

# Dialoga prakses pamata elementi atvērta dialoga tehnikas ietvaros: precizitātes kritēriji

**Mary Olson, Ph.D.\***

**Jaakko Seikkula, Ph.D.#**

**Douglas Ziedonis, M.D., MPH\***

**\* University of Massachusetts Medical School, USA**

**# University of Jyväskylä, Finland**

**Šis darbs tika veikts ar fonda "Par izcilību psihiskās veselības aprūpē" granta atbalstu, kas tika piešķirts dr.Ziedonim no Masačusetsas universitātes medicīnas skolas.**

**Dokumenta mērķis ir visu atvērta dialoga sesiju dalībnieku atvērtā dialoga prakses attīstība, supervīzijas un apmācības procesu realizēšana, kā arī palīdzības sniegšana sistemātiskos pētījumos. Šāda veida komandas var arī tikt izmantotas individuālajā pašrefleksijas praksē.**

**Autors dalās ar autortiesībām uz šo dokumentu. Šis dokuments var tikt pilnībā izmantots ar autora atļauju. Lūgums vērsties pie dr.Ziedoņa, ja jūs interesē šī darba pārtulkošana citā valodā. [Douglas.Ziedonis@umassmemorial.org](mailto:Douglas.Ziedonis@umassmemorial.org)**

Šim darbam jābūt citētam sekojošā veidā:

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. gada 2. septembris

Versija 1.1

## IEVADS

Dialoga prakse attīstījās no atvērta dialoga kā pieeja, kas palīdz personām un viņu ģimenēm justies uzklausītiem un cienītiem. 1984. gadā Somijas pilsētas Tornio Kenopuda slimnīcas personāls, kurš jau bija apmācīts ģimenes terapijā, nolēma mainīt veidu kā slimnīcā tika uzņemti pacienti. Sekojot Yrjö Alanen (1997) darbā izklāstītajam, šīs slimnīcas darbinieki mainīja pieeju akūtas krīzes menedžmentam. Pirms jebkura lēmuma pieņemšanas par personas hospitalizāciju, viņi organizēja kopīgu tikšanos, iesaistot gan personu distresa stāvoklī, gan viņa ģimenes locekļus, gan citus atbalstītājus un pieaicinātus speciālistus. Tā bija jaunas atvērtās prakses rašanās, kurai, attīstoties kopsolī ar jau uzsāktajām klīniskām inovācijām, organizatoriskām izmaiņām un pētniecību, radās atvērta dialoga metode, kura pirmo reizi par tādu nosaukta 1995. gadā (Aaltonen Seikkula, & Lehtinen, 2011; Seikkula et al., 1995). Atvērta dialoga "atvērtība" raksturojas ar atklātu terapijas plāna izstrādes un lēmumu pieņemšanas procesu, piedaloties visiem dalībniekiem (tas nebūt nenozīmē, ka ģimenēm noteikti jārunā par tām tēmām, par kurām pēc terapeita domām, viņiem jābūt atklātiem). No pašiem pirmsākumiem šādu sadarbības tīklu veidošana bija izmantojama visās ārstniecības situācijās. Desmit gadu laikā šī Tornio pilsētas tradicionālā stacionārā nodaļa pārveidojās daudzpusīgā psihiatriskās aprūpes sistēmā, kas ietver nepārtrauktu aprūpi gan sabiedrībā, gan ambulatoros, gan stacionāros apstākļos.

Tādējādi atvērta dialoga pieejai ir divas pamatpazīmes, proti, (1) sabiedrībā balstīta, integrēta ārstēšanas sistēma, kurā no paša palīdzības meklēšanas sākuma iesaista ģimenes locekļus un personas sociālās vides pārstāvjus; un (2) dialoga prakse jeb atsevišķa terapeitiska dialoga forma, kura tiek pielietota terapijas seansa ietvaros. Šis dokuments sadala dialoga praksi divpadsmit elementos, kas apraksta terapeita/u pieeju personai, viņa sadarbības tīkla dalībniekiem un visiem palīgiem.

Terapeitiskās sesijas veido atvērta dialoga galveno terapeitisko būtību, vienojot profesionāļus un personas sociālās vides pārstāvjus kopīgā darbā. Šādā veidā dialoga prakse ir iekļauta plašākajā psihiatriskajā aprūpē, atrodoties kopīgās telpās, jo ir svarīgi visi aspekti. Atvērta dialoga pieeja ir integratīva, tādējādi citas terapeitiskas pieejas (Ziedonis, Fulwiler, Tonelli, 2014; Ziedonis et al, 2005;

Ziedonis 2004) arī var tikt izmantotas, ņemot vērā personu un viņu ģimenes locekļu vajadzības kā daļu no atvērta un elastīga terapeitiska tīkla (Hald, 2013; Seikkula & Arnkil 2014).

Pastāv septiņi atvērta dialoga pamatprincipi, kas ietverti somu komandas sākotnēji izstrādātajās vadlīnijās. Pamatprincipi norādīti zemāk esošā tabulā (Seikkula et al., 1995).

Tabula Nr.1 Septiņi galvenie atvērta dialoga principi

Nekavējoties sniegta palīdzība
Sociālās vides pārstāvju viedoklis
Elastīgums un mobilitāte
Atbildība
Psiholoģiskā pēctecība
Tolerance pret neizlēmību
Dialogs (un polifonija)

Šie septiņi principi, saistīti ar atvērto dialogu kā terapijas veidu un arī kā aprūpes sistēmu, atspoguļo daudzas vērtības, uz kurām ir balstīti divpadsmit dialoga prakses precizitātes elementi. Diskutējot par dialoga praksi, diviem principiem – dialoga (polifonijas) un tolerances pret neizlēmību principiem tiks veltīta īpaša uzmanība, lai veidotu terapeitisku dialogu terapeitiskā seansa ietvaros. Pārējie pieci no septiņiem principiem, kuri uzsver sistēmas organizatoriskos aspektus, tiks iztirzāti citā dokumentā, kas skar organizatoriskas pārmaiņas un sistēmas precizitātes raksturojumus (Ziedonis, Seikkula, & Olson, in preparation). Šajā pavadošā dokumentā par organizatoriskām pārmaiņām tiks aprakstīti dažādi veidi, kā atvērta dialoga principi un terapeitiskās sanāksmes ir integrētas klīniskajā praksē, terapeitiskās programmās, iestādēs un aprūpes sistēmās.

Šajā dialoga prakses dokumentā septiņi atvērta dialoga pamatprincipi netiek atspoguļoti detaļās, taču tie ir detalizēti izklāstīti citos dokumentos (Seikkula & Arnkil, 2006; Seikkula & Arnkil, 2014). Turpmākā diskusija koncentrēsies uz divpadsmit dialoga prakses ticamības pamata elementiem, kuri raksturo terapeitiskas sanāksmes laikā pielietotu interaktīvu atvērta dialoga stilu.

## **Dialoga prakse: vispārējs apskats**

Uzlabošanas sekmējoša dialoga veidošana pieprasa klātbūtni, uzmanību pret dotajā brīdī notiekošo bez iepriekš izvirzītas hipotēzes vai noteiktas darba kārtības. Dialoga prakses pielietošanas māksla un prasme nozīmē to, ka savā komunikācijā terapeits nepieturas pie šabloniem. Atvērta dialoga metode prasa spēju ieklausīties un pielāgoties katras konkrētās sarunas būtībai un valodai. Tādējādi nav iespējams jau iepriekš izveidot noteiktas rekomendācijas sesijām vai noteiktām frāzēm, kas būtu pielietojamas sarunā. Detalizēti ieteikumi sarunas struktūrai faktiski būtu pretrunā ar atvērta dialoga metodi. Līdz ar to tā ir unikāla mijiedarbība starp unikālas grupas dalībniekiem, nenovēršami iekļaujot šajā mijiedarbībā nestandarta terapeitisku dialogu, kas, savukārt, sniedz iespēju sasniegt pozitīvus rezultātus.

Tajā pašā laikā dialoga praksei ir sistematizēti elementi, veidojot paradoksālu situāciju. Kaut gan katrs dialogs ir unikāls, terapeita rīcībā ir noteikti elementi vai darbības, kas sekmē un attīsta dialogu, kā arī palīdz mobilizēt problēmās esošās personas un sadarbības tīkla resursus. To mēs saprotam ar, tā saucamajiem, atslēgas elementiem, kuri tiks definēti un aprakstīti turpmāk tekstā.

Dialoga prakse balstās uz speciālu mijiedarbības veidu, kura galvenā iezīme ir tā, ka katrs dalībnieks jūtas uzklusējis un saņem atgriezenisku saiti. Ar savu uzsvaru uz uzklausišanu un atbildes sniegšanu, atvērta dialoga tehnika veicina vairāku, atšķirīgu un vienlīdzīgu „balsu” jeb viedokļu pastāvēšanu terapeitiska seansa ietvaros. Šī viedokļu daudzveidība ir tas, ko Bakhtin sauc par polifoniju. Saspringtas un smagas krīzes gadījumos, šis process var būt sarežģīts, pieprasot īpašu iejūtību lai iesaistītu tos dalībniekus, kuri klusē, runā mazāk, vilcinās, ir apmulsuši vai ir grūti saprotami. Polifoniska dialoga ietvaros ir iespēja izteikties katram dalībniekam, tādējādi mazinot atšķirības starp "veselajiem" un "slimajiem". Savstarpēja domu apmaiņa starp visiem grupas dalībniekiem rada jaunu, lielākoties kopīgu, vienošanos, kurā katrs sniedz savu ieguldījumu. Rezultātā izveidojas kopīga pieredze, kuru Bakhtin apraksta kā "bez rangiem".

Kā ir minēts iepriekš, nosaucot sarunas norisi par dialogisku, tiek saprasts, ka secībai ir īpašs potenciāls, kurš ļauj personai justies uzklusētai, kas, protams, ir katru pārmaiņu sākums. Dialoga kvalitātes izvērtēšana pirmkārt un galvenokārt nozīmē terapeita atsaucības novērtēšanu. Bieži viens no pirmajiem terapeita soļiem, kurš saskaras ar personu krīzes centrā, ir uzmanīga, detalizēta, divpusēja mijiedarbība. Tās mērķis ir uzklusēt un, ja tas ir nepieciešams, palīdzēt atrast vārdus

pacienta distresam, kas var izpausties dažādos simptomos, kā arī attīstīt kopīgu izpratni ar personu. Kā tiks ilustrēts turpmāk tekstā, sadarbības tīkla dalībnieku iesaiste palīdz vēlāk saprast krīzes dabu. Sanāksmes laikā terapeits aicina katru personu dalīties ar savu skatījumu un dažādām problēmām, kuras rodas dialoga laikā. Tā vietā, lai vērtētu terapeita prasmes pēc viņa spējām pielietot strukturētās intervijas metodoloģiju, principiāls kritērijs ir tas, kādā veidā terapeits atbild uz cietušās personas izteikumiem, kā arī uz citiem cilvēkiem, kuri piedalās sesijā.

### **Atbildēšana un refleksija**

Pastāv divas galvenās prasmes, kuras tiek prasītas klīnicistam, ja viņš grib veiksmīgi veikt dialoga praksi: atsaucības un refleksijas iemaņas (Rober, 2005). Atsaucība ir process, kas sastāv no trim daļām un ir attiecināms uz veidu kā tiek iesaistīti visi precizitātes elementi. Šim procesam ir jābūt, lai mijiedarbību varētu uzskatīt par dialoga praksi. Nosakot terapeita darba kvalitāti ir jāpievērš uzmanība (1) klienta sākotnējiem izteikumiem; (2) terapeita reakcijai uz šiem izteikumiem; (3) klienta atbildes reakcijai. Kā terapeita atbilde tālāk ietekmē katra dalībnieka pieredzi būt uzklausi, saprastam un atzītam? Kā šie trīs soļi rada dialogiski jūtīgu mijiedarbību?

