

KLUCZOWE ELEMENTY PRAKTYKI DIALOGU W PODEJŚCIU OTWARTEGO DIALOGU – KRYTERIA WIARYGODNOŚCI

Mary Olson, Ph.D. * Jaakko Seikkula, Ph.D. * Douglas Ziedonis, M.D., MPH

Wprowadzenie

„Praktyka Dialogu” wyrosła na podwalinach „Otwartego Dialogu” jako podejście pomagające osobom dotkniętym kryzysem psychicznym i ich rodzinom poczuć się wysłuchanymi, szanowanymi i wartościowymi. Od 1984 roku w szpitalu Keropudas w Tornio, w Finlandii, personel wyszkolony w prowadzeniu terapii rodzin zdecydował się na zmianę sposobu prowadzenia przyjęć pacjentów na oddział stacjonarny. Odnosząc się do pracy Yrjö Alanena (1997), poprzedzali jakiegokolwiek decyzje o rozpoczęciu hospitalizacji spotkaniami sieci społecznej, zapraszając na nie osobę w kryzysie, jej rodzinę, osoby z najbliższego otoczenia i przedstawiciele instytucji zaangażowanych w opiekę. Była to zdecydowana zmiana w dotychczasowym sposobie interwencji specjalistów w sytuacji ostrego kryzysu psychicznego. Można ją uznać za symboliczne narodziny nowej praktyki, która z biegiem czasu – pod wpływem kolejnych modyfikacji, zmian w organizacji pracy i wzrostu materiału badawczego – przeobraziła się w podejście znane dziś pod nazwą „Otwartego Dialogu” – po raz pierwszy opisane w 1995 roku (Aaltonen Seikkula, Lehtinen 2011; Seikkula i in. 1995). „Otwartość” w Otwartym Dialogu nawiązuje do transparentności w planowaniu terapii i podejmowaniu decyzji, które to działania mają

miejsce w obecności wszystkich członków sieci – w tym pacjenta. (Nie znaczy to, że rodziny są zmuszane do rozmowy o kwestiach ważnych z punktu widzenia specjalistów – terapeutów). Podejście oparte na sieci społecznej obecne było od samego początku na wszystkich etapach interwencji, podczas całego procesu zdrowienia. W przeciągu dziesięciu lat tradycyjną placówkę psychiatryczną w Tornio przekształcono całkowicie w kompleksowy system oddziaływań, obejmujący ciągłość opieki od oddziałów zamkniętych poprzez opiekę ambulatoryjną, kończąc na bezpośrednim otoczeniu społecznym pacjenta.

Praktyka Otwartego Dialogu opiera się na dwóch fundamentalnych cechach; są to: (1) bazujący na sieci społecznej, zintegrowany system leczenia angażujący rodziny i sieci społeczne od chwili rozpoczęcia szukania pomocy oraz (2) „Praktyka Dialogu”, czy inaczej – unikatowy styl, swoista filozofia prowadzenia rozmowy podczas spotkania terapeutycznego. Niniejszy artykuł dzieli Praktykę Dialogu na dwanaście elementów, które opisują sposób, w jaki terapeuta podchodzi do pacjenta, jego sieci i wspierającego go w kryzysie otoczenia.

Spotkanie terapeutyczne tworzy kluczowy dla leczenia kontekst terapeutyczny poprzez zrównanie profesjonalistów i sieci w jeden współpracujący organizm. W konsekwencji Praktyka Dialogu jest osadzona w ogólnej praktyce psychiatrycznej, która podziela jej założenia, ponieważ niezwykle istotna wydaje się spójność

nurtu terapeutycznego i założeń leżących u podstaw opieki psychiatrycznej. Otwarty Dialog jest podejściem integrującym, do którego można włączyć lub dostosować inne metody pracy terapeutycznej (Ziedonis, Fulwiler, Tonelli, 2014; Ziedonis i in. 2005; Ziedonis 2004), w zależności od potrzeb osoby i jej rodziny, jako część rozwijającej się i elastycznej sieci terapeutycznej (Hald, 2013, Seikkula i Arnkil 2014).

Istnieje siedem głównych zasad Otwartego Dialogu, które stanowią szkielet modelu stworzonego przez zespół fiński (Seikkula i in. 1995). Zasady te są wymienione w tabeli poniżej:

Tabela 1: Siedem zasad Otwartego Dialogu
Natychniastowa pomoc
Perspektywa sieci społecznej
Elastyczność i mobilność
Odpowiedzialność
Ciągłość psychologiczna
Tolerancja niepewności
Dialog (i polifonia)

Zasady te, wpisujące się zarówno w myślenie o Otwartym Dialogu jako o formie terapii, jak i systemie pomocy, reprezentują szeroki wachlarz wartości, na których opiera się dwanaście szczegółowych elementów ważnych w oddziaływaniach w ramach metody. Na potrzeby tego artykułu dwie z nich – „dialog (polifonia)” i „tolerancja niepewności” – będą omówione szerzej, jako że tworzą fundament rozmowy terapeutycznej podczas spotkania sieci. Kolejne pięć z siedmiu powyższych założeń, które dotyczą głównie ram organizacyjnych spotkania, zostaną wyjaśnione w kolejnym opracowaniu przybliżającym cechy wiarygodności systemu i propozycję zmiany jego organizacji (Ziedonis, Seikkula i Olson, w przygotowaniu). Owo kompatybilne opracowanie opisze różne sposoby włączania podejścia Otwartego Dialogu i spotkań terapeutycznych w tym nurcie do powszechnej praktyki klinicznej, programów leczenia i szerzej – do systemu opieki zdrowotnej.

