
Jaako SEIKULLA, Mary. E. OLSON

**Odprti dialog kot pristop k akutni psihozi:
njegova poetika in mikropolitika^{1 2}**

***The open dialogue approach to acute psychosis:
its poetics and micropolitics***

POVZETEK

»Odprti dialog« je pristop v duševnem zdravju, ki temelji na mrežno osnovanem jezikovnem pristopu, ki se je pojavil na Finskem. Temelji na Bahtinovih dialoških principih (Bahtin, 1984) in na Batesonovi tradiciji. V besedilu predstavljamo dve ravni analize, poetično in mikropolitico. Poetika vsebuje tri načela: »dopuščanje negotovosti«, »dialogizem« in »polifonijo v socialnih mrežah«. Terapevtsko srečanje kaže, kako navedene poetske ravni ustvarjajo terapevtski dialog. Mikropolitiko ustvarjajo obsežnejši institucionalni pristopi, ki podpirajo odprti dialog in so del finskega na potrebah utemeljenega modela podpore. Raziskave kažejo, da je odprti dialog v primerjavi z uveljavljenimi metodami zdravljenja povečal možnosti izboljšanja stanja pri mladih z različnimi akutnimi in težkimi duševnimi motnjami – na primer psihozo. V nerandomizirani študiji sledenja se je dve leti po prvi epizodi shizofrenije hospitalizacija znižala na povprečno 19 dni, nevroleptična zdravila so bila potrebna v 35 % primerov, kar 82 % ljudi je poročalo o popolni ali vsaj pretežni odsotnosti psihotičnih simptomov in le 23 % opazovanih je bilo ob izteku te dobe invalidsko upokojenih.

Odprti dialog, pristop, ki temelji na socialnih mrežah in jeziku, izvira iz bolnišnice Keropudas v Zahodni Laponski. Eden od avtorjev članka (Seikkula) je bil član prvotne ekipe, ki so jo sestavljali še Jukka Aaltonen, Brigitta Alakare, Jyrki Keraenen in Kauko Haarakangas (Haarakangas, 1997; Keraenen, 1992; Seikkula, Alakare in Aaltonen, 2001a). Novejše študije navajajo, da je omenjeni pristop izboljšal možnosti okrevanja ljudem, ki so doživeli prvo psihotično epizodo, tako da je močno znižal incidenco hospitalizacije, stopnjo recidivizma in uporabo zdravil (Seikkula, Alakare in Aaltonen, 2001a). Pristop je doživel močno podporo v Severni Evropi, saj je Seikkula skupaj z norveškim psihiatrom Tomom Andersenom vzpostavil mednarodno mrežo skupin v Rusiji, Litvi, Latviji, Estoniji, Norveški ter na Švedskem in Finskem, ki so uporabljale odprti dialog pri akutnih psihičnih motnjah. Ob dokajšnji neuveljavljenosti v Združenih državah si model zasluži podrobnejšo presojo kot oblika krizne intervencije v pomoči pri najhujših psihiatričnih težavah.

Znotraj paradigme postmoderne socialnega konstruktivizma odprti dialog združuje različne psihoterapevtske tradicije v njihovih izvornih idejah in kasnejšem razvoju. Na ravni družinske terapije njegove korenine segajo v Milansko sistemsko terapijo. Zato se bo članek sprva posvetil prikazu pristopov k psihozi, ki temeljijo na komunikaciji, in v prvem delu orisal teoretski in klinični razvoj, ki je izhajal iz sistemske družinske terapije in se spreminjal v prakse, ki temeljijo na mrežnemu principu. Potem se bomo posebej posvetili jezikovnim praksam odprtega dialoga in si bolj podrobno ogledali, kaj se pri tem pristopu – iz minute v minuto – dogaja med terapevtskim srečanjem. Za konec si bomo ogledali institucionalne in izobraževalne kontekste, znotraj katerih poteka ta pristop, ter predstavili izsledke raziskave.

Raziskovanje pristopa odprti dialog bo potekalo ob pomoči dveh kategorij, ki ju je utemeljil skupnostni psihiater Marcelo Pakman (2000): »poetika« in »mikropolitika« terapije. Pojem »poetika« se nanaša na jezikovne in komunikacijske oblike pri medosebnih dialoških srečanjih (Hoffman, 2002; Olson, 1995). V odprtem dialogu najdemo tri načela: »dopuščanje negotovosti«, »dialoškost« in »polifonija v socialnih mrežah« (Seikkula in drugi, 2001a). Ti izrazi odsevajo in nadgrajujejo izvorna načela hipotetiziranja, krožnosti in nevtralnosti, ki jih je milanska šola postavila kot smernice za vodjo pogovora (Selvini-Palazzoli, Boscolo, Cecchin in Prata, 1980).

Tudi širše institucionalne prakse oziroma mikropolitika odprtega dialoga ponujajo pomembno temo analize in razkrivanja različnosti. Večina oblik družinske terapije se dogaja v pisarniškem okolju zgolj z strategijami, usmerjenimi v velike sisteme, medtem ko je odprti dialog skupnostna dejavnost, ki se izvaja v socialnih mrežah³. Ta dejavnost je umeščena znotraj širših sprememb javnih psihiatričnih služb na Finskem, ki so bile del večje reforme psihiatrične skrbi na Finskem, ki je potekala pod motom »Na potrebah utemeljena skrb« (Alanen, 1997; Alanen, Lehtinen, Lehtinen et al., 2000). Kot ugotavljajo Pakman in drugi, v ZDA obstaja močna potreba po novih, poglobljenih modelih dialoga, ki se ne bi dotikali samo poetike prostora pogovora pač pa tudi obširnejše birokratske politike, ki pogovor zamejujejo, lahko pa tudi povsem omrtviijo. Medtem ko se ameriški strokovnjaki dajejo s temi vprašanji v kaotičnem okolju, obremenjenem s procedurami in pravili, v okolju vsevednih strokovnjakov (Coffey, Olson in Session, 2001), finska izkušnja z mrežnim pristopom tudi najbolj zahtevnim psihiatričnim problemom ponuja jasno alternativo.

Komunikacijski pristopi k psihozam

Že v zgodnjem obdobju družinske terapije je obstajal močan interes za ljudi z diagnozo psihoza in shizofrenija. Raziskovalno delo Gregoryja Batesona in njegovih kolegov je kulminiralo v znamenitemu članku o dvojni vezi (Bateson, Jackson, Haley in Weakland, 1956). Pravzaprav je bilo ravno zdravljenje psihotičnih pacientov v okviru njihovih družin ena od temeljnih izhodiščnih točk današnje družinske terapije. Batesonov koncept dvojne vezi v komunikaciji je izšel iz teoretskega poskusa zamislitve takšnega konteksta, v katerem bi bilo mogoče videti psihotično vedenje in govor kot prilagoditvene pojave (Weakland, 1960). Kasnejša besedila Batesona in sodelavcev (1962) so na novo oblikovala prvotno teorijo:

»Najbolj učinkovit način razlage dvojne vezi je v tem, da ne govori o mučitelju in žrtvi, pač pa o osebah, ki sta se znašli v sistemu interakcij, ki proizvaja konfliktno definicijo odnosa med njima in posledično tudi subjektivno nelagodje.« (str. 42).

