

Psychiatr. Pol. 2015; 49(6): 1179–1190

PL ISSN 0033-2674 (PRINT), ISSN 2391-5854 (ONLINE)

www.psychiatriapolska.pl

DOI: <http://dx.doi.org/10.12740/PP/36677>

Podejście terapeutyczne oparte na Otwartym Dialogu – o fenomenie skandynawskiej psychiatrii

Open Dialogue Approach – about the phenomenon of Scandinavian Psychiatry

Michał M. Kłapciński, Joanna Rymaszewska

Zakład Psychiatrii Konsultacyjnej i Badań Neurobiologicznych,
Katedra Psychiatrii UM we Wrocławiu

Summary

After twenty years of transformation of Finnish mental health care, in the late 80s and early 90s of the last century, incidence of schizophrenia in Western Lapland dropped from 35/100,000 to 7/100,000. This phenomenon is linked with Yrjö O. Alanen et al. who investigated schizophrenia treatment outcomes and psychosocial rehabilitation of people with schizophrenia. Investigators focused on an individually tailored psychotherapeutic recovery plan during patient's hospitalization, including care for patients' families. Within the "Finnish National Schizophrenia Project" the principles of the Need-Adapted Treatment were created and 50% of Finland's country gained access to mobile crisis intervention teams. Further studies were continued within "Acute Psychosis Integrated Treatment Project" (1992–1993) which locally, in Western Lapland, proceeded into "Open Dialogue in Acute Psychosis Project" (ODAP) (1994–1997). In this approach, all important decisions regarding the patient, including hospitalization or pharmacotherapy, are discussed not only with the entire therapeutic team, but also with the patient and his family members. Two – and five-year follow-ups demonstrated high treatment efficacy as well as important cost reduction in mental health care spending. First two "Open Dialogue Method" training courses for representatives of the medical, psychological, nursing and social care have been completed in Poland in October 2014. Studies evaluating the therapeutic effectiveness of the described approach are being planned.

Słowa kluczowe: leczenie środowiskowe, Otwarty Dialog, zaburzenia psychotyczne

Key words: community psychiatry, Open Dialogue, psychotic disorders

Wstęp

W zachodniej Laponii, najdalej na północ wysuniętej części Finlandii, zamieszkaanej przez około 70 tysięcy mieszkańców, opieka psychiatryczna od początku lat 80. ubiegłego wieku przeszła głęboką transformację. Jej istotą było odejście od tradycyjnej, zinstytucjonalizowanej opieki szpitalnej na rzecz opieki środowiskowej. Jednym z następstw przeobrażenia się opieki psychiatrycznej było opracowanie nowatorskiej metody leczenia pacjentów doświadczających pierwszego epizodu psychotycznego. Innowacyjny model oddziaływań pozwolił znacząco ograniczyć farmakoterapię (w 1998 roku średnio 29% pacjentów było leczonych lekami przeciwpsychotycznymi [1, 2]), kładąc nacisk głównie na oddziaływania psychospołeczne. Seikkula i wsp., przedstawiając wyniki pięcioletniej obserwacji pacjentów przeżywających swój pierwszy epizod psychotyczny, u 82% z nich nie stwierdzili obecności rezydualnych objawów psychotycznych, a 76% badanych podjęło pracę/studia [1]. Wypracowany przez Alanena paradygmat nazwano leczeniem dostosowanym do potrzeb (need adapted approach – NAA), a jego dalsze rozwijanie w zachodniej Laponii zaowocowało sformułowaniem przez Seikkulę i wsp. zasad metody Otwartego Dialogu (Open Dialogue Approach – ODA) [1]. Z czasem leczenie dostosowane do potrzeb zainteresowało badaczy z zagranicy, którzy wprowadzali jego elementy w swoich krajach, osiągając porównywalne wyniki. W krajach skandynawskich Yrjö O. Alanen i Endre Ugelstad zaprojektowali i przeprowadzili Skandynawski Program Rozwoju i Badań nad Leczeniem Schizofrenii Psychoterapią (Nordic Investigation on Psychotherapy of Schizophrenia – NIPS) [3], natomiast Johan Cullberg koordynował w Szwecji Parachute Project [4].

Niemniej, mimo uzyskiwanych efektów terapii, wprowadzanie zmian następowało bardzo powoli. Reforma opieki psychiatrycznej odbywała się w czasie, gdy na początku lat 90. XX wieku Finlandię dotknął jeden z najpoważniejszych kryzysów ekonomicznych w jej historii. Recesja sprawiła, że nakłady finansowe na opiekę psychiatryczną zmalały o około 30% [5]. Mimo tych trudności badacze kontynuowali poszukiwania optymalnych metod leczniczych, które pomogłyby im zmierzyć się z jednym z najwyższych wskaźników zapadalności na schizofrenię w Europie (35/100 tys. mieszkańców) oraz z drugą najwyższą liczbą samobójstw na świecie (37/100 tys. mieszkańców) [5]. Z perspektywy ponad 20 lat od zakończenia wyżej wymienionych programów można stwierdzić, że wprowadzane kolejno projekty spełniły pokładane w nich nadzieje, czego wymiernym dowodem było znaczące zmniejszenie liczby zapadalności na schizofrenię do 7/100 tys. mieszkańców [6].