Vēl viena būtiska dialoga prasmes iemaņa ir refleksijas iemaņa, kas ir spēja iesaistīties atvērtā, visus dalībniekus iesaistošā, caurskatāmā vienotā dialogā ar sadarbības tīkla dalībniekiem un citiem profesionāļiem terapeitiskas sesijas laikā, nelietojot profesionālu žargonu. Refleksijas prasme ir balstīta prasmē sniegt atbildes.

Svarīgi pieminēt, ka jēdzienam refleksija dialoga prakses kontekstā ir cita nozīme, salīdzinot ar šī jēdziena nozīmi citās terapeitiskās pieejās. Piemēram, motivācijas intervijas gadījumā refleksija nozīme to, cik aktīvi un uzmanīgi terapeits uzklausa pacientu, savukārt dialoga praksē šis jēdziens attiecināms uz to, kā terapeits runā par savām idejām personas ģimenes locekļu klātbūtnē. Pieredze rāda, ka tas var būt mulsinoši, ņemot vērā to, ka vairāki terapeiti, kuri interesējās par atvērta dialoga pieeju, bija iepriekš apguvuši motivācijas intervijas prasmes.

### **Monologs un dialogs**

Atvērta dialoga terapeitiska sesija paredz sarunu gan monologa, gan dialoga veidā. Tā saucamās, monologa sadaļas ir nepieciešamas, lai rastu praktiskas vienošanās vai iegūtu papildus informāciju,

kas palīdzēs gūt labāku priekšstatu par situāciju. Ar komunikāciju monologa veidā tiek domāts, ka pastāv noteiktas sadaļas, kurās terapeits izklāsta sarunas tēmas. Šādas sadaļas var iekļaut informācijas vākšanu, padomu sniegšanu, ārstēšanas plānošanu vai jaunas tēmas uzsākšanu diskusijā. Šādas sadaļas netiek balstītas uz to, ko jau teicis klients vai cits terapeitiskās sesijas dalībnieks (Seikkula, 2002). Atvērta dialoga terapeitiskā sesijā monologa daļa var aizņemt līdz par 1/3 no kopēja laika, lai pieturētos pie tēmas un veidotu sesiju efektīvu. Monologs var būt attiecināms uz komunikācijas veidu gan sadarbības tīkla dalībnieku starpā, gan starp ekspertiem un sadarbības tīkla dalībniekiem.

Jāsaka, ka pastāv atšķirība starp iepriekš aprakstīto komunikāciju monologa veidā un, tā saucamo, monologa runu. Pēdējais attiecināms uz akadēmisku runas veidu, kuras gadījumā eksperts ir privilēģēts, atrodas pārkārtā pozīcijā un nenotiek klausītāju aktīva līdzdalība. Tā vietā, lai uzturētu dialogu, kurā visi dalībnieki ir atzīti par līdzvērtīgiem, pilnīga monologa runas pieeja traucē panākt lielāku sadarbību procesā, kas varētu sekmēt radošu domāšanu un jaunu ideju rašanos. Šo atšķirību paskaidrošanai turpmāk būtu lietderīgi atsaukties uz John Shotter's (2004) dialoga pret monologa runas labāk saprotamu atbilstošu tulkojumu *domājošais ar pret domājušais par* (Hoffman, 2007). Mūsu klīniskajā pieredzē šāds domāšanas veids un prakse sniedza jaunas iespējas psihisko krīžu menedžmentā un palīdz risināt problēmas pirms vēl tās kļūvušas hroniskas.

Turpmāk tiks aprakstīts katrs no 12 precizitātes kritērijiem dialoga prakses atvērta dialoga pieejā un sniegti klīniski piemēri šo kritēriju ilustrēšanai. Piemēri tiek ņemti no šī raksta pirmā un otrā autora terapijas sesijām. Tā kā katra terapijas sesija iekļauj šos kritērijus, tika nolemts sniegt piemērus no dažādām ģimenēm ar nolūku parādīt dažādus problēmu veidus un situācijas. Vārdnīcā ir ietvertas arī citas svarīgas definīcijas un piemēri. Šie divpadsmit precizitātes elementi nav stingri nodalāmi, bet bieži pārklājas, un tiek pielietoti praksē vienlaicīgi.

Tabula Nr.2 Divpadsmit precizitātes pamata elementi dialoga praksē atvērta dialoga pieejā
1. Divi (vai vairāki) terapeiti terapeitiskā sesijā
2. Ģimenes un sadarbības tīkla dalībnieku līdzdalība
3. Atvērtu jautājumu izmantošana
4. Refleksija par klienta izteikumiem
5. Pašreizējās situācijas uzsvēršana

6. Vairāku viedokļu iegūšana
7. Fokusēšanās uz attiecībām dialogā
8. Lietišķa un jēgpilna atbilde uz problēmu apspriešanu un uzvedību
9. Klienta paša vārdu un stāstītā uzsvēršana, nekoncentrēšanās uz simptomiem
10. Saruna profesionāļu starpā terapeitiskas sesijas laikā
11. Būt atklātiem
12. Tolerance pret neizlēmību

## **Dīvpadsmīt Dialoga prakses precizitātes pamata elementi**

### **1. Divi (vai vairāk) terapeiti**

Atvērta dialoga praksē tiek uzsvērts cik ir svarīgi, lai sesijā piedalītos vairāku terapeitu komanda kopā ar sadarbības tīkla dalībniekiem. Sesijā jābūt vismaz diviem terapeitiem. Komandas darbs ir būtisks, lai efektīvi sniegtu palīdzību smagās, akūtās stresa situācijās, kā arī palīdzētu pacientiem ar hroniskiem psihiskiem traucējumiem. Kamēr viens terapeits intervē vienu vai vairākus klientus, otrs klausās un reflektē. Var arī būt gadījumi, kad abi terapeiti uzdod jautājumus un iesaistās refleksijā. Gan refleksijas process pēc Tom Andersen (1991), gan reflektīva saruna pēc Seikkula & Arnkil (2006) ir pieņemami formāti un tiks turpmāk iztirzāti 10. punktā. Ir svarīgi diferencēt dialoga praksi no plānveida, ārpus krīžu centra, ambulatoras terapijas. Pēdējo desmit gadu laikā dialoga prakse bija adaptēta vienkāršākām terapijām - pāru un ģimenes terapijai (Olson, 2012; Seikkula, 2014), kur ir iespējams realizēt terapiju vienam pašam terapeitam. Jāpiebilst, ka tiek gatavots kopsavilkums par autoru pieredzi realizējot dialoga praksi, strādājot ar klientiem individuāli. Atsauces uz minēto darbu tiks sniegtas tad, kad darbs būs pabeigts.

### **2. Ģimenes un/vai sadarbības tīkla dalībnieku piedalīšanās**

Saskarsme ar tīklu sākas pa tālruni, kad ārsts jautā zvanītājam, piemēram: "Kurš ir norūpējies par situāciju vai kurš varētu būt iesaistīts?", "Kurš varētu palīdzēt un ir ar mieru piedalīties pirmajā sesijā?", "Ko būtu labāk uzaicināt - jūs vai terapeitisko komandu?" Šāds jautājumu veids gan sekmē sadarbības tīkla līdzdalību, gan palīdz veidot sesiju bez hierarhijas, tas nozīmē arī ar klientu iesaistīšanos.

Vērtējot ģimenes un sadarbības tīkla dalībnieku iesaistīšanos terapijā no paša tās sākuma, var secināt, ka tie ļoti ātri kļūst par svarīgiem partneriem visā terapijas procesā. Tomēr šai pieejai ir noteikta elastība, jo pacients var izteikt savu viedokli par radnieku iesaistīšanos sesijā. Grupa var tikties arī atsevišķi ar ģimeni un sadarbības tīkla dalībniekiem, ja apvienota terapeitiska sesija nav iespējama, kā tas ir vardarbības vai ļaunprātīgas izmantošanas gadījumos.

Kā tiks turpmāk aprakstīts 6. punktā, sesijas var notikt arī bez ģimenes un sadarbības tīkla dalībnieku līdzdalības. Tādos gadījumos ārsts uzdos jautājumus klientam, aicinot komentēt, ko pēc viņa domām būtu teikuši tie, kuri nav klāt.

### **3. Atvērtu jautājumu izmantošana**

Terapeitiskā sesija sākas ar atvērtiem jautājumiem, kurus uzdod terapeits. Pēc ievada runas sesija var tikt atklāta, vienkārši jautājot: "Kurš gribētu sākt?" vai "Kādā veida būtu labi uzsākt sēdi?" Kad šāds sadarbības process ir izveidots un pieņemts, ir dabiski, ka tas tiek pielietots nākamajās sanāksmēs jau kā pašsaprotams elements. Pašā pirmajā reizē ir svarīgi uzsvērt divus Tom Andersen (1991) ieviestus jautājumus kas parasti ievada atvērta dialoga sesijas. Šie jautājumi ir: "Kā Jums radās ideja atnākt šurp šodien?" un "Kā Jūs gribētu šo sanākumi izmantot?"

Tādējādi pastāv trīs atvērto jautājumu apakškategorijas, kurām autori gribētu pievērsties. Pirmkārt, var izmantot abus jautājumus pašā pirmajā tikšanās reizē; otrkārt, otru jautājumu var izmantot katras sesijas laikā; un treškārt, notiek nepārtraukta atvērtu jautājumu izmantošana visa terapijas kursa laikā.

#### *A. Kā radās ideja satikties?*

Kā Jums radās ideja satikties? Šāds jautājums parasti tiek uzdots pirmās satikšanās reizes pašā sākumā. Atkarībā no satikšanās iemesla, šāds jautājums varētu būt uzdots pirmajā satikšanas reizē arī vēlāk. Tas varētu būt formulēts dažādi un tiek uzdots visai sanāksmei, nevis kādai konkrētai personai. Kā jums radās doma, ka jānotiek šādai sanāksmei? Kā arī ir iespējams sākt ar jautājumu: "Kuram pirmajam radās ideja atnākt šurp?" Ir vesela virkne jautājumu, kas palīdz iesaistīt sarunā ikkatru klātesošo: "Kā citi uzzināja par šo ideju?", "Ko jūs domājat par piedalīšanos šodienas sanāksmē?", "Kurš visvairāk un kurš vismazāk piekrita idejai sazināties ar komandu?", "Ko jūs gribētu paveikt?"



Ir ļoti svarīgi dot katram iespēju apspriest savas idejas un domas par sesiju. Taču, ja kādā brīdī kāds nevēlas izteikties, ir tikpat svarīgi nelikt viņam to darīt.

Šāds jautājumu veids rosina cilvēkus runāt reflektīvi. Būt reflektīvam nozīmē, ka tiek lūgts cilvēkam apspriest viņu pašu nolūkus, nodomus un mērķus attiecībā uz lēmumu meklēt palīdzību. Sākot šādā veidā, pirmais jautājums pievēršas tūlītējam situācijas kontekstam un ir neitrāls jebkuras problēmas vai simptomu definēšanai. Tas rosina personu aprakstīt situāciju, kas ļauj strukturēt sesiju un iesaistīt tuvos cilvēkus. Neskatoties uz vēsturisku akcentu, šāds jautājums nekavējoties sniedz vairākas iespējas koncentrēties uz tagadni. Andersen (1991) raksta: "Šī jautājuma ideja ir tajā, lai saprastu cik daudzi no tiem, kuri piedalās, ir saistīti ar pašu ideju piedalīties (p. 159)." Bieži vien, izjautājot dalībniekus, viņi izsaka dažādus viedokļus par savu piedalīšanos sesijā. Šos viedokļus ir svarīgi zināt, īpaši, ja terapijas ideja kā tāda var tikt apstrīdēta. Citos gadījumos šāds jautājums var norādīt uz potenciālu resursu, identificējot cilvēkus, kuri sēdē nepiedalās, bet var būt ļoti noderīgi. Šim jautājumam nav viena nozīme vai viens efekts, un reizēm notiek ļoti neparasti pavērsieni.

