

PAGRINDINIAI DIALOGINĖS PRAKTIKOS ELEMENTAI ATVIRAME DIALOGE: APIBRĖŽIANTYS KRITERIJAI

Mary Olson, PhD*

Jaakko Seikkula, PhD**

Douglas Ziedonis, MD, MPH*

*Massachusetts'o universiteto Medicinos mokykla, JAV

**Jyvaskyla universitetas, Suomija

Šis darbas gavęs Psichikos sveikatos priežiūros meistriškumo Fondo paramą, kuri buvo skirta dr. D. Ziedonis, atstovaujantiui Massachusetts'o universiteto Medicinos mokyklai.

Šio darbo tikslas- vystyti Atviro dialogo praktiką; jis yra skirtas komandoms, dalyvaujantioms Atviro dialogo susitikimuose, jų supervizijai bei mokymuisi, o taip pat jų sisteminiam moksliniam darbui. Individualia praktika užsiimantys asmenys gali naudoti šias komandas savirefleksijai.

Autoriai dalijasi autorines šio darbo teises. Visa medžiaga gali būti dalinama tik gavus autorių sutikimą. Norint versti šį darbą į kitą kalbą, prašome susisiekti su dr. D. Ziedonis, el. Paštu: Douglas.ziedonis@umassmemorial.org

Šis darbas turi būti cituojamas sekančiai: Olson, M, Seikkula, J & Ziedonis, D. (2014). The key elements of dialogic practice in Open Dialogue. The University of Massachusetts Medical School. Worcester, MA.

2014 metų rugsėjo mėn. 2 d.

Versija 1.1

Įvadas

Terminas „dialoginė praktika“ kilo iš termino „atviras dialogas“, ir atspindi požiūrį, kuris padeda asmenims, o taip pat jų šeimoms, būti išgirstoms, gerbiamoms ir pripažintoms. Nuo 1984 metų Keropudas ligoninėje Tornio mieste, Suomijoje, šeimos psichoterapijos išsilavinimą turintis personalas nusprendė pakeisti pacientų stacionarizavimo tvarką. Remdamiesi Yrjo Alaneno darbais (1997) jie pakeitė savo strategiją reaguojant į ūmines krizes ir pradėjo organizuoti socialinio tinklo susitikimą dar prieš priimančiam sprendimą pacientą stacionarizuoti, taip sutelkdami asmenis, kurie patyrė distresą, jų šeimas, kitas natūralias pagalbas galinčias suteikti priemones (aplinkas), taip pat visus susijusius profesionalus. Taip, – lygiagrečiai vykstant nenutrūkstantioms klinikinėms inovacijomis, organizaciniams pokyčiams ir moksliniam tiriamajam darbui, gimė nauja, atvira praktika, kuri žinoma kaip „Atviras dialogas“- pirmą kartą aprašytas 1995 metais (Aaltonen Seikkula & Lehtinen, 2011; Seikkula et al., 1995). „Atvirumas“ Atvirame dialoge siejamas su gydymo planavimo ir sprendimų priėmimo proceso, vykstančio dalyvaujant visiems, skaidrumu

(tačiau tai nereiškia, kad šeimos yra verčiamos kalbėti apie dalykus, kuriuos atvirai nori aptarti psichoterapeutas). Ši nuo pat pradžios egzistuojanti orientacija į socialinį tinklą buvo taikoma visose gydymo situacijose. Per dešimt metų tradicinė stacionarinė institucija Tornio mieste virto modernia psichiatrine sistema, užtikrinančia bendruomeninės priežiūros, ambulatorinio bei stacionarinio gydymo tęstinumą.

Atviro dialogo praktika pasižymi dviem esminiais bruožais: (1) bendruomene pagrįsta gydymo sistema, kuri įtraukia šeimas ir socialinius tinklus nuo pat pagalbos paieškų pradžios; ir (2) „Dialogine praktika“ arba skirtinga terapinių pašnekesių, vykstančių „gydomojo susitikimo“ metu, forma. Tai apima dvylika Dialoginės praktikos elementų, kurie apibūdina psichoterapeuto (ų) požiūrį į gydomąjį susitikimą su asmeniu, jo/s socialiniu tinklu ir visais jiems padedančiais asmenimis.

Gydomasis susitikimas sukuria esminį terapinį Atviro dialogo kontekstą, jungdamas profesionalų ir socialinio tinklo pastangas į bendradarbiaujančią visumą. Taip Dialoginė praktika įterpiama į platesnę psichiatrinę tarnybą (sistemą), kuri dalijasi savo prielaidomis, nes svarbu žinoti abu aspektus. Atviro dialogo požiūris yra integralus, o kiti terapiniai modeliai (Ziedonis, Fulwiler, Tonelli, 2014; Ziedonis et al, 2005; Ziedonis 2004) gali būti papildomai pridėti bei adaptuoti asmens ar šeimos reikmėms, kaip atsiskleidžiančio ir lankstaus „gydymo žemėlapiu“ dalis (Hald, 2013; Seikkula & Arnkil 2014).

Septyni pagrindiniai Atviro dialogo principai apima gaires, kurias pateikė Suomijos komandos (Seikkula et al., 1995) Jie pateikti žemiau esančioje lentelėje:

Lentelė Nr. 1. Septyni Atviro dialogo principai
SKUBI PAGALBA
SOCIALINIO TINKLO PERSPEKTYVA
LANKSTUMAS IR MOBILUMAS
ATSAKOMYBĖ
PSICHOLOGINIS TĘSTINUMAS
NEAPIBRĖŽTUMO TOLERAVIMAS
DIALOGAS (IR POLIFONIJA)

Šie septyni principai yra svarbūs Atviram dialogui kaip gydymo formai ir pagalbos sistemai. Jie apima platų vertybių spektrą, kurias detaliau apibūdina dvylika Dialoginę praktiką apibrėžiančių kriterijų. Siekiant šios diskusijos apie Dialoginę praktiką tikslų, dviem principams - dialogui (ir polifonijai) bei neapibrėžtumo toleravimui- kaip terapinio pašnekesio, vykstančio gydomojo susitikimo metu, pagrindams, bus skiriamas ypatingas dėmesys. Likę penki kriterijai bei septyni organizacinius sistemos bruožus apibūdinantys kriterijai bus plačiau apžvelgti kitame straipsnyje apie organizacinius pokyčius ir sistemą apibrėžiančius bruožus (Ziedonis, Seikkula, & Olson, ruošiamas). Šis darbas apie organizacinius pokyčius apibūdins skirtingus būdus, kaip Atviro dialogo principai ir gydomieji susitikimai buvo integruoti į klinikinę praktiką, gydymo programas, institucijas bei sveikatos priežiūros sistemas.

Šiame straipsnyje apie Dialoginę praktiką septyni pagrindiniai Atviro dialogo principai nėra pilnai ir detalai atskleisti, tačiau jie išnagrinėti kituose lengvai prieinamuose informacijos šaltiniuose (Seikkula & Arnkil, 2006; Seikkula & Arnkil, 2014). Šis straipsnis susitelks į dvylika esminių Dialoginę praktiką apibrėžiančių elementų, kurie apibūdina terapinį, interaktyvų Atviro dialogo stilių, palaikant akis į akį kontaktą gydomųjų susitikimų metu.

DIALOGINĖ PRAKTIKA: APŽVALGA

Pokyčius sukeliantis dialogas su žmonėmis reikalauja įsitraukimo, susitelkimo į esamą momentą be įsivaizduojamos hipotezės ar specifinės darbotvarkės. Dialoginės praktikos menas ir įgūdžiai reiškia, kad psichoterapeuto bendravimas nėra šabloniškas. Atviras dialogas kviečia gebėti išklausti ir prisitaikyti prie specifinio konteksto ir kalbos kiekvieno pasikeitimo nuomonėmis metu. Dėl šių priežasčių neįmanoma sukurti specifinių išankstinių rekomendacijų sesijoms ar nekintančioms gydomojo proceso fazėms. Detalios struktūros įvedimas iš tiesų veiktų prieš Atviro dialogo procesą. Tai unikali sąveika tarp unikalios dalyvių grupės, įtraukiant į neišvengiamą unikalų terapinį pokalbį, kuris suteikia pozityvaus pokyčio galimybes.

Tuo pačiu metu stebime ir sisteminius Dialoginės praktikos elementus. Šiuo atveju susiduriame su tam tikru paradoksu. Situacijoje, kai kiekvienas dialogas yra unikalus, iš terapeuto pusės yra naudojami atskiri pokalbio elementai ar veiksmai, kurie skatina ir palaiko dialogo tėkmę bei, savo ruožtu, padeda mobilizuoti asmens, esančio susirūpinimo šaltiniu, bei socialinio tinklo resursus. Tai mes laikome esminiais elementais. Jie bus išvardinti ir apibūdinti vėliau.

Dialoginė praktika yra pagrįsta specialia sąveikos rūšimi, kurios pagrindinis bruožas yra tai, kad kiekvienas dalyvis jaučiasi išgirstas ir sulaukęs atsako. Akcentuodamas klausymąsi ir atsaką, Atviras dialogas skatina lygiagretų dauginių, atskirų ir vienodai svarbių „balsų“ ar požiūrių egzistavimą gydomojo susitikimo metu. Šią asmens socialiniame tinkle egzistuojančių balsų gausą Bakhtin vadina „polifonija“. Esant įtemptai ir sunkiai krizei, šis procesas gali būti sudėtingas ir reikalaujantis jautrumo, išklausančių balsus tų, kurie yra tylūs, mažiau kalbantys, dvejojantys, sumišę ar sunkiai suprantami. Esant „polifoniškam“ pokalbiui, atsiranda erdvės kiekvienam balsui, o tai sumažina atotrūkį tarp to, kas vadinama „liguistu“ ir to, kas vadinama „sveiku“. Bendradarbiaujanti visų skirtingų balsų sąveika sukuria naujus, labiau bendrai priimtinius supratimus, į kuriuos kiekvienas įpina savo „giją“. To rezultatas yra bendra patirtis, kurią Bakhtin apibūdina kaip „nekatégorizuotą“.

Kaip jau minėta anksčiau, pavadindami tokią seką „dialogine“, mes ypač norime pažymėti, kad ši seka savyje turi potencijos, kad asmuo bus išgirstas, kas yra bet kokio pokyčio pradžia. Dialoginės pokalbio kokybės vertinimas visų pirma ir visų svarbiausia reiškia psichoterapeuto atsako įvertinimą. Vienas iš pirmųjų žingsnių yra vienam iš psichoterapeutų įsitraukti į atsargią, detalią ir žingsnis po žingsnio judančią sąveiką su krizėje esančiu asmeniu. Tikslas yra klausyti ir, jei tai būtina, padėti rasti žodžius, kurie padėtų įvardinti žmogaus distresą, įkūnytą simptomuose, ir toliau judėti link bendros kalbos. Kaip matysite toliau pateikiamoje iliustracijoje, indėlio iš socialinio tinklo gavimas padeda įnešti aiškumo į

krizės prigimtį. Dialogiškas psichoterapeutas kiekvieną susitikime esantį asmenį kviečia pasidalinti savo asmenine perspektyva ir įvairiais pokalbio metu išskylančiais dalykais. Vietoj to, kad psichoterapeuto įgūdžiai būtų vertinami pagal tai, kaip jis veda struktūruota metodika besiremiantį interviu, esminis vertinimo kriterijus yra dažnai asmeninis būdas, kuriuo psichoterapeutas reaguoja į kenčiančio žmogaus ir kitų susitikime dalyvaujančių asmenų pasisakymus.

Atsakas ir atspindėjimas

Yra du esminiai įgūdžiai, kurie reikalingi klinikistui, kad galėtų taikyti Dialoginę praktiką: gebėjimas atsakyti ir gebėjimas atspindėti (Rober, 2005). Gebėjimas atsakyti yra procesas, susidedantis iš trijų dalių ir taikomas būdui, kuriuo yra vartojami dialoginę praktiką apibrėžiantys kriterijai. Šis procesas privalomas norint, kad sąveika taptų dialogine. Vertinant psichoterapeuto veiksmų kokybę, reikia įvertinti (1) kliento pirminį pasakymą, (2) psichoterapeuto atsaką į šį pasakymą ir (3) kliento atsaką į pateiktą atsaką. Kaip psichoterapeuto atsakas prisideda prie pokalbio dalyvių potyrio, kad jie yra girdimi, suprasti ir priimti? Kaip šie trys žingsniai generuoja dialogiško atsako sąveiką?

