

dialogi pomocne w cierpieniu psychotycznym - przywracanie perspektywy

Jacek Wciórka

I Klinika Psychiatryczna, Instytut Psychiatrii i Neurologii, Warszawa

I Konferencja Otwartego Dialogu, Wrocław, 28. czerwca 2016

odsłony „poważnego” kryzysu psychicznego

kryzys (perspektywa egzystencjalna)

- perspektywa podmiotowa: **doświadczenie**
- perspektywa osobowa: **cierpienie**
- perspektywa społeczna; **piętno**
- perspektywa medyczna: **choroba**

ryzyko strat egzystencjalnych

zakwestionowanie projektu/programu/planu życia, istnienia

- zawieszenie ciągłości - **wygasanie nadziei**
- zachwianie nienaruszoności osoby – **wygasanie tożsamości**
- bezradność, opresja, instytucjonalizacja - **wygasanie sprawczości**
- deprecjacja znaczeń i wartości – **wygasanie sensu**

reagowanie na kryzys i stratę/ryzyko straty

- wycofywanie, milczenie - **rezygnacja**,
- sprzeciw, walka, opór, ucieczka - **bunt**
- rytualizacja, uległość, bierny opór - **konformizm**
- oczekiwanie lub poszukiwanie pomocy - **wyzwanie**

recovery: odzyskiwanie, zdrowienie



William Anthony

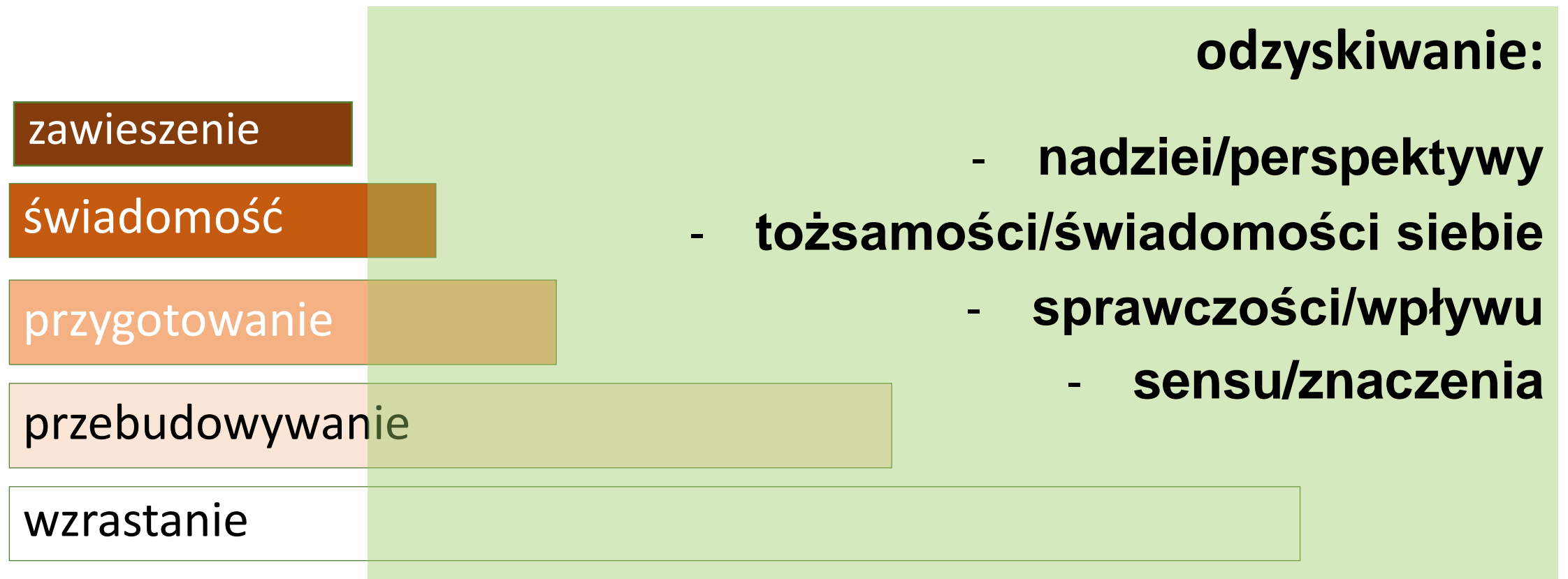
osobowy proces zmiany postaw, wartości, odczuć, celów, umiejętności, ról