*B. Kā jūs gribētu šo sanākumi izmantot?*

Otrs iespējamais jautājums ir: "Kā jūs gribētu šo sanākumi izmantot?" Šis jautājums var tikt uzdots dažādos veidos. Tāpat kā iepriekšējais jautājums, šis tiek uzdots visiem sesijas dalībniekiem, nevis kādam konkrēti. Protams, ir svarīgi dot iespēju atbildēt uz šo jautājumu katram, kurš to vēlas.

Šis otrais jautājums tiek uzdots pirmajā sēdē un, dažādās variācijās, arī nākamo sesiju laikā. Parasti tas tiek uzdots sēdes sākumā, bet ir gadījumi, ka tas seko vēlāk. Tādā veidā laiks, kad šis jautājums tiks uzdots, ir atkarīgs no katra terapeita spējām sajūst konkrētās sesijas attīstības nianšes.

Šāda jautājuma pamatojums dialoga praksē ir, ka klienti ir tie, kas lielākā mērā nosaka sesijas saturu, nevis profesionāļi. Tas nozīmē, ka terapeiti runā par to, par ko grib runāt klienti. Tāpēc, katrā tikšanās reizē, terapeits jautā klientiem kā viņi gribētu šo sanākumi izmantot. Ar laiku otrais jautājums var kļūt vairāk netiešs.

*Šo divu jautājumu izmantošanas piemērs gadījuma aprakstā: L ģimene*

Šajā ģimenē ietilpa 59 gadus vecais Deivids, kurš bija advokāta palīgs, viņa 56 gadus vecā sieva Treisijas, kura strādāja par ergoterapeitu un 30 gadus vecais dēls Džeks. Džeks dzīvoja kopā ar viņiem un reti sarunājās. Kad Džekam bija 16 gadi, viņu pirmo reizi stacionēja slimnīcā sakarā ar

depresiju. Gadu laikā viņam tika uzstādītas vairākas diagnozes (citur neklasificēta psihoze, šizoafektīvie traucējumi un pat šizofrēnija) un, līdz pat pēdējiem pāris gadiem, viņš bija saistīts ar psihiskās veselības aprūpes iestādēm. Pirmā atvērta dialoga sesija sākās ar to, ka divi terapeiti un Džeka vecāki sēdēja aplī, kamēr Džeiks izvēlējās sēdēt uz krēsla ārpus izveidotā apla, klausoties un, šķiet, reizēm sarunājoties ar kaut ko neredzamu. Bija izteikti daži joki un, uzsākot terapeitisko sesiju, viens no ārstiem uzsāka sarunu.

*1. terapeits: Lūk, visi ir klāt. Varbūt mēs varētu sākt?*

*2. terapeits: Jā, sāksim.*

Terapeiti stādījās priekšā Džekam un pajautāja vecākiem, vai viņi neiebilst, ka terapeiti sauks viņus vārdā. 1. terapeits pajautāja Džekam: "Džek, vai tu labāk gribētu palikt tur, kur esi, un klausīties?" Džeka māte ieteica viņam pievienoties, bet 1. terapeits piebilda, ka viņam nekas nebūs pretī, ja Džeks paliks tur, kur atrodas, lai justos labāk.

*1. terapeits: "Tātad kāda ir priekšvēsture šai sanāksmei? Vai tas bija gadījums, ko jūs man aprakstījāt? Vai kā tas bija? Kāds uzrakstījās..."*

*Dāvids: "Es uzrakstīju..."*

*1. terapeits: "Tātad jūs man uzrakstījāt. Labi."*

*Dāvids: "Es uzrakstīju jums abiem (skatās uz 2. terapeitu). Es dabūju e-pasta adreses no jūsu universitātēm. Īstenībā pirmo vēstuli diktēja Treisija. Tas bija kopīgs lēmums."*

*Treisija: "Es ieteicu viņam to pielabot.."*

*Dāvids: "Es negaidīju tiešu atbildi."*

*1. terapeits: "Jā. Jūs negaidījāt tiešu atbildi."*

Tēvs aprakstīja to, kā meklējis internetā alternatīvu ārstēšanai, kuru pirms pāris gadiem viņa dēls bija pametis. Sekoja gari apraksti par speciālistiem, kuri viņiem nav palīdzējuši, par negatīvo pieredzi, ko viņi ieguva. Džeks palika nemierīgs un gribēja pamest telpu.

*1. terapeits (vērsoties pie Džeka, kurš jau stāvējis durvīs): "Džek, kad tu pirmo reizi dzirdēji par*

*iespēju atnākt uz šejieni?"*

Turpmāk ārsts uzdevis šo jautājumu vairākos veidos, kā arī vecāki atkārtotiski jautājumu, kamēr Džeks atbildēja: "*Trīs dienas atpakaļ.*"

Pēc dažām minūtēm ārsts uzdeva nākamo jautājumu.

*1. terapeits (vērsoties pie Treisijas): "Kā, pēc jūsu domām, būtu tagad labāk izmantot šo laiku?"*

*Treisija: "Mums ir ļoti grūti tagad izdomāt kā rīkoties Džeka labā? Tas ir galvenais par ko mēs pašreiz domājam. Tāpēc, pēc mūsu domām, šis terapijas veids būtu piemērotāks. Tas varētu viņu vairāk atvērt..." (Treisija meklē vārdu)*

*1. terapeits: "Sabiedrībai?" (vārds, ko Treisija bija lietojusi iepriekš)*

*Treisija: "Jā, paldies. Sabiedrībai."*

Šie divi jautājumi ļāva terapeitam saprast, ka abi vecāki vienlīdzīgi ir iesaistīti idejā pielietot atvērta dialoga pieeju, nevis strīdējās par to, un, ka abi vecāki bija motivēti palīdzēt savam dēlam. Bija arī pierādījumi tam, ka arī Džeks nebija nostājies pret šo terapiju, jo nāca līdzi vecākiem. Šie jautājumi radīja virzienu kopējai vecāku uztverei, ka Džekam ir kaut kādas izredzes, kaut arī psihiskās veselības aprūpes sistēma raksturoja viņa stāvokli kā hronisku un bezcerīgu. Šis fragments sniedz ilustrāciju tam, kā vajadzētu veidot kontaktu ar katru dalībnieku pašā sākumā, ļaujot katrai personai izteikties par apspriežamo tēmu, konkrēti šajā piemērā, par tikšanās raksturu.

Pēc sesijas uzsākšanas ar iepriekš aprakstītajiem jautājumiem, ir svarīgi visas sarunas laikā paturēt prātā to, ka jautājumi jāformulē atvērtā veidā, tādējādi dodot klientiem iespēju gan runāt par to, ko viņi uzskata par svarīgi, gan runāt par to, kādā veidā viņi gribētu šo problēmu apspriest. Terapeits vada dialoga procesu refleksijas veidā par klienta izteikumiem, neizvēlas pats un nenosaka sarunas tēmu. Nākamajā nodaļā, kā arī turpmāk visā dokumentā, tiks sniegti piemēri dalībnieku izjautāšanai atvērtā veidā.

#### **4. Refleksija par klienta izteikumiem**

Terapeits veicina dialogu, atbildot uz klienta izteikumiem, lielākoties, trīs veidos, kuri sekmē turpmāko klienta atsaucību. Šie veidi ir šādi: (A) paša klienta vārdu izmantošana; (B) iesaistīšana

aktīvā klausīšanās procesā; (C) harmonijas atbalstīšana neverbālās izpausmēs, ieskaitot klusēšanu.

#### *A. Klienta vārdu izmantošana*

Terapeits ļoti uzmanīgi seko tam, ko saka klients, kādus vārdus izvēlās un integrē līdzīgus vārdus vai frāzes savā atbildē klientam. Iepriekš aprakstītais piemērs parāda kā terapeits, uzmanīgi klausoties, ko saka klienti un atkārtojot pašu klientu vārdus, uzdod jautājumus vai sniedz komentārus. Tas, ko klienti bija teikuši, lietojot pēc iespējas līdzīgus vārdus, tiek iekļauts terapeita atbildē. Lūk, neliela daļa no L ģimenes Devida un Treisijas sarunas, kura notika pirmajā sesijā.

*Devids: "Es negaidīju tiešu atbildi."*

*1. terapeits: "Jā. Jūs negaidījāt tiešu atbildi."*

*Devids: "Es negaidīju atbildi. Man bija zināms, ka tā ir treniņa programma atvērta dialoga praksē. Es nedomāju, ka būs tieša iespēja piedalīties. Es domāju, ka jūs to piedāvāsi kā nākamo soli. Es biju pārsteigts. Tas man lika domāt, ka esmu uz pareiza ceļa."*

#### *B. Aktīva klausīšanās, lai dotu iespēju pastāstīt to, kas vēl netika pieminēts*

Vārdu atkārtotā paņēmiena dabiskā veidā rada, tā saucamo, atsaucīgu klausīšanos jeb klausīšanos bez noteiktas kārtības. Atsaucīga klausīšanās rada atmosfēru, kurā klienti sāk dalīties savos ļoti personiskos pārdzīvojumos, kurus parasti pastāsta ar grūtībām vai vispār nestāsta citiem, it īpaši profesionāļiem. Par ārsta atsaucīguma efektivitāti varētu liecināt tas, ka, piemēram, tikšanās laikā atmosfēra kļūst mierīgāka. Sarunā ir pauzes, klusums un izteiktāka kopīga dialoga plūsma, raižu izpratne, pārdomu rosināšana par šo tēmu.

Satikšanas reizē ar L ģimeni terapeiti klausījās atsaucīgi, atkārtojot klientu lietotos vārdus vai arī, uzdodot sīkus jautājumus, ieviesa citus akcentus (lietojot arī daudz "hmm"). Atbildot uz to, vecāki akcentēja viņu dēlam piemītošās īpašības, kas deva viņiem cerības. Viņi pastāstīja vairākus nozīmīgus un negaidītus stāstus par dēlu, ko ārsti pat nevarēja iedomāties. Piemēram, Džeks izglāba kādas sievietes dzīvību sabiedrībā balstītā iestādē, kurā dzīvoja, jo pievērsa personāla uzmanību iemītnieces pašnāvnieciskām nosliecēm. Šis un citi apstiprinoši gadījumi, kas tika pastāstīti sesijas laikā, raksturoja Džeku kā spējīgu rīkoties, lai rūpētos un aizstāvētu citus cilvēkus, nevis tikai kā personu, kuram pašam vajadzīga palīdzība un aizstāvēšana. Kad atvērta dialoga terapeiti saņēma

šādu informāciju un apsprieda to, tika izveidota pozitīvāka identitāte un atrastas jaunas iespējas Džeka atveseļošanas veicināšanai.