Kitas esminis Dialoginės praktikos gebėjimas yra gebėjimas atspindėti, t.y. gebėjimas įsitraukti į atvirą, bendrą, skaidrų ir nuo profesinio žargono laisvą pokalbį su socialinį tinklą sudarančiais asmenimis bei kitais susitikime dalyvaujančiais profesionalais. Gebėjimas atspindėti remiasi gebėjimu atsakyti.

Tarp kitko, terminas „atspindėjimas“ čia skiriasi nuo to, kaip šis terminas naudojamas kitose psichoterapijos formose. Pvz. taikant motyvacinį interviu „atspindėjimas“ rodo, kaip atidžiai psichoterapeutas klausosi to, ką sako klientas. Dialoginėje praktikoje šis terminas reiškia būdą, kuriuo profesionalas pateikia savo paties mintis dalyvaujant šeimai. Iš kitų mes sužinojome, kad tai gali gluminti, nes daugelis Dialogine praktika besidominčių psichoterapeutų turi motyvacinio interviu vedimo įgūdžių.

Monologas ir dialogas

Atviro dialogo gydomasis susitikimas apima tiek monologinį, tiek dialoginį bendravimą. Taip vadinamos „monologinės“ sekos dialoge yra būtinos, kad pasiekti praktinius susitarimus ar gauti naują informaciją, padėsiančią išsamiau suprasti situaciją. Monologinė komunikacija reiškia sekas, kuriomis psichoterapeutas į pokalbį įveda temas. Tokios sekos gali apimti informacijos surinkimą, rekomendacijų pateikimą, gydymo planavimą, bei gali būti taikomos inicijuojant diskusiją su naujais asmenimis; šios sekos nesiremia tuo, ką klientas ar kitas pokalbio dalyvis yra prieš tai pasakęs (Seikkula, 2002). Atviro dialogo susitikime, kad išlaikyti efektyvaus susitikimo pravedimo koncepciją, maždaug trečdalis (1/3) pokalbio gali būti monologinis. Monologas gali remtis komunikacija tiek socialinės terpės viduje, tiek tarp ekspertų ir terpės.

Taigi yra skirtumas tarp aukščiau aprašytos monologinės komunikacijos ir to, ką apima terminas „monologinis diskursas“. Antrasis apibūdina institucinį kalbėjimo stilių, kuriame dalyvauja privileijuotas, iš aukšto žvelgiantis ekspertas, nedalyvaujant indėlių įnešančiam

klausytojui. Skirtingai nuo dialogo tarp įvairių dalyvių, kurio metu visi laikomi teisiais ir lygiais ir kuris gali vesti į naujas idėjas ir kūrybiškumą, grynai monologinis požiūris į veikia neigiamai. Toliau gilinantis į šį kontrastą, verta remtis John Shotter (2004) terminų „dialoginis“ ir „monologinis“ diskursas pakeitimu labiau priimtinais terminais „mąstymas kartu“ ir „mąstymas apie“ (Hoffman, 2007). Mūsų klinikinėje praktikoje toks mąstymo bei praktikos būdas gali atverti platesnes galimybes psichiatrinį krizių metu ir padeda „atšildyti“ situacijas, išvengiant jų virsmo į lėtines.

To pasėkoje mes apibūdinsime kiekvieną iš Atviro dialogo Dialoginę praktiką apibrėžiančių kriterijų ir pateiksime juos iliustruojančius klinikinius pavyzdžius. Šiems pavyzdžiams panaudotos pirmojo ir antrojo autorių psichoterapinės sesijos, tiek dirbant kartu, tiek atskirai. Kadangi kiekviena sesija apima šiuos elementus, mes pasirinkome iliustracijas dirbant su skirtingomis šeimomis. Tai leis suvokti skirtingo pobūdžio problemas ir situacijas, su kuriomis susiduriame. Žodynyje pateikti papildomi, pridėtiniai, svarbių, retai vartojamų terminų apibūdinimai bei pavyzdžiai. Šie dvylika apibrėžiančių kriterijų nėra atskirti, jie persidengia ir praktikoje dažnai stebimi kartu.

Lentelė Nr. 2. Dvylika pagrindinių Atviro dialogo Dialoginės praktikos kriterijų
1. Du (ar daugiau) psichoterapeutų komandos susitikime
2. Šeimos ir socialinės terpės dalyvavimas
3. Atvirų klausimų naudojimas
4. Atsakas į kliento pasakymus
5. Esamo momento akcentavimas
6. Dauginių požiūrių iššaukimas
7. Orientacija į santykius dialoge
8. Dalykiškas atsakas į probleminį diskursą ar elgesį, ir atidumas prasmėms
9. Kliento žodžių ir istorijų, o ne simptomų, akcentavimas
10. Pokalbis tarp profesionalų (atspindys) gydomuosiuose susitikimuose
11. Skaidrumas
12. Neapibrėžtumo toleravimas

DVYLIKA PAGRINDINIŲ DIALOGINĘ PRAKTIKĄ APIBRĖŽIANČIŲ KRITERIJŲ

1. Du (ar daugiau) psichoterapeutų.

Atviro dialogo požiūris akcentuoja kelių psichoterapeutų, kaip komandos, susitikimą su socialine terpe. Susitikime turėtų dalyvauti bent jau du psichoterapeutai. Komandinis darbas yra esminis efektyviai reaguojant į sunkią ir ūminę krizę bei siekiant išvengti lėtinių psichiatrinį būsenų. Vienas iš psichoterapeutų gali kalbėti su klientu/klientais, o kitas tuo tarpu gali užimti klausymosi ir atspindėjimo poziciją. Gali būti ir toks atvejis, kai abu psichoterapeutai užduoda klausimus ir dalyvauja atspindėjime. Tomo Anderseno aprašytas „refleksinis procesas“ (1991) ir Seikkulos ir Arnkilo (2006) terminas „refleksinė kalba“ yra priimtini formatai ir bus detaliau apibūdinti 10-ame punkte. Svarbu atskirti Dialoginę praktiką nuo selektyvios, ne krizinės ambulatorinės pagalbos. Pastarojo dešimtmečio metu Dialoginė praktika buvo adaptuota labiau įprastai porų ir šeimų psichoterapijai (Olson, 2012;

Seikkula, 2014), kurioje Dialoginę praktiką galima praktikuoti ir esant vienam psichoterapeutui. Tarp kitko, mes rengiame savo patirties, kaip praktikuoti Dialoginę praktiką vienam psichoterapeutui, apibendrinimą ir vėliau žadame juo remtis.

2 . Šeimos ir socialinės terpės dalyvavimas

Įsitraukimas į santykį su socialiniu tinklu prasideda telefoninio pokalbio metu, kai klinicistas užduoda skambinančiajam sekančius klausimus, pavyzdžiui, „Kam rūpi situacija ar kas yra į ją įtrauktas?“, „Kokius asmenis tikslingiausia pakviesti?“. Šie klausimai skatina socialinio tinklo įsitraukimą ir padeda organizuoti susitikimą ne- hierarchiniu būdu, t.y. pasinaudojant kliento/ų indėliu.

Jei nuo pat pradžių šeima ir kiti socialinio tinklo nariai yra deramai vertinami, įprastai jie tampa svarbiais gydomojo proceso partneriais. Labai svarbus ir su kiekviena situacija susijęs lankstumas, paremtas dėmesio centre esančio asmens noru, kad jo artimieji dalyvautų. Komanda gali atskirai susitikti su skirtingais šeimos ir socialinio tinklo nariais, jei bendri susitikimai nėra įmanomi, kaip kad būna daugelyje prievartos įstaigų.

Vėliau (kalbėdami apie 6-ą elementą) mes aprašysime, kaip gali vykti susitikimai nedalyvaujant šeimos ar socialinio tinklo nariams; juose psichoterapeutas užduos klausimus, kviesdamas asmenį pakomentuoti, ką šiuo atveju nedalyvaujantis narys pasakytų, jei dalyvautų susitikime.

3 . Atvirų klausimų naudojimas

Tikrasis gydomasis susitikimas prasideda atvirais klausimais, kuriuos užduoda klinicistai. Po įvado pradžioje gali būti užduotas klausimas: „Kas norėtų pradėti?“ ar „Koks galėtų būti geriausias būdas pradėti?“ Kai toks bendradarbiavimo pobūdis sukuriamas ir palaikomas, jis natūraliai persikelia į sekančius susitikimus kaip savaime suprantamas dalykas. Jau pirmo susitikimo metu svarbu akcentuoti du klausimus, kurie įprastai pradeda Atviro dialogo susitikimą ir kurie buvo pasiūlyti Tomo Anderseno (1991). Šie klausimai tai: „Kokia yra minties šiandien čia ateiti istorija?“ ir „Kaip jūs norėtumėte panaudoti šį susitikimą?“

Norėtume paminėti tris atvirų klausimų sub-kategorijas. Visų pirma galima naudoti „du klausimus“ paties pirmo susitikimo metu; antra- yra galimybė panaudoti antrąjį iš klausimų kiekvieno susitikimo metu; trečia- gali būti taikoma pastovi praktika naudoti atvirus klausimus viso gydomojo proceso metu.

A . Minties šiandien čia ateiti istorija?

„Kokia yra minties šiandien čia ateiti istorija?“ Šis klausimas dažnai kyla tik pradinių susitikimų metu ir užduodamas jų pradžioje. Tačiau priklausomai nuo aplinkybių, jis gali iškilti kiek vėliau, pirmojo susitikimo eigoje. Klausimas gali būti įvairiai perfrazuotas, ir pradžioje skirtas visiems susirinkusiems, o ne vienam asmeniui. „Kaip jums kilo mintis organizuoti šį susitikimą?“ Kaip alternatyva gali būti naudojamas klausimas „Kas pirmasis sugalvojo organizuoti šį susitikimą?“ Taip pat yra visa eilė po to sekančių klausimų, kurie skirti tam, kad kiekvienas dalyvaujantis būtų įtrauktas: „Kaip kiti sužinojo apie šią idėją?“

Kokia jūsų nuomonė apie atėjimą čia šiandien? Kas labiausiai palaikė ir kas labiausiai priešinosi idėjai susitikti su komanda? Ką jūs norėtumėte patobulinti?“

Svarbu leisti kiekvienam išsakyti savo idėjas susitikimo metu. Jei kas nors tuo metu, ar bet kuriuo metu, nenori kalbėti, svarbu neversti jo/s to daryti.

Tokio pobūdžio klausimai kviečia žmones kalbėti refleksiniu (atspindinčiu) būdu. Sakydami refleksiniu, mes turime mintyje kvietimą išsakyti savo tikslus, ketinimus, siekius, kurie susiję su sprendimu ieškoti pagalbos. Pradėjus tokiu būdu pirmasis klausimas liečia esamą kontekstą ir yra neutralus bet kokio apibūdinimo ar simptomo atžvilgiu. Jis skatina žmones apibūdinti situaciją, kuri atvedė į susitikimą, ir kuri yra svarbi susijusiems asmenims. Nepaisant istorijos akcentavimo, toks klausimas iš karto duoda dauginius „įėjimus“ į esamą momentą. Andersen (1991) rašo: „Idėja, kuria remiasi šis klausimas, yra pasiekti supratimą, kiek asmenys, kurie dalyvauja, yra atsidavę idėjai dalyvauti“ (p. 159). Atsakydami skirtingi dalyviai dažnai išsako skirtingus požiūrius apie savo poreikį dalyvauti, o tai svarbu žinoti, ypač jei pačios psichoterapijos idėja yra diskutuotina. Kitais atvejais šis klausimas gali parodyti potencialius resursus identifikuojant asmenis, kurių nėra, tačiau kurie gali būti naudingi. Šis klausimas neturi vienos reikšmės ar poveikio, ir kartais atsitinka kažkas visiškai netikėto.

B . Kaip jūs norėtumėte panaudoti šį susitikimą?

Antrasis klausimas yra: „Kaip jūs norėtumėte panaudoti šį susitikimą?“ Klausimas gali būti perfrazuotas įvairiais būdais. Kaip ir ankstesnis klausimas, šis klausimas gali būti skirtas visiems dalyvaujantiems, ne tik vienam asmeniui. Tuo pačiu metu yra svarbu kiekvienam sudaryti galimybes atsakyti į šį klausimą.

