

Małgorzata Trojańska

Uniwersytet Pedagogiczny w Krakowie

„Otwarty dialog” – środowiskowy model wsparcia osób w kryzysach psychicznych i ich rodzin

Od wielu lat toczy się w Polsce dyskusja nad zmianami systemu wsparcia i leczenia osób w kryzysach psychicznych. Dotychczasowy model leczenia instytucjonalnego budzi wśród pacjentów, ich rodzin a także środowiska lekarzy wiele zastrzeżeń. Coraz więcej doniesień ze świata, jak również własne krajowe doświadczenia przemawiają za wdrożeniem modelu środowiskowego. Jednym z nowych podejść w terapii osób chorujących psychicznie i ich rodzin wprowadzonym w Polsce jest „Otwarty Dialog”. 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.

Słowa kluczowe: wsparcie środowiskowe, otwarty dialog, otwarte spotkania terapeutyczne

„Open dialogue” – an environmental model for supporting people in psychic crises and their families

In Poland for many years there have been ongoing debates on changing system of treatment and support of people in psychic crises. The current model of institutional treatment meets with numerous reservations of patients and their families as well as psychiatrists. More and more reports from the world as well as domestic experience argue for implementation of environmental model. „Open Dialogue” is one of the newest approaches to the therapy of mentally ill people and their families, that is currently being introduced in Poland. It is based on so called “open therapeutic meetings”, in which there participate: person in crisis, their close relatives and friends, other people important for the patient and professionals, who moderate over meetings. The work is based on the activities of mobile crisis intervention teams, and therapeutic process focuses on psychological resources of the patient and the resources of their social networks.

Keywords: Open dialogue, environmental support, open therapeutic meetings

Wprowadzenie

Od wielu lat w Polsce poszukuje się optymalnych rozwiązań związanych z leczeniem i terapią osób dotkniętych kryzysem psychicznym oraz wsparcia ich rodzin w towarzyszeniu chorującym. Problem jest o tyle istotny, gdyż dotyczy z roku na rok coraz większej liczby osób potrzebujących leczenia psychiatrycznego. Przeprowadzone w Polsce badanie epidemiologiczne zaburzeń psychicznych EZOP, którego wyniki przedstawiono w 2012 r., pokazało, że co najmniej jedno zaburzenie psychiczne w ciągu życia można było rozpoznać u 23,4% osób, tj. u ponad 6 mln osób w naszym kraju! Badanie pokazało, że w populacji osób w wieku 18–64 lat około 20–30% skarżyło się na takie problemy, jak: stany obniżenia nastroju i aktywności, przewlekły lęk czy drażliwość. 10% mieszkańców Polski (aż 2,5 mln osób) cierpi na zaburzenia nerwicowe, a u prawie miliona Polaków można rozpoznać zaburzenia nastroju, w tym depresję.

Jednak najczęściej stwierdzano zaburzenia związane z używaniem substancji psychoaktywnych (12,8%), głównie spowodowane nadużywaniem i uzależnieniem od alkoholu (11,9%), co w odniesieniu do całej populacji daje ok. 700 000 uzależnionych od alkoholu Polaków. Alkohol, oprócz szkodliwego wpływu na nasze narządy, wpływa negatywnie na zdrowie psychiczne. Zaburzenia psychiczne spowodowane używaniem alkoholu są najczęstszym rozpoznaniem chorobowym osób leczonych w psychiatrycznych oddziałach całodobowych [Moskalewicz, Kiejna, Wojtyniak 2012: 27]. Jeżeli do tej liczby dodamy chorujące psychicznie dzieci i młodzież, liczba drastycznie wzrośnie. Statystyki światowe wskazują, że od 10 do 20% tej grupy wiekowej cierpi na szeroko pojęte zaburzenia psychiczne.

Ostatnie dane WHO z 2005 r. przyjmują tę drugą wartość, tzn. rozpowszechnienie 20%, podkreślając równocześnie, że samobójstwa młodzieży stanowią trzecią przyczynę zgonów w tej grupie wiekowej. W chwili obecnej informacja o rozpowszechnieniu zaburzeń psychicznych wśród dzieci i młodzieży w Polsce jest niepełna i fragmentaryczna. Nie istnieją całościowe badania epidemiologiczne określające rozpowszechnienie zaburzeń psychicznych wśród polskich dzieci i młodzieży [Woynarowska, Oblacińska 2014; Namysłowska 2013]. W obliczu stale rosnącej liczby osób potrzebujących pomocy psychiatrycznej poszukuje się najlepszych rozwiązań leczenia i terapii chorych, które zastąpią dominujący w naszym kraju model opieki i leczenia instytucjonalnego, czyli szpitalnego. Od przeszło czterdziestu lat na całym świecie upowszechniany jest nowy model leczenia osób w kryzysach psychicznych – model środowiskowej opieki psychiatrycznej [Thorncroft 2010; Niczyporuk i in. 2016].