Mamy świadomość, że w poniższym artykule prezentującym Praktykę Dialogu nie wszystkie z siedmiu założeń metody opisano w sposób wystarczająco szczegółowy. Są one jednak rozwinięte w gotowym już i powszechnie dostępnym materiale (Seikkula i Arnkil, 2006; Seikkula i Arnkil, 2014). Poniższe rozważania obejmują dwanaście kluczowych elementów Praktyki Dialogu, które odzwierciedlają interaktywny styl pracy w Otwartym Dialogu w sytuacji bezpośredniego spotkania terapeuty i członków sieci.

Praktyka Dialogu – przegląd założeń

Aby być w dialogu mającym siłę tworzenia zmiany, wymogiem staje się obecność, uwaga i koncentracja na „tu i teraz”, bez uprzednich założeń i hipotez. Sztuka prowadzenia Praktyki Dialogu wyklucza stosowanie przez terapeutę schematycznych komunikatów. Otwarty Dialog wymaga umiejętności słuchania i dostosowania się do szczególnego kontekstu i języka w każdej wymianie, jaką jest rozmowa z drugim człowiekiem. Z tego powodu niemożliwe wydaje się tworzenie z wyprzedzeniem specjalnych programów działania podczas sesji lub planów na poszczególne fazy procesu terapii. Tworzenie uszczegółowionych form oddziaływań, strukturyzowania sesji mogłoby mieć zupełnie odwrotny efekt i zaburzać proces Otwartego Dialogu. Na spotkanie należy patrzeć jako na

unikatową interakcję między wyjątkową grupą osób zaangażowanych w dialog podczas niepowtarzalnej rozmowy terapeutycznej noszącej potencjał pozytywnej zmiany.

Te elementy Praktyki Dialogu są systematyczne, niezmiennie i niezbędne, choć może się to wydawać paradoksalne. Każdy dialog jest niepowtarzalny, ale zawiera pewne stałe elementy, albo inaczej – interwencje terapeutyczne, które generują i wspomagają przebieg dialogu, a w konsekwencji – mobilizują zasoby osoby potrzebującej pomocy oraz sieci społecznej. W tym znaczeniu są to kluczowe elementy spotkania. W dalszej części artykułu zostaną one zdefiniowane i opisane.

Praktyka Dialogu jest oparta na specyficznej formie interakcji, której najważniejszą cechą jest to, że każdy uczestnik spotkania czuje się wysłuchany i otrzymuje reakcję na wypowiedź. Kładąc nacisk na słuchanie i reagowanie na usłyszane słowa, Otwarty Dialog tworzy przestrzeń dla obecności wielu osobnych, równorzędnych głosów, czy też punktów widzenia podczas spotkania terapeutycznego. Mnogość głosów w sieci jest tym, co Bachtin nazywa polifonią. W kontekście napięcia i ostrego kryzysu proces ten może być złożony, wymagający wrażliwości we wzmacnianiu głosów tych, którzy zazwyczaj są milczący, mniej głośni, niepewni, zdezorientowani albo niezrozumiali. W ramach „polifonicznej konwersacji” jest przestrzeń dla każdego głosu, co w efekcie niweluje dystans między „chorym” i „zdrowym”. Wspólna wymiana między różnymi głosami wnosi nową, podzielaną przez wszystkich płaszczyznę porozumienia. Skutkiem tego procesu jest wspólne dla uczestników spotkania doświadczenie, które Bachtin nazywa równorzędnością.

Jak wspomniano powyżej, poprzez „dialogiczność” rozumiemy taką wymianę, która ma w sobie potencjał poczucia się przez osobę wysłuchaną, co stanowi początek każdej zmiany. Ocena jakości dialogu jest zatem przede wszystkim oceną responsywności terapeuty, gotowości do reagowania na to, co wnosi pacjent. Pierwszym etapem pracy jest często próba zaangażowania się, wniesienia jednego z terapeutów wraz z pacjentem w doświadczenie jego kryzysu podczas ostrożnej, uważnej, dogłębnej i obustronnej wymiany. Jej celem jest słuchanie i – jeśli to potrzebne – towarzyszenie w szukaniu słów mogących oddać cierpienie pacjenta, demonstrowane otoczeniu poprzez objawy, a także zmierzanie w stronę wspólnego dla pacjenta i jego otoczenia języka. Jak pokazują przykłady, wkład sieci społecznej pomaga rzucić nowe światło na naturę kryzysu. Terapeuta dialogiczny zaprasza każdą z osób na spotkaniu do podzielenia się jej perspektywą, co umożliwia wyłonienie się podczas konwersacji różnorodnych i powiązanych ze sobą aspektów kryzysu. Zamiast postrzegać umiejętności terapeutyczne jako zdolność przeprowadzenia schematycznego, zgodnego z metodologią wywiadu, głównym kryterium odpowiedzialnym za powodzenie interwencji okazuje się często osobisty sposób, w jaki terapeuta reaguje na wypowiedź osoby dotkniętej kryzysem oraz to, jakie reakcje wnoszą na spotkanie inni obecni.