Antrasis klausimas yra klausiamas pirmojo susitikimo metu ir, esant tam tikroms variacijoms ir visuose vėlesniuose susitikimuose. Įprastai šis klausimas iškyla susitikimo pradžioje. Yra momentų, kai jis kyla vėliau, o laikas, kai tai įvyksta, priklauso nuo psichoterapeuto jautrumo specifiniams susitikimo vystymosi niuansams.

Šio klausimo pagrindas yra tai, kad Dialoginėje praktikoje klientas, o ne profesionalai, apsprendžia susitikimo turinį. Tai reiškia, kad mes kalbame apie tai, apie ką mūsų klientai nori kalbėti. Todėl kiekvieno susitikimo metu psichoterapeutas klausia klientų, kaip jie nori panaudoti susitikimą. Laikui bėgant ir klausimui vis kartojantis jis pasidaro labiau numanomas, negu realiai pasakomas.

Dviejų klausimų atvejo aprašymas: L. šeima.

L. šeimą sudarė 59 metų Davidas, teisininko padėjėjas, jo žmona Tracy (56 metų), užimtumo terapeutė, ir jų sūnus Jackas (30 metų), kuris retai kalbėdavo ir gyveno kartu su savo tėvais. Kai Jackui buvo 16 metų, jis pirmą kartą buvo hospitalizuotas dėl depresijos. Metams bėgant jam buvo nustatomos skirtingos diagnozės (psichoze, neklasifikuota; šizoafektinis sutrikimas; šizofrenija); ir ne per seniausiai jis dar buvo įtrauktas į psichikos sveikatos priežiūros sistemą. Pirmasis Atviro dialogo susitikimas su šeima prasidėjo dalyvaujant dviem psichoterapeutams, kurie kartu su šeima sėdėjo rate, o Jackas tuo tarpu pasirinko sėdėti ant

kėdės šiek tiek už rato ribų, klausydamasis ir kartais atrodydamas taip, tarsi bendrautų su nematomais asmenimis. Pradžioje buvo pasikeista mandagumo frazėmis, o tada vienas iš psichoterapeutų pradėjo terapinį pokalbį:

Psichoterapeutas Nr. 1: „Taigi, ar mes galime pradėti?“

Psichoterapeutas Nr. 2: Taip, pradėkime.“

Psichoterapeutai prisistatė Jackui ir paklausė tėvų, ar galima į juos kreiptis vardais. Psichoterapeutas Nr. 1 paklausė: „Jackai, ar tu nori likti ten, kur esi, ir klausytis?“ Jo motina pasiūlė Jackui prisijungti prie jų, tačiau Psichoterapeutas Nr. 1 pasakė, kad jis neprieštarauja, kad Jackas liktų ten, kur yra, jei tai yra vieta, kur jis jaučiasi patogiausiai. Psichoterapeutas Nr. 1 tada uždavė pirmąjį klausimą.

Psichoterapeutas Nr.1: Taigi, šis susitikimas turi istoriją? Ar tai tas atvejis, apie kurį jūs man rašėte? Ar kaip visa tai buvo? kažkas rašė...

Davidas: Aš rašiau...

Psichoterapeutas Nr.1: Taigi, jūs man rašėte. Gerai.

Davidas: Aš rašiau jums abiems (žiūri į psichoterapeutą Nr. 2). Aš gavau elektroninius adresus iš jūsų universitetų. Iš tiesų, tai Tracy padiktavo pirmąjį laišką. Tai buvo bendras sprendimas.

Tracy: Aš pasakiau jam patobulinti jį.

Davidas: Aš nesitikėjau tiesioginio atsakymo.

Psichoterapeutas Nr. 1: Taip. Jūs nesitikėjote tiesioginio atsakymo.

Tada tėvas papasakojo, kaip jis internetinėje erdvėje ieškojo alternatyvos psichiatriinei priežiūrai, iš kurios jo sūnus „iškrito“ prieš kelis metus. Po to sekė ilgas pasakojimas apie jų neigiamą patirtį bendraujant su profesionalais. Jackas pasidarė neramus ir susiruošė palikti kambarį.

Psichoterapeutas Nr. 1 (besikreipdamas į Jacką, stovintį prie durų): Kada jūs pirmą kartą išgirdote apie vizitą čia?

Psichoterapeutas šį klausimą uždavė kelis kartus, tėvai taip pat kartojo klausimą tol, kol Jackas atsakė: „Prieš tris dienas“.

Po kelių minučių Psichoterapeutas Nr.1 uždavė sekantį klausimą.

Psichoterapeutas Nr. 1 (žiūrėdamas į Tracy): Kaip jūsų manymu būtų geriausia panaudoti laiką čia?

Tracy: Mums sunku žinoti, kas geriausia Jackui. Būtent apie tai mes pagrįdė dabar galvojame. Tai yra, kodėl mes galvojame, kad toks psichiatrinis gydymas būtų geresnis: tai galėtų padėti jam labiau atsiverti ...(ieško žodžio).

Psichoterapeutas Nr. 2: Bendruomenei (pavartoja žodį, kurį Tracy vartojo prieš tai).

Tracy: Taip, bendruomenei, ačiū jums.

Šie du klausimai leido psichoterapeutams sužinoti, kad abu tėvai norėjo Atviro dialogo, o ne prieštaravo šiai idėjai, ir turėjo bendrą motyvaciją padėti savo sūnui. Buvo duomenų, kad ir Jackas neprieštaravo šiai idėjai, nes jis noriai atėjo kartu. Šie klausimai sukūrė erdvę bendram tėvų suvokimui, kad Jackas, kuris, kaip jie papasakojo, psichikos sveikatos priežiūros sistemoje buvo laikomas chronišku ir beviltišku, yra „vertas daugiau“. Ši ištrauka taip pat iliustruoja, kaip jau pačioje susitikimo pradžioje užmezgamas kontaktas su kiekvienu dalyvaujančiu, kas leidžia kiekvienam asmeniui turėti savo balsą sąsajoje su diskutuojama tema, konkrečiai apie šio susitikimo esmę.

Aukščiau minėtais klausimais pradėjus susitikimą svarbu toliau neužmiršti, jog reikia formuluoti atvirus klausimus, kad klientai turėtų galimybę pakalbėti apie tai, ką jie laiko svarbiu, ir tokiu būdu, kokį jie nori naudoti. Psichoterapeutams tai reiškia, kad jie vadovauja dialoginiam procesui, nenustatydami ir neatrinkdami temų, bet atsakydami į tai, ką pasako klientai. Sekančiame skyriuje, o taip pat ir viso šio straipsnio eigoje, pateiksime tokio atviro klausinėjimo pavyzdžius.

4 . Atsakas į kliento pasakymus

Psichoterapeutas įprastai skatina dialogą atsakydamas į kliento pasisakymus trim būdais, kurie kviečia tolimesniam atsakui. Tai apima (A) kliento žodžių naudojimą; (B) įsitraukimą į klausymąsi su atsaku ir (C) palaikant „susiderinimą“ su neverbalinėmis išraiškomis, įskaitant ir tylą.

A . Kliento žodžių naudojimas

Klinicistas aktyviai seka, ką sako klientas, ir integruoja paties kliento žodžius bei frazes į savo atsakymus. Žemiau pateiktas pavyzdys parodo, kaip psichoterapeutas tai daro, įsiklausydamas į tai, ką sako klientas, ir užduodamas klausimus ar kitaip komentuodamas. Tai, ką klientas yra sakęs anksčiau, yra įterpiama – panaudojant jų pačių žodžius – į psichoterapeuto atsakymus. Žemiau pateikiamas trumpas pavyzdys iš aukščiau minėto pradinio (įvadinio) susitikimo su L šeima, kurią sudaro Davidas, Tracy ir Jackas.

Kliento žodžių panaudojimo pavyzdys: L . šeima

Davidas: Aš nesitikėjau tiesioginio atsakymo.

Psichoterapeutas: Taip, jūs nesitikėjote tiesioginio atsakymo.

Davidas: Aš nesitikėjau atsakymo. Aš žinojau, kad yra Atviro dialogo mokymo programa. Aš negalvojau, kad bus tiesioginė galimybė. Aš galvojau, kad jūs tai atidėsite ateičiai. Aš buvau nustebintas. Tai leido man manyti, kad aš esu teisingame kelyje.

B. Atidus klausymasis, sukuriantis erdvę istorijoms, kurios dar nepapasakotos

Žodžių pakartojimo praktika natūraliai veda prie klausymosi, skirto atsakyti, arba prie klausymosi, kuris neturi specifinės darbotvarkės. Klausymasis, skirtas tam, kad atsakyti, dažnai sukuria atmosferą, kurioje klientas pradeda pasakoti svarbias asmenines istorijas, kuriomis anksčiau jie nesidalino, ar nesidalino lengvai su kitais asmenimis, ypač su profesionalais. Yra duomenų, kad psichoterapeuto atsakymai yra efektyvūs tada, kai, susitikimo eigoje patiriamas pokytis, o šis pokytis pasireiškia ramesne atmosfera. Pokalbis turi pauzes, tylą ir bendrai pasidalintą temų bei rūpesčių tyrinėjimą – ir atspindėjimą – dialoginiuose atoslūgiuose bei tėkmėje.

Susitikime su L. šeima, kurią sudarė Davidas, Tracy ir Jackas, psichoterapeutas klausėsi atspindėdamas. Jie kartojo žodžius ar trumpų sakinių pagalba siekė alternatyvių ir labiau viltingų perspektyvų (kartu naudojant daugybę „mmm...“). Atsakydami tėvai praplėtė savo sūnaus savybių spektrą, kas jiems suteikė vilties. Jie papasakojo keletą lemiamų ir netikėtų istorijų, kurių psichoterapeutai niekada net nebūtų galėję tikėtis išgirsti. Pavyzdžiui, tėvai papasakojo, kaip Jackas išgelbėjo gyvybę moteriai iš bendruomenės, kurioje jis gyveno, informuodamas personalą, kad ji turi savižudiškų ketinimų. Ši ir kitos patvirtinančios istorijos, papasakotos susitikimo metu, apibūdino Jacką kaip asmenį, kuris gali veikti padėdamas ir gelbėdamas kitus, o ne kaip asmenį, kuriam reikia kitų pagalbos ir apsaugos. Kai šios istorijos buvo papasakotos Atviro dialogo klinacistams ir jų išgirstos, buvo sukurtas pozityvesnis identitetas ir atsivėrė naujos galimybės, kurios buvo skirtos Jacko pasveikimui, ir kurios nebuvo įtakotos jo diagnozių.

C. Neverbalinis susiderinimas, įskaitant ir susiderinimą su tyla

Psichoterapeutas parodo savo susiderinimą su kliento neverbalinėmis komunikacijomis. Labai svarbu, kad tai apima tylos pokalbyje toleravimą.

Labai svarbu atkreipti dėmesį, kas yra komunikuojama kūno kalba, ne tik žodžiais. Žemiau pateikiamas pavyzdys iš jau minėto susitikimo; jame psichoterapeutas grįžta į ankstesnį susitikimo tašką, kad sugrąžinti ankstesnį susitikimą su Jacku.

Pavyzdys atvejo, kai atsakoma į neverbalinę komunikaciją: L. šeima

Psichoterapeutas Nr. 1 (kreipiasi į Jacką): Kai aš pirmą kartą tave sutikau priimamajame ir pasiūliau paspausti ranką, tu pasakei: „Ne, aš nespaudžiu rankų...“ Padėkite man suprasti: kodėl su nespaudi rankų?

Jackas: Aš nemanau, kad norėčiau tave paliesti.

Psichoterapeutas Nr. 1: Ak, tu nenori liestis.

Jackas: Ne.

Aukščiau pateiktame pavyzdyje sąveika su kitais paaiškėjo iš Jacko aiškiai žodžiais įvardinto jo saviraiškos pasirinkimo pagrindu fizinių apraiškų pagalba, tokių kaip sėdėjimas už rato ribų ar išėjimas iš kambario, iškilus jautrioms temoms. Tuo pačiu metu, tokios neverbalinės

apraiškos gali būti vertinamos kaip simptomai, tačiau paties susitikimo metu jos yra gerbtinos kaip svarbi komunikacija.