Namesto da bi se ukvarjal samo z vzorci izmenjave sporočil, se je Bateson (1962) preusmeril in osredotočil na širši sistem odnosov, ki generira tovrstne paradokse.

V desetletjih po Batesonovem projektu je potekala vrsta raziskav o odnosih med družinami in njihovimi psihotičnimi otroki. Le eden od novih pristopov pa je pomenil bistven prispevek k razvoju prepoznavnega terapevtskega modela za psihoze: delo milanskega kroga (Hoffman, 1981). Raziskovalno delo te skupine je pomenilo naslednjo veliko klinično stopnico uporabe komunikacijskega pristopa v obravnavi problematike psihoz.

Ob jasni navezavi na teorijo dvojne vezi so strokovnjaki v Milanu razvili t. I. Sistemski model za družine s težko motenimi, psihotičnimi ali anoreksičnimi otroki (Selvini-Palazzoli, Boscolo, Cecchin in Prata, 1978). Italijani so kot sredstvo za razrešitev paradoksalne situacije predlagali tehniko protiparadoksa. Družinam so na primer ponudili uporabo nove logike v obliki pozitivnega opredeljevanja do pojava ali spremembo vedenja z uporabo rituala (Boscolo, Cecchin, Hoffman in Penn, 1987).

Te ideje so tako v Evropi kot Združenih državah radikalno vplivale na delo z družinami. Vendar pa je milanski model le v redkih državah trajno vplival na psihoterapevtsko zdravljenje psihotičnih pacientov. V Združenih državah se je bistveno močneje uveljavil psihoedukacijski družinski pristop, ki vsaj glede odnosov do družinskih članov prihaja iz zelo drugačnih tradicij (Anderson, Hoggarty in Reiss, 1980; Fallon, 1996; Fallon, Boyd in McGill, 1984; Goldstein, 1996; McGorry, Edwards, Mihalopoulos in drugi, 1996). Točka prekrivanja odprtega dialoga in psihoedukacijskega modela je ideja, da niti družina niti pacient nista vzrok psihoze niti objekt terapije, pač pa sta »kompetentna ali potencialno kompetentna partnerja v procesu okrevanja« (Gleeson, Jackson, Stavely in Burnett, 1990). Med odprtim dialogom in pogosto uporabljanim psihoedukacijskim modelom za zdravljenje psihoz pa na ravni teoretskih predpostavk obstaja vrsta pomembnih razlik (o teh preverite v Seikkula, Alakare in Aaltonen, 2001a).

Problematiki psihoze se je s svojo metodo narativne eksternalizacije problema posvetil tudi Michael White (1995). Metoda se pri osebah s kroničnimi simptomi loteva zmanjševanja vpliva sovražnih glasov s tem, da glasove - namesto da jih pojmuje kot notranjo izkušnjo - postavlja izven osebe. Na podoben način se tudi odprti dialog usmerja k zunanemu, socialnem dialogu, a se pri tem močneje naslanja na socialno mrežo. Osredotočanje na socialno mrežo pri terapiji akutnih psihoz se je v okviru družinske terapije uveljavilo samo v severni Evropi.

Pojav odprtega dialoga

Od družinske terapije k mrežni usmerjenosti

Na začetku dela z družinami se je ekipa bolnišnice Keropudas sprva naslonila na milanski model, je pa poskus uporabe sistemske terapije v javnem sistemu hitro naletel na vrsto nepredvidenih dilem. Prvi resen vzgib, da bo treba poiskati nekaj izven polja sistemske družinske terapije, je bila že velika težava, kako angažirati družine, da bi prišle na družinsko terapijo v bolnišnico Keropudas. V zgodnjih osemdesetih letih je le manjši del pacientov in družin sledil tovrstnim napotitvam. Takšni in podobni zapleti so postali vir za iskanje novih rešitev in praks.

Naj je bila teorija videti še tako privlačna, je uvajanje milanske terapije v prakso prineslo celo vrsto težav, poseben izziv je bil prenos teorije v drugačna kulturna okolja in izven pogojev zasebne klinike. Pojavila se je vrsta poročil praktikov o nelagodju in zapletih pri stikih z družinami pri delu po tej metodi (Andersen, 1992, 1995; Hoffman, 1992, 2002; Lannamann, 1998). Skupen imenovalec teh kritik je bil izjemno znanstven in abstrakten model. Milanska metoda z uporabo metafore »igre« družino obravnava bolj kot objekt terapevtskega posega kot pa dejanskega partnerja v terapevtskem procesu. Še en pomemben kritični vpogled so prispevali takratni teoretiki in terapevti s področij feminizma in teorije socialne pravičnosti, ki so postavili pod vprašaj zahtevo po sistemski drži nevtralnosti v obravnavi zlorabe in nasilja (Goldner, Penn, Scheinberg in Walker, 1990; mckinnon in Miller, 1987).

Spoznanje negativnega učinka, ki ga je prineslo oddaljeno in objektivizirano gledanje na družine v fazi ocenjevanja, je v bolnišnici Keropudas leta 1984 prineslo korenite spremembe v postopek sprejema pacientov. Osebe bolnice je začelo s srečanji še pred začetkom terapije. Še en pomemben razlog za to je bilo dejstvo, da je bolnišnica deloma sodila v javni zdravstveni sistem in sta bili vprašanji enakopravne obravnave in dostopnosti že tako med prioritetskimi. V finskem javnem zdravstvu je bilo treba sprejeti v obravnavo vsakega pacienta – ne samo tiste, ki so bili napoteni na družinsko terapijo in ali so bili zanjo motivirani. Alanen je s sodelavci v Turkuju razvil originalno idejo o terapevtskih srečanjih kot sestavnem delu pristopa, ki temelji na potrebah uporabnika (Alanen, 1997).

Taka srečanja so postopoma prerasla v glavni terapevtski forum. Pri razumevanju novih pojavov, ki so se razvili s prakso odprtih srečanj namesto družinskih terapevtskih srečanj, so sprva pomagale konstruktivistične ideje, nato pa tudi ideja dialogizma Bahtina (1984), Vološinova (1996) in Vigotskega (1970). Andersenova (1987, 1990, 1992) uvedba »reflektirajočega tima« in sistemski pristop sodelovalnega jezika, ki ga je uvedla skupina v Galvestonu (H. Anderson in Goolishian, 1988), sta postala pomembna klinična okvira pri razvoju modela, ki ga danes poznamo kot odprti dialog.