Odpowiadanie i reflektowanie/odzwierciedlanie

Istnieją dwie podstawowe umiejętności wymagane od terapeutów zajmujących się Praktyką Dialogu: umiejętność odpowiadania i reflektowania (Rober, 2005). Zdolność odpowiadania składa się z trzech czynników i jest procesem, który decyduje o tym, czy założenia metody zostaną wiernie odtworzone podczas spotkania. Proces ten musi zajść, aby wymianę można było określić jako dialogową. Podczas definiowania jakości oddziaływań terapeuty, należy zatem rozważyć (1) inicjującą wypowiedź klienta, (2) odpowiedź terapeuty na tę wypowiedź, (3) reakcję klienta na odpowiedź terapeuty. W jaki sposób odpowiedź terapeuty sprzyja poczuciu

każdego uczestnika spotkania, że został wysłuchany, zrozumiany, a jego wypowiedź przyjęta? W jaki sposób te trzy czynniki generują atmosferę porozumienia i wrażliwości podczas interakcji?

Druga podstawowa zdolność w Praktyce Dialogu – reflektowanie – to umiejętność zaangażowania się podczas spotkania w otwartą, uczestniczącą, transparentną, wolną od profesjonalnego żargonu rozmowę z siecią społeczną i drugim terapeutą. Umiejętność reflektowania opiera się na zdolności reagowania, odpowiadania na wypowiedzi klienta.

Warto wspomnieć, że rozumienie terminu „reflektowanie” w metodzie Otwartego Dialogu odbiega od tego, jak przyjęło się go używać w innych formach i podejściach terapeutycznych. Na przykład w wywiadzie motywującym „reflektowanie” odnosi się do aktywnego słuchania przez terapeuta tego, o czym mówi klient. W Praktyce Dialogu termin ten określa raczej sposób, w jaki terapeuci rozmawiają między sobą o własnych przemyśleniach dotyczących rozmowy – w obecności pacjenta i jego bliskich. Z naszych doświadczeń wynika, że jest to mylące dla terapeutów zainteresowanych nurtem Praktyki Dialogu, którzy przechodzili wcześniej szkolenia z metody dialogu motywującego.

Monolog i Dialog

Spotkania terapeutyczne Otwartego Dialogu zawierają komunikację opartą zarówno na monologach, jak i na dialogu. Tak zwane „monologi” w dialogu są niezbędne dla budowania porozumienia i zbierania nowych informacji, które w połączeniu przyczyniają się do lepszego rozumienia sytuacji. Poprzez komunikację monologiczną mamy na myśli sekwencje, w których terapeuci sami wnoszą tematy do konwersacji. Takie sekwencje obejmują zbieranie informacji, udzielanie porad, planowanie terapii, czy też wprowadzanie do dyskusji tematu, który nie był dotąd poruszany przez żadnego z uczestników (Seikkula, 2002). W celu zachowania spójności i skuteczności metody Otwartego Dialogu nawet do 1/3 wymiany między uczestnikami spotkania może być monologiem. Kwestia monologowania odnosi się do natury komunikacji zarówno wewnątrz sieci społecznej, jak i pomiędzy zespołem terapeutycznym a siecią.

W takim rozumieniu monologowanie opisane powyżej różni się od tego, co rozumiemy pod hasłem monologicznego dyskursu. Ten ostatni zakłada instytucjonalną formę mówienia, w której wyróżnia się uprzywilejowaną pozycję eksperta, oraz niewnoszącego swojego wkładu słuchacza. Zamiast podtrzymywać dialog między uczestnikami postrzeganymi jako równorzędni i na równych prawach, podejście oparte na monologu przeciwdziała współpracy i porozumieniu, z którego mogą narodzić się nowe, kreatywne pomysły. By wyraźniej dostrzec kontrast między monologami dopuszczanymi przez Otwarty Dialog a monologicznym dyskursem, przydatne będzie odwołanie się do porównania stosowanego przez Johna Shottera (2004). W jego rozumieniu dialogiczność można postrzegać jako „myślenie z kimś”, a monologiczny dyskurs jako „myślenie o kimś” (Hoffmann, 2007). Na podstawie naszego doświadczenia klinicznego sądzimy, że otwartość na dialog daje przestrzeń różnym możliwościom w chwili ostrego kryzysu i zapobiega utrwaleniu się objawu w stan chroniczny.

W kolejnych rozdziałach opisane zostaną poszczególne elementy kluczowe dla Praktyki Dialogu w nurcie Otwartego Dialogu, zilustrowane przykładami z praktyki klinicznej autorów artykułu. Choć każda sesja łączy te elementy, zdecydowaliśmy się zobrazować teorię przykładami pochodzącymi z terapii różnych rodzin. Wybierając taką konstrukcję artykułu, kierowaliśmy się chęcią przedstawienia szerokiego wachlarza problemów, z którymi

zmagają się klienci, i różnorodności sytuacji, jakie mogą mieć miejsce na spotkaniu. W Słowniku zamieszczonym na końcu znajdują się dodatkowe definicje i przykłady ważniejszych zagadnień. Omawiane poniżej kluczowe elementy metody nie istnieją rozdzielnie, ale w praktyce klinicznej nakładają się na siebie i pojawiają równolegle.

