

Haastateltavana professori emeritus Jaakko Seikkula

Haastattelu on ilmestynyt alun perin englanniksi 20.10.2022 Mad in UK julkaisemana otsikolla *Re-humanising Mental Health Systems: A Discussion with Jaakko Seikkula on the Open Dialogue Approach*

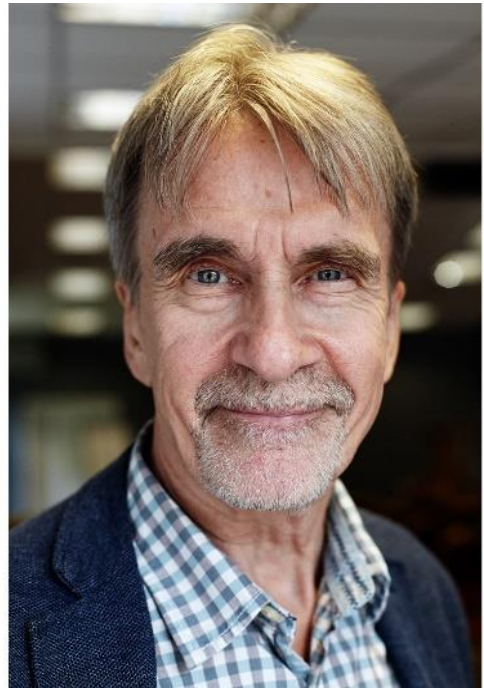
Linkki alkuperäisjulkaisuun:

<https://www.madinamerica.com/2022/10/jaakko-seikkula-open-dialogue/>

Haastattelija: James Barnes, MSc, MA Käännös: Jaakko Seikkula

Alkuperäisen haastattelun esittelyteksti:

Jaakko Seikkula, along with other team members, created the Open Dialogue approach to acute crises in Finland. Jaakko is a clinical psychologist, a researcher, and a professor of psychotherapy at the university of Jyväskylä, Finland. For more than 40 years, Jaakko has been developing the human practice of working with the most severe kinds of psychological and emotional distress. His work has gained interest worldwide, and his books have been translated into 15 languages. Lately, his main interest has been in organizing a world-wide network of training in Open Dialogue to support its development. So far, this has taken place in more than 30 countries, which has included several important research projects.



Mielenterveyspalveluiden inhimillistäminen ja Avoimet dialogit

JB: Kiitos, että suostuit tähän haastatteluun, Jaakko. Olen todella kiinnostunut Avoimista dialogeista – ja erityisesti sinun työstäsi – kuten uskon monien muidenkin olevan ja yhä enemmän. Sillä näyttää olevan syvällisiä vaikutuksia hoitoon ja hoidon rakenteeseen, erityisesti niille, jotka kokevat äärimmäisempiä ja ahdistavampia mielentiloja. Voisitko aluksi antaa lukijoillemme lyhyen johdannon avoimista dialogeista ja miten se eroaa tavallisesta psykiatrisesta hoidosta?

JS: Avoimet dialogit eroaa monin tavoin tavallisista psykiatrisista palveluista ja siihen liittyvästä ajattelutavasta. Tavanomainen hoito kohdistuu avun tarpeessa olevien ihmisten "oireisiin". Se on usein organisoitu diagnostisten luokkien ympärille, ja päätavoitteena on tarjota interventioita näihin "oireisiin". Lääkitys nähdään ensisijaisena vaihtoehtona erityisesti vakavimmissa kriiseissä, kuten "psykoottisissa" ongelmissa. Hoito painottaa tuttuun tapaan yksilöä, ja jos perhe nähdään joissain tapauksissa tärkeänä, perhettä pyydetään pohtimaan "sairautta" ja sen ehkäisyä. Palveluilla ei useimmiten ole jatkuvuutta; pikemminkin jokainen erillinen palvelu antaa oman hoitopaketkinsa ja työntekijöiden tehtävänä on päättää, mitä menetelmiä käytetään ja missä diagnostisessa kategoriassa.