Organizacija terapevtskih srečanj

Temeljna prvina odprtega dialoga, usmerjena v takojšnjo pomoč v krizni situaciji, je terapevtsko srečanje, ki se zgodi v prvih 24 urah po prvemu stiku. Organizira ga mobilna krizna ekipa, ki jo sestavljajo tako zunanji kot notranji člani bolnišnice, in mesto sestanka je – če je to le mogoče – dom osebe, ki potrebuje pomoč. Srečanje vključuje osebo, ki je v akutni stiski, tim in druge pomembne osebe (sorodnike, prijatelje, po potrebi še druge strokovnjake), ki so povezani s situacijo. Sestanek poteka v obliki odprtega foruma, vsi sodelujoči so v istem prostoru, po možnosti sedijo v krogu.

Odgovornost za sklic tima in organizacijo srečanja leži v rokah strokovnjaka, ki je prvi vzpostavil stik z družino. Člani tima, ki so dali iniciativo za organizacijo srečanja, tudi prevzemajo odgovornost za potek dialoga. Nato bodisi v pogovoru sodeluje cel tim ali pa se člani predhodno dogovorijo, da bo zastavljanje vprašanj in moderiranje razprave med prisotnimi v prostoru prevzela ena oseba. Sestava tima je odvisna od konkretnih okoliščin in zgodovine stikov s posamezno družino s tem, tako da so na srečanja vabljeni vsi dotedanji terapevti.

O vseh odločitvah v zvezi s potekom terapije, uporabi zdravil ali hospitalizaciji se razpravlja in odloča v prisotnosti vseh udeležencev srečanja. Posebnih srečanj strokovnjakov, na katerih bi se pogovarjali o načrtovanju obravnave - ni. Priporočljivo je, da se načrtovanju zdravljenja posveti drugi del srečanja, potem ko lahko svoje poglede in skrbi izrazijo vsi družinski člani. Rezultate srečanja je treba na koncu povzeti – še posebej morebitne odločitve. Če teh ni, se ugotovi, da srečanje ni prineslo konkretnih odločitev. Trajanje srečanj je različno, navadno je ura in pol dovolj za celoten postopek.

Naj je pacient sprejet v bolnišnico ali ne, isti tim nadaljuje s srečanji tako s pacientom kot z njegovo socialno mrežo, vse dokler urgentna situacija in simptomi ne minejo, pa naj to traja kratko ali dolgo. Ideja »psihološke kontinuitete«, dolgoročne vključenosti istega tima vse do zaključka, je za pristop najpomembnejša. Tim ostane povezan z družino vse do trenutka, ko postane jasno, da nevarnosti ni več.

Vzpostavitev takšnih terapevtskih srečanj je močno spremenila milansko tradicijo uporabe dolgih presledkov med posameznimi srečanji, obenem se je začelo v ospredje prebijati vprašanje govora in jezika v psihotični krizi. Krizna intervencija večinoma ni bila del milanskega modela. Italijanski strokovnjaki so imeli poročilo o krizi zgolj za »potezo« v »družinski igri« ter usmerili strateški odgovor terapevtskega tima na soočanje z njo (Selvini – Palazzoli, 1987). Zato je dnevno srečevanje z družinami v krizi in delo z njihovimi člani še ena pomembna razlika, ki loči odprti dialog od milanskega modela.

Ne glede na te razlike, je bila vzpostavitev terapevtskih srečanj, kot prvi zametek metode odprtega dialoga, povezana z zmožnostjo milanske metode za nadaljnji razvoj. Kot pravi Lynn Hoffman: »Ne toliko kot zbirka postopkov, bolj kot 'model učenja, kako se učiti' med postopkom samim«, je sistemski pristop naučil strokovnjake, da so mislili refleksivno, spreminjali svoje predpostavke in vedenja med soočanjem s slepimi ulicami in težavami (Boscolo in drugi, 1987: 28).

Na Boscola in Ceccchina je v zgodnjih osemdesetih letih vedno močneje vplivalo delo kibernetičnih raziskovalcev von Foersterja, Varele in Maturane, ki so razvili kibernetiko drugega reda. Trdili so, da ne moremo govoriti o ločenem opazovanem sistemu, možen je le »sistem opazovanja«, ki vključuje tudi stališče, pogled opazovalca. Tako je vsako terapevtsko srečanje z družino deloma tudi posledica idej in pogledov, ki jih strokovnjaki že prinesejo s seboj od zunaj. Zаметki tega obrata h kibernetiki drugega reda so bili prisotni ob koncu kompleksne kariere prvotne milanske ekipe, še posebej v njihovem članku o »krožnih vprašanjih« (Selvini – Palazzoli, 1980). Članek se bolj kot družini posveča samemu procesu zastavljanja vprašanj in na nek način napoveduje premik v lingvistične vode oziroma z vprašanja intervencije same na način komunikacije.

Začetna sprememba v delovanju finske ekipe, ki je spremljala tudi druge premike, je bila skladna s tem razmišljanjem »drugega reda«: temeljni obrat se je zgodil, ko je skupina spremenila svoj odnos do družine na način, da je začela vsakega njenega člana razumevati kot partnerja. Nato so kibernetike analogije, skupaj z metaforami o pogledu in opazovanju, v procesu razvoja zbledele. Te sta najprej nadomestili metafori glasu in poslušanja, kasneje pa pojmi, povezani z občutenjem in dotikom (Hoffman, 2002). Najbolj od vseh pa vztraja razumevanje, da terapijo sestavljajo skupno ustvarjeni proces, z namensko pozornostjo posvečeno govornim izmenjavam in krogom dialoga.

Odprti dialog je ohranil še nekaj prvin Batesonove in milanske dediščine, med drugim komunikacijsko držo ter poudarek na afirmacijah, čeprav se je odrekel pozitivnemu konotiranju.

Poetika odprtega dialoga

Dopuščanje negotovosti

Jezikovne prakse odprtega dialoga med terapevtskim srečanjem se močno razlikujejo od praks drugih mrežno zasnovanih terapij. Kot smo navedli na začetku, pogovor temelji na prvinah »dopuščanja negotovosti«, »dialogizma« in »polifonije«. Preučili bomo vsako od teh značilnosti, čeprav je njihovo delovanje rekurzivno povezano in sočasno. Dopuščanje negotovosti je protipomenka oziroma kar nasprotje sistematične uporabe hipotetiziranja in vseh podobnih orodij za ocenjevanje.

V praksi se dopuščanje negotovosti vzpostavi s pogostimi srečanji in kakovostjo pogovora. Pomembno je, da so srečanja dovolj pogosta, po potrebi vsak dan, saj le tako družina čuti, da v krizi ni osamljena. Tim pozorno spremlja načrtovanje srečanj in običajno dopušča možnost dnevnega srečevanja prvih 10 do 12 dni po izbruhu resne krize.

