

Dobre praktyki w psychiatrii dzieci i młodzieży. Zastosowanie „Otwartego Dialogu” w psychiatrii środowiskowej okresu rozwojowego – doświadczenia własne

Good practice in child and adolescent psychiatry.

Open Dialogue Approach in community psychiatry of developmental age – personal experience

Dzienny Ośrodek Psychiatrii i Zaburzeń Mowy dla Dzieci i Młodzieży. Kierownik: Roman Ciesielski

Correspondence to: Dzienny Ośrodek Psychiatrii i Zaburzeń Mowy dla Dzieci i Młodzieży, ul. Wołowska 9, 51-116 Wrocław,
tel.: 71 352 84 12, 71 352 79 91, e-mail: sekretariat@dopdim.pl

Streszczenie

Dzienny Ośrodek Psychiatrii i Zaburzeń Mowy dla Dzieci i Młodzieży (DOPDiM) we Wrocławiu jest jedną z pierwszych w Polsce placówek, w której strukturach działają zespoły psychiatrycznego leczenia środowiskowego dla dzieci i ich rodzin. Wobec niewystarczającej ilości rodzimych modeli opieki środowiskowej okresu rozwojowego zespół DOPDiM podjął w 2013 roku szkolenie w nowym podejściu, nazywanym „Otwartym Dialogiem” (*Open Dialogue Approach*, ODA), które jako metoda leczenia potwierdziło swoją skuteczność w krajach skandynawskich oraz w Niemczech. Twórcami ODA są prof. Jaakko Seikkula oraz dr Brigitte Alakare. Metoda ta wywodzi się z procesów refleksyjnych Toma Andersena oraz leczenia dostosowanego do potrzeb pacjenta prof. Yjrö Alanena. Zespoły mobilne DOPDiM w ramach funkcjonowania Poradni Leczenia Środowiskowego zaczęły wdrażać idee oraz rozwiązania organizacyjne ODA, adaptując je do uwarunkowań istniejącego już systemu opieki i leczenia. W artykule omówiono możliwości i ograniczenia związane z implementowaniem praktyk ODA w polskich realiach. Przedstawiono odniesienia do pierwszych doświadczeń związanych z realizacją autorskiego programu „Psychiatria środowiskowa dla dzieci i młodzieży – nowa jakość. Leczenie dostosowane do potrzeb pacjenta w oparciu o zasoby rodzinne i sieci społeczne”, finansowanego z budżetu Urzędu Marszałkowskiego Województwa Dolnośląskiego.

Słowa kluczowe: Otwarty Dialog, psychiatria środowiskowa, dobre praktyki leczenia środowiskowego, sieci społeczne, leczenie ostrych epizodów psychotycznych

Summary

Daily Centre of Psychiatry and Speech Disorders for Children and Adolescents in Wrocław is one of the first psychiatric health institution in Poland providing community treatment teams for children and their families. Due to insufficient number of indigenous models of community treatment of developmental age, our Centre staff, in 2013, completed a training in a new approach, termed “Open Dialogue” (ODA), which as a therapeutic method has proved to be effective in Scandinavian countries and in Germany. The method was founded and developed by Jaakko Seikkula and Brigitte Alakare. ODA derives from Tom Andersen’s Reflecting Processes and Yjrö Alanen’s Need Adapted Treatment. Mobile teams, provided by the Community Treatment Clinic, have started to implement ideas and organizational assumptions of ODA, by adapting them to the current health care system. The goal of this article is to present both possibilities and limitations of implementation of ODA to Polish conditions. This article refers to our first experiences relating to the independent project: “Child and adolescent community psychiatry – new quality. Need Adapted Treatment based on family resources and social networks”, founded by Marshal’s Office of Dolnośląskie Region.

Key words: Open Dialogue, community psychiatry, good practice of community treatment, social networks, acute psychosis treatment

Życie oznacza uczestniczyć w dialogu: zadawać pytania, słuchać innych, reagować, zgadzać się, i tak dalej.

