

# Dialog jako odpověď na psychiatrizaci společnosti? Potenciál přístupu otevřeného dialogu

**Autoři:** Sebastian von Peter, Tomi Bergstrøm, Nenoff-Herchenbach, Mark Steven Hopfenbeck, Raffaella Pocobello, Volkmar Aderhold, Mauricio Alvarez-Monjaras, Jaakko Seikkula a Kolja Heumann

**Původní text článku:** <https://www.frontiersin.org/articles/10.3389/fsoc.2021.806437/full>

V posledních desetiletích se celosvětově zvýšilo využívání systémů psychosociální a psychiatrické péče. V nedávném článku byl navržen koncept psychiatrizace jako vysvětlující rámec, který popisuje více procesů odpovědných za šíření psychiatrických koncepcí a forem léčby. Cílem tohoto článku je prozkoumat potenciál přístupu otevřeného dialogu (OD) pro zapojení do méně psychiatrizujících forem psychosociální podpory. Ačkoli OD nemusí být komplexním řešením depsychiatrizační, tento článek odkazuje na předchozí výzkumy, které ukazují, že OD má potenciál 1) omezit užívání neuroleptik, 2) snížit výskyt duševních problémů a 3) snížit využívání psychiatrických služeb. Tyto potenciály k depsychiatrizační psychosociální podpory dokládá zkoumáním vnitřní logiky OD, používání jazyka, procesů tvorby významů, pojetí profesionality, podpory dialogu a toho, jak je OD strukturálně nastaven. Závěrem se článek dotýká nebezpečí kooptace, formalizace a univerzalizace přístupu OD a zdůrazňuje potřebu více společenských, laických kompetencí při řešení psychosociálních krizí.

## Úvod

V posledních desetiletích se celosvětově zvýšilo využívání systémů psychosociální a psychiatrické péče, přestože incidence a prevalence tzv. duševních poruch zůstává relativně stabilní (Beeker et al., 2021). Nedávný článek, na který tento text reaguje, navrhl jako vysvětlující rámec koncept psychiatrizace, který popisuje množství procesů odpovědných za šíření psychiatrických koncepcí a forem léčby (tamtéž): psychiatrizace může být podporována jak samotnými politickými nebo psychiatrickými aktéry (shora dolů), tak občany nebo uživateli (zdola nahoru) a může vést k různým negativním sociálním dopadům, jako je rozšiřování diagnostických kategorií, rostoucí užívání psychotropních léků nebo patologizace životních výzev či překážek. Proto jsou obzvláště důležité psychiatrické koncepty, které zabraňují procesům psychiatrizace nebo je alespoň omezují.

Cílem tohoto článku je představit přístup otevřeného dialogu (OD) a prozkoumat jeho potenciál pro zapojení do méně psychiatrizujících forem léčby nebo podpory v psychosociálních krizích. OD je multiprofesní, kontinuální, na potřeby a ambulantní léčbu zaměřený model psychiatrické podpory v krizových situacích, který byl původně vyvinut ve Finsku a poté aplikován ve více než 30 zemích. V OD jsou sociální síť a uživatel od začátku zapojeni do společného plánování léčby po celou dobu terapeutického procesu (někdy v případě potřeby i několik let). Ústředním prvkem je využívání síťových setkání, jichž se účastní uživatelé služeb a jejich sociální nebo profesní okolí, aby bylo možné vzájemně a hlouběji porozumět aktuální krizi a také využít kreativitu a zdroje sítě a společně rozhodovat o dalším postupu. Všechny další prvky léčby, jako je individuální psychoterapie, medikace, péče ošetřovatele, sociální práce a další, jsou

poskytovány a integrovány podle potřeby. V případě hospitalizace pokračuje stejný tým v práci s dotyčnou osobou i se sítí jako celkem.

Ve Finsku, kde byl OD vyvinut, jsou síťová setkání zakotvena ve specifické reorganizaci celého systému pomoci podle následujících základních organizačních principů (Aaltonen et al., 2011; Seikkula et al., 2011; Beeker et al., 2021): okamžitá pomoc v krizových situacích, ideálně do 24 h (Aaltonen et al., 2011), zapojení sociální sítě prostřednictvím síťových setkání od počátku léčby (Seikkula et al., 2011), flexibilita a mobilita s ohledem na potřeby sítě, pokud jde o frekvenci, místo a účastníky síťových setkání (Bergström et al., 2021), odpovědnost za organizaci a realizaci celého procesu léčby ze strany léčebného týmu a (von Peter et al., 2019) psychologická kontinuita neboli zajištění kontinuity vztahů a společného porozumění v průběhu celé léčby. OD jako přístup tedy závisí na strukturálních principech, které umožňují jeho implementaci, což může vyžadovat zásadní přetvoření systému péče o duševní zdraví, v němž je zakotven.