Dwanaście zagadnień kluczowych dla wiernego oddania założeń Praktyki Dialogu

Tabela 2: Dwanaście zagadnień kluczowych dla wiernego oddania założeń Praktyki Otwartego Dialogu
1. Dwóch (lub więcej) terapeutów podczas spotkania terapeutycznego
2. Uczestnictwo w spotkaniu rodziny i sieci społecznej
3. Wykorzystywanie pytań otwartych
4. Odpowiadanie na wypowiedzi klienta
5. Koncentracja na „tu i teraz”
6. Wyłanianie różnych perspektyw
7. Wykorzystanie perspektywy relacji w dialogu
8. Uznanie zgłaszanego problemu lub zachowania za uzasadnione i uważność na nadawanie znaczeń
9. Podkreślanie znaczenia historii i słów klienta w przeciwieństwie do koncentracji na symptomach
10. Rozmowa pomiędzy członkami zespołu terapeutycznego (wymiana refleksji) podczas spotkania
11. Transparentność terapeuty
12. Tolerancja niepewności

1. Dwóch lub więcej terapeutów

Podejście oparte na Otwartym Dialogu podkreśla znaczenie i wagę obecności wielu terapeutów tworzących zespół pracujący z siecią społeczną. Na spotkaniu powinno być co najmniej dwóch terapeutów. Praca zespołowa jest niezbędna dla efektywnego radzenia sobie z dotkliwym, ostrym kryzysem i chronicznymi problemami psychicznymi. Jeden z terapeutów prowadzi rozmowę z klientem, podczas gdy drugi zajmuje pozycję osoby słuchającej i reflektującej. Inną możliwością jest zaangażowanie obojga terapeutów w rozmowę z klientem i równoległe reflektowanie. Zarówno „proces reflektowania” w ujęciu Toma Andersena (1991), jak i „rozmowa reflektująca” z pracy Seikkuli i Arnkila (2006) są akceptowane jako forma oddziaływań podczas spotkania i zostaną szerzej opisane w dziesiątym punkcie niniejszego artykułu. Niezwykle istotne wydaje się także zaznaczenie różnicy pomiędzy praktyką Otwartego Dialogu a innymi formami terapii – prowadzonymi w trybie ambulatoryjnym, w chwilach niewymagających interwencji w kryzysie. W ciągu ostatniej dekady Praktyka Dialogu była dostosowywana do bardziej popularnych podejść w terapii par i rodzin (Olson 2012, Seikkula 2014). Przykład ten pokazuje, że terapeuta pracujący bez zespołu również może wdrażać Praktykę Dialogu. Aktualnie powstaje nasze podsumowanie doświadczeń związanych z Praktyką Dialogu prowadzoną przez terapeutę pracującego w pojedynkę.

2. Uczestnictwo rodziny i/lub członków sieci społecznej

Spotkanie sieci społecznej zazwyczaj inicjuje terapeuta, zadając w rozmowie telefonicznej przed sesją pytanie: „Kto jeszcze martwi się zaistniałą sytuacją albo kto został w nią zaangażowany?”, „Kto mógłby pomóc i może pojawić się na spotkaniu?”, „Kto powinien zaprosić tę osobę – ty czy ktoś z zespołu terapeutycznego?”. Takie pytania umożliwiają uczestnictwo członków sieci, ale również pomagają zorganizować spotkanie w sposób nienarzucający hierarchii ekspert-pacjent, gdyż wzmacniają inicjatywę samego klienta.

Zazwyczaj angażowanie członków rodziny i sieci społecznej od samego początku spotkań sprawia, że stają się oni ważnymi uczestnikami w ciągu całego procesu terapii. Niemniej jednak stale zakłada się, że kwestia zapraszania członków sieci pozostaje otwarta i elastyczna. Ostatecznie decyzja zawsze należy do klienta. Zespół terapeutyczny może spotykać się osobno z różnymi członkami rodziny i krewnymi w sytuacji, gdy wspólne spotkanie nie jest możliwe. Zdarza się to na przykład, gdy mamy do czynienia z przemocą czy wykorzystaniem.

Jak podkreślamy w opisie poniżej (punkt 6), spotkania bez rodziny i sieci społecznej również mogą się odbyć. W takiej indywidualnej pracy terapeuta zadaje więc pytania, zapraszając klienta do zastanowienia się, co w jego odczuciu powiedziałby określony członek rodziny, gdyby był obecny na spotkaniu.

3. Wykorzystanie pytań otwartych

Zwykle spotkanie terapeutyczne rozpoczyna pytanie otwarte stawiane przez terapeuta-moderatora. Po przedstawieniu się, otwarcie spotkania może być sformułowane w postaci pytania „Kto chciałby zacząć?” lub też „W jaki sposób najlepiej można by zacząć spotkanie?”. Gdy tylko w procesie terapii ustalą się taki rodzaj współpracy, to staje się ona naturalnym i oczekiwanym elementem każdego kolejnego spotkania. Podczas pierwszego spotkania ważnym krokiem jest zaznaczenie dwóch pytań zaproponowanych przez Toma Andersena (1991), które tradycyjnie rozpoczynają spotkania Otwartego Dialogu. Mianowicie: (1) „Jaka historia kryje się za pomysłem, żeby dziś spotkać się tutaj?” oraz (2) „Jak chcielibyście wykorzystać dzisiejsze spotkanie?”.