Z pewnością mamy do czynienia ze stopniową transformacją modelu szpitalnej opieki psychiatrycznej w kierunku modelu środowiskowego. Za tymi zmianami przemawia wiele argumentów, tj.:

- ogólna tendencja w psychiatrii, aby leczenie pacjenta w możliwie największym stopniu prowadzić w jego naturalnym środowisku życia, wykorzystując potencjał terapeutyczny tego środowiska;
- rosnąca świadomość ujemnych skutków hospitalizacji, zwłaszcza długotrwałej;
- dążenie do jak najmniej represyjnego leczenia;
- dążenie do obniżenia kosztów leczenia [Pietrzykowska 2011: 605].

Środowiskowy model opieki psychiatrycznej pozwala choremu na wykorzystywanie zasobów lokalnego środowiska, czerpanie siły ze znanego otoczenia. Nie wymaga – tak jak w przypadku opieki instytucjonalnej – budowania nowych relacji, znajdowania się w nowym środowisku. Skupia się na maksymalnym wykorzystaniu możliwości, jakie dają wypracowane wcześniej przez chorego więzi społeczne, jednocześnie zapewniając opiekę i pomoc terapeutyczną. Głównym zadaniem opieki środowiskowej jest umożliwienie osobie z chorobą psychiczną funkcjonowania w społeczeństwie, a więc możliwości uczenia się, pracy. Również w Polsce od kilkunastu lat trwają prace nad stworzeniem środowiskowego modelu opieki środowiskowej i wprowadzenia jej w system opieki zdrowotnej i społecznej [Załuska 2006; Meder, Jarema, 2008]. Pomimo że prace posuwają się powoli i napotykają na wiele proceduralnych i finansowych przeszkód, podejmowane są próby wprowadzania modelu środowiskowego. Kilka ośrodków (Wrocław, Koszalin, Kraków, Warszawa) podjęło działania środowiskowego wsparcia osób chorujących psychicznie i ich rodzin na podstawie otwartego dialogu [Krawczyk, Solarz, Wciórka, 2015; Lisińska-Jarża, Piróg, 2016].

Założenia otwartego dialogu

Twórcami podejścia opartego na otwartym dialogu są prof. Jaakko Seikkula oraz dr Brigitta Alakare, którzy 30 lat temu w szpitalu Keropudas w Tornio w Laponii zaczęli stosować to podejście, którego podstawą są tzw. *otwarte spotkania terapeutyczne*, a w procesie terapeutycznym podkreśla się przede wszystkim wagę wykorzystywania zasobów psychologicznych pacjenta oraz zasobów jego sieci społecznej. Stąd też w spotkaniach biorą udział: osoba w kryzysie, jej bliscy i osoby dla niej ważne (przyjaciele, ksiądz, nauczyciel) oraz osoby, które moderują spotkanie (psychiatra, psycholog, terapeuci, eksperci przez doświadczenie). Otwarty dialog opiera się na dwóch fundamentalnych cechach, którymi są: bazujący na sieci społecznej, zintegrowany system leczenia angażujący rodziny i sieci

społeczne od chwili rozpoczęcia szukania pomocy oraz *praktyka dialogu*, czy inaczej – unikatowy styl, swoista filozofia prowadzenia rozmowy podczas spotkania terapeutycznego. Otwarty dialog jest podejściem integrującym, do którego można włączyć lub dostosować inne metody pracy terapeutycznej w zależności od potrzeb osoby i jej rodziny [Olson, Seikkula, Ziedonis, <http://umassmed.edu/psychiatry/globalinitiatives/opendialogue/>, dostęp: 28.05.2017].

Na podstawie wieloletnich doświadczeń oraz ocen procesu terapeutycznego i skuteczności, fiński zespół wyłonił siedem głównych zasad otwartego dialogu. Są to:

1. Natychmiastowa pomoc – od informacji o kryzysie pierwsze spotkanie powinno odbyć się w ciągu 24 godzin. Jego celem jest uniknięcie hospitalizacji oraz umożliwienie pacjentowi wyrażenia swoich doświadczeń oraz niedopuszczenie do utrwalenia objawów. Dzięki szybkiej interwencji można stworzyć bezpieczną atmosferę do rozmów o tych doświadczeniach. Praktycy otwartego dialogu jako przykład wczesnej interwencji podają codzienną 14-dniową pracę z pacjentem i jego rodziną w jego domu lub innym miejscu, obejmującą 1,5-godzinne sesje, z których pierwsza odbywa się w pierwszej dobie od zgłoszenia objawów. Jednocześnie należy podkreślić, że nie ma jednego stałego schematu, wszystko zależy od konkretnego pacjenta i okoliczności (elastyczność). Zwykle w pierwszym spotkaniu uczestniczy zespół terapeutyczny składający się z 2 lub 3 osób (np. terapeuta, lekarz, pielęgniarka, pracownik socjalny). 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, szpitala lub w gabinecie lekarza psychiatry. 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 przez 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 [Krawczyk, Solarz, Wciórka 2015: 87; Schütze 2015: 35].
2. Perspektywa sieci społecznej- do udziału w pierwszych spotkaniach oprócz pacjenta zaprasza się także jego rodzinę, kluczowych członków jego sieci społecznej. Stanowi to wsparcie dla pacjenta oraz istotną pomoc w zdefiniowaniu problemu.

3. Elastyczność i mobilność- leczenie powinno stanowić odpowiedź na konkretne i zmieniające się potrzeby pacjenta i jego rodziny oraz zawierać metody terapii odpowiednie dla nich, ich specyficznego języka i stylu życia.
4. Odpowiedzialność – osoba, z którą nawiązano pierwszy kontakt, jest odpowiedzialna za zorganizowanie pierwszego spotkania i zapewnienie rodziny, że otrzyma potrzebną pomoc; zespół, w zależności od rodzaju i ilości problemów składający się ze specjalistów z różnych dziedzin, jest w całości odpowiedzialny za analizę problemu i zaplanowanie leczenia; w przypadku różnicy opinii alternatywy są omawiane w obecności pacjenta i jego rodziny, co zwiększa ich wpływ na podejmowanie decyzji.
5. Ciągłość psychologiczna – zespół jest odpowiedzialny za cały proces leczenia tak długo, jak to konieczne zarówno w przypadku leczenia ambulatoryjnego, jak i szpitalnego; pozwala to uniknąć sytuacji, w której zmiana terapeutów spowoduje zbytne skupienie się na działaniach, które należy podjąć, zamiast na samym procesie leczenia; oznacza to także połączenie różnych metod terapeutycznych w taki sposób, aby się uzupełniały tworząc spójny proces leczenia.
6. Tolerancja niepewności – jest zaprzeczeniem podejścia skoncentrowanego na chorobie i starającego się usunąć jej objawy za pomocą leków; w podejściu otwartego dialogu poprzez codzienne spotkania z pacjentami przeżywającymi kryzys buduje się poczucie bezpieczeństwa, co pozwala zmobilizować zasoby psychiczne pacjenta i jego rodziny poprzez rozmowę o trudnych doświadczeniach i wspieranie umiejętności słuchania siebie nawzajem; pozwala to uniknąć podejmowania przedwczesnych decyzji oraz stosowania leków neuroleptycznych, dając więcej czasu na zrozumienie istoty problemu.
7. Dialog (i polifonia) – największy nacisk kładzie się na dialog, a dopiero w dalszej kolejności na zmianę; jest on środkiem pozwalającym pacjentom i ich rodzinom zyskać większy wpływ na swoje życie i odzyskać nad nim kontrolę przez otwarte omówienie problemu; zadaniem terapeutów jest animowanie tego dialogu opartego na wypowiedziach pacjenta i jego bliskich, w sposób pozwalający zastosować ich wiedzę zawodową w danym kontekście [<http://otwartydialog.pl/otwarty-dialog/>, Olson, Seikkula, Ziedonis, <http://umass-med.edu/psychiatry/globalinitiatives/opendialogue/> dostęp: 28.05.2017].

Praktyka dialogu

Praktyka dialogu jest oparta na szczególnej formie interakcji, której najważniejszą cechą jest, że każdy uczestnik spotkania czuje się wysłuchany i otrzymuje reakcję na wypowiedź. Otwarty dialog tworzy przestrzeń dla obecności wielu

osobnych, równorzędnych głosów, czy też punktów widzenia podczas spotkania terapeutycznego. Wielość głosów w sieci jest tym, co Bachtin nazywa *polifonią*. Aby być w dialogu, którego celem jest tworzenie zmiany, koniecznością staje się obecność, uwaga i koncentracja, Werner Schütze [2015] nazywa ten stan „obecnością chwili”, bez wcześniejszych założeń i hipotez. Sztuka prowadzenia praktyki dialogu wyklucza stosowanie przez terapeutę schematycznych komunikatów. Otwarty dialog wymaga umiejętności słuchania i dostosowania się do szczególnego kontekstu i języka w każdej wymianie, jaką jest rozmowa z drugim człowiekiem [Olson, Seikkula, Ziedonis, <http://umassmed.edu/psychiatry/globalinitiatives/opendialogue/>, dostęp: 28.05.2017]. Z tego powodu niemożliwe wydaje się tworzenie z wyprzedzeniem specjalnych programów działania podczas sesji lub planów na poszczególne fazy procesu terapii. „Doświadczam jak ważne jest słuchanie co inni mówią do mnie, a nie tego co mają na myśli. Uważne słuchanie spowodowało, że teraz jest mi dużo łatwiej dostosować się do potrzeb pacjenta. Odkryłam też czarodziejskie pytanie – «O czym chcielibyście Państwo porozmawiać / o czym możecie porozmawiać?». Wielokrotnie doświadczyłam, że to co dla mnie jest ważne w procesie leczenia, bo przecież ja jestem lekarz i wiem, nie jest ważne dla sieci pacjenta” [(Ciuńczyk, 2015: 25)].

Praktyka dialogu w otwartym dialogu daje prymat „byciu z” ponad „robieniem czegoś aby”. Sytuacja między terapeutą i pacjentem pozostaje otwarta. Słowa i historie osoby uznaje się za cenne i z uwagą podąża się za nimi, uwzględniając możliwość milczenia oraz całą gamę gestów, emocji i sygnałów niewerbalnych. Terapeuta odpowiada na nie, powtarzając ważne słowa, słuchając uważnie i starając się je zrozumieć bez narzucania własnej interpretacji czy pochopnych konkluzji. W chwilach, kiedy trudno osobę zrozumieć, szuka się słów, by dać bardziej żywy wyraz temu, co być może stara się przekazać. Istnieje założenie, że taka sytuacja ma w sobie znaczenie i w myśl tego każdy próbuje nadać jej sens. Spotkanie tworzy punkt wyjścia dla zmiany poprzez tworzenie interakcji pomiędzy wieloma głosami, z których każdy jest wartościowy i ważny [Olson, Seikkula, Ziedonis, <http://umassmed.edu/psychiatry/globalinitiatives/opendialogue/>, dostęp: 28.05.2017]. Aby przybliżyć czytelnikowi kluczowe elementy praktyki dialogu, zostaną one pokrótce przedstawione i zobrazowane wypowiedziami osób biorących udział w spotkaniach otwartego dialogu .

1. Dwóch (lub więcej) terapeutów podczas spotkania terapeutycznego – działania oparte na otwartym dialogu zakładają udział wielu terapeutów w zespole pracującym z siecią społeczną. Osoby tworzące zespół terapeutyczny są przeszkolone w ramach rocznego kursu „Otwarty dialog i rozwój sieci społecznych w sytuacji kryzysu psychicznego”. Uczestnikami kursu mogą być psychiatry, psycholodzy, psychoterapeuci, terapeuci środowiskowi i za-

jęciowi, pedagodzy, pielęgniarki, pracownicy socjalni, kuratorzy zawodowi i społeczni, doradcy zawodowi, osoby doświadczone w chorobie.

„Na początku byłam zdziwiona, że podczas spotkania jest kilka osób. Byłam przyzwyczajona do jednego terapeuty”.

2. Uczestnictwo w spotkaniu rodziny i sieci społecznej – angażowanie w terapię całej rodziny, przyjaciół osoby chorującej daje możliwość spojrzenia na problem z wielu perspektyw. Rodzina pacjenta przestaje być widziana jako przyczyna choroby czy obiekt terapii, a staje się raczej partnerem w procesie leczenia [Gleeson, Jackson, Stavely, Burnet 1999:380–415].

„Nowością było dla mnie to, że mogłam zaprosić na spotkanie osoby dla mnie znaczące. Z perspektywy mogę stwierdzić, że wypowiedzi innych osób dały mi dużo do myślenia. Zobaczyłam również perspektywę kryzysu z relacji moich bliskich”.

3. Wykorzystywanie pytań otwartych – Podczas pierwszego spotkania ważnym krokiem jest zaznaczenie dwóch pytań zaproponowanych przez Toma Andersena [1991], które tradycyjnie rozpoczynają spotkania otwartego dialogu. Mianowicie: „Jaka historia kryje się za pomysłem, żeby dziś spotkać się tutaj?” oraz „Jak chcielibyście wykorzystać dzisiejsze spotkanie?”. Przesłanką dla tych pytań jest założenie, że to po stronie osoby, a nie terapeuty, leży decyzja o przebiegu i treści spotkania. Innymi słowy – rozmawiamy o tym, o czym osoba chce porozmawiać.

„Pierwsze spotkanie było dla nas bardzo trudne. Było tyle spraw nieprzegadanych i nie wiadomo było od czego zacząć. Jednak kiedy zaczęliśmy najpierw ja potem mąż słowa popłynęły same a wraz z nimi silne emocje, a nawet łzy”.

4. Odpowiadanie na wypowiedzi osoby – terapeuta moderuje dialog poprzez odpowiadanie na potrzeby osoby, stosując zasadniczo trzy sposoby zapraszania do dalszych reakcji. Metody te zawierają: zastosowanie słów użytych przez osobę, zaangażowanie w aktywne słuchanie, utrzymywanie postawy zgrania i uwrażliwienia na niewerbalne komunikaty, w tym momenty ciszy.

„Bardzo trudno jest mówić o swoich sprawach. Mówienie o leczeniu męża było bardzo trudne dla mnie. Potrzebowałam czasu. Terapeuci potrafili to uszanować”.

5. Koncentracja na „tu i teraz” – położenie nacisku na reakcje mające miejsce podczas spotkania i przeżycia emocjonalne dotyczące tego co dzieje się w danej chwili.

„Trudne było dla mnie mówienie o moich bieżących emocjach. To co czuję w danej chwili nie odwoływanie się do tego co było. Było kilka rzeczy, których nie chcieliśmy usłyszeć ale powiedzieliśmy je sobie”.

6. Wyłanianie różnych perspektyw – każda osoba uczestnicząca w spotkaniu ma prawo się wypowiedzieć, terapeuta wzmacnia, każdą wypowiadającą się osobę.

„Każdy z nas mówił o chorobie z własnej perspektywy. Dopiero wtedy zobaczyłem jak widzi ją moja żona i dzieci. Warto było tego posłuchać, choć bolało. Uważam, że ich słowa przyczyniły się

do tego, że podjąłem leczenie, poszedłem do szpitala. Zobaczyłem perspektywę mojej choroby oczami moich bliskich”.

7. Wykorzystanie perspektywy relacji w dialogu
„W rozmowach ze sobą lub terapeutami bardzo dużo czasu poświęcaliśmy naszym relacjom. Omawialiśmy różne sytuacje, które miały miejsce”.
8. Uznanie zgłaszanego problemu lub zachowania za uzasadnione i uważność na nadawanie znaczeń. W trakcie rozmów terapeuta stara się reagować i komentować wypowiedzi, które skupiają się tylko na patologicznych objawach pokazując, że są one ważne tylko w kontekście konkretnej sytuacji stwarzającej sytuację zagrożenia a nie całościowego funkcjonowania [Olson, Seikkula, Ziedonis, <http://umassmed.edu/psychiatry/globalinitiatives/opendialogue/>, dostęp: 28.05.2017].
9. Podkreślanie znaczenia historii i słów osoby w przeciwieństwie do koncentracji na symptomach
„Po naszych rozmowach zobaczyłem jak moja choroba wpłynęła na życie mojej rodziny, jej relacje i emocje. Poprzez dialog oswoiliśmy chorobę. Przede wszystkim zaczęliśmy o niej mówić otwarcie w perspektywie naszych relacji. Przestaliśmy bać się wypowiadać słowo schizofrenia”.
10. Rozmowa pomiędzy członkami zespołu terapeutycznego (wymiana refleksji) podczas spotkania
„Rozmowa terapeutów z nami, ze mną uświadomiła mi, jak moje działania (podawanie leków mężowi bez jego wiedzy) spowodowało, że ograniczyłam jego samostanowienie o sobie. Przyznanie się do tego i uświadomienie bardzo wiele mnie, nas kosztowało. Mąż miał do mnie wielki żal”.
11. Transparentność terapeuty – każda ma taki sam dostęp do informacji, ustaleń dotyczące leczenia, hospitalizacji są konsultowane ze wszystkimi uczestnikami sieci społecznej.
„We wspólnej rozmowie opracowaliśmy plan dalszego działania. Chciałem podjąć leczenie, pójść do szpitala, ustawić leki. Przede wszystkim przestałem się bać. Po pobycie w szpitalu na nowo zacząłem działać. Chce mi się żyć”.
12. Tolerancja niepewności – Myślą przewodnią dla profesjonalistów zajmujących się kryzysem psychicznym jest zaplanowanie takich oddziaływań, które zwiększałyby poczucie bezpieczeństwa wśród rodziny i reszty sieci społecznej. W myśl podążania za osobą chorującą jest też powstrzymywanie się od sugerowania, że wiemy lepiej, co ma na myśli osoba lub jak interpretuje to, co mu się przydarza. Taka pozycja terapeuty jest dla wielu profesjonalistów podstawową zmianą, ponieważ są przyzwyczajeni do myślenia, że powinni interpretować problem i tak przeprowadzać interwencje, by przeciwdziałać symptomom poprzez nakłanianie chorego lub jego rodziny do zmiany [Olson, Seikkula, Ziedonis, <http://umassmed.edu/psychiatry/globalinitiatives/opendialogue/>, dostęp: 28.05.2017].

„Profesjonalista przestaje być ekspertem. Tolerowanie niepewności jest kolejnym wyzwaniem dla lekarza, terapeuty, który przez całe swoje szkolenie zawodowe jest uczony, że wie co ważne jest dla pacjenta i jak powinno przebiegać jego leczenie. To, że każdy ma swoją drogę i czas na kryzys powoduje, że to co ja mogę to tylko stworzyć bezpieczne warunki dla pacjenta i jego sieci społecznej do podjęcia dialogu. W którą stronę podąży dialog i jakie będą jego efekty dla mnie to niewiadoma. Z dotychczasowych doświadczeń już wiem, że sieć wybiera dla siebie w danym miejscu i czasie najlepsze rozwiązania. Dla mnie czasami zaskakujące. Te zaskoczenia i niepewność spowodowały, że zespół wypalenia zawodowego po 21 latach pracy w szpitalu psychiatrycznym ustąpił. Nadal konfrontuję się z odpowiedzialnością zawodową a utratą pozycji eksperta w Otwartym Dialogu. Z jednej strony to przynosi ulgę i zdjęcie odpowiedzialności, a z drugiej niepokój i obawy. Ja też osobiście rozwijam się i liczę, że za jakiś czas znajdę odpowiedź na to pytanie [Izabela Ciuńczyk, lekarz psychiatra, pracujący w oparciu o otwarty dialog, 2015: 25].

Efekty działań oparte na otwartym dialogu

Badania w zakresie efektów otwartego dialogu w przypadku pacjentów z pierwszym epizodem psychotycznym są systematycznie prowadzone w zachodniej Laponii. Pokazują one korzystne wyniki w leczeniu psychoz. W ciągu 5-letniej obserwacji u 85% pacjentów nie pojawiły się żadne symptomy psychotyczne i 85% powróciło do pełnego życia zawodowego. Tylko jedna trzecia pacjentów stosowała leki przeciw psychotyczne. Istnieją również dowody wskazujące na to, iż w ciągu 25 lat praktykowania otwartego dialogu, występowanie schizofrenii w zachodniej Laponii zmniejszyło się [Seikkula 2013: 19]. W Polsce działania oparte na otwartym dialogu są stosunkowo nowym doświadczeniem w opiece psychiatrycznej, niemniej dotychczasowe działania potwierdziły w wielu przypadkach skuteczność tej terapii [Filipiak, Palej-Cieplińska 2014]. Na Oddziale XII Psychiatrii dla Dzieci i Młodzieży WSS im. J. Gromkowskiego we Wrocławiu od kwietnia do końca grudnia 2015 r. było objętych terapią w nurcie otwartego dialogu 25 rodzin. Odbyło się 250 sesji, w których bezpośrednio uczestniczyły 94 osoby (pacjent i sieć wsparcia). Aktualnie z projektu korzysta 13 rodzin – 12 zakończyło pracę. Średni czas uczestniczenia w spotkaniach po wypisaniu pacjenta z oddziału wśród rodzin, które zakończyły/zawiesiły swój udział to 4 miesiące. Rodziny kontynuujące spotkania to rodziny potrzebujące długotrwałej opieki – ich średni czas korzystania ze spotkań to 6 miesięcy – z wyraźną tendencją do wydłużania.

Na podstawie Raportu podsumowującego projekt można stwierdzić, że: średnia długość pobytu na oddziale pacjentów objętych projektem (63 dni) w stosunku do pacjentów nieobjętych projektem (68 dni) jest na podobnym poziomie z tendencją do obniżania.

Zróznicowanie na poszczególne rozpoznania diagnostyczne pokazuje jednak znaczące różnice w długości hospitalizacji:

- a) pacjenci z rozpoznaniem końcowym „ostrych zaburzeń psychiatrycznych” korzystający z projektu mieli znacząco niższy okres hospitalizacji na oddziale stacjonarnym – skrócony o ponad 36% (36,43) w stosunku do pacjentów nie korzystających z opieki szpitalnej (tj. 25,5 dni hospitalizacji mniej);
- b) pacjenci objęci projektem z rozpoznaniem końcowym zaburzenia typu schizofrenia przebywali na oddziale stacjonarnym krócej o ponad 26% (26,6%), tj. 16 dni;
- c) pacjenci z zaburzeniami emocji i zachowania objęci projektem przebywali na oddziale stacjonarnym krócej o 25% krócej (tj. 10 dni);
- d) na podobnym poziomie kształtowała się średnia długość pobytu pacjentów z rozpoznaniem zaburzeń odżywiania i lękowym;
- e) pacjenci z rozpoznaniem depresji objęci projektem korzystali z pobytu na oddziale stacjonarnym dłużej – średnio o 10 dni (19%).

W dwóch na 25 przypadkach stan pacjenta wymagał powtórnej hospitalizacji mimo kontynuowania spotkań po wypisie. Należy jednak zwrócić uwagę na fakt, że powtórna hospitalizacja trwała 50% krócej niż pierwsza, a jej długość była średnio o 40% krótsza niż średnia długość hospitalizacji dla pacjentów z daną diagnozą. Jest to niewątpliwie zasługa czynników związanych z zachowaniem ciągłości psychologicznej – a więc znajomości pacjenta i specyfiki jego trudności oraz zbudowanym zaufaniu rodziny do zespołu terapeutycznego. Umożliwia to szybsze, skuteczniejsze dobranie leczenia oraz dotykane tematów będących sednem problemów podczas spotkań terapeutycznych bez konieczności budowania bezpiecznej relacji od nowa [Raport 2015: 3–6]. Podsumowaniem powyższych ilościowych rozważań nad efektywnością działań opartych na otwartym dialogu niech będą słowa osoby uczestniczącej w spotkaniach opartych na otwartym dialogu:

„co dało mi uczestnictwo w spotkaniach otwartego dialogu? Dało mi swobodę wyrażania emocji. Przyznanie się, że mój mąż ma schizofrenię. Nie jest to dla mnie teraz żadnym problemem. Uświadomienie sobie tego pozwoliło mi na inne życie. Przestałam skupiać się tylko na jego chorobie. To wyzwoliło mnie z lęku przed kolejnymi epizodami. Obecnie mąż zażywa leki, czuje się dobrze wrócił do pracy.”

Podsumowanie

Podejście oparte na otwartym dialogu może i powinno stać się odpowiedzią na poszukiwanie środowiskowego modelu opieki środowiskowej dla osób w kryzysie psychicznym i ich rodzin. W Raporcie Rzecznika Praw Obywatelskich z 2014 r. dostrzeżono, że otwarty dialog może być ogniwem wdrażania programu do-

tyczącego ochrony zdrowia psychicznego w Polsce. Jednak w obecnych procedurach Narodowego Funduszu Zdrowia brakuje zapisów umożliwiających właściwe finansowanie tego typu wsparcia. Dlatego by realizacja programów otwartego dialogu 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. Profesjonaliści praktykujący otwarty dialog 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. Planowanie i wdrażanie systemu opartego na psychiatrii środowiskowej wymaga zintegrowanego podejścia i ścisłej współpracy resortów zdrowia, edukacji, pracy i pomocy społecznej. Tylko takie podejście daje gwarancję stworzenia optymalnej opieki odpowiadającej potrzebom chorych i ich rodzin, umożliwiającej im podjęcie trudu jak najpełniejsze funkcjonowania w społeczeństwie.

Bibliografia

- Błądziński P., Cechnicki A., Bogacz J., Cichocki Ł. (2014), *Znaczenie Otwartego Dialogu w leczeniu osób chorujących na schizofrenię*, „Postępy Psychiatrii i Neurologii”, nr 23.
- Child and adolescent mental health policies and plans*, Biuletyn WHO 2005.
- Ciuńczyk I. (2015), *Spojrzenie psychiatry praktyka na otwarty dialog*, „Psychiatria. Pismo dla Praktyków”, marzec.
- Filipiak E., Palej-Cieplińska M. (2014), *Dobre praktyki w psychiatrii dzieci i młodzieży. Zastosowanie „Otwartego Dialogu” w psychiatrii środowiskowej okresu rozwojowego - doświadczenia własne*, „Psychiatria. Psychologia Kliniczna”, nr 14.
- Gleeson J., Jackson H., Stavely H., Burnett P. (1999), *Family intervention in early psychosis* [w:] *The Recognition and Management of Early Psychosis*, P. McGorry, H. Jackson, (red.), Cambridge University Press, Cambridge.
- Krawczyk A., Solarz A., Wciórka J. (2015), *Otwarty dialog - przydatność w kryzysie psychoetycznym*, „Medycyna Praktyczna – Psychiatria”, nr 2.
- Lisińska Jarża A., Piróg B. (2016), *Miejsce otwartego dialogu w praktyce klinicznej: ograniczenia, kierunki rozwoju, perspektywy*, „Medycyna Praktyczna – Psychiatria”, nr 3.
- Meder J., Jarema M. red. (2008), *Psychiatryczna opieka środowiskowa w Polsce. Raport*, Instytut Praw Pacjenta i Edukacji Zdrowotnej, Warszawa.
- Moskalewicz J., Kiejna A., Wojtyniak B. red. (2012), *Kondycja psychiczna mieszkańców polski. Raport z badań „Epidemiologia zaburzeń psychiatrycznych i dostęp do psychiatrycznej opieki zdrowotnej – EZOP Polska”*, Instytut Psychiatrii i Neurologii, Warszawa.
- Namysłowska I. (2013), *Zdrowie psychiczne dzieci i młodzieży w Polsce - stan rozwoju opieki psychiatrycznej i zadania na przyszłość*, „Postępy Nauk Medycznych”, nr 1.

- Olson M., Seikkula J., Ziedonis D. (2017), *Kluczowe elementy praktyki dialogu w podejściu otwartego dialogu – kryteria wiarygodności*, <http://umassmed.edu/psychiatry/globalinitiatives/opendialogue> [dostęp: 10.05.2017].
- Pietrzykowska B. (2011), *Psychiatria środowiskowa i organizacja psychiatrycznej opieki zdrowotnej* [w:] *Psychiatria. Podręcznik dla studentów medycyny*, A. Bilikiewicz (red.), Warszawa.
- Raport z wykonania projektu „Otwarty dialog” na Oddziale XII Psychiatrii dla Dzieci i Młodzieży WSS im. J. Gromkowskiego we Wrocławiu. Stan wykonania na okres kwiecień–grudzień 2015.
- Seikkula J. (2013), *W stronę dialogu: psychoterapia czy sposób życia?*, „Psychoterapia”, nr 2(165).
- Schütze W. (2015), *Open Dialogue as a contribution to a healthy society: possibilities and limitations*, „Postępy Psychiatrii i Neurologii”, nr 24.
- Wciórka J. red. (2014), *Ochrona zdrowia psychicznego w Polsce: wyzwania, plany, bariery, dobre praktyki*, Raport RPO, Warszawa.
- Wojnarowska B., Oblacińska A. (2014), *Stan zdrowia dzieci i młodzieży w Polsce*, „Ino BAS”, nr 10(170).
- Załuska M. (2006), *Środowiskowy model leczenia psychiatrycznego a zmiany w strukturze lecznictwa w ostatnich latach w Polsce*, „Postępy Psychiatrii i Neurologii”, nr 15.

Netografia

<http://otwartydialog.pl/otwarty-dialog> [dostęp: 10.05.2017].