

# OTWARTY DIALOG w nowej erze opieki zdrowia psychicznego

Jaakko Seikkula

jaakko.seikkula@jyu.fi

Seikkula, J. & Arnkil, TE: Open dialogues and anticipations.  
Respecting Otherness in the present moment. Helsinki: THL

[www.thl.fi/bookshop](http://www.thl.fi/bookshop) (2014)

# Long term follow-up: Comparison OD vs TAU

(Bergström, T., Seikkula, J., Alakare, B., Mäki, P., Köngäs-Saviaro, P., Taskila, J. J., Tolvanen, T., & Aaltonen, J. (2018). The family-oriented Open Dialogue approach in the treatment of first-episode psychosis: Nineteen-year outcomes. *Psychiatry Research*, 270, 168-175. DOI: <https://doi.org/10.1016/j.psychres.2018.09.039>)

|                             | OD N=108 | TAU N=1763 /% |
|-----------------------------|----------|---------------|
| • Mortality by illnesses    | 2.8      | 9.2           |
| • Hospital days (over 30)   | 18       | 37            |
| • Ongoing contact after 20y | 28       | 50            |
| • On neuroleptic            | 36       | 81            |
| • Disability allowance      | 33       | 61            |

Drogi Jaakko, spotkaliśmy się w Madrycie, w listopadzie 2016 r., na rozpoczęciu "Otwartego dialogu" w starym holu akademii medycznej. Podczas kolacji rozmawialiśmy o możliwości wprowadzenia "Otwartego dialogu" w moim Ośrodku zdrowia psychicznego w Badalonie (mieście obok Barcelony). Odczułem, że próbujesz mnie zachęcić aby to zrobić.

Cóż, zrobiłem to. Rozpoczęliśmy z pierwszym przypadkiem w listopadzie 2016r. **Młoda kobieta, która niedawno przeżyła swój pierwszy epizod psychotyczny. W zespole byli: pracownik socjalny, pielęgniarz i ja. W niektórych spotkaniach uczestniczył także psycholog. Zrobiliśmy 20 spotkań z pacjentką, jej rodziną i przyjaciółmi. Wynik jest absolutnie szokujący. W ciągu 4 miesięcy zrezygnowaliśmy z leków przeciwpsychotycznych (20 mg Olanzapiny). Znalazła nową pracę w ciągu 3 miesięcy, zrobiła prawo jazdy, a ostatnio zaczęła studiować na uniwersytecie.**

Pracujemy w Otwartym Dialog z 8 przypadkami. W zespołach pracują: 2 pracowników socjalnych, 2 pielęgniarki, 2 psychiatrów i jeden psycholog. **Wszyscy jesteśmy bardzo zadowoleni i zainteresowani kontynuowaniem tego doświadczenia.** Mamy również bardziej doświadczonego psychologa pracującego w terapii rodzinnej, który nadzoruje pracę. Niedawno zespół zaprezentował swoje doświadczenia na Krajowym Kongresie Pielęgniarstwa Psychiatrycznego.

Napisałem ten list aby sprawdzić, czy ty (twój zespół i współpracownicy) jesteście zainteresowani dzieleniem się swoimi doświadczeniami, czy może istnieje sieć komunikacji pomiędzy różnymi Zespołami, które pracują w podobny sposób. Jak możemy dowiedzieć się więcej o Twoim systemie?

Jordi Marfà V.

- “... prawdziwe ludzkie życie jest otwartym dialogiem. Życie z samej swojej natury jest dialogiczne. Życie oznacza uczestniczyć w dialogu: zadawać pytania, słuchać, odpowiadać, zgadzać się i tak dalej. ***W tym dialogu człowiek bierze udział całym sobą w całym swoim życiu: swoimi oczami, swoimi ustami, rękami, duszą, duchem, całym swoim ciałem i swoimi czynami.*** Inwestuje on całe swoje ciało w dyskurs, a ten dyskurs wchodzi w dialogiczną tkaninę ludzkiego życia, w światowe sympozjum.” (M. Bakhtin, 1984)

# Zmiana w psychiatrii: leki neuroleptyczne związane z kurczeniem się mózgu (Andreasen, 2011)

“Dłuższa obserwacja korelowała ze zmniejszaniem się objętości tkanki mózgowej i zwiększaniem objętości płynu mózgowo-rdzeniowego.