Powstają zatem trzy kategorie pytań otwartych, które chcielibyśmy zaznaczyć. Pierwsza – odnosząca się do wykorzystania powyższych dwóch pytań na spotkaniu inicjującym terapię, druga – drugie z powyższych pytań rozpoczynające każdą kolejną sesję oraz trzecia – pytania otwarte, tworzone na bieżąco podczas całego procesu terapeutycznego.

A. Historia, która doprowadziła do powstania pomysłu, by się tu spotkać

„Jaka historia kryje się za pomysłem, żeby dziś tu się spotkać?” To pytanie zazwyczaj pojawia się tylko na spotkaniu inicjującym terapię i pada jako pierwsze. Dopuszcza się jednak, że może być zadane na późniejszym etapie pierwszego spotkania w zależności od tego, co wnoszą uczestnicy. Może być formułowane na wiele sposobów i początkowo jest kierowane do wszystkich zgromadzonych, nie do konkretnej osoby. „W jaki sposób waszym zdaniem to spotkanie powinno przebiegać?” Alternatywą dla takiego otwarcia spotkania może być również pytanie: „Kto jako pierwszy pomyślał, że moglibyśmy się dziś spotkać?”. Istnieje też bogaty wachlarz pytań następujących później, które mają na celu włączenie wszystkich obecnych uczestników: „Jak pozostali dowiedzieli się o spotkaniu?”, „Co myśleliście o przyjeździe tutaj?”, „Kto popierał najbardziej, a kto najmniej, propozycję skontaktowania się z naszym zespołem?”, „Co chcielibyście osiągnąć?”.

Bardzo ważne jest, by każdy dostał szansę wypowiedzenia się, przedyskutowania swojego stosunku do spotkania. Zarazem należy pamiętać, by w żadnym momencie terapii nie zmuszać uczestników do zabierania głosu, jeśli nie mają takiej potrzeby.

Taki typ pytań zachęca uczestników do wypowiadania się w sposób reflektujący. Poprzez słowo „reflektujący” mamy na myśli dyskusowanie i ugięśnianie własnych celów, intencji, założeń związanych z decyzją o szukaniu pomocy. Ten sposób rozpoczynania rozmowy natychmiast naprowadza na kontekst sytuacji i jest neutralny, nie narzuca żadnej definicji problemu ani symptomu. Skłania ludzi do opisywania sytuacji prowadzącej do spotkania i nakierowuje na ważne osoby z sieci społecznej. Obok podkreślenia historii, pytanie otwierające odkrywa wiele możliwości mówienia o chwili obecnej. Andersen (1991) pisze: „Za pytaniem otwierającym stoi intencja, by wydobyć informację o tym, na ile zgromadzeni na spotkaniu ludzie chcą naprawdę w nim uczestniczyć” (s. 159). Często odpowiedzi uczestników pokazują, jak różne mogą być ich poglądy na temat własnej gotowości do przystąpienia do spotkania. Uzyskanie takich informacji jest niezwykle ważne, zwłaszcza gdyby sam pomysł poddania się procesowi terapii miał być zakwestionowany. Jednocześnie pytanie w takiej formie może ujawnić potencjalne zasoby poprzez zidentyfikowanie członków sieci, którzy nie są obecni, a mogliby okazać się pomocni. To pytanie nie jest jednoznaczne i zdarza się, że jego efekty okazują się bardzo nieprzewidywalne i różnorodne.

B. W jaki sposób chcielibyście wykorzystać to spotkanie?

Drugim pytaniem jest: „Jak chcielibyście wykorzystać to dzisiejsze spotkanie?”. Pytanie to może być sformułowane na wiele sposobów. Podobnie jak w przypadku poprzedniego, jest ono kierowane do wszystkich zgromadzonych osób, a nie do konkretnego przedstawiciela sieci. Ważne jest, by każdemu z przybyłych dać możliwość odpowiedzi na nie.

To pytanie zadaje się na pierwszym spotkaniu i na kolejnych – w różnej formie. Zazwyczaj pojawia się na początku każdej sesji. Są przypadki, w których może ono zostać użyte później wedle uznania moderatora czujnego na aktualne potrzeby rodziny i rozwój spotkania.

Przesłanką dla tego pytania jest założenie w podejściu Otwartego Dialogu, że to po stronie klienta, a nie terapeuty, leży decyzja o przebiegu i treści spotkania. Innymi słowy – rozmawiamy o tym, o czym klient chce porozmawiać. Z tego powodu na każdym spotkaniu terapeuci pytają klienta, jak chciałby wykorzystać spotkanie. Z biegiem czasu, gdy pytanie staje się stałym elementem każdego spotkania, może przybrać mniej dosłowną formę.

Przykład stosowania pytań otwierających: Rodzina L.