1. satysfakcjonujący sposób życia, mimo ograniczeń związanych z chorobą, z **nadzieją i uczestnictwem** w życiu,
2. **wyбір nowych znaczeń i celów życiowych**, wyrastanie z katastroficznych skutków zachorowania
3. **więcej niż wychodzenie z choroby** - życie bez narzuconego piętna, bez skutków jatrogennych, bez niemożności samookreślenia się, bez negatywnych skutków braku zatrudnienia, bez załamania marzeń
4. nie wymaga ani zmiany osoby, ani zmiany znaczenia samego doświadczenia, jednak **nie stanowi już głównego ogniska**, wokół którego toczy się życie
5. zdrowienie w tym sensie wykracza poza obszar choroby i niesprawności – to **wspólne doświadczenie ludzkie** – wszyscy doświadczają kryzysów, gdy zdrowienie/odzyskiwanie staje się

recovery: ścieżka zmiany

zawieszenie	uświadomienie	przygotowanie	przebudowywani e	wzrastanie
	świadomość bardziej aktywnego „ja”	inwentaryzacja „ja”	„ja” przechodzi do czynu	korzystanie z „ja”
kryzys		decyzja (odbudowa niezależności)	budzenie (budowanie zdrowej niezależności)	
	inicjowanie zdrowienia		odzysk i ruch do przodu	poprawianie jakości życia
dlaczego ja?	(znaczenie choroby)	co teraz?	(rekonstruowanie tożsamości)	
ogarnięty przez niepełnosprawność		zmaganie z niepełnosprawności ą	życie z niepełnosprawności ą	życie poza niepełnosprawności ą
szok	akceptacja pomocy	zawierzenie	uczenie się	samo- wystarczalność
zstąpienie do piekła	wzniesienie iskiej nadziei	wgląd, aktywowanie instynktu przeciwdziałania	odkrycie kluczy do dobrostanu	równowaga między siłami działającymi z wewnątrz i z zewnątrz
zależny			niezależny/	współzależny/

etapy i procesy odzyskiwania (zdrowienia)



(Andresen, Oades, Caputi 2011)

dialogowanie – jako cel i metoda

- instrument rozumienia, porozumienia i zmiany
- otwartość (sieć społeczna, wspólny język, porozumiewanie się,)
- poszukiwanie wspólnego języka - unikalność głosu, wielogłosowość
- ucieleśnione doświadczenie („niewypowiedzianego jeszcze”), nowe rozumienie
- wzmacnianie i normalizacja (odwołanie do zasobów)
- reaktywność i pokora terapeutyczna, słuchanie i dostrajanie się
- **„terapia jako sposób życia”**

dialog pomocny?

rozwiązywanie kryzysu

- oswaja doświadczenie
- niesienie ulgi w cierpieniu
- przeciwdziałanie napiętnowaniu
- łagodzenie objawów choroby

motywowanie do zdrowienia

- budzenie nadziei
- wzmacnianie tożsamości
- wzmacnianie sprawczości
 - nadawanie znaczenia

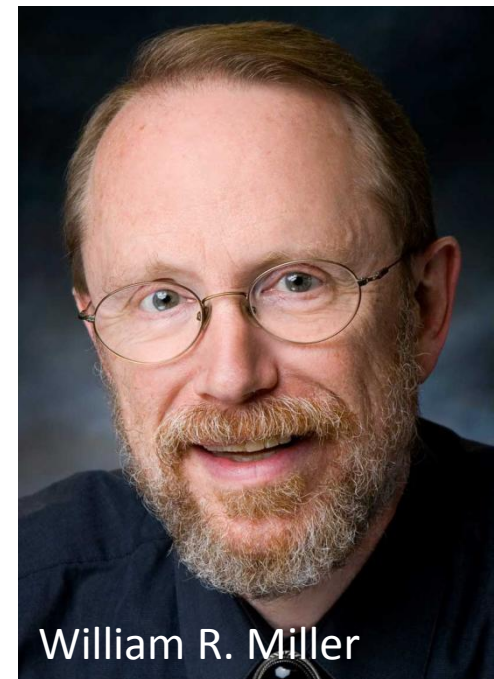
jaki dialog?