Avoimen dialogin ideana sitä vastoin on tavata koko ihminen ihmissuhteissaan, joissa erityiset "oireet" ovat toissijaisia. Kaikki hoitoa koskevat päätökset tehdään työntekijöiden ja avun tarvitsijoiden yhteisessä prosessissa – kriisin keskipisteessä olevan, perheen ja muun sosiaalisen verkoston kanssa, mikäli se nähdään tärkeänä. Avoin dialogi järjestää palvelut optimaalisella tavalla tukemaan keskusteluihin osallistuvien ihmisten välistä dialogia. Tällä tavalla siihen liittyy kaksi asiaa samanaikaisesti: palvelujen järjestäminen ja vuoropuhelun synnyttäminen. Parhaaksi tavaksi on osoittautunut prosessin välittömän käynnistymisen takaaminen palveluihin yhteydenoton jälkeen, aina perheen ja muun henkilön sosiaalisen verkoston mukaan kutsuminen, erilaisten hoitomenetelmien käyttö kunkin henkilön ainutlaatuisten tarpeiden mukaan, hoidosta vastaavan työryhmän vastuun ja jatkuvuuden takaaminen, turvallisuuden lisääminen ja kyky sietää kriisiin sisältyvää epävarmuutta ja lopulta keskittyä ensisijaisesti vuoropuhelun luomiseen sen sijaan, että pyrittäisiin muuttamaan apua tarvitsevia ihmisiä. On paradoksista, että kun emme keskity oireiden poistamiseen vaan ihmisen kohtaamiseen, "oireet" näyttävät poistuvan tehokkaimmin, kuten olemme toistuvasti havainneet useissa tutkimuksissa.

JB: Voisitko selittää lyhyesti, kuinka "dialoginen" työskentely auttaa kriisissä olevaa henkilöä. Sanot yhdessä artikkelissasi, että dialogi *"kunnioittaa kaikkien ääniä, luo identiteettiä, kasvattaa osallistujien toimijuutta ja tapahtuu yhdessä 'ihmisten välillä'"*.

JS: No, pääajatuksena on kuunnella tarkasti jokaista keskusteluun osallistuvaa ja hyväksyä hänen kommenttinsa ilman poikkeuksia tai ehtoja. Tässä ehdottomassa kunnioituksessa hänen ilmaisuaan kohtaan ihmiset alkavat kuunnella itseään. He oppivat lisää omasta tarinastaan. Tästä syystä emme dialogisessa lähestymistavassa etsi oikeaa tarinaa tai oikeaa kommenttia kriisissä olevan henkilön tarinalle. Todellakin, tärkeintä on vastaus tässä ja nyt, puhuttaessa elämän tärkeistä kysymyksistä. Vaikeimmilla ja sitä myötä tärkeimmillä kokemuksilla ei useimmiten ole sanoja kertomaan tapahtumat yksiselitteisesti. Kertomus alkaa syntyä sanoista, kun ne liittyvät voimakkaisiin tunteisiin.

Tämä on dialogin tärkein hetki. Itse huomaan tämän toistaessani sanasta sanaan, mitä joku sanoo ja pyytäen häntä kertomaan lisää asiasta. Tämä on tärkeää: toistamalla asiakkaan sanoja ja lauseita, hänen on mahdollista tunnistaa enemmän mitä sanottu asia hänelle tarkoittaa. Näin tarina alkaa hahmottua ja puhujasta tulee taas enemmän oman elämänsä kirjoittaja. Se ei ole vain jakamista työntekijöiden kanssa, vaan jakamista muun perheen tai muiden sosiaalisen verkoston jäsenten kanssa, koska he ovat läsnä ja kuulevat hänen sanansa. Kun he kuulevat toisen sanoman, heille on mahdollista käydä sisäistä dialogia puhutusta aiheesta. Avoimen dialogin vaikuttavuutta lisää se, että elämän tärkeimmät ihmiset ovat läsnä ja jakavat tämän hetken. Kaikki jaettu ja sanottu saa merkityksensä kriisissä olevan tärkeimmissä ihmissuhteissa. Näin ollen voimavarat kriisistä selviytymiseen moninkertaistuvat. Elämän äänet esiintyvät kahdessa muodossa. Ensinnäkin vuoropuhelussa läsnä olevien henkilöiden kanssa kaikkien näkemyksiä ehdoitta kunnioittaen. Ja toiseksi osallistujien sisäisessä dialogissa eri äänten välillä. Nämä sisäiset äänet voivat voimistua esimerkiksi keskustelussa, kun puhutaan kokemuksista, jotka liikuttavat sekä puhujaa että kuulijoita. Sisäistä ääntä tulee myös kunnioittaa ehdoitta.