Existující literatura popisuje řadu přínosů a pozitivních účinků OD na výsledcích u klientů (Aaltonen et al., 2011; Seikkula et al., 2011; Bergström et al., 2021). Mimo jiné se ukázalo, že převážně neinstitucionální a nemedikalizovaný přístup OD dobře zapadá do současných perspektiv lidských práv, což naznačuje, že základní síťová perspektiva OD podporuje kontextuální a vztahové chápání duševního zdraví (von Peter et al., 2019). OD otevírá prostor, v němž se všichni účastníci mohou vyjádřit rovnocenně, a usiluje o posílení vzájemného respektu, autonomie a sebeurčení. V tomto ohledu se zdá být vhodným modelem pro prosazení naléhavě potřebné reformy systémů péče o duševní zdraví na celém světě (Bartlett a Schulze, 2018; WHO, 2021).

Jako doplněk k této myšlence zvažuje tento příspěvek potenciál přístupu OD k realizaci podpory méně psychiatrizujícím způsobem. V textu, na který reagujeme (Beeker et al., 2021), je zmíněna možnost depsychiatrizace, která ukazuje, že psychiatrizace není deterministickou jednosměrnou cestou. V souladu s tím se v následujícím textu zaměříme na potenciály přístupu OD k depsychiatrizaci péče o duševní zdraví, a to buď odvrácením již proběhlé psychiatrizace, nebo jejímu předcházení od samého počátku. Zaměříme se tedy na procesy depsychiatrizace směrem shora dolů, jednak proto, že OD je podpůrná služba, která vznikla v psychiatrii, a tudíž z definice působí shora dolů, a jednak proto, že my všichni jako autoři OD spíše nabízíme, než přijímáme, což rovněž implikuje perspektivu shora dolů. Z hlediska interakce mohou popsání účinky OD shora dolů také vyvolat nebo omezit procesy zdola nahoru, jejichž potenciální účinky zde v následujícím textu vzhledem k naší roli praktiků OD a výzkumníků podrobně nezkoumáme.

## **Účinky otevřeného dialogu**

Od svého vzniku v západním Laponsku byl otevřený dialog studován v pěti kohortových studiích s psychotickými poruchami první epizody (Lehtinen et al., 2000; Seikkula et al., 2006; Seikkula et al., 2011; Bergström et al., 2017) a v současné době probíhá ve Velké Británii rozsáhlá klastrová randomizovaná kontrolní studie (studie ODDESSI). Tyto kohortové studie ukazují slibné výsledky i pokud jde o potenciál OD k depsychiatrizaci, včetně významného snížení počtu hospitalizací (tj. dnů v nemocnici a opakovaných hospitalizací), jakož i nižší míry recidivy v průběhu času ve všech kohortách (Seikkula et al., 2006; Seikkula et al., 2011; Bergström et al., 2018). Výsledky navíc ukazují opětovné zapojení do práce a vzdělávání až

84 % účastníků a výrazně nízké a zřídka užívané užívání neuroleptické medikace jak na počátku (28-50 %), tak v průběhu intervence (11-29 %) (Seikkula et al., 2006; Bergstrøm et al., 2018). Při srovnání jednotlivých kohort byly popsány kratší a méně závažné psychotické epizody a také dramatické snížení počtu klientů s reziduální symptomatologií (až o 82 %). Kromě toho bylo zaznamenáno snížení využívání psychiatrických služeb a četnosti síťových setkání (Seikkula et al., 2006; Aaltonen et al., 2011; Bergstrøm et al., 2017) a ve srovnání s historickými kontrolními skupinami bylo využito výrazně méně invalidních důchodů (Seikkula et al., 2006; Bergstrøm et al., 2018). Celkově ve všech kohortách z let 1992 až 2005 důkazy ukázaly, že dosažené výsledky léčby v jednotlivých případech zůstaly po celé období poměrně stabilní nebo se dokonce v průběhu času zvyšovaly (Bergstrøm et al., 2018).

Výsledky kohortových studií v západním Laponsku vykreslují alternativní obraz k tradiční léčbě psychotických krizí, která se do značné míry opírá o farmakologickou léčbu a je spojena s vysokými socioekonomickými náklady (Charlson et al., 2018; He et al., 2020). Popsané účinky OD navíc naznačují, že tato forma podpory má potenciál působit proti dalšímu rozšiřování psychiatrických koncepcí a psychiatrizovaných léčebných služeb a potenciálně jim zabránit na několika úrovních (Beeker et al., 2021): omezené užívání neuroleptik (Aaltonen et al., 2011), snížení výskytu duševních onemocnění a zdrženlivější používání diagnostických kategorií a (Seikkula et al., 2011) celkové snížení využívání služeb psychiatrické péče. Přesto je třeba poznamenat, že těchto výsledků bylo možné dosáhnout pouze prostřednictvím komplexních strukturálních změn v zúčastněných finských spádových oblastech. Do jaké míry má OD podobný potenciál k depsychiatrizaci bez těchto strukturálních změn, zůstává nejasné. V souladu s tím vyvstává otázka, jakým způsobem nebo prostřednictvím jakých terapeutických prvků jsou depsychiatrizující potenciály OD zprostředkovány? V následující části zkoumáme pět potenciálně rozhodujících aspektů (Beeker et al., 2021): používání jazyka (Aaltonen et al., 2011), procesy tvorby významu (Seikkula et al., 2011), pojetí profesionality (Bergstrøm et al., 2021), podporu dialogu a (von Peter et al., 2019) některé strukturální aspekty OD.