Cel

Celem niniejszej publikacji jest zaprezentowanie historii rozwoju metody Otwartego Dialogu w krajach skandynawskich, omówienie jej głównych założeń teoretycznych, jak i napotykanych ograniczeń. Dodatkowo przedstawiony zostanie komentarz autorów ukazujący aktualną sytuację implementacji metody w warunkach polskich (wzbogacony o opinie kursantów nt. szkolenia oraz wyzwania, przed jakimi stoją

profesjonaliści). Opisany zostanie zakres, w jakim idee skandynawskie korespondują z zaleceniami Narodowego Programu Ochrony Zdrowia Psychicznego odnośnie do rozwijania środowiskowej opieki psychiatrycznej.

Poszukiwanie optymalnych oddziaływań terapeutycznych

Zalążkiem przyszłych zmian w Finlandii były badania prowadzone w latach 60. XX wieku przez Yrjö O. Alanena i jego zespół w Klinice Psychiatrycznej na Uniwersytecie w Turku. Badacze podjęli próbę zmiany leczenia schizofrenii poprzez nadanie psychoterapii większego znaczenia. Zakładali też, iż wypracowywany model powinien być dostępny w ramach publicznej służby zdrowia. W badaniach katamnesticznych wzięli udział pacjenci (16–45 r.ż.), mieszkający w Turku, którzy byli po raz pierwszy przyjęci do ośrodka zdrowia psychicznego z powodu ostrego zaburzenia psychotycznego [2]. Na początku programu ustalono wystandaryzowany protokół badawczy, na podstawie którego dokonywano porównań zebranych w czasie trwania projektu danych [2]. Leczenie w ośrodkach prowadzone było w ramach społeczności psychoterapeutycznej. Początkowo dostrzegano większą poprawę u pacjentów objętych psychoterapią indywidualną. Badanie, które uwzględniało pięcioletni okres, wykazało, że obecność choć jednego empatycznego członka rodziny znacząco poprawia rokowanie [7]. Zrodziło to potrzebę rozwoju szkoleń w paradygmacie systemowym. W 1979 r. Fińskie Towarzystwo Zdrowia Psychicznego zorganizowało pierwszy trzyletni trening w Turku i Helsinkach [2], po którym postanowiono rozpoczynać leczenie od wspólnych spotkań rodzinnych. Pełniły one trojakią rolę: informacyjną (pozyskanie wiadomości na temat objawów pacjenta i okoliczności konsultacji psychiatrycznej), diagnostyczną (ocena terapeutycznych potrzeb środowiska rodzinnego) i terapeutyczną (udzielenie wsparcia psychotycznemu pacjentowi i jego bliskim) [2, 8]. Jak podaje Alanen, rodziny chętnie angażowały się we współpracę przy pierwszym epizodzie psychotycznym [2], co z kolei przekładało się na trwałość procesu zdrowienia pacjenta. Zaskakujący był fakt, że po włączeniu rodziny w proces terapii objawy psychozy ulegały szybkiej redukcji, zauważalnej w ocenianych zmiennych prognostycznych (jednej klinicznej i dwóch społecznych), jak i długości hospitalizacji [2]. Stwierdzono, że coraz więcej pacjentów utrzymywało zdolność do pracy i unikało renty. Znamienny był spadek długości hospitalizacji z 272 dni do 132 dni w czasie, gdy wprowadzano rodzinne spotkania terapeutyczne [2]. Badacze wyróżnili wiele zmiennych wpływających na korzystny przebieg tzw. typowej schizofrenii. Pośród nich za najważniejsze uznali możliwie rzadkie sięganie po leki przeciwpsychotyczne bądź stosowanie ich w możliwie najmniejszej dawce, a także posiadanie przez pacjenta przynajmniej jednego empatycznego bliskiego. Dodatkowo odnotowanymi czynnikami były płeć żeńska i pozostawanie w długoterminowej psychoterapii indywidualnej [2]. W ramach projektu w ośrodkach stwarzano warunki do rozwijania się społeczności psychoterapeutycznych na oddziałach szpitalnych, czemu towarzyszyła reorganizacja stylu pracy w tych jednostkach leczniczych. Nowa, empatyczna postawa wobec pacjentów była wzmacniana poprzez regularną superwizję zespołu i wspólne omawianie przypadków w gronie personelu. Dyskusjom tym towarzyszyło opracowywanie planów terapeutycz-

nych dla chorych. Stawiano na otwartość komunikacji, dbano o relacje terapeutyczne, a każdemu z pacjentów przydzielano pielęgniarkę, która odpowiadała za nawiązanie z nim empatycznej więzi [9].

Fiński Narodowy Program Leczenia Schizofrenii 1981-1987 (Finnish National Schizophrenia Project)