Tokiu būdu psichoterapeutas pastebi kliento gestus ir judesius, jo kvėpavimą, balso tono ar aukščio pasikeitimą, veido išraiškas, pasisakymų ritmą ir pokyčius šiame ritme. Jei psichoterapeuto frazė sukelia pauzę kliento kvėpavime, tai turi kažkokią prasmę. Tai gali parodyti, kad klausimas buvo pernelyg sunkus ar reiklus, ir taip užkirto kelią naujoms galimybėms atsirasti.

Tylos toleravimas psichoterapinių pašnekusių metu gali būti svarbi psichoterapinio susiderinimo forma, nes tyla dažnai pasiūlo kūrybišką preliudą dar nepapasakotoms istorijoms bei naujų balsų atsiradimui. Leistina tylos trukmė negali būti kiekybiškai apibrėžta, bet turi būti pajusta pasidalintame kontekste. Tokie esminiai rodikliai turi būti psichoterapeuto būti pastebėti ir atsakyti, viliantis kiek įmanoma suprasti tai, ką pasako klientas.

5. Esamo momento akcentavimas

Klinicistas akcentuoja esamą momentą esamame susitikime. Tame yra dvi susijusios dalys: (A) reaguojant į momentines reakcijas, kurios įvyksta pokalbio metu; ir (B) leidžiant pasireikšti kylančioms emocijoms.

A. Reagavimas į momentines reakcijas

Tai reiškia pasirinkimą labiau reaguoti į kliento momentines reakcijas, kurios įvyksta čia ir dabar terapinėje sąveikoje, o ne į jų pasisakymus apie tai, kas įvyko už psichoterapijos kambario ribų. Paprastas to pavyzdys gali būti susitikimas su Jacku ir jo šeima ir ištrauka apie rankų paspaudimą.

B. Kylančių emocijų priėmimas

Sudėtingesnė dimensija empatizuojant esamajame momente atsiranda, jie klientas, kalbėdamas jautria tema, tampa emociškai sujaudintas. Kai kyla tokios emocijos, kaip liūdesys, pyktis ar džiaugsmas, psichoterapeuto užduotis yra sukurti joms saugią erdvę, tačiau nepateikti momentinės tokių emocijų išsikūnijusių reakcijų interpretacijos. Žemiau pateikiamas to pavyzdys:

V. pora: dabartinio momento, esant intensyvioms emocijoms, akcentavimas

Margaretė buvo 25 metų amžiaus moteris, kurios darbingumas dėl depresijos buvo ribotas. Ji ir jos vyras Henry atėjo į antrą savo poros terapijos sesiją. Pirmosios sesijos metu daugiausia buvo kalbama apie Margeret simptomą – sunkią depresiją. Antrosios sesijos pradžia atrodė gan chaotiška ir įtempta. Psichoterapeutas Nr. 1 prisiminė, kaip Margaretė ir Henry penkias minutes užtruko, kol įėjo į kliniką. Atrodo, kad prieš tai buvo kažkoks sąmyšis, ir Henry turėjo įtikinti Margaretę, kuri atrodė gan nusiminusi ir sujaudinta, ateiti į kliniką. Terapeutas paklausė Henry, kaip jam sekasi. „Gana gerai“, atsakė Henry. Psichoterapeutas pasisuko į jo žmoną:

Psichoterapeutas Nr. 1: „Margarete, o kaip jūs?“

Margaret: „Na, aš jaučiuosi įvairiai. Aš nenorėjau šiandien čia ateiti. Įprastai aš nesu tokia...“

Psichoterapeutas Nr. 1: „Jūs nenorėjote šiandien čia ateiti. Ar dėl kažkokios konkrečios priežasties, ar...?“

Margaret: „Aš galvoju, kad aš tiesiog pernelyg daug dirbu ir esu pavargusi“.

Psichoterapeutas Nr. 1: „Mmm“.

Margaret atsakymas savyje talpino tris tarpusavyje nesusijusius pasisakymus. Psichoterapeuto atsakymas – „jūs nenorėjote šiandien čia ateiti?“ – buvo atsakas į vieną iš Margaretės pasisakymų, o ne į kitus du. Tai nebuvo jos emocijų pasireiškimo komentaras, tačiau buvo nukreiptas į specifinį susirūpinimą, kuris aktyviausiai reiškesi duotuoju momentu, t. y. „nenorėjimas ateiti“, ir tai buvo pakvietimas būti dialoge.

6. Dauginių požiūrių iššaukimas: polifonija

Atviro dialogo siekiamybė yra ne konsensusas, bet daugelio požiūrių bei balsų sugretinimas ir kūrybiškas pasikeitimas jais, net jei tarp žmonių ar žmoguje yra įtampa. Yra dvi dauginių požiūrių, arba polifonijos, dimensijos: (A) vidinė ir (B) išorinė. Išorinės polifonijos metu psichoterapeutas kiekvieną įtraukia į pokalbį, drąsindamas visus balsus būti girdimais ir gerbtiniais, tuo pačiu metu integruodamas nekongruentišką kalbą ir generuodamas dialogą vietoj monologo. Esant vidinei polifonijai, psichoterapeutas klauso ir kiekvieną asmenį padrašina įvairiais būdais kalbėti apie jų asmenišką požiūrį ir patirtis.

A. Išorinė polifonija

Kiekvienas turėtų būti išklausytas, ir kiekvienam turėtų būti suteikta galimybė kalbėti- ne tik asmeniui, kuris identifikuotas, kaip turintis problemų ar simptomų. Susitikimo metu patiriant ar „išgyvenant“ balsų polifoniją, balsų gausą, klinicistas turi išlikti jautrus kiekvieno esančiojo atžvilgiu ir iš kiekvieno išgirsti svarbias aptarinėjamas temas. Tiek pirmajame pavyzdyje su L. šeima, susidedančia iš Davido, Tracy ir Jacko, tiek antrajame su pora, Margarete ir Henry, psichoterapeutas užtikrino, kad kiekvienam asmeniui būtų suteikta galimybė pasisakyti. Kalbant apie Jacko šeimą, tai buvo jų visų balsų „supynimas“ į bendrą supratimą apie jų bendrą izoliaciją, o ne susitelkimas į nemalonią Jacko padėtį. Toliau seka pavyzdys iš Margaretės ir Henry psichoterapijos.

Išorinės polifonijos pavyzdys: V. pora

Antrosios sesijos metu Margaretė ir Henry padarė pažangą, judėdami nuo savo sumišusios ir konfliktiškos situacijos link labiau konstruktyvios diskusijos apie jų skirtingumus. Kaip jau minėjome, Margaretė sesiją pradėjo būdama nusiminusi ir sujaudinta. Jau pačioje sesijos pradžioje ji pareiškė, kad jos vyro niekada nėra namuose. Psichoterapeutas - panaudodamas jos pačios žodį - atsakė, naudodamas

aštrų toną ir direktyvumą, kuris atitiko jos žodžių emocinį intensyvumą: „Ką reiškia „niekada“?“ Po šio momento buvo stebimas akivaizdus poslinkis. Vietoj to, kad toliau demonstruotų vis augantį nelaimingumą, Margaret pradėjo pagarbiau kalbėti su psichoterapeutu, tarsi jaustų, kad sesija suteikia jai galimybę būti išgirstai. Henry taip pat pasikeitė po psichoterapeuta komentaro ir pradėjo save reikšti aiškiau ir kategorišku tonu, kuris skyrėsi nuo jo žmonos. Iki šio pokyčio Henry komentarai buvo beveik padriki. Psichoterapeutui tęsiant pastangas pateikiant atsaką įtraukti kiekvieną iš pašnekovų, atsirado dialogas ne tik tarp psichoterapeuta ir kiekvieno iš pašnekovų, bet ir tarp partnerių. Pirmą kartą jie pradėjo kalbėti iš skirtingų „aš“ pozicijų, į savo partnerį kreipdamiesi „tu“. Jie sugebėjo kiekvienas išlaikyti savo skirtingų perspektyvų aiškumą ir išklaudyti bei išgirsti kito žmogaus perspektyvą. Nors iš pirmo žvilgsnio ir nesutariantys, vis dėlto jie pradėjo derėtis, siekdami naujų savo pagrindinio konflikto sprendimo būdų. Tokiu būdu mažas pašnekėsio segmentas pakeitė visą kontekstą į dialogišką ir polifonišką.

Kita esminė polifonijos principo dimensija yra klinicisto gebėjimas integruoti kitų profesionalų ir socialinio tinklo narių kalbą, kuri yra dirginančiai nekongruentiška dialogiškam darbo principui. Tokie nekongruentiški komentarai įvyksta ne kiekvienos sesijos metu, tačiau tokių pastabų valdymas yra toks svarbus polifoniško pašnekėsio elementas, todėl mes jį pristatome. Čia pateikiamas trečiasis pavyzdys – P. šeima.

Atvejis: nekongruentiškų pastabų integravimas: P. šeima

P. šeima siekė pagalbos savo 25 metų amžiaus sūnui Christopheriui, kuris prieš kelis metus, paskutiniaisiais savo studijų koledže metais, patyrė ūminės psichozės epizodą. Jo tėvai, 60 metų Johnas ir 56 metų Sheila tuo metu skyrėsi, kai Christofer patyrė savo krizę, iki dabar išliko kovojantys tarpusavyje ir susvetimėję. Sheila buvo mokytoja ir turėjo stabilų darbą, o Johnas buvo bedarbis stalius. Christoferio psichozės metu jo tėvai prieš jo valią buvo jį hospitalizavę privačioje universiteto ligoninėje, kurioje jo gydymas visų pirma buvo farmakologinis. Jam nesisėkė išsaugoti savo darbą, ir nuo tada jis gyveno namuose su savo motina Sheila. Christoferis išliko įsižeidęs ir piktas dėl patalpinimo į ligoninę ir dėl ten gauto gydymo.

Viename ir socialinio tinklo susitikimų pirmą kartą per visą laiką dalyvavo ilgalaikis šeimos pirminės sveikatos priežiūros gydytojas. Jis išliko Johno gydytoju ir patikėtiniu, kai tuo tarpu Sheila ir Christoferis jo nebelaikė savo gydytoju. Visi- Sheila, Johnas ir Christoferis dalyvavo šiame susitikime. Gydytojas pačioje susitikimo pradžioje trumpai pasakė: „Yra trys dalykai, kurių reikia tokioje situacijoje, kaip ši: vaistai, kognityvinė- elgesio terapija ir šeimos psichoterapija“. Christoferis staiga išraudo, susigūžė ir atrodė sutrikęs. Atviro dialogo klinicistas žinojo, kad šis jaunas vyras išgyveno ypatingai neigiamą vaistus liečiančią patirtį ligoninėje, ir jautėsi geriau jų nevartodamas. Tuo pačiu metu jo tėvai rimtai nesutarė vaistų klausimu. Klinicistas atsakė gydytojui, tardamas: „Papasakokite man truputį daugiau, kaip jūs padarėte tokią išvadą?“ Gydytojas nutilo ir atspindėjo: jis kreipėsi į Christoferį,

atrodo, jausdamas pastarojo diskomfortą: „Aš atsiprašau; manau, kad aš padariau klaidą pradėdamas nuo šių trijų dalykų“. Vėliau susitikime psichoterapeutas grįžo prie idėjos apie individualią kognityvinę- elgesio terapiją bei vaistus ir visiems dalyvaujant aptarė šias rekomendacijas.

Priežastis, kodėl gydytojo rekomendacijos buvo nesuderinamos su dialogišku požiūriu, buvo tame, kad jis pradėjo susitikimą nuo monologinės pozicijos - eksperto, žvelgiančio iš aukšto žemyn, pozicijos, kuri sukėlė diskomfortą, o ne nuo bendradarbiaujančio klausymosi, kuris leistų pasisakyti kiekvienam.

B. Įtraukti kliento dauginę vidinę polifoniją, ar balsus

Psichoterapeutas klausosi ir įtraukia skirtingus kliento požiūrius ir balsus. Tai gali būti ir galimai tarpusavyje konfliktuojantys požiūriai ir balsai, išsakyti to paties asmens. Aukščiau pateiktas pavyzdys apie pirminės sveikatos priežiūros mediką iš tiesų yra pavyzdys to, kaip pasiekti „vidinę polifoniją“. Visų pirma gydytojas kalbėjo iš savo profesinės pozicijos kaip visa žinantis ekspertas, kas vedė prie netyčinės spragos empatizavime su Christoferiu. Vėliau jis panaikino šią spragą, jautriai pasisakydamas apie Christoferio jaučiamą diskomfortą. Šiuo atveju gydytojas pats kalbėjo daugiau, negu vienu balsu: pirmuoju - eksperto, kuris naudoja bendras žinias, ir antruoju, priklausančiu empatiškam klinicianui, kuris atsako į esamą interakciją. Tokio pobūdžio pokytis yra raktas į Dialoginę praktiką.