Rodzina L. składa się z Davida, 59-letniego asystenta prawnego, jego żony Tracy (56 lat), zawodowej terapeutki, oraz ich 30-letniego syna, Jacka, który rzadko się odzywa i mieszka z rodzicami. Jack był hospitalizowany z powodu depresji po raz pierwszy w wieku 16 lat. Od tego czasu stawiano mu wiele różnych diagnoz (zaburzenia psychotyczne, zaburzenia schizoafektywne, schizofrenia). Był też objęty leczeniem psychiatrycznym, które przerwał kilka lat temu. Pierwsze spotkanie Otwartego Dialogu odbywało się przy udziale dwóch terapeutów oraz rodziców Jacka siedzących w kręgu. Sam Jack wybrał krzesło tuż obok zgromadzonych. Słuchał i sporadycznie

wydawał się komunikować swoją cichą obecność. Po wymianie grzeczności jeden z terapeutów odezwał się, sygnalizując początek rozmowy terapeutycznej:

Terapeuta 1: Więc jesteśmy. Możemy zaczynać?

Terapeuta 2: Tak, zaczynamy.

Terapeuci przedstawili się Jackowi i zapytali rodziców czy nie mieliby nic przeciwko, by zwracać się do siebie po imieniu. Terapeuta 1 powiedział: „Jack, czy wolisz zostać tam gdzie siedzisz i przysłuchiwać się naszej rozmowie?”. Matka zasugerowała, by Jack dołączył do nich, ale Terapeuta 1 zaznaczył, by Jack został tam gdzie siedzi, jeśli tam właśnie jest mu najwygodniej. Terapeuta 1 zadał wówczas pierwsze pytanie:

Terapeuta 1: Więc, jaka historia kryje się za pomysłem, by dziś się tu spotkać? W jakiej sprawie napisaliście do mnie? Jak do tego doszło? Ktoś napisał...

David: Ja napisałem...

Terapeuta 1: Więc to ty do mnie napisałeś. Ok...

David: Napisałem do was obojga (patrząc na Terapeutę 2). Adres e-mail dostałem z waszych uniwersytetów. Właściwie to Tracy dyktowała to, co pisałem. To była wspólna decyzja.

Tracy: Mówiłam mu, żeby dopracował tekst...

David: Nie liczyłem na natychmiastową odpowiedź.

Terapeuta: Aha, nie liczyłeś na natychmiastową odpowiedź.

Następnie ojciec opisał, w jaki sposób szukał na stronach internetowych alternatywnych sposobów leczenia, po tym jak jego syn zrezygnował ze standardowej opieki psychiatrycznej kilka lat temu. Później nastąpił długi opis negatywnych doświadczeń rodziców związanych ze specjalistyczną opieką. Jack zareagował na to napięciem i zaczął przemieszczać się w stronę drzwi.

Terapeuta 1 (kierując się do Jacka stojącego w drzwiach): Kiedy po raz pierwszy usłyszałeś, że mógłbyś przyjść z nami porozmawiać?

Terapeuta zadawał to pytanie na kilka sposobów, a rodzice powtarzali je dopóki Jack nie odpowiedział: „Trzy dni temu”.

Chwilę później terapeuta zadał kolejne pytanie:

Terapeuta 1: (patrząc na Tracy) Jak sądzisz, jaki jest najlepszy sposób, by wykorzystać teraz ten czas?

Tracy: Trudno jest nam stwierdzić w jaki sposób najlepiej moglibyśmy pomóc Jackowi. To jest kwestia, o której ostatnio myślimy najwięcej. To właśnie dlatego wydaje nam się, że ten sposób terapii byłby najlepszy. Mogłoby mu to pomóc otworzyć się... (szuka słów)

Terapeuta 2: Na otoczenie? (słowo, którego Tracy użyła chwilę wcześniej)

Tracy: Tak. Dziękuję. Na otoczenie.

Te dwa pytania pozwoliły terapeutom dowiedzieć się, że oboje rodzice są zgodni co do pomysłu rozpoczęcia terapii w nurcie Otwartego Dialogu, nie jest to więc kwestia sporna. Oboje też są zgodni co do motywacji, by

szukać pomocy dla syna. Początek rozmowy dowiódł, że Jack nie był przeciwny pomysłowi rodziców skoro dobrowolnie przyszedł z nimi. Pytania otwierające ukazały przestrzeń wspólnej perspektywy rodziców, że można zrobić coś więcej dla Jacka. Jak tłumaczyli, system opieki nad zdrowiem psychicznym określał schorzenie jako chroniczne i nie dające nadziei na wyleczenie. Powyższy fragment spotkania jest też ilustracją nawiązywania kontaktu z każdą osobą na początku spotkania oraz tworzenia okazji dla każdego z uczestników do wypowiedzenia się na temat własnych przemyśleń dotyczących spotkania.

Po rozpoczęciu spotkania przy użyciu pytań wspomnianych powyżej, ważną kwestią jest też zwracanie uwagi na to, by formułować pytania otwarte podczas całej sesji. Pozwala to klientom mówić o tym, co uważają za istotne i w sposób, w jaki sobie tego życzą. Dla terapeutów oznacza to, że prowadzą uczestników przez dialog, nie narzucając własnych tematów i nie wybierając określonych kwestii, ale podążając za potrzebami klientów i odpowiadając na ich wypowiedzi w określony sposób. W kolejnych rozdziałach podane będą przykłady takiego rodzaju wskazówek dotyczących prowadzenia rozmowy.