Na kanwie doświadczeń związanych z realizacją Programu Turku wyłoniła się koncepcja Narodowego Programu Leczenia Schizofrenii, który zaplanowano na lata 1981–1987 [10]. Obszar objęty badaniem był zamieszkały przez ponad milion mieszkańców (wówczas więcej niż 1/5 populacji Finlandii). Był to projekt badawczy i rozwojowy, którego głównym założeniem była chęć zapewnienia optymalnej opieki psychiatrycznej na poziomie ogólnonarodowym. Za priorytet uznano redukcję w ciągu dekady liczby długotrwałych, tj. ponadjednorocznych hospitalizacji pacjentów doświadczających pierwszego kryzysu psychotycznego o co najmniej 50%. Drugim zadaniem było znaczące rozwinięcie systemu opieki pozaszpitalnej. Postawiono sobie również cele szczegółowe, takie jak integracja stosowanych metod leczniczych, oparcie leczenia na oddziaływaniach psychoterapeutycznych, wdrażanie form rehabilitacyjnych od samego początku hospitalizacji oraz skupienie się w trakcie pobytu szpitalnego na planowaniu i ciągłym dostosowywaniu planu terapeutycznego do zmieniających się potrzeb pacjenta [2]. Do programu włączano pacjentów między 16. a 45. rokiem życia, przyjętych po raz pierwszy do ośrodka zdrowia psychicznego po spełnieniu kryteriów diagnostycznych zaburzenia schizofrenicznego lub psychozy schizofrenopodobnej według systemu diagnostycznego DSM-III [11]. Według Tuori i wsp. założone cele zostały osiągnięte, a nawet przekroczyły oczekiwania badaczy [10]. Zredukowano liczbę łóżek psychiatrycznych z 20 tys. do około 6 tys. [5], a te, które pozostały, umieszczono w ramach struktury szpitali ogólnych jako parolóżkowe oddziały ogólnopsychiatryczne.

Od czasu zakończenia programu prawie wszyscy pierwszorazowi pacjenci psychotyczni są objęci leczeniem dostosowanym do potrzeb. Uzyskane wyniki badań potwierdziły hipotezy, że rozpoczynanie leczenia od wspólnych spotkań terapeutycznych ma kluczowe znaczenie dla przebiegu kryzysu psychotycznego. Powołano więc zespoły kryzysowe złożone z personelu szpitalnej izby przyjęć [2]. Istotą działania była jak najszybsza interwencja i wspólna refleksja nad strategią postępowania w sytuacji kryzysu, w jakim znalazł się dany pacjent. Zauważono, że dzięki takim działaniom znacząco, z 20% do 50%, wzrósł odsetek pacjentów, którzy przyjęci wbrew woli na obserwację, po jej zakończeniu wyrażali zgodę na leczenie szpitalne [2]. Ponadto, dzięki obecności sieci społecznej pacjentów, reprezentowanej głównie przez członków ich rodzin, wyraźnie rosła motywacja do utrzymania leczenia po opuszczeniu szpitala.

Wprowadzone środowiskowe zespoły kryzysowe zasięgiem swoich oddziaływań objęły ok. 50% powierzchni Finlandii [10]. Eksperci uważają, że był to kamień milowy w rozwoju leczenia dostosowanego do potrzeb [5, 12]. Koncepcja zespołów interwencyjnych wkrótce została wdrożona w innych krajach skandynawskich [13],

pośród których najprężniej rozwinął się prowadzony przez Johana Cullberga ośrodek szwedzki realizujący tzw. Parachute Project [4, 8].

W ramach realizacji założeń Fińskiego Narodowego Programu Leczenia Schizofrenii stopniowo zwiększano liczbę profesjonalistów pracujących w opiece psychiatrycznej z wyjściowego pułapu 2,5 pracownika/10 tys. mieszkańców do poziomu 5,1 pracownika/10 tys. mieszkańców [10]. Końcowym efektem projektu było zdefiniowanie pięciu zasad leczenia dostosowanego do potrzeb wobec pacjentów psychotycznych [8, 14]: (1) podejmowanie wczesnych interwencji, (2) uważne projektowanie planu terapeutycznego uwzględniającego zmieniające się potrzeby pacjenta, (3) wykorzystywanie oddziaływań psychoterapeutycznych, (4) łączenie różnych uzupełniających się form oddziaływań psychoterapeutycznych (podejście i/i zamiast albo/albo), (5) konieczność utrzymania psychologicznej ciągłości terapii (zapewnienie stałości personelu w różnych fazach choroby). W podsumowaniu zalecano przeprowadzanie pomiarów efektywności leczenia z uwagi na rolę, jaką te pomiary odgrywały w monitorowaniu jakości oddziaływań [8]. Po zakończeniu programu w zachodniej Laponii grupa badaczy pod kierownictwem J. Aaltonena, zachęcona zebraniem doświadczeniem w badaniu ogólnokrajowym, podjęła się kontynuacji projektu w ramach programu API (Acute Psychosis Integrated Treatment) [1].

Lata 1988-1991, czyli wnoszenie nowych filarów fińskiej opieki psychiatrycznej

Na podstawie Ustawy o Ochronie Zdrowia Psychicznego z początku lat 90. ubiegłego wieku powołano w Finlandii 22 okręgi psychiatryczne, których zarządzanie zdecentralizowano, przenosząc ciężar finansowy na samorządy według zasady *per capita*, a środki dostosowywano do potrzeb mieszkańców. Na szczeblu krajowym zaproponowano rozwiązania służące jak najdalej posuniętej integracji między systemami opieki socjalnej i zdrowotnej. Stworzono takie regulacje prawne, które zachęcały beneficjentów sektora usług psychiatrycznych do większej współpracy z ośrodkami opieki psychiatrycznej. Wyodrębnił się wówczas sektor usług prywatnych [5].