Większa intensywność leczenia przeciwpsychotycznego była związana ze wskaźnikami uogólnionej i specyficznej redukcji tkanki mózgowej po opanowaniu efektów działania trzech innych predyktorów.

***Intensywniejsze leczenie przeciwpsychotyczne wiązało się z mniejszą objętością szarej istoty.*** Stopniowe zmniejszanie objętości istoty białej było najbardziej widoczne wśród pacjentów, którzy otrzymali intensywniejsze leczenie przeciwpsychotyczne.

Nasilenie choroby miało stosunkowo niewielki związek ze zmniejszeniem się objętości tkanki, a nadużywanie alkoholu / narkotyków nie miało istotnego wpływu, kiedy skorygowano wpływ innych zmiennych”

*Beng-Choon Ho, Nancy C. Andreasen, Steven Ziebell, Ronald Pierson, Vincent Magnotta*

**Long-term Antipsychotic Treatment and Brain Volumes A Longitudinal Study of First-Episode Schizophrenia**  
*Arch Gen Psychiatry. 2011;68(2):128-137*

## Leki neuroleptyczne mogą być związane ze zwiększoną śmiertelnością (Joukamaa, 2006; Kiviniemi, 2014; Moilanen, 2016)

- W ciągu 17-tu lat obserwacji, zmarło 39 z 99 osób ze schizofrenią. Skorygowane o wiek i płeć, względne ryzyko zgonu między chorymi na schizofrenię a innymi osobami wynosiło 2.84 (95% CI 2.06-3.90), i wynosiło 2.25 (95% CI 1.61-3.15) po dalszej korekcji uwzględniającej choroby somatyczne, ciśnienie krwi, cholesterol, BMI, palenie tytoniu, ruch fizyczny, picie alkoholu i wykształcenie. **Liczba neuroleptyków użytych w czasie badań podstawowych wykazała stopniowy stosunek do umieralności.** Skorygowane o wiek, płeć, choroby somatyczne i inne potencjalne czynniki ryzyka przedwczesnej śmierci, ryzyko względne wynosiło 2.50 (95% CI 1.46-4.30) po zwiększeniu jednego neuroleptyku.
- [Joukamaa M](#), [Heliovaara M](#), [Knekt P](#), [Aromaa A](#), [Raitasalo R](#), [Lehtinen V](#). Schizophrenia, neuroleptic medication and mortality. Br J Psychiatry. 2006 Feb;188:122-7

# ”Powrót do leczenia poprzez mówienie”

- Pacjenci FEP\* nieleczeni, lub pacjenci z niskimi dawkami leków mieli lepsze wyniki społeczne na przestrzeni siedmiu lat (Wunderink et al., 2013)
- Terapia poznawcza skuteczna w psychozie bez stosowania leków neuroleptycznych (Morrison et al., 2014)
- Leczenie psychoz „poprzez mówienie” powraca do łask– 10 różnych podejść, Otwarty Dialog jest jednym z nich (Science, 3/2014)
- Badania RAISE: „leczenie poprzez mówienie” z Zespołem i rodziną przy niskich dawkach leków antypsychotycznych jest lepsze od leczenia konwencjonalnego (American Jo Psych; 10/2015)

\* (first-episode psychosis – pierwszy epizod psychotyczny)

# ”Musimy przemyśleć nasze praktyki”

- Patrick McGorry, Mario Alvarez-Jimenez & Eoin Killackey, (2013) Antipsychotic Medication During the Critical Period Following Remission From First-Episode Psychosis Less Is More\*. JAMA Psychiatry.
- Tom Insel: Są potrzebne nowe procedury leczenia
- **Antypsychotyki: Biorąc pod uwagę długą perspektywę -**  
[Thomas Insel](#), 28 sierpnia 2013 r.
- <http://www.nimh.nih.gov/about/director/index.shtml>

\* Leki przeciwpsychotyczne w krytycznym okresie po remisji pierwszego epizodu psychozy. Mniej to więcej.



# Robin Murray: „Błędy jakie popełniłem podczas mojej kariery badawczej”

Schizophrenia Bulletin 21.12.2016 (Biuletyn Schizofrenia)

“ W ciągu dziesięcioleci po roku 1976, spędziłem więcej czasu i energii - więcej niż chciałem sobie uświadomić - próbując znaleźć przyczynę zmian w mózgu u osób chorych na schizofrenię.