Interviu su klientais metu psichoterapeutas klausia apie nesančius šeimos narius. Tai yra dar vienas būdas sukelti vidinės polifonijos pasireiškimą. Įprastas klausimas yra: „Jei X būtų čia, ką jis ar ji pasakytų apie čia aptariamą temą?“ Tai hipotetinio klausimo pavyzdys. Tokio klausimo tikslas yra leisti klientui įsivaizduoti pokalbį su svarbiu ir reikšmingu jo gyvenime asmeniu, kuris negali dalyvauti susitikime. Tokiu būdu svarbių asmenų balsai tampa išorinio pašnekesio dalimi, o kliento vidinis dialogas tampa prieinamas naujai peržiūrai ir atspindėjimui. Kartais jau pats klausimas provokuoja spontanišką pokytį kliento iškeltoje dilemoje, susijusioje su nesančiu asmeniu. Stiprus to pavyzdys, kuris pateikiamas iš L. šeimos sesijų, įvyko ne pirmo susitikimo metu, o vėliau.

Nesančių asmenų įtraukimo atvejo analizė: L. šeima: vidinė polifonija ir nesančių narių, kaip balsų, įtraukimas į vidinį dialogą

Šis pavyzdys iš L. šeimos, apie kurią buvo kalbėta anksčiau: Davidas, Tracy ir jų 32 metų amžiaus sūnus Jackas. Gydomo proceso eigoje staiga mirė Tracy. Davidas gedėjo ir buvo prislėgtas. Jo giliausio sielvarto metu jis kartą paklausė, ar Tracy galėtų vis dar būti gyva, jei jis labiau būtų užsiėmęs gydymo jai paieškomis, o ne taip labai įsitraukęs į naują gydymo metodą skirtą Jackui.

Susitikime Psichoterapeutas Nr. 2 paklausė: „Jei Tracy būtų čia dabar, ką ji pasakytų apie tavo sprendimą skirti savo pastangas pagalbos Jackui gavimui?“ Davidas pagalvojo ir pasakė, kad Tracy buvo laiminga, kad paskutinius savo metus jie praleido lankydami šiuos susitikimus kaip šeima. Ji pasakė Davidui, kad jos onkologas jai yra sakęs, jog panašu ji pragyvenusi ilgiau, kad užtikrintų, jog Jackas būtų geresnėje

vietoje prieš jai paliekant pasaulį. Jackas dalyvavo, kai Davidas kalbėjo apie tai, kad Tracy jautė, jog Jacko reikalai taisosi, jog jis turi ateitį, ir kad tai, panašu, padėjo prailginti Tracy gyvenimą, vietoj to, kad pagreintų jos mirties procesą.

7. Orientacija į santykius dialoge

Interviu su klientais metu dialoginis psichoterapeutas yra orientuotas į darbą su temomis ir problemomis santykių rėmuose. Pavyzdžiui, kai šeimos narys yra piktas ir kritikuojantis profesionalą, tai nevertinama, kaip „asmenybės sutrikimo“ pasireiškimas, bet kaip jų reakcija į esamus santykius ir specifinė sąveika su profesionalu, taip jų pyktį paverčiant vienu iš polifoninio pokalbio temų.

Klausimai apie santykius yra viena į santykius orientuoto mąstymo atšaka ir klausiami, kad įnešti didesnio aiškumo į situaciją. Tai gali būti pasiekta, pavyzdžiui, užduodant klausimus, kurie skirti daugiau negu vienam asmeniui, apibrėžia santykius šeimoje ir išreiškia susidomėjimą problema ar simptomu santykių kontekste. Anksčiau aptarto susitikimo su Jacko šeima metu vienas iš klinikistų paprašė Jacko tėvus apibūdinti, kiek laiko procentais jie skyrė rūpinimuisi Jacku, lyginant su laiku, kurį jie skyrė savo santykiams ir savo gyvenimams. Šis klausimas liečia santykius, nes jis įtraukia kelis dalyvius į diskusiją, kurioje santykiai gali tapti labiau apibrėžtais ir diferencijuotais, vietoj to, kad dar labiau susipainiotų.

Atviraime dialoge yra daug į santykius orientuotų klausimų, kurie įtraukia į sisteminius, į sprendimus orientuotus, naratyvinius ir psichodinamiškai orientuotus pokalbių variantus. Pavyzdžiui, mes galime užduoti taip vadinamus „cirkuliarinius“ klausimus, kurie pirmą kartą buvo įvesti Milano sisteminės terapijos mokyklos komandos (Boscolo, Cecchin, Hoffman, & Penn, 1987). Tokie klausimai skirti skirtingumui pabrėžti ar santykiams šeimoje atskleisti. (Gilesnė diskusija apie cirkuliarinius klausimus pateikiama 10-ame skyriuje: Atviras dialogas ir šeimos psichoterapija).

Atviraime dialoge mes neužduodame šių klausimų, kaip ir jokių kitų klausimų, kaip dalies struktūrinio interviu metodikos ar kaip iš anksto suplanuotos klausimų sekos, kuri vestų prie meistriško intervencijos sukūrimo. Tokie struktūruoti metodai veda prie monologiniu sekų, o ne prie dialogiškai struktūruotų sąveikų. Vietoj to Dialoginėje praktikoje klausimai iškeliami kaip atsakymai, kurie, tikimasi, rezonuos su unikaliomis pokalbio galimybėmis; ir taip klausimai panaudojami kūrybišku, improvizuojančiu būdu ir atveria naujus kelius visų balsams ir apraiškoms. Mes sukūrėme terminą „į santykius orientuotas klausinėjimas“, kad apibūdinti tokią dialoginio klausinėjimo rūšį.

Cirkuliarinių klausimų naudojimo atvejo analizė: F. Šeima

Cirkuliarinių klausimų panaudojimo pavyzdys yra pateikiamas iš susitikimų su kita šeima, susidedančia iš tėvų - Miko, verslo vykdantysis direktorius, ir Annos, konsultantės, ir dviejų jų vaikų: 18-metės Carlos ir 16 metų amžiaus Joe. Carla buvo hospitalizuota po to, kai ji pasisakė savo broliui, kad svirplys jai liepė iššokti iš verandos, esančios šalia jos miegamojo trečiame aukšte. Ligoninėje psichiatras šeimai pasakė, kad jų dukrai yra cheminis disbalansas smegenyse. Ji buvo gydoma didelėmis vaistų dozėmis. Vaistai panaikino jos

„psichozinį“ balsą, ir Carla toliau buvo psichiatrų prižiūrima ambulatoriškai. Senelis iš motinos pusės manė, kad šeimai būtų naudinga pabandyti Atviro dialogo psichoterapiją.

Šiame pavyzdyje pateiktas antrasis psichoterapeutų susitikimas su šeima. Tėvas pradėjo nuo minties apie „cheminį disbalansą“ smegenyse ir atrodė labai sudirgęs dėl to, kad reikia dalyvauti šeimos susitikimuose, ypač tokiuose, kurie atrodė skirti „procesui“, o ne „konkrečioms žingsniams“. Išklause ir priėmęs tėvo požiūrį, psichoterapeutas uždavė šeimai skirtumo, arba cirkuliarinį klausimą, t. y. klausimą apie sutikimą, o ne apie prieštaravimą: „Kas dar šeimoje sutinka su tėvo nuomone apie šeimos susitikimus?“ Joe pasakė: „Na, yra kitų dalykų, kuriuos aš galėčiau veikti“. Carla pasakė, kad ji sutinka su tuo, kad ji turi cheminį disbalansą savo smegenyse ir kad jai reikia vartoti medikamentus, bet dalyvaudama pirmame šeimos susitikime ji „pasijuto mažiau izoliuota“. Motina atsakė:

„Aš nesutinku su Mike. Aš manau, kad kai aš galvoju apie mus visus keturis kartu, aš galiu suprasti, kodėl Carla girdi balsus. Aš manau, kad jos balsai yra mūsų visų bendras produktas... Aš negaliu to paaiškinti, bet aš manau, kad mes turime susitikinėti kaip šeima ir aptarti bet kokius išskylančius klausimus. Yra daugybė dalykų, apie kuriuos mes nekalbame, o turėtume kalbėti, tai ne tik pagalba Carlai, bet ir visiems mums. Taip, būtent tai aš galvoju“.

Carla, kuri sėdėjo šalia motinos, paėmė jos ranką, supynė judviejų pirštus ir pasikeitė su ja šypsena. Tokiu būdu pats klausimas apie susitikimus leido motinos balsui būti išgirstam šeimoje, kurioje tėvo perspektyva kartu su dominuojančiu psichiatrinio diskursu tapo pernelyg svarbi. Santykiai tarp tėvų tapo labiau apibrėžti, kai konfliktas tarp jų buvo aiškiai įvardintas. Dalinai dėl šio pokalbio buvo suformuota nauja gydomoji komanda, kurioje naujas psichiatras reguliariai dalyvavo kartu su Atviro dialogo psichoterapeutais. Esant tokiai situacijai šeima pasiekė nemenkų laimėjimų, ypač Carla, kuri pradėjo sveikti. Ji grįžo į mokyklą ir pradėjo pamažu mažinti savo psichotropinių vaistų dozes. Po maždaug 18 mėnesių tokio pobūdžio susitikimų Carlos tėvai kreipėsi dėl porų psichoterapijos. Carla individualiai lankėsi pas psichoterapeutą, toliau keliaudama savo gyvenimo keliu, sutikdama savo pirmąjį vaikina ir grįždama į mokyklą.

8. Dalykiškas atsakas į probleminį diskursą ar elgesį ir atidumas prasmėms

Dialoginėje praktikoje yra akcentuojamas „diskurso normalizavimas“ vietoj problemų patologizavimo, kas dažnai yra visko pradžia. Psichoterapeutas išklauso tam, kad gauti prasmingus ir „logiškus“ kiekvieno asmens atsako aspektus. Praktikoje tai reiškia, kad psichoterapeutas stengiasi komentuoti ir pateikti atsaką į tai, kas pasakyta, tokiu būdu, kuriame simptomas ar probleminis elgesys turi prasmę ar yra „natūralus“ atsakas į sudėtingą situaciją. Šis diskursą normalizuojantis pokytis žmonės priima, o ne ekskliuduoja, akcentuojant probleminio elgesio prasmę tam tikrame kontekste, neapibrėžia šio elgesio kaip „neteisingo“ ar „beprotiško“. Pokalbio normalizavimas turi panašumų su Milano sisteminės terapijos „pozityvios ar loginės konotacijos“ technika, nors pastaroji technika yra pateikiama kaip intervencija paaiškinimo šeimai forma. „Pokalbio normalizavimas“ yra subtilesnis procesas, tai tarsi supratimo ir atsako davimo raštas abipusio pasidalijimo pokalbyje. Jis taip

pat gali vykti, atrandant unikalias išeitis, ar išimtis „problemomis prisotintose istorijose“ (Olson, 2006; White, 2007). (Susipažinkite su 10-uju skyriumi, kuriame Atviras dialogas yra lyginamas su šeimos psichoterapija ir toliau apibūdinami skirtumai tarp pokalbio normalizavimo ir šeimos psichoterapijos intervencijų, tokių kaip „naujų rėmų suteikimas“ ir „pozityvi ar loginė konotacija“).

Kaip pavyzdį galima pateikti ankstesnes ištraukas iš susitikimų su L. šeima ir V. pora, kai normalus diskursas pakeitė patloginį, atsirandant bendrai prasmei. Pati pirmoji sesija, kuri pateikta aukščiau, leido atsirasti diskursui, kuris talpino Jacko ir jo šeimos izoliacijos ir susvetimėjimo nuo savo išeitinių šeimų istoriją į normalų kontekstą, kuriame jų patirtis tapo suprantamesne. Panašiai sesijoje su Margaret ir Henry Margaret simptomai per diskursą tapo sujungti su normaliu jaunos poros, esančios „tarp dviejų šeimų“, kontekstu, ypač akcentuojant sutuoktinio lojalumo ryšį su jo motina.