Człowiek uczestniczy w tym dialogu całkowicie i przez całe swoje życie: oczami, ustami, rękoma, duszą, duchem, całym ciałem i czynami.⁽¹⁾

Michaił Bachtin

Dzienny Ośrodek Psychiatrii i Zaburzeń Mowy dla Dzieci i Młodzieży (DOPDiM) we Wrocławiu jest jedną z pierwszych placówek w Polsce, w której strukturach działają zespoły psychiatrycznego leczenia środowiskowego dla dzieci i ich rodzin. Wobec niewystarczającej ilości rodzimych modeli opieki środowiskowej okresu rozwojowego zespół Ośrodka rozpoczął w 2013 roku szkolenie w nowym podejściu nazywanym „Otwartym Dialogiem” (ODA), które jako metoda leczenia potwierdziło swoją skuteczność w krajach skandynawskich oraz w Niemczech.

Twórcami ODA są Jaakko Seikkula oraz Brigitte Alakare. Metoda ta wywodzi się z procesów reflektujących Toma Andersena oraz leczenia dostosowanego do potrzeb pacjenta Yjrö Alanena. Zespół pod kierownictwem Yjrö Alanena w Turku pod koniec lat 70. XX wieku, rozpoczynając od terapii psychodynamicznej indywidualnej, włączył do swoich metod pracy między innymi terapię systemową rodzin. Nazwano to podejście terapią dostosowaną do potrzeb pacjenta, ponieważ każdy proces terapeutyczny jest indywidualny. Model ten zakłada szybką interwencję, zaplanowanie terapii uwzględniającej zmieniające się i unikalne potrzeby każdego pacjenta oraz jego rodziny poprzez integrowanie różnorodnych metod terapeutycznych w jeden proces leczenia, przyjmowanie postawy terapeutycznej w trakcie badań oraz leczenia, postrzeganie terapii jako procesu ciągłego oraz stałe monitorowanie postępów i wyników leczenia⁽²⁾.

W ODA powyższą metodę rozwinięto, a nazwę „Otwarty Dialog” po raz pierwszy zastosowano w 1995 roku do przedstawienia terapii skoncentrowanej na rodzinie oraz sieci społecznej. W spotkaniach ODA biorą udział wszyscy zaangażowani członkowie, by za pomocą dialogu odkryć nowe znaczenia objawów chorobowych. ODA określa również podstawowe zasady organizacji środowiskowego systemu leczenia psychiatrycznego, który umożliwi dialog⁽³⁾. W Finlandii ODA stosuje się głównie w leczeniu pierwszego ostrego epizodu psychotycznego. W klasycznym podejściu do leczenia tego typu zaburzeń rokowanie nie jest najlepsze. Według Liebermana⁽⁴⁾ co prawda u 86% pacjentów chorujących na schizofrenię objawy psychotyczne ustępują w ciągu pierwszego roku, ale u 78% przynajmniej raz dochodzi do nawrotu epizodu psychotycznego. U 14–35% pacjentów do tego typu nawrotu dochodzi w ciągu pierwszych dwóch lat leczenia⁽⁴⁻⁶⁾. Po pięciu latach od pierwszego epizodu psychotycznego 74% pacjentów jest w trakcie albo nawrotu objawów, albo intensywnego leczenia, a około 50% korzysta ze świadczeń opieki socjalnej⁽⁷⁾.