Negotovost se lahko prenaša le, če osebe doživljajo terapijo kot varno. Vsaka težka kriza zahteva, da se terapevti in družine spoprimejo z inherentnimi dvoumnostmi krizne situacije, pri čemer naj bi ravno dialog ponujal Ariadnino nit. Kot del vzpostavljanja ustreznih pogojev je treba posvetiti veliko pozornost razvijanju zaupnega terapevtskega konteksta oziroma »scene«, v okviru katere je mogoče zaobjeti tesnobe in strahove, ki so posledica krize, in z njimi delati. Varnost se sprva vzpostavi tako, da se sliši in odzove na vsak posameznikov glas in pogled, tako da se legitimizira vsakega udeleženca. Če se vzpostavi taka stopnja strpnosti, se pojavi več priložnosti za psihološke (zdaj bi jim lahko rekli »dialoške«) vire tako pri družini kot pri pacientu: če ti prej niso imeli besed, da bi izrazili svoje občutke ob težkih dogodkih, zdaj postanejo tvorni subjekti (angl. »agents«).

Vprašanje »Kaj naj storimo?«, ki se izpostavi v krizi, po zaslugi varnih okoliščin pri tem pristopu ostane odprto vse dotlej, dokler skupni dialog sam ne pride do odgovora oziroma presahne potreba za akcijo. Takojšnji nasveti, hitri zaključki in tradicionalni odzivi bodo manj verjetno prispevali k vzpostavljanju zaupanja in varnega okolja, in tudi k dejanski razrešitvi psihotične krize ne. Posebej se izogibamo hipotezam, saj zelo rade utišajo druge možnosti in zmanjšajo verjetnost, da najdemo naraven način za razrešitev krize (Andersen, 1990). Terapevti se torej vključijo brez vnaprejšnjega definiranja problema ter v upanju, da bo dialog sam tisti, ki bo prinesel nove možnosti in ideje.

Dopuščanje negotovosti se razlikuje tudi od navidez zelo podobne drže »nevednosti«, ki sta jo predlagala Anderson in Goolishian (1992). Skupina iz Galvestona je definirala način vednosti, po kateri je stranka strokovnjak in je strokovnjak učenec. Finski model pa definira način bivanja z drugimi in s samim seboj, ki je nekoliko drugačen način vednosti. To je mislil Rilke (1984), ko je zapisal »živi svojo pot do odgovora« (s. 42).

Dialogizem

Prepletena s konceptom trajne negotovosti Bahtinova (1984) ideja dialoga predstavlja okvir komunikacije med skupino, osebo in socialno mrežo. Ne le, da tak način dela konstituira mrežo, obenem tudi zmanjšuje osamljenost, saj vzpostavlja dialog, ki je zgrajen okrog komunikacijskega odnosa s pacientom oziroma pacientko in tistimi, ki so zanj ali zanjo pomembni. S stališča socialnega konstruktivizma psihoza pomeni začasno, radikalno in zastrašujočo odtujitev od skupne, komunikativne prakse: gre za »nikogaršnje ozemlje«, na katerem obremenjujoče doživljanje nima besed, posledično pa je oseba brez glasu in tudi nezmožna delovanja (Holma, 1999; Seikkula, 2002). Terapevtski cilj je razvoj skupnega jezikovnega okvirja za definiranje izkušenj, ki bi sicer ostale neubesedene znotraj človekovega psihotičnega sveta in zasebnih, notranjih glasov in halucinatornih znamenj.

Bahtinova ideja dialoga in njena uporaba pri psihotični izkušnji izvirata iz teoretske podlage, ki prepozna jezik in komunikacijo kot osnovni gradnik družbene resničnosti. Ustvarjanje besed in vzpostavljanje simbolne komunikacije je proces ustvarjanja glasov, ustvarjanja identitete, vzajemno aktivna dejavnost, ki se dogaja »med ljudmi« (Gergen, 1999). Kriza postane priložnost za ponovno ustvarjanje tkanine zgodb, identitet in razmerij, ki konstruirajo tako jaz kot družbeni svet.

Odperti dialog torej prevaja Bahtinov koncept dialoga v »sočasno nastajajoči« proces poslušanja in razumevanja. V tem je odperti dialog skladen s tistim, kar je francoski filozof Jean-Francois Lyotard, izhajajoč iz Wittgensteinove teorije jezikovnih iger, kot nasprotja »igri špekulacije«, ki jo igra zahodna civilizacija, poimenoval »igra brez avtorja«. Lyotard »igro slišanja« opiše kot »igro pravičnih«, pri kateri »je najpomembnejše poslušati« in govorec »govori kot poslušalec« (Hoffman, 2000).

S tega stališča je v odprtem dialogu akt poslušanja pomembnejši od samega procesa intervjuvanja. Zato naj bodo prva vprašanja na terapevtskem srečanju zastavljena kar najbolj odprto, s tem pa bo članom družine in drugim sodelujočim omogočeno kar največ prostora, da navedejo tiste vsebine, ki se jim v konkretnem trenutku zdijo najbolj pomembne. Tim nikdar vnaprej ne določa tem pogovora.

Za vzpostavitev dialoga je od vsega začetka pomembno, da osebe, ki pogovor vodijo, »odgovorijo« na to, kar so rekli pacient in druge osebe. Odgovori pa so običajno nova vprašanja, ki so osnovana na prejšnjih izjavah pacienta. Z Bahtinovega stališča vsako izgovorjeno mnenje oziroma intervencija zahteva odgovor. Posebna estetika (sozvočje izjav in odgovorov) dialoga je tista, ki ga naredi »dialoškega« za razliko od »monološkega«, ki bi pomenil situacijo, v kateri govorec sploh nima sodelujočega poslušalca (Vološinov, 1996).

Bahtin pri definiranju pojma »heteroglosija« pravi, da pomen ni fiksni in vrojeni, čeprav besede seveda nosijo sledi in drobce pomenov naših raznolikih lingvističnih dediščin. Ker pa pomen nastane samo v neposredni izmenjavi, sta govorec in poslušalec intimno združena v poskusu, da razumeta psihotično epizodo. Terapevtski proces zahteva ustvarjalno sodelovanje pri uporabi jezika, ki se ne omejuje samo na tisto, kar ljudje izrečejo, temveč tudi na občutke in čutne zaznave, ki se pretakajo med sodelujočimi.

Šele v takšnem dialoškem mejnem prostoru se lahko med osebo, pomembnimi drugimi in strokovnjaki na srečanju porodi jezik trpljenja, v katerem to trpljenje šele dobi glas.

Polifonija

V odprtem dialogu nimamo objekta (ali strukture ali igre), ki naj bi ga terapija spremenila. Nasprotno, imamo vrsto subjektov, ki ustvarjajo polifonijo različnih glasov. Anderson in Goolishian (1988) sta prva izpostavila lingvistično paradigmo, ki postavlja pod vprašaj »odnosno strukturo« in »komunikacijski sistem«, ki naj bi obstajala znotraj družine. Podobno v svojem poststrukturalističnem pristopu razmišlja White (1995).

Skupina se ne osredotoča več na strukturo družine, pač pa na vse vključene posameznike. To pomeni, da vsak novi dialog ustvari nov »sistem«, v katerem pogovor ustvarja resničnost, ne pa družinska »pravila« ali njeno strukturo. Razlika s sistemskim pristopom, ki z intervencijo v družini poskuša spremeniti sistem, dialoški pristop ustvarja skupni jezik, ki omogoča, da pomen trpljenja osebe postane jasnejši in razumljivejši znotraj vsakokratne mreže.