- dialogowanie jako warunek zdrowienia - zmiany – rozwoju
- od zatrzymania się, poprzez słuchanie, rozmowę, spotkanie, do współdziałania
- niektóre formy pomocnego dialogowania:
 - dialogi raczej instrumentalne
 - dialog motywujący
 - trialog
 - dialogi raczej ekspresyjne
 - dialog wewnętrzny
 - dialog otwarty

dialog motywujący

- metoda prowadzenie rozmowy motywującej do zmiany, zwłaszcza zmiany trudnej
- eliminacja „odruchu naprawiania”
- dostrzeżenie i docenienie ambiwalencji
- poszukiwanie argumentów i sposobności – wewnętrznej motywacji do zmiany

walidacja empiryczna: *adherence*



trialog

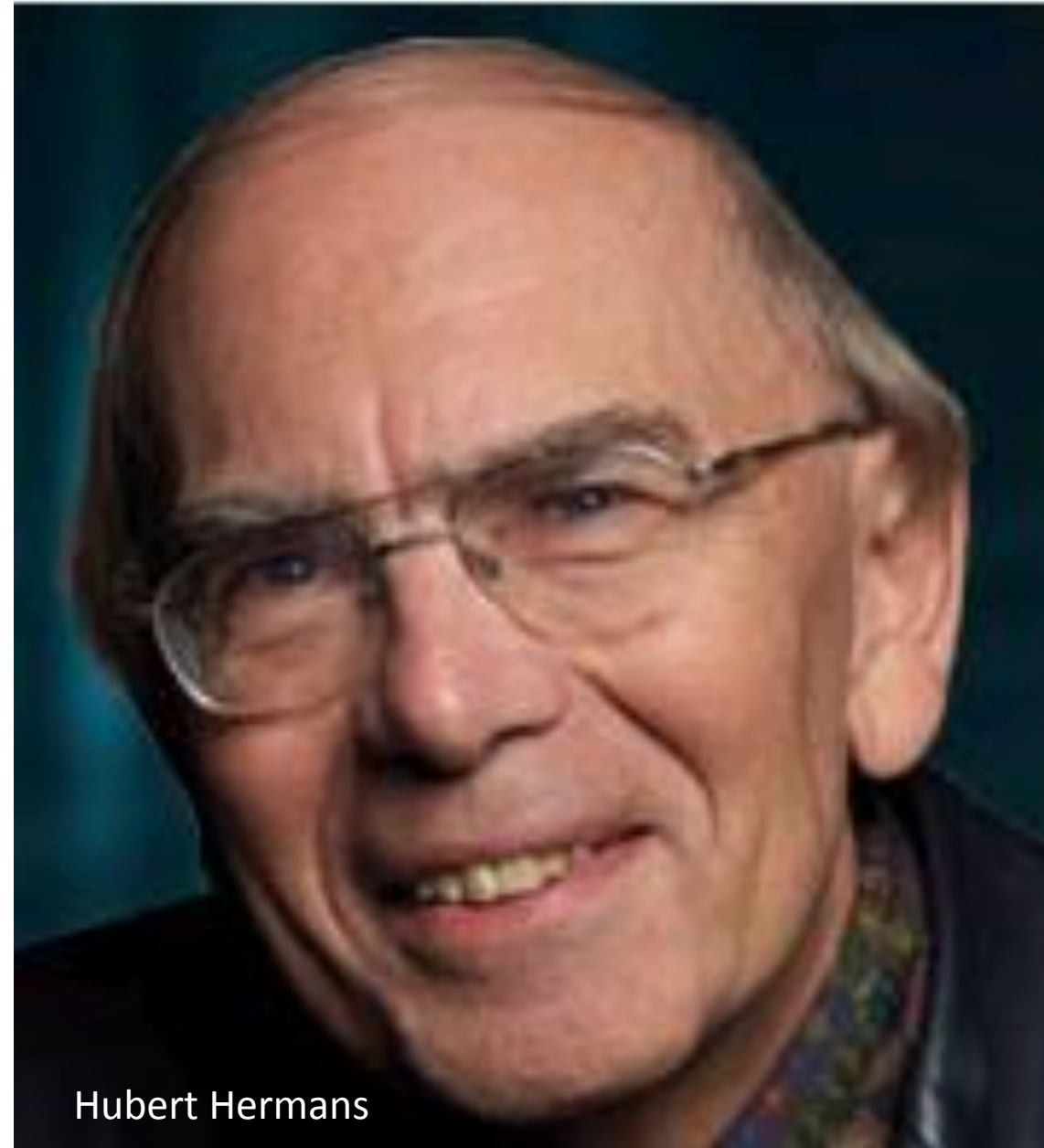
- *Psychoseseminar* i ruch seminariów
- pacjenci, rodziny i specjaliści
- wymiana doświadczeń - bez schematów i uprzedzeń
- ujawnianie i nadawanie znaczeń
 - indywidualny > uniwersalny
 - antropologiczny > patologiczny
- walory poznawcze, edukacyjne, praktyczne, teoretyczne
 - nowe role, nowi eksperci
 - destygmatyzacja, deinstytucjonalizacja
- **walidacja empiryczna:**