W Finlandii zostały przeprowadzone prospektywne badania dotyczące ODA, w których sprawdzano wyniki leczenia po dwóch i po pięciu latach. Okazuje się, że w grupie pacjentów leczonych ODA farmakoterapię neuroleptykami zastosowano tylko u 35%. Po dwóch latach od zachorowania 82% pacjentów nie zgłaszało żadnych objawów lub sygnalizowano tylko niewielkie ich nasilenie. Zaledwie 23% pacjentów po dwóch latach, a 14% po pięciu korzystało z pomocy socjalnej z powodu niepełnosprawności. Nawroty objawów wystąpiły u 21% pacjentów po dwóch i u 29% pacjentów po pięciu latach; 86% pacjentów podjęło aktywność sprzed zachorowania, w tym pracę i studia⁽⁸⁾.

pozytywne wyniki skuteczności ODA mogą wskazywać na to, że psychozę można postrzegać nie jako przejaw choroby, lecz jako jeden ze sposobów radzenia sobie w czasie kryzysu oraz po nim. Większość osób jest w stanie powrócić do aktywności zawodowej i społecznej⁽⁹⁾. Autorzy podejścia zwracają uwagę, że ODA ma zastosowanie ogólne, w sytuacjach kryzysów psychicznych, nie tylko psychoz⁽⁸⁾. W związku z powyższymi wynikami badań DOPDiM, zajmujący się między innymi opieką środowiskową w zakresie psychiatrii dzieci i młodzieży, żywo zainteresował się nową metodą leczenia w ostrych kryzysach psychicznych. Zespoły mobilne DOPDiM w ramach funkcjonowania Poradni Leczenia Środowiskowego rozpoczęły w zeszłym roku wdrażanie idei i rozwiązań organizacyjnych ODA, adaptując je do uwarunkowań istniejącego już systemu opieki i leczenia.

W kwietniu 2013 roku DOPDiM przystąpił do realizacji autorskiego projektu, opracowanego przez R. Ciesielskiego i I. Mazur: „Psychiatria środowiskowa dla dzieci i młodzieży – nowa jakość. Leczenie dostosowane do potrzeb pacjenta w oparciu o zasoby rodzinne i sieci społeczne”, finansowanego z budżetu Urzędu Marszałkowskiego Województwa Dolnośląskiego. Głównym celem projektu było rozszerzenie wiedzy teoretycznej, zgromadzenie praktycznych doświadczeń w ramach podejścia ODA oraz włączenie ich w zakres kompetencji zespołów leczenia środowiskowego w psychiatrii rozwojowej w DOPDiM. Kolejny etap to przygotowanie pierwszych na Dolnym Śląsku zespołów leczenia środowiskowego w psychiatrii rozwojowej, stosujących w swojej pracy wyłącznie podejście ODA. Zajęcia szkoleniowo-dydaktyczne obejmowały wykłady, interwizje, warsztaty szkoleniowe, superwizje na żywo oraz superwizje grupowe zespołów. Spośród osób uczestniczących w szkoleniu wyodrębniono trzy zespoły mobilne, wprowadzające w praktyce podejście ODA w obszarze psychiatrii rozwojowej.

Beneficjentami pierwszego projektu było 15 rodzin w ostrym kryzysie psychicznym. Zaburzenia pacjentów obejmowały: ostre przemijające zaburzenia psychotyczne (3 osoby), schizofrenię (1), zaburzenia afektywne jedno- i dwubiegunowe (6), zaburzenia lękowe (4) oraz nasilone zaburzenia adaptacyjne w przebiegu całościowych zaburzeń rozwojowych (1).

Przystąpienie do realizacji projektu wywołało różne emocje i nastawienia w zespole. Początkowo pojawiło się wiele wątpliwości dotyczących możliwości zastosowania ODA w DOPDiM. W trakcie wdrażania praktycznych aspektów ODA okazało się, że jest ono czymś więcej niż tylko systemem leczenia dostosowanego do potrzeb pacjenta w oparciu o zasoby rodzinne i sieci społeczne. Jest swobodną postawą terapeutyczną, przejawiającą się w pewnym sposobie myślenia, przeżywania, doświadczania. Z czasem zasady ODA zaczęły funkcjonować zarówno w zespole, jak i w Oddziale. Zostały zburzone pierwsze mury indywidualne oraz zespołowe. Uczestnicy projektu zaczęli uglaśniać swoje wewnętrzne dialogi oraz dzielić się przemyśleniami, emocjami i doświadczeniami. Z czasem zaczęło się pojawiać coraz więcej pytań, na które brak jednoznacznych odpowiedzi. Wyłaniały się kolejne bariery: mentalne, organizacyjne, finansowe oraz formalno-prawne.

