Otevřený dialog: Přístup k psychoterapeutické práci s psychózami v severním Finsku

Kauko Haarakangas, Jaakko Seikkula, Birgitta Alakare, Jukka Aaltonen

Otevřený dialog je sociálně konstruktivistický přístup k léčení různých psychických nemocí, který byl vyvinut v nemocnici Keropudas ve Finsku, kde se začal rozvíjet a šířit. Spíše než jasně vymezená metoda je to cesta myšlení a práce v psychiatrickém kontextu. V této kapitole popíšeme přístup k léčení zaměřený na léčebná setkání, která jsou primárním místem pro vytvoření rozhovoru. Nejprve načrtneme historii projektu a poukážeme na sedm vodítek pro přípravu práce. Potom popíšeme praktické i teoretické základy léčebných setkání, které jsou základem otevřeného dialogu.

1. Pozadí

Region Lansi-Pohja, situovaný v západním Laponsku a na okraji Švédska, obsahuje 68.500 obyvatel, kteří jsou jazykově, etnicky i nábožensky homogenní. V Tornio v nemocnici Keropudas je umístěno jediné psychiatrické zařízení v regionu, které pojme padesát pět pacientů včetně třiceti akutních případů. Ačkoli celková rozloha Lansi-Pohja je 7.000 čtverečních kilometrů, 80% ???

Rozložení obyvatelstva se problematicky odráží v procentu nezaměstnanosti Západního Laponska, které činí více než 15% ve srovnání s 8% průměrné nezaměstnanosti v celém státě. Velký odklon od agrární ekonomiky a příklon k více centralizovaným městům založeným na ekonomice služeb specificky ovlivnil obyvatelstvo i po stránce duševního zdraví. V první polovině osmdesátých let extrémně vzrostl výskyt schizofrenie (roční průměr třicet pět nových schizofrenních pacientů na 100.000 obyvatel). V devadesátých letech bylo možno pozorovat zásadní pokles tohoto počtu na 7 pacientů na 100.000 obyvatel díky vývoji nových rodin a celoplošnému systému pomoci, jmenovitě díky přístupům zaměřeným na potřeby a otevřenému dialogu (Aaltone et al., 1997).

Od na potřeby zaměřeného přístupu k otevřenému dialogu. Psychiatrická práce se schizofrenií ve Finsku se začala rozvíjet v raných osmdesátých letech spolu s prací organizace „Finský národní projekt schizofrenie“ a zavedením na potřeby zaměřeným přístupem (Alanen, Lehtinen, Rakkolainen a Aaltonen, 1991). Na potřeby zaměřený přístup vyzdvihoval a) rychlou intervenci, b) plánování léčby tak, aby byly nalezeny změny a specifické potřeby každého pacienta a jeho rodiny, c) věnování pozornosti psychoterapeutickému přístupu v hodnocení i léčení, d) nahlížení na léčení jako na nepřetržitý proces, který integruje různé terapeutické metody a f) neustálé monitorování léčebného procesu a výstupů (Alanen, Lehtinen, Rakkolainen a Aaltonen, 1991; Alanen, 1997).

Na potřeby zaměřený přístup se v osmdesátých letech dále vyvíjel do otevřeného dialogu díky psychiatrickému sdružení „Finské západní Laponsko“ (Lansi-Pohja). Tento model organizované psychoterapeutické práce se v léčebné skupině skládá z mobilních krizových týmů, pacientů a jejich sociálních sítí. Od poloviny devadesátých let byl tento druh psychoterapeutické práce dostupný pro všechny pacienty včetně jejich specifických sociálních podpůrných systémů. Nyní používá případové mobilní krizové intervenční týmy všech pět ambulantních klinik zaměřujících se na duševní zdraví společně s nemocnicí Keropudas. Veškerý personál (interní i externí) může být požádán, aby se účastnil těchto týmů; z toho důvodu je všem nabídnuta možnost účastnit se buď výcviku tříleté rodinné terapie nebo jiného podobného programu. Od roku 1989 do roku 2003 se v programu rodinné terapie vyškolilo 94 profesionálů a byli tak kvalifikováni k provozování psychoterapie podle finského práva. Zvýšili tak počet psychoterapeutů na osobu v tomto regionu a dosáhli nejvyššího čísla ve Finsku.