Chcąc osiągnąć „siłę interwencji o szerokim zakresie” [15], założono przeszkolenie jak największej liczby personelu. Trening profesjonalistów składał się z rocznego szkolenia wprowadzającego oraz trzyletniego szkolenia z systemowej terapii rodzin, wyculającego jego uczestników na kwestie relacji rodzinnych i związaną z tym wagę wizyt domowych. Ponadto uczestnicy kursu byli zachęceni do ciągłego rozwoju i podnoszenia kwalifikacji m.in. poprzez własną psychoterapię. Instruktażem objęto personel średni i wyższy. Po jego ukończeniu uczestnicy, zgodnie z fińskim prawem, stawali się certyfikowanymi psychoterapeutami. Kluczowym elementem dla wydajności tego procesu okazała się ścisła współpraca lekarzy pierwszego kontaktu z personelem psychiatrycznym [15]. Lekarze ci bowiem byli w stanie odpowiednio pokierować pacjenta, angażowali się w proces terapeutyczny, często zapraszając mobilny zespół kryzysowy do swoich gabinetów, by wspólnie z pacjentem poszukiwać najodpowiedniejszego rozwiązania. Gdy wystarczająca część kadry uzyskała odpowiednie kwalifikacje (szkolenie w ujęciu systemowym trwało od 1989 r. do 1998 r.), rozpoczęto wdrażanie

nowego projektu nazwanego Programem Zintegrowanego Leczenia Ostrego Psychozy (Acute Psychosis Integrated Treatment – API) w latach 1992–1993. Następnie, w kolejnych latach (1994–1998), monitorowano, czy wprowadzone zmiany się utrzymują i jaki jest ich skutek, zaś w zachodniej Laponii dalej rozwijano metodę, nazywając ją podejściem opartym na Otwartym Dialogu.

Program Zintegrowanego Leczenia Ostrego Psychozy 1992–1998

Program Zintegrowanego Leczenia Ostrego Psychozy (realizowany w latach 1992–1998) prowadziło sześć ośrodków psychiatrycznych, obejmując obszar zamieszany przez około 600 tys. mieszkańców. Badanie API zakładało pilotaż pod nadzorem Narodowego Ośrodka Badań i Rozwoju na rzecz Zdrowia i Dobrobytu (National Research and Development for Welfare and Health, STAKES) oraz pod opieką merytoryczną uniwersytetów w Jyväskylä i Turku [1]. Wyniki leczenia pacjentów metodą Otwartego Dialogu zestawiono z grupą kontrolną leczoną konwencjonalnie (leczenie „rutynowe”, Treatment As Usual – TAU), tj. według obowiązujących standardów psychofarmakoterapii. Celem programu API było sprawdzenie, czy metodę leczenia dostosowanego do potrzeb można wprowadzić w ośrodkach o innej kulturze opieki psychiatrycznej oraz jak daleko można posunąć się w opóźnianiu włączenia leczenia przeciwpsychotycznego. Stosowano protokół, w którym zwlekano z włączeniem leków przeciwpsychotycznych przez okres trzech tygodni, stosując w razie potrzeby jedynie benzodiazepiny. W tym czasie intensyfikowano oddziaływania psychospołeczne, organizowano spotkania sieci, koncentrowano się na przestrzeganiu zasad leczenia dostosowanego do potrzeb [1].

Okres zbierania doświadczeń po 1998 roku

Analizując efekty wprowadzonych zmian, Aaltonen i wsp. wskazują na znaczącą redukcję długości hospitalizacji do około 30 dni na terenie zachodniej Laponii (z czego 55% z nich trwało krócej niż 10 dni) z poziomu 100 dni na początku lat 80. [16]. W tym czasie w pozostałych częściach Finlandii hospitalizacje skróciły się do około 49 dni [15]. Pobytu stały się krótsze, co wcale nie znaczy, że częstsze. Prawdopodobnie miało to związek z większą wydolnością sieci społecznych, które były w stanie udźwignąć ciężar pojawiającego się zaburzenia psychicznego. Rzadziej rozpoznawano schizofrenię, mimo że częstość występowania schizofrenicznych psychoz nie uległa zmianie [15], co autorzy tłumaczą wcześniejszym zgłaszaniem się pacjentów po pomoc profesjonalistów. Rzadziej spełnione było kryterium czasowe (sześciomiesięcznego okresu występowania objawów psychotycznych), które było warunkiem koniecznym do rozpoznania schizofrenii przy pierwszym zachorowaniu wg DSM-III [11]. Wyszło wniosek, że metoda Otwartego Dialogu nie zapobiega występowaniu psychoz, jednak przy jej wykorzystaniu choroba rzadziej wyklucza z życia społecznego. Wyniki te wykazują stabilny trend w ujęciu długofalowym [15, 17].

W latach 1998–2008 wprowadzano metodę Otwartego Dialogu na południu Norwegii przy współpracy uniwersytetu w Agder i szpitala Sørlandet [13]. Zauważono,

że wypracowane praktyki wpisują się w podejmowanie decyzji klinicznych prezentowane przez Haynesa i wsp. [18]. Metodę tę wykorzystuje się w różnych kontekstach (uniwersyteckim, szpitalnym, szkolnym, edukacyjnym). Jej aplikacja prowokowała dyskusję dotyczącą tego, co powinno być w centrum zainteresowania profesjonalistów z zakresu zdrowia psychicznego: czy powinny to być rozpoznanie kryzysu oraz polifonia czy też stawianie diagnozy i skupienie się na objawach chorobowych [13]. Polifonia (zwana inaczej wielogłosowością) zachodzi w trakcie spotkań sieci, kiedy każdy z obecnych ma możliwość zabrania głosu i opisanie własnymi słowami powodu spotkania. Przez Skandynawów rozumiana jest jako dostrajanie się do doświadczeń pacjenta, gdzie wypowiedzi terapeuty są dostrzeżeniem tego, co zostało powiedziane [19], zgodnie z zasadą dialogu, iż „nie ma nic gorszego niż brak reakcji” [20]. Badacze norwescy podsumowali dziesięcioletni projekt wnioskiem, że wybór najważniejszej ścieżki terapeutycznej jest kluczowym aspektem zdrowienia, zaś spotkania OD są owocnym sposobem pokonywania przeszkód związanych z wychodzeniem z kryzysu. Cullberg, nadzorujący Parachute Project, dzieląc się swoim doświadczeniem pracy z pacjentami doświadczającymi pierwszego epizodu psychiatrycznego (first episode psychosis – FEP), podaje, że intensyfikacja oddziaływań psychospołecznych skutkuje krótszą hospitalizacją i stosowaniem mniejszych dawek leków przeciwpsychotycznych (w okresie pięcioletniej obserwacji tylko 29% pacjentów leczonych OD przyjmowało leki przeciwpsychotyczne, zaś 76% powracało do pracy lub na studia) [1, 4].