W związku z wielopoziomowością problemów pacjentów w ostrym kryzysie psychicznym, utrudniających im powrót do aktywnego życia sprzed zachorowania, koniecznością wydaje się ścisła współpraca z instytucjami opieki społecznej, sądami rodzinnymi, kuratorium. Tu z jednej strony spotykamy się z niechęcią pacjentów i ich rodzin do zapraszania do sieci społecznej osób spoza kręgu najbliższych, a z drugiej strony istnieje wiele barier mentalnych oraz instytucjonalnych pomiędzy ośrodkami opieki psychiatrycznej a wyżej wymienionymi jednostkami, do których należą między innymi odmienne przepisy i regulacje dotyczące funkcjonowania instytucji, różne źródła finansowania, odmienna organizacja, inny język oraz metody szkoleniowe, a wreszcie odmienna atrybucja społeczne.

Kolejną trudnością jest traktowanie ODA, głównie przez specjalistów, jako swego rodzaju przeciwieństwa tego, czym jest psychiatria. Podejście to zaczęło się tymczasem rozwijać w trakcie realizacji fińskich programów ochrony zdrowia psychicznego: Krajowego Programu Rozwoju Badań Naukowych, Leczenia i Rehabilitacji Osób ze Schizofrenią (1960–1970), Fińskiego Narodowego Programu Leczenia Schizofrenii (1981–1987) czy Leczenia Dostosowanego do Potrzeb Pacjenta. Według badań podsumowujących wdrożenie wyżej wymienionych projektów liczba długotrwałych hospitalizacji pacjentów chorujących na schizofrenię spadła o 63%⁽¹⁰⁾. Może to wskazywać, iż metoda ta, wraz z dostosowaniem całego systemu opieki psychiatrycznej, stanowi jeden z modeli opieki środowiskowej, które skutecznie zapobiegają wykluczeniu oraz dyskryminacji osób cierpiących na zaburzenia psychotyczne.

ODA może sprawiać wrażenie podejścia, które podważa autorytet specjalisty. To pacjent decyduje o leczeniu, rola lekarza czy psychoterapeuty sprowadza się jedynie do inicjowania dialogu, by wszystkie głosy zebranych osób zostały wysłuchane. Członkowie zespołu wspierają reakcje emocjonalne, modelują je, dzieląc się własnymi odczuciami, refleksjami, są częścią dialogu⁽¹¹⁾. Zasadnicza różnica pomiędzy ODA a klasycznym podejściem polega na tym, że tu lekarz czy terapeuta słucha, aby usłyszeć, a nie

