

Joanna Księżka-Koszałka
Katolicki Uniwersytet Lubelski Jana Pawła II

METODA OTWARTEGO DIALOGU W FILMIE DANIELA MACKLERA PT. OTWARTY DIALOG – ALTERNATYWNE, FIŃSKIE PODEJŚCIE DO LECZENIA PSYCHOZ

Streszczenie

Film D. Macklera pt. *Otwarty Dialog – alternatywne fińskie podejście do leczenia psychoz* opiera się o cykl wywiadów z twórcami, praktykami i propagatorami metody Otwartego Dialogu w leczeniu psychoz. Prezentuje główne założenia oraz stosowane w tym podejściu strategie i techniki terapeutyczne. Otwarty Dialog opiera się na prowadzeniu otwartych spotkań terapeutycznych z udziałem profesjonalistów oraz członków rodziny i osób bliskich klienta w ramach tzw. sieci społecznej. Otwarty Dialog kieruje się zasadami natychmiastowego wsparcia, dostępności sieci społecznej, elastyczności i mobilności, odpowiedzialności, ciągłości psychologicznej, tolerancji niepewności oraz dialogiczności. Leki neuroleptyczne stosowane są w niewielkim stopniu. Popularna w zachodniej Laponii metoda osiąga ogromne sukcesy terapeutyczne. W niektórych polskich ośrodkach podejmuje się próby wdrażania strategii terapeutycznych opartych na Otwartym Dialogu. Jego założenia wpisują się w propagowany w Narodowym Programie Ochrony Zdrowia Psychicznego model środowiskowej opieki psychiatrycznej.

Słowa kluczowe: Otwarty Dialog, psychoza, neuroleptyki, sieć społeczna

Wprowadzenie

Film pt. *Otwarty Dialog – alternatywne, fińskie podejście do leczenia psychoz* (*Open Dialogue – An Alternative Finnish Approach to Healing Psychosis*) omawia metodę

Otwartego Dialogu (Open Dialogue Approach) w leczeniu pierwszego epizodu psychozy u pacjentów schizofrenicznych. Autorem filmu jest psychoterapeuta, pisarz, muzyk i producent filmów D. Mackler. Twórca filmu zajmuje się głównie zagadnieniami wczesnodziecięcej traumy, a także jest przeciwnikiem wyłącznie biologicznego traktowania i leczenia zaburzeń psychicznych. D. Mackler jest również autorem filmu *Take These Broken Wings*, w którym udowadnia, że możliwe jest pełne wyleczenie schizofrenii bez użycia farmakoterapii. Prowadzi stronę internetową, gdzie umieszcza swoje dzieła i prowadzi bloga, poprzez który propaguje swoje poglądy (Mackler, pozyskano z <http://wildtruth.net/>).

W filmie *Otwarty Dialog – alternatywne, fińskie podejście do leczenia psychoz* Mackler jest osobą bezstronną, biernym obserwatorem, zbieraczem faktów i opinii. Omawiany obraz filmowy umieścić należy w nurcie kina dokumentalnego. Należy mieć jednak na uwadze słowa J. Griersona, organizatora nurtu angielskiego kina dokumentalnego (1926, za: Morstin-Popławska, 2017), który mówi, iż „film dokumentalny zawsze stanowi twórczą interpretację filmowanej rzeczywistości, nie zaś jej prostą rekonstrukcję”. Tak też Mackler komponuje swój film o Otwartym Dialogu, nadając mu określone humanistyczne przesłanie i kierując osobisty postulat do grona osób zajmujących się szeroko pojętym pomaganiem osobom znajdującym się w kryzysie.