Aby byla zhodnocena efektivita modelu a zajištěn další vývoj, byly provedeny různé studie (Seikkula, 1991; Keranen, 1992; Seikkula et al., 1995; Aaltonen et al., 1997; Haarakangas, 1997; Seikkula, Alakare a Aaltonen, 2000, 2001a, 2001b). Výsledky studie u psychotiků po první atace ukázali, že po dvou letech od začátku léčení se 83% vrátilo ke své práci či studiu nebo hledali zaměstnání a 77% nemělo žádné další psychické symptomy. Ve stejných studiích se problémy projevily ještě jedním relapsem u 21% (Seikkula et al., 2000; Seikkula, 2002). Když porovnáváme tyto výsledky s tradičnějšími postupy ve Finsku, je zde více rodinných setkání, méně dní hospitalizace, snížení používání neuroleptik a snížení psychotických symptomů (Lehtinen et al., 2000). Můžeme tedy konstatovat, že ulehčující dialogická komunikace včetně léčebného systému je velmi účinným přístupem.

1. Otevřený dialog: Pracovní model

Klinické zkušenosti spolu s výzkumy tohoto modelu identifikovaly sedm klíčových principů, všechny prakticky i kontextuálně relevantní, které mohou být použity u všech psychiatrických krizí bez ohledu na specifickou diagnózu.

1. *Okamžitá intervence*. První setkání je domluveno do 24 hodin po prvním kontaktu s pacientem, příbuznými nebo úřadem, který tento kontakt doporučil. Tato okamžitá intervence umožňuje pracovnímu týmu využít možnosti poskytnuté krizí včetně mobilizování pacientovi sociální sítě a rodiny. Krize uvolní dříve nevyužívané zdroje a otevře dříve nediskutovaná témata, čímž nabídne unikátní léčebný potenciál. V této fázi jsou otevřeny všechny možnosti.
2. *Sociální síť a systém pomoci*. Členové rodiny a další pro pacienta důležití lidé jsou pozvání, aby se zúčastnili léčebného setkání a sledovali léčbu. Další členové pomáhajících skupin jako sociální pracovníci, pacientův zaměstnavatel, pracovníci zdravotních pojišťoven a další zdravotnický personál spolu s vedením jsou také přizváni, aby se účastnili léčby.
3. *Flexibilita a mobilita*. Léčba je přizpůsobena specifickým a měnícím se potřebám pacienta a jeho rodiny. Modifikujeme naše pracovní postupy a včleňujeme do nich speciální části terapie a intervence podle aktuální potřeby. Na příklad v krizové situaci raději navrhujeme každodenní setkávání u pacienta doma než abychom se drželi tradičních postupů, které rigidně popisují frekvenci, formu a prostředí léčby.
4. *Týmová práce a odpovědnost*. Původně kontaktovaný zaměstnanec je zodpovědný za zorganizovaní prvního léčebného setkání. Tým je sestaven v závislosti na potřebách pacienta s možností zahrnutí interních i externích zaměstnanců. Na příklad při léčbě psychóz je tříčlenný tým sestaven z vhodného psychiatra z krizové kliniky, psychologa z lokální kliniky a zdravotní sestry z nemocnice. Všichni členové týmu přebírají odpovědnost za celý léčebný proces.
5. *Psychologická kontinuita*. Členové týmu zůstávají stejní v průběhu celého léčebného procesu bez ohledu na to, zda je pacient doma nebo v nemocnici a bez ohledu na délku terapie. Na příklad se očekává, že krize s jednou epizodou, kdy léčba může trvat dva až tři roky (Jackson a Birchwood, 1996) vyžaduje dlouhodobý závazek. Psychologická kontinuita při integraci různých terapeutických modalit je také zásadní – jedná se o integraci, která může být dokončena díky otevřené komunikaci na léčebných setkáních.
6. *Tolerování nejistoty*. V akutní krizi nechává terapie všechny cesty otevřené a vyhýbá se rychlým soudům nebo léčebným řešením jako je hospitalizace a medikace (neuroleptika). Tým musí mít víru a důvěru ve svou vlastní práci a pěstovat naději i sílu rodiny. K vytvoření bezpečného pracovního prostředí pro pacienta, rodinu i členy týmu je potřebný dostatečný čas.
7. *Dialog*. Zaměřujeme se hlavně na tvořivý dialog mezi všemi účastníky léčebných setkání. Dialog tvoří nové významy a objasnění, které odhalují možnosti spolupráce pro všechny účastníky. Je nezbytné, aby léčebný tým tvořil bezpečné prostředí, takže vše, co potřebuje být řečeno, může být otevřeně diskutováno, což otevírá novou generaci kolektivního porozumění charakteru problému. Dialog se projevuje jako prostor, ve kterém pacient, rodina a členové týmu mohou vytvářet nové významy pacientova chování a symptomů (Anderson, 1997; Anderson a Goolishian, 1998; Haarakangas, 1997), pomáhá rodině a klientovi získat díky diskuzím o problému více iniciativy v jejich vlastních životech (Holma a Aaltonen, 1997).
8. Léčebná setkání

