Common Purpose: Recovery in Future Mental Health Services*. TSO (The Stationery Office).
- Dodd C (2015). Open Dialogue: the radical new treatment having life- changing effects on people’s mental health. *Independent* (<http://www.independent.co.uk/life-style/health-and-families/health-news/open-dialogue-the-radical-new-treatment-having-life-changing-effects-on-peoples-mental-health-a6762391.html>). Accessed 15 July 2016.
- Giacco D, McCabe R, Kallert T, et al (2012). Friends and symptom dimensions in patients with psychosis: a pooled analysis. *PLoS ONE*, 7: e50119.
- Gillard S, Holley J (2014). Peer workers in mental health services: literature overview. *Advances in Psychiatric Treatment*, 20: 286–92.
- Haarakangas K (1997). [The voices in treatment meeting. A dialogical analysis of the treatment meeting conversations in family-centred psychiatric treatment process in regard to the team activity. English summary]. *Jyväskylä Studies in Education, Psychology and Social Research*, 130: 119–26.
- Holquist M (ed) (1981). *The Dialogic Imagination: Four Essays by M.M. Bakhtin* (trans C Emerson, M Holquist). University of Texas Press.
- Hopfenbeck M (2015). Peer-supported Open Dialogue. *Context*, 138: 29–31.
- Hoult J, Rosen J, Reynolds I (1984). Community orientated treatment compared to psychiatric hospital orientated treatment. *Social Science & Medicine*, 18: 1005–10.
- Hoult J (1986). Community care of the acutely mentally ill. *British Journal of Psychiatry*, 149: 137–44.
- ImROC (Implementing Recovery through Organisational Change) (2013). Peer support workers in mental health recovery – benefits and costs. ImROC (<http://www.imroc.org/peer-support-workers-in-mental-health-recovery-benefits-and-costs>). Accessed 12 July 2016.

Jablensky A, Sartorius N (2008). What did the WHO studies really find? *Schizophrenia Bulletin*, 34: 253–5.

Keränen J (1992). [The choice between outpatient and inpatient treatment in a family centred psychiatric treatment system. English summary]. *Jyväskylä Studies in Education, Psychology and Social Research*, 93: 124–9.

Lambert MJ, Simon W (2008). The therapeutic relationship: central and essential in psychotherapy outcome. [w:] *Mindfulness and the Therapeutic Relationship* (eds SF Hick, T Bien): 19–33. Guilford Press.

Mahlke CI, Krämer UM, Becker T, et al (2014). Peer support in mental health services. *Current Opinion in Psychiatry*, 27: 276–81.

Olson M, Seikkula J, Ziedonis D (2014). *The Key Elements of Dialogic Practice in Open Dialogue: Fidelity Criteria*. The University of Massachusetts Medical School (<https://www.umassmed.edu/globalassets/psychiatry/open-dialogue/keyelements/v1.109022014.pdf>).

Pharoah F, Mari JJ, Rathbone J, et al (2010). Family intervention for schizophrenia. *Cochrane Database of Systematic Reviews*, 12: CD000088.

Priebe S, Burns T, Craig TKJ (2013). The future of academic psychiatry may be social. *British Journal of Psychiatry*, 202: 319–20

Razzaque R, Okoro E, Wood L (2015). Mindfulness in clinician therapeutic relationships. *Mindfulness*, 6: 170–4.

Repper J, Carter T (2011). A review of the literature on peer support in mental health services. *Journal of Mental Health*, 20: 392–411.

Seikkula J (1994) When the boundary opens: family and hospital in coevolution. *Journal of Family Therapy*, 16: 401–14.

Seikkula J, Aaltonen J, Rasinkangas A, et al (2003). Open dialogue approach: treatment principles and preliminary results of a two-year follow-up on first episode schizophrenia. *Ethical Human Sciences and Services*, 5: 163–82.

Seikkula J, Trimble D (2005). Healing elements of therapeutic conversation: dialogue as an embodiment of love. *Family Process*, 44: 461–75.

Seikkula J, Aaltonen J, Alakare B, et al (2006). Five-year experience of first-episode nonaffective psychosis in open-dialogue approach: treatment principles, follow-up outcomes, and two case studies. *Psychotherapy Research*, 16: 214–28.

Seikkula J, Alakare B, Aaltonen J (2011a). The Comprehensive Open- Dialogue Approach in Western Lapland: II. Long-term stability of acute psychosis outcomes in advanced community care. *Psychosis: Psychological, Social and Integrative Approaches*, 3: 192–204.

Seikkula J (2011b). Becoming dialogical: psychotherapy or a way of life? *Australian and New Zealand Journal of Family Therapy*, 32: 179–93.

Seikkula J (2015). Open dialogues with clients and their families. *Context*, 138: 2–6.

World Health Organization (1979). *Schizophrenia: An International Follow-up Study*. John Wiley & Sons.