Odpri dialog torej dovoljuje vsakemu posamezniku ali posameznici, da v razgovor vstopi na svoj način. Navadno oseba, ki vodi pogovor, začne s tistim sogovornikom, ki je sprožil pobudo za srečanje, in se potem posveti vsem ostalim ter jim omogoči, da izrazijo svoje skrbi. Pri tem so lahko v pomoč vprašanja, kakršno je: »Kdaj pa vas je začelo skrbeti za sina?« Najpomembnejše pri srečanju je, da voditelj pogovora ves čas posveča pretanjeno pozornost komuniciranju osebe v stiski – izpovedi in pomeni te osebe tvorijo središče pogovora. Če sistemski pristop uporablja metodo krožnih vprašanj, se odprti dialog osredotoča na dopuščanje mnogoterih izražanj brez namena, da bi odkrili kako resnico.

Eno pomembnih pravil je, da ima vsak udeleženec pravico do komentarja. Vprašanja in sklepi strokovnjakov ne smejo prekinjati potekajočega dialoga, razen v primeru, ko se navezujejo na tekočo tematiko. Strokovnjaki se lahko vključijo na način, da zastavijo vprašanje, ki se nanaša na trenutno temo, ali če začnejo reflektirajoči dialog o njej z drugimi strokovnjaki (Andersen, 1995). Izmenjevanje govora in poslušanja v procesu refleksije pacientu in njegovi družini omogoča novo priložnost, da rekonstruirajo lastno izkušnjo (Andersen, 1995; Seikkula, Aaltonen, Alakare in dr., 1995).

Četudi ga do neke mere vodi razmišljanje tima, odprti dialog ostaja manj strukturirana in v veliki meri spontana vrsta razpravljanja. Refleksije različnih strokovnjakov, ki morda že leta sodelujejo v podobnih okoliščinah, se lahko primerijo spontano, pogosto v najbolj stresnih in čustveno težavnih trenutkih. Refleksije so navadno take, da povečujejo občutek varnosti in iz posameznikove psihotične pripovedi pomagajo izluščiti zgodbo.

Ko se pojavijo različna mnenja, je namen odprtega dialoga ta, da omogoči prostor vsem glasovom, spodbuja poslušanje in izmenjavo ter se kar najbolj izogiba polariziranemu mišljenju, ki poteka po liniji prav/narobe. To vsekakor ne pomeni, da mora vsakdo sprejeti vse argumente drugih – nestrinjanje je povsem legitimno. Že samo dopuščanje izražanja različnih mnenj v varnem okolju lahko privede do pozitivnih rešitev. Cilj ni iskanje konsenza, pač pa ustvariti medsebojno razumevanje, sprejemanje. Eno

temeljnih pravil je, da se o nobeni okoliščini, ki se tiče pacienta ali njegove družine, ne razpravlja v njihovi odsotnosti, kar velja tudi za odzive na samo srečanje. Zato je razpravljanje po srečanjih skrženo na minimum.

Čeprav torej temelji na milanski tradiciji, predstavlja odprti dialog pomemben in dobro zastavljen primer postmoderne paradigme (Andersen, 1995; H. Anderson, 1997; Anderson in Goolishian, 1992; Hoffman, 2002; Penn, 2001), ki je v sozvočju z Derrida-jevo tezo (1971), po kateri »ne obstaja nobeno bistvo, ki bi bilo strogo ločeno od svoje- ga nosilca« (s. 229). Preprosteje povedano: Ne obstaja koncept resnice ali resničnosti, ki bi bila ločena od tega, kar človek izrazi. Terapevtski humus nastaja iz vpliva dialogizma na socialno mrežo, v procesu vstopanja novih besed in zgodb v vsakdanji diskurz. Na tem temelju imajo jezikovne prakse terapevtskega srečanja dvojno vlogo: da omogoča- jo podpiranje ljudi (dopuščanje negotovosti) dovolj dolgo, da ob pomoči pomembnih drugih v socialni mreži (polifonija) sprva neizpovedljivo dobi svoj glas (dialogizem).

Zgodba Pekke in Maje

Dialog, ki sledi, je znamenit po tem, da so med samim pogovorom psihotični simptomi Pekke izginili – in se tudi sedem let po tem pogovoru niso ponovno pojavili. Takšen rezultat sicer ni značilen, saj psihotična kriza v povprečju traja dve do tri leta. Primer pa vseeno ilustrira terapevtski proces, v katerem šele v neposrednem stiku nastajajo besede za dotlej še neizgovorjeno izkušnjo. Nemogoče je predvideti, kako dolgo traja takšen proces. V nekaterih primerih, in naš je tak, je dovolj eno samo srečanje, v večini primerov pa zahteva večje število pogovorov.

Pekka, 30-letni poročeni delavec v železnini, je obiskal družinskega zdravnika. Po- tožil je, da je žrtev sistemske zarote ter ga preganjajo ljudje, ki so vpleteni v to spletko. Zdravnik se je povezal s sprejemnim timom psihiatrične bolnišnice in dogovorili so se za srečanje, na katerem so prisostvovali Pekka, njegova žena Maja, družinski zdravnik (Z), psiholog (Psih) in tri bolniške sestre (ti podatki zaradi varnosti identitete udeleženc- cev ne ustrezajo resnici). Ekipa se je soočila z visokim in močnim moškim ter v primer- javi z njim zelo drobno žensko. Ona je bila tista, ki jih je peljala v sobo, in sedla sta na sosednja stola. Sprva je govoril Pekka, Maja je sedela tiho in gledala svojega moža, ki se je občasno obrnil k njej, kakor da želi od nje potrditev za svoje besede.

Ko so člani ekipe skušali navezati pogovor, je bil Pekka močno psihotičen in nerazu- mljiv, težko je bilo razumeti pomen njegovih besed. Prve pol ure je pogovor preskako- val s teme na temo brez vsakega napredka. Položaj se je spremenil, ko je ena od sester vprašala Pekkovo ženo, kako se ona počuti v tem položaju. To vprašanje je spodbudilo začetek dialoga, v katerem se je Pekkovi psihotični govor začel spreminjati.

Maja: No, Pekka vidi stvari. Zelo sumničav je postal do vseh.

Pekka: Ja, in ...

Maja: Kakor jaz vidim, so vsi ljudje okrog naju kar malo vznemirjeni.

Pekka: ... in kot pravim, ne bom več ...

Maja: In če kdo omeni karkoli o njegovi prihodnosti ...

Pekka: ... Ja, zelo je nervozna, čeprav ...

Maja: ... je bil zelo podoben položaj že pred osmimi leti.

Pekka: Tisto je bilo pa grozno.

Maja: Celo očeta se je bal: govoril je, da ga hoče oče ubiti.

Psih: In kako je minilo? Ste dobili kakšna zdravila?