Tämä tarkoittaa, että apua saadaksesi sinun ei tarvitse pystyä kuvailemaan selkeästi mitä on tapahtunut ja mitä se sinulle merkitsee. Riittää, kun jakaa liikuttumisen kokemuksen. Myös sisäiset äänet voivat esiintyä monissa eri muodoissa ja erilaisissa tunteissa. Vastauksen ei tarvitse olla juuri oikeanlaista vaan kaikkia reaktioita kunnioitetaan. Tämä on tärkeää, kun tapaamme henkilön, jolla on ”psykoottisia” kokemuksia. Jossain vaiheessa he saattavat puhua elämänsä tapahtumista ja omista kokemuksistaan kuten muutkin. Seuraavassa hetkessä he voivat yhtäkkiä alkaa puhua tavoilla, jotka ovat käsittämättömiä, tai voivat alkaa toimia odottamattomilla tavoilla. Kaikki ovat hyväksytyjä vuoropuheluun osallistumisen muotoja, eikä niitä pidetä ”sairautena” tai ”outona”, vaan kuunnellaan uteliaisuudella ja usein pyydetään kertomaan lisää omasta kokemuksestaan.

JB: Kiitos paljon. Halusin nyt kysyä erityisesti siitä, kuinka Avoimet dialogit suhtautuu ”psykoottisiin” kokemuksiin, joiden kanssa se usein toimii. Valtavirran psykiatria pitää tällaisia kokemuksia neurologisten/neurokognitiivisten sairausprosessien ilmaisuina, jotka liittyvät vahvasti ”virheelliseen genetiikkaan”. Esimerkiksi American Psychiatric Association nimittää skitsofrenian ”krooniseksi aivohäiriöksi”. Millä tavalla ymmärrät sen eri tavalla, ja mikä on näkemyksesi tästä psykiatrian valtavirran ajattelutavasta?

JS: Kuten kaikissa muissakin ihmiselämän ilmiöissä, on olemassa monia eri tapoja ymmärtää ongelma. Yksi niistä on lääketieteellinen malli, johon viittaat. Lääketieteellinen malli on valitettavasti valloittanut psykiatrian viimeisen 30 vuoden aikana, mikä on saanut aikaan paljon vahinkoa. Eräässä pitkän aikavälin seurantavertailussa avoimen dialogin ja tavanomaisen suomalaisen hoidon välillä kävi ilmi, ettei tavanomaisessa hoitokäytännössä

ole tapahtunut mitään kehitystä viimeisen 25 vuoden aikana. Luulen, että yksi syy tähän on "psykoosin" kohtaaminen ensisijaisesti psykopatologiana korostaen sen olevan aivosairaus ja näin ollen tarvittava interventio on aivojen lääkitys. Tämä näkemys on hyvin yksipuolinen, sillä siinä ei oteta huomioon kaikkia muita henkilön ja hänen perheensä elämän tekijöitä ja se on siten ollut erittäin haitallista uusien käytäntöjen kehittymiselle.