Metoda Otwartego Dialogu dziś

Terapia w podejściu Otwartego Dialogu opiera się na spotkaniach terapeutycznych, w których uczestniczy pacjent wraz z jego siecią, czyli gronem osób zaangażowanych w proces zdrowienia. Rozmowę prowadzi moderator, członek zespołu szpitalnego, któremu towarzyszy tzw. zespół reflektujący (reflecting team – RT) [21]. Opis teoretycznych założeń jego funkcjonowania czytelnicy znajdą w literaturze [22] oraz w kolejnych publikacjach autorów.

Z punktu widzenia konstrukcjonizmu społecznego, nurtu wyrastającego na gruncie postmodernistycznego klimatu sceptycyzmu wobec poznawalności prawdy obiektywnej, problem (innymi słowami psychologiczny powód inicjujący zaburzenie psychiatryczne) ma naturę subiektywną i przez każdego członka sieci widziany jest inaczej. Na skutek interakcji między uczestnikami w trakcie spotkania terapeutycznego zostaje on nazwany i opisany. Efektem interakcji jest konstrukt społeczny (wspólnie omówiona i uzgodniona interpretacja zdarzenia). Każdy z uczestników spotkania wypowiada się w swoim imieniu, pozostali słuchają zabierających głos. W takiej sytuacji każdy z wypowiedzianych głosów otrzymuje odpowiedź. Tak rozumiana dialogiczność pozwala sieci ewoluować, odchodząc od stygmatyzującego i osłabiającego języka psychopatologii skupionego na leczeniu objawów oraz choroby, w stronę wzmacniającego i przeobrażającego dialogu zorientowanego zarówno na wzmacnianie potencjału pacjenta, jak i wskazywanie na jego współodpowiedzialność w procesie powrotu do zdrowia [23]. Warto tu podkreślić, że ów dialog nie oznacza rezygnacji przez psychiatrów z odpowiedzialności za sytuację pacjenta.

OD czerpie z systemowej terapii rodzin, wykorzystując w swojej pracy pytania cyrkularne, grupowe reflektowanie czy pozytywne wzmacnianie [24]. Narzędzia te użyte zostają w tworzeniu nowego języka nowymi słowami i w poszukiwaniu nowej narracji. Sieć ma swój aktywny udział w procesie zdrowienia [25]. Jej zaangażowanie w proces leczniczy poprawia komunikację między jej członkami, co z kolei działa jako czynnik prewencyjny [15] przed przyszłymi zaostrzeniami i znacząco poprawia współpracę na linii pacjent–profesjonaliści zdrowia psychicznego.

Opierając się na zebranych doświadczeniach i wynikach badań rozpoczętych Programem Turku, badacze fińscy wypracowali siedem zasad leczenia metodą OD [15]: (1) umieszczono rodzinę/sieć społeczną w centrum oddziaływań terapeutycznych. Powołano zespoły kryzysowe mające za zadanie zorganizować pierwsze spotkanie terapeutyczne tak szybko jak tylko jest to możliwe, najlepiej w ciągu 24 godzin od zgłoszenia takiej potrzeby; (2) na spotkanie sieci zapraszani są najbliższe pacjentowi osoby, najczęściej są to członkowie rodziny, ale mogą w nich uczestniczyć wszyscy ci, którzy są osobami ważnymi dla pacjenta; (3) leczenie powinno być dostosowane do potrzeb pacjenta przy wykorzystaniu najbardziej adekwatnej metody terapeutycznej dla danej sytuacji; (4) osoba przyjmująca zgłoszenie staje się równocześnie odpowiedzialna za zorganizowanie terapii, bierze odpowiedzialność za proces leczniczy niezależnie od tego, gdzie się on będzie odbywał i jak długo będzie trwał; (5) należy zadbać o zagwarantowanie psychologicznej ciągłości leczenia terapeutycznego; (6) zespół powinien kłaść nacisk na poczucie bezpieczeństwa i zaufania pośród członków sieci, akceptując niepewność zaistniałą w związku z sytuacją kryzysową; (7) postawiono na rozwój dialogiczności, gdzie przedmiotem rozmowy są nie tylko objawy chorobowe, ale wzmacnia się również potencjał pacjenta. Celem zespołu jest zachęcenie wszystkich uczestników do dialogu, w którym zostanie wypracowany nowy język służący zarówno opisaniu trudnych doświadczeń, jak i otwierający nowe rozumienie kryzysu psychicznego [17]. W metodzie Otwartego Dialogu farmakoterapia traci rolę nadrzędną na rzecz oddziaływań psychospołecznych. W Finlandii stworzono podstawy pod całościowy system szkolenia i superwizji zespołów szpitalnych. Rozwinięto metody rehabilitacji przystosowujące zdrowiejących pacjentów do życia społecznego oraz regularne badania skuteczności wprowadzanych oddziaływań. Zaobserwowano poprawę funkcjonowania oddziałów psychiatrycznych, a o systemie opieki bardziej pozytywnie wypowiadali się profesjonaliści oraz pacjenci [8].