4. Reagowanie na potrzeby klientów

Terapeuta wspiera dialog poprzez odpowiadanie na potrzeby klienta, stosując zasadniczo trzy sposoby zapraszania do dalszych reakcji. Metody te zawierają (A) zastosowanie słów użytych przez klienta, (B) zaangażowanie w aktywne słuchanie, (C) utrzymywanie postawy zgrania i uwrażliwienia na niewerbalne komunikaty, w tym momenty ciszy.

A. Stosowanie słów użytych wcześniej przez klienta.

Terapeuta aktywnie podąża za tym, co wnosi klient, oraz integruje jego wypowiedzi i sformułowania, zawierając je w przekazywanych przez siebie komunikatach. Powyższy przykład pokazuje, w jaki sposób terapeuta, uważnie słuchając klienta, reaguje i powtarza wypowiedziane przez niego słowa podczas zadawania pytań i komentowania. To, co pada z ust klienta, jest włączane – dosłownie – w odpowiedzi terapeuty. Oto krótka ilustracja z opisaną wcześniej, pierwszej sesji rodziny L.

Przykład użycia słów klienta: Rodzina L.

David: Nie oczekiwałem natychmiastowej odpowiedzi.

Terapeuta: Aha, nie oczekiwałeś natychmiastowej odpowiedzi.

David: Nie oczekiwałem odpowiedzi. Wiedziałem, że odbył się trening podejścia Otwarty Dialog. Nie sądziłem, że możliwe będzie podjęcie terapii od razu. Myślałem, że może powiesz mi, że istnieje taka możliwość w przyszłości. Byłem zaskoczony. Pomyślałem sobie wtedy, że być może trafiłem w dobre miejsce.

B. Uważne słuchanie w celu stworzenia przestrzeni dla historii, które jeszcze nie mogły być opowiedziane

W praktyce powtarzanie słów klienta jest naturalnym sposobem „uważnego słuchania”, czy też słuchania bez uprzednich założeń. Uważne słuchanie tworzy często atmosferę, w której klient zaczyna opowiadać istotne, osobiste historie, których jeszcze nigdy wcześniej nie ujawniał – albo którymi trudno jest mu się dzielić – zwłaszcza z profesjonalistami. Istnieją dowody na to, że działania terapeuty są skuteczne wtedy, gdy podczas

spotkania uczestnicy mogą doświadczyć zmiany w kierunku wyciszenia atmosfery i uspokojenia. Rozmowa zawiera wówczas pauzy, chwile ciszy i wspólnego badania – refleksji - problemów i zmartwień w formie dialogowych przyptywów i odpływów.

Podczas spotkania z rodziną L., złożoną z Davida, Tracy i Jacka, terapeuci słuchali aktywnie, reagując na wnoszone treści. Powtarzali słowa lub za pomocą krótkich pytań inicjowali narrację dającą nadzieję (wraz z wieloma „mhm”). W odpowiedzi rodzice rozwinęli wypowiedzi dotyczące ich syna, które dały im nadzieję. Opowiedzieli kilka kluczowych i zadziwiających historii, których terapeuci nigdy by nie przewidzieli. Na przykład usłyszeli opowieść o tym, jak Jack uratował życie kobiety podczas pobytu w ośrodku, zawiadamiając personel o jej samobójczych zamiarach. Ta i inne historie opowiedziane na sesji opisywały Jacka jako osobę zdolną do pomocy i ochrony innych. Zmieniało to zupełnie perspektywę postrzegania go jako człowieka, który sam takiej pomocy i ochrony potrzebuje od otoczenia. Kiedy tylko te historie zostały opowiedziane i usłyszane przez specjalistów pracujących w Otwartym Dialogu, wyłonił się nowy, bardziej pozytywny obraz Jacka, a w ślad za nim – nowe możliwości wyzdrowienia, które wychodziły poza ramy dotychczasowej diagnozy.

C. Niewerbalne dostrojenie, również poprzez milczenie

Terapeuta ukazuje dostrojenie do niewerbalnych komunikatów klienta. Co ważne, założenie to zawiera również tolerowanie i przyzwolenie na milczenie podczas rozmowy.

Kluczową kwestią jest przywiązywanie wagi do tego, co nazywane bywa mową ciała i uznanie jej za istotną na równi z komunikacją werbalną. Oto przykład z powyższego spotkania, w którym terapeuta powraca w dalszej części sesji do chwili poznania Jacka:

Przykład odpowiedzi na mowę ciała: Rodzina L.

Terapeuta 1 (zwracając się do Jacka): Kiedy spotkałem cię po raz pierwszy na recepcji i zaproponowałem uściśnięcie dłoni, odpowiedziałeś mi: „Nie – nie lubię podawać ręki”. Czy pomożesz mi to lepiej zrozumieć? Dlaczego nie lubisz podawać ręki?

Jack: Nie mam ochoty cię dotykać.

Terapeuta 1: A więc nie chciałeś dotyku.

Jack: Nie.