Léčebné setkání, kterého se účastní pacient a lidé bezprostředně spojení s problémem, je hlavním prostorem pro terapeutickou interakci. Všechny plány a rozhodnutí jsou tvořeny v přítomnosti všech. Na počátku osmdesátých let Alanen a jeho kolegové přizvali pacienty a jejich rodiny k účasti na setkáních. Nazývali tato setkání „terapeutickými setkáními“ , protože měli zdokumentovaný terapeutický efekt. V závislosti na Alanenovi (1997) měla léčebná setkání tři funkce a) sdílení informací, b) vytvoření léčebného plánu založeného na diagnóze sestavené na setkání a c) vytváření psychoterapeutického rozhovoru. V roce 1984 byli pacienti v nemocnici Keropudas přizváni k podílení se na setkáních, na kterých byly diskutovány jejich problémy a kde byl vytvořen léčebný plán. Ve všech případech byli co nejrychleji po hospitalizaci pacientů přizváni také členové jejich rodin.

V roce 1987 nemocnice vytvořila krizový tým, který řídil léčebná setkání a při prvním kontaktu rozhodoval, zda je hospitalizace opravdu vhodným řešením. Ačkoli byla tato setkání původně nazývána „vstupními setkáními“ při hospitalizaci, bylo uvažováno i o domácí léčbě. Výzkumy (Seikkula, 1991; Keranen, 1992) ukázaly, že domácí léčení je efektivní alternativou k hospitalizaci.

* 1. Rovnost rozhovoru v léčebných setkáních

Psychiatrická léčba byla tradičně velmi hierarchická. Psychiatři dělali kritická léčebná rozhodnutí, která pak byla vykonávána dalším zdravotnickým personálem. Psychiatři dělali typicky rozhodnutí závislá na jejich lékařských zkušenostech, psychologických testech a / nebo podle názoru dalších expertů. Ačkoliv zde byl určitý stupeň spolupráce mezi různými profesionály, erudované hlasy zdravotních sester se nepodílely na rozhovorech o léčbě. Psychiatři měli autoritativní pozici, ale několik zdravotních sester se odvážilo k námitkám.

Léčení rodiny a léčebná setkání se vyvinula tak, že spolupráce pacienta a jeho příbuzných se dostala do centra zájmu léčebného procesu. Rodinná terapie si vysloužila místo vedle individuální terapie a začala se objevovat nová skupina odborníků – rodinní terapeuti. I poté se ale mnoho zaměstnanců dívalo na metody a intervence rodinné terapie s obavami a nejistotou, kterou podporoval smysl pro rozdělování rolí a tudíž se zvýšila neochota zdravotních sester aktivně se účastnit setkání.

Vzhledem k tomuto kontextu byli všichni zaměstnanci spolupracující na léčebných setkáních v nemocnici Keropudas povzbuzováni, aby vyslovili svá pozorování a svůj názor týkající se léčby pacientů. Zejména rodinní terapeuti se začali ptát zdravotních sester, aby jim popsaly své pocity ze situace. Proto zde není jedna jediná pravda, ale spíše více úhlů pohledu, které v komunikaci tvoří smysl sdílení expertíz v léčebném týmu. Tím bylo tiché vědění zdravotnického personálu položeno na stejnou úroveň s věděním psychiatrů a terapeutů, jejich hlas byl konečně vyslyšen.

Ačkoli zdravotní sestry v nemocnici Keropudas získali nějaký vliv a nemocnice usilovala o atmosféru demokracie, hierarchické postoje se zdály pevně zakotveny a těžce změnitelné. Zkušená psychiatrická zdravotní sestra komentovala svůj těžký přechod z tradiční neexpertní role do role přispívajícího experta: „Přemýšlela jsem proč se mě ptá (psycholog – rodinný terapeut) na názor. Neznám tenhle typ věcí, ne?„ Aby podpořila aktivní účast na procesu otevřeného dialogu, hlavní sestra neustále podporovala ostatní sestry, aby vyjadřovaly svůj individuální názor, ačkoli to nebyla jejich tradiční role. Výsledkem bylo zlepšení pracovního sebevědomí zdravotních sester a jejich znalosti se staly terapeutickým zdrojem.

Mimoto byl pacient dlouho viděn více jako objekt léčení než jako subjekt tohoto procesu. Pacient se neúčastnil rozhovorů a rozhodování týkajících se jeho léčení. Potom co profesionálové rozhodli o léčebném plánu, pacient byl přivolán, aby si poslechl jejich rozhodnutí. Rodinným příslušníkům byla nabízena stále více okrajová role. Jejich zapojení by mohlo být jen jménem nebo poznámkou v záznamu o blízkých příbuzných nebo jako informace při vstupní prohlídce. Od konce osmdesátých let neposkytovalo mnoho nemocnic rodinné návštěvy kvůli stresu, který to kladlo na personál. Když byla konečně rodina a pacient pozváni, aby byli kooperujícími partnery, léčebná setkání se staly prostorem pro rovnou terapeutickou konverzaci. Změny směrem k „vícehlasé“ léčebné kultuře nebyly jednoduché, myšlenky a názory různých lidí se mohly promísit jako nezávislé rovnocenné hlasy bez jednoho dominujícího nebo pouze doprovázejícího jiné hlasy (Bakhtin, 1984).

