Open Dialogue

**Zuzana Kalousová, Vlaďka Šnoblová**

# Jaakko Seikkula, Ph. D.

Jaakko Seikkula je zakladatelem a tvůrcem metody Open Dialogue. Vyučuje na katedře psychologie na Universitě v Jyväskylä. Je klinickým psychologem a rodinným terapeutem. Na vytváření metody Open Dialogue se podílel od počátku 80. let do roku 1998. Tato metoda má za cíl předcházet plnému propuknutí psychóz. Její snahou je vyřešit začínající příhodu ihned v jejím počátku s pomocí rodinného zázemí pacienta a pokud možno se obejít bez medikace psychofarmaky.

Pro ilustraci uvádíme výrok Jaakka Seikkuly:

 *„There are patients who may be living in a quite peculiar way, and they may hav epsychotic ideas, but they can still hang on to an active life. But if they are medicated, because of sedative action of the drugs, they lose this „grip on life“, and that is so important. They become passive, and they no longer také care of themselves.“* (dle Sandra P. Tohmas).

V současné době působí Jaakko Seikkula ve vzdělávací neziskové organizaci The Taos Institute. Tato společnost čerpá z filosofických základů konstruktivismu. Zaštiťuje různé směry spadající do narativní a systemické psychoterapie. Z těchto filozofických a terapeutických základů směrů čerpá metoda Open Dialogue. Hlavní důraz je v tomto přístupu kladen na rodinný systém a spolupracující přístup založený na dialogu. Esenciální pro tento přístup je přesvědčení, že subjektivní realitu si konstruujeme právě v dialogu.

# Mindfreedom

Mindfreedom je nezisková organizace, na jejíchž webových stránkách je propagován Open Dialogue. Zasazuje se o lidská práva osob s psychiatrickou diagnózou a bojuje proti nadužívání psychofarmak.

*"In a spirit of mutual cooperation, MindFreedom leads a nonviolent revolution of freedom, equality, truth and human rights that unites people affected by the mental health system with movements for justice everywhere."* (mindfreedom.org).

# Open dialogue

Metoda Open Dialogue je finskou alternativou k tradičnímu systému péče o duševní zdraví. Léčí pacienty trpící schizofrenií. Hlavní snahou je zachovat a podpořit klientovy sociální sítě, zapojit do léčby rodinu a přátele a respektovat svobodné rozhodování jedince. Sandra P. Thomas (2011), editorka časopisu *Issues in Mental Health Nursing* z USA uvádí několik slov k užívání a perspektivám této metody: *rodiny potřebují být zahrnuty do léčby. Open Dialogue jim to umožňuje a respektuje klientovy výpovědi i psychotickou produkci. Práce týmu s klientem je dlouhodobá (postupně se setkání účastní i učitelé či zaměstnavatelé – hlavním cílem je reintegrace). Medikace se nepoužívá vůbec nebo v malých dávkách po omezenou dobu*. Tato autorka doporučuje realizaci tohoto projektu i v dalších zemích.

# Zásady Open Dialogue

1. Poskytnutí okamžité pomoci
2. Zahrnutí sociální sítě klienta
3. Flexibilita a mobilita
4. Zodpovědnost
5. Psychologická kontinuita (nejde jen o nemoc)
6. Tolerance nejistoty
7. Dialogický přístup

# Jak to funguje?

Důležité je zachytávání psychóz v první fázi onemocnění. Krizový tým je k dispozici na telefonu. Po prvním kontaktu ze strany rodiny klienta nebo jiné osoby vyráží do 24 hodin k prvnímu léčebnému setkání. To se uskuteční za přítomnosti několika odborníků z různých odvětví a rodiny. Ideální je kruhové uspořádání sezení. Všichni dostanou prostor se vyjádřit. Obvyklá doba trvání prvního setkání je 1,5 hodiny, ale odvíjí se to od konkrétní situace a potřeb klienta. Rozhodnutí o léčbě, hospitalizaci a medikaci se činí také v tomto uspořádání, nekonají se žádné schůze odborníků o samotě, kde by se rozhodovalo o klientovi bez něho.

# Pekka a Maija

Pro ilustraci uvádíme kazuistiku 30-ti letého muže jménem Pekka. Krizový tým k němu vyrážel, když měl druhou psychotickou ataku. První příhodu prožil o osm let dříve, kdy měl strach, že se ho chystá zabít vlastní otec. Tehdy situaci zvládl bez vnější pomoci. V této druhé epizodě trpěl halucinacemi a paranoidním přesvědčením, že je obětí systematických intrik, útočili na něho prý muži zapleteni v tajné konspiraci. Krizový tým kontaktoval jeho praktický lékař. U prvního setkání byl přítomen psychoterapeut, lékař, tři zdravotní sestry a klientova žena Maija. V první fázi rozhovoru byla řeč Pekky nekoherentní, téměř nebylo možné mu porozumět. Skákal z tématu do tématu, jeho výpovědi byly naprosto nesrozumitelné. Smysl do toho vnesla až Maija, když začala popisovat minulou příhodu svého muže. Manželé si potom skákali do řeči, občas mluvili jeden přes druhého. Tým se nijak nesnažil rozhovor strukturovat. Přibližně po 40 minutách začali oba manželé bez překřikování popisovat situaci a vysvětlovat, co k ní vedlo. V dalším průběhu rozhovoru se podařilo najít spouštěč psychotických symptomů. Odborníci zjistili, že Pekkova paranoia byla způsobena tím, že několik posledních měsíců života byl v extrémním stresu z nedostatku peněz. Bylo to těsně před Vánoci a Pekka požádal svého nadřízeného Raye o přidání peněz. Ten ho stroze odmítl. Zrovna ve chvíli odmítnutí a snad i osobního útoku ze strany nadřízeného na Pekku (jak klient tvrdil) došlo k zakolísání proudu v okolí a kolem Pekky se na chvíli setmělo. Ten si tuto náhodu vyložil jako konspiraci. Když se podařilo vyjasnit tyto souvislosti, snažili se členové krizového týmu pojmenovat Pekkovy strachy a umožnit mu ventilovat silné emoce, které ho přinutily unikat do psychotické produkce. Z této části rozhovoru uvádíme úryvek:

* *Psychoologist: It sounds like you were scared to death*
* *Pekka: Well, it wasn‘t that bad. But I was thinking that it would be better to leave the place. One never knew, when Ray could be so aggressive and so quick to argue that how would you ever know what he would do…*
* *Psychologist: What was your first thought…*
* *Pekka: …that if he is coming…how in the world could you stop him if he is coming*
* *Physician: He is coming to find you*
* *Pekka: Yes, he will come*
* *Physician: Come and kill you, whas that the case?*
* *Pekka: Well, that is the, that is the… that is, of course, the worst thing that he could do…*

Na konci rozhovoru Pekka řekl, že selhání proudu a šéfova reakce byly spojeny pouze náhodně. Klientovi se podařilo získat náhled. Nicméně kazuistika neuvádí další osud klienta. Nevíme tedy, jak jeho léčba pokračovala. (Seikkulla J., & Olson, M., 2003).

# Výsledky pětileté studie

Tato studie byla započatá roku 1992. Při publikování výsledků autoři uvádějí srovnání dvou skupin. Skupina s pracovním názvem API čítala 33 členů a ODAP 42 členů. Rozdíl mezi těmito dvěma skupinami byl pouze v délce léčby formou Open Dialogue. Dle očekávání nebyly mezi těmito dvěma skupinami nalezeny signifikantní rozdíly. Výzkumníci zjišťovali a zaznamenávali informace pomocí Brief Psychiatric Rating Scale. Dále sledovali relapsy, délku trvání hospitalizace, užití psychofarmak a individuální psychoterapii.

Výsledky nejsou tak zajímavé z hlediska srovnání obou skupin, ale především opravdu velkou mírou úspěšnosti léčby. 82% respondentů ze skupiny ODAP nemělo žádné přetrvávající psychotických symptomů. Ze skupiny API to bylo 76%. U skupiny ODAP bylo zaznamenáno méně relapsů. Článek dále uvádí poněkud zmatená čísla týkající se návratu pacientů do školy či zaměstnání. Na začátku textu se uvádí 86% všech, kdežto na konci jsou uvedena čísla 70% pro skupinu API a 76% pro skupinu ODAP. 29% všech pacientů bylo medikováno psychofarmaky v průběhu léčby.

# Výsledky dvouleté studie

Tato studie byla také prováděna v rámci organizace API a stejně jako u předchozího výzkumu se jeho začátek datuje do roku 1992. Informace uvedené v článku tedy naznačují, že se jedná o tentýž výzkum, který byl pouze vyhodnocený a publikovaný v jinou dobu. Počet účastníků této studie byl n = 84. Ve výsledcích je uvedeno, že 75% respondentů netrpělo žádnými reziduálními symptomy psychózy. 80% z nich se vrátilo do práce a běžného života.

# Co se nám honilo hlavou?

Při zpracovávání materiálů nás napadalo, jestli se opravdu ve všech případech jednalo o psychózy. Kdyby šlo pouze o akutní distres, byla by tak vysoká účinnost této metody pochopitelnější. Nicméně v článku publikujícím výsledky pětileté studie se uvádí, že všichni klienti byli diagnostikováni podle DSM III. Další spornou otázkou celého konceptu je „vyvracení bludů“. Možnost zvládnout akutní psychotickou příhodu pouhým systemickým rozhovorem se zdá lákavé. Na druhou stranu, pokud klienti dovedou získat náhled na konci prvního rozhovoru, jednalo se opravdu o blud, v jehož definici figuruje právě slovo „nevývratný“?

Dále se nám nezdály některé nesrovnalosti v dohledaných studiích. Zarazil nás dojem, že dvě nejvýznamnější studie realizované na toto téma byly možná pouze jednou studií. Metodologická hlediska ohledně vzorku, diagnostiky, rozdělení skupin, se nám zdála poněkud nejednoznačně, nepřehledně uvedena. Také některá výsledná čísla dle našeho dojmu neseděla.

# Závěr

Koncept Open Dialogue se nám zdál nadmíru zajímavý a rozhodně bychom ho doporučily k aplikaci a výzkumům i v jiných zemích. Otázkou pro nás zůstává závažnost psychózy a symptomů. Zvážily bychom, do jaké míry jsou bludy nevývratné, než je začneme vyvracet ☺.

# Zdroje:

Seikkula, J., Alakare, B., & Aaltonen, J. (2011). The Comprehensive Open-Dialogue Approach in Western Lapland: II. Long-term stability of acute psychosis outcomes in advanced community care. Psychosis.

Seikkula, J., Aaltonen, J., Alakare, B., Haarakangas, K., Keränen, J., & Lehtinen, K. (2006). Five-year experience of first-episode nonaffective psychosis in open-dialogue approach: Treatment principles, follow-up outcomes, and two case studies. Psychotherapy Research.

Seikkulla J., & Olson, M. (2003). The Open Dialogue Approach to Acute Psychosis: Its Poetics and Micropolitics. Family Process.

Thomas, S. (2011). Open-Dialogue Therapy: Can a Finnish Approach Work Elsewhere?. Issues in Mental Health Nursing.

<http://www.mindfreedom.org/kb/mental-health-alternatives/finland-open-dialogue>

<http://www.taosinstitute.net/>