### **Používání jazyka**

Kromě plánování léčby je hlavním cílem síťových setkání v OD podpora společného, polyfonního (tj. umožňujícího více perspektiv) dialogu mezi účastníky pomocí specifické formy jazyka (Seikkula et al., 2001; Seikkula a Trimble, 2005). Jak je popsáno v jeho principech (Olson et al., 2014), podpora v rámci OD se opírá o používání každodenních termínů a nepsychiatrického jazyka či terminologie. Namísto primárního sledování určité agendy (např. kladením diagnostických otázek) věnují facilitátoři síťových setkání pozornost slovům a příběhům účastníků sítě, všímají si výrazů a témat, které vnímají jako důležité pro síť, a využívají je k dalšímu rozvíjení myšlenek (např. opakováním jednotlivých výroků bez parafrázování nebo interpretace). Časté je také umožnění dlouhého mlčení a zvědavost na klíčová slova, která se zdají být významná. Klíčová slova se tak mohou stát ústředními subjektivními koncepty pro komunikaci mezi účastníky sítě a akčními pojmy užitečnými pro plánování dalších kroků podpory. Přitom je výslovně podporována a oceňována nejednoznačnost: je umožněna koexistence různých významů a vysvětlujících modelů psychosociálních krizí, které jsou nezbytné pro porozumění a navázání vztahů mezi účastníky sítě.

Namísto používání medikalizujícího jazyka nebo psychiatrických pojmů a klasifikací se podpora OD zaměřuje na rozpracování individuálních významů, vnášení idiosynkratických

(osobitých) vyprávění do sdílení a používání kontextuálního jazyka ukotveného v každodenním životě. Chování a interakce nejsou vysvětlovány pomocí diagnóz nebo klasifikačních konceptů (pokud nejsou vzneseny členy sítě), ale jsou chápány kontextualizací jako adaptace na stresové životní situace nebo životní historii jednotlivců či sítě. Tímto způsobem je umožněno hlubší porozumění účastníků mezi sebou a řešení lze hledat společně. Každý účastník sítě je v tomto procesu podporován, aby přispěl svým vlastním pohledem a našel své vlastní pojmy a koncepty. V tomto kontextu se obvykle zcela upouští od psychiatrických nebo psychologických vysvětlujících přístupů nebo jsou poskytovány – nanejvýš – jako jedna perspektiva z mnoha pro pochopení a vysvětlení, zatímco představy klinického týmu nejsou brány tak vážně a nabízeny nezávazně.

Narušení interpretační suverenity psychiatrického jazyka je nedílnou součástí OD, což může vysvětlovat významnou část jeho depsychiatrizačního potenciálu. Namísto používání často stigmatizujícího psychiatrického jazyka a pojmů (Rose a Thornicroft, 2010) nebo používání standardizovaných léčebných postupů šitých na míru konkrétním projevům, a nikoli osobám, jichž se to týká, získávají zúčastněné sítě jedinečné odborné znalosti o vysvětlení a/nebo řešení vlastní životní situace. Z pohledu depsychiatrizačního je individuální jazyk zachován jako nástroj pro porozumění a řešení krizí, což může mít v dlouhodobém horizontu potenciál depsychiatrizačního, neboť podporuje způsoby vyjadřování, které jsou zakotveny v každodenním životě sítě. V tomto smyslu lze také předpokládat efekt zdola nahoru, který je výsledkem toho, že OD kultivuje rozmanitost jazyka ve vztahu ke krizím, který odpovídá mnohohrstevnaté realitě zúčastněných, a tím nabízí prostor pro sebezplnomocnění při jejich řešení – hypotéza, kterou podpořil nedávný výzkum (Bergstøm et al., 2019).

### **Procesy vytváření významů**

OD se vyvinul z finského přístupu přizpůsobeného potřebám (Need-Adapted Treatment), který byl vyvíjen od 60. do 80. let 20. století v Turku v pěti fázích v rámci finského národního projektu schizofrenie pro osoby poprvé postižené psychózou (Alanen, 2009). Tento přístup byl vyvinut jako integrativní model léčby založený na rodinné terapii, síťové terapii a psychoanalytických konceptech. To vedlo k praktikám, při nichž jsou účastníci během síťových setkání vyzýváni ke společnému hledání (nových) významů současné krize. Krize jsou chápány kontextuálně jako „přirozené“ reakce na náročné životní události, nikoliv vysvětlovány psychopatologií nebo neurobiologickými korelátami (Seikkula, 2019). Jsou vždy vnímány jako smysluplné a pochopitelné v kontextu individuálního života, pokud jim jen člověk pozorně naslouchá nebo se pozorně ptá, a jsou tak normalizovány jako naučené reakce na stresovou situaci.