Niestety, nie zdawałem sobie sprawy, że efekty czynników ryzyka (takich jak na przykład niepomyślne zdarzenia położnicze) wpływające na strukturę i funkcję mózgu, które mogą być łatwo zauważalne w próbkach pacjentów niesychizofrenicznych, są u osób z rozpoznaną schizofrenią przekłamane, przez wpływ leków przeciwpsychotycznych i innych czynników niespecyficycznych.

# Trzy hipotezy

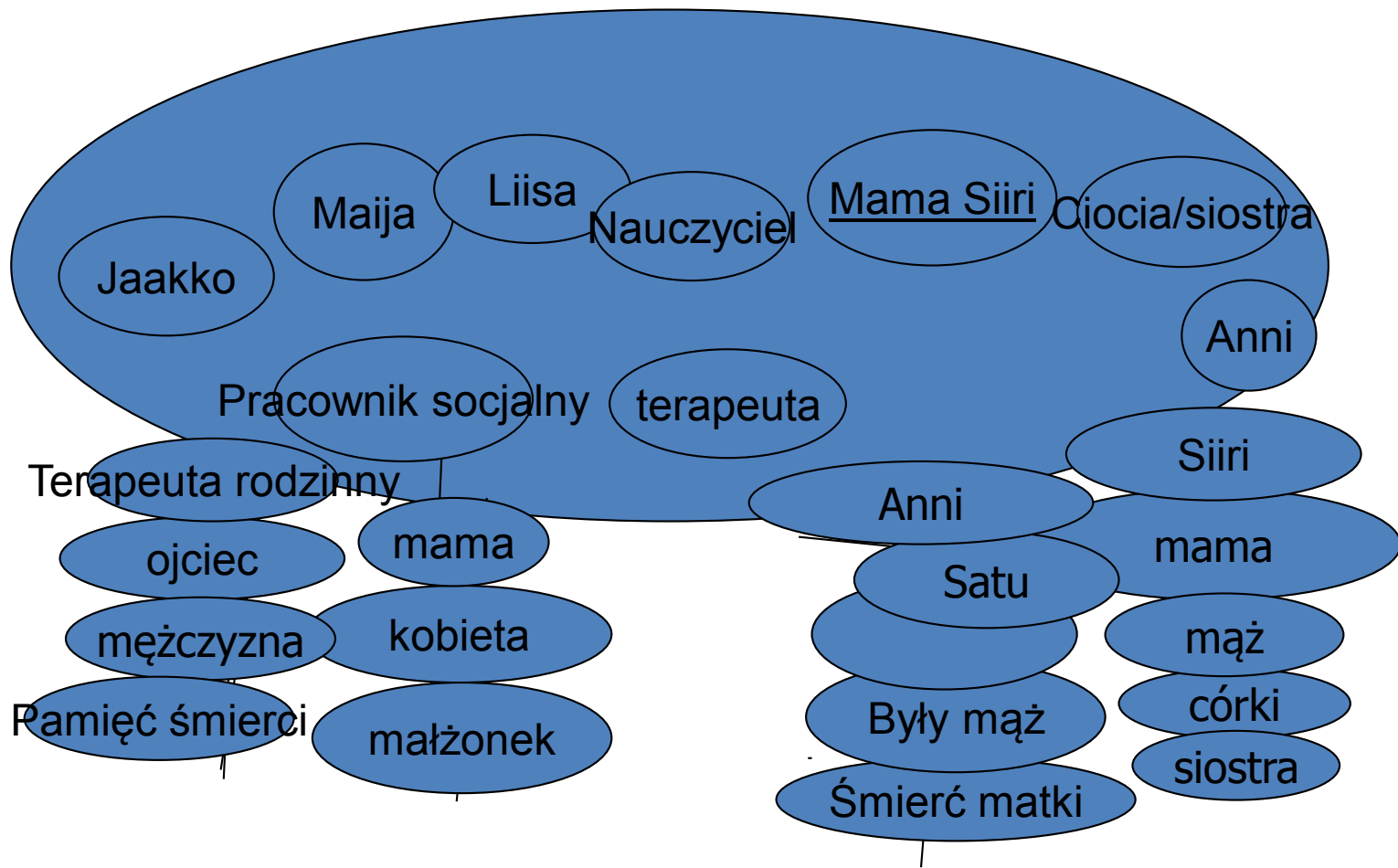
- "Psychoza" jako kategoria chorobowa nie istnieje
- Symptomy psychotyczne nie są objawami chorobowymi
  - strategią naszego wrodzonego umysłu jest przetrwanie dziwnych doświadczeń
- Długotrwałe zachowania psychotyczne są bardziej wynikiem słabej, z dwóch powodów terapii:
  - leczenie zaczęto zbyt późno
  - nieadekwatne zrozumienie problemu i ludzkiego życia prowadzi do złej taktyki terapeutycznej