Mielestäni paljon tehokkaampi tapa on ajatella "psykoottista" käyttäytymistä ruumiillistuneena psykologisena vastauksena äärimmäiseen stressiin. "Psykoottiset" kokemukset ovat yksi puolustuskeino, jota ruumiillistuva mieli käyttää suojautuakseen täydelliseltä katastrofilta. Ne eivät ole patologisia eivätkä merkkejä sairaudesta, vaan välttämättömiä selviytymisstrategioita, joita jokainen meistä saattaa tarvita äärimmäisessä tilanteessa. Äärimmäinen tilanne voi olla jotain, joka tapahtuu nykyhetkessä, tai se on saattanut saada alkunsa jossain aikaisemmassa elämän vaiheessa. Hallusinaatioissa henkilö puhuu mitä todennäköisimmin todellisista tapahtuneista tapahtumista, jotka ovat olleet niin vaikeita, ettei niitä ole voinut varastoida kielen muistiin ja niinpä tällaisilla kokemuksilla ei vielä ole muita kuin "psykoottisia" sanoja. Tätä ajattelutapaa noudattaen tavoitteena ei todellakaan ole yrittää päästä eroon "oireista", koska ne näyttävät sisältävän tuskallisten kokemusten tärkeimmät osat. Keskittyessään pääsemään niistä eroon "aivohäiriö" -malli itse asiassa tuhoaa suuren osan mahdollisuudesta elämänhallinnan palauttamiseen. Meidän ammattilaisten pitäisi sietää tilanne ilman sanoja ja kuunneltava tarkasti, mitä toinen sanoo, vaikka se voi aluksi kuulostaa täysin käsittämättömältä.

JB: Avoimet dialogit hyödyntää rikasta akateemista ja psykoterapeuttista historiaa kuten Gregory Batesonin kuuluisaa skitsofrenian "kaksoissidos"-hypoteesia ja Milanon koulukunnan psykoosin perheterapiaa. Nämä lähestymistavat – kuten Avoimet dialogit – ymmärtävät kommunikoinnin ja ihmisten välisten suhteiden olevan "psykoottisten" prosessien ytimessä. Ensinnäkin mikä on mielestäsi syy siihen, että näitä tapoja ymmärtää ja vastata tällaisiin kokemuksiin ei hyväksytty, vaan ne hylättiin pitkäksi aikaa? Ja toiseksi, miten Avoimet dialogit on huomionnut nämä muut lähestymistavat?

JS: Kyse ei ole vain näistä systeemisistä, ihmissuhteet huomioivista menetelmistä, vaan psykoterapiasta ylipäätään! Minusta näyttää siltä, että 90-luvun alusta lähtien useimmat psykoterapeutit, mukaan lukien perheterapeutit, ovat luopuneet työskentelystä "psykoottisten" potilaiden kanssa. Näyttää siltä, että neurobiologinen aivosairauden selitys omaksuttiin myös psykoterapian alalla, lukuun ottamatta joitakin kognitiivisen käyttäytymisterapian osia, joitain psykodynaamisia terapeutteja ja avoimia dialogeja.

Anteeksi tunnereaktioni! Olen todella surullinen ja vihainen, kun ajattelen psykoterapeuttien reaktioita. Psykoterapeutit hylkäsivät psykoottisista ongelmista kärsivät ihmiset. Palatakseni kysymykseen Batesonista ja Milanon mallista suhteessa avoimiin

dialogeihin, ne olivat – kuten sanoit – erityisiä avainkohtia perheterapian kehityksessä ja minulle henkilökohtaisesti. Milanon malli toi meille tiimityöskentelyn tärkeyden ja perheen merkityksen ymmärtämisen.

Samalla kuitenkin ymmärsimme systeemisen lähestymistavan rajallisuuden, koska siinä ongelmakäyttäytyminen nähtiin perhejärjestelmän funktiona. Esimerkiksi ”psykoottinen” käyttäytyminen nähtiin tapana lisätä perheen yhtenäisyyttä. Vaikka tämä ajattelutapa on hyvin radikaali, yksi osa siitä jatkaa patologian etsimistä perheestä ja pitää perhesysteemin analysointia tarpeellisena, jotta voidaan ymmärtää ”oireisen” käyttäytymisen toimintoja. Yksi olennaisista askeleista avoimen dialogin kehittämiseksi oli luopua patologisesta ajattelusta kokonaan ja alkaa työskennellä kaikkien kriisissä olevien perheiden kanssa ilman tarkoitusta muuttaa perhesysteemiä. Näin tehdessään perheet liittoutuivat kanssamme vakavissa kriiseissä eivätkä olleet enää terapeuttien toimenpiteidemme kohteita. Voi olla, että tämä on yksi syy Milanon mallin tehon menettämiseen. Se osoittautui erittäin haastavaksi ja vaikeaksi toteuttaa käytännössä, kun taas dialoginen käytäntö on helpompaa siinä mielessä, että se ei edellytä erityistä ongelman selittävää mallia. Dialoginen työskentely oli meille ammattilaisille erittäin helpottavaa, koska kunnioitamme ilman ehtoja perheenjäsenten erilaisia näkökulmia.

