

Otwórzmy się na OTWARTY DIALOG

Kiedy na początku mojej pracy z osobami z rozpoznaniem psychozy przeczytałam książkę prof. Yjrö Alanena „Schizofrenia. Jej przyczyny i leczenie dostosowane do potrzeb” czułam jakbym znalazła się w innym świecie terapeutycznym. Schizofrenia, która leczy się psychoterapią?, indywidualne podejście do osoby chorującej?, wsparcie i terapia dla rodzin? WOW! W jakimś sensie ta książka stała się dla mnie biblią, którą starałam kierować się w moim myśleniu nt psychoz. Z uporem podkreślałam moim studentom – jest możliwe wyleczenie ze schizofrenii – mimo tego, że autorytety psychiatrii mówiły im „to niemożliwe”. Potem dzięki doświadczeniu pracy z osobami chorującymi oraz ich rodzinami coraz częściej rozumiałam psychozę jako odpowiedź na kryzys, traumę, jako sposób radzenia sobie z niemożliwymi do przyjęcia w tzw. rzeczywistości doświadczeniami życiowymi (nawet jeśli nadal przynosił on cierpienie, to często prowokował również zmiany lub chronił przed czymś jeszcze trudniejszym czy umożliwiał wyrażenie tego co było niemożliwe do wyrażenia w formie bezpośredniej – np. w słowach). Rozumiałam, że wspierając chorującego w kontynuowaniu leczenia psychiatrycznego mogę jednocześnie zajmować się czynnikami psychologicznymi, które czasem wręcz wpływały na plan pierwszy.

Miałam szczęście spotkać wielu specjalistów podzielających to myślenie, za co jestem bardzo wdzięczna, ale dopiero poznanie PODEJŚCIA DO LECZENIA CHOROÓB PSYCHICZNYCH OPARTEGO NA OTWARTYM DIALOGU pozwoliło mi poczuć w pełni, że to co robię, myślę ma sens i jest jakoś umocowane w rzeczywistości terapii a właściwie powinnam powiedzieć w KONTAKCIE (bo to słowo jakoś bardziej pasuje do filozofii otwartego dialogu).

Podejście oparte na Otwartym Dialogu (ODA) zostało stworzone w latach osiemdziesiątych XX wieku przez psychoterapeutę Jaakko Seikkulę i Brigitte Alakare (psychiatrę) oraz ich zespół w szpitalu Keropudas w Zachodniej Laponii (Finlandia). Będąc odpowiedzialnymi za planowanie terapii pacjentów przyjmowanych do szpitala wypracowali system leczenia skoncentrowany na sieci wsparcia społecznego korzystając z doświadczeń prof. Yjrö Alanena i jego współpracowników (również w Finlandii).

Otwarty Dialog jako podejście wskazuje na konieczność natychmiastowej interwencji, co często skutecznie ogranicza konieczność hospitalizacji i pomaga powstrzymać rozwój choroby. Drugą zasadą jest elastyczność i mobilność zespołu terapeutycznego co również gwarantuje podtrzymywanie kontaktu tak długo jak jest to potrzebne (gwarancja ciągłości pomocy). Każdy kto kiedykolwiek znajdował się w kryzysie wie jak ważne jest poczucie bezpieczeństwa – to kolejna ważna wskazówka Otwartego Dialogu – zaufanie i bezpieczeństwo każdego członka sieci społecznej. To zaufanie, bezpieczeństwo i ciągłość pomocy powoduje, że często możliwe jest ograniczenie farmakoterapii, a nawet rezygnacja z niej (jeśli taka jest potrzeba osoby chorującej). Oczywiście można „zarzucić” tej metodzie wysokie koszty, ale badania pokazują, że patrząc długofalowo koszty finansowe, ale przede wszystkim społeczne maleją – np. w badania pokazują, że około 86% pacjentów korzystających z leczenia w ramach Otwartego Dialogu wróciło na studia lub do pracy a 82 %\$ po 5 latach nie miało objawów psychotycznych. To bardzo wymierne korzyści.

Jeśli chodzi o sam sposób prowadzenia terapii to są to spotkania sieci społecznej (czyli osób zaangażowanych w pomoc osobie doświadczającej kryzysu). Co ciekawe ilość osób nie jest z góry określona. Najczęściej są to bliscy (rodzina, przyjaciele) , ale często również na spotkanie jest zapraszany lekarz, terapeuta, nauczyciel czy ksiądz. Sesję prowadzą tzw moderatorzy (świadomie nie używa się określenia terapeuci), którzy pomagają w dialogu i dbają, aby każdy mógł być usłyszany. Moderatorzy również świadomie rezygnują z pozycji eksperta i podążają za tematami (potrzebami) uczestników spotkania. W czasie sesji prowadzący kilkakrotnie przerywają rozmowę, aby podzielić się myślami, odczuciami, spostrzeżeniami. Taką rolę może pełnić tzw zespół reflektujący (przysłuchujący się spotkaniu). Te refleksje w założeniu prowokują do dalszego dialogu. I znowu zespół reflektujący nie jest gronem eksperckim , nie ma monopolu naprawdę, nie ocenia i nie udziela porad – po prostu dzieli się swoimi odczuciami, swoim dialogiem. Być może opis ten wydaje się nieco „dziwny” osobom przyzwyczajonym do klasycznego widzenia pomagania – jako udzielania porad, kierowania. Zapewniam jednak, że doświadczenie bycia w tej sytuacji pozwala poczuć siłę wsparcia, zrozumienia i otworzyć na potrzeby nie tylko osoby cierpiącej na schizofrenię, ale też cierpiącej z nią rodziny, bliskich. Bycie zrozumianym, wspólne szukanie rozwiązań , przetrwania kryzysu jest czymś niezmiernie otwierającym. Przychodzi mi na myśl scena z bardzo mądrego filmu „Miłość Larsa”, kiedy jedna z osób wspierających mówi do głównego bohatera w kryzysie „przyszliśmy tu posiedzieć... tak się robi w obliczu tragedii, ludzie zbierają się by razem posiedzieć...”. To „posiedzieć” jest metaforą poczucia wspólnoty, bycia razem w trudności i nie bycia ekspertem , który wie lepiej jako powinniśmy się zachować, co robić i co powiedzieć. „Miłość Larsa” mogłaby być metaforą Otwartego Dialogu, ale zachęcam też do obejrzenia filmu pełnometrażowego „Otwarty Dialog – alternatywne, fińskie podejście do leczenia psychoz”. Tam możemy poznać świetnie działający system w Finlandii i chociaż film budzi pewną frustrację, że w Polsce nadal jest raczkujący i pewnie jeszcze długo niemożliwy do pełnego wprowadzenia, to jednocześnie budzący nadzieję, na wybór dla osób chorujących i ich rodzin. Rozwój wsparcia środowiskowego a także w kilku miastach w Polsce spotkania Otwartego Dialogu stają się rzeczywistością i drogą, z którą współczesna psychiatria nie może dłużej dyskutować.

Ewa Sulska

psycholog kliniczny, psychoterapeuta