### *C. Neverbāla saskaņa, ieskaitot arī klusēšanu*

Terapeits parāda, ka spēj rasts saskaņu ar klientu arī analogiskā (neverbālā) komunikācijā. Svarīgi, ka tas ietver arī atļauju ieturēt klusuma brīžus. Tikpat svarīgi ir pievērst uzmanību tam, kas tiek izteikts ar ķermeņa valodas palīdzību, ne tikai vārdiski. Tālāk sekos piemērs no jau iepriekš minētās tikšanās reizes, kad sarunas laikā terapeits atgriezās pie pirmās saskarsmes ar Džeku.

1. terapeits (jautājot Džekam): "Kad es pirmo reizi redzēju tevi uzņemšanā, es piedāvāju paspiest viens otram roku, uz ko tu atbildēji: „Nē, es nesveicinos ar rokas spiedienu”. "Vai tu varētu man nedaudz palīdzēt un atbildēt, kāpēc tu nevari paspiest roku?"

Džeks: "Man nebija vēlmes pieskarties jums."

1. terapeits: "Tātad tu negribēji pieskarties."

Džeks: "Nē, negribēju."

Minētajā piemērā parādīts, ka šāda apmaiņa sekmēja skaidra priekšstata iegūšanu par to, kam Džeks deva priekšroku, pretstatā viņa izteikmes veidam sesijas laikā, kad tika izmantotas pozas un kustības - sēdēšana ārpus iedomāta apļa un aiziešana no telpas situācijās, kad tika skartas sensitīvas tēmas. Tajā pašā laikā, kad šāda neverbāla uzvedība tiek uzskatīta par simptomu, tai ir svarīga loma komunikācijā.

Tādā veidā terapeits atzīmē klienta pozas un kustības, elpošanu, izmaiņas balss tonī, balss intonācijās un viņu izteikumu ritmu. Ir nozīmīgi, ja terapeita jautājums rada pauzi pacienta elpošanā, jo tas var nozīmēt, ka jautājums bija pārāk grūts vai izaicinošs, bloķējot jaunas nozīmīgas informācijas noskaidrošanu.

Klusēšanas akceptēšana terapeitiskas sarunas laikā var kļūt par nopietnu terapeitiskas saskaņas tehniku, jo klusums bieži sniedz kreatīvu ievadu neminētu faktu atklāšanai un rosina jaunu viedokļu parādīšanos. Nevar noteikt kvantitatīvi pieļaujamo klusēšanas ilgumu, tas ir jāvērtē konkrētā kontekstā. Terapeitam ir svarīgi pamanīt šādas situācijas un zināt kā uz tām atbildēt, cerot pēc iespējas labāk saprast klienta izteikumu nozīmi.

## 5. Pašreizējās situācijas uzsvēršana

Terapeits uzsver konkrētu tikšanās momentu. Šim procesam ir 2 daļas: (A) atbilde uz tūlītējām reakcijām, kuras radās sarunas laikā; (B) atļauja paust emocijas.

### A. Atbilde uz tūlītējām emocijām

Tas nozīmē dot priekšroku terapeita atbildei uz tūlītējām klienta reakcijām, kas rodas tieši terapeitiskas mijiedarbības laikā, nevis uz klienta stāstījumu, kas noticis ārpus terapijas. Vienkāršs piemērs tam ir iepriekš minētā terapeita un Džeka saruna par roku spiešanu.

### B. Atļauja paust emocijas

Pašreizējās situācijas uzsvēršanā var atklāties sarežģītākas dimensijas, ja klients kļūst emocionāls, runājot par sensitīvām lietām. Terapeita uzdevums ir dot iespēju emocijām izpausties drošā veidā, kad rodas skumjas, dusmas vai prieks, nevis sniegt tūlītēju šādu emocionālu reakciju interpretāciju. Turpmāk seko piemērs.

*V pāris: Pašreizējās situācijas uzsvēršana, pastāvot emocionālai reakcijai*

Margareta bija 25 gadus veca sieviete, kurai bija darba nespēja sakarā ar depresiju. Kopā ar vīru Henriju viņa bija ieradusies uz otro pāru terapijas sesiju. Pirmā sesija bija veltīta Margaretas smagās depresijas simptomiem. Otrās sesijas sākums šķita diezgan haotisks un saspringts. 1. terapeits bija atgādinājis kā Margaretai kopā ar Henriju, kuri bija nokavējuši piecas minūtes, iekļūt ēkā. Šķita, ka radās kāds satraukums, jo Henrijam bija jāpārlicina Margareta, kura bija diezgan sarūgtināta un saspringta, ka ir jānāk iekšā ofisā. 1. terapeits apjautājās Henrijam, kā viņam klājas. „Diezgan labi”, viņš atbildējis. Tad terapeits vērsās pie viņa sievas:

*1. terapeits: “Margaret, un kā klājas Jums?”*

*Margareta: “Es jūtos savādi. Es negribēju šodien nākt pie jums. Ziniet, es parasti neesmu tāda kā tagad..”*

*1. terapeits: “Jūs negribējāt šodien nākt pie manis. Kāda noteikta iemesla dēļ?”*

*Margareta: “Man liekas, es vienkārši strādāju pārāk daudz un esmu nogurusi.”*

### *1. terapeits: "Hmmm.."*

Margaretas atbildes saturēja 3 nesaistītus teikumus. „Jūs negribējāt šodien nākt pie manis”, šādā veidā terapeits atbildējis uz vienu no pacientes izteikumiem. Viņš nekommentēja klientes emocijas, taču pievērsās specifiskai aktīvākai problēmai dotajā brīdī, „nevēlēšanās nākt pie viņa”, kas būtībā ir aicinājums dialoga uzsākšanai.

## **6. Vairāku viedokļu iegūšana: polifonija**

Atvērta dialoga metode netiecas pie noteiktas vienprātības, bet uztur kreatīvu apmaiņu ar dažādiem viedokļiem un „balsīm”, pat ja dalībnieku starpā vai pašā klientā ir vērojama zināma spriedze. Pastāv divas viedokļu un „balsu” jeb polifonijas daudzveidības dimensijas: (1) iekšēja un (2) ārēja. Ārējas polifonijas gadījumā terapeits iesaista sarunā katru dalībnieku un mudina visus būt sadzirdētiem un cienītiem, integrējot valodu un vadot dialogu monologa vietā. Iekšējas polifonijas gadījumā terapeits ieklausās un pamudina katru personu izteikt savu viedokli un pieredzi.

### *A. Ārēja polifonija*

Katram, nevis tikai personai, kurai ir problēmas vai simptomi, jābūt uzklaušītam un katram jāsniedz iespēja izteikties. Piedzīvojot „balsu” daudzveidību jeb dzīvojot „balsu” polifonijā sesijas laikā, ārstam jābūt jūtīgam pret katru personu un jāspēj sadzirdēt katra dalībnieka viedoklis par svarīgām tēmām, kuras vajadzētu apspriest. Abos iepriekšējos piemēros gan ar L ģimeni, gan ar V pāri, terapeits pārliecinājās, ka katram bija iespēja izteikties. Piemērā ar Džeka ģimeni, tika parādīta ģimenes locekļu dažādu viedokļu sasaistīšana vienā kopējā viedoklī par viņa kolektīvo izolāciju, nevis tikai fokusēšanās uz Džeka nepatīkamo stāvokli. Turpmāk seko Margaretas un Henrija terapijas piemērs.

### *Ārējas polifonijas piemērs ar V pāri.*

Otrajā sesijā Margareta un Henrijs progresēja no trauksmes un konflikta pastiprināšanās līdz konstruktīvas mijiedarbības radīšanai, kas noslēdzās ar atklātu viņu atšķirību apspriešanu. Kā bija aprakstīts iepriekš, Margareta sāka terapijas sesiju ažitētā un satrauktā stāvoklī. Sesijas sākumā viņa norādīja, ka vīrs nekad neesot mājās. Uz to ārsts atbildēja ar viņas pašas lietotiem vārdiem asā tonī un tieši, kas bija pieskaņots viņas emocionālo izpausmju intensitātei: „Ko jūs domājat ar vārdu „nekad””? Pēc šādas atbildes bija jūtama pārslēgšanās. Tā vietā, lai turpinātu demonstrēt bēdu sajūtu, Margareta sāka runāt ar ārstu ar lielāku cieņu, it kā pēkšņi sajūtu, ka sesija sniedz iespēju

būt uzklausītai. Arī Henrijs mainījās pēc ārsta komentāra un sāka izteikties skaidrāk, pārliecinošā balsī. Pirms šīs pārmaiņas Henrija komentāri bija gandrīz nesakarīgi. Ārstam, turpinot rast saprotamu saikni ar katru no partneriem, parādījās dialogs ne tikai starp terapeitu un katru partneri, bet arī pašu partneru starpā. Viņi pirmo reizi sāka runāt no skaidras „es” pozīcijas, vēršoties pret partneri uz „tu”. Viņi abi bija gatavi saglabāt katra atsevišķās pozīcijas, kā arī uzklausīt un sadzirdēt citas personas pozīciju. Neskatoties uz sākotnēju nepiekrīšanu otram, viņi sāka apspriest virzību uz sava centrāla konflikta jaunu risinājumu. Tādējādi neliels sarunas fragments atveidoja veselu dialoga kontekstu, atbalstot polifoniju.

Vēl viena polifonijas principa dimensija ir terapeita spēja atrast kopīgu valodu ar citiem speciālistu un sabiedrības tīkla dalībniekiem, kas nav spējīgi darboties dialoga veidā. Ne gluži katrā sesijā parādās neatbilstoši komentāri, taču šādu piezīmju apstrādāšana ir nozīmīgs polifoniska dialoga panākšanas elements, tādēļ tas tika iekļauts šajā sadaļā. Tālāk seko piemērs no trešās ģimenes - P ģimenes.

*Gadījuma piemērs: neatbilstošu piezīmju integrācija: P ģimene*

P. ģimene meklēja palīdzību savam 25 gadus vecam dēlam Kristoferam, kuram pirms pāris gadiem bija akūta psihotiska epizode, kad viņš pēdējo gadu mācījās koledžā. Viņa vecāki, Džons (60) un Šeila (56), kuri tajā pašā laikā atradās smagā šķiršanas procesā, bija saspringti un dzīvoja atsevišķi. Šeila strādāja par skolotāju, bet Džons bija bezdarbnieks. Kristofera psihozes laikā, vecāki nogādāja viņu hospitalizācijai privātā slimnīcā, kur kā pamata ārstēšanu Kristofers saņēma psihofarmakoloģiskus preparātus. Kopš tās reizes Kristoferam bija problēmas ar darbu un viņš dzīvoja pie mātes. Kristofers izskatījās aizvainots un sadusmots par šo gadījumu un to, ka viņam nācās saņemt medikamentozu terapiju.

Vienā no sadarbības tīkla tikšanās reizēm pirmo reizi piedalījās ģimenes ārsts. Viņš bija Džona ārsts un arī uzticams sabiedrotais, bet Šeila ar Kristoferu viņu neuzskatīja par savu ārstu. Visi četri piedalījās sesijā. Ģimenes ārsts pašā sesijas sākumā pēkšņi pateica: „Šādā situācijā nepieciešamas 3 lietas – medikamenti, kognitīvi-biheviorāla terapija un ģimenes terapija”. Dzirdot to, Kristofers pēkšņi piesarka, nolaida plecus un noskuma. Atvērta dialoga prakses terapeits zināja par Kristofera negatīvo pieredzi ar medikamentiem slimnīcā un jūta, ka puisim būtu labāk bez tiem. Tajā pašā laikā vecāku starpā bija saspringta viedokļu atšķirība medikamentozās terapijas jautājumā. Terapeits



atbildēja ģimenes ārstam: „Vai Jūs varētu izskaidrot, kā nonācāt pie šāda secinājuma?” Ārsts ieturēja pauzi kādu brīdi un sāka šo tēmu apspriest. Tad vērsās pie Kristofera: „Piedod, man liekas es kļūdījos, sākot uzreiz ar šīm trim iespējām”. Vēlāk atvērta dialoga terapeits atgriezās pie idejas par individuālu kognitīvi-biheiviorālu terapiju un medikamentiem, un apsprieda to ar katru no sesijas dalībniekiem.