# Zachowanie psychotyczne jest odpowiedzią

- Psychozy bardziej powszechne niż myśleliśmy – nie tylko pacjenci - “psychozy należą do życia”
- Halucynacje zawierają realne wydarzenia z życia osoby – ofiary traumatycznych wydarzeń – nie jako przyczyny
- Wrodzona wiedza – nieświadomość zamiast podświadomość - doświadczenia, które jeszcze nie zostały wypowiedziane
- Słuchaj uważnie, aby zrozumieć - gwarancją że [wszystkie głosy zostaną wysłuchane](#)

# Psychoza i uosobienie

- Ruch – wpływa na – emocje
- W psychozie bardziej istotna: sfera psychologiczna, a także komunikacja w sferze wrodzonych ruchów i oddziaływań - mniej słów dla emocji związanych z myślami
- Terapeuta mający tak samo ciało z łatwością oddziałuje poprzez odczuwanie bez słów – utożsamianie z uczuciami / afektami pacjenta



- "Pionowa polifonia" = głosy wewnętrzne

# Początki Otwartego Dialogu

- Zainicjowane w fińskiej Zachodniej Laponii w początkach lat 80.
- Podejście „dostosowanie do potrzeby” – Yrjö Alanen
- Połączenie systemowej terapii rodzinnej i terapii psychodynamicznej
- Spotkanie terapeutyczne rok 1984

# Fiński krajowy projekt schizofreniczny 1982 - 1989

Dwie rekomendacje:

- 1) Zalecenia dotyczące ostrego kryzysu psychiatrycznego: "Zespoły psychozy dla każdego okręgu szpitalnego" (N=21)
  - 2) Zlikwidowanie łóżek w azylach dla osób przewlekle chorych i tworzenie usług społecznych
- Miało to miejsce w latach 90.

# Przed Otwartym Dialogiem w Zachodniej Laponii

- Spotkania terapeutyczne w szpitalu 1984
- Spotkania przy przyjęciu do szpitala od 1988 r.
- Potrzeba hospitalizacji zmniejszyła się radykalnie -  
– Zespoły Interwencji Kryzysowej i wizyty domowe od 1990 r.
- Kompleksowa opieka społeczna od 1990 r.
- Projekt badawczy 1994 – 1995 (Jukka Aaltonen)  
Główny element optymalnej terapii – Otwarty Dialog



# Co to jest Otwarty Dialog?

- Wytyczne dotyczące praktyki klinicznej.
- Systematyczna analiza własnej praktyki.

W Tornio od roku 1988: Najlepiej zbadany naukowo system psychiatryczny?

- Systematyczne treningi psychoterapii dla wszystkich pracowników.

W Tornio 1986: najwyższy poziom wykształcenia pracowników?

# GŁÓWNE ZASADY ORGANIZOWANIA MODELU OTWARTEGO DIALOGU W SIECI SPOŁECZNEJ

- NATYCHMIASTOWA POMOC
- PERSPEKTYWA SIECI SPOŁECZNEJ
- ELASTYCZNOŚĆ I MOBILNOŚĆ
- ODPOWIEDZIALNOŚĆ
- CIĄGŁOŚĆ PSYCHOLOGICZNA
- TOLERANCJA NIEPEWNOŚCI
- DIALOG

# NATYCHMIASTOWA POMOC

- Pierwsze spotkanie w przeciągu 24 godzin
- Zespół kryzysowy dostępny przez 24 godziny
- Wszyscy uczestniczą od samego początku
- Psychotyczne historie omawiane są w otwartym dialogu ze wszystkimi obecnymi
- Do pacjenta dochodzi coś, czego "jeszcze nie powiedział"

# PERSPEKTYWA SIECI SPOŁECZNEJ

- Osoby, które definiują problem, powinny zostać włączone do procesu leczenia
- Wspólna dyskusja i ustalenie, kto wie o problemie, kto może pomóc i kto powinien zostać zaproszony na spotkanie terapeutyczne
- Rodzina, krewni, przyjaciele, współpracownicy i inne osoby

# ELASTYCZNOŚĆ I MOBILNOŚĆ

- Odpowiedź na kryzys jest dostosowana do potrzeb, aby dopasować się do specjalnych i zmieniających się potrzeb każdego pacjenta i jego sieci społecznej
- Miejsce spotkań jest ustalane wspólnie
- Od instytucji po dom, miejsce pracy, szkołę, przychodnię itp.