Cały film to prezentacja metody Otwartego Dialogu w oparciu o wywiady z jej twórcami: Jaako Seikkulą i Brigittą Alakare oraz osobami zaangażowanymi w pracę i rozpowszechnianie tej innowacyjnej metody, m.in. z Mią Kurtti, Päivi Vahtola, Timo Haaranieni, Kari Valtanen, Markku Sutela. Ich wypowiedzi ustrukturyzowano w oparciu o kilkanaście zagadnień dotyczących ODA oraz opatrzone komentarzami Roberta Whitakera – słynnego dziennikarza i autora książek, m.in. *Mad in America* i *Anatomy of Epidemic*, w których dokonuje on konstruktywnej krytyki systemu lecznictwa psychiatrycznego i jego konsekwencji w Stanach Zjednoczonych. To właśnie Whitaker przybliżył światu założenia Otwartego Dialogu i zainspirował Macklera do wyjazdu do Finlandii. Film nakręcono w fińskiej zachodniej Laponii, gdzie praktykuje się Otwarty Dialog (Polski Instytut Otwartego Dialogu, pozyskano z <http://otwartydialog.pl/wydarzenia/otwarty-dialog-alternatywne-fińskie-podejscie-do-leczenia-psychoz-2/>).

Metoda Otwartego Dialogu (Open Dialogue Approach – ODA)

Podejście oparte na tzw. otwartym dialogu ma swoje początki w terapii dostosowanej do potrzeb (*need adapted treatment*) wdrażanej w latach 80. przez prof. Alanena w Turku na południu Finlandii. Poświęcił on wiele miejsca odnajdywaniu psycho-

społecznych czynników rozwoju i leczenia schizofrenii. Opierając się na wynikach swoich badań podkreślał pozytywny wpływ posiadania choćby jednego oddanego członka rodziny na rokowanie dotyczące choroby u pacjenta, dlatego też włączał członków rodzin do zespołu terapeutycznego (Alanen, 2000).

Oficjalnie za twórców metody Otwartego Dialogu uznaje się prof. Jaakko Sekula oraz dr Brigittę Alakare, którzy w szpitalu w Keropudas w Tornio w Laponii zaczęli prowadzić terapię skoncentrowaną na całej rodzinie i sieci społecznej pacjenta. Rozpoczęli oni organizować tzw. otwarte spotkania terapeutyczne. W spotkaniach tych brali udział pacjenci, członkowie ich rodzin oraz profesjonaliści – psychiatrzy, psychologowie, terapeuci, pracownicy socjalni. Członkowie spotkania terapeutycznego tworzyli sieć społeczną, będącą w dialogu. Od tej pory wszelkie podejmowane działania były inicjowane i prowadzone w ramach tej sieci. Proces terapeutyczny i leczniczy koncentrował się na otwartych spotkaniach terapeutycznych sieci społecznej (Krawczyk, Solarz, Wciórka, 2015, s. 84–91).

W wyniku wieloletniej praktyki w podejściu Otwartego Dialogu sformułowano siedem obowiązujących w jego ramach podstawowych zasad (Seikkula i wsp., 2006, s. 214–228):

Natychmiastowe wsparcie (w ciągu doby od wystąpienia kryzysu) – wczesna interwencja – działania w obliczu kryzysu podejmowane są natychmiast przez całodobowo działające placówki. Pracownicy każdorazowo zobligowani są do odebrania telefonu, także w nocy. Podkreśla to na początku filmu pielęgniarka i terapeutka rodzinna Päivi Vahtola:

Gdy ktoś dzwoni, ktoś potrzebuje pomocy, staramy się zorganizować pomoc natychmiast. Nie mówię do dzwoniącego „Może spotkamy się za 2 tygodnie”, gdy wtedy będziemy mieli czas.

W podobny sposób wypowiada się Markku Sutela, terapeuta rodzinny i psycholog:

To jedna z naszych podstawowych zasad. Gdy dzwoni telefon, musisz go odebrać i wziąć odpowiedzialność za to, czego potrzebują (...) udostępniamy siebie dla innych, aby im służyć (...) nigdy nie wiadomo, co może wyniknąć z telefonu”

W słowach tych Sutela nawiązuje bezpośrednio do wiążącej się z natychmiastowym wsparciem zasadą odpowiedzialności, która oznacza, iż osoba z zespołu, która odebrała telefon odpowiada za organizację pierwszego spotkania. Organizacja pierwszego spotkania oznacza również tworzenie sieci społecznej (zasada trzecia), do której zapraszane są nie tylko osoby zawodowo związane z niesieniem pomocy

osobom z zaburzeniami, ale również wszystkie osoby, których wiedza, zasoby czy umiejętności mogą wnieść coś do procesu leczenia. Zapraszani są zatem oprócz lekarzy, terapeutów, psychologów, pielęgniarek, pracowników socjalnych również członkowie rodziny, przyjaciele, osoby bliskie, Zdarza się, że w Otwartym Dialogu, który stanowi konsekwencję zawiązania się sieci społecznej, uczestniczy również pracodawca czy nauczyciel osoby będącej w kryzysie.