by znaleźć odpowiedź. Każdy głos jest ważny i powinien być wysłuchany. Polifonia to przestrzeń dla wszystkich głosów, zarówno tych zewnętrznych, jak i wewnętrznych. ODA stwarza odpowiednie warunki do ekspresji wszystkich głosów⁽¹²⁾. Wydaje się zatem, że podstawowym zadaniem ODA jest odkrywanie nowych słów i rozwijanie wspólnego języka dla doświadczeń, które nie mają jeszcze słownych reprezentacji. W klasycznej terapii to specjalista jest w zasadzie decydem, znawcą, który wie lepiej, co może przynieść pacjentowi korzyść. Jak wskazuje Imber-Black⁽¹³⁾, w podejściu tym tkwi pewna pułapka. Pacjenci psychiatryczni, kierowani do specjalistów, to najczęściej osoby z licznymi problemami natury społecznej, ekonomicznej czy prawnej. W tej sytuacji do specjalisty z zakresu psychiatrii czy psychoterapii trafia pacjent (lub rodzina), którego problemom nie jest w stanie on samotnie sprostać. Według Seikkulli⁽¹⁴⁾ specjalistom początkowo łatwiej jest zaakceptować wsparcie sieci złożonej z innych profesjonalistów niż zapraszać członków sieci społecznej pacjenta. Natomiast nagląca potrzeba rozwiązywania bieżących problemów pacjenta ułatwia ten krok. Kiedy profesjonalista w końcu decyduje się na zaproszenie do współpracy laika, otrzymuje nowe źródło rozwiązań w sytuacji kryzysowej. To oczywiście wiąże się z dużymi zmianami w zakresie podejścia do diagnozy i planowania leczenia, własnych nastawień oraz przekonań. W pracy z siecią społeczną profesjonalista musi zmierzyć się z dużą dozą niepewności, a jej celem jest tak naprawdę ujrzenie wcześniej niewidzianych rozwiązań. „Dramatyzm procesu wynika nie z błyskotliwych interwencji profesjonalistów, a z wymiany emocjonalnej pomiędzy poszczególnymi członkami sieci, w tym profesjonalistami, którzy razem tworzą lub przywracają jednostce społeczność opiekuńczą”⁽¹⁵⁾.

Zapraszanie osób będących członkami osobistej sieci pacjenta, aby uczestniczyli w procesie leczenia, oznacza zmianę w paradygmacie, w którym leczenie oraz wyleczenie było jedynie zasługą specjalistów zajmujących się pacjentem. W związku z tym w ODA rodzina pacjenta przestaje być widziana jako przyczyna choroby czy obiekt terapii, a staje się raczej partnerem w procesie leczenia⁽¹⁶⁾. Kolejną trudnością jest brak strategii działania, konieczność tolerancji niepewności. Zdaniem Seikkulli⁽¹⁷⁾ w ODA samo pytanie ma mniejsze znaczenie niż słuchanie. Pytania mają formę otwartą, aby umożliwić rodzinie i całej sieci społecznej wypowiedzenie się na tematy, które w danym momencie są dla nich najbardziej istotne. Zespół terapeutyczny nie planuje przebiegu spotkania. W ODA ważniejsza niż strategia jest obecność w danej chwili, adaptowanie własnych zachowań, reakcji do tego, co się dzieje „tu i teraz”, do momentów zwrotnych dialogu. Z kolei tolerowanie sytuacji, w której nie ma gotowych odpowiedzi i nie powstaje żaden plan leczenia, umożliwia członkom sieci społecznej uruchomienie ich własnych psychologicznych zasobów⁽¹⁸⁾.

Kolejne znaczące punkty wrażliwe, które pojawiły się na drodze wdrażania ODA w DOPDiM, to bariery organizacyjne,

finansowe oraz prawne. ODA, aby miała szansę zaistnieć, wymaga odpowiedniego systemu opieki psychiatrycznej. Systemu, który zapewni możliwość realizacji kilku podstawowych, ale i niezbędnych założeń.

ODA zakłada, iż zespół terapeutyczny powinien zorganizować pierwsze spotkanie z pacjentem, jego rodziną oraz innymi członkami sieci społecznej do 24 godzin od otrzymania zgłoszenia, najlepiej w domu pacjenta. Zakłada to konieczność stworzenia mobilnych zespołów, działających w ramach centrów zdrowia psychicznego, współpracujących zarówno ze szpitalami, poradniami, jak i oddziałami opieki dziennej. Kolejnym ważnym elementem jest gwarancja odpowiedzialności – osoba, która odbiera zgłoszenie, jest odpowiedzialna za zorganizowanie pierwszego spotkania, zanim zostaną podjęte jakiegokolwiek kroki i decyzje dotyczące leczenia pacjenta. Podstawową zasadą ODA jest również ciągłość psychologiczna. W związku z tym niezależnie, czy pacjent będzie hospitalizowany, czy też nie, ten sam zespół pozostaje zaangażowany w terapię i kontynuuje spotkania z pacjentem i członkami sieci tak długo, jak to konieczne. Taki stały zespół zaangażowany w terapię to jedno z najważniejszych założeń ODA⁽¹⁹⁾.