Maja: Ne, nič se ni zdravil. Pravzaprav se sploh ne spomnim, kako je minilo, morda je kar izzvenelo...

Maja je razumno opisala težavo in ponudila detajle, ki so ekipi pomagali doseči nekaj razumevanja o položaju. V tem delu pogovora pa sta Pekka in Maja govorila sočasno in sta torej vstopala v razpravo polifonično. Ekipa ni želela spreminjati strukture razprave na način, da bi ju opomnila, naj ne govorita drug čez drugega: strokovnjaki so preprosto sprejeli takšen način kot slog pogovora para in način njune komunikacije. Po uvodnem dialogu je Pekka v nasprotju s prvimi stavki, ko so misli in povedi prihajale na dan dokaj neorganizirano, začel govoriti bolj zbrano. Ta prehod v zbranost je oznanil začetek uporabe skupnega jezika za pogovor o položaju.

Po približno štiridesetih minutah sta Maja in Pekka začela opisovati dogodke, ki so privedli do psihoze. Z besedami sta naslikala podobe in filmski potek dogodkov in ustvarila pripoved o izkušnjah, ki je nadomestila prejšnje izolirane koščke stavkov brez konteksta. Ta premik je pomagal ustvariti tudi voditelj pogovora tako, da je spodbudil počasno, »slow-motion« genezo dogodkov, ki so privedli do krize. Ko je – kot rezultat dotedanjega pogovora – Pekka končno uspel z besedami opisati svojo izkušnjo, so izginile tudi psihotične značilnosti.

Maja in Pekka sta se strinjala, da so se psihotični simptomi prvič pojavili v petek. Psiholog je prosil, naj petkovo dogajanje bolj podrobno opišeta. Pekka je povedal, da so se bližali prazniki, on pa zdaj, ko ni imel več službe, ni imel denarja za darila. Nekdanji delodajalec mu je dolgoval še nekaj denarja, ki pa ga Pekki ni izplačal. Znašel se je v čustveni stiski: če bi nekdanjega šefa vprašal za denar, bi s tem lahko ogrozil njuno prijateljstvo, če ne, pa bi doživel razočaranje v svoji očetovski vlogi, saj družini ne bi mogel kupiti božičnih daril. Vsem strahovom navkljub se je Pekka odločil, da pokliče nekdanjega šefa in ga opozori na njegov dolg. Ko je to res naredil, se je šef odzval grdo, Pekko je celo obtožil, da ga izsiljuje. Slučajno je med to mučno debato prišlo do električnega mrka, vse luči so v hipu ugasnile. Sledi prepis dela pogovora:

Psih: In Ray vam je rekel, da naj ga ne izsiljujete?

Pekka: Ja, in ...

Z.: In to je bil konec telefonskega pogovora?

Pekka: Ne čisto takrat. Konec je bilo, ko sem rekel »NE, seveda te ne izsiljujem, samo zato sprašujem, ker potrebujem denar za božična darila za svoje«.

Psih: Pa vam je v telefonskem pogovoru rekel, da vam bo izplačal tisti denar?

Pekka: Rekel je: »Bom preveril situacijo.« Tisti trenutek pa je zmanjkalo elektrike. Bilo je naravnost grozno. Računalnik je crknil, zabrnelo je in nastala je tema ... Začutil sem, da bo nekako stopil v stik z menoj.

Psih: Vas je to zmotilo?

Pekka: Glejte, pomislil sem, da se je prestrašil ...

Psih: Ko je naenkrat zmanjkalo luči.

Pekka: Ja, in jaz sem to občutil kot znamenje, da izsiljevanje deluje ...

Na tej točki so na dan začele prihajati stvari, ki se prej še niso pojavljale v zgodbi. Videti je bilo, kot da je Pekka ujetnik v situaciji nasprotujočih si zapovedi, ki jih niti

ne more pojasniti, niti ne more uiti njihovim nasprotjem. Zastrašujoče prekrivanje pogovora in električnega mrka je dojemal kot dokaz svoje neznosne ujetosti. Ekipa je začela spoznavati, da je bila Pekkova paranoja vrh dolgih mesecev življenja pod veliko napetostjo, ker ni imel denarja. Ekipa je par potem spodbudila, naj nadaljuje z opisom razvoja dogodkov. Ob tem so vsi člani sodelovali pri nadaljnji dekonstrukciji psihoze ob Pekkinovemu pripovedovanju o občutkih, ki so spremljali izbruh simptomov. Voditelju intervjuja se je zazdelo, da Pekka ob opisovanju še enkrat podoživlja vso grozo, ki je spremljala začetek halucinacij. Da bi našli besede za Pekkinove čustvene stiske, ga je vodja vprašal, kakšne so bile njegove prve misli ob mrku.

Psih.: Slišati je, kot da ste bili na smrt preplašeni?

Pekka: No, tako grozno res ni bilo. Sem pa pomislil, da bi najraje nekam pobegnil. Ker če je Ray lahko takole agresiven in vzkipljiv, potem človek res nikoli ne ve, če ne bi bilo bolje ...

Psih.: Kaj je bilo tisto, na kar ste najprej pomislili?

Pekka: ... da če se odloči in pride ... kako bi mu človek sploh preprečil, da pride.

Z: Da bo prišel po vas?

Pekka: Ja, da bo prišel.

Z: Da bo prišel in vas ubil – ste to pomislili?

Pekka: No, če tako rečemo ... mislim, to je seveda tisto najhujše, kar bi lahko naredil ...

Da bi razjasnili Pekkinovo čustveno izkušnjo, je vodja uporabil najbolj trde besede: »Ubit vas bo prišel – ste to pomislili?« Odziv ekipe je Pekkinovemu strahu dal novo, jasno in konkretno podobo – in ta je to razlago nemudoma potrdil. Občutek varnosti in zaupanja pogovora ter povezave med Pekko in člani ekipe so bili že dovolj trdni, da je vodja lahko izzval Pekkinove najbolj temačne strahove. Dialog, ki smo ga popisali, je primer pogovorne posledice sprejemanja negotovosti.

Na tej točki so člani ekipe izmenjali medsebojne vtise. Pri odprtem dialogu se vtisi izmenjajo, kadar udeleženci izpovedujejo svoje najbolj strašljive izkušnje in so v nevarnosti, da se dezorganizirajo. Pri izmenjavi vtisov ekipa uporablja obliko logičnih konotacij. Ta pojem je ustrežnejši od »pozitivnih konotacij«, ki postavlja simptome v funkcijo koristne premise ali mita (Boscolo in drugi, 1987). Logična konotacija opisuje način, na katerega je problematična izkušnja ali delovanje ustvarja smisel v določenem kontekstu. Izmenjava vtisov v timu tudi poudarja dialoške principe metode. Cilj ni intervencija, pač pa ustvarjanje jezika, v katerem bo par lahko izrazil svojo izkušnjo, rekonstruiral tako glas kot delovanje. Naloga tima je, da aktivno išče nove možnosti za razumevanje in razlago problema. Tematike, ki jih tim pri tem razvija, temeljijo in so zgrajene na besedah, ki sta jih uporabila Mija in Pekka.