# ODPOWIEDZIALNOŚĆ

- Osoba, która kontaktuje się pierwsza, jest odpowiedzialna za zorganizowanie pierwszego spotkania terapeutycznego
- Wszystkie kwestie są otwarcie omawiane między lekarzem prowadzącym a zespołem

# PSYCHOLOGICZNA CIĄGŁOŚĆ

- Powstaje zintegrowany zespół, obejmujący zarówno personel ambulatoryjny, jak i personel szpitala
- Spotkania tak często, jak to konieczne
- Spotkania trwają tak długo, jak to konieczne
- Ten sam zespół zarówno w szpitalu, jak i w ambulatorium
- Przy powtórnym kryzysie pomagają osoby z pierwszego zespołu
- Nie odnosić się do innego miejsca

# TOLERANCJA NIEPEWNOŚCI

- Zbudowanie przestrzeni dla bezpiecznego procesu
- Promowanie zasobów psychologicznych pacjenta i jego najbliższych
- Unikanie przedwczesnych decyzji i planów leczenia
- Definiowanie otwartości



# DIALOG

- Nacisk na generowanie dialogu – a nie przede wszystkim promowanie zmian u pacjenta lub w rodzinie
- Nowe słowa i wspólny język dla opisu doświadczeń, które nie zostały jeszcze nazwane
- Słuchaj tego, co ludzie mówią, a nie tego, co mają na myśli

# Droga do prawdziwego dialogu

- Bezwarunkowe poszanowanie i akceptacja głosu drugiego człowieka

# przykład: Zespół kryzysowy w Tromsso

- Dr. Magnus Hald oraz Annrita Gjertzen
- Zespół kryzysowy w kontakcie z oddziałem szpitalnym
- Odpowiednie zasoby (n=15/70 000), praca od 8:00 rano do 20:00 każdego dnia, nocna zmiana na oddziale
- Kontaktowanie się z ostrą psychiatrią za pośrednictwem zespołu
- Procesy refleksyjne jako forma dialogu - jedna osoba pyta, druga - słucha i komentuje później
- Dwuletnie szkolenie dla pracowników ("Nauka relacji i sieci")

# przykład: Oddział Psychiatryczny dla Dzieci i Młodzieży w Gällivare, Szwecja

- Dr. Eva Kjellberg
- Obejmuje duży teren z 200 000 inh
- Prawie połączony z opieką społeczną
- Po skierowaniu zawsze pierwsze spotkanie jest przeprowadzane z rodziną, referowaną instytucją, i innymi.
- Potrzeba dalszego leczenia spadła gwałtownie po uruchomieniu sieci
- Procesy refleksyjne jako forma dialogu
- Dwuletni trening

# przykład: Zespoły terapii domowej w Niemczech

- Dr. Volkmar Aderhold oraz Nils Greve
- Usługi ambulatoryjne dla pacjentów z ostrym zespołem psychiatrycznym (populacja na przykład 200 000 - 300 000)(N = 22 zespoły w obecnym momencie)
- Praktyki uwzględniające ubezpieczenie - szczególna umowa z towarzystwem ubezpieczeniowym na okres projektu - rozpoczęto ewaluację
- Jednoroczne programy szkoleniowe

# przykłady – trzy projekty w Stanach Zjednoczonych

- Umass Medical School: Kluczowe elementy Otwartego Dialogu
- Nowy Jork: Projekt „Parachut” – 5 zespołów
- Adwokaci w Framingham, Massachusetts
- Stan Vermont
- 1 - 2 lat programu szkoleniowego dla lekarzy i pracowników

# Otwarty Dialog w Wielkiej Brytanii

## 1) POD\* – kilka Mental Health Trusts

- Zasady Otwartego Dialogu, w tym współpracownicy jako zasoby
- Trening podstawowy Otwartego Dialogu – 20 dni
- Poważne badania skuteczności Otwartego Dialogu w National Health Service (Krajowa Służba Zdrowia)

## 2) Certyfikat Otwartego Dialogu po 3 latach treningu (60 ect)

- Włączając w to trenerów w treningu
- Współpracownicy

\*?