W Polsce, w październiku 2014 r. dobiegły końca dwa pierwsze kursy Otwartego Dialogu (we Wrocławiu i Warszawie, osiem dwudniowych zjazdów), w planach są kolejne edycje. Szkolenia są organizowane przez Polski Instytut Otwartego Dialogu dla przedstawicieli środowiska lekarskiego, psychologicznego, pielęgnarskiego i pomocy socjalnej. W trakcie sesji przeprowadzono trzykrotnie (przed trzecim, piątym i ósmym spotkaniem) badanie ankietowe na podstawie autorskiego kwestionariusza. Opracowano go w celu oceny efektywności szkolenia, opierając się na czterech poziomach według modelu Kirkpatricka (poziom reakcji, kompetencji, wdrożenia i rezultatów). Pozostawiono również możliwość udzielenia swobodnej, anonimowej wypowiedzi pisemnej na temat jakości kształcenia. Uczestnicy, komentując kurs, zwracali uwagę na zmianę ich sposobu myślenia o pacjentach, stali się mniej dyrektywni, podkreślali wy-

czulenie na kontakt pozawerbalny, lepiej znosili niepewność w sytuacjach terapeutycznych, byli gotowi podążać za pacjentem. Jak zaznacza Tyszkowska [26], w przypadku diagnozy schizofrenii powraca się obecnie do koncepcji umacniania (empowerment) i zdrowienia, która oznacza przemianę postawy chorego z biernej w aktywnie poszukującą rozwiązań w zmaganiu się z chorobą. Libman-Sokołowska i Nasierowski [27], przywołując Noiseaux i Ricard, wskazują na potrzebę „wskrzeszania iskry nadziei” w pacjentach, pod którym to terminem rozumieją wzniesienie „instynktu przetrwania” pośród przytłaczającego obrazu objawów chorobowych. Sosnowska i wsp. [28] wskazują na relacyjny charakter pracy środowiskowej, w której przewidywać należy długotrwałą współpracę z pacjentem. Taki rodzaj relacji wykracza poza standardowo rozumiane leczenie i staje się towarzyszeniem w życiu osobom chorującym. Zaś towarzyszenie, brak dyrektywności, koncentrowanie się na ich zasobach i wzbudzanie nadziei są centralnym punktem oddziaływań metody Otwartego Dialogu.

Autorzy są ostrożni w ocenie skuteczności oddziaływań przy wykorzystaniu metody Otwartego Dialogu. Brakuje niebudzących wątpliwości metodologii, prospektywnych badań porównawczych, które umożliwią ocenę skuteczności metody wobec różnych grup pacjentów, a w dalszej perspektywie także efektywności z uwzględnieniem specyfiki polskich struktur psychiatrycznej opieki zdrowotnej i ich finansowania.

Odnosząc się do wyników uzyskanych przez badaczy fińskich, Cechnicki i wsp. [29] podają, że głównym zarzutem pod adresem Skandynawów jest brak metodologicznej poprawności prowadzonych przez nich badań. Krytycy podejścia wskazują na niewielką liczebność pacjentów z rozpoznaniem schizofrenii w analizowanych grupach [30], przez co badania ich zdaniem mają wartość kazuistyczną i nie można ich ekstrapolować na większą populację. Tam, gdzie obserwacją była objęta większa grupa pacjentów z diagnozą schizofrenii, wyniki nie odbiegały istotnie od tych, które dostępne są w literaturze przedmiotu [29, 31]. Istnieje również ryzyko, że poza wpływami metody Otwartego Dialogu pacjenci objęci tą formą oddziaływań korzystali z dodatkowej (bardziej biologicznie zorientowanej) opieki psychiatrycznej. Przedstawione wyżej wątpliwości prawdopodobnie udałoby się rozwiązać, gdyby zostały zaprojektowane i przeprowadzone szersze, najlepiej zrandomizowane, badania porównawcze. Naukowcy związani z Krakowską Grupą Badawczą nad Przebiegiem Schizofrenii wskazują na zespoły leczenia środowiskowego jako obszar, którego aktywność i uzyskiwane wyniki oddziaływań należałoby objąć badaniami. Krakowscy badacze argumentują, że choć metoda Otwartego Dialogu nie stanowi rewolucji w terapii schizofrenii, to jest godnym zainteresowania modelem organizacji opieki psychiatrycznej w znacznym stopniu realizującym postulaty polskiego Narodowego Programu Ochrony Zdrowia Psychicznego [29]. OD skupia się wokół oddziaływań w naturalnym środowisku pacjenta (postulat implementacji środowiskowego modelu wielospecjalistycznej opieki koordynującej inne formy pomocy [32]), angażując jego sieć (postulat promocji zdrowia psychicznego [32]) w dążeniu do wychodzenia naprzeciw potrzebom pacjenta (postulat aktywizacji zawodowej [32]). Zalecenie prowadzenia i rozwijania badań naukowych z zakresu zdrowia psychicznego [32] mogłoby być realizowane poprzez przekrojowe i długoterminowe analizy porównawcze efektów terapeutycznych osiągniętych przez ośrodki pracujące w nurcie metody Otwartego Dialogu.