* 1. Mnohohlasost v léčebném setkání

Mnohohlasost je přirozená část na rodinu a sociální síť zaměřeného léčení. „Hlas“ v tomto kontextu je metaforou reprezentující různé a specifické úhly pohledu vyjádření včetně kontextu léčebných setkání týkající se tématu konverzace (Nakuti, 1981; Haarakangas, 1997). Na příklad úhly pohledu pracovníků na ambulantní klinice jsou jiné než úhly pohledu zaměstnanců nemocničních oddělení. Pracovní pohled, léčebná ideologie a psychoterapeutická orientace se liší spolu s typem a úrovní vzdělání, výcviků a zkušeností. Navíc hlasy pacientů a členů rodiny běžně představují nejužší spojení s konverzačními tématy na léčebných sezeních, jelikož členové rodiny jsou největšími experty na jejich vlastní život. Hlas každé osoby představuje její mnohonásobnou pozici, kterou současně v životě má. Vzhledem k tomu jsou léčební pracovníci dětmi rodičů, sami rodiči a možná i prarodiči a takto různorodá a rozporuplná pozice zvyšuje jejich šanci emfaticky se vztahovat ke svým klientům.

Mnohohlasá konverzace v léčebných setkáních přispívá k obohacení smysluplného porozumění a terapeutických cílů, protože umožňuje komplexnější, mnohostranný terapeutický obraz. Na příklad při léčbě psychotického pacienta musí být zkušenosti a starosti rodiny a členů týmu složeny z biomedicíncké, psychologické a sociální perspektivy. Pacientův vlastní hlas včetně klamných myšlenek a slov musí být považovány za důležitý klíč k porozumění psychotickému světu, který pacient obývá. Členové rodiny mohou výborně pomáhat při spojování životních událostí pacienta a jeho psychotických zkušeností. Když je to nezbytné, mohou být do léčebných setkání zapojeny různé další psychoterapeutické a rehabilitační úhly pohledu. Z pohledu terapeutů je mnohohlasost v léčebných setkáních podnětná. Jak zařídíme rovnost mezi různými hlasy? Jak zařídíme bezpečné prostředí, kde mohou být volně probírána těžká témata?

* 1. Vytváření bezpečné atmosféry v léčebných setkáních

Prvním úkolem při přípravě léčebných setkání je určení času a místa a zvolení účastníků. Když jsou tyto detaily správně vyřízeny, mají klienti pocit, že jejich problémy jsou brány vážně, že je někdo poslouchá a že je o ně postaráno. V akutních krizových situacích je první setkání uspořádáno do 24 hodin od prvního kontaktu. Domácí návštěva je často alternativou, která zvyšuje pocit bezpečí pro členy rodiny, protože klienti jsou na své vlastní půdě a členové léčebného týmu jsou jen návštěvníky. Výhodou domácí návštěvy je možnost vidět a zažít kontext pacientova života více než v terapeutické místnosti, v nemocnici nebo na psychiatrické klinice. V ostatních případech může struktura a zaměstnanci nemocnice nebo zdravotnického zařízení poskytnout fyzickou a psychologickou bezpečnost a nezbytné hranice, které nejsou dostupné v domácích situacích. Přítomnost členů rodiny a rodinných léčebných odborníků je zvláště důležitá v léčebných setkáních s psychotickými pacienty. Odpovědností členů léčebného týmu je zajistit, že nikdo nezažije fyzické nebo psychické ohrožení.