Niestety brak jednolitej infrastruktury w ramach psychiatrycznej opieki środowiskowej dla dzieci i młodzieży oraz spójnych działań interdyscyplinarnych w obszarze psychiatrii rozwojowej w znacznym stopniu ograniczają ten kierunek rozwoju. Wiele wskazuje na to, iż stworzenie modelu opieki środowiskowej opartej na ODA jest wyjątkowo trudnym zadaniem. Niemniej jednak DOPDiM jest w posiadaniu niezbędnych zasobów, które dają nadzieję na rozwijanie tej metody. Niewątpliwie zarówno sama jego struktura, na którą składa się oddział dzienny, szkoła podstawowa i gimnazjum o profilu terapeutycznym, liczne poradnie specjalistyczne oraz zespół leczenia środowiskowego dla dzieci i młodzieży, jak i perspektywa ścisłej współpracy z oddziałem stacjonarnym mogą zapewnić jedno z podstawowych założeń ODA, czyli ciągłość opieki terapeutycznej. Wynika to z tego, iż większość członków zespołu terapeutycznego zatrudniona jest jednocześnie w kilku jednostkach, w niepełnym wymiarze czasu pracy. Obecnie trwają przygotowania do przekształcenia Ośrodka w Centrum Zdrowia Psychicznego. Dużą nadzieję wiąże się z funkcjonującym w ramach NFZ Zespołem Leczenia Środowiskowego dla Dzieci i Młodzieży, który zapewnia elastyczność i mobilność. Od kwietnia 2014 roku realizowany jest kolejny etap projektu: „Leczenie dostosowane do potrzeb pacjenta w oparciu o sieci społeczne. Rozwój modelu leczenia środowiskowego psychiatrycznego dla dzieci i młodzieży”, przy wsparciu finansowym Samorządu Województwa Dolnośląskiego.

Konkludując, można stwierdzić, że istnieje wiele możliwości, ale i ograniczeń związanych z implementowaniem praktyk ODA w polskich realiach. W DOPDiM udało się stopniowo przełamać bariery osobiste oraz zespołowe. Problemem nadal jest jednak mała aktywność członków sieci społecznych w sytuacji kryzysu psychicznego oraz

wyraźna niechęć rodziny do zapraszania na spotkania ODA osób spoza grona najbliższych. Dużą trudnością jest także współpraca międzyinstytucjonalna, która aby mogła zaistnieć na poziomie ODA, wymaga dodatkowej edukacji przede wszystkim pracowników opieki społecznej oraz kuratorów sądowych. Wydaje się, że kluczowymi problemami w adaptowaniu ODA są ograniczenia organizacyjno-finansowe oraz formalno-prawne, których rozwiązanie prawdopodobnie będzie możliwe po wprowadzeniu założeń przewidzianych w Narodowym Programie Ochrony Zdrowia Psychicznego.

W obliczu potrzeby wdrażania nowych metod opieki nad osobami chorymi psychicznie w środowiskach terapeutycznych pojawia się coraz większa gotowość na zmiany, które niesie ze sobą ODA. Dynamiczny rozwój opieki środowiskowej pozwala mieć nadzieję, że idee Otwartego Dialogu będą miały szansę być realizowane tak, aby pomóc jak największej liczbie pacjentów.