9. Kliento žodžių ir istorijų, o ne simptomų, akcentavimas

Dialoginė praktika kviečia pasidalinti tuo, kas įvyko žmogaus gyvenime, - patirtimis, mintimis, jausmais - vietoj to, kad pasakoti apie simptomus. Istorijų pasakojimas gali prasidėti lengvai, arba tai gali pareikalauti labiau sąmoningų kalbos paieškų. Atsivėrimai vieno žodžio ar sakinio dalies pavidalu gali būti raktiniai žodžiai, turintys dideles sąsajas su problemine situacija. Psichoterapeutas nusitaiko į šiuos žodžius, leidžiančius patekti į žmogaus kančios istoriją. Tai dalis didesnio proceso, kurio metu gimsta bendra kalba ir dar didesnė istorija.

Tokiu būdu sunkūs simptomai gali būti suprasti kaip neišreiškiamų ar nepasakomų dilemų įsikūnijimas. Jų šaknys dažnai yra siaubingose, dažnai traumuojančiose patirtyse, kurios priešinasi įprastinei kalbai ir įprastiniams gebėjimams išreikšti patirtį pasakojimo būdu. Pavyzdžiui, haliucinacijos gali būti kitokiu būdu neišreikštinų patirčių išraiška. Asmuo, kuriam pasireiškia sunkiausi simptomai, gali turėti menkiausią kalbos gebėjimą. Daugiau laiko turėtų būti skiriama bendrauti su aštriausius simptomus demonstruojančiu asmeniu, kurio balsas gali būti pats nerišliausias ir, tokiu būdu, pats silpniausias. Susitikimuose, kurie vyksta krizinių situacijų metu, sunkiausios ir, atitinkamai, svarbiausios temos dažnai yra atskleidžiamos vienu asmens pasakytu žodžiu, o ne perteiktos išsamios istorijos pavidalu. Toks vieno žodžio pasakymo tipas gali skambėti keistai, gali būti kartojamas ir apverstas, ar lengvai psichoterapeuto pakeičiamas tol, kol atsiranda labiau bendras žodis. Tikslas yra pasiekti bendresnius supratimus, kurie išreiškia žmogaus patirtį, kas padarytą tą patirtį labiau suprantama ir tokiu būdu suteikiančia naujas galimybes visiems. Dažnai tai reiškia, kad žmogui pasakojant savo istoriją, reikia susitelkti į mažas detales jo pateikiamuose apibūdinimuose to, kas atsitiko, ar to, kas vyksta terapijos kambaryje.

Istorijų, o ne simptomų, akcentavimo atvejo pavyzdys: P. šeima

Šis pavyzdys yra iš sesijų, vykusių su 25 metų amžiaus Christopheriu. Mes jau anksčiau apie tai kalbėjome, kai nagrinėjome socialinio tinklo susitikimus, dalyvaujant šeimos gydytojui. Christopheris trijų metų eigoje kentėjo dėl besitęsiančios krizės. Psichoterapeutai susitiko su jo tėvais - Johnu ir Sheila, kurie

buvo išsiskyre, ir su Christopheriu, kuris studijų koledže laikotarpiu patyrė psichozinį epizodą, po kurio pilnai nepasveiko. Jis turėjo sunkumų tvarkantis su savo reikalais ir gyveno su savo motina. Psichoterapeutas Nr. 1 prisijungė prie šio susitikimo kaip konsultantas.

Psichoterapeutas Nr. 1: Taigi... Nuo ko turėtume pradėti? (Žiūri į Christopherį)
Suprantu, kad tai jau ne pirmas jūsų susitikimas, tačiau gal galėtumėte ką nors pasakyti mums? Kas jūsų manymu čia vyksta?

Christopheris: Savaime suprantama. Taigi, maždaug penkis metus, prieš penkis metus aš pajutau tam tikrą painiavą savo galvoje, kilo mintis, kad tai depresija, tačiau... hm... aš ...hm patyriau sunkumus susikaupti po to, kai aš grįžau iš semestro praleisto užsienyje, visą gyvenimą man viskas sekėsi gerai, žinote, prieš tai, hm... tada aš išvykau į savo priešpaskutinių metų studijas užsienyje, priešpaskutinių metų rudens semestras, rudens semestras, iš koledžo, man dvidešimt penki metai, taigi, ir aš studijavau koledže keturis metus, hm... po to kai aš grįžau atgal, man prasidėjo problemos, kažkokia depresija, tiesiog problemos susikaupti paskaitose, ir tiesiog bendrai aš buvau nelaimingas, dėl savo psichikos būsenos, hm... daug minčių sukosi galvoje, geriausiai aš tai galiu apibūdinti kaip neapibrėžtas, neapibrėžtas mąstymas, taigi, hm... panašu, hm... tai, kas vyko paskutinius penkis metus, taigi, hm..., taip, hm...

Psichoterapeutas Nr. 1: Jūs pasakėte, kad buvote nelaimingas?

Christopher: Taip, nelaimingas...

Psichoterapeutas paklausė kiekvieno iš tėvų, kaip jie supranta situaciją. Kiekvienas iš jų turėjo skirtingas perspektyvas. (Tai ir išorinės polifonijos pavyzdys.) Motina papasakojo, kaip ji gyveno su Christopheriu ir stebėjo jo gyvenimo „baimę“. Jos supratimu dabartinę situaciją sukėlė „tylos kodas“, kuris tvyrojo jų šeimoje tuo metu, kai Christopher augo. „Tylos kodą“ ji suprato kaip tai, kad problemos šeimoje retai kada buvo aptariamoms atvirai. Tėvas su tokiu požiūriu nesutiko ir teigė, kad problemos atėjo iš Christopherio vaikystės ilgalaikių sunkumų dėl negebėjimo suprasti „socialinės komunikacijos“. Christopheris metė iššūkį savo tėvo požiūriui. Psichoterapeutas tada vėl kreipėsi į Christopherį ir paprašė jį plačiau pakomentuoti, kaip jis supranta situaciją. Christopheris atsakė „sudaužyta širdis“. Christopherio žodis buvo „sudaužyta širdis“. Psichoterapeutas pakartojo žodį. Psichoterapeuto atsakas buvo kvietimas Christopheriui papasakoti savo istoriją, kaip jis įsimylėjo mergaitę savo studijų užsienyje metu ir kaip jis turėjo ją palikti grįždamas į JAV. Jis galvojo, kad tai buvo pagrindas viskam, kas įvyko, ir tam, kad jo gyvenimas, kaip sakė jo motina, tapo „paralyžuotas“. Atskiri šeimos narių balsai ir požiūriai šioje diskusijoje išliko polifoniškai skirtingi, be to nebuvo išskirta viena perspektyva, kuriai

psichoterapeutas būtų suteikęs viršenybę prieš kitas. Tačiau psichoterapeutas praleido daug laiko sesijos metu padėdamas Christopheriui papasakoti savo „sudaužytos širdies“ istoriją.

10. Profesionalų tarpusavio pokalbiai gydomuosiuose susitikimuose: refleksinis procesas, gydomųjų sprendimų darymas ir kvietimas atgaliniam ryšiui

Kiekvieno susitikimo metu reikėtų akcentuoti profesionalų tarpusavio pokalbius. Tai darant jiems rekomenduojama žiūrėti vienas į kitą, o ne į šeimą ar kurį nors kitą dalyvį.

Yra trys pokalbio, sėdint prieš šeimą, dalys. Pirmosios dvi gali būti sukeičiamos; tačiau trečioji visada vyksta po profesionalų dialogo. Visų pirma vyksta refleksinis procesas, į kurį psichoterapeutas įsitraukia, atspindėdamas savo paties idėjas/paveikslus/ asociacijas, dalyvaujant klientui ir šeimai. Antra, susitikimo metu planuojant gydymą, analizuojant problemas ir atvirai aptariant rekomendacijas liečiančias vaistus ir hospitalizacijos poreikį, psichoterapeutas kalba su kitais profesionalais. Ir trečia, šeima komentuoja tai, ką pasakė profesionalai. Tai reiškia, kad po refleksijų vienas iš psichoterapeutų pakviečia šeimą ir kitus socialinio tinklo narius atsakyti į tai, ką jie išgirdo.

A .ir B. Refleksijos kaip idėjos/paveikslai/ asociacijos ir planavimas

„Refleksinės kalbos“ tarp profesionalų gydymo susitikime ir šeimos akivaizdoje buvo inicijuotos Tomo Anderseno 1991 metais. Kita versija yra „refleksinė kalba“ pasiūlyta Seikkula ir Arnkilo (2006). Abu refleksijos tipai yra priimtini komandiniuose susitikimuose Dialoginėje praktikoje. Refleksinis procesas (ar kalba) vyksta tarp profesionalų, dalyvaujant šeimai. Andersenis iš pat pradžių pasiūlė aiškiai apibrėžtą kaitaliojimą terapinio pokalbio metu - nuo kalbėjimo link klausymosi. Tai vyksta dalyvaujant „refleksinei komandai“ (įprastai trimis profesionalams), kurie sėdi atskirai, tačiau tame pačiame kambaryje su šeima ar už vienkrypčio veidrodžio. Tam, kad paversti šį procesą įvairesniu ir spontaniškesniu, Tomas Andersenis ir Suomijos komanda laipsniškai pradėjo taikyti mažiau struktūruotą refleksinį procesą, kaip pastoviai vykstančią pokalbio tėkmę.

Kaip minėta, kalba tarp profesionalų apima tiek refleksijas apie idėjas, paveikslus, jausmus ir asociacijas, kurios klausantis kilo jų pačių galvose ir širdyse, tiek gydymo planavimą. Tikslas yra sukurti susitikimo erdvę, kur psichoterapeutai gali klausytis savęs ir taip turėti galimybę prieiti prie savo vidinių dialogų. Taip pat tai leidžia klientui klausytis, nepatiriant spaudimo atsakyti į tai, ką sako profesionalai. Sekant Tomo Anderseno (1991) rekomendacijomis, padedantieji naudoja ne žargoną, o įprastinę kalbą, kuri pagrįsta šeimos pasiūlytomis temomis. Tai vadinama „kalbėti labiau kaip klausytojui, o ne kaip autoriui“ (Seikkula ir Olson cituoja Lyotard, 2003).

Atvejo apie refleksinį pokalbį tarp profesionalų pavyzdys: L. šeima

Dar kartą grįžkime prie pirmojo susitikimo su L. šeima, susidedančia iš Davido, Tracy ir Jacko, kuriame profesionalai tarpusavyje kalbėjo šeimos akivaizdoje, ir šioje kalboje jie visų pirma įsitraukė į refleksijas ir tik po to aptarė klausimus susijusius su gydymu. Psichoterapeutas Nr. 1 pradėjo dialogą, paklausdamas šeimos: „Ar jūs nieko prieš, jei aš

persimesiu keliais žodžiais su savo kolega?“ Tėvai atsakė, kad jie ne prieš. Psichoterapeutė Nr. 2 pradėjo reflektuoti apie tai, ką ji išgirdo, ir apie visus tuos gerus dalykus, kuriuos tėvai pasakė apie Jacką, panaudodama pasakytus žodžius: „jautrus“, „mylintis“, „spindintis“, „ginantis“ ir t.t. Ji taip pat pakartojo pozityvių istorijų fragmentus. Psichoterapeutas Nr. 1 pratęsė sakydamas, kad jam patiko, kaip Jackas dalyvavo pokalbyje, likdamas šiek tiek nuošalėje ir klausydamasis. Psichoterapeutas tęsė toliau ir palietė gydymo temą bei pastebėjo, kad tėvai šiek tiek pasimetę, ar jie ieškos Jackui galimybių gyventi padedamam ar taikys Atvirą dialogą. Šis pastebėjimas vedė prie tolimesnio pokalbio tarp psichoterapeutų, kuris apėmė tolesnes refleksijas apie santykius tarp šeimos narių ir praktinius sprendimus. Jackas ir jo tėvai nusprendė, kad jie norėtų dar susitikti su šiais psichoterapeutais.