Zgodnie z kolejną zasadą – elastyczności i mobilności – miejsce leczenia dostosowane jest do potrzeb pacjenta. Spotkania zespołu najczęściej odbywają się w domu klienta. Wybór miejsca spotkania sprzyjać ma zachowaniu poczucia komfortu i bezpieczeństwa klienta. W tym kontekście podejmuje się również starania mające na celu utrzymanie tego samego składu członków sieci społecznej, zgodnie z zasadą zapewnienia ciągłości psychologicznej. Zespół terapeutyczny zachowuje w imię dobra osoby wspomaganej swoją stałość, nawet w przypadku jej hospitalizacji. Regularne spotkania w ramach Otwartego Dialogu trwają tak długo, jak wymagają tego potrzeby pacjenta. Zgodnie z potrzebami dobiera się również rozwiązania terapeutyczne (zasada tolerancji niepewności). Postępowanie lecznicze nie podlega ścisłym procedurom i odgórnym rekomendacjom, proponowane rozwiązania podlegają równorzędnej dyskusji wszystkich członków zespołu. Dotyczy to także stosowania leków neuroleptycznych. Rozwiązania są ponadto wypracowywane w czasie, w procesie dialogu, a nie ściśle określone na początku terapii. Takie podejście pozwala na dobór optymalnych możliwości leczniczych i umiejętne zastosowanie ich w określonym czasie. Ostatnią zasadą Otwartego Dialogu jest sama dialogowość, na której opiera się cała strategia pomagania. Stanowi ona zarówno określoną metodę terapii, jak i punkt wyjścia do proponowania innych rozwiązań, np. farmakoterapii, pracy socjalnej. Przedstawiciele Otwartego Dialogu podkreślają jednak w filmie, że największy nacisk kładziony jest na dialog, nie na zmianę:

Naszym celem jest stworzenie dialogu, który staje się właściwie najważniejszym aspektem leczenia (...) celem spotkań nie jest znalezienie rozwiązań. Rozwiązania przychodzą jako część oczywistego procesu, który otwiera się, kiedy skupiamy się na tym, aby w dialogu usłyszeć głos wszystkich.

Zatem zgodnie z zasadami Otwartego Dialogu w spotkaniu terapeutycznym biorą udział przedstawiciele sieci społecznej – psychiatrzy, psychologowie, terapeuci, pielęgniarki, lekarze rodinni, pracownicy socjalni, krewni, przyjaciele, najbliżsi członkowie rodziny oraz inne ważne lub bliskie klientowi osoby. Osoba, która tworzyła sieć rozpoczyna spotkanie zadając na forum grupy pytania otwarte. Stopniowo w dyskusję włączają się inne osoby, a także klient. W ramach Otwartego Dialogu nie ma hierarchiczności – każda osoba w ramach sieci terapeutycznej ma

równorzędny głos. Wiąże się to z ideą, która towarzyszy spotkaniom, którą stanowi polifonia, zgodnie z którą, opinia każdej z osób jest równie ważna i godna uwagi. Wśród członków sieci nie istnieje hierarchia, nie ma podziału na profesjonalistów i nieprofesjonalistów. Działania kierujące i proponowanie rozwiązań często inicjowane są nie przez terapeutów czy psychiatrów, ale przez osoby bliskie klientowi. Spotkania mają na celu zebranie jak najwięcej informacji na temat problemów klienta, poznanie świata i języka, jakim posługują się członkowie rodziny w opisie trudności. Podczas spotkań osoba będąca w kryzysie psychotycznym otrzymać może zrozumienie i poczucie bezpieczeństwa (Krawczyk, Solarz, Wciórka, 2015, s. 84–91).