Kā iemeslu tam, kāpēc ģimenes ārsta rekomendācijas nebija savienojamas ar dialoga pieeju, var minēt, ka ārsts sāka sesiju nevis klausoties un sadarbojoties, sniedzot iespēju izteikties katram, bet monologa pozīcijā, uzreiz ar absolūtu vērtējumu, kas radīja ievērojamu diskomfortu.

### *B. Daudzu klienta iekšējo polifoniju vai „balsu” saistīšana*

Terapeits klausās un saista dažādus viedokļus un klienta „balsi”. Šie viedokļi var būt konfliktējoši, vai tos var izteikt viena un tā pati persona. Iepriekšējā ģimenes ārsta izteicieni būtībā ir piemērs iekšējas polifonijas sasniegšanai. Vispirms ārsts izteicās kā labi informēts profesionālis, netieši saraujot empātiju ar Kristoferu. Vēlāk viņš uzlaboja empātiju, kad izrādīja iejūtību pret Kristofera diskomfortu.

Šādā veidā šis ģimenes ārsts runāja vairāk nekā vienā balsī, pirmkārt, kā eksperts, kurš izmanto vispārējas zināšanas un, otrkārt, kā empātisks klīnicists, reaģējot uz esošo mijiedarbību. Šāda veida pārveide ir atslēga dialoga praksei.

Klientu intervijas laikā ārsts jautā par tiem, kuri nepiedalās. Tas ir cits veids kā izraisīt iekšējas polifonijas izteikšanu. Parasts jautājums varētu būt: „Ja cilvēks X būtu šeit, ko viņš teiktu par šo diskusiju?” Šī jautājuma ideja ir iedomāties dialogu ar svarīgu personu cilvēka dzīvē, kura nepiedalās diskusijā. Tādā veidā nopietnas citas „balsis” kļūst par ārēja dialoga daļu, un klienta iekšējais dialogs kļūst par izmeklēšanas un refleksijas subjektu. Laika gaitā jautājums pats par sevi provocē pārmaiņas dilemmā, ko radījis pats klients attiecībā uz personu, kura nav klāt sesijas laikā. Labs piemērs in no sesijas ar L ģimeni, kurš vēlāk izvērās terapijas procesā.

### *Klāt neesošu dalībnieku iesaistīšanas gadījuma apraksts: L ģimene: iekšēja polifonija un klāt neesošu dalībnieku “balsu” iesaistīšana iekšējā dialogā*

Piemērs tiek ņemts no L ģimenes, kura tika iepriekš aprakstīta, un kas sastāv no Devida, Treisijas un viņu 32 gadus vecā dēla Džeka. Ārstēšanas laikā Treisija pēkšņi nomira. Devids sēroja un bija izmisis. Terapijas kursa laikā, atrodoties dziļā sērošanas procesā, Devids jautāja, vai Treisija būtu dzīva, ja

viņš vairāk būtu bijis klāt, lai nodrošinātu Treisijai attiecīgu medicīnisko aprūpi, nevis tik daudz koncentrētos uz Džeka jaunās ārstēšanas metodes apgūšanu.

Sesijas laikā terapeits divas reizes pajautāja: „Kā Jūs domājat, ja Treisija būtu šeit, ko viņa teiktu par lēmumu visus jūsu spēkus veltīt palīdzībai Džekam?” Deivids kādu laiku padomāja, bet tad atbildēja, ka viņa būtu laimīga, jo viņi pēdējo Treisijas dzīves gadu pavadīja šajās sesijās kā ģimene. Treisija bija pastāstījusi Deividam, ka onkologs teicis, ka būtībā viņa nodzīvojusi ilgāk, lai, pirms savas došanas citā pasaulē, pārliecinātos, ka Džeks ir drošās rokās. Džeks bija klāt, kad Deivids runāja par Treisijas uztveri par to, ka Džeka stāvoklis īstenībā uzlabojas, viņam ir nākotne un viņš īstenībā pagarinājis Treisijas dzīves ilgumu, nevis paātrinājis viņas nāvi.

## **7. Uz attiecībām fokusēta dialoga veidošana**

Pacientu intervijas laikā terapeits ir ieinteresēts strādāt ar tēmām un problēmām noteiktos ietvaros. Piemēram, kad ģimenes loceklis ir disforisks un kritiski noskaņots pret terapeitu, tas tiek traktēts un uztverts nevis kā personības traucējumu manifestācija, bet kā reakcija uz aktuālām attiecībām un mijiedarbība ar terapeitu, kas rada vēl vienu „balsi” dialoga polifonijā.

Attiecību jautājumi ir atvase no uz attiecībām fokusēta domāšanas veida, un tiek uzdoti ar nolūku panākt situācijā lielāku skaidrību. To var panākt, piemēram, uzdodot jautājumu, kas adresēts vairākiem cilvēkiem, nevis vienai personai; kuri raksturo attiecības ģimenē un izrāda interesi par problēmu vai simptomiem attiecību kontekstā. Iepriekš pieminētā tikšanas reizē ar Džeka ģimeni, viens terapeits jautājis Džeka vecākiem, cik daudz laika procentuāli viņi velta Džeka labsajūtas veicināšanai, salīdzinot ar laiku, ko velta pievēršoties savstarpējām attiecībām un savām dzīvēm. Šis ir attiecību jautājums tādā ziņā, ka tas piesaista vairākus cilvēkus diskusijai, kuras laikā attiecības var būt skaidrāk definētas un diferencētas, nevis kļūt vairāk mulsinošas un neskaidras.

Atvērta dialoga praksē pastāv vairākas uz attiecībām balstītu jautājumu variācijas, kurās izmanto sistēmiskus, uz risinājumu orientētus, stāstījuma veida un psihidonamiskus iztaujāšanas veidus. Piemēram, var uzdot tā saucamos „cirkulāros” jautājumus ko ieviesa Milānas sistēmiskā komanda. (Boscolo, Ceechin, Hoffman, & Penn, 1987). Šādi jautājumi izceļ atšķirības un ir vērsti uz attiecībām ģimenē (detalizētāka diskusija par cirkulāriem jautājumiem ir 10. nodaļā Atvērts dialogs un ģimenes terapija).

Atvērta dialoga praksē netiek prasīti šādi vai citi jautājumi kā daļa no strukturētas intervijas metodoloģijas, vai kā iepriekš pārdomāta jautājumu virkne, kas novedīs pie intervences izmantošanas. Šādas, strukturētas metodes rada tendenci veidot monologā, nevis dialogā, veidotu mijiedarbību. Tā vietā dialoga praksē jautājumi tiek izvirzīti kā atbildes, kuras saskan ar unikālām iespējām dialoga ietvaros, tiek izmantotas kreatīvā, improvizācijas un saudzīgā veidā, lai atvērtu jaunus ceļus „balsīm” un iespējām. Autori izdomāja terminu „attiecību jautājumi”, kas nozīmē šādu izjautāšanu dialoga laikā.

*Piemērs gadījumam ar cirkulāru jautājuma uzdošanu: H ģimenes piemērs*

Piemērs ir ņemts no ģimenes, kurā ir vecāki - Maiks, biznesa vadītājs, un Anna - konsultante, kā arī divi bērni: 18 gadus veca Karla un 16 gadus vecs Džo. Karla bija hospitalizēta pēc tam, kad nolēca no savas 3 stāva guļamistabas palodzes, jo paklausīja brāli, kurš teica, ka klaboša rotaļlieta liek to darīt. Psihiatrs slimnīcā ģimenei teica, ka viņu meitai smadzenēs ir ķīmiskā līdzsvara traucējumi. Karla tika ārstēta ar lielām medikamentu devām. Zāles mazināja viņas psihotiskās balsis, un Karla turpināja būt uzskaitē pie ambulatorā psihiatra. Meitenes vecmāte no mātes puses uzskatīja, ka ģimenei jāpiedalās atvērta dialoga terapijā.

Šajā piemērā ārsti satika ģimeni jau otro reizi. Tēvs uzsāka sarunu ar ideju par „ķīmisko disbalansu” un izskatījās diezgan aizkaitināts ar to, ka bija nepieciešams piedalīties ģimenes sesijās, it īpaši tajās, kuras drīzāk bija par procesu, nevis kurās tika norādīti konkrēti rīcības soļi. Pēc tēva viedokļa uzklaušanās un atzišanas, terapeits pajautāja ģimenei atšķirīgu vai cirkulāru jautājumu par piekrišanu vai nepiekrišanu: „Kurš vēl no ģimenes piekrīt Maikam par ģimenes sesijas reizēm?” Džo teica: „Klausieties, ir arī citas lietas, ko es varētu darīt”. Karla atbildēja, ka viņai ir ķīmisks disbalanss un ir nepieciešamas zāles, bet domāja, ka pirmā ģimenes tikšanās padarīja viņu mazāk izolētu. Māte sacīja:

Es nepiekrītu Maikam. Man liekas, ka, kad es domāju par mums visiem četriem kopā, es saprotu, kāpēc Karla dzird balsis. Es domāju, ka viņas balsis ir mūsu visu kopīgs produkts... Es tiešām nevaru paskaidrot to, bet es domāju, ka mums ir nepieciešams tikties kā ģimenei un apspriest jebkuru jautājumu, kad tas aktualizējas. Ir ļoti daudz lietu par kurām mēs nerunājam, bet par kurām mums vajadzētu parunāt, lai palīdzētu ne tikai Karlai, bet arī mums visiem. Jā, tas ir tas, ko es patiesi domāju.

Karla, kas sēdēja tuvu pie mātes, paņēma viņas roku un uzsmaidīja. Šādā veidā jautājums par tikšanos atļāva mātei tikt uzklausītai ģimenē, kur tēva viedoklis, kopā ar vadošo psihiatrisko problēmu, bija kļuvis pārāk dominējošs. Attiecības ar vecākiem kļuva skaidrāk definētas, kad konflikts starp viņiem tika izteikts atklāti. Pateicoties šim dialogam, tika izveidota terapijas komanda, kurā, bez jau no sākuma komandā esošajam atvērta dialoga terapeitam, sesijās regulāri pievienojās jauns terapeits. Ar šādu kārtību ģimenē tika panākts liels progress, īpaši Karlai, kuras stāvoklis sāka uzlaboties. Viņa atgriezās skolā un sāka mazināt medikamentu lietošanu. Aptuveni pēc 18 terapijas mēnešiem Karlas vecāki palūdza iepriekšējās terapijas vietā uzsākt pāru terapiju. Karla, savukārt, turpināja apmeklēt individuālo terapiju, viņas dzīve sāka virzīties uz priekšu, satiekot pirmo puisi un iekļaujoties skolā.