V léčebných setkáních je pro konverzaci vyžadován dostatečný čas. Vhodným časovým rámcem se ukázala být hodina a půl, která nabízí dostatek času k nalezení porozumění a vytvoření „bezpečného prostředí“ pro každého, kdo se účastní konverzace. Na začátku léčebného setkání je fáze vzájemného spojení (Haarakangas, 1997) během kterého se účastníci seznamují a vyvíjejí se spojení, která umožňují konverzaci se rozvinout. Obvyklé potřesení rukou a další sociální gesta jsou důležitou částí léčebných setkání. Na prvním setkání a když se ke skupině přidává nový účastník, je potřeba udělat představovací kolečko včetně jmen účastníků a jejich vztahů k pacientovi, což pomáhá orientaci v léčebném procesu. Po představení vyzve terapeut pacienta a jeho rodinu aby mluvili o svých problému. Terapeut se připojí k jeho či jejím slovům, k pacientovi a jeho rodině a respektuje podstatu a jazyk každého hlasu. Terapeut může toto dělat pomocí svých slov a projevů. Terapeut také může jednotlivce vyzvat, aby řekli více o hlavním tématu či příběhu nebo může pokládat otázky zaměřené na specifické detaily. Na samém začátku je důležité vyjasnit si počátek obav, co to zhoršilo, kdo si toho všiml, koho to nejvíc vyděsilo, a jaké kroky byly učiněny k znovuprožívání obav. Úkolem terapeuta na léčebných setkáních je zajišťovat psychologicky bezpečnou atmosféru, ve které se všichni členové cítí dobře, aby mohli vyjádřit to, co chtějí říct a prozkoumávat jejich osobní obavy, bolesti a úzkosti. A není zde žádný spěch. Terapeut může sdílet osobní zkušenosti nebo to, jak to ostatní klienti dobře zvládli navzdory těžkostem, kterým čelili. Tyto příběhy pomohou vzniknout důvěře a naději. To, co je v léčebném procesu potřeba, je čas a smysluplná konverzace s rodinou jako kooperujícím partnerem.

Udržování konverzace a generování dialogu na léčebných setkáních je nejlepší v tříčlenném terapeutickém týmu; dva terapeuti jsou v rozhovoru zatímco třetí má reflektující pozici. Týmový přístup pomáhá terapeutům postaveným před utrpení a úzkosti pacienta a rodiny. Vysoká očekávání a naděje na zmenšení pacientova utrpení jsou vkládána v tým a individuální terapeuti často nesou a přestojí nejistotu a občasnou ztrátu síly jako vývoj léčebného procesu. Jako tým udržují terapeuti naději a víru spolu se svými klienty.

* 1. „Dialogikalita“ na léčebných setkáních

Konverzace na léčebných setkáních je zaměřena směrem k získávání porozumění v pacientově a rodinné situaci. Účastníci společně hledají smysl a nalézají porozumění díky společnému sdílení různých zkušeností a perspektiv. Nikdo – ani hlavní psychiatr – nepotřebuje vědět, zda je možné předem znát, co by mohlo být opravdu správné řešení pro pacientovi symptomy nebo těžkosti rodiny. Pozice „nevědění“, popsaná u Andersona a Goolishiana (1992), zohledňuje znalost a porozumění které se mění a rozvíjí díky konverzaci v léčebném procesu. Epistemologický základ pro tento postoj je sociální konstrukcionismus (Berger a Luckmann, 1966; Gergen, 1985; McNamee a Gergen, 1992).

Terapeuti se snaží generovat konverzaci, ve které různé hlasy účastníků přispívají různými významy; každý je unikátní, ale všechny vytváří prostředí spolupráce. V závislosti na Bakhtinově teorii „Filozofie jazyka“ (Bakhtin, 1981; Voloshinov, 1996) se slova mluvčího setkávají se slovy ostatních (slova cizinců), infiltrují se a vzájemně se mění. Díky poslechu projevů ostatních jsme schopni integrovat jejich myšlenky do našeho smýšlení a uvažovat o věcech z jiných úhlů pohledu. Naše další výroky budou mít vtisknutý nový význam z projevu našeho komunikačního partnera a ze smyslu spojeného s tématem konverzace. V tomto procesu se mění význam, věci mohou být uvažovány v novém kontextu a může vzniknout nové porozumění.

Bakhtin (1986) říká, že „pro slovo (a následkem toho i pro lidské bytí) není nic horšího než nedostatek reakcí“ (s.127). Každé slovo a každé lidské bytí touží po porozumění a odpovědi. V léčebných setkáních je zodpovědností terapeutů jako členů léčebného týmu zajistit, že se každý bude cítit slyšený, že na něj bude reagováno a konečně rozuměno. Ačkoli to může být matoucí a strastiplné pro posluchače, klamný jazyk psychotiků volá právě po tom, aby byl slyšen, aby na něj bylo reagováno a aby mu bylo rozuměno. Když se pacient cítí ohrožený, je pro terapeuty často důležité ubezpečit psychotika, že ho budou před ohrožením chránit. Těmito slovy se terapeuti s pacientem sblíží a stanou se z nich partneři před ohrožením. Pacientova rodina musí být také ujištěna, že má podporu léčebného týmu.

Když účastníci na léčebných setkáních nemluví, mohou být do konverzace přizváni tím, že jsou tázáni, zda chtějí říct něco o obrazech, které jim přicházejí na mysl, když poslouchají konverzaci. Ti, kteří mluví hodně možná nejsou slyšeni navzdory hlasitosti jejich slov nebo možná kvůli tomu. V tomto případě může být vhodné souhlasit s tím, že mohou mluvit dostatečně dlouho, aby byli slyšeni, zatímco ostatní účastníci poslouchají. Nicméně musí strávit stejné množství času posloucháním, zatímco mluví ostatní.