Zgodnie z tym, co mówią bohaterowie filmu – praktycy i propagatorzy metody Otwartego Dialogu – spotkania terapeutyczne to okazja do tego, by wymieniać myśli, odczucia i idee wszystkich zgromadzonych osób na temat aktualnej sytuacji klienta. Sprzyja to zarówno obiektywizacji, jak i kreatywności w generowaniu możliwych rozwiązań. Głosy poszczególnych osób w ramach sieci społecznej dotyczą wielu aspektów funkcjonowania klienta. Tego rodzaju korespondencja opinii i poglądów przyczynia się do głębszego, całościowego ujęcia problemu osoby w kryzysie.

Terapeutki Otwartego Dialogu opowiadają w filmie o strategii jawnego porozumiewania się specjalistów podczas spotkania terapeutycznego. Profesjonaliści wymieniają na spotkaniu głośno między sobą swoje uwagi, a następnie zwracają się do grupy o odniesienie się do tego, co usłyszeli. W ten sposób można efektywnie rozważać różnego rodzaju opinie czy propozycje rozwiązań, analizować możliwe pomysły. W ten sposób również, co stanowi jeszcze inną technikę, można powiedzieć pewne rzeczy do klienta, ale nie bezpośrednio – w konsekwencji usłyszy on istotną dla procesu terapii treść, bez negatywnych skutków w sferze swoich emocji.

To, co jak podkreślają terapeutki występujące w filmie, jest szczególnie istotne w spotkaniach terapeutycznych, to możliwość wypowiedzenia się przez klienta. Może on w bezpiecznej atmosferze i empatycznie nastawionym gronie stopniowo otwierać się i opowiadać o swoich uczuciach, przeżyciach, także psychotycznych, co samo w sobie stanowi czynnik leczący, jak i inspiruje sieć społeczną do podjęcia określonych działań i uzyskania wglądu w świat wewnętrzny klienta. Ujmuje to dobitnie w filmie psychiatra i terapeuta rodzinnego dr Kari Valtanen:

W ten sposób klient zostaje usłyszany, zrozumiany i doceniony jako osoba.

W tym kontekście jedną z ważniejszych kwestii jest zrozumienie klienta przez członków rodziny. W sposób oczywisty bowiem rodzina stanowi naturalne środowisko życia osoby oraz czynnik mający niejednokrotnie wpływ na rozwój psychicznych zaburzeń.

Zdaniem specjalistów Otwartego Dialogu, którzy wypowiadają się w filmie, metoda czerpie zarówno z psychoterapii indywidualnej, jak i systemowej. Psychoterapia indywidualna jednak nie daje ich zdaniem takich możliwości, jak praca zespołowa w ramach Otwartego Dialogu. Ponadto również, mimo, iż wszyscy specjaliści pracujący w tym podejściu są terapeutami rodzinnymi, Otwarty Dialog ma inne principia – jak podkreśla J. Seikkula (2013, s. 13–27), systemowa terapia rodzin kładzie nacisk na postrzeganie problemu lub symptomów jako funkcji systemu rodzinnego. W Otwartym Dialogu natomiast celem jest wysłuchanie wszystkich członków sieci społecznej bez ustalania tego, czy symptomy te pełniły jakąś funkcję w systemie rodzinnym. Stąd również terapeutyczne oddziaływania nie mają na celu inicjowania zmiany w interakcji rodzinnej, lecz wygenerowanie nowych słów i zrelacjonowanie nowych wydarzeń. Jako koncepcje bliskie Otwartemu Dialogowi Seikkula wymienia także terapię rodzinną H. Anderson i H. Goolishiana, która została rozwinięta przez Anderson w terapię opartą na współpracy (collaborative therapy) oraz pracę T. Andersena nad zespołami reflektującymi i procesami (Seikkula, 2013, s. 13–27).

Postrzeganie psychozy

To, co odróżnia podejście oparte na Otwartym Dialogu od tradycyjnego paradygmatu leczenia schizofrenii obowiązującego w Europie Zachodniej i Stanach Zjednoczonych, to postrzeganie problemu psychozy. Leczenie konwencjonalne zorientowane jest biologicznie, postrzegając proces psychotyczny jako wynik wadliwej pracy mózgu. Objawy tzw. pozytywne czy też wytwórcze (halucynacje, urojenia) traktowane są jako nic niewnoszące do procesu leczenia i terapii oraz jako symptomy, z którymi należy walczyć przede wszystkim za pomocą farmakoterapii (głównie leków neuroleptycznych).