Thomas Bock

dialog wewnętrzny

- dialogowe Ja: „społeczność głosów umysłu”
- pozycje Ja
- aktywność i przestrzeń dialogowa
- siły dośrodkowe i odśrodkowe
- meta-dialog
- zdrowie: polifonia i koncert
- zaburzenia: milczenie, monolog, kakofonia
- adaptacja i rozwój
- dialog wewnętrzny w terapii?
- **walidacja empiryczna: badania nad osobowością, kazuistyka**



Hubert Hermans

dialog otwarty

- szybka reakcja na kryzy
- sieć i wielogłos
- poetyka dialogowania
- niepewność
- ciągłość
- odpowiedzialność
- mikropolityka

- ✓ dzielenie uczuć
- ✓ wspólny język
- ✓ nadawanie sensu
- ✓ dialog i meta-dialog
- ✓ miłość: wskaźnik uzdrawiania
- ✓ perspektywa rozwojowa

- ✓ deinstytucjonalizacja
- ✓ personalizacja
- ✓ regionalizacja odpowiedzialności

walidacja empiryczna: *genius loci* czy *genus universalis*?



Jakko Seikkula



Brigitta Alakare

badanie 1: metoda

(Aaltonen, Seikkula, Lehtinen 2011)

- 1985-1994: **występowanie psychoz nieafektywnych i stanów prodromalnych**
- 1918 pierwszorazowych zgłoszeń (pz)
- 250 (13%pz) osób z dwóch miast (nieafektywne psychozy wg DSM-III, lub schizofrenia), nieco więcej mężczyzn (54%) średnia wieku – ok. 28 lat.
- porównanie historyczne: okres porównawczy, przed zmianą (1985-1989) i eksperymentalny, po zmianie - ODA (1990-1994)
- analiza dokumentów, re-diagnoza (DSM-IV-R) na podst. pierwszych 6 miesięcy, objawy zwiastunowe, analiza pierwszych zwiastunów, objawów, czasu trwania leczenia, wynik leczenia po 2 latach, dyskutowana ostateczna diagnoza
- rzetelność ocen porównanie ze „ślepy”, niezależnym diagnostą losowej próby 56 osób ($\kappa=0,6$), „zależni” częściej rozpoznawali schizofrenię, zwłaszcza w drugim okresie

badanie 1: wyniki

(Aaltonen, Seikkula, Lehtinen 2011)

- w 1. roku (1988) od poradni kryzysowej w szpitalu - 40% mniej hospitalizacji
- liczba nowych długoterminowych (>1 rok) hospitalizacji w regionie spadła do 0 (1992)
- nowe rozpoznania schizofrenii:
 - 1985 : 15 (31/100 tys.), + podobne do schizofrenii 20 (46/100 tys.)
 - 1994: 3 (6/100 tys.), + podobne do schizofrenii 5 (10/100 tys.)
- wszystkie rozpoznania
 - schizofrenii i podobnych do schizofrenii: spadek z 73 do 41 (30,3 do 17,1/100 tys.)
 - schizofrenii: spadek z 59 do 25 (24,5 do 10,4/100 tys.)
 - inne psychotyczne bez istotnych zmian
- liczba wszystkich pierwszych zgłoszeń (psychotycznych, zwiastunowych, niepsychotycznych) wzrosła z 173 do 216

badanie 1: wyniki

(Aaltonen, Seikkula, Lehtinen, *Psychosis*, 2011)