Pozorně poslouchat zatímco jiná osoba mluví a udržovat zájem o to, co ten druhý říká je těžká ale důležitá dovednost. Posloucháme a vstřebáváme slova druhých ačkoli možná znějí podivně? Zatímco posloucháme projev druhých, filtrujeme slova skrz náš vlastní systém významů, který byl zkonstruován naší osobní historií. Naše osobní filtry provádějí korektury pro únosnost, komfort nebo konfrontaci a my jen zřídkakdy rozpoznáme předsudky, zlozvyky myšlení a obrany, které si stavíme, aby nám upravili nebo zamítli slyšené. Zvědomování každého předsudku a předvídatelné reakce nám umožní uvědomit si bloky v opravdovém naslouchání a zrušit je. S touto schopností myslet přichází dospělost osobnosti a terapeuta – jako toho, kdo je schopen pravé empatie – schopného promýšlet pozice a úhly pohledu druhých. To je cesta pro bytí v interakci s ostatními lidmi ( Bohm, 1996; Ellinor a Gereard, 1998; Isaacs, 1999).

To, co tedy doporučujeme je charakteristické pro dialog a dialogickou konverzaci. Yankelovich (1999) představuje tři charakteristické rysy dialogu, které ho odlišují od jiných forem konverzace. Za prvé musí být v dialogu se všemi účastníky zacházeno jako s rovnými. Na léčebných setkáních je důležité, aby mezi účastníky vznikala kooperace z pozice rovnosti, protože všichni – včetně členů rodiny – jsou experty. Všichni jsou na stejné úrovni nevědění a jejich společným cílem je vytvořit porozumění. Druhým typickým rysem je naslouchání s empatií. Namísto toho, aby si každý hájil svůj názor je dialog charakterizovaný porozuměním úhlů pohledu ostatních i jejich pocitům. Třetím rysem je vynesení skrytých předpokladů na světlo. Smyslem tohoto je zvědomění a zjišťování svých i ostatních domněnek a základů myšlení a jejich přinesení do otevřeného dialogu. Pokus prosadit svůj názor nebo ho vyvracet se úplně míjí účinkem. Cílem otevřeného dialogu je dospět ke sdílenému porozumění.

Slovo dialog pochází z řeckého slova dialegasthai, které je kořenem dialogos (Graumann, 1990). Vztahuje se ke spojení mluvení, přemýšlení a sdílení významů mezi dvěma nebo více partnery. Graumann představuje metaforu o pohybu ze dvou nebo více pozic směrem ke stejnému místu, i když je tu „souhlas s nesouhlasem“, kde by to místo mohlo být. Bohmova (1996) metafora je, že dialog je jako „tok významů“ protékající okolo nás, skrz nás a mezi námi. To, co je potřeba, je prostor pro volný tok významů. Musíme druhým poskytnout prostor pro mluvení ale také pro reflektování toho, co slyšeli. V léčebných setkáních to znamená, že nesmíme myslet rychle, protože proces myšlení má u každého individuální rytmus a připravenost.

* 1. Reflektující aktivity v léčebných týmech

Na léčebných setkáních stojí terapeut až po kolena v proudu významů. V dialogu se slova objevují a mizí, ale znovu se také objevují a mění. Některá slova nesou speciální váhu; mohou být tak emočně výbušná, že jen jejich vyslovení ovlivní řeč těla a mluvčí má těžkosti s kontrolou svých vášní. Někdy vyplují na povrch takové pocity, které se zdají nedostupné. Terapeuti, kteří empaticky naslouchají, jsou citlivý k slovním i mimoslovním emočním zprávám.

Dialogický moment může projít bez povšimnutí nebo může být zachycen terapeutem, který identifikuje a reflektuje slovo, které pro řečníka má velkou důležitost. Když na příklad pacient jmenuje obavu a používá k tomu konkrétní slovo, terapeut se zabývá tím, co obsahují ostatní slova včetně tohoto slova a jaké různé pocity jsou s nimi spojeny. „Rakovina je pro mnoho lidí vážné a děsivé slovo. Jaká slova si s tím spojujete vy?“ Jak je zřejmé z otázky, tato metoda je šikovně a citlivě použita prof. Tomem Andersenem na univerzitě Tronso, který se specializoval na zachycování pomíjivých dialogických momentů a vtahování těchto vytyčených slov z klientova života do rozhovoru.