W podejściu opartym na Otwartym Dialogu mamy do czynienia ze szczególnie interesującym pojmowaniem psychozy. W sposób klarowny wskazuje na to wypowiedź J. Seikkula zawarta w filmie:

Psychoza jest odpowiedzią na bardzo trudną sytuację życiową. Jeśli mamy zmierzyć się z sytuacją, która jest dla mnie bardzo stresująca, mogę np. zacząć słyszeć głosy. I te głosy czy doświadczenia mogą obejmować rzeczy, które rzeczywiście wcześniej wydarzyły się w moim życiu.

Otwarty Dialog dostrzega zatem związek między psychozą, a realnymi doświadczeniami klienta. W podejściu tym szczególną uwagę zwraca się na psychotyczne

wytwory. Jak wynika z wypowiedzi terapeutek zawartych w filmie, przywiązuje się bardzo dużą wagę do treści halucynacji i urojeń klienta:

Musimy słuchać, musimy naprawdę słuchać i pozwolić im opowiedzieć ich historię. Nie możemy mówić, że to nieprawda (...) Musimy pytać o więcej informacji na temat halucynacji i musimy próbować zrozumieć, co się wydarzyło. Nie mówimy „to nie ma sensu”, „to niemożliwe” (...) Nie polega to tylko na tym, że używamy słów „System Otwartego Dialogu”, dialog naprawdę musi być otwarty.

Praca w oparciu o omamy klienta ma w Otwartym Dialogu duże walory terapeutyczne. Z jednej strony członkowie sieci społecznej mogą znacznie lepiej zrozumieć trudne przeżycia klienta, z drugiej strony efekt terapeutyczny przynosi zarówno opowiadanie o przeżyciach psychotycznych (rozładowanie napięcia), jak i wyartykułowanie za pomocą słów problematycznych dla klienta treści (aspekt wglądu). Jak podkreśla w filmie Sekkula, postępowanie w wydobywaniu tych treści towarzyszy stopniowe zanikanie objawów psychotycznych.

To, co doceniło podejście oparte na Otwartym Dialogu było znane już C.G. Jungowi, który pisał, iż należy poszukiwać w przeżyciach psychotycznych przyczyn zaburzeń schizofrenicznych pacjenta. Jung traktował treści halucynacji jako wytwory nieświadomości indywidualnej i zbiorowej. Stanowiły one dla niego bogaty materiał kliniczny do pracy nad szukaniem sposobów i materiałów do jego interpretacji. Uzyskanie przez pacjenta wglądu w treści nieświadome (a zatem uświadomienie sobie ich), niejednokrotnie wywierało efekt terapeutyczny (Jung, 1908).

Stosowanie leków

Wśród psychiatrów, którzy pracują w podejściu Otwartego Dialogu, stosowanie neuroleptyków ma ograniczony zakres. Jest to spowodowane między innymi przywiązywaniem dużej wagi do treści przeżyć psychotycznych klienta oraz odmiennym od tradycyjnego w amerykańskiej psychiatrii postrzeganiem przyczyn psychozy. W interesujący sposób w filmie uzasadnia to dr Kari Valtanen:

Bardzo rzadko, bardzo, bardzo rzadko przepisują leki antypsychotyczne (...) Psychotyczne nadawanie znaczeń do nadawania znaczeń. I chcę mieć dialog wokół nadawania znaczeń. I nie sądzę, że powinniśmy leczyć psychotyczne nadawanie znaczeń lekami.

W zamian systematycznego podawania lekarstw, podejście oparte na Otwartym Dialogu proponuje selektywne stosowanie leków, choć preferuje aby nie stosować

ich wcale. Selektyny dobór farmaceutyków stosuje się dobierając dawki bardzo ostrożnie, mając na uwadze minimalizację możliwości wystąpienia niepożądanych skutków ubocznych. Z założenia przyjmowanie leków ma mieć charakter krótkotrwały, jego celem jest pomoc w przetrwaniu najgorszych pierwszych dni kryzysu. Selektynowość i doraźny charakter farmakologicznego leczenia, którego przykład podaje dr Valtanen mogą być szokujące:

Nie przepisujemy opakowania tabletek. Zamiast tego dajemy 2 lub 4 tabletki na 1 lub 2 dni.