Podsumowanie, czyli o polskiej perspektywie OD

Humanistyczne podejście do pacjenta z zaburzeniami psychotycznymi rozwinęło się w Polsce dzięki postawie i poglądom Antoniego Kępińskiego, a z pewnością zyskało na znaczeniu dzięki jego publikacjom. Antoni Kępiński został nazwany przez Tadeusza Gadacza myślicielem dialogicznym [33]. Empatyczne słuchanie chorego, wyczuwanie zarówno na kontakt pozawerbalny, jak i gotowość podążania za tym, co rozmowa wniesie w rozumienie pacjenta, umożliwiło „uchwycenie kontaktu z chorym”, co Kępiński uważał za wejście we „właściwy proces psychoterapeutyczny”. Stanowisko to bliskie było filozoficznym koncepcjom fenomenologii spotkania z drugim człowiekiem, szeroko omawianym przez Józefa Tischnera [34]. Podejście terapeutyczne zorientowane na pacjenta i rozmowę z nim jest kontynuowane przez wielu terapeutów i badaczy. De Barbaro twierdzi, że to, co dzieje się w rozmowie lekarz–pacjent, jest w swojej istocie dialogiem i prawom dialogu podlega. Sztuką jest umiejętna rozmowa, którą należy rozumieć jako „metodę uzgadniania znaczeń”. Wtedy staje się ona czymś więcej niż jednostronnym przekazaniem zaleceń lekarskich, a od jej jakości zależy „kąt otwarcia się pacjenta” [35]. Dialog zaczyna mieć funkcję terapeutyczną, „zdejmuje (stygmatyzującą) kłutwę” zawartą w diagnozie psychiatrycznej. O znaczeniu rozmowy z pacjentem i jego bliskimi, o leczeniu w środowisku chorego, o chorobie psychicznej jako cierpieniu od lat mówią między innymi Wciórka i wsp. [36] oraz przedstawiciele środowiska krakowskiego [37]. Odzwierciedleniem tych poglądów było wprowadzenie do Narodowego Programu Ochrony Zdrowia Psychicznego idei leczenia środowiskowego z naciskiem na leczenie domowe, wykorzystanie wszelkich możliwych zasobów do zapobiegania wykluczeniu pacjenta z życia zawodowego, w czym upatrywano „najlepszą rehabilitację” [38]. Dialog pomiędzy profesjonalistami, chorymi i rodzinami skłonił do refleksji nad istotą procesu leczniczego, tj. zdrowieniem (recovery). Istnieje potrzeba wykorzystywania innych oddziaływań niż oddziaływanie farmakologiczne, spośród których życzliwe towarzyszenie chorym w trudnej sytuacji życiowej zbliża personel do uzgodnieniowego modelu relacji pacjent–lekarz. Wydaje się on najbardziej uniwersalny w praktyce lekarskiej [39].

Piśmiennictwo

1. Seikkula J, Aaltonen J, Alakare B, Haarakangas K, Keränen 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.
2. Alanen YO. *Schizofrenia. Jej przyczyny i leczenie dostosowane do potrzeb*. Warszawa: Instytut Psychiatrii i Neurologii; 2000.
3. Alanen YO. *An attempt to integrate the individual-psychological and interactional concepts of the origins of schizophrenia*. *Br. J. Psychiatry* 1994; 164(23): 56–61.
4. Cullberg J, Levander S, Holmqvist R, Mattson M, Wieselgren IM. *One-year outcome in first episode psychosis patients in the Swedish Parachute project*. *Acta Psychiatr. Scand.* 2002; 106(4): 276–285.