## **8. Jēgpilna atbilde uz problēmas apspriešanu un uzvedību**

Dialoga praksē ir uzsvērtas sarunas normalizēšana, pretstatā runāšanai par jautājumu, problēmu kā par patoloģiju. Ārsts uzklausā nozīmīgus un loģiskus katras personas atbilžu aspektus. Praksē tas nozīmē, ka ārsts cenšas komentēt un atbildēt uz to, kas bija pateikts veidā, kas paredz saskatīt simptomus vai uzvedības problēmas kā jēgpilnu vai dabīgu atbildi uz sarežģītu situāciju. Šāda nobīde uz sarunas normalizēšanu pārliecina cilvēkus, uzsverot problēmas laikā raksturīgās uzvedības jēgu noteiktā kontekstā, nevis vērtē to kā nepareizu vai neprātīgu. Normalizācijas sarunai ir līdzība ar Milānas sistēmiskas terapijas tehniku ar nosaukumu "Pozitīva vai loģiska papildnozīme", lai gan pēdējā tehnika ir veidota kā interence, lietojot paskaidrošanas formu darbā ar klientiem. Normalizācijas saruna ir ļoti smalks, veikls saprašanas un atbildes sniegšanas process, veidojot divvirzienu dialogu. Tā arī var tikt izmatota, identificējot rezultātus vai izņēmumus problēmu piesātinātos gadījumos (Olson, 2006; White, 2007). (Lūdzam apskatīt arī 10. nodaļu, kur tiek salīdzināts atvērtais dialogs un ģimenes terapija, kā arī apraksta tādas atšķirības starp sarunas normalizēšanu un ģimenes terapijas intervencēm, kā pārstrukturēšana un pozitīvas vai loģiskas papildnozīmes).

Piemēram, iepriekšējos izvilkumos no L ģimenes un V pāru terapijas sesijām, normalizēta saruna aizvietoja patoloģisko, kopīgiem spēkiem radot jēgu. Pati pirmā aprakstītā sesija ļāva attīstīties sarunai, kura nostiprināja Džeka un viņa ģimenes pieredzi viņu dzīves stāstā par izolāciju un atsvešināšanos no viņu ģimenēm, kā arī normalizēt kontekstu, kurā viņu pieredze kļuva vairāk

saprotama. Līdzīgi sesijā ar Margaretu un Henriju, sarunas laikā Margaretas simptomi tika piesaistīti normalizētam kontekstam par jaunā pāra atrašanos starp divām ģimenēm, ar noteiktu akcentu uz vīra lojalitāti attiecībā uz viņa māti.

### **9. Klienta paša vārdu un stāstītā, uzsvēršana, nekonzentrēšanās uz simptomiem**

Dialoga prakse aicina stāstīt par to, kas noticis personas dzīvē, viņas pieredzi, domām un jūtām, nevis atstāt simptomus. Stāstīšana var notikt viegli vai arī var būt nepieciešams piemeklēt izteikumus. Atvērtā viena vārda vai īsu teikumu formā var būt kā atslēgas vārdi ar augstu sasaisti ar problemātisko situāciju. Terapeits cenšas uztvert tos vārdus, kuri sniedz pieeju stāstījumam par pacienta ciešanām. Tā ir daļa no lielāka procesa ar vienkāršas valodas izmantošanu un garāka stāstījuma iekļaušanu.

Šādā veidā smagi simptomi var tikt saprasti kā uzspiestas, neizsakāmas vai neizprotamas dilemmas. Tie bieži ir iesakņojušies šausmīgās, bieži traumatiskās, pieredzēs, kuras ir grūti izteikt ierastos vārdos un izstāstīt pieredzēto stāstījuma veidā. Piemēram, halucinācijas var būt pazīme šai, citādā veidā neizsakāmai, pieredzei. Personas, kuras piedzīvo vissmagākos simptomus, parasti ir ar vismazāko spēju lietot valodu. Līdz ar to ilgāku laiku var aizņemt mijiedarbība un informācijas apmaiņa ar personu, kurai ir izteiktāka akūta simptomātika, kuras "balss" sesijā ir visnesakarīgākā un vājākā. Turklāt sesijās krīžu periodā vissarežģītākās, un visnopietnākās problēmas tiek norādītas ar vienu atslēgas vārdu, ko persona pasaka, nevis izteiktas ar veselu stāstījumu. Viena vārda izteiksmes veidu, kas varbūt liekas savādi, ārsts var atkārtot un pārfrāzēt, nedaudz pārveidot, kamēr attīstās lielākā mērā savstarpējs izteikšanās veids. Mērķis tam ir nonākt pie kopīgas saprašanas, kas dod "balsi" personas pieredzei, padarot to vairāk saprotamu un tādējādi veicinot jaunas iespējas katram. Bieži vien tas nozīmē koncentrēšanos uz sīkām detaļām personas aprakstā par notikušo vai uz to, kas īstenībā notiek telpā, kamēr persona stāsta.

*Piemērs gadījumam ar stāstījuma, ne simptomu, uzsvēršanu: P ģimene*

Šis piemērs ņemts no darba ar 25 gadu vecu Kristoferu. Mēs aprakstījām šo ārstēšanas metodi iepriekš, sakarā ar sadarbības tīkla tikšanos, kurā piedalījās ģimene un viņu ģimenes ārsts. Kristofers turpināja ciest no krīzes 3 gadus. Terapeits satikās ar viņa vecākiem, Džonu un Šeilu, kuri bija šķīrušies, un pašu Kristoferu, kurš piedzīvoja psihotisku epizodi koledžā, un no kuras nebija pilnībā

atguvies. Kristoferam bija ierobežotas darbaspējas no tā laika, un viņš dzīvoja kopā ar savu māti. 1. terapeits pievienojās terapijai kā konsultants.

*1. terapeits: "Tā... Ar ko mums vajadzētu sākt? (Paskatījās uz Kristofera pusi) Es saprotu, ka tā nav pirmā tava ārstēšanās reize, bet, iespējams, tu varētu mums kaut ko pateikt. Kā tu saproti, par ko ir viss šis?"*

*Kristofers: "Protams. Apmēram piecus gadus, piecus gadus atpakaļ, es sajutos tā, ka galva būtu neskaidra, hm, domāju, ka tā vienkārši bija depresija, hm, bet, tas ir, hm, bija grūti fokusēties pēc atgriešanas no ārzemēm pavadīta mācību semestra. Man vienmēr viss bija kārtībā, jūs zināt, pirms tam, hm, kad es devos iepriekšējos mācību gadus ārzemēs, rudens semestris pamatskolā, rudens semestris koledžā, man ir 25 gadi, jā, un es biju koledžā 4 gadus, hm, pēc tam, kad es atgriezos, sākās problēmas, depresija, nevarēju fokusēties nodarbībās, un kopumā jutos nelaimīgs par savu psihisko stāvokli, un daudz domu rosījās galvā, labākais veids kā to aprakstīt ir neskaidra, neskaidra domāšana, lūk hm, it kā, hm, tas būtu turpinājies pēdējos 5 gadus, lūk, mm, jā..."*

*1. terapeits: Tu teici, ka jūties nelaimīgs?*

Terapeits jautāja katram no vecākiem, kā viņi saprot šo situāciju. Katram bija savs viedoklis par to (tas ir arī ārējas polifonijas piemērs). Māte aprakstīja, kā viņa dzīvoja ar Kristoferu un vēroja viņa bailes no dzīves. Pēc viņas domām esošo situāciju izraisīja "klusēšanas kodekss", kurš bija pieņemts ģimenē Kristofera bērnības laikā. Ar "klusēšanas kodeksu" māte domāja to, ka problēmas ģimenē reti tika apspriestas atklāti. Tēvs tam nepiekrita un teica, ka Kristofera problēmas izrietēja no grūtībām bērnībā, ieskaitot ilgstošu nespēju saprast sociālu komunikāciju. Kristofers apstrīdēja tēva viedokli.

Terapeits tad atgriezās pie Kristofera un palūdza izstāstīt vairāk par to, kā viņš saprata savu stāvokli. Kristofers atbildēja: "Salauzta sirds". "Salauzta sirds" bija paša Kristofera izteikums. Terapeits atkārtoja viņa izteikumu. Terapeita atbilde aicināja Kristoferu pastāstīt par epizodi, kad viņš mācību laikā ārzemēs bija iemīlējies kādā meitenē, un kā viņam vajadzēja meiteni atstāt, lai atgrieztos ASV. Viņš uzskatīja, ka šī pieredze veidoja pamatu visam, kas noticis, un tādēļ viņš kļuva, kā saka viņa māte, paralizēts savā personiskajā dzīvē. Atsevišķi katra ģimenes locekļa "balsis" un viedokļi palika

polifoniski atšķirīgi diskusijā, kā arī nebija kāda no viedokļiem, kam terapeits dotu priekšroku. Tas norāda, ka terapeits novadīja lielāko sesijas daļu, palīdzot Kristoferam atklāt savu "salauzta sirds" stāstījumu.

## **10. Saruna profesionāļu starpā terapeitiskas sarunas ietvaros: refleksijas process, terapeitisku lēmumu pieņemšana, atpakaļsaites sagaidīšana.**

Katrā tikšanas reizē ir jāuzsver terapeitu saruna savā starpā. Lai to realizētu, tiek ieteikts skatīties vienam uz otru un runāt vienam ar otru, nevis ar ģimeni vai jebkuru citu dalībnieku.

Sarunas norisei, piedaloties ģimenes locekļiem, ir trīs daļas. Pirmās divas ir savstarpēji aizstājamas, bet trešā vienmēr seko pēc profesionāļu dialoga. Pirmais ir refleksijas process, kura laikā ārsti iesaistās pārdomās, kas centrētas uz viņu pašu idejām/priekšstatiem/asociācijām, esot klāt ģimenei un klientiem. Otrajā etapā terapeits sarunājas ar citu terapeitu par ārstēšanas plānošanu, analizē problēmu un atklāti apspriež rekomendācijas sakarā ar medikamentozu terapiju un hospitalizāciju. Sokojošajā trešajā daļā, ģimene komentē profesionāļu sarunu. Tas nozīmē, ka pēc refleksijām viens no profesionāļiem aicina ģimeni un citus tikla dalībniekus komentēt to, ko viņi dzirdēja.

### *A. un B. Refleksijas kā idejas/priekšstati/asociācijas un plānošana*

Atspoguļošanas jeb refleksīvas sarunas profesionāļu vidū terapeitiskas sesijas laikā ģimenes klātbūtnē tika ieviestas pateicoties Tomam Andersenam (1991). Citu šādas sarunas versiju ieviesa Seikkula & Arnkil (2006). Dialoga prakses grupu sesijās ir pieņemami abi refleksiju veidi. Refleksijas process (jeb saruna) tiek realizēta starp profesionāļiem, klātesot ģimenes locekļiem. Andersens sākotnēji ierosināja skaidri definētas izmaiņas sarunas un klausīšanas procesā terapeitiska dialoga ietvaros tā, ka "reflektējoša grupa" (parasti sastāvēja no 3 profesionāļiem) sēdēja atsevišķi, lai gan tajā pašā telpā, kur sēdēja ģimene, vai aiz vienvirzienā caurskatāma ekrāna. Ar nolūku padarīt šo procesu daudzveidīgu un vairāk spontānu, Tom Andersen un somu komanda ieviesa ideju realizēt refleksijas procesu mazāk strukturētā veidā - kā daļu no sesijas nepārtrauktas plūsmas.

Kā norādīts, saruna starp profesionāļiem svārstās no pārdomām par idejām, priekšstatiem, sajūtām un asociācijām, kas parādās viņu prātos un sirdīs, līdz ārstēšanas plāna uzklaušanai. Mērķis ir

sesijas laikā veidot vietu, kur ārsti var uzklaut viens otru un tādā veidā atrast piekļuvi savam iekšējām diskusijām. Tas arī ļauj klientiem klausīties, ko runā profesionāļi bez spiediena pašiem atbildēt. Ņemot vērā Toma Andersena (1991) ieteikumus, palīdzības sniedzēji izmanto parastu valodu, nelieto profesionālo žargonu un pamatojās uz tēmām, kuras uzsāka ģimene. Tas saucas "runāt kā klausītājs, nevis kā autors" (Lyotard, citēts Seikkula and Olson, 2003).