C. Šeimos komentarai apie refleksijas

Po to, kai psichoterapeutai pateikia savo refleksijas, šeima turėtų turėti erdvės pasisakyti, ką jie galvoja apie psichoterapeutų diskusiją. Prašymas pakomentuoti profesionalų pokalbį šeimai suteikia balsą jų pačių ateityje. Taigi, Psichoterapeutas Nr. 2 paklausė L. šeimos: „Aš galvoju, ar jums kilo kokių nors minčių apie mūsų komentarus? Kas jus sukretė? Su kuo jūs sutinkate? Ar yra kas nors, su kuo jūs nesutinkate?“

Tracy atsakė tardama: „Aš manau, kad jūs pataikėte kaip pirštu į akį. Jis (Jackas) prižiūri mus. Aš nesupratau iki šiol, kad mes taip pozityviai vertiname Jacką. (Jackas juokiasi). Bet mes tai darome“. Jackas ir Tracy pasikeitė žvilgsniais ir abu nusijuokė. Davidas reagavo į žodį „pasimetę“, kurį prieš tai panaudojo psichoterapeutas Nr. 1, ir su psichoterapeutais aptarė įvairius praktinius klausimus.

11. Skaidrumas

Visi gydomieji pokalbiai yra bendri visiems pokalbio dalyviams. Kiekvienas socialinio tinklo narys yra lygiavertis diskusijose ir pasikeitime informacija. Tai reiškia, kad visos diskusijos apie hospitalizaciją, vaistus ir gydymo alternatyvas vyksta dalyvaujant visiems. Dažnai skaidrumas pasireiškia kaip refleksijų bruožas. Kaip matome aukščiau pateiktame L. šeimos pavyzdyje, gydymo sprendimai pradžioje buvo pateikti kaip dalis dialogo tarp psichoterapeutų. Pavyzdžiui, psichoterapeutas reflektavo apie tai, kokius skirtingus gydymo kelius jis mato, taip labiau atverdamas idėjas diskusijai, o ne pateikdamas eksperto rekomendacijas.

Skaidrumą iliustruojantis atvejis: L. šeima

Psichoterapeutas Nr. 1: „Aš turiu jausmą, kad tėvai (Davidas ir Tracy) pasimetę savo pozicijoje apie tai, ką daryti... pasimetę tarp naujų idėjų ar ateiti čia ir toliau turėti dialoginius susitikimus, ir taip toliau. Tuo pačiu metu visa tai šiek tiek neužtikrinta. Kokia apimtimi tai yra sprendimas tėvams, ir kokia apimtimi tai yra sprendimas, kurį turi padaryti pats Jackas, ir kokia apimtimi tai yra klausimas, reikalaujantis psichoterapeuto ar kito profesionalo sprendimo? Taigi, atrodo, kad yra keli svarbūs dalykai tuo pačiu metu, ir tai tikriausiai sukelia tam tikrą pasimetimą...“

Šis momentas, kuris iliustruoja paskutinį elementą, t.y. neapibrėžtumo toleravimą, iššaukė tėvo atsakymą, kuris vedė į tėvų pozicijos išaiškėjimą, kurią jie apibrėžė kaip „nepasimetusią“. Abu tėvai ir Jackas išsirinko dialoginių susitikimų galimybę ir tolimesnį kitų kelyje pasitaikančių alternatyvų tyrinėjimą.

Užbaigiant pirmą ir dažnai sekančius susitikimus dialoginis psichoterapeutas įtraukia dalyvius į būsimo susitikimo struktūros planavimą. Įprastai naudojami tokie atviri klausimai, kaip: „Ar jūs norėtumėte susitikti dar? Ar jūs turite minčių kada? Ar žinote, kas galėtų ateiti sekantį kartą?“ Jei šeima atrodo dvejojanti, psichoterapeutas gali paklausti: „Gal jums labiau priimtina apie tai pagalvoti ir mums paskambinti?“ Aišku, jei susitikimų dalyviai ir dažnumas jau yra aptarti, tokie klausimai nebūtini.

12 . Neapibrėžtumo toleravimas

Neapibrėžtumo toleravimas yra vienas iš septynių esminių Atviro dialogo principų ir vienas iš pagrindinių Dialoginės praktikos elementų. Neapibrėžtumo toleravimas- esminis dialogo aspektas. Tai yra specifinis elementas, apibrėžiantis visus kitus elementus.

Atvirame dialoge yra esminė orientacija sukurti organišką krizės supratimą, esant kiekvieno indėliui (polifonija). Šis požiūris paremtas prielaida, o taip pat ir mūsų patirtimi, kad kiekviena krizė turi savo unikalius bruožus. Vengiama skubotų sprendimų ir greitų išvadų apie krizės esmę, diagnozę, vaistus ir gydymo organizavimą. Dar daugiau, mes nepateikiame šeimai ar atskiram asmeniui, esančiam krizėje jau paruoštų sprendimų, kaip specifinių terapinių intervencijų. Pagrindinė idėja, kuria turėtų remtis profesionalai krizių metu- reikia elgtis taip, kad šeimoje ir likusioje socialinio tinklo dalyje augtų saugumas. Tarp specifinių su tuo susijusių praktikų akcentuojama kontakto su kiekvienu susitikime dalyvaujančiu asmeniu svarba, taip pripažįstant ir įtvirtinant jų dalyvavimą. Toks pripažinimas sumažina nerimą ir sustiprina ryšius, o tokiu būdu ir saugumą. Greitų susitikimų su komanda galimybė ir susitikimų dažnumas, esant krizei, padeda socialiniam tinklui toleruoti krizės neapibrėžtumą, kadangi visa grupė dirba tam, kad atsirastų bendras supratimas apie tai, kas gąsdina žmones ir sukelia jiems stresą. Tokie bendri supratimai gali sukurti naujas tarpininkavimo formas.

Tęsiant ta pačia dvasia, pradinis dialoginio susitikimo taškas yra perspektyva, kad kiekvienas dalyvis yra svarbus ir priimamas be jokių išlygų. Tai reiškia, kad psichoterapeutas susilaiko nuo bet kokios kitokios nuomonės apie tai, ką klientai galvoja ar jaučia, apart jų pačių nuomonės. Mes neteigiame, kad mes geriau, negu šnekantieji, žinome, ką jie nori savo žodžiais pasakyti. Tokia psichoterapinė pozicija daugeliui profesionalų suformuoja esminį pokytį, kadangi mes įpratę galvoti, kad privalome interpretuoti problemą ir pasiūlyti kokias nors intervencijas, kurios pasipriešintų simptomams, sukeldamos pasikeitimus asmenyje ar šeimoje.

Neapibrėžtumo toleravimo pavyzdys

Helena, 46-erių metų moteris, ir jos vyras Benas pradėjo susitikimus su Atviro dialogo komanda savo namuose ūminės krizės laikotarpiu, kurios metu Helena patyrė

antrą psichozės epizodą savo gyvenime. Komandą sudarė psichiatras, slaugytoja ir psichoterapeutas. Viename iš susitikimų Helena pasakė:

„Tai buvo visiškai kitaip, lyginant su mano pirmąja psichoze prieš metus. Tada mes – mūsų šeima – susitikome su gydytoju, kurio pagrindinis tikslas buvo apklausti mano šeimos narius, kad sužinotų, kiek išprotėjusi aš esu. Tarsi aš ten nedalyvaučiau. Dabar viskas visai kitaip. Aš esu čia ir esu gerbiama. Ir man ypač patinka, kai gydytojas kalba su mano vyru ir aš suprantu, kaip mano vyras gerbia mane“.

Ji buvo hospitalizuota tradiciniame skyriuje prieš metus. Ligoninėje vyko susitikimas su šeima, bet panašu, kad susitikimo tikslas buvo nustatyti teisingą diagnozę. Gydytojo klausimai buvo nukreipti į tai, kad surinkti diagnostinę informaciją, vietoj to, kad klausyti ir sukurti ryšį. Tokia patirtis buvo trikdanti pacientę („tarsi manęs čia nebūtų“). Ji suformulavo skirtumą tarp to, ką patyrė anksčiau ir dabar, taikant Atvirą dialogą. Prieš metus buvęs interviu paliko įspūdį, kad ji neturi galios valdyti savo gyvenimą ir daryti gydomuosius sprendimus. Pastarieji dialoginiai susitikimai su komanda leido jos balsui būti išgirstam, o jai -jaustis priimtai.

Iš kitos pusės psichiatras šioje komandoje, kuriam toks darbo metodas buvo naujas, pasakė, kad kartais jis jautėsi labai neužtikrintas kas –jeigu kas nors – vyksta šio proceso metu. Šiuo atveju tai buvo būtent profesionalas, kuris neapibrėžtumą jautė intensyviausiai, kadangi gydymo procesas daugiau nevyko remiantis konkrečiais, suplanuotais žingsniais, kuriuos dažniausiai paskiria ir kontroliuoja ekspertas.

Jei pokytis vyksta Atviro dialogo proceso metu, tai gali būti priskirta procesui, kurio metu įtraukiami visų susitikime dalyvaujančių asmenų požiūriai. Psichoterapeuto atsakomybė yra pravesti susitikimą tokiu būdu, kad sukurti erdvę, kurioje kiekvienam saugu save išreikšti tokiais būdais, kuriuos mes apibūdinome aukščiau. Galų gale psichoterapeutai paprastai ne tik skatina polifoniją ir pritildo savo asmeninį balsą. Jie taip pat išreiškia savo perspektyvas, tačiau tai atlieka refleksijų forma, kuriomis jie pasikeičia kartu dalyvaujant šeimai. Taip jų idėjų „slapta klausomasi“, ir jos gali būti socialinio tinklo pakomentuotos – ir kritikuojamos – vietoj to, kad jų „teisybė“ būtų tiesiogiai primesta iš aukšto.

Apskritai šiame vaisingame dialoge klinicistai dalyvauja žmogišku būdu, išreikšdami jausmus ir atjautimą, o savo profesinius vaidmenis atlieka su asmeninės šilumos elementu. Tai skatina psichoterapinį ryšį ir neleidžia būti pernelyg atitolusiems ar verčiantiems klientus jaustis nagrinėjama ar įdaiktintais.

GYDOMOJO SUSITIKIMO PRAVEDIMAS: ATVIRO DIALOGO IR DIALOGINĖS PRAKTIKOS KONTEKSTAS

Atvirame dialoge gydomasis susitikimas yra Dialoginės praktikos kontekstas. Gydomasis susitikimas turi įvykti kaip skubus atsakas per 24 valandas nuo pirmojo kontakto su kažkuo, siekiančiu pagalbos krizinėje situacijoje. Dar iki nusprendžiant dėl hospitalizacijos ar gydymo, šis susitikimas kartu suveda žmones, esančius ūminio streso būsenoje, su visais svarbiais asmenimis, įskaitant kitus profesionalus, šeimos narius ar kitus, artimai susijusius.

Profesionalo, kuris priėmė pradinį skambutį, atsakomybė yra suorganizuoti susitikimą, padedant klientui ar klientams.

Susitikimas vyksta kaip atviras forumas, kuriame dalyviai sėdi ratu. Komandos nariai, kurie inicijavo susitikimą, yra atsakingi už dialogo puoselėjimą. Komanda iš anksto gali nuspręsti, kas ves interviu ir kokius vaidmenis atliks likę komandos nariai. Įprastai, jei komanda yra patyrusi, ji pradeda susitikimą iš anksto nesuplanavusi, kas pradės klausinėti. Visi komandos nariai gali dalyvauti klausinėjime. Pradiniai „du klausimai“, apie kuriuos kalbėta anksčiau, kviečia socialinį tinklą kalbėti apie dalykus, kurie jiems kelia didžiausią spaudimą esamu momentu. Komanda neplanuoja susitikimo temų iš anksto. Nuo pat pradžių psichoterapeutas klausosi labai atidžiai ir išsiaiškina visus balsus, žodžius ir istorijas šiame straipsnyje aprašytu būdu. Jei žmogus, esantis šio susirūpinimo centre, nenori dalyvauti susitikime ar staiga išbėga iš susitikimo kambario, vyksta diskusija su šeimos nariais, sprendžiant tęsti ar netęsti susitikimą. Jei šeima nusprendžia tęsti susitikimą, vienas iš klinikistų informuoja susitikimą palikusį asmenį, kad jis panorėjęs gali grįžti.