5. Lehtinen V, Taipale V. *Integrating mental health services: the Finnish experience*. Int. J. Integr. Care 2001; 1: e26
6. Seikkula J, Alakare B, Aaltonen J. *Open Dialogue in psychosis I: an introduction and case illustration*. J. Construct. Psychol. 2001; 14(4): 247–265.
7. Alanen YO, Rääköläinen V, Laakso J, Rasimus R, Kaljonen A. *Towards need-specific treatment of schizophrenic psychoses*. Heidelberg: Springer-Verlag; 1986.
8. Alanen YO. *Towards a more humanistic psychiatry: Development of need-adapted treatment of schizophrenia group psychoses*. Psychosis 2009; 1(2): 156–166.
9. Alanen YO, Lehtinen K, Rääköläinen V, Aaltonen J. *Need-adapted treatment of new schizophrenic patients: experiences and results of the Turku project*. Acta Psychiatr. Scand. 1991; 83: 363–372.
10. Tuori T, Lehtinen V, Hakkarainen A, Jääskeläinen J, Kokkol A, Ojanen M. i wsp. *The Finnish National Schizophrenia Project 1981-1987: 10-year evaluation of its results*. Acta Psychiatr. Scand. 1998; 97: 10–17.
11. Morey LC, Blashfield RK. *A symptom analysis of the DSM-III definition of schizophrenia*. Schizophr. Bull. 1981; 7(2): 258–268.
12. Pylkkänen K. *Finnish psychiatry – past and present*. Nord. J. Psychiatry 2012; 66(1): 14–24.
13. Ulland D, Andersen AJ, Larsen IB, Seikkula J. *Generating dialogical practices in mental health: experiences from southern Norway, 1998-2008*. Adm. Policy Ment. Health 2013; 41(3): 410–419.
14. Alanen YO. *Psychotherapy of schizophrenia in community psychiatry*. W: Werbart A, Cullberg J. red. *Psychotherapy of schizophrenia: facilitating and obstructive factors*. Oslo: Scandinavian University Press; 1992. s. 237–253.
15. Aaltonen J, Seikkula J, Lehtinen K. *The comprehensive Open-Dialogue approach in Western Lapland: I. The incidence of non-affective psychosis and prodromal states*. Psychosis 2011; 3(3): 179–191.
16. Salokangas RKR, Saarinen S. *Deinstitutionalization and schizophrenia in Finland. I. Discharged patients and their care*. Schizophr. Bull. 1998; 24(3): 457–467.
17. 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): 1–11.
18. Haynes RB, Sackett DL, Gray JM, Cook DJ, Guyatt GH. *Transferring evidence from research into practice: 1. The role of clinical care research evidence in clinical decisions (editorial)*. Evidence Based Medicine. 1996; 1(7): 196–198.
19. Seikkula J. *W stronę dialogu: psychoterapia czy sposób życia?* Psychoterapia. 2013; 2(165): 13–27.
20. Bakhtin M. *Problems of Dostoevsky's poetics: Theory and history of literature*. Manchester: Manchester University Press; 1984.
21. Andersen T. *Reflecting processes: acts of informing and forming*. W: Friedman S. red. *The reflecting team in action: collaborative practice in family therapy*. New York: Guilford Publications; 1995.
22. Chrzastowski S, de Barbaro B. *Postmodernistyczne inspiracje w psychoterapii*. Kraków: Wydawnictwo Uniwersytetu Jagiellońskiego; 2011.
23. Gergen K, McNamee S. *From disordering discourse to transformative dialogue*. W: Neimeyer R, Raskin J. red. *Constructions of disorder*. Washington, DC: American Psychological Association; 1999.

24. Goldenberg H, Goldenberg I. *Terapia rodzin*. Kraków: Wydawnictwo Uniwersytetu Jagiellońskiego; 2006.
25. Gleeson J, Jackson H, Stavelly H, Burnett P. *Family intervention in early psychosis*. W: McGorry P, Jackson H. red. *The recognition and management of early psychosis*. Cambridge: Cambridge University Press; 1999.
26. Tyszkowska M, Jarema M. *Między zdrowiem a schizofrenią*. Psychiatr. Pol. 2013; 47(4): 587–597.
27. Libman-Sokołowska M, Nasierowski T. *Rola nadziei w zmaganiach ze schizofrenią*. Psychiatr. Pol. 2013; 47(5): 933–946.
28. Sosnowska M, Prot-Klinger K, Scattergood M, Paczkowska M, Smolicz A, Ochocka M. *Relacja terapeutyczna w psychiatrii środowiskowej z perspektywy pacjenta i terapeuty*. Psychiatr. Pol. 2011; 45(5): 723–735.
29. Błądziński P, Cechnicki A, Bogacz J, Cichocki Ł. *Znaczenie Otwartego Dialogu w leczeniu osób chorujących na schizofrenię*. Post. Psychiatr. Neurol. 2014; 23: 134–139.
30. Seikkula J, Alakare B, Aaltonen J, Holman J, Rasinkangas A, Lehtinen V. *Open dialogue approach: Treatment principles and preliminary results of a two-year follow-up study on first episode schizophrenia*. Ethical Hum. Sci. Serv. 2003; 5(3): 163–182.
31. Seikkula J, Alakare B, Aaltonen J. *Open dialogue in psychosis II: A comparison of good and poor outcome cases*. J. Constr. Psychol. 2001; 14(4): 267–284.
32. Rozporządzenie Rady Ministrów z dnia 28 grudnia 2010 r. w sprawie Narodowego Programu Ochrony Zdrowia Psychicznego. Dz.U. 2011 nr 24 poz. 128.
33. Gadacz T. *Profesor Antoni Kępiński – myśliciel dialogiczny*. Psychoterapia. 2012; 163(4): 19–26.
34. Kokoszka A. *Dialog według Antoniego Kępińskiego: komentarz do sesji „Pacjent jako osoba”*. Psychoterapia 2012; 163 (4): 47–54.
35. de Barbaro B. *Prawda dla chorych czy prawda dialogu? Uwagi do wprowadzenia prof. Galewicza*. Diametros 2005; 4: 103–110.
36. Chrzczonowicz A. *Narracja a zaburzenia psychiatryczne: badania i zastosowania terapeutyczne*. Post. Psychiatr. Neurol. 2012; 21(1): 43–50.
37. Cechnicki A. *W stronę psychoterapeutycznie zorientowanej psychiatrii środowiskowej – 30 lat doświadczeń krakowskich*. Psychoterapia 2009; 3: 43–55.
38. Prot-Klinger K. *Partnerstwo w praktyce psychiatrii środowiskowej*. Paderborn: XXI Sympozjum PNTZP; 2010.
39. Friemann K, Wciórka J. *Compliance – przeżytek czy termin użyteczny*. Post. Psychiatr. Neurol. 2008; 17(4): 365–375.

Adres: Michał Kłapciński
Katedra Psychiatrii UM we Wrocławiu
50-367 Wrocław, wybrzeże L. Pasteura 10

Otrzymano: 14.10.2014
Zrecenzowano: 2.12.2014
Otrzymano po poprawie: 13.01.2015
Przyjęto do druku: 13.01.2015