Terapeut nepluje v proudu významů jako kus naplaveného dřeva. Terapeutická dovednost zahrnuje identifikování terapeuticky významného tématu, o kterém klient ještě nemluvil. Vzájemně reflektující konverzace mezi terapeuty, kterou poslouchá pacient i jeho rodina, je metodou, díky které terapeuti do rozhovoru mohou vnášet těžká ale důležitá témata a udělat z nich pro rodinu méně ohrožující. Vygotského (1992) koncept zóny nejbližšího možného vývoje ve vzdělávání je stejný jako idea potenciálního „diskursu v terapii“ (Haarakangas, 1997) nebo projevu, který je vytvořen terapeuty v „reflektujícím dialogu“.

V reflektujícím dialogu se členové léčebného týmu věnují vzájemné konverzaci o svých pozorováních, myšlenkách a představách, které získali na léčebném setkání a v reflektování směřují svoje slova raději k dalším členům týmu než přímo k pacientovi nebo členům jeho rodiny. Pacient a jeho rodina si tudíž dopřávají příležitost poslouchat rozhovor terapeutů bez toho, aby se ho účastnili, vyjadřovali své postoje nebo odpovídali. Z pohledu pacienta a jeho rodiny může být rozhovor mezi terapeuty terapeutickým kontextem a to včetně objasňování jejich zkušeností a mínění. Členové týmu musí mít terapeutickou schopnost nacházet vyjádření, která zachovávají respekt pacientovi a jeho rodině, opatrně vyvážit své komentáře tak, aby se nedotkli přihlížejících nebo s nimi zásadně nesouhlasili (Andersen, 1991). Nejlepší je, když je reflektující dialog flexibilně připojen k dalším rozhovorům tak, aby zajistil, že pacient a jeho rodina neprožijí odcizení nebo rozpaky. U reflektujících subjektivních obrazů pomáhá členům léčebného týmu konverzace k tomu, aby pacient i jeho rodina rozuměli tomu, že se jedná jen o osobní názor a myšlenku – ne o nevyvratitelnou a konečnou psychiatrickou pravdu.

Otázky terapeutů směřované k pacientovi a jeho rodině se mohou reflektivně týkat jejich cílů. Některé terapeuticky efektivní otázky navržené Tomem Andersonem jsou: Kdyby vaše pěst, která je připravená k útoku, mohla mluvit, co by řekla? Co by mohly chtít říct vaše slzy? Z jakých dalších pocitů se skládá vaše bolest? Členové rodiny mohou být dotazováni na myšlenkové vzruchy z rozhovoru nebo požádáni, aby okomentovali názory dalších účastníků.

Rozhovor na léčebných setkáních je nepřetržitý reflektující proces, ve kterém se střídá vnitřní a vnější dialog. Terapeut může udržovat vnitřní dialog se svými vlastními myšlenkami a tělem díky procesu zkoumání a doptávání se sám sebe, na příklad: Proč zrovna teď myslím a cítím zrovna takhle? Proč je mi teď tak nepříjemně? Je to kvůli rozhovoru samému nebo kvůli mým základům a domněnkám? Terapeut může také přinést svůj vnitřní dialog nebo emoční zkušenost do rozhovoru s ostatními členy terapeutického týmu během léčebného setkání. V reflektujícím rozhovoru mezi terapeuty mohou být rozdíly a shody v pozorováních a zkušenostech prozkoumány. To, co je očividné a příkladné v myšlení a chování terapeutů reflektivně hledá pacientův vztah k situaci.

1. Závěrečné myšlenky

Od začátku osmdesátých let směřujeme svou práci právě k otevřenému dialogu. V procesu jsme se vyvinuli od expertů k „dialogikáncům“. Tento nynější postoj nám dovoluje být více flexibilní, takže navyšuje naše možnosti. Metoda otevřeného dialogu tedy přetransformovala pacienty ve spolupracovníky a terapeuty v aktivní posluchače. Ve finštině můžeme nazývat práci s podporou rodiny chycené v krizi duševního zdraví „společnou cestou“.

1. Použitá literatura

Aaltonen, J., Seikkula, J., Alaklare, B., Haarakangas, K., Keranen, J., & Sutela, M. (1997). Western Lapland project: A conprehensive family– and network- centered community psychiatric project. *ISPS Abstracts and Lectures October* 12-16, 1997. London.

Alanan, Y. (1997). *Schizophrenia. Its origins and need-adapted treatment.* London. Karnac.

Alanen, Y.O., Lehtinen, K., Rakkolainen, V., & Aaltonen, J. (1991). Need-adapted treatment of new schizophrenic patients: Experiences and results of the Turku Project. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 83, 363-372.

Andersen, T. (1991). *The reflecting team: Dialogues and dialogues about dialogues.* New York: Norton.