Kiekvienas dalyvaujantis gali komentuoti ką tik nori. Rekomenduojama, kad kiekvienas gerbtų ir tęstų vystomą temą, nebent aiškiai pasiūlytų alternatyvią. Profesionalams tai reiškia, kad jie arba gali reaguoti toliau klausinėdami apie diskutuojamą temą, arba ištraukti į refleksinį dialogą vienas su kitu, dialogą, kuriame jie stengiasi būti atviri ir norintys pasidalinti. Psichoterapeutai kalba ir žiūri vienas į kitą, naudoja įprastinę, nepatologizuojančią kalbą, vengia šeimos narių kritikavimo ir ištraukia į tarpusavio dialogą. Kiekviename susitikime turi būti nors šiek tiek laiko profesionalų tarpusavio refleksijoms, kadangi toks formatas yra esminis tiek generuojant naujus žodžius krizei, tiek atviram ir bendrai pasidalintam procesui, kuris skatina pasitikėjimą ir saugumą. Esminis dalykas yra ir tai, kad socialinio tinklo nariai turėtų galimybę pakomentuoti tai, ką pasakė profesionalai.

Bet koks sprendimas apie vaistus ir hospitalizaciją yra atliekamas kiekvienam prisidedant. Diskusijos apie vaistus ir hospitalizaciją įprastai atsiranda tada, kai šeimos nariai turi galimybę išreikšti savo labiausiai dėmesį pritraukiančius rūpesčius. Kai svarbios susitikimo temos yra paliečiamos, vienas iš komandos narių įprastai pateikia pasiūlymą padaryti pertrauką. Tačiau yra svarbu užbaigti susitikimą, remiantis paties kliento žodžiais, pavyzdžiui, paklausiant: „Aš manyčiau, kad mes galime pradėti užbaiginėti susitikimą. Tačiau prieš tai padarant, ar yra kas nors dar, ką mes turėtume aptarti?“ Tokiu būdu klientas gali kontroliuoti sprendimą užbaigti sesiją. Susitikimo pabaigoje yra naudinga trumpai apibendrinti susitikimo temas, ypač tai, buvo sprendimai padaryti ar ne, o jei padaryti, tai kokie. Tai pat svarbu aptarti sekančio susitikimo struktūrą, jei jo detalės nėra aiškios, pavyzdžiui, aptariant, kas dalyvaus ir kada tai įvyks. Susitikimų trukmė gali skirtis, tačiau įprastai pakankama trukmė yra 90 minučių.

APIBENDRINIMAS

Atviras dialogas yra tiek bendruomenė pagrįsta gydymo sistema, tiek psichoterapinio pokalbio, kuris įvyksta sistemos, o konkrečiai, gydomojo susitikimo metu, forma. Šie du Atviro dialogo lygmenys vadovaujasi septyniais principais, ir kurių „dialogas“ (polifonija) ir

„neapibrėžtumo toleravimas“ yra dvi svarbiausios terapinio pokalbio Dialoginėje praktikoje koordinatės. Dialoginė praktika Atviro dialogo metu yra tokia pati tiek esant ūminėms krizinėms situacijoms, tiek esant ilgalaikėms, pasikartojančioms ir taip vadinamoms „lėtinėms“ būsenoms.

Šis darbas susikoncentravo į Dialoginės praktikos apibūdinimą, identifikuojant ir apibūdinant dvylika esminių elementų. Gdomajame susitikime pagrindinė psichoterapeuto užduotis yra skatinti dialogą, kuriame kiekvieno balsas yra girdimas ir gerbiamas. Pradinis punktas yra ta kalba, kurią šeima naudoja savo situacijai apibūdinti. Psichoterapeuto pozicija skiriasi nuo atitinkamos pozicijos tradicinėje psichoterapijoje, kai psichoterapeutas daro intervencijas ir neatskleidžia asmeninių dalykų. Tuo tarpu kai daugelis šeimos psichoterapijos mokyklų koncentruojasi į specifines interviu formas, dialoginis psichoterapeutas susikoncentruoja labiau į klausymąsi ir reagavimą į tai, kas juos paliečia.

Atvirame dialoge yra stebimi „gimstančios gyvybės“ momentai, kai kalbantysis ar klausytojas yra paliečiami kažko naujo, kas turi pokyčio galimybę. Anksčiau buvusioje diskusijoje mes pateikėme pavyzdžius tokių „įsimenančių momentų“ (sukrečiančių momentų) pavyzdžių (žr. Shotter & Katz, 2007). Pavyzdžiui, kai Christopheris panaudojo žodžius „sudaužyta širdis“, abu – tiek jis pats, tiek terapeutas akivaizdžiai buvo sujaudinti. Tolimesnis klausinėjimas sukėlė išreikštą perspektyvos pokytį ir leido papasakoti istoriją apie tai, kas jam atsitiko, o tai patalpino jo patirtį tam tikrame kontekste. Tokie atsiskleidimai ir pozityvūs momentai, nukreipti į savigyda, ir su šiuo procesus susijusi visuma gali būti nepaprastai apjungianti ir stulbinanti. Ši pokyčių galimybė, panašu, remiasi terapine nuostata – būti dalyvaujančiu ir įsitraukusiu, įsiklausančiu į savo vidinį dialogą ir išliekant jautriu išoriniam, pasidalintam dialogui, atsakant pasisakymu į pasisakymą pasikeitimo proceso metu. Dėl šių priežasčių profesionalai savo žinias ir patirtį laiko savo atsako davimo repertuaro dalimi. Tokia „įsimenančių momentų“ pažiūra Rogeris Lowe (2005) priešpastato „struktūruotų metodų“ pažiūrai, kuri remiasi laipsnišku ir vienkrypčiu judėjimu, remiantis išorinėmis teorijomis bei hipotezėmis.

Atviro dialogo Dialoginė praktika akcentuoja labiau „buvimą kartu“, o ne kažko darymą kitam. Klausinėjimas, panaudojant atvirus klausimus, akcentuoja esamą momentą. Kliento žodžiai ir jų istorijos vertinamos kaip kažkas brangaus ir atidžiai dalyvaujama jose – su jų tylos momentais ir visa gama gestų, emocijų ir neverbalinių apraiškų. Psichoterapeutas atsako į kliento apraiškas pakartodamas žodžius, atidžiai klausydamasis ir stengdamasis suprasti neprimetant savo paties žargono, interpretacijų ar skubotų išvadų. Jei kažkurį iš dalyvaujančių sunku suprasti, nenutrūkstamai ieškoma žodžių, kurie aiškiau padėtų išreikšti tai, kas bandoma pasakyti. Remiamasi prielaida, kad situacijos turi prasmę ir kad kiekvienas stengiasi tą prasmę rasti. Naujos, bendrai sukurtos galimybės atsiranda, kai nauji žodžiai ir istorijos įsilieja į bendrą diskursą. Susitikimas sukuria kontekstą generuodamas pasikeitimą tarp daugybės balsų, iš kurių visi yra vertinami ir svarbūs. Bendra kalba ir bendras supratimas gali padėti įveikti pasimetimo ir dviprasmiškumo painiavą ir sukurti didesnę orientavimosi ir savęs atstovavimo pojūtį.

ATGALINIO RYŠIO IŠ TAVEŠ, SKAITYTOJAU, PRAŠYMAS

Tam, kad galima būtų ir toliau aiškintis, apibrėžti ir atnaujinti 12 pagrindinių Dialoginę praktiką apibrėžiančių kriterijų, aptartų šiame straipsnyje, mes raginame mūsų skaitytojus pateikti atgalinį ryšį apie tai, ar šis straipsnis apima jūsų Atviro dialogo ir Dialoginės praktikos patirtį, padeda reflektuojant savo paties darbą, yra naudingas mokymuose ir supervizijose bei padeda vykdant mokslinius tyrimus.

Mes vertiname šį tekstą kaip gyvą dokumentą. Reikalingi tolimesni tyrimai apie Dvylikos pagrindinių Dialoginės praktikos Atviro dialogo metu elementų patikimumą ir pagrįstumą, ir jie pasirodys. Prašau, rašykite mums ir pasidalinkite savo komentarais: Dialogic.Practice@umassmed.edu

Ačiū – Mary, Jaakko ir Doug, 2014 m. rugsėjo 2 d.

PADĖKA

Mes norėtume išreikšti savo padėką šeimoms, iš kurių mes tiek daug išmokome. Mes dėkojame joms už jų leidimą papasakoti mūsų bendro darbo pavyzdžius. Kad apsaugoti konfidencialumą, mes pavyzdžius pakeitėme ir pašalinome bet kokią informaciją, kuri gali padėti juos identifikuoti. Mes taip pat norime padėkoti mūsų kolegoms už jų neįkainojamą atgalinį ryšį: Jukka Aaltonen, Volkmar Aderhold, Magnus Hald, Lynn Hoffman, Peter Rober, Markku Sutela, ir Umass Medicinos mokyklos mokslinių tyrimų grupei, įskaitant Daniel Breuslin, Nancy Bryatt, Robert Clyman, Jon Delman, Daniel Fisher, Christopher Gordon, Stephanie Rodrigues ir Makenzie Tonelli.

LITERATŪROS SĄRAŠAS

- Aaltonen, J., Seikkula, J., & Lehtinen, K. (2011). Comprehensive open-dialogue approach I: Developing a comprehensive culture of need-adapted approach in a psychiatric public health catchment area in Western Lapland Project. *Psychosis*, 3, 179-191.
- Alanen, Y. (1997). *Schizophrenia: its origins and need-adapted treatment*. London: Karnac.
- Andersen, T. (1991). *The reflecting team: Dialogues and dialogues and dialogues*. New York: Norton.
- Boscolo, L., Cecchin, G., Hoffman, L., & Penn, P. (1987). *Milan systemic family therapy: Conversations in theory and practice*. New York: Basic Books.
- Hald, M. (2013). *The treatment web*. Presentation at the International Meeting for the Treatment of Psychosis Network. Tromsø: Norway.
- Hoffman, L. (2007). The art of "witness." In H. Andersen and D. Gehart [Eds.], *Collaborative therapy: Relationships and conversations that make a difference*. New York: Routledge.
- Lowe, R. (2005). Structured methods and striking moments: Using question sequences in "living" ways. *Family Process*, 44, 65-75.
- Olson, M. (2006). Family and network therapy for a system of care: A pedagogy of hope. In A. Lightburn & P. Sessions, *Handbook of community-based practice*. New York, NY: Oxford University Press.
- Olson, M., Laitila, A., Rober, P., & Seikkula, J. (2012). The shift from monologue to dialogue in a couple therapy session: Dialogical investigation of change from the therapists' point of view. *Family Process*, 51, 420-435.
- Rober, P. (2005). The therapist's self in dialogical family therapy. *Family Process* 44, 479-497.
- Seikkula, J. (2002). Open dialogue with good and poor outcomes for psychotic crises. Examples from families with violence. *Journal of Marital and Family Therapy* 28: 263-274.
- Seikkula, Aaltonen, J., Alakare, B., Haarakangas, K., Keranen, J., Sutela, M. (1995). Treating psychosis by means of open dialogue. In S. Friedman, *The reflecting team in action: collaborative practice in family therapy*. New York, NY: The Guilford Press.
- Seikkula, J. & Arnkil, T. (2006). *Dialogical meetings in social networks*. London: Karnac.
- Seikkula, J. & Arnkil, T. (2014). *Open dialogues and anticipations: Respecting the otherness in the present moment*. Helsinki: THL publications.
- Seikkula, J. & Olson, M. (2003). The open dialogue approach to acute psychosis. Its poetics and micropolitics. *Family Process* 43, 4103-418.
- Shotter, J. (2004). *On the edge of social constructionism. "Witness-thinking" versus "aboutness thinking"*. London: KCC Foundation Publications.

- Shotter J, & Katz, A. (2007). "Reflecting talk," inner talk," and "outer talk:" Tom Andersen's way of being. In H. Andersen and D. Gehart [Eds.], Collaborative therapy: Relationships and conversations that make a difference. New York: Routledge
- White, M. (2007). Maps of narrative practice. New York: Norton.
- Ziedonis, D.M. (2004) Integrated treatment of co-occurring mental illness and addiction: clinical intervention, program, and system perspectives. CNS Spectrum 9(12):892-904, 925.
- Ziedonis, D.M., Smelson, D.A., Rosenthal, R.N., Batki, S.L., Green, A.I., Henry, R.J., Montoya, I., Parks, J., Weiss, R.D. (2005). Improving the care of individuals with schizophrenia and substance use disorders: consensus recommendations. J Psychiatric Practice 11(5):315-39.
- Ziedonis, D.M., Fulwiler, C, Tonelli, M. (2014).Integrating mindfulness into your daily routine. Vital signs, A publication of the Massachusetts medical society. 19:2, 6.