### *Gadījuma piemērs ar sarunas refleksiju starp profesionāļiem: L ģimene*

Atgriežoties vēl vienu reizi pie tikšanās ar L ģimeni, kas sastāv no Devida, Treisijas un Džeka, un kas tika aprakstīta pašā sākumā, notika profesionāļu saruna, piedaloties ģimenes locekļiem, kuras laikā viņi vispirms iesaistījās refleksijās, un tad apsprieda problēmas attiecībā uz ārstēšanu. 1. terapeits sāka dialogu, jautājot: "Jūs neiebilstat, ja es tagad parunāšu ar saviem kolēģiem?" Vecāki atbildēja, ka viņi neiebilst. 2. terapeite sāka ar pārdomām pat to, ko viņa bija dzirdējusi un izteicās par visām pozitīvām lietām, ko vecāki teica par Džeku, lietoja viņu vārdus: „jūtīgs”, „mīlošs”, „gaišs”, „visus aizstāvošs” un tā tālāk. Kā arī viņa atstāstīja pozitīvu piemēru fragmentus. 1. terapeits turpināja, lai pateiktu, ka viņam patika, kā Džeks piedalījās sesijās, uzturoties nedaudz nomaļus, bet klausījās. 1. terapeits tad pievērsās terapijas problēmas apspriešanai un ievēroja, ka vecāki izskatījās apjukuši sakarā ar to, ka tika diskutēts - vai nu jāmēģina meklēt Džekam ārstēšanās iespējas iestādē, kas saistīta ar pastāvīgu viņa uzturēšanos tajā vai arī jāturpina atvērta dialoga prakse. Šī dilemma izraisīja ilgāku dialogu terapeitu starpā, tā ietvēra pārdomas par attiecībām starp ģimenes locekļiem, un praktiskiem problēmu risinājumiem. Džeks un viņa vecāki nolēma, ka viņi gribētu tikties vēl ar šiem terapeitiem.

### *C. Ģimenes komentāri par ārstu refleksijām*

Pēc tam, kad terapeiti dalās savās pārdomās, ģimenei ir jādod iespēja izteikt to, ko viņi domā par terapeitu diskusiju. Lūgums ģimenei komentēt profesionāļu teikto sniedz viņiem iespēju runāt par savu nākotni. Tātad 2. terapeits jautāja L ģimenei: "Mani interesē, vai jums ir kādas domas par mūsu komentāriem? Kas jums likās saistošs? Kam jūs piekrītat? Vai ir kaut kas, kam jūs nepiekrītat?"

Treisija atbildēja: "Jūs trāpījām pašā būtībā. Viņš (Džeks), rūpējas par mums. Es nedomāju, ka mēs jūtamiem tik pozitīvi attiecībā uz Džeku (Džeks smejas). Bet mēs tā tiešām jūtamies." Džeks un



Treisija savstarpēji apmainījās ar skatieniem un smaidiem. Deivids atreaģēja uz vārdu "apjukuši", ko iepriekš bija lietojis 1. terapeits un apsprieda ar terapeitu dažādus praktiskus risinājumus.

## 11. Būt atklātiem

Terapeitiskā sesijā ir iesaistīti visi dalībnieki. Katrs sesijas dalībnieks ir vienādā pakāpē iesaistīts visās diskusijās un informācijas apmaiņā. Tas nozīmē, ka visas diskusijas par hospitalizāciju, medikamentozu terapiju un ārstēšanas alternatīvam notiek ar katra piedalīšanos. Bieži atklātība ir kā refleksijas elements. Kā redzams iepriekš, minētā sesijā ar L ģimenes iesaisti, lēmumi par ārstēšanas iespējām sākotnēji bija kā dialoga daļa starp terapeitiem. Piemēram, kā jau tika teikts, terapeits refleksēja par dažādām iespējām terapijas plānošanā, paužot savas idejas atklātā diskusijā, nevis vienkārši sniedza eksperta rekomendācijas.

*Atklātības gadījuma apraksts: L ģimene*

*1. terapeits: "Man bija sajūta, ka vecāki [Deivids un Treisija] ir apjukuši savos priekšstatos par turpmāko rīcību..., apjukuši jaunajā domā par ierašanos šeit un, iespējams, arī par sesijām dialoga veidā un tā tālāk. Tajā pašā laikā tas viss ir nedaudz neskaidrs. Cik lielā mērā šis lēmums ir paredzēts vecākiem, cik lielā mērā tas jāņem pašam Džekam, un cik lielā mērā šis lēmums ir jāpieņem terapeitiem un citiem profesionāļiem? Līdz ar to ir redzams, ka šeit parādās liels jautājums, kurš izraisa apjukumu..."*

Šis komentārs, kas arī ilustrē izpratni pret iespējamām neskaidrībām, izsauca tēva atbildes reakciju, kas rezultējās izskaidrojošā diskusijā ar vecākiem par viņu pozīciju, ko viņi paši definēja – "bez apjukuma". Drīzāk abi vecāki un Džeks izvēlējās iespēju piedalīties terapeitiskās sesijās un vēlāk terapijas gaitā izpētīt citas alternatīvas.

Pirmajās un bieži vien nākamajās sesijās, dialoga pieejas terapeiti iesaista dalībniekus nākamās sesijas struktūras plānošanā. Vienmēr būs šādi atvērti jautājumi kā: "Vai pēc jūsu domām mums ir jātiekas vēlreiz?", "Vai jums ir kādas idejas, kad tas varētu notikt?", "Kā jūs domājat, kas varētu ierasties nākamreiz?" Ja ģimene izskatās neizlēmīga, tad terapeits var jautāt: "Jūs labāk gribētu par to padomāt kādu laiku un tad mums piezvanīt?" Protams, ja dalībnieki un sesiju biežums jau ir noteikti, minētie jautājumi var kļūt nevajadzīgi.

## 12. Tolerance pret neizlēmību

Tolerance pret neizlēmību ir viens no septiņiem atvērta dialoga pamatprincipiem un viens no dialoga prakses atslēgas elementiem. Tā ir pati dialoga jēga. Tāpēc tas ir specifisks elements, kurš nosaka citus elementus.

Atvērta dialoga praksē pamatā ir orientācija uz organisku krīzes izpratne radīšanu, balstoties uz katra dalībnieka ieguldījumu (polifoniju). Šī nostāja, kā arī mūsu pieredze, ir balstīta uz pieņēmumu, ka katrai krīzei ir unikālas īpašības. Terapijas laikā izvairās no sasteigtiem lēmumiem, ātriem secinājumiem par krīzes dabu, diagnozi, medikamentozu terapiju un terapijas organizēšanu. Turpmāk tekstā autori nedod sagatavotus risinājumus, tādus kā specifiskas, saplānotas iepriekš terapeitiskas intervences ģimenes vai atsevišķas personas krīzē.

Pamatideja, kura profesionāļiem ir jāpatur prātā krīžu laikā, ir rīkoties tā, lai paaugstinātu drošību ģimenes locekļu starpā un pārējo sociālā tīkla balībnieku vidū. Ar šo saistīta svarīga specifiska pieeja ir izveidot kontaktu ar katru personu pašā sesijas sākumā, tādējādi atzīt un padarot likumīgu katra dalībnieka piedalīšanos. Šāda atzīšana mazina trauksmi un paaugstina sasaisti dalībnieku vidū, tādējādi arī paaugstina drošības sajūtu. Iespēja nekavējoties tikt ar komandu, kā arī pietiekams sesiju biežums krīzes laikā, palīdz tīkla dalībniekiem tolerēt jeb būt izturīgiem pret krīzes nenoteiktību. Kopīgi veidots priekšstats strādā pretēji katra paša izpratnei par to, kas katram cilvēkiem ir biedējošs un nemieru izraisošs. Šāda kopīga izpratne var rosināt izveidot jaunu sadarbības modeli.

Dialoga sesijas sākas ar uzstādījumu, ka katrs dalībnieks ir svarīgs un pieņemts bez jēlkādiem nosacījumiem. Tas nozīmē, ka terapeits izvairās no jebkura viedokļa izpaušanas, kas mūsu klientiem liktu domāt vai justies atšķirīgi, kā viņi šajā brīdī jūtas. Nedrīkst arī ieteikt, ka terapeiti zina labāk, nekā paši runātāji to, par ko viņi stāsta. Šī terapeitiskā pozīcija veido būtiskas pārmaiņas daudziem profesionāļiem, jo viņi ir pieraduši domāt, ka ir nepieciešams interpretēt problēmu un nākt klājā ar intervenci, kura neitralizē simptomus pārmaiņu uzsākšanai pašā personā un ģimenē.

*Gadījuma piemērs ar neizlēmības pieņemšanu*

Helēna, 46 gadus veca sieviete, un viņas vīrs, Bens, sāka pirmo sesiju ar atvērta dialoga komandu viņu pašu mājās laikā kad Helēna piedzīvoja otro psihotisko epizodi savas dzīves laikā. Komandā bija psihiatrs, medicīnas māsa un terapeits. Vienā no sesijām Helēna teica:

*"Šī epizode ir atšķirīga no manas pirmās epizodes pirms gada. Tad mēs - mana ģimene - tikāmies ar ārstu, kura galvenā interese bija manu ģimenes locekļu intervija par to, cik traka es biju. It kā es nebūt klāt tajās tikšanās reizēs. Tagad tas ir pavisam citādi. Es esmu šeit un mani ciena. Īpaši man tas patīk tad, kad ārsts runā ar manu vīru, un es saprotu, cik ļoti mans vīrs mani ciena."*

Pirms gada Helēna bija hospitalizēta parastā psihiatriskā nodaļā. Tur viņiem bija ģimenes terapijas vizītes, bet, acīmredzami, ka galvenais sesiju mērķis bija atrast pareizo diagnozi. Ārsta jautājumi bija vērsti uz diagnostiskas informācijas iegūšanu, nevis vērsti uz Helēnas uzklauššanu, mēģinot panākt saikni ar viņu. Šī pieredze pacientei bija visai problemātiska ("it kā es neesmu tur klāt"). Viņa nosauca atšķirības starp to, kas notika gadu atpakaļ un atvērta dialoga praksi. Iepriekšēja psihiatriska intervija gadu atpakaļ atstāja pacientē sajūtu, ka viņai nav spējas un spēka pašai noteikt savu dzīvi un pieņemt lēmumu par pašas ārstēšanu. Nesenas sesijas ar terapeitisko komandu ļāva viņai justies uzklaušītai un pieņemtai.

No otras puses terapeitiskas komandas psihiatrs, kuram šāds darba veids bija jauns, teica, ka brīžiem viņam bija diezgan neskaidrs tas, kas bija noticis šī procesa laikā. Šajā gadījumā šis bija profesionālis, kuram nenoteiktība bija vizizteiktākā, jo ārstēšanas process vairs nenorisinājās saskaņā ar konkrētiem, plānoties soļiem, kurus iesaka un, lielākoties, kontrolē eksperts.

Ja pārmaiņas notiek atvērta dialoga procesā, tas var būt attiecināmas uz katra dalībnieka viedokļa iesaistīšanu tajā. Tā ir terapeita atbildība organizēt sesiju tādā veidā, lai radītu vietu, kur katrs var droši izteikt savu viedokli veidos, kurus autori ir izklāstījuši iepriekš. Visbeidzot terapeits nevis vienkārši veicina polifoniju un dzēš paša "balsi", bet arī pārdomu veidā ģimenes klātbūtnē izsaka savus plānus. Tāpēc arī viņa idejas var tikt sadzirdētas, kritizētas un komentētas, nevis pieņemtas kā vienīgās pareizās.