Andersen, H. (1997). *Conversation, language and possibilities: A postmodern approach to therapy.* New York: Basic Books.

Anderson, H. & Goolishian, H. (1988). Human systems as linguostic systems. Preliminary and evolving ideas about the implications for clinical theory. *Family Process,* 27, 371-393.

Anderson, H. & Goolishian, H. (1992). The client is the expert: A not-knowing approach to therapy. In S. McNamee & K. Gergen (Eds.), *Therapy as social construction* (pp. 25-39). Lomdon: Sage.

Bakhtin, M. (1981). *The dialogic imagination: Four essays.* (M. Holquist, Ed., and C. Emerson & M. Holquist, Trans.) Austin, TX: University of Texas Press.

Bakhtin, M. (1984). *Problems of dostoevskyś poetics.* (C. Emerson, Ed., and Trans.) Minnesota: University of Minnesota Press.

Bakhtin, M. (1986). *Speech genres and other late essays.* (C. Emerson and M. Holquist, Eds. & V. McGee, Trans.) Austin, TX: University of Texas Press.

Berger, P. & Luckmann, T. (1966). *The social construction of reality: A treatise in the sociology of knowledge.* New York: Doubleday.

Bohm, D. (1996). *On dialogue.* (L. Nichol, Ed.) London and New Qork: Routledge.

Ellinor, L. & Gerard, G. (1998). *Dialogue: Rediscover the transforming power of conversation.* New York: John Wiley & Sons.

Gergen, K. (1985). The social constructionist movement in modern psychology. *American Psychologist,* 40, 266-275.

Graumann, C. (1990). Perspectival structure and dynamics in dialogues. In I Markova & K. Foppa (Eds.), *The dinamics of dialogue* (pp. 105-126). London: Harveste Wheatsheaf.

Haarakangas, K. (1997). Hoitokokouksen aanet. The voices in treatment meeting: A dialogical analysis of the treatment meeting conversation in family-centered psychiatric treatment process in regard to the team activity. English summary. *Jyvaskyla Studies in Education Psychology and Social Research, 130.*

Holma, J. & Aaltonen, J. (1997). The sense of agency and the search for a narrative in acute psychosis. *Contemporary Family Therapy, 19,* 463-477.

Isaacs, W. (1999). *Dialogue and the art of thinking together.* New York: Doubleday.

Jackson, C. & Birchwood, M. (1996). Early intervention in psychosis: Opportunities for secondary prevention. *British Journal of Clinical Psychology,* 35, 487-502.

Keranen, J. (1992). The choice between outpatient and inpatient treatment in family centred psychiatric treatment system. English summary. *Jyvaskyla Studies in Education Psychology and Social Research, 93.*

Lehtinen, V., Aaltonen, J., Koffer, T., Rakkolainen, V., & Syvalahti, E. (2000). Two-year outcome in first-episode psychosis treated according to an integrated model: Is immediate neuroleptisation always needed? *Europien Psychiatry,* 15, 312-320.

McNamee, S. & Gergen, K. (Eds.) (1992). *Therapy as social construction.* London: Sage.

Seikkula, J. (1991). Family-hospital boundary systém in the social network. English summary. *Jyvaskyla Studies in Education Psychology and Social Research, 80.*

Seikkula, J. (2002). Open dialogues with good and poor outcomes for psychotic crises: Examples for families with violence. *Journal for Merital and Family Therapy,* 28, 263-274.

Seikkula, J., Aaltonen, J., Alakare, B., Haarakangas, K., Keranen, J., & Sutela, M. (1995). Treating psychosis by means of open dialogue. In S. Friedman (Ed.), *The reflective process in action: Collaborative practice in family therapy* (pp. 62-80). New York: Guilford.

Seikkula, J., Alakare, B., & Aaltonen, J. (2000). A two year follow-up on open dialogue treatment in first episode psychosis: Need for hospitalization and neuroleptic medication decreases. (In Russien, English manuscript from the authors) *Social and Clinical Psychiatry*, 10, 20-29.

Seikkula, J., Alakare, B., & Aaltonen, J. (2001a). Open dialogue in psychosis I: An introduction and case illustration. *Journal of Constructivist Psychology,* 14, 247-265.

Seikkula, J., Alakare, B., & Aaltonen, J. (2001b). Open dialogue in psychosis II: A comparison of good and poor outcome cases. *Journal of Constructivist Psychology,* 14, 267-284.

Voloshinov, V. (1996). *Marxism and the philosophy of language* (6th ed.). MA: Harvard University Press.

Vygotsky, L. (1992). *Thought and language* (6th ed.). (A. Kozulin, Ed.). Cambridge, MA:MIT.

Yankelovich, L. (1999). *The magic of dialogue: Transforming conflict into cooperation.* New York: Touchstone.