Wymiana przedstawiona w przykładzie powyżej wyłoniła jasno zwerbalizowaną preferencję Jacka, co kontrastuje z jego tendencją do wyrażania swojego zdania głównie poprzez gesty i zachowania, takie jak siedzenie na zewnątrz kręgu, czy opuszczanie gabinetu w chwili pojawienia się trudnych tematów. Mimo że analogiczne (niewerbalne) zachowania można postrzegać jako symptomy, uznaje się je za ważne komunikaty podczas spotkania.

W ten sposób terapeuci zauważają gesty, ruchy, oddech klientów, zmianę w ich tonie głosu, mimikę, rytm wypowiedzi. Kiedy pytanie terapeuty powoduje zatrzymanie oddechu u klienta – jest to znaczący sygnał. Może być to oznaką, że pytanie było zbyt trudne lub wymagające, a co za tym idzie – blokujące możliwość powstawania nowych znaczeń.

Pozwalanie na ciszę podczas rozmowy terapeutycznej może być kolejną ważną formą dostrojenia terapeuty. Cisza jest często przestrzenią dla ujawnienia nieopowiedzianych dotąd historii i nowych głosów. Nie jest możliwe określenie, ile powinna trwać cisza – to, ile czasu potrzebne jest na milczenie, powinno być wyczuwane we wspólnym dla terapeutów i sieci kontekście spotkania. Wymienione wskaźniki są dla terapeuty niezbędne, by zauważać i wiedzieć, jak reagować na to, co wnosi na spotkanie klient. Należy przy tym zachować nadzieję, że odczytało i zrozumiało się jego słowa w największym możliwym stopniu.

5. Podkreślanie „tu i teraz”

Terapeuta kładzie nacisk na to, co dzieje się na spotkaniu w danej chwili. Istnieją dwa powiązane ze sobą aspekty tego założenia: (A) odpowiadanie na pojawiające się podczas rozmowy reakcje oraz (B) przyzwolenie na ukazanie przeżywanych emocji.

A. Odpowiadanie na pojawiające się na bieżąco reakcje

Zakłada się przez to zasadność reagowania na bieżąco na to, co klient wnosi w danej chwili, i przedkładanie tego nad koncentrowanie się na relacjach z wydarzeń spoza sesji, mających miejsce w historii życia przybyłych. Prosty przykładem na to założenie jest wymiana wypowiedzi na temat podawania ręki podczas sesji rodziny L. wspomnianej powyżej.

B. Pozwalanie na ujawnienie się emocji

Bardziej złożony wymiar podkreślania znaczenia „tu i teraz” ujawnia się, gdy klient jest poruszony podczas mówienia o emocjonującej kwestii. Gdy pojawiają się emocje takie jak smutek, złość, radość, zadaniem terapeuty jest zapewnienie tym widocznym w ciele emocjom bezpiecznej przestrzeni i nienakładanie na nie natychmiastowych interpretacji. Oto przykład:

Para V.: Podkreślanie znaczenia „tu i teraz” kiedy zaczynają się pojawiać emocje

Margaret jest 25-letnią kobietą, która z powodu depresji ma orzeczenie o niepełnosprawności. Ona i jej mąż Henry przyszedli na drugą sesję ich terapii małżeńskiej. Pierwsza sesja była skupiona na ostrych symptomach depresji Margaret. Początek drugiej sesji wskazywał na panujący chaos i duże napięcie. Terapeuta I przypomniał w jaki sposób Margaret i Henry, po 5-minutowym spóźnieniu, weszli do budynku. Wydawało się, że towarzyszyło temu zamieszanie, a Henry musiał przekonywać Margaret, która wyglądała na spiętą i nerwową, żeby weszła do gabinetu. Terapeuta zapytał Henry'ego jak sobie radzi. „Całkiem dobrze” – odpowiedział. Terapeuta zwrócił się do jego żony:

T1: Margaret, a jak ty się czujesz?

M: Cóż... ja wręcz przeciwnie. Nie chciałam tu dziś przychodzić. Zwykle tak się nie zachowuję.

T1: Nie chciałaś tu dziś przyjść. Coś się do tego przyczyniło?

M: Myślę, że po prostu ostatnio dużo pracowałam i jestem zmęczona.

T1: Mhm.

Wypowiedź Margaret zawiera trzy odrębne stwierdzenia. Odpowiedź terapeuty – „Nie chciałaś tu dziś przyjść?” – była reakcją tylko na jedną z nich. Nie komentowała ujawnionej przez nią emocji, ale wyłoniła kwestię najbardziej znaczącą w danej chwili – „nie chciałam przychodzić”, która była zaproszeniem do bycia w dialogu.

6. Ujawnianie wielu perspektyw: polifonia

Otwarty Dialog nie zmierza do ujednoczenia stanowisk, ale do zestawienia i kreatywnej wymiany wielu perspektyw i głosów, nawet jeśli wywołują między ludźmi lub w samej jednostce napięcia. Wyróżnia się dwa wymiary polifonii: (A) zewnętrzną i (B) wewnętrzną. W polifonii zewnętrznej terapeuta angażuje każdego w rozmowę, zachęcając do wyłonienia się wszystkich głosów, by każdy z nich został usłyszany i uznany. Dzieje się to poprzez integrowanie różnorodnego języka i tworzenie dialogu w miejsce monologu. W polifonii wewnętrznