

Róża Wanda Koprowicz

METODA OTWARTEGO DIALOGU — PRZEGLĄD BADAŃ MIĘDZYNARODOWYCH ORAZ SYTUACJA W POLSCE

OPEN DIALOGUE METHOD — A REVIEW OF INTERNATIONAL RESEARCH AND THE SITUATION IN POLAND

Praktyka prywatna

Szpital Nowowiejski w Warszawie

**Open Dialogue
psychosis
mental health**

Streszczenie

Otwarty Dialog jest metodą leczenia osób, które doświadczyły psychozy. Został stworzony w Finlandii i zyskuje zainteresowanie w wielu krajach. Stanowi alternatywę dla tradycyjnego leczenia psychiatrycznego, jego celem jest zajmowanie się procesem zdrowienia osoby doświadczającej kryzysu, a nie chorobą. Przeprowadzone dotychczas badania wskazywały na wysoką skuteczność tej metody w zakresie skrócenia czasu hospitalizacji, zmniejszenia dawki leków neuroleptycznych oraz zmniejszenia ryzyka wykluczenia społecznego. W artykule dokonano przeglądu badań dotyczących prób wdrożenia Otwartego Dialogu w różnych krajach, skupiając się głównie na pojawiających się trudnościach w tym procesie. Najczęściej występującymi problemami były koszty finansowe, niedopasowanie do wszystkich pacjentów, trudności związane z zapewnieniem mobilności, trudności w nawiązywaniu współpracy różnych specjalistów oraz niedobór pracowników. Następnie odniesiono się do sytuacji w Polsce, w której od 2011 roku funkcjonuje fundacja Polski Instytut Otwartego Dialogu (PIOD), a od 2018 roku rozwijane są Centra Zdrowia Psychicznego (CZP). Doświadczenia różnych krajów w zakresie prób wdrażania metody Otwartego Dialogu mogą być cenne w procesie rozwoju CZP, szczególnie w kontekście działań polskiej fundacji PIOD, które wskazują, że metody Otwartego Dialogu sprawdzają się nie tylko w pracy z osobami z doświadczeniem psychozy.

Summary

Open Dialogue (OD) is a method of treating people who have experienced psychosis. It was created in Finland and is gaining interest in many countries. It is an alternative approach to traditional psychiatric treatment, its aim is to deal with the healing process of the person, instead of focusing on the illness. Studies conducted so far indicate high effectiveness of OD in shortening the duration of hospitalization, reducing the dose of neuroleptic drugs and the risk of social exclusion. The article reviews studies on attempts to implement OD in various countries, focusing on the difficulties that arise in this process. The most common challenges were financial costs, adaptation to all patients, difficulties related to ensuring mobility, creating cooperation between specialists and a shortage of staff. Then, reference was made to the situation in Poland, where the Polish Open Dialogue Institute

(PIOD) has been operating since 2011 and Mental Health Centers (CZP) have been developed since 2018. It seems that the experiences of various countries in implementing the OD method may be valuable in the process of developing the CZP, especially since the experiences of PIOD indicate that the OD methods are effective not only in working with people with experience of psychosis.

Otwarty Dialog — historia i metoda

Otwarty Dialog stanowi model leczenia osób, które doświadczyły kryzysu psychiatrycznego. Metoda ta zyskuje popularność w wielu krajach. Obejmuje zarówno interwencję terapeutyczną dostosowaną do indywidualnych potrzeb pacjenta, jak i sposób organizowania pracy personelu. Celem tego modelu jest zajmowanie się osobą, która doświadczyła kryzysu psychiatrycznego i jej procesem zdrowienia z uwzględnieniem sieci społecznej, a nie skupienie na chorobie, co stanowi alternatywę wobec tradycyjnego leczenia psychiatrycznego [1, 2]. W tej perspektywie psychoza nie jest rozumiana jako choroba, ale jako doświadczenie, reakcja na kryzys. Interwencja terapeutyczna dotyczy nie tylko pracy z samym pacjentem, ale też z jego siecią społeczną, a więc rodziną, przyjaciółmi, a także przedstawicielami ochrony zdrowia zaangażowanymi w proces leczenia. Metoda ta polega na współpracy, dialogu, wspólnym szukaniu wyjścia z kryzysu, którego doświadcza pacjent. W tym modelu praca nie koncentruje się na postawieniu diagnozy, ale na próbie zrozumienia znaczenia objawów. Decyzje podejmowane są poprzez dialog sieci, a nie przez zalecenie profesjonalisty. Niezwykle ważne okazują się więc elastyczność i mobilność zespołu terapeutycznego. Bardzo istotna jest natychmiastowa interwencja, ponieważ może ona powstrzymać rozwój patologicznych mechanizmów intrapsychicznych [3].

Autorami modelu są Jaakko Seikkula i Brigitta Alakare, a jego źródła sięgają do terapii dostosowanej do potrzeb [1], opracowanej w kontekście fińskiego projektu w Turku i krajowego projektu dotyczącego schizofrenii [3]. W tych projektach leczenie psychoz było postrzegane jako ciągły proces, w którym różne metody leczenia łączono w celu zaspokojenia terapeutycznych potrzeb każdego pacjenta, a także jego sieci społecznych [4]. Powstanie i rozwój modelu Otwartego Dialogu wiązały się ze zmianami wdrażanymi w systemie psychiatrycznym w Tornio w Finlandii w latach osiemdziesiątych ubiegłego wieku, które dotyczyły wprowadzenia szkolenia w zakresie terapii rodzin dla różnych zawodów związanych z psychiatrią [3]. Podstawową ideą tego systemu leczenia było skoncentrowanie na rodzinie i sieci pacjenta [1].

Metoda Otwartego Dialogu zwraca uwagę na znaczenie czasu od wystąpienia kryzysu psychiatrycznego do rozpoczęcia leczenia. Im ten czas jest dłuższy, tym gorsza prognoza [3]. Procedura rozpoczyna się spotkaniem, podczas którego tworzony jest zespół dostosowany do potrzeb konkretnego pacjenta, złożony z pracowników poradni lub szpitala, zwykle dwóch lub trzech osób (psychiatra, psycholog, psychoterapeuta, pielęgniarka, pracownik socjalny). Zespół ten odpowiada za cały przebieg leczenia pacjenta, bez względu na przewidywany czas jego trwania i na to, czy pacjent przebywa w domu czy w szpitalu. Otwarty Dialog bazuje na współpracy różnych profesjonalistów, dzięki której pacjent nie wchodzi w jednoczesne relacje z kilkoma oddzielnymi instytucjami. W ten sposób można zapobiec chaosowi i łatwiej jest działać efektywnie. To zmiana z dotychczasowego schematu spotkań zespołu, którego celem było zaplanowanie leczenia i oddzielnie sesji

terapii indywidualnej lub rodzinnej, na spotkania otwarte polegające zarówno na leczeniu, jak i planowaniu, zarówno w sieci osobistej pacjenta, jak i sieci profesjonalistów [3]. Metoda Otwartego Dialogu opiera się na założeniu, że ani klienci, ani profesjonalści nie działają w odosobnieniu. W tej metodzie koncentruje się na współpracy w obrębie sieci społecznej pacjenta, a nie na leczeniu jako takim. Praca metodą Otwartego Dialogu polega na przyjęciu postawy otwartości i dążeniu do zrozumienia, jakie znaczenie dla jednostki mają doświadczane objawy. Wymaga to od profesjonalistów zmiany sposobu myślenia o pacjencie, a także zmiany funkcjonowania w zespole. Dużym wyzwaniem dla terapeutów jest rezygnacja z hierarchicznego rozkładu odpowiedzialności, szczególnie podczas pracy z osobą w ostrym kryzysie [3].

Metoda Otwartego Dialogu opiera się na kilku zasadach: natychmiastowej reakcji wsparcia (interwencja terapeutyczna odbywa się w czasie pierwszej doby od wystąpienia kryzysu), włączeniu sieci społecznej (np. rodziny), elastyczności i mobilności (np. spotkania w domu pacjenta, a jeśli nie jest to możliwe — w szpitalu lub poradni; plan leczenia jest ciągle dostosowywany do zmieniających się potrzeb pacjenta), współodpowiedzialności (decyzje zespołu terapeutycznego podejmowane są wspólnie z pacjentem), zapewnieniu przez zespół terapeutyczny ciągłości oddziaływań psychologicznych, tolerancji niepewności oraz przyjęcia dialogicznej postawy. Spotkania skoncentrowane są na rozmowie o sytuacji indywidualnego pacjenta, a nie na chorobie [3, 5]. Celem natychmiastowej reakcji jest uniknięcie hospitalizacji, dlatego kilka pierwszych spotkań odbywa się w okresie największego nasilenia psychozy. Uwzględnienie sieci społecznej jest istotne dla zrozumienia problemu; podczas ostrych kryzysów to bliscy pacjenta często jako pierwsi opisują problem. Elastyczność i mobilność spotkań dotyczą dopasowania metod terapii do zmiennych potrzeb pacjenta. Współodpowiedzialność odnosi się do podejmowania decyzji związanych z leczeniem wspólnie z pacjentem. Zespół bierze także odpowiedzialność za terapię na tak długo, jak jest to potrzebne, niezależnie od miejsca przebywania pacjenta; nie odsyła go do innych poradni, choć może włączyć do swojego grona np. pracownika poradni uzależnień. Zachowanie ciągłości oznacza współpracę różnych specjalistów w jednym procesie leczenia, a nie współzawodnictwo między profesjonalistami. Tolerowanie niepewności przez zespół jest związane z zapewnieniem poczucia bezpieczeństwa pacjentowi i jego sieci tak, by wszyscy uczestnicy czuli się usłyszani oraz by wzmacniać ich poczucie wpływu na własne życie.

Jest to odmienne od praktyki zorientowanej na chorobę, w której najważniejszym zadaniem we wczesnej fazie leczenia jest zmniejszenie lub zlikwidowanie objawów, najczęściej przez włączenie neuroleptyków. Przyjęcie postawy dialogicznej obejmuje przede wszystkim koncentrację na wsparciu dialogu, a w następnej kolejności na wspieraniu zmiany w pacjencie. Dialog stanowi przestrzeń, w której pacjent i jego sieć, omawiając występujące trudności, mogą uzyskać większy wpływ na własne życie. Spotkanie terapeutyczne jest wspólnym poszukiwaniem. Zespół nie wyznacza wcześniej tematu spotkania, tylko kieruje dialogiem, dostosowując go do tego, co mówią uczestnicy. Wszyscy obecni mają prawo komentować cudze wypowiedzi. Profesjonaliści mogą zadawać dalsze pytania dotyczące omawianego tematu lub dzielić się refleksjami odzwierciedlającymi. Podejście dialogiczne należy więc rozumieć nie tylko jako dyskusję między uczestnikami, ale przede wszystkim jako relację dialogiczną, opierającą się na wspólnym myśleniu, a nie jedynie

na wymianie pytań i odpowiedzi. Podmiotem myślącym stają się wszyscy uczestnicy, a nie tylko pojedyncze jednostki. Spotkanie przyjmuje formę zespołową, opiera się na wzajemnym słuchaniu i dzieleniu się uczuciami i myślami. Grupa profesjonalistów jest odpowiedzialna za to, by wszyscy uczestnicy dialogu czuli się ważni, za zapewnienie bezpieczeństwa i przewidywalności spotkań. Zasady te zostały sformułowane w wyniku przeprowadzanych badań dotyczących efektywności, skuteczności i jakości procesów terapeutycznych, a nie opracowane z góry jako wytyczne [3].

Zespół składa się z minimum dwóch profesjonalistów, pacjenta oraz jego sieci społecznej, a istotą jego działania jest wspólna refleksja. Ważne jest, by łączyły osoby wykonujące różne zawody, wśród nich psychiatrów, psychoterapeutów, terapeutów zajęciowych, pielęgniarki, pracowników socjalnych oraz asystentów zdrowienia. Różne doświadczenia członków oraz ich zróżnicowany sposób widzenia pacjenta rozwijają refleksyjność i otwartość, w związku z tym ważna jest także jakość relacji koterapeutów, która ma wpływ na proces terapeutyczny [1, 6, 7].

Otwarty Dialog na świecie

W niniejszym artykule przytoczono badania dotyczące skuteczności modelu Otwartego Dialogu oraz doświadczeń związanych z wdrażaniem tej metody w różnych krajach, zwrócono także uwagę na doświadczenia klinicystów. Odwołano się zarówno do metaanaliz [4, 5, 9, 20, 21], jak i pojedynczych projektów badawczych [6, 7, 8, 11, 12, 13, 14, 15, 16, 17, 18, 19, 22, 23]. Większość badań odnoszących się do metody Otwartego Dialogu dotyczyło leczenia zaburzeń psychiatrycznych, ale płynące z nich wnioski nie są specyficzne dla tej konkretnej diagnozy [3]. W zachodniej Laponii podejmowano próby zastosowania zasad Otwartego Dialogu we wszystkich rodzajach leczenia psychiatrycznego prowadzonych w regionie, niezależnie od diagnozy [4]. Metoda ta została także wprowadzona w 2017 roku w australijskim schronisku dla kobiet [8]. W Polsce Otwarty Dialog wykorzystywano w Dziennym Ośrodku Psychiatrii i Zaburzeń Mowy dla Dzieci i Młodzieży we Wrocławiu (<https://otwartydialog.pl/otwarty-dialog-w-kryzysie-psychotycznym>).

Celem metody Otwartego Dialogu było stworzenie kompleksowego, zorientowanego psychoterapeutycznie modelu leczenia w sektorze publicznego zdrowia psychicznego, by sprostać rzeczywistym i zmieniającym się potrzebom pacjentów ze schizofrenią, a także ich rodzin [3]. Miał to być model skierowany na rodzinę, który promuje wzajemne dialogi między pacjentami, osobami z ich sieci społecznych i pracownikami ochrony zdrowia psychicznego, prowadząc w ten sposób do wspólnego rozumienia zaistniałej sytuacji [4]. Efektem leczenia miał być powrót pacjenta do aktywnego życia społecznego i zawodowego oraz zmniejszenie nasilenia objawów psychiatrycznych.

Jednym z pierwszych badań dotyczących skuteczności metody Otwartego Dialogu było badanie programu ODA (ang. *Open Dialogue Approach in Acute Psychosis*), który trwał od stycznia 1994 do marca 1997 roku. Badano w nim także znaczenie neuroleptyków w leczeniu epizodów psychiatrycznych. W grupach porównawczych podawano neuroleptyki w sposób tradycyjny, w grupach badanych starano się ich unikać we wstępnych fazach leczenia (w ciągu pierwszych trzech tygodni w razie potrzeby podawano

benzodiazepiny i włączano neuroleptyki tylko w sytuacji braku poprawy). Zgodnie z założeniem metody, próbowano integrować leczenie farmakologiczne z oddziaływaniami psychospołecznymi. Oceny skuteczności przeprowadzono na początku oraz po dwóch i po pięciu latach. Badanie po dwóch latach wskazało, że pacjenci z grupy porównawczej byli hospitalizowani częściej niż osoby objęte leczeniem zgodnym z metodą Otwartego Dialogu. Leczenie neuroleptykami w grupie badanej dotyczyło jednej trzeciej pacjentów, w grupie porównawczej — wszystkich. Badanie po upływie pięciu lat dowiodło, że pacjenci objęci leczeniem zgodnym z metodą Otwartego Dialogu byli hospitalizowani znacznie rzadziej niż pacjenci z grupy porównawczej. Z porównania rezultatów leczenia wynika, że pacjenci uczestniczący w programach zgodnych z metodą Otwartego Dialogu lepiej wychodzili z kryzysów psychotycznych, rzadziej występowały u nich nawroty, a także rzadziej utrzymywały się u nich objawy psychotyczne oraz lepiej radzili sobie zawodowo (wracali do aktywności zawodowej lub edukacyjnej; podczas gdy większość badanych z grupy porównawczej utrzymywała się z renty, w grupie badanej było to 19%) [3]. W badaniach przeprowadzonych w Tornio zaobserwowano istotny spadek liczby zachorowań na schizofrenię oraz spadek liczby osób przewlekle chorych na schizofrenię stale przebywających w szpitalu [3]. Badania te zwróciły także uwagę na znaczenie sytuacji pacjentów przed doświadczeniem kryzysu: jeśli żyli biernie, nie pracowali lub nie szukali pracy, byli bardziej narażeni na złe wyniki po dwóch latach od kryzysu. Było jednak wiele wyjątków od tej reguły [1].

Liczne badania z różnych krajów są spójne z tymi z Finlandii. Analizy związku między czasem trwania nieleczzonego epizodu psychotycznego a sytuacją po 12 latach od pierwszego epizodu wskazują, że dłuższy czas trwania nieleczzonej psychozy przekłada się na poważniejsze objawy, gorsze funkcjonowanie w stanie remisji oraz niższą jakość życia [9]. Wczesna interwencja i włączenie sieci społecznej w proces leczenia ma kluczowe znaczenie dla przebiegu kryzysu, wiąże się także z wyższą motywacją do kontynuacji leczenia. Wiele badań wskazuje, że wykorzystanie metody Otwartego Dialogu skutkowało krótszą hospitalizacją i stosowaniem mniejszych dawek leków przeciwpsychotycznych [10, 11], a także wpływało na znaczne obniżenie ryzyka wykluczenia z życia społecznego, choć nie zapobiegało samemu wystąpieniu kryzysu. Widoczny jest również długoterminowy efekt leczenia [11, 12]. Analizy dotyczące wdrażania i skuteczności Otwartego Dialogu są jednak często niskiej jakości, badane próby są małe, nie ma także opracowanych spójnych strategii wdrażania ani weryfikowania tej metody [2, 5]. Nie jest ona pojedynczą interwencją, ale raczej zbiorem zasad i praktyk, które integrują różne podejścia do leczenia w zależności od potrzeb, co może utrudniać wyodrębnienie składników kluczowych dla osiągnięcia sukcesu oraz badań nad jej skutecznością [9].

Badania dotyczące prób wprowadzenia Otwartego Dialogu w USA i Wielkiej Brytanii wykazały, że choć metoda ta była uznawana za klinicznie pomocną, to koszty szkoleń oraz wdrażania jej w lokalnym kontekście stanowiły poważne trudności [12, 13, 14, 22]. W USA w badaniu trwającym 12 miesięcy, w którym wzięło udział 16 pacjentów i 8 członków zespołu, wykazano, że metoda Otwartego Dialogu może odgrywać ważną rolę w amerykańskiej ochronie zdrowia psychicznego. Największą trudność we wdrażaniu projektu stanowiły koszty finansowe. Nie znaleziono wystarczających środków na udział wielu klinicystów w spotkaniach, dojazd do pacjentów ani na zróżnicowaną długość spotkań.

Badanie wskazało także, że metoda ta może być nieodpowiednia dla rodzin skonfliktowanych lub z historią przemocy [12].

W Portugalii stworzono mały zespół kryzysowy składający się z dwóch psychologów klinicznych (będących również psychoterapeutami), jednego psychologa klinicznego z tytułem doktora psychoterapii oraz jednego psychiatry. Wszyscy przeszli trening Otwartego Dialogu. Zespół pracował pięć dni w tygodniu, a jego celem była poprawa jakości świadczeń psychiatrycznych, psychologicznych oraz socjalnych dla osób w kryzysie psychicznym. Przeprowadzone badanie wskazało na korzystne wyniki tej metody, odnosząc je zarówno do funkcjonowania pacjentów w sieci społecznej, poprawę relacji interpersonalnych, jak i zmniejszenia objawów. Jednak zwróciło także uwagę na trudności napotkane we wdrażaniu tej metody, związane z niedoborem pracowników w obszarze psychoterapii i psychiatrii [15].

Australijscy klinicyści wykazywali postawę otwartości i wspierające podejście przy próbie wdrożenia Otwartego Dialogu, jednak metoda ta została zakwestionowana przez dominujący model medyczny i nacisk kładziony na efektywność ekonomiczną w leczeniu [16]. Z badań przeprowadzonych w Australii wynika także, że profesjonaliści doświadczali postawy dialogicznej jako dezorientującej oraz ryzykownej pod względem odślaniania się [17].

Podczas badania w Grecji klinicyści uczestniczyli w krótkich seminariach prowadzonych online przez skandynawskich specjalistów, a nie w pełnym szkoleniu z Otwartego Dialogu. Dodatkowo utworzono cotygodniową grupę dyskusyjną dla profesjonalistów, której celem było zapoznanie się, samokształcenie i autorefleksja na temat praktyk Otwartego Dialogu oraz wszelkich innych zagadnień, które pojawiły się w wyniku prób wdrożeniowych. Metoda została doceniona przez klinicystów, którzy dostrzegli w niej potencjał osobistego rozwoju zawodowego, zwiększenia poczucia otwartości oraz zespołowości. Jej wdrażanie wiązało się z uznaniem ograniczeń profesjonalistów, zakwestionowaniem ich wszechmocy oraz odejściem od pozycji autorytetu. Jednocześnie klinicyści zwracali uwagę na trudności i niepewność w łączeniu założeń teoretycznych z praktyką, a także różnice kulturowe utrudniające wprowadzanie tej metody [18].

W Hiszpanii po raz pierwszy zastosowano Otwarty Dialog jako narzędzie terapeutyczne w 2016 roku w Centrum Zdrowia Psychicznego w Badalonie [19]. Jego wdrażanie w tym kraju charakteryzowało się różnicami regionalnymi — w niektórych przypadkach profesjonaliści włączyli zasady Otwartego Dialogu do swoich indywidualnych praktyk lub integrowali je z innymi istniejącymi metodami, często angażowano także ekspertów z doświadczeniem życiowym (asystentów zdrowienia). Niektóre stowarzyszenia i grupy opracowały własne podejścia w oparciu o ramy Otwartego Dialogu. W 2020 roku po raz pierwszy zaoferowano szkolenie w zakresie tej metody w postaci kursu uniwersyteckiego w Barcelonie, a w 2022 roku na Uniwersytecie w Almerii uruchomiono kurs internetowy, który był współprowadzony przez Jaakko Seikkulę. Kolejnym przykładem rosnącego zainteresowania tą metodą był 26. Międzynarodowy Kongres Sieci Otwartego Dialogu na rzecz Leczenia Psychoz, który odbył się w Hiszpanii w roku 2022 [19].

Przegląd badań dotyczących wdrażania Otwartego Dialogu w krajach skandynawskich wskazał na wyzwania stojące przed personelem, nawet mimo większej spójności kulturowej. Wśród najczęstszych należy wymienić współpracę przedstawicieli różnych

specjalności, wysoki poziom niepewności i obaw dotyczących odsłaniania się oraz trudność w porzuceniu roli eksperta [20].

Sukces lub niepowodzenie we wdrażaniu Otwartego Dialogu można przypisać różnym czynnikom organizacyjnym, społecznym i kulturowym. Wydaje się, że najczęściej występujące trudności dotyczą kwestii organizacyjnych i finansowych, a także niedostatecznej liczby pracowników sektora ochrony zdrowia. Ważnymi czynnikami wpływającymi na efekt wdrożenia okazały się także zaangażowanie i współpraca specjalistów [12, 13, 14, 15, 16].

Rola specjalistów jest kluczowa we wprowadzaniu i rozwijaniu metody Otwartego Dialogu oraz dialogicznego sposobu myślenia w pracy z osobami doświadczającymi kryzysów psychicznych. Badania wskazują, że profesjonalści w większości uznają tę metodę za cenną, pomagającą w budowaniu relacji i dialogu zarówno w zespole, jak i w kontakcie z pacjentem oraz w rozwoju osobistym [12, 17, 18]. Jednocześnie przyjęcie otwartej, refleksyjnej postawy okazuje się dla nich trudne, prawdopodobnie w związku z tym, że jest to sposób bycia z innymi, a nie tylko technika pracy [14, 20]. Badani klinicyści doświadczali niepewności, chcąc utrzymać odpowiednie granice między autentyczną, refleksyjną postawą niewiedzy, a odsłanianiem się. Z kolei powrót do wcześniejszych praktyk psychiatrycznych i oparcie na wiedzy specjalistycznej łagodziły u nich niepokój zawodowy, przywracając poczucie kontroli nad procesem terapeutycznym [17, 18, 21]. Wyzwaniem dla profesjonalistów okazywało się także porzucenie tradycyjnej roli eksperta, zmiana myślenia zarówno o procesie leczenia, jak i własnej tożsamości zawodowej oraz znoszenie niepewności związanej ze stosowaniem relacyjnej postawy w praktyce klinicznej [14, 18, 20]. Specjaliści często czuli także większą odpowiedzialność związaną z ograniczeniem hospitalizacji [11]. Cenili współpracę w międzydyscyplinarnym zespole, choć stanowiła ona wyzwanie zmuszające ich do zakwestionowania istniejącej hierarchii i budowania dialogicznej kultury współpracy. Ważnym czynnikiem są więc także relacje między członkami zespołu [13, 18, 21, 23].

Psychiatria środowiskowa, Centra Zdrowia Psychicznego i Otwarty Dialog w Polsce

W Polsce od lat siedemdziesiątych XX wieku rozwijany jest środowiskowy model opieki psychiatrycznej. Od tego czasu wzrosła liczba poradni zdrowia psychicznego, zespołów leczenia środowiskowego, oddziałów psychiatrycznych całodobowych i oddziałów dziennych, powstały także, w ramach pomocy społecznej, środowiskowe placówki wsparcia społecznego dla osób chorujących psychicznie [24]. Model opieki środowiskowej odnosi się do leczenia oraz organizacji opieki psychiatrycznej, a także do idei jej funkcjonowania. Jego rozwój wiąże się z rezygnacją z leczenia opartego na izolacji chorujących [10]. Istotą modelu środowiskowego jest leczenie osób w kryzysach psychicznych, skupiające się na procesie zdrowienia przez zajmowanie się różnymi aspektami zdrowia psychicznego, z uwzględnieniem ważnej roli środowiska. Aktywizacja społeczna i zawodowa osób dotkniętych kryzysem są w nim rozumiane jako sposób rehabilitacji. Obejmuje on również inne aspekty zdrowia psychicznego, takie jak prewencja, edukacja i promocja, jednak w praktyce najczęściej skupia się na leczeniu osób dotkniętych kryzysem [10, 24].

Ważną rolę w rozwoju leczenia środowiskowego oraz idei Otwartego Dialogu odgrywa w Polsce fundacja Polski Instytut Otwartego Dialogu (PIOD), która funkcjonuje od 2011 roku we Wrocławiu. Jej celem jest wspieranie w procesie zdrowienia osób, które doświadczają trudności w zakresie zdrowia psychicznego, oraz organizacja kursów Otwartego Dialogu we współpracy z innymi krajami. Fundacja wyszkoliła w Polsce 54 osoby. PIOD zwraca uwagę, że realizacja Otwartego Dialogu w Polsce wymaga zmiany przepisów dotyczących finansowania opieki psychiatrycznej oraz przygotowania warunków do tej metody (szczególnie w zakresie wczesnej interwencji i mobilności). Pomimo tych ograniczeń są ośrodki, w których próbuje się wdrażać i realizować zasady Otwartego Dialogu (<https://otwartydialog.pl/otwarty-dialog-w-kryzysie-psychotycznym>).

Od 2018 roku w ramach programu pilotażowego rozwijane są w Polsce Centra Zdrowia Psychicznego (CZP). Zgodnie z Rozporządzeniem Ministra Zdrowia z dnia 13 września 2023 funkcjonowanie CZP ma na celu kompleksowe świadczenia z zakresu opieki psychiatrycznej i skoordynowane działania specjalistów, zespołów leczenia środowiskowego, leczenia domowego oraz leczenia w placówkach dziennych i całonocnych. Do ich zadań należą także ograniczanie częstości i długości hospitalizacji, integracja osób doświadczających kryzysów psychicznych z lokalną społecznością, przeciwdziałanie wykluczeniu i stygmatyzacji, zaangażowanie opiekunów, uznawanie autonomii pacjenta i dostosowanie leczenia do jego potrzeb, profilaktyka ochrony zdrowia psychicznego oraz wdrożenie szkoleń kadr. CZP tworzone są z uwzględnieniem liczby mieszkańców na danym obszarze tak, by odpowiedzialność terytorialna obejmowała nie więcej niż 200 tysięcy mieszkańców. CZP mają także zapewniać natychmiastową pomoc w przypadkach nagłych, a w pilnych do 72 godzin. Można więc uznać, że rozwój CZP jest zgodny z ideą zarówno psychiatrii środowiskowej, jak i Otwartego Dialogu w zakresie zastąpienia systemu opieki zdrowotnej opartej na hospitalizacji i izolacji, skupionej na procesie chorowania, podejściem ukierunkowanym na proces zdrowienia. W Polsce brakuje jednak możliwości finansowania świadczeń na rzecz jednego pacjenta przez kilku pracowników jednocześnie [3].

Otwarty Dialog a CZP

W Polsce większość prób wdrożenia Otwartego Dialogu opierała się na działaniach projektowych, które z założenia są ograniczone w czasie, nawet jeśli przynoszą dobre rezultaty. Przytoczone badania wskazują, że wprowadzanie Otwartego Dialogu jako metody napotyka na wiele wyzwań — należą do nich koszty finansowe, niedopasowanie do wszystkich pacjentów, zapewnienie mobilności, współpraca różnych specjalistów, zbyt mała liczba pracowników [12, 13, 14, 15, 16, 17, 18]. Jednocześnie wyniki dotyczące skuteczności metody są obiecujące, a specjaliści doceniają dialogiczną formę pracy [11, 12, 13, 14, 15, 18]. W doświadczeniach z różnych krajów podkreśla się znaczenie różnic kulturowych oraz dopasowania funkcjonujących struktur do innowacyjnych metod. Wydaje się, że dobrym kierunkiem może być próba filozoficznego dopasowania modelu Otwartego Dialogu do przyjętej polityki organizacji publicznej ochrony zdrowia psychicznego [9], szczególnie w kontekście działań między innymi fundacji PIOD, które wskazują, że metody Otwartego Dialogu sprawdzają się nie tylko w pracy z osobami z doświadczeniem psychozy.

Założenia CZP są częściowo spójne z zasadami pracy metodą Otwartego Dialogu. Dotyczy to koncentracji na pacjencie (a nie na chorobie), natychmiastowego lub pilnego udzielenia pomocy, mobilności i elastyczności, ograniczania długości i częstotliwości hospitalizacji. W obu przypadkach ważne jest utrzymywanie aktywności osoby doświadczającej kryzysu psychicznego (w założeniach CZP wymienia się włączanie do lokalnej sieci oraz przeciwdziałanie wykluczeniu) oraz zaangażowanie sieci społecznej w proces zdrowienia (w CZP dotyczy to opiekunów). Podkreśla się także ważność współpracy różnych specjalistów, choć CZP nie proponuje jednoczesnych spotkań zespołu i pacjenta. Budowanie współpracy i otwartości w zespole składającym się z różnych specjalistów okazało się trudne do wprowadzenia, co pokazują doświadczenia z różnych krajów opisane w przytoczonych badaniach. Dlatego wydaje się, że jest to punkt wymagający szczególnego zainteresowania w procesie rozwoju CZP. Ciekawym przykładem takich działań są wprowadzone w greckim projekcie cotygodniowe spotkania grup dyskusyjnych dla specjalistów, które mogą być cennym elementem budowania atmosfery współpracy i otwartości, a także zaangażowania i integracji różnych podejść i specjalizacji [18]. Należy obserwować rozwój wprowadzanych zmian, a doświadczenia płynące z badań nad metodą Otwartego Dialogu mogą okazać się pomocne w procesie rozwijania dialogu zarówno z osobami doświadczającymi kryzysu, jak i między różnymi specjalistami. Ciekawym pomysłem wydaje się także wprowadzanie kursów Otwartego Dialogu na uniwersytetach w Hiszpanii [19]. Mogą one kształtować dialogiczny, otwarty sposób myślenia już u studentów, którzy są jeszcze przed rozpoczęciem pracy z pacjentami. Jest to zgodne z wcześniej przywołanym przeglądem badań [20], które wykazały, że mniej doświadczonym specjalistom łatwiej było integrować zasady Otwartego Dialogu z własną praktyką zawodową [18].

Piśmiennictwo

1. Seikkula J. Open dialogue in psychosis II: A comparison of good and poor outcome cases. *Journal of Constructivist Psychology*. 2001; 14(4): 267–284.
2. Freeman AM, Tribe R, Stott J, Pilling S. Open Dialogue: A Review of the Evidence. *Psychiatric Services*. 2019; 70(1): 1–84.
3. Seikkula J, Arnkil TE. Dialog sieci społecznych. Warszawa: Wydawnictwo Paradygmat; 2018.
4. Bergström T, Seikkula J, Alakare B, Mäki P, Köngäs-Saviaro P, Taskila JJ i wsp., The family-oriented open dialogue approach in the treatment of first-episode psychosis: nineteen-year outcomes, *Psychiatry Research*. 2018; 270: 168–175.
5. Bartczak-Szermer D, Rowiński T. Rola i znaczenie metody Otwartego Dialogu w Środowiskowych Centrach Zdrowia Psychicznego. *Studia Psychologica: Theoria Et Praxis*. 2022; 20(2): 5–19.
6. Holmesland AL, Seikkula J, Hopfenbeck M. Inter-agency work in open dialogue: the significance of listening and authenticity. *J. Interprof. Care*. 2014; 28, 433–439.
7. Lagogianni C, Georgaca E, Christoforidou D. Co-therapy in Open Dialogue: Transforming therapists' self in a shared space. *Frontiers in Psychology*. 2023; 14.
8. Dawson L, Einboden R, McCloughen A, Buus N. Beyond polyphony: Open Dialogue in a Women's Shelter in Australia as a possibility for supporting violence-informed practice. *Journal of Marital and Family Therapy*. 2021; 47: 136–149.

9. Lakeman R. The Finnish open dialogue approach to crisis intervention in psychosis: A review. *Psychotherapy Australia*. 2014; 20: 26–33.
10. Kłapiński MM, Rymaszewska J. Podejście terapeutyczne oparte na Otwartym Dialogu — o fenomenie skandynawskiej psychiatrii. *Psychiatria Polska*. 2015; 49(6): 1179–1190.
11. Gidugu V, Rogers ES, Gordon C, Elwy AR, Drainoni ML. Client, family, and clinician experiences of Open Dialogue-based services. *Psychological Services*. 2021; 18(2): 154–163.
12. Gordon C, Gidugu V, Rogers ES, DeRonck J, Ziedonis D. Adapting Open Dialogue for Early-Onset Psychosis Into the U.S. Health Care Environment: A Feasibility Study. *Psychiatric Services*. 2016; 67 (11): 1165–1273.
13. Tribe R, Freeman A, Livingstone S, Stott J, Pilling S. Open dialogue in the UK: qualitative study. *BJPsych*. 2019; 5(49):1–7.
14. Kinane C, Osborne J, Ishaq Y, Colman M, MacInnes D. Peer supported open dialogue in the National Health Service: implementing and evaluating a new approach to mental health care. *BMC Psychiatry*. 2022; 22(138).
15. Tavares S, Ribeiro J, Graça S, Araújo B, Puchivailo M, Pereira JG. The first Portuguese Open Dialogue pilot project intervention. *Frontiers in Psychology*. 2023; 14.
16. Dawson L, River J, McCloughen A, Buus N. ‘Should it fit? Yes. Does it fit? No’: Exploring the organisational processes of introducing a recovery-oriented approach to mental health in Australian private health care. *Health (London)*. 2021; 25(3): 376–394.
17. Schubert S, Rhodes P, Buus N. Transformation of professional identity: an exploration of psychologists and psychiatrists implementing Open Dialogue. *Journal of Family Therapy*. 2021; 43: 143–164.
18. Skourteli MC, Issari P, Dimou L, Antonopoulou AOA, Bairami G, Stefanidou A, Kouroglou V, Stylianidis S. The introduction and implementation of open dialogue in a day center in Athens, Greece: experiences and reflections of mental health professionals. *Front Psychol*. 2023; 25;14:1074203.
19. Parrabera-García S, Oujó-Fernández C, Lirola MJ, Cangas AJ, Marfá-Vallverdú J, Correa-Urquiza M, Garcia-Torrents E. Open Dialogue in Spain: an initial survey of knowledge and perspectives. *Front Psychol*. 2023; 10;14:1166919.
20. Buus N, Bikic A, Jacobsen EK, Müller-Nielsen K, Aagaard J, Rossen CB. Adapting and implementing open dialogue in the Scandinavian countries: a scoping review. *Issues Ment. Health Nurs*. 2017; 38: 391–401.
21. Seikkula J, Olson ME. The open dialogue approach to acute psychosis: its poetics and micro-politics. *Fam. Process*. 2003; 42: 403–418.
22. Hendy C, Pearson M. Peer supported open dialogue in a UK NHS trust – a qualitative exploration of clients’ and network members’ experiences. *J. Ment. Health Train. Educ. Pract*. 2020; 15: 95–103.
23. Holmesland AL, Seikkula J, Nilsen Ø, Hopfenbeck M, Arnkil TE. Open dialogues in social networks: professional identity and transdisciplinary collaboration. *Int. J. Integr. Care*. 2010; 10: 1–14.
24. Biechowska D, Cechnicki A, Godyń J, Balicki M, Wciórka J, Ciućczyk I i wsp. Mental Health Centers. Preliminary evaluation of the pilot program implementation process. *Psychiatria Polska*. 2022; 56(2): 205–216.

Adres: rwkoprowicz@gmail.com