Během síťového setkání tak tým naslouchá smysluplným a „logickým“ aspektům odpovědí jednotlivých osob. Účastníci jsou podporováni v hledání smysluplných vysvětlení namísto toho, aby chování zarámovali nebo chápali jako „špatné“ nebo „šílené“. Formou „konverzační výměny tam a zpět“ (Olson et al., 2014) probíhá mezi účastníky sítě a týmem jemný proces porozumění a reagování, z něhož postupně vznikají smysluplné příběhy, jejichž cílem je uchopit často nevyslovitelná dilemata a zkušenosti, které jsou příčinou daného symptomu. Tím může být ve fázi akutní krize nalezení a prodiskutování jediného klíčového slova důležitější než celý vysvětlující příběh. Toto jediné slovo lze společně prozkoumat, abychom dospěli ke společnému pochopení dané krize, což ji učiní srozumitelnější a podpoří nové možnosti jednání a myšlení pro všechny.

Z metodologického hlediska pracují odborníci OD jako tým, aby podpořili proces vytváření a sdílení významu dvěma různými způsoby souvisejícími s vnější a vnitřní polyfonií během procesu síťového setkání (Haarakangas, 1997; Seikkula, 2008). K vnější neboli horizontální polyfonii dochází, když praktikující napomáhají vzniku různých úhlů pohledu členů sítě tím, že každému účastníkovi poskytují příležitost k vyjádření, přičemž věnují pozornost jak tomu, co je řečeno, tak i neverbálním projevům. Vnitřní polyfonie, označovaná také jako vertikální polyfonie, se naopak týká uvědomování si a využívání různých vnitřních hlasů jak pracovníků, tak účastníků sítě během síťového setkání. V tomto ohledu mohou být setkání OD koncipována jako místa pro sdílení a spoluvytváření znalostí, významů, zkušeností a pocitů, kde jsou oceňovány jak profesionální, tak laické perspektivy, čímž je ponechán dostatečný prostor pro procesy depsychiatrizace.

Někdy se jeden nebo více účastníků síťového setkání může snažit chápat krizi jako důsledek biologického nebo medicínského problému nebo s pomocí psychiatrické nozologie. Tyto osoby mohou reagovat se zklamáním, když dialogické zapojení v rámci setkání generuje i jiná vysvětlení nebo pokusy o vytvoření významu. Mohou to být náročné okamžiky, v nichž je zapotřebí psychiatrických znalostí a také hluboké citlivosti, aby bylo možné hlouběji porozumět otázkám, myšlenkám a pocitům, které se mohou skrývat za touto touhou chápat krizi v lékařských termínech. Poměrně často je toto porozumění prostě výsledkem předchozího kontaktu s psychosociálním systémem, v němž byly tyto typy vysvětlení průběžně podávány. V tomto smyslu lze OD chápat také jako možnost tyto procesy psychiatrizace zdola nahoru revidovat nebo je alespoň zpochybnit a učinit z nich téma pro další zkoumání.

### **Pojetí profesionality**

Je zřejmé, že toto používání nepsychiatrického jazyka, podpora dialogu a s tím spojený (dialogický) přístup mají hluboké důsledky pro roli osob pracujících v OD, včetně dopadu na profesní identitu. To platí zejména pro psychiatry, kteří musejí zvážit, jaký druh odbornosti, jaké kompetence a jaké soubory znalostí jsou potřebné pro dobrou realizaci síťového setkání, což jsou témata, která jsou předmětem opakovaných diskusí v komunitě OD (Holmesland et al., 2010; Borchers, 2014; Valtanen, 2019; Schubert et al., 2021). Je však zřejmé, že ústřední odbornost nespočívá v tom, že pracovníci v oblasti duševního zdraví předávají znalosti, ale v jejich schopnosti podporovat dialog a rovnocennou výměnu perspektiv (Seikkula et al., 2001; Olson et al., 2014). Jakákoli rozhodnutí o léčbě nebo definice problémů nevycházejí jednosměrně od odborníků na duševní zdraví, ale vznikají především z dialogu mezi účastníky síťového setkání. Členové sítě by měli mít možnost rozhodovat o obsahu diskuse, o zaměření a četnosti podpory a o tom, zda je podpora potřebná, či nikoli. Na druhou stranu mohou odborníci poskytovat nezávazné rady ohledně těchto rozhodnutí, ale jejich primární odpovědností je usnadňovat a moderovat dialogické procesy. Poskytují flexibilitu a mobilitu nezbytnou k tomu, aby mohli reagovat na potřeby sítě s dostatečnou personální kontinuitou v průběhu celého procesu léčby.