PIŚMIENNICTWO: BIBLIOGRAPHY:

1. Bakhtin M.: Problems of Dostojewskij's Poetics. Theory and History of Literature. Manchester University Press, London 1984: 293.
2. Alanen Y.O., Lehtinen K., Rääköläinen V., Aaltonen J.: Need-adapted treatment of new schizophrenic patients: experiences and results of the Turku Project. Acta Psychiatr. Scand. 1991; 83: 363–372.
3. Seikkula J.: Becoming dialogical: psychotherapy or a way of life? Aust. N. Z. J. Fam. Ther. 2011; 32: 179–193.
4. Lieberman J.: Pharmacotherapy for patients with first-episode, acute, and refractory schizophrenia. Psychiatr. Ann. 1996; 26: 515–518.
5. Linszen D., Dingemans P., Scholte W. i wsp.: Early recognition, intensive intervention and other protective and risk factors for psychotic relapse in patients with first psychotic episodes in schizophrenia. Int. Clin. Psychopharmacol. 1998; 13: 7–12.
6. McGorry P., Edwards J., Mihalopoulos C. i wsp.: EPPIC: an evolving system of early detection and optimal management. Schizophr. Bull. 1996; 22: 305–326.
7. Lenior M.E., Dingemans P.M., Linszen D.H. i wsp.: Social functioning and the course of early-onset schizophrenia: five-year follow-up of a psychosocial intervention. Br J. Psychiatry 2001; 179: 53–58.
8. Seikkula J., Aaltonen J., Alakare B. i wsp.: Five-year experience of first-episode nonaffective psychosis in open-dialogue approach: treatment principles, follow-up outcomes, and two case studies. Psychother. Res. 2006; 16: 214–228.
9. Materiały niepublikowane z kursu: Leczenie dostosowane do potrzeb pacjenta w oparciu o zasoby rodzinne i sieci społeczne. Opracowane przez R. Ciesielskiego, Wrocław 2013.
10. Tuori T., Lehtinen V., Hakkarainen A. i wsp.: The Finnish National Schizophrenia Project 1981–1987: 10-year evaluation of its results. Acta Psychiatr. Scand. 1998; 97: 7–10.
11. Seikkula J., Laitila A., Rober P.: Making sense of multi-actor dialogues in family therapy and network meetings. J. Marital Fam. Ther. 2012; 38: 667–687.
12. Brown J.M.: Theory, practice and use of self in the open dialogues approach to family therapy: a simple complexity or a complex simplicity? Aust. N. Z. J. Fam. Ther. 2012; 33: 266–282.

13. Imber-Black E.: *Families and Larger Systems: A Family Therapist's Guide through the Labyrinth*. Guilford Press, New York 1988.
14. Seikkula J., Arnkil T.E., Ericsson E.: Postmodern society and social networks: open and anticipation dialogues in network meetings. *Fam. Process* 2003; 42: 185–203.
15. Seikkula J., Trimble D.: Healing elements of therapeutic conversation: dialogue as an embodiment of love. *Fam. Process* 2005; 44: 461–475.
16. Gleeson J., Jackson H., Stavely H., Burnett P.: Family intervention in early psychosis. W: McGorry P., Jackson H. (red.): *The Recognition and Management of Early Psychosis*. Cambridge University Press, Cambridge 1999: 380–415.
17. Seikkula J., Olson M.E.: The open dialogue approach to acute psychosis: its poetics and micropolitics. *Fam. Process* 2003; 42: 403–418.
18. Seikkula J., Alakare B., Aaltonen J.: Open dialogue in psychosis I: an introduction and case illustration. *J. Constr. Psychol.* 2001; 14: 247–265.
19. Seikkula J., Alakare B., Aaltonen J.: Open dialogue in psychosis II: a comparison of good and poor outcome. *J. Constr. Psychol.* 2001; 14: 267–284.

Szanowni Autorzy

Uprzejmie przypominamy, że zgodnie z rozporządzeniem Ministra Zdrowia z dn. 6 października 2004 roku w sprawie sposobów dopełnienia obowiązku doskonalenia zawodowego lekarzy i lekarzy dentyistów publikacja artykułu w czasopiśmie „**Psychiatria i Psychologia Kliniczna**” – indeksowanego w Index Copernicus – umożliwia doliczenie 20 punktów edukacyjnych za każdy artykuł do ewidencji doskonalenia zawodowego. Podstawą weryfikacji jest notka bibliograficzna z artykułu.