Galu galā, produktīvā dialogā klīnicisti piedalās kā cilvēki ar savām jūtām, līdzjūtību, un pilda savus profesionālos pienākumus ar personīgu dvēselisku siltumu. Tas sekmē terapeitisku saikni un palīdz

izvairīties no pārāk lielas distancēšanās vai sajūtas rosināšanas klientos, ka viņi tiek rūpīgi pārbaudīti un objektivizēti.

## **TERAPEITISKAS SESIJAS VADĪŠANA: ATVĒRTA DIALOGA UN DIALOGA PRAKSES KONTEKSTS**

Atvērta dialogā terapeitiskā sesija ir dialoga prakses būtība. Terapeitiskai sesijai ir jānotiek nekavējoties 24 stundu laikā pēc kontakta ar palīdzību meklējošo personu, kura atrodas krīzē. Pirms jebkura lēmuma par hospitalizāciju vai terapiju, šī sesija savedīs kopā krīzē esošo personu ar viņai svarīgiem cilvēkiem, ieskaitot citus profesionāļus, ģimenes locekļus un jebkuru citu tuvu personu. Tā ir tā profesionāļa atbildība, kurš ar klienta iesaisti pieņēma sākotnējo uzaicinājumu organizēt sesiju.

Sesija norisinās atvērtā veidā, visiem dalībniekiem sēžot aplī. Komandas locekļi, kuri uzsāk sesiju, ir atbildīgi par dialoga sekmēšanu. Grupa var nolemt iepriekš, kurš vadīs interviju un kādas lomas būs visiem pārējiem terapeitiskās grupas locekļiem. Parasti, ja grupa ir pieredzējusi, viņi sāk bez iepriekš sagatavota plāna par to, kurš sāks jautāt. Visi grupas dalībnieki var piedalīties intervēšanā. Sākotnēji divi jautājumi, kuri bija minēti iepriekš, aicina sesijas dalībniekus runāt par problemām vai jautājumiem, kuri viņiem ir visvairāk satraucoši dotajā brīdī. Grupa neplāno iepriekš sesijas tēmas. Pašā sākumā terapeits uzmanīgi klausās un izvilina visas "balsis", vārdus un stāstus tādā veidā, kā autori ir aprakstījuši šajā dokumentā. Ja persona uztraukuma brīdī negrib piedalīties sesijā un pēkšņi izskrien no telpas, kur notiek sesija, turpinās diskusija ar ģimenes locekļiem par to, vai vajag turpināt sesiju vai nē. Ja ģimene vēlas sesiju turpināt, viens no terapeitiem informē personu, ka viņa var atgriezties, ja vēlas.

Katram klātesošam ir tiesības komentēt to, ko viņš grib. Tiek rekomendēts, lai katrs respektē un pieturas pie dialoga tēmas, kura tiek apspriesta, kamēr vien netiks skaidri noteikta alternatīva tēma. Profesionāļiem tas nozīmē, ka viņi var atbildēt, vai nu izjautājot detalizētāk saistībā ar apspriežamo tēmu, vai nu iesaistoties pārdomās par kādu citu tēmu, kurā viņi cenšas būt atvērti un pretimnākoši. Terapeiti sarunas laikā skatās viens uz otru, izmanto parastu valodu bez žargona, izvairās no ģimenes locekļu kritizēšanas un iesaistās dialogā viens ar otru, jo šis formāts ir noteicošais gan krīzes jaunu vārdu noteikšanai, gan kopīga procesa ģenerēšanā, kurš rada drošības un uzticēšanas sajūtu. Ir ļoti svarīgi, lai dalībniekiem būtu iespēja komentēt to, ko teica profesionāļi.

Jebkurš lēmums par medikamentozu terapiju vai hospitalizāciju tiek pieņemts ar katra dalībnieka līdzdalību. Medikamentozas terapijas un hospitalizācijas jautājumu diskusija parasti parādās tad, kad ģimenes locekļiem bija dota iespēja izteikt savas vislielākās bažas. Pēc tam, kad klātesošie pievēršas svarīgākiem sesijas jautājumiem, viens no komandas locekļiem parasti iesaka pārtraukt sesiju. Ir svarīgi nobeigt sesiju pamatojoties uz paša klienta vārdiem un jautājot, piemēram, "Mani interesē, vai mēs nevarētu virzīties uz sesijas beigšanu. Pirms to darām, vai ir kaut kas, ko vēl vajadzētu apspriest?" Darot tā, klients kontrolē lēmuma pieņemšanu par sesijas pabeigšanu. Sesijas beigās apkopo sesijas tēmas, īpaši to, kādi lēmumi bija pieņemti, un ja tā, tad kādi bija šie lēmumi. Kā arī ir svarīgi izstrādāt nākamās sesijas struktūru, ja pastāv neskaidrības, tādas kā, kurš piedalīsies nākamajā sesijā un kad tā norisināsies. Sesijas ilgums var atšķirties, bet parasti tās ilgums ir 90 minūtes.

## **APKOPOJUMS**

Atvērts dialogs ir gan uz sabiedrību balstīta terapijas sistēma, gan terapeitiskas sarunas forma, kura parādās šajā sistēmā, īpaši terapeitiskas sesijas laikā. Šie divi atvērta dialoga aspekti tiek vadīti saskaņā ar septiņiem principiem, no kuriem dialoga polifonija un tolerance pret neizlēmību ir divas fundamentālas terapeitiska dialoga jeb dialoga prakses koordinātes. Dialoga prakse atvērta dialoga ietvaros ir vienāda gan akūto krīžu, gan ilgstošāku psihiatrisko problēmu, tā saucamo "hronisko" situāciju gadījumos.

Šis dokuments tiek fokusēts uz dialoga prakses definēšanu, nosakot un aprakstot 12 pamata elementus. Sesijas laikā principiāls terapeitu mērķis ir veicināt dialogu, kura laikā katrs ir uzklusīts un respektēts. Sākumpunkts ir valoda, kādu lieto ģimene, lai aprakstītu viņu situāciju. Terapeita nostāja atšķiras no tās, kura ir tradicionālajā psihoterapijā, kad terapeits pielieto intervenci un neatklāj personīgas problēmas. Kamēr vairums ģimenes terapijas skolu koncentrējas uz specifiskām intervēšanas metodēm, dialoga terapijā terapeiti vairāk uzklausa un reaģē uz to, kas viņus skāris visvairāk.

Tas izpaužas "dzīvos" momentos atvērta dialoga ietvaros, kad runātājs vai klausītājs, mijiedarbības rezultātā, ir saskāries ar kaut ko jaunu, radot iespēju pārmaiņām. Iepriekšējā diskusijā autori sniedza piemēru visspilgtākajiem momentiem (skat. Shotter & Katz, 2007). Piemēram, kad Kristofers izmantoja vārdu salikumu "salauzta sirds", gan viņš pats, gan terapeits jutās ļoti aizkustināti.

Turpmāka izjautāšana noveda pie ievērojamām pārmaiņām un labākām nākotnes izredzēm, ko radīja stāsts par viņa pierdzi saistībā ar minēto vārdu salikumu. Saistībā ar saistošu un pārsteidzošu terapijas procesu, var notikt pēkšņas atklāsmes un pozitīva virzība, kas vērsta uz palīdzību pašam sev un veseluma sasniegšanu. Šādas pārmaiņu iespējas sakņojas terapeitiskā nostājā, kas balstās uz klātbūtni un personas iesaistīšanos, ir pieskaņota personas iekšējam dialogam un jūtīga pret ārējo, kopīgo dialogu, atbildot uz izteikumiem ar izteikumiem, kas rodas viedokļu apmaiņā. Šī iemesla dēļ, profesionāļi patur pie sevis savas zināšanas un pieredzi atsaucības vārdā. Šādu "visspilgtāko momentu" pieeja kontrastē ar Roger Lowe (2005) "strukturētas metodes" pieeju, kas ir attiecināma uz pakāpenisku un vienvirziena rīcību, kas balstās uz ārējām teorijām un hipotēzēm.

Dialoga prakse uzsver būt "ar", nevis darīt "kādam". Tiek realizēta atvērta izjautāšana, kas uzsver esošo momentu. Klienta vārdi un stāstītais ir ļoti nozīmīgs, pret to, kopā ar klusēšanas brīžiem, emocijām, ķermeņa valodes izteiktā kopuma, ir jābūt ļoti uzmanīgai attieksmei. Terapeits atbild uz klienta izteikumiem, atkārtojot viņu vārdus, uzmanīgi klausoties, un mēģina saprast, neuzspiežot viņa paša žargonus, interpretācijas un sasteigtus secinājumus. Ja kādu ir grūti saprast, pastāv vārdu piemeklēšanas iespējas dialoga laikā, lai izprastu izteikumus, ko, iespējams, viņš ir vēlējies izteikt. Pastāv pieņēmums, ka situācija ir nozīmīga, un katrs cīnās, lai rastos jēgpilns risinājums. Jauni, sarunas laikā izstrādāti, kopīgi risinājumi parādās jaunu vārdu un stāstījumu veidā. Sesija rada apstākļus pārmaiņām, ģenerējot apmaiņu starp vairākām "balsīm", kuras visas ir vērtīgas un nozīmīgas. Kopīga valoda un saprašanās var palīdzēt likvidēt neskaidrības un nenoteiktību, radīt lielāku skaidrību un sekmējot rīcību.

### **ATPAKAĻSAITE NO LASĪTĀJA**

Jāatzīmē, ka, lai turpinātu noskaidrot, precizēt un atjaunināt dialoga prakses precizitātes 12 pamatelementus, kuri bija apspriesti šajā dokumentā, autori aicina lasītājus sniegt atpakaļ saikni par to, vai šis teksts atspoguļo jūsu pieredzi, strādājot ar atvērtu dialogu un dialoga praksi, vai palīdzēja pārdomām par jūsu pašu darbu, vai tas ir noderīgs apmācībā un supervīzijā, kā arī vai tas palīdz pētījumos. Autori uzskata šo tekstu par maināmu. Ir nepieciešami un sagaidāmi nākotnes pētījumi par dokumenta "Dialoga prakses pamata elementi atvērta dialoga tehnikas ietvaros: precizitātes kritēriji" pamatotību un ticamību. Autori lūdz kontaktēt ar viņiem un dalīties komentāros, lietojot [Dialogic.Practice@umassmed.edu](mailto:Dialogic.Practice@umassmed.edu).

## PATEICĪBAS

Autori vēlas izteikt pateicības ģimenēm no kurām bija iespējams tik daudz mācīties. Autori pateicas viņiem par atļauju aprakstīt gadījumus no mūsu kopīgā darba. Autori izmainīja gadījumu aprakstu saturu, lai aizsargātu konfidencialitāti, kā arī izvairījās no jebkuras informācijas, kas ļautu kādu identificēt. Autori pateicas saviem kolēģiem, par viņu ļoti vērtīgo viedokli par mūsu darbu: Jukka Aaltonen, Volkmar Aderhold, Magnus Hald, Lynn Hoffman, Peter Rober, Markku Sutela, un UMass Medicīnas skolas pētniecības grupa, ieskaitot Daniel Breuslin, Nancy Bryatt, Robert Clyman, Jon Delman, Daniel Fisher, Christopher Gordon, Stephanie Rodrigues, and Makenzie Tonelli.

## ATSAUCES

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.