

Porozumět děsivé zkušenosti

Rozhovor o síle dialogu a normálních psychózách

S klinickým psychologem Jaakem Seikkulou jsme mluvili o demystifikaci psychóz a efektivitě léčení vycházejícího z přesvědčení, že je třeba brát lidi i s jejich problémy vážně. Dozvěděli jsme se rovněž, proč psychiatrie posledních dvacet let prožívá nešťastné období.

MARTINA FALTÝNOVÁ

Zvláště u nových krizí lze však dobře akceptovat domácí péči. Důležité je také tolerovat nejistotu, přijmout fakt, že není možné všechno předvídat a mít pod kontrolou. Prostřednictvím dialogického pojetí nacházíme adekvátní vyjádření pro nesrozumitelnou a mnohdy děsivou psychotickou zkušenost.

Váš přístup je založen na týmové spolupráci lékařů a sester s klientem a jeho rodinou. Jeden profesionál plní úlohu facilitátora, jinak ale setkání nemají předem danou strukturu. Co práce v týmu znamená pro samotné léčení?

Jsme příliš zvyklí vést a kontrolovat ostatní, přiřazovat významy...

Otevřený dialog vznikl jako jeden ze způsobů léčby schizofrenie. Zaměřujete se i dnes na určitý typ psychických potíží? A jak přistupujete k medikaci? Neznám potíže, na něž by nebylo možné aplikovat otevřený dialog. Pomáháme lidem s psychózou, depresí, těm, co zažili sexuální zneužívání, mají poruchu příjmu potravy nebo jsou závislí na alkoholu či hazardních hrách. Nesetkáváme se jen s lidmi na počátku jejich potíží, ale většinou právě s těmi, kte-

v průběhu léčby antipsychotika a jen pětina z nich užívá medikaci dlouhodobě.

Už na začátku nám bylo jasné, že se kromě samotného léčení musíme zaměřit na vyškolení personálu a neustálou evaluaci zažité praxe. Zpětná vazba nám umožňuje vracet se k chybám, učit se z nich. Reakce klientů po absolvovaném léčení bývají velmi kladné. Říkají, že zprvu nevěřili, že je možné, aby je někdo bral vážně. A otevřený dialog je postaven právě na přesvědčení, že je třeba brát lidi i s jejich problémy vážně. Rodiny si uvědomují, že toto je skutečné léčení. Kritické komentáře někdy mluví o tom, že první dny v krizi jsou dosti náročné. Je ale nezbytné tolerovat situaci, která dosud nemá řešení, na niž ještě neexistují odpovědi.

Na konferenci otevřeného dialogu v Londýně loni v únoru jste řekl, že psychoterapie opustila lidi s psychózou či schizofrenií. Co jste tím myslel?

Posledních dvacet let prožívá psychiatrie velmi nešťastné období. Redukcionistický medicínský model zacílený na výzkum mozku převážil nad vším ostatním. Příčina psychózy nebo schizofrenie se hledá ve fyziologické poruše mozku. Věří se primárně v účinky medikace. Psychoterapeuti i rodinní terapeuti tuto tezi přijali a klienty s psychotickými symptomy opustili. Říkají jim: „Příčina je v poruše vašeho mozku, nemůžeme s tím nic dělat.“ Ve Finsku se dokonce objevila varování, že individuální či rodinná terapie může uškodit. Zejména v Americe má toto pojetí velký ohlas. Mnoha lidem vyhovuje: pokud věří, že je schizofrenie onemocněním mozku, pak už se nemusí starat o to, co se děje v rodinách. Otevřený dialog naproti tomu považuje psychoterapii a setkání s lidmi za základ léčby.

Psychických onemocnění dle statistik přibývá – každý čtvrtý člověk zažije v životě nějaký druh vážnějších psychických potíží. Pozorujete tento nárůst ve své praxi?

Statistiky jsou poněkud zavádějící. Například jen asi třetina ze čtyř nebo pěti procent lidí, kteří zažívají halucinace, se léčí. Většina nikdy žádnou léčbu nepodstoupí. Patří to k jejich životu. Potřeba léčení vychází z emocionálních turbulencí. Každopádně v místech, kde je aplikován otevřený dialog, psychózy výrazně ubylo. Pokud je problém zachycen hned v počátku, nevyvinou se psychotické nebo schizofrenní symptomy. Řekl bych ale, že opravdu přibývalo depresí. Reakce lidí na stres jsou stále častěji depresivní povahy.

Změnilo se vaše chápání rozhovoru jako takového od doby, kdy pracujete dle principů otevřeného dialogu?

Ano. Ze začátku jsme se orientovali především na jazyk – jak mluvíme, jak odpovídáme. Dnes je pro nás vše, co vidíme, tedy i emocionální reakce a tělesné reakce, mnohem relevantnější než dřív. I na setkáních se častěji projevují emoce a pláč. Já osobně jsem také otevřenější. I jako terapeut mohu dát najevo své pocity, třebaže jde někdy o hodně citlivé situace. Velmi podstatnou součástí dialogu jsou chvíle ticha. Existuje ticho bez dialogu, ale nikoli dobrý dialog bez ticha.

Jaakko Seikkula (nar. 1953) je finský klinický psycholog a univerzitní profesor. Dlouhodobě se věnuje rozvoji, výzkumu a implementaci otevřeného dialogu, terapeutického přístupu, který vznikl na základě zkušeností s léčbou psychóz. Duševní problémy tento přístup chápe především jako odpověď na krizi, ne jako setrvalý stav.