Když pracovníci síťových setkání vstupují do diskuse, často tak činí z reflektivní a osobní perspektivy, přičemž podle potřeby čerpají ze svých soukromých a profesních zkušeností. Jistě mohou přispívat i odbornými znalostmi, ale především tehdy, když si to síť vyžádá a pak je označí jen jako jednu z mnoha možných perspektiv. Velká část vlastních příspěvků se navíc nabízí v podobě explicitního reflektujícího rozhovoru mezi odborníky za přítomnosti celé sítě o jejich zkušenosti s pozorováním procesu sítě („reflektující tým“) (Andersen, 2007; Schriver

et al., 2019). Tento druh reflexe, jakožto způsob sdílení odborných znalostí (Jacobsen et al., 2021), může být sítí odmítnut mnohem snadněji než zdánlivě vědecké či medikalizované vysvětlení, které je často předkládáno jako fakt. Pracovníci tak přispívají svými vlastními myšlenkami, odbornými znalostmi a životními či pracovními zkušenostmi spíše tázavým způsobem, než aby v síťové diskusi dominovala lékařská terminologie. Z tohoto pohledu jsou znalosti a expertíza o síti v síti samotné, zatímco pracovníci přispívají tím, že umožňují dialogickou výměnu.

Tento přístup vyžaduje, aby pracovníci zaujali pozici „nevědění“ a předpokládali, že každá osoba zapojená do sítě má svůj vlastní pohled na situaci, který nemusí být zpočátku ani srozumitelný (Anderson et al., 1992). Zkušenosti a chápání situace jednotlivcem nejsou samovysvětlující, a proto je třeba se na ně v síti otevřeně ptát a vyměňovat si je. I když jsou v síti sdíleny různé perspektivy, nikdy si nelze být jistý, zda byl názor nebo problém skutečně plně pochopen, uchopen nebo uznán. V souladu s tím je třeba se vyvarovat i ukvapených řešení nebo rozhodnutí. Zejména v krizových situacích je to v příkrém rozporu s obvyklými, riziku se vyhýbajícími a bezpečí hledajícími postupy psychiatrické péče. Ústředním principem při realizaci síťových rozhovorů je proto tolerance k nejistotě: zatímco facilitátoři mají vnitřní otevřenost pro popsané procesy, poskytují rámec, který umožňuje diskusi a vytváří příležitost, aby zazněly dosud nevyslyšené nápady a vysvětlení krizí (Olson et al., 2014).

Transparentní a otevřený způsob komunikace (tj. zpřístupnění svých myšlenek a pocitů sítí) je tedy další zásadou praktikování OD. Vzhledem k tomu, že traumatické zážitky a zkušenosti bezmoci mají velký význam pro rozvoj psychosociálních krizí, může tato transparentnost ze strany pracovníků podpořit pocit bezpečí a jistoty (Seikkula a Trimble, 2005; Seikkula et al., 2006). Profesionalita v OD jako taková vyžaduje, aby pracovníci byli upřímní a otevřeně sdíleli své obavy, naděje a úzkosti. Místo toho, aby „stáli nad“ krizovou situací nebo se od ní distancovali, ocitají se v jejím středu, a to jak metaforicky, tak konkrétně. Vzhledem k tomu, že síťová setkání se často konají v domácnostech, jsou praktikující OD hosty, kteří se přizpůsobují kontextu a poskytují kontextuální reakce na krizi.

Přístup OD tedy vyžaduje výrazné přehodnocení definice toho, co se považuje za profesionalitu. Na síťových setkáních se profesionálové podílejí především jako lidské bytosti s pocity a emocemi, které jsou omylné a oprávněně nejisté, pokud jde o komplexní, kontextově závislou a interakční povahu krizí. Jakkoli mohou přispívat znalostmi, které nashromáždili díky vzdělání nebo životním a pracovním zkušenostem, konkrétní řešení, vysvětlení nebo odpovědi musejí poskytnout sami účastníci sítě. Z hlediska depsychiatrizace by se dalo tvrdit, že OD nově utváří obraz psychiatrických profesionálů: namísto toho, aby byli především autoritativními odborníky na povahu a léčbu poruch nebo nemocí, jsou nyní vnímáni jako specialisté na facilitaci dialogických rozhovorů nebo interakcí, které mohou být užitečné i pro prevenci nebo proti psychiatrizaci jiných oblastí života.

## **Podpora dialogu**

Kromě výše popsaného používání jazyka se v OD používají další postupy na podporu dialogické výměny: reflexe mezi profesionály o obsahu nebo struktuře síťového setkání, vztahové otázky nebo ujištění, že všichni účastníci mají rovnocenný hlas. Síťová setkání jsou vždy vedena týmově, což umožňuje otevřené úvahy a diskuse (tj. za přítomnosti sítě) mezi pracovníky. Pracovníci chápou sami sebe jako součást dialogu a věnují zvláštní pozornost

aktualizaci přítomného setkání. To, co se děje tady a teď na síťovém setkání, je často důležitější než detailní dlouhé kazuistiky nebo rozsáhlé popisy symptomů. V důsledku toho může toto zaměření na zapojení do dialogu během síťového setkání umožnit vznik nových významů nebo vysvětlení, která vyplývají z aktuálních interakcí a diskusí mezi členy sítě a mají potenciál najít vztahová a kontextuální řešení namísto psychiatrizovaných.