JB: Hienoa, kiitoksia. Haluan nyt kysyä sinulta lisää joistakin avoimen dialogin yksityiskohdista, jos se on ok. Ensinnäkin ”epävarmuuden sietämisen” periaatteesta. Samassa edellä mainitussa artikkelissa sanot, että tämä periaate on ”hypoteesien tekemisen tai yleensä minkä tahansa systeemisen arviointityökalun käytön vastakohta”. Ymmärtääkseni Avoimet dialogit tarjoaa lähes vastakkaisen lähestymistavan verrattuna psykiatriseen diagnoosiin keskittyvään työtapaan. Minusta näyttää siltä, että psykiatrinen diagnoosin psykologinen ja sosiologinen merkitys on ainakin osittain puolustautumista ahdistukselta, voimattomuudelta ja ylikuormitukselta, jota työntekijä voi kokea, kun hän kohtaa jonkun äärimmäisessä mielentilassa ja joutuu auttamaan häntä. Se on eräänlainen konkreettinen ratkaisu, joka tarjoaa tavan (ainakin tilapäisesti) hallita näitä tunteita. Mitä mieltä olet tästä ajatuksesta ja voisitko puhua hieman periaatteesta?

JS: Kyllä, olen kanssasi samaa mieltä. Mielestäni tärkeintä ihmisten auttamiseksi heidän kriiseissään on jakaa heidän kokemuksiaan, missä on kyse epävarmuuden sietämisestä. Terapeuteilla ei ole vastauksia tai ratkaisuja annettavana perheelle. Sen sijaan terapeutit voivat jakaa heidän epätoivonsa ja toivottomuutensa. Tämä voidaan tehdä vain, jos vastaanotamme heidän tunnekokemuksensa ja alamme elää samaa epätoivoa, jota he ilmaisevat sanoissaan ja – enimmäkseen – tunteillaan ruumiillisissa reaktioissaan. Meidän ammattilaisten on opittava elämään epävarmuudessa yhdessä perheen tai yksittäisen asiakkaan kanssa. Molemmat osapuolet – sekä apua tarvitsevat ihmiset että ammattilaiset – tulevat osallisiksi tästä epävarmuuden kokemuksesta. Niin kauan kuin pyritään tekemään

oikea diagnoosi henkilöstä tai perhesysteemistä, kasvaa riski sille, että asiantuntijat jäävät ulkopuoliseksi tarkkailijoiksi perheen hädässä, mikä voi rajoittaa kykyä olla läsnä hetkessä ja jakaa tärkeimmät vielä sanattomat kokemukset.

JB: Toinen erityinen periaate, josta halusin kysyä, on keskittyminen johdonmukaisuuteen ja ”psykologiseen jatkuvuuteen” ja vastaavasti turvallisuuden, luottamuksen ja ”rajoittamisen” keskeiseen merkitykseen. Minusta on hyvä sanoa, että laitoskeskeinen psykiatria on jättänyt nämä periaatteet huomiotta, kun pyritään ensisijaisesti biolääketieteellisiin selityksiin ongelmasta ja sen ratkaisuihin. Minua kuitenkin hämmästyttää – kuten varmaan tiedätkin – että nämä periaatteet ovat peruslinjassa humanististen, ”traumatieteilisten” ja ihmissuhteisiin perustuvien psykoterapioiden kanssa, vaikka nämä ovat yleensä yksilöllisiä psykoterapioita. Olisin kiinnostunut kuulemaan, miten näet tämän päällekkäisyyden.