Psih.: Nam lahko daste nekaj trenutkov, da se pogovorimo med sabo? Kakšne misli nas obhajajo? Kaj se je zbudilo v nas?

Z: No, mene je obšlo najmanj to, da je Pekka takšen človek, ki skrbi za druge veliko bolj kot zase...

Pekka: No, to je pa malo ...

Psih.: Bolj kot zase?

Z: Ja, težave sosedov so mu pomembnejše kot njegovih.

Psih.: To sklepaš iz tega, da je Pekko, ko je Rayu rekel, naj mu izplača obljubljeni

denar, v bistvu bolj skrbelo, kako se bo ob tem počutil Ray?

Z: Da, to.

Psih: Da ga v bistvu bolj skrbi Rayevo počutje kot to, da mu je ta dejansko dolžan denar.

Z: Ja, in zraven sem začel razmišljati, kako je položaj dejansko zapleten... Sprašujem se, ali je Pekka tiste vrste človek, ki si težko izbori svoje pravice, tisto, kar mu gre ... In še to sem se vprašal, ali Pekka zmeraj pove stvari na tako podroben način, kot jih je povedal danes? Ali pa je to pokazatelj neke potrebe in strahu? Da mogoče želi, da resnično razumemo njegovo zgodbo? Ker je zelo v podrobnosti in natančno pojasnil, kar je v bistvu težko razumljivo, kar je težko sploh videti.

Psih: Da, v resnici je lahko tako, da nekdo skuša zelo natančno pojasniti izkušnje, če ne razume, kaj se je zares zgodilo. »Kaj je to pomenilo?« in »Zakaj sem pomislil na to ali na ono?« Na nek način se izgubi celota in potem človek skuša z detajli sestaviti celotni pomen.

Z: In potem stvari, ki so očitne in razlogi, ki so na dlani, so lahko tudi znak, da je celota izginila, da človek ne ve več, kaj vse skupaj pomeni ...

Psih (se sklicuje na prejšnji del pogovora, v katerem je Pekka omenil, kako je program na televizorju prenašal sporočila, namenjena neposredno njemu): Da, dejansko se lahko nekje zabriše meja, kaj je v resnici pomembno in kaj ne. Prav strašljivo je, da nekdo na televiziji vidi sporočila, namenjena samo njemu, pa gre za neko tujo, ameriško oddajo ...

Z: ... in še nekaj let staro povrhu.

Na dialoški način člani tima reflektirajo dogodke, ki sta jih opisala Pekka in Maja. Ob koncu srečanja se vodja pogovora vrne k nekaterim predhodnim dogodkom iz prvotne pripovedi, da se prepriča, ali so Pekkove misli, na primer o povezavi med električnim mrkom in odzivom nekdanjega šefa na telefonski poziv, še zmeraj psihotične. Psiholog vpraša Pekko, ali se mu dogodka še zmeraj zdita več kot slučajno povezana, in ta odgovori, da gre nemara res za slučajno sočasnost. Tim se strinja, da če se Pekka zdaj strinja, da z nekdanjim šefom niso več povezane skrivnostne sile, po vsej verjetnosti ni več psihotičen. Iz njegovega odziva je videti, da dogodkom ne pripisuje več neke zunanje usode, pač pa na novo vidi svojo vlogo v njih.

Opisani primer odprtega dialoga kaže na pomen jezika v strašljivem paradoksu, ki ga je Pekka doživel v odnosu do svoje družine in nekdanjega predpostavljeneega. Psihotično izkušnjo je moč ugledati iz perspektive teorije dvojne vezi (angl. »double bind theory«) in videti, kako že sposobnost poimenovanja in komentiranja takšne izkušnje lahko človeka osvobodi iz ujetosti v dvojno vez. Vendar pa je bil koncept dvojne vezi opuščen, saj implicira »zunanjo resničnost«, ki jo je treba spremeniti, namesto da bi se osredotočali na »dialoški pogovor«, ki je sam utreti pot iz psihotičnega sveta. S tega stališča lahko terapevtsko srečanje definiramo kot prostor, v katerem se lahko v pogovornem gibanju sem in tja najdejo besede, ki izrazijo težavne stvari.

Mikropolitika odprtega dialoga

Učinkovitost odprtega dialoga je neposredno povezana s konteksti institucij in usposabljanja. Od začetkov leta 1984 je pristop v bolnišnici Keropudas doživel sistematičen razvoj in terapevtsko srečanje je postalo uveljavljeno sredstvo sprejema na zdravljenje.

Za celotno osebje bolnišnice - od psihiatrov in psihologov do sester in socialnih delavcev - bolnišnica organizira triletno izobraževanje o družinski terapiji. Znanje se prenaša demokratično ob predpostavki, da ga lahko pridobi vsak strokovni delavec. Ta demokratična etika v pristopu do usposabljanja je del širše etike vključenosti in človečnosti in je del terapevtske kulture bolnišnice Keropudas.

Za razliko od Združenih držav program zdravstvenega varstva na Zahodnem Laponskem omogoča, da strokovnjaki delajo v timih – v ZDA model plačila-za-storitev (angl. Managed care) takšnega pristopa žal ne omogoča (Coffey in drugi, 2001). Timsko zastavljeni model terapevtskih srečanj pa ima močen blagodejen učinek na celotno delovanje bolnišnice Keropudas, saj omogoča sodelovanje zaposlenega osebja v kriznih timih izven bolnišnice, v lokalnem okolju, obenem pa pritegne zunanje strokovnjake v time, ki delujejo v sami bolnišnici. Takšen način dela zmanjšuje možnost za zoženje perspektiv pogledov na duševno zdravje, saj osebje bolnišnice nastopa v različnih vlogah in pristojnostih.

S te perspektive odprti dialog ni zgolj model, ki bi ga lahko uporabili kjerkoli, pač pa skupek praks, ki so uveljavljene v bolnišnici. Posledica tega je povezanost in integriteta z drugimi oblikami psihoterapije, posebej z individualno terapijo, a tudi s tradicionalno družinsko terapijo, zaposlitveno terapijo in drugimi oblikami rehabilitacijskih dejavnosti. Dialoški model ne vpliva samo na organizacijo konteksta obravnave, pač pa tudi na profesionalni kontekst. To je bil tudi eden od temeljnih razlogov, da prvotni tim ni doživel usode in kratke življenjske dobe večine sistemskih timov, na katere so se institucije odzvale z odporom in zavračanjem (Boscolo in drugi, 1987).

Kljub opisanim učinkovitim novostim pa se še vedno pojavljajo težave in neuspehi v izvajanju. Pristop zavezuje tim, da ostane z družino tudi v primeru neuspehov in z njo deli tudi razočaranje. Poseben izziv odprtega dialoga ostajajo administrativni in praktični problemi pri tem, kako obdržati celoten tim skupaj med celotnim postopkom obravnave ter s tem zagotoviti psihološko kontinuiteto obravnave za vključeno osebo in njeno socialno mrežo v krizi.