OD se dále od tradičních psychiatrických postupů výrazně liší aktivním zapojením širší sítě osob, kterých se [krize] dotýká. Před prvním setkáním (a poté při každém dalším sezení) jsou klienti dotazováni, kdo má podle jejich názoru vliv na krizi nebo její průběh, a proto by měl být zapojen do síťového setkání. Členy sítě mohou být rodinní příslušníci, přátelé nebo i kontaktní osoby na úřadech, zaměstnavatelé a další osoby, které jsou jim oporou. Zapojení lidí z různých prostředí a životních kontextů podporuje bohatou diskusi s různými formami znalostí a způsobů bytí. Zkušenosti s násilím, mocenskými vztahy, nerovností, vyloučením, izolací jsou příkladem často diskutovaných témat, která poukazují na sociální, ale i společenské, mikropolitické (nikoli pouze medicínské) zaměření tohoto přístupu. Krize tak již nejsou odsouvány do explicitně vymezených a oddělených prostor. Hranice psychiatrického působení jsou méně pevné a nejsou vázány na konkrétní instituce nebo omezeny na malý, medicínský či omezený odborný rámec. Podpora OD v psychosociálních krizích naopak znamená sblížení a interakci různých světů, což vede ke změně reality pro zúčastněné. Tímto způsobem OD přesouvá těžiště krizové podpory od externích odborníků ke společnému dialogu s více aktéry, čímž se snižuje riziko, že psychiatrické posouzení bude odtrženo od reality dotčených osob. Podpora dialogu by tak mohla zabránit procesům psychiatrizace shora dolů v oblasti psychiatrického posuzování.

### **Strukturální aspekty otevřeného dialogu**

Strukturální aspekty se týkají způsobu, jakým je OD uplatňován v každodenní praxi a v rámci širšího prostředí péče o duševní zdraví. OD není manualizovaná psychoterapeutická nebo lékařská intervence. Řídí se však souborem principů, určených pro účely školení, výzkumu a implementace, které jsou v závislosti na potřebách sítě různě využívány nebo kombinovány (Olson et al., 2014). Otevřenost je bez ohledu na to ústřední složkou implementace. OD se skutečně přizpůsobuje potřebám, což je podle definice v rozporu s psychiatrizujícími přístupy shora dolů, které se běžně používají v současných institucích psychiatrické péče.

Jak bylo uvedeno výše, zavedení OD ve Finsku bylo dále doprovázeno zásadní restrukturalizací místních zdravotnických struktur. Ta zahrnovala výraznou redukci nemocničních lůžek a lůžkových zařízení a upřednostnění ambulantní a terénní léčby (Seikkula et al., 2001). V důsledku toho byla setkávání realizována v žitém prostředí sítě: v jejich domovech nebo, pokud to bylo žádoucí, ve škole či v zaměstnání. V tomto ohledu má OD strukturální podobnost s různými přístupy integrované péče, jako je práce týmů FACT nebo ACT, z nichž mnohé mají silnou oporu ve výzkumu (Gühne et al., 2018).

Dalším důležitým cílem bylo vyvinout alternativní formu podpory v případě psychotických krizí, která by dokázala omezit nebo upustit od primárně psychofarmakologického přístupu v psychiatrii: Klíčovým výsledným parametrem bylo, do jaké míry OD pomohl buď eliminovat potřebu neuroleptické medikace, nebo ji snížit. Už jen toto zaměření ukazuje, jak vážně se OD snažil najít ne-medikamentózní odpovědi a způsoby řešení psychosociálních krizí. V tomto

smyslu lze OD považovat za nástroj de-medikalizace psychiatrických služeb, což se zdá být ústředním cílem depsychiatrizace (Beeker et al., 2021).

Vzhledem k tomu, že jádrem podpory jsou síťová setkání, a díky kontextuálnímu chápání krizí lze OD chápat jako systemickou formu terapie. Psychosociální krize, odpovědnost za jejich vznik a cesta (cesty) z nich leží na větším počtu beder. OD se tak rozchází s hluboce individualizující infrastrukturou tradičních psychiatrických přístupů, které psychiatrizujícím procesům umožňují se dále šířit. Ve skutečnosti lze OD chápat jako prostředek k de-patologizaci jedince a místo toho [dochází ke] kontextualizaci krize vytvořením ztělesněného porozumění na pozadí širší sociální sítě. Cílem OD je tedy vrátit odpovědnost za pochopení, zvládnutí nebo překonání krize více než jedné osobě a, chápáno poněkud širěji, společnosti jako takové. Všichni lidé v sociální síti by měli být požádáni a cítit se zmocněni komunikovat a spolupracovat při hledání řešení mimořádných situací, zatímco běžné psychiatrické přístupy mají tendenci přidělovat tuto odpovědnost především jedné osobě, jednotlivci, kterého se problém týká.