# Otwarty Dialog we Włoszech

- 8 prowincji
- 80 treningów dla profesjonalistów – 16 dni + superwizja
- Badania efektywności i badanie procesów



# 1: GWARANTOWANIE WSPÓLNEJ HISTORII

- Każdy uczestniczy od samego początku spotkań
- Wszystko, co wiąże się z analizowaniem problemów, planowaniem leczenia i podejmowaniem decyzji, jest dyskutowane otwarcie i decyzje podejmuje się gdy wszyscy są obecni
- Nie planuje się z góry tematów ani formy dialogu

## 2: TWORZENIE NOWEGO SŁOWNICTWA I NOWEGO JĘZYKA

- Głównym celem spotkań nie jest interwencja zmieniająca rodzinę lub pacjenta
- Celem jest stworzenie nowego wspólnego języka dla tych doświadczeń, które zostały jeszcze nazwane

### 3: STRUKTURA PRZEZ KONTEKST

- Spotkanie może być prowadzone przez jednego terapeuta albo przez cały zespół
- Zadanie facylitatora(ów) to: (1) otworzyć spotkanie pytaniami otwartymi; (2) zagwarantować aby głosy zostały usłyszane; (3) zagwarantować miejsce dla profesjonalistów; (4) zakończyć spotkanie definicją spotkania.

# 4: STAWANIE SIĘ PRZEJRZYSTYM

- Specjaliści omawiają otwarcie własne obserwacje, wtedy, gdy sieć wsparcia jest obecna
- Nie ma żadnego konkretnego zespołu refleksyjnego, ale refleksyjna rozmowa odbywa się dzięki zmianie konwencji z wywiadu na dialog
- - patrz na kolegów - nie na klientów
- - komentarze pozytywne, zorientowane na zasoby
- - w formie pytań - "Ciekawy jestem, czy ..."
- - na koniec zapytaj klientów o komentarze
- Refleksje są dla mnie, aby zrozumieć więcej – nie są interwencją terapeutyczną

# 5 lat obserwacji otwartego dialogu w ostrych psychozach

(Seikkula et al. Psychotherapy Research, March 2006: 16(2),214-228)

- 01.04.1992 – 31.12.1993 (API)
- 31.03.1997 (ODAP) w Zachodniej Laponii, 72 000 mieszkańców
- Zaczyna jako część Fińskiego Krajowego Zintegrowanego Programu Terapii Ostrej Psychozy – Projekt Dopasowanej Terapii
- Badania obserwacyjne – nie badania losowe
- Cel 1: Aby zwiększyć ilość pacjentów leczonych poza szpitalem w warunkach domowych
- Cel 2: Aby zwiększyć wiedzę na temat miejsca leczenia - aby nie rozpoczynać podawania neuroleptyków na początku interwencji, ale skupić się na aktywnym leczeniu psychospołecznym
- N = 80 na początku; n = 80 po dwóch latach; n = 76 po 5 latach
- Kolejne wywiady jako fora edukacyjne

# Praktykowanie dialogu jest efektywne

Otwarty Dialog w Tornio – 5 lat obserwacji 1992-1997 (Seikkula et al., 2006):

- - 35 % mniej leków antypsychotycznych
- - 81 % brak dalszych objawów psychotycznych
- - 81% powrót do pełnego zatrudnienia

# PORÓWNANIE 5-LETNICH DZIAŁAŃ W ZACHODNIEJ LAPONII I SZTOKHOLMIE

|  | ODAP Zachodnia Laponia<br>1992-1997<br>N = 72 | Sztokholm*<br>1991-1992<br>N=71 |
|--|---|---------------------------------|
| Diagnoza:                                      |   |                                 |
| Schizofrenia                                   | 59 %  | 54 %                            |
| Inne nieafektywne psychozy                     | 41 %  | 46 %                            |
| Średni wiek                                    |   |                                 |
| kobiety  | 26.5  | 30                              |
| mężczyźni                                      | 27.5  | 29                              |
| Hospitalizacja                                 |   |                                 |
| dni/średnio                                    | 31  | 110                             |
| Użycie neuroleptyków                           | 33 %  | 93 %                            |
| - wciąż trwające                               | 17 %  | 75 %                            |
| GAF at f-u                                     | 66  | 55                              |
| Zasiłek inwalidzki<br>lub zwolnienia lekarskie | 19 %  | 62 %                            |

- \*Svedberg, B., Mesterton, A. & Cullberg, J. (2001). First-episode non-affective psychosis in a total urban population: a 5-year follow-up. Social Psychiatry, 36:332-337.