Średnie roczne występowanie, zachorowalność (na 100 tys. mieszkańców) w miastach Kemi i Tornio (razem ok. 48 tys)

Rozpoznanie	1985-1989 średnie roczne występowanie	1990-1994 średnie roczne występowanie	p
schizofrenia	24,5	10,4	***
psychoza podobna do schizofrenii	5,8	6,7	
schizofrenia +podobna do schizofrenii	30,3	17,1	**
krótka reakcja psychotyczna	1,2	6,7	**
inne psychozy nieafektywne	5,0	4,2	
*objawy zwiastunowe na 10,01 w 1985-1989 na 10,01 w 1990-1994	21,2	18,3	

badanie 1: wyniki

(Aaltonen, Seikkula, Lehtinen, *Psychosis*. 2011)

Liczba nowych zachorowań (zachorowalność) w miastach Kemi i Tornio (razem ok. 48 tys).

Rozpoznanie	1985-1989		1990-1994		RAZEM
	N	%	N	%	
schizofrenia	59	42,4	25	22,5	84
psychoza podobna do schizofrenii	14	10,1	16	14,4	30
krótka reakcja psychotyczna	3	2,2	16	14,4	19
inne psychozy nieafektywne	12	8,6	10	9,0	22
objawy zwiastunowe	51	36,7	44	39,6	95
RAZEM	139	100	111	100	250

chi2-11,02; p=0,04

badanie 2: metoda

(Seikkula, Alakare, Aaltonen; *Psychosis*, 2011)

- **stabilność wyników leczenia w ciągu 10 lat** - API: 1992-1993 – 39 osób; ODAP: 1994-1997 – 51 osób, ODAPn: 2003-2005 – 27. Razem 117
- pierwsze epizody nieafektywnych psychoz wg DSM III, w ODAPn wg DSM IV, pacjenci 16-50 r.ż.
- rozpoznanie etapowe: wstępne i weryfikacja po 6 miesiącach, niezależna re-diagnoza (78% zgodności, kappa=0,453)
- wskaźniki/zmienne: przedchorobowe, procesualne, wynikowe (nawroty, zatrudnienie, BPRS, GAF, Strauss & Carpenter)
- porównanie: pomiary początkowe i po dwóch latach
- zróżnicowana efektywność katamnezy (więcej wypadło w ODAPn: 2-2-6)

badanie 2: wyniki

(Seikkula, Alakare, Aaltonen, *Psychosis*, 2011)

Zmienna		API (n=39)	ODAP (n=51)	ODAPn (n=27)	p
Neuroleptyki	na starcie	9(26%)	12(26%)	9(50%)	ns
	nadal	5(15%)	5 (11%)	5 (28%)	
Terapia indywidualna	tak	12(33%)	21(46%)	12 (67%)	ns
	nie	22	25	6	
Nawroty	0, bez nawrotów	25(74%)	38(83%)	13 (72%)	
	1	6	5	0	
	2	3	2	3	
	>2	0	1	2	
Uczestnictwo społeczne po 2 latach	nauka, praca	21(62%)	35(78%)	13(72%)	ns
	niezatrudniony	4(12%)	6(13%)	2(12%)	
	renta	9(26%)	4(9%)	4(16%)	

badanie 2: wyniki (cd)

(Seikkula, Alakare, Aaltonen, *Psychosis*, 201)

		API (n=39)	ODAP (n=51) średnie	ODAPn (n=27)	p
DUP (miesiące)		4,2	3,3	0,5	0,06 9
Dni w szpitalu		25,7	9,3	13,6	0,00 1
Liczba spotkań terapeutycznych		26,1	20,7	19,2	ns
BPRS	początkowo	47,4	48,8	52,1	ns
	po 2 latach	30,2	23,7	28,5	0,00 1
Objawy reszidualne	początkowo	3,21	2,98	1,56	ns

rozmowa w pomaganiu

- dostrzec
- docenić
- dostosować

dziękuję za uwagę