To, zda se tyto strukturální aspekty projeví, zároveň do značné míry závisí na povaze kontextu péče. V mnoha zemích lze některé z uvedených principů realizovat pouze v omezené míře, protože systémy péče o lidi s duševním onemocněním jsou značně roztříštěné a zaměřené na podporu jednotlivců, a proto jen stěží poskytují možnosti pro kontinuální, systemickou podpůrnou práci. Pokud by však byl OD realizován v plně (finské) podobě, mohly by zmíněné strukturální aspekty přispět k jeho depsychiatrizujícímu potenciálu.

### **Advocatus Diaboli**

Je důležité, abychom nepředstavovali OD jako univerzální řešení depsychiatrizace podpory v psychosociálních krizích. Dialog jistě nemusí být primárním řešením všech aktuálních problémů. Dále OD není prost některých psychiatrizujících účinků a pravděpodobně ani zcela být nemůže. Koneckonců byl vyvíjen postupně, po mnoho let a především psychiatry nebo odborníky na duševní zdraví. Ačkoli tedy OD v průběhu let nepochybně vychází z různých a transdisciplinárně ukotvených konceptů a teorií, má svůj původ v psychiatrických diskurzích a praktikách a nelze jej od nich v jeho původu, zaměření a pojetí oddělit.

Abychom uvedli konkrétnější příklad, psychiatrizující riziko OD může být přenášeno jeho terénním přístupem: Přes nesporné pozitivní účinky terénních forem léčby, zejména ve srovnání s klasickou lůžkovou péčí (Gühne et al., 2018), je přesun psychosociální podpory do žitého prostředí uživatelů především formálně psychiatrizujícím procesem. Když se psychiatrický koncept přenesne k někomu domů, může potenciálně zasáhnout více lidí v jejich soukromém životním prostředí a utvářet tak roli psychiatrie v každodenním životě, a to zcela nezávisle na typu, zaměření nebo kvalitě nabízené podpory.

Zadruhé, a to z poněkud širší perspektivy, OD vychází také ze základního předpokladu, běžného přinejmenším v západních a individualistických zemích, že péče o psychosociální krize vyžaduje institucionální reakci. Namísto kolektivního řešení těchto krizí v rámci společnosti bylo řešení těchto krizí delegováno na pracovníky instituce, kteří jsou za to placeni, vyškoleni a v důsledku toho vždy přinášejí omezenou škálu možností reakce.

Zatřetí, jak v původním uplatňování ve Finsku, tak ve většině případů, je OD v současnosti implementován v medicínsko-psychiatrickém rámci, tj. v rámci systémů péče o duševní zdraví.



Tento kontext aplikace silně formuje způsob, jakým je OD implementován (Von Peter et al., n d). Právní předpisy týkající se profesního uznávání a předpokladů pro poskytování péče, možnosti vyúčtování či ocenění odvedené práce nebo konkrétní organizační podmínky systému péče jsou jen několika příklady mnoha způsobů, kterými může konkrétní podoba systému zdravotní péče ovlivnit implementaci jakéhokoli přístupu k duševnímu zdraví.

Začtvrté, většina pracovníků institucí, které v současnosti nabízejí OD na mezinárodní úrovni, patří z velké části k psychiatrickým profesím. Jsou většinou konvenčně socializováni v psychiatrických nebo psychosociálních zařízeních a výcvik v OD získávají často až v pozdější fázi své kariéry. V tomto ohledu je slibným vývojem alespoň rozvoj otevřeného dialogu podporovaného peery (POD) (Razzaque a Stockmann, 2016), který by mohl podpořit demokratické a nehierarchické zaměření OD (Bellingham et al., 2018). Zároveň samotné začlenění peer expertů s žitou zkušeností do stávajících psychiatrických služeb opakovaně vyvolává otázky ohledně přivlastnění a sladění s rutinními postupy a rolemi psychiatrické léčby, které rovněž úzce souvisejí s otázkou psychiatrizujícího potenciálu OD.

Z těchto příkladů je zřejmé, že ani přístup OD se neobejde bez psychiatrizujících účinků. Psychiatrizace jako koncept popisuje vývoj společnosti jako celku a v mnoha západních společnostech je již silně pokročilá a podle toho i účinná. OD je ve většině případů školen a aplikován v rámci stávajících systémů péče o duševní zdraví, což omezuje jeho možnosti reagovat na psychosociální krize depsychiatrizujícím způsobem, někdy drasticky, v závislosti na kontextu. OD je sice uplatňován především v rámci veřejných služeb duševního zdraví (Pocobello et al., 2021), ale v některých kontextech je implementován také nezávislými sdruženími, jako je „Offener Dialog e.V.“ v Lipsku, kde je nabízen na dobrovolné bázi a mimo rámec psychiatrické péče (tj. bez nutnosti diagnózy, povinnosti dokumentovat nebo prokazovat splnění léčebného úkolu a bez použití psychotropních léků). Takové projekty však bez odpovídajícího finančního zázemí zůstávají výjimkou, případně se mohou potopit ještě před vyplutím.