Zgodnie z wypowiedziami lekarzy i terapeutów występujących w filmie, neuroleptyki podawane są jednak niechętnie. Jako użyteczniejsze postrzegane są leki nasenne i przeciwłękowe. Wskazaniami do zastosowania leków mogą być np. długotrwała bezsenność lub zagrożenie samobójstwem, które są również wskazaniami do hospitalizacji. Ona również traktowana jest jako rozwiązanie doraźne, krótkotrwałe i kryzysowe. Co ciekawe, decyzję o zastosowaniu zarówno farmakoterapii, jak i hospitalizacji podejmowana jest nie przez lekarza psychiatrę, lecz przez wszystkich członków sieci społecznej. W trakcie ostrego kryzysu psychotycznego otwarte spotkania terapeutyczne odbywają się codzienne (do 2 tygodni). Nadrzędnym prawem jest możliwie największy komfort pacjenta, dlatego też stosowane mogą być takie metody, jak stworzenie warunków szpitalnych w środowisku domowym – jedna z pielęgniarek nocuje wtedy w domu klienta opiekując się nim w nocy.

Dr Valtanen reprezentujący podejście oparte na Otwartym Dialogu wymienia inne nefarmakologiczne metody leczenia, jakie można zastosować:

Jest tyle sposobów: dieta, ćwiczenia, zdrowy sen, pamiętnik, przyjaźń, miłość, trzeźwość, praca, joga, medytacja, przyroda, sztuka, muzyka, pomaganie innym, suplementy, taniec, które poprawiają stan ludzi o wiele lepiej niż leki...

Jak podają jednak w filmie praktycy, nie wszystkim klientom udaje się wyjść z procesu psychotycznego bez długotrwałego zażywania neuroleptyków. Z informacji, jakie podają wynika, iż dotyczy to 30% klientów. Mimo to podkreśla się, że najczęściej leczenie to trwa 1–2 lata, a równoległe prowadzi się spotkania sieci społecznej.

W literaturze przedmiotu istnieje duża ilość badań dotyczących efektywności metody Otwartego Dialogu. Ich wyniki są bardzo optymistyczne, pokazują bowiem dużą skuteczność takiego podejścia w leczeniu psychoz schizofrenicznych. Wskaźnik całkowitych wyleczeń wynosi w nich nawet powyżej 80%, a osoby po epizodach psychiatrycznych powracają na stałe na rynek pracy, z powodzeniem peł-

nią role społeczne, nie stając się ponownie klientami systemu psychiatrycznego. Choć wyniki badań są bardzo obiecujące, niejednokrotnie zarzuca się im niedociągnięcia metodologiczne, m.in. przeprowadzanie badań w małych, niereprezentatywnych grupach, stosowanie nieadekwatnych narzędzi badawczych. Dogłębne analizy badań nad efektywnością podejścia opartego na Otwartym Dialogu przeprowadził Błądziński i wsp. (2014, s. 134–139).

Zakończenie

Jak stwierdza w filmie twórca, reżyser i narrator filmu D. Mackler, jego motywacją było ukazanie, innych niż konwencjonalne, skutecznych metod leczenia schizofrenii. Aby uwydatnić rozdzwitek pomiędzy podejściem opartym o Otwarty Dialog a paradygmatem leczenia obowiązującym w psychiatrii w Stanach Zjednoczonych i Europie Zachodniej, wypowiedzi poszczególnych przedstawicieli Otwartego Dialogu przeplata wypowiedziami R. Whitakera. Ten z kolei piętnuje słabe strony i niedociągnięcia współczesnego głównego nurtu psychiatrii, uwydatniając fakty, które powodują rosnące rozczarowanie biologicznie skoncentrowanym leczeniem psychiatrycznym. Film niesie zatem postulat o potrzebie wprowadzania w nim daleko idących zmian ukierunkowanych na oddziaływanie środowiskowe.