JS: No, luettelet tärkeimmät elementit kaikista erityyppisistä tapaamisista kriisissä olevien ihmisten kanssa, riippumatta siitä, onko kyseinen tapaaminen yhden henkilön ja terapeutin kanssa vai onko kyseessä tiimin tapaaminen yhden henkilön tai perheen kanssa. Monen toimijan ympäristössä, kuten perheen tapaamisissa hoitavan työryhmän kanssa, on ainakin kaksi erityistä elementtiä, jotka itse asiassa lisäävät mielestäni voimavaroja selviytymiseen. Ensimmäinen elementti on, että jos perhe on läsnä, jokainen keskustelu, jokainen sana, jokainen lausuma saa merkityksensä paitsi puhujassa, myös kaikkien muiden kuulijoiden keskuudessa. Jokainen osallistuu dialogiin avoimesti tai sisäisessä dialogissaan. Toistuvasti kuulen, että yhden perheenjäsenen puhe yllättää usein muita perheenjäseniä ja tämä kokemus jo lisää jokaisen keskustelun osallistujan sisäistä moniäänisyyttä.

Toinen erityinen elementti on tuo tiimi itsessään. Tiimi työskentelee yhdessä jakamalla avoimesti tunteitaan ja ajatuksiaan ja siten varastoi perheen kärsimystä kommunikaatiossaan ja samalla luo uusia voimavaroja. Perheelle tämä näyttää olevan usein erittäin vaikuttava kokemus, koska he kuulevat nyt monia näkökulmia pulmiinsa ja saavat uusia voimavaroja asioiden käsittelyyn. Usein tiimin jäsenten keskinäiset keskustelut, kun perhe kuuntelee heitä, haastavat ongelmäkäsitystä ja asiat muuttuvat normaalimmiksi ja arjessa käsiteltäväksi.

JB: Paljon kiitoksia, Jaakko. Haluaisin nyt tarkastella lainausta yhdestä artikkelistasi. Sanot:

”Juuri dialogin yksinkertaisuus näyttää olevan sen paradoksaalinen vaikeus. Se on niin yksinkertaista, ettemme voi uskoa, että minkään keskustelun parantava elementti on vain tulla kuulluksi ja saada vastaus ja että kun vastaus annetaan ja vastaanotetaan, terapeutin työ on suoritettu.”

Erittäin tyylikkäästi muotoiltu, ja mielestäni tämä on jälleen hyvin linjassa yllä olevien lähestymistapojen kanssa. Se muistuttaa minua myös paljon siitä, mitä pitää ”poisoppia”, unohtaa aiemmin opitusta. Paradoksi näyttää olevan se, että todellisen parantumisen mahdollistaminen on se, että torjutaan halu tarjota selitys, parannuskeino tai ratkaisu ihmisen hätään. Valtavirran psykiatriset interventiot tekevät käytännössä juuri päinvastoin. Missä määrin luulet, että juuri tämä dialoginen, intersubjektiivinen prosessi vaikuttaa avoimissa dialogeissa?

JS: Minun mielestäni käännteentekevä vaikutus tulee siitä, että olemme monitoimijaisissa dialogeissa. Kuten jo sanoin, en usko, että keskusteluista löytämämme sanalliset merkitykset ovat niin tärkeitä. Paljon tärkeämpää on osallistua vuoropuheluun koko kehomme, vaikutteidemme ja aistiemme kanssa. Tätä on paranemisprosessi. Tarkkaa diagnoosia ei tarvitse tietää – vaikka mielestäni on tärkeää tunnistaa, että tapaamme ihmisiä, joilla saattaa olla ”psykoottisia” reaktioita. Terapeutin ei tarvitse osata antaa hyviä tulkintoja oikealla hetkellä. Tärkeintä on jaettu tunnekokemus asiakkaiden kanssa. Tämä näyttää olevan haastavaa hyväksyä, koska kaikki työntekijät ovat tottuneet ajattelemaan, että meidän interventiomme saavat aikaan muutoksen.