Jaakko Seikkula. Foto Martin Novák

Počátky takzvaného otevřeného dialogu souvisí s finskou reformou psychiatrické péče v osmdesátých letech. Tehdy jste pracoval v menší psychiatrické léčebně Keropudas Hospital v Torniu v západním Laponsku, tedy v poměrně odlehle části země. Jak nová terapeutická praxe vznikala? Začátkem osmdesátých let jsme se s kolegy zajímali o způsoby, jak bychom do psychiatrické péče mohli více zahrnout rodinu. Když jsme pak v roce 1984 začali organizovat takzvaná otevřená setkání, zvali jsme rodinu a další blízké klienta kdykoliv během hospitalizace. Tento způsob práce byl zcela nový, osvobozující, ale zároveň dost matoucí. Díky výzkumu a každodenní praxi jsme došli k názoru, že je to tak odlišné od tradičního psychiatrického modelu, že musíme reorganizovat celý systém a vytvořit zcela nové postupy léčby. Trvalo téměř deset let, než jsme dospěli k sedmi hlavním principům optimální léčby. Souhrně to nazýváme otevřený dialog.

S jakými principy tedy otevřený dialog pracuje?

Především s okamžitou odezvou – léčebný proces by měl začít do 24 hodin po prvním kontaktu klienta či rodiny se zdravotníky. Léčebný tým je flexibilní, aby se s klientem mohl setkávat v jeho prostředí. Dalším principem je transparentnost. Všechna rozhodnutí, která mají dopad na život léčeného či jeho blízké, se projednávají s těmi, jichž se týkají. Pokoušíme se organizovat společná setkání přímo v rodině nebo v komunitě ještě předtím, než dojde k hospitalizaci. Na počátku krize jsou totiž psychické síly zúčastněných mnohem dostupnější. S touto praxí klesla potřeba hospitalizace o čtyřicet procent. Pokud si ji ale rodina přeje, setkáváme se přímo v nemocnici.

Můžeme zaručit, že každý jednotlivý hlas bude vyslyšen, i když jsou ty hlasy hodně konfliktní. Někdo může lépe vyslechnout hlas syna, který je třeba závislý na drogách, někdo zase hlas rodičů. Pokud je situace opravdu kritická, pak pracujeme s částmi rodiny odděleně. Ale stále jsme jeden tým a můžeme vše sdílet. V psychiatrii se mluví o „závadných rodinách“, má se za to, že za problémy mohou právě ony – tak proč je zvat k dialogu? Vztahy v rodinách bývají opravdu hodně komplikované a to, co se tam děje, není vždy pěkné, ale právě krize otevírá možnost naučit se novému zacházení se sebou navzájem. Stává se, že léčíme jednoho člena rodiny a pokračujeme s jiným. Například otcové se pomocí krize často naučí skutečně mluvit se svými dětmi, a to je pak hodně silné a emotivní pro všechny. Krize, pokud jsou zvládnuté, bývají velmi poučné.

Co otevřený dialog odlišuje od jiných rodinných či síťových setkání?

Na rozdíl od mnoha dalších způsobů setkávání je zde rozhodující následování způsobu, jakým se klient vyjadřuje. Netypické je i to, že odborný tým nerozhoduje, o čem se bude diskutovat, a neurčuje význam řečeného. Ptáme se klientů: Jak chcete využít čas? Co chcete probrat? A když začnou mluvit, pozorně následujeme jejich myšlenky. Dávám velký pozor na to, co říkám, kam v rozhovoru upírám pozornost. Otevřený dialog bývá součástí psychiatrických služeb, je tedy nutné probrat průběh léčby, tyto praktické věci ale necháváme vždy až na konec setkání. Často to přitom bývá naopak – lékaři obvykle určují důvod setkání. Otevřený dialog je tak výzvou i pro profesionály, aby se učili měnit zavedené stereotypy.

ří mají za sebou zkušenost se systémem, třeba dlouhou historii hospitalizací.

Pokud jde o medikaci: jestliže je součástí probíhajícího procesu, není vhodné ji ihned vysadit, ale u nových klientů není první možností, o níž uvažujeme. Nejdříve se setkáme s rodinou a pak se krok za krokem můžeme dobrat k tomu, že se součástí řešení stanou i léky. Předepisujeme je však často jen pro počáteční dobu nebo jednorázově, aby se dotyčný prospal. Je to velmi individuální.

Úspěšně léčíte i pacienty s psychotickými projevy, které bývají chápány jako důkaz závažného onemocnění. Objevují se ale i názory, že jde o samostatné symptomy, které nelze považovat za nemoc. Co si o tom myslíte?

Psychóza jako samostatná kategorie podle mého názoru neexistuje. Ani schizofrenie není nemoc. Jde spíše o velmi silné pocity, emoce. Když se něčeho bojím, dostávám se do paniky. Podobným typem reakce na extrémně stresující situaci jsou halucinace. Obvykle ten moment nastává, když se sejde příliš mnoho podnětů k řešení ve stejnou chvíli. Tehdy se člověk může stát psychotickým. Psychotické symptomy vypovídají o reakci těla na extrémní stres. Po třech dnech bez spánku také uslyšíte hlasy. Samozřejmě je to dosti podivný způsob reakce. Je ale součástí lidského života. Každý jsme jinak citlivý, reagujeme jinak. Psychotické zkušenosti je třeba demystifikovat, považovat je za způsob, jak odpovídáme na stresové situace.

Jak jste v léčení úspěšní? Dostáváte zpětnou vazbu od vašich klientů?

Tři čtvrtiny klientů se vracejí během dvou let do práce nebo ke studiu. Asi třetina dostává