Rosnąca świadomość konieczności zmiany paradygmatu leczenia jest obecna również w Polsce, co odcisnęło swoje piętno w postulacie rozwoju środowiskowego modelu opieki psychiatrycznej zawartego w Narodowym Planie Ochrony Zdrowia Psychicznego. Psychiatria zorientowana środowiskowo od dawna również rozwija się w środowisku krakowskim. Mimo przeszkód o charakterze finansowym, kadrowym i organizacyjnym, w dużym stopniu realizowane są postulaty psychiatrii społecznej, opartej na wielospecjalistycznej i środowiskowej współpracy (Cechnicki, 2009). Środowisko to stale inspirowane jest podejściem opartym na Otwartym Dialogu, o czym świadczą jego zainteresowania naukowe i podejmowane inicjatywy.

Otwarty Dialog przenika także do innych polskich ośrodków, m.in. do Wrocławia, Koszalina, Warszawy, gdzie prowadzone są również kursy i szkolenia w tym nurcie. Coraz częściej organizowane są konferencje i seminaria poświęcone metodzie. Działa również Fundacja Polski Instytut Otwartego Dialogu. Widoczne rosnące zainteresowanie metodą w kręgach polskiej służby zdrowia ocenić należy pozytywnie upatrując w nim widoków na lepszą opiekę psychiatryczną pacjentów.

Bibliografia

1. Alanen Y., *Schizofrenia. Jej przyczyny i leczenie dostosowane do potrzeb*, Instytut Psychiatrii i Neurologii, Warszawa 2000.
2. Błądziński P., Cechnicki A., Bogacz J., Cichocki Ł., *Znaczenie Otwartego Dialogu w leczeniu osób chorujących na schizofrenię*, „Postępy Psychiatrii i Neurologii” 2014/23, s. 134–139 <http://doi.org/10.1016/j.pin.2014.06.004>.
3. Cechnicki A., *W stronę psychoterapeutycznie zorientowanej psychiatrii środowiskowej – 30 lat doświadczeń krakowskich*. „Psychoterapia” 2009/3, s. 43–55.
4. Fundacja Polski Instytut Otwartego Dialogu, Działalność. Strona internetowa Fundacji Polski Instytut Otwartego Dialogu. Pozyskano z <http://otwartydialog.pl/>, 2017.
5. Jung C.G., *Der Inhalt der Psychose. Schriften zu angewandten Seelenkunde*, 1908/3.
6. Krawczyk A., Solarz A., Wciórka J., *Otwarty dialog – przydatność w kryzysie psychiatrycznym*, „Med. Prakt. Psychiatria” 2015/2, s. 84–91.
7. Mackler D., Welcome! Strona internetowa Daniela Macklera, Pozyskano z <http://wildtruth.net/>, 2017.
8. Macler D., *The Movie – Open Dialogue. An Alternative Finnish Approach to Healing Psychosis*, tłum. Film – Otwarty Dialog. Alternatywne Fińskie Podejście do Leczenia Psychoz, 2011.
9. Morstin-Popławska A., Film dokumentalny. Strona internetowa Akademii Polskiego Filmu Filmoteki, Pozyskano z <http://www.akademiapolskiegofilmu.pl/pl/historia-polskiego-filmu/artykuly/dokumentalny-film/272>, 2017.
10. Seikkula J. (2013). *W stronę dialogu: psychoterapia czy sposób życia?*, „Psychoterapia” 2013/2(165), s. 13–27.
11. 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*, „Psychotherapy Research” 2006/16(02), s. 214–228, <http://dx.doi.org/10.1080/10503300500268490>.

Open dialogue method in Daniel Macklers’s movie *Open dialogue approach. An alternative, finnish approach to healing psychosis*

Abstract

D. Mackler’s film entitled “Open Dialog. The Alternative Finnish Approach to Healing Psychosis” is based on a series of interviews with creators, practitioners

and promoters of the Open Dialog Approach. It presents the main assumptions and therapeutic strategies and techniques used in this method. Open Dialog is based on conducting open therapeutic meetings involving professionals, family members and close relatives within the social network. Open dialogue is guided by the principles of immediate help, social network perspective, flexibility and mobility, responsibility, psychological continuity, tolerance of uncertainty and dialogism. Neuroleptic drugs are used to a small extent. The method is popular in Western Lapland and achieves enormous therapeutic success. There are attempts of implement therapeutic strategies based on the Open Dialogue in some Polish centers. Assumptions of this approach are part of the model of environmental psychiatric care promoted in the National Mental Health Program.

Keywords: Open Dialogue, psychosis, neuroleptics, social network