JB: Haluaisin kuulla jotakin psykiatrian kiinnostuksesta avoimiin dialogeihin. Minusta näyttää siltä, että jotkut psykiatrit ovat aidosti kiinnostuneita omaksumaan toisenlaisen paradigman. On kuitenkin myös heitä, jotka enemmän tai vähemmän haluavat sisällyttää avoimen dialogin psykiatriaan. Melko tunnettu psykiatri sanoi minulle, että avoimissa dialogeissa ei ole tärkeää dialoginen filosofia ja lähestymistapa, vaan se, miten se ottaa huomioon perheet ja sosiaaliset verkostot ja minimoi valtaeroja. Se vaikutti minusta hieman omahyväiseltä ja ongelmalliselta asenteelta. Voisitko kommentoida, mitä mieltä olet tällaisista asenteista ja millaiseksi näet psykiatrian ja avoimen dialogin suhteen tulevaisuudessa?

JS: No, minusta on luonnollista, että ihmiset tekevät oudolta tuntuvista ilmiöistä – kuten Avoimet dialogit – tutumpia itselleen ajattelemalla ja tarkastelemalla asioita heille tutuissa kehyksissä. Ehkä tällä tavalla dialogisen lähestymistavan haaste ei tunnu niin suurelta. Minusta osa tuosta kommentista on aivan totta: meidän on todella löydettävä tapoja mobilisoida sosiaalinen verkosto paranemisprosesseihin. Ja siihen tarvitaan käytännön ohjeita. Mutta se on vain osittain totta. Toinen osa avoimen dialogin voiman ymmärtämisessä on nähdä sen dialogisen ihmiskäsityksen merkitys. Kuinka oppia kunnioittamaan toista ilman ehtoja ja miten tämä toteutuu tapaamisissa asiakkaidemme kanssa. Miten pääsemme eroon asiantuntijaroolista ja miten pääsemme samalle tasolle asiakkaidemme kanssa? Se on haaste, jota mielestäni ei voida ratkaista ilman syvällistä dialogista koulutusta. On hyvä muistaa, että avoimen dialogin tutkimukset kuvaavat hoitotuloksia, jotka ovat toteutuneet sellaisten työntekijöiden toimesta, joilla oli korkeatasoinen Avoimen dialogin koulutus. Esimerkiksi Länsi-Pohjan alueella kaikilla

työntekijöillä oli mahdollisuus kolmivuotiseen perheterapiakoulutukseen, ja niinpä työntekijöiden koulutustaso, joka kaikille työntekijöille tarjotaan, saattaa olla korkein koulutus maailmassa. En ole ainakaan kuullut, että missään muualla olisi toteutettu näin perusteellinen terapiakoulutus julkisessa terveydenhuollossa.

JB: Siinä on paljon järkeä, kiitos. Lopuksi halusin ottaa lainauksen artikkelista, jonka kirjoitit yhdessä muun muassa YK:n entisen erityisraportoijan Danius Pürasin kanssa:

”Tällainen lähestymistapa [Avoin dialogi] on sopuinnussa mielenterveydenhuollon epistemologiaa ja käytäntöjä koskevan postpsykiatrisen käsityksen kanssa. Se asettaa etusijalle inhimilliset perusarvot ja jokapäiväiset ihmissuhteet, kontekstiin sidotut ymmärrykset ja paikalliset uskomusjärjestelmät oireiden ja kliinisen diagnostiikan edelle.”

Luulen, että monet ihmiset ajattelevat, että psykiatriset sairaalapalvelut ovat olleet ja ovat edelleen ihmisoikeuksien vastaisia. Minusta näyttää siltä, että Avoimet dialogit tarjoaa ratkaisun tähän. Oletko samaa mieltä?

JS: Kiitos tästä ajatuksesta. Olen todella sitä mieltä, että Avoimen dialogin perusasenne on kunnioittaa ihmisoikeuksia ja toimia sen mukaisesti jokaisessa uudessa tilanteessa apua tarvitsevien ihmisten kanssa ja jokaisessa tapaamisessa heidän kanssaan.

JB: Kiitos paljon, Jaakko.