# Wyniki stabilne 2003 – 2005

(Aaltonen et al., 2011 and Seikkula et al, 2011):

- - DUP\* spadł do trzech tygodni
- - Stosowanie około 1/3 dotychczasowej ilości leków przeciwpsychotycznych
- - 84 % osób powróciło do pełnego zatrudnienia
- - Mniej nowych pacjentów ze schizofrenią:  
Ilość przypadków w roku spadła z 33 (w roku 1985)  
do 2-3 / populacja 100 000 (w roku 2005)

\* Duration of Untreated Psychosis (Czas trwania niepoddanej leczeniu psychozy)



# Wyniki 20 lat Otwartego Dialogu w Zachodniej Laponii

(Tomi Bergström et al, 2017)

- 65 / 99 osób żyło całe swoje życie korzystając z Otwartego Dialogu w Zachodniej Laponii
- 26% neuroleptyków na start; 34% w kolejnych wizytach
- Średnio 5 lat, z odchyleniami 2 - 8 lat

# Długoterminowa obserwacja - wstępne wnioski (Bergström et al., w druku)

OD N=108    TAU N=1763 /%

- Śmiertelność przez chorobę
- Dni hospitalizacji (ponad 30)
- Stały kontakt po 20 latach
- Na lekach neuroleptycznych
- Zasiłek inwalidzki

# Dlaczego praktyka dialogu może być efektywna?

1. Natychmiastowa reakcja - wykorzystanie emocjonalnych i uczuciowych elementów kryzysu
2. Sieć społecznościowa jest włączona w całość, a zatem polifoniczna pod dwoma względami: zarówno poziomym, jak i pionowym
3. Skoncentrowanie się na dialogu na spotkaniu: aby wszystkie głosy były usłyszane, a przez to współpracujące razem
4. Unikanie leków, które zmieniają ośrodkowy układ nerwowy - leki przeciwpsychotyczne wiąże się z kurczeniem się mózgu (Andreassen i wsp., 2011) oraz zmniejszają zasoby psychologiczne (Wunderink, 2013)

“Miłość jest siłą życiową, duszą, ideą.  
Nie ma dialogu bez miłości, tak jak  
nie ma miłości w izolacji. Miłość jest  
dialogiczna.”

(Patterson, D. 1988) Literature and spirit: Essay on  
Bakhtin and his contemporaries, 142)

# REFERENCJE

- **Seikkula, J., Alakare, B., Aaltonen, J., Haarakangas, K., Keränen, J. & Lehtinen, K.** (2006). Pięć lat doświadczenia z klientem z pierwszym epizodem nieafektywnej psychozy w modelu Otwartego Dialogu: Zasady leczenia, wyniki spotkań kontrolnych i dwie analizy przypadku. *Badania psychoterapii*, 17,
- **Aaltonen, J., Seikkula, J., & Lehtinen, K.** (2011). Kompleksowe podejście oparte na Otwartym Dialogu I: Opracowanie kompleksowej kultury podejścia dostosowanego do potrzeb publicznej opieki zdrowia psychicznego w ramach projektu w okręgu Zachodniej Laponii. *Psychosis*, 3, 179-191
- **Seikkula, J., Alakare, B., & Aaltonen, J.** (2011). Kompleksowe podejście oparte na otwartym dialogu (II). Długoterminowa stabilność wyników ostrej psychozy w zaawansowanej opiece środowiskowej: Projekt Zachodnia Laponia. *Psychosis*, 3, 192-204. DOI:10.1080/17522439.2011.595819
- **Whitaker, R.** (2010). Anatomia epidemii. Magiczne pociski, leki psychotropowe i zdumiewający wzrost chorób psychicznych w Ameryce. New York, NY: Crown.