## **Závěr**

Cílem tohoto příspěvku bylo zvážit depsychiatrizující potenciál podpory psychosociálních krizí pomocí přístupu OD. Přestože tento přístup přizpůsobený potřebám má svůj původ v psychiatrických diskurzích a praktikách a je v tomto prostředí ve většině případů uplatňován, OD v sobě skrývá určitý depsychiatrizující potenciál. Jak ukázaly výsledky zmíněných kohortových studií, tento potenciál byl prokázán. Dále jej lze teoreticky vysvětlit logikou přístupu OD, způsobem, jakým se pracuje s jazykem, rolí personálu v rámci práce v síti a tím, jak je tento léčebný přístup nastaven jak strukturálně v rámci systému péče o duševní zdraví, tak při jeho každodenní aplikaci.

Je třeba říci, že způsob, jakým je OD nabízen, se může výrazně lišit od toho, jak jej uživatelé vnímají. Jak bylo popsáno na začátku, vzhledem k naší roli odborníků na duševní zdraví, OD praktiků a výzkumníků můžeme poskytnout pouze pohled shora dolů. Proto je pro nás těžké zhodnotit, zda OD může přivodit také procesy depsychiatrizující změny ve společnosti. To by mohlo být předmětem dalšího zkoumání, stejně jako transdisciplinárního výzkumu, který by kriticky zkoumal, zda naše koncepčnější analýza depsychiatrizujícího potenciálu OD obstojí v praxi. K potvrzení toho, že přístup OD vede k léčbě duševního utrpení méně

psychiatrizujícím způsobem než jiné léčebné přístupy, jsou zapotřebí empirické údaje na úrovni veřejného zdraví i na místní úrovni.

Kromě toho vyvstává otázka, zda popsané účinky přístupu OD ve Finsku nevyžadují časovou kontextualizaci, protože v době těchto kohort nebyla psychiatrizace společnosti tak pokročilá ve srovnání se současností. V posledních několika desetiletích psychiatrie stále více přejímá redukcionistický neurobiologický model (Bracken et al., 2012), který změnil i související obory, jako je psychologie, sociální práce atd. stejně jako společnost jako celek. Lze tedy v současnosti reprodukovat výsledky depsychiatrizace OD navzdory tomuto zdánlivě nezvratnému procesu?

V tomto kontextu v současné době vidíme nebezpečí, že OD bude upraven tak, aby sloužil jako líbivý plášť pro zakrytí medicínsko-psychiatrického léčebného (a společenského) systému. Toto nebezpečí je o to aktuálnější, že volání po demokratičtějších, na lidských právech založených, zplnomocňujících nebo na zotavení orientovaných systémech psychosociální podpory se zjevně rozšiřuje, často však bez ochoty nebo dostatečné reflexe změnit zaběhnuté postupy (Von Peter a Zinkler, 2021). V tomto kontextu primární princip otevřenosti OD spíše vybízí k naplnění a obsazení přístupu vlastními obsahy a ideologiemi, včetně medicínských konceptů a postupů. To, zda OD může mít depsychiatrizující účinek, či nikoli, tedy není samozřejmé, ale závisí na tom, jak je realizován a zda existuje potřebný kontext péče.

V komunitě OD se vedly a stále vedou rozsáhlé diskuse o tom, do jaké míry by měl být OD formalizován, aby bylo možné prokázat a zkoumat jeho implementační věrnost. Zatímco některé studie uvádějí odpor proti standardizaci a replikovatelným kritériím pro výcvik a hodnocení (Alvarez Monjaras, 2019; Florence et al., 2020; Hopper et al., 2020), byly vyvinuty různé škály pro hodnocení organizační věrnosti a klinické adherence (Olson et al., 2014; Alvarez-Monjaras et al., 2021; Lotmore et al., 2021). Tyto škály dobře operacionalizují základní aspekty OD a [jedna taková] se používá v souvislosti s výše zmíněnou klinickou studií v Anglii a připravovanými studiemi. Přesto má podrobnější popis OD i tu nevýhodu, že při implementaci omezuje jeho otevřenost přizpůsobenou potřebám, a tím s sebou nese veškerá nebezpečí intervencionistického využití, kdy může až příliš pevně předepisovat, jaká řešení jsou (nebo by měla být) vhodná pro konkrétní problémy.

Konečně, OD není všelék. Jak již bylo řečeno, dialog nemusí být primárním řešením všech forem krizí duševního zdraví. Psychiatrička Sandy Steingardová v jednom rozhovoru upozornila na nebezpečí idealizace OD (Steingard, 2020), jeho propagace jako zázračného řešení na jakýkoli psychosociální problém. OD je také uměle vytvořen, je náchylný k chybám a nehodí se pro všechny krizové situace. Příliš dogmatická propagace těmito okolnostem nesvědčí a může vést k vyvolání falešných nadějí nebo očekávání u uživatelů, příbuzných, personálu a dalších zúčastněných stran. Mezinárodní kohortové studie se pokusí objasnit, kdy, za jakých podmínek a jakým způsobem má aplikace OD smysl. OD lze totiž považovat pouze za jednu ze složek, která má přinést naléhavě potřebné změny v systému péče o duševní zdraví.

(Zdroje k článku viz originál.)