Statistika izidov

Zaključna opažanja o mikropolitiki odprtega dialoga se nanaša na uporabnost raziskovanja in podatkov o izidih obravnav. V okolju, v katerem povsem prevladuje diskurz z dokazi podprte prakse, je ključno dokumentirati rezultate. Odprti dialog je eden najbolj preučevanih pristopov k hudim psihiatričnim krizam na Finskem. Vse od leta 1988 izhajajo študije o izidih obravnav, kvalitativne študije o razvoju samega dialoga med terapevtskim srečanjem (Haarakangas, 1997; Keraenen, 1992; Seikkula, 1994, 2002; Seikkula in drugi, 2001a, b). Od institucionalizacije tega novega pristopa se je pogostnost novih primerov shizofrenije na zahodnem Laponskem znižala (Aaltonen, Seikkula, Alakare in drugi, 1997), znižalo se je tudi število sprejemov novih bolnikov s kronično obliko shizofrenije v psihiatričnih bolnišnicah (Tuori, 1994).

V še potekajoči kvazi eksperimentalni študiji o pacientih, ki so doživeli prvo psihotično epizodo, je Zahodna Laponska sodelovala v nacionalnem finskem projektu Integrirana skrb pri akutni psihozi. Študijo, ki zajema več lokacij, vodijo univerzi v Jyväskylä in Turkuju ter Državni center za razvoj in raziskave socialne in zdravstvene

oskrbe (STAKES) (Lehtinen, Aaltonen, Koffert in drugi, 2000). Študija je zajela vse paciente z neafektivno psihozo po kriterijih DSM-III-R v obdobju med aprilom 1992 in marcem 1997. Kot eden od treh raziskovalnih centrov je Zahodna Laponska imela nalogo, da bo pri opisanih primerih začela z obravnavanjem brez sočasne uvedbe zdravljenja z nevroleptiki. Rezultate so primerjali s preostalimi tremi centri, kjer so zdravila uporabili na tradicionalni način, večinoma že ob postavitvi diagnoze. 58 % pacientov, ki so v raziskavi sodelovali na Zahodnem Laponskem, je imelo diagnozo shizofrenije (Seikkula in drugi, 2001b).

Proces zdravljenja in rezultati so se pri shizofrenih pacientih, ki so jih obravnavali z odprtim dialogom, opazno razlikovali v primerjavi s tistimi, ki so jih obravnavali po uveljavljenih metodah. Pacienti, ki so jih obravnavali z odprtim dialogom, so bili manjkrat hospitalizirani, v primerjavi s 100 % uporabo zdravil pri kontrolni skupini jih je nevroleptike prejelo samo 35 %. V obdobju dveh let po raziskavi jih 82 % (v primerjavi s 50 % kontrolne skupine) ni doživelo nobenih ali pa zgolj blage psihotične simptome. Pacienti na Zahodnem Laponskem so imeli tudi boljše zaposlitvene možnosti: invalidsko jih je bilo upokojenih 23 %, v kontrolni skupini pa 57 %. Ponovitev psihoze se je primerila pri 24 % tistih, pri katerih so uporabili odprti dialog, medtem ko je bilo povratništvo pri kontrolni skupini 71 % (Seikkula, Alakare, Aaltonen, v tisku). Eden možnih razlogov za te razmeroma dobre napovedi je tudi v skrajšanju obdobja pred začetkom obravnave psihoze, ki na Zahodnem Laponskem v povprečju traja samo 3,6 mesecev, saj je mrežna skrb zasnovana tako, da kar se da zgodaj opozori na akutna stanja, še preden se ta pretvorijo v kronična (Seikkula in drugi, 2001b).

Če povzamemo: odprti dialog je pomembno videti v luči spremembe celotne psihiatrične obravnave, ki jo morajo spremljati administrativna podpora, sodelovanje z zdravniki in psihiatri v sistemu primarnega zdravstva, dostopnost stalnega izobraževanja in sprotno merjenje rezultatov. Poetiko pogovora mora spremljati in krepiti mikropolitika strokovnega okolja.

Zaključek

Gregory Bateson (1962) je o dvojni vezi zapisal: »Če bi to patologijo uspeli odvrniti ali se ji upreti, bi bil rezultat lahko povečanje ustvarjalnosti.« (stran 242). Odprti dialog je takšne vrste upor izkušnji »patologije«, saj namesto nje zgradi »transformativni dialog« v socialni mreži (Gergen in mycenamee, 2000). Medtem ko se delo z najtežjimi psihiatričnimi problemi še zmeraj pogosto konča z neuspehom, ponuja odprti dialog mnogim nove obete, da morda le najdejo pot iz labirinta.

Javni sistem duševnega zdravja je v mnogih okoljih ZDA v resnih težavah. Nedavno poročilo zdravstvenega resorja ZDA navaja, da 80 % otrok in družin, ki potrebujejo pomoč na področju duševnega zdravja, te oskrbe ne dobi (Javni zdravstveni sistem ZDA, 2000). Mediji pogosto poročajo o otrocih in odraslih, ki so se »zataknil« v bolnišnicah, v kar nekaj zveznih državah potekajo odškodninske pravde na tem področju (Goldberg, 2001: 9). Nekatere strategije »menežerirane oskrbe« (angl. »managed care«) promovirajo dekontekstualizirani biološki model, za katerega pa se je izkazalo, da ni niti varčen niti terapevtsko učinkovit.

Vse več ugotovitev pa potrjuje, da skupnostni modeli, kakršen je pristop odprtega dialoga, lahko ponudijo tako etično kot stroškovno učinkovito obravnavo. Pristop, spodbujen z Bahtinovimi dialoškimi principi in drugimi postmodernimi idejami, je humaniziral in izboljšal skrb za mlade ljudi v težkih akutnih krizah, kot so na primer psihoze. Princip odprtega dialoga je moč uporabiti tudi pri številnih drugih resnih težavah. Ideja mrežne terapije izvira iz Združenih držav, ampak je zaradi politike »menežerirane oskrbe« njena uporabnost tam zelo omejena. V luči današnje krize je morda modro premisliti »o poti, po kateri se še nismo podali« in resno pretehtati obete, ki jih prinaša pristop odprtega dialoga.

Opombe

¹ Prevedel Tone Vrhovnik Straka, prevod strokovno pregledal Bojan Dekleva.

² Prevod članka: Seikkula, J. in Olson, E. M. (2003). *The open dialogue approach to acute psychosis: its poetics and micropolitics*. *Family process*, vol. 42, no. 3, s. 403-418.

Izvirnik pridobljen iz <https://www.sfnsw.org.au/ArticleDocuments/788/OpenDialog-Approach>

[AcutePsychosisOlsonSeikkula.pdf.aspx](#). Na tem naslovu je dostopna še obsežnejša opomba o avtorici in avtorju članka ter seznam uporabljene literature.

³ V izvirniku: »... began to organize a treatment meeting in advance of any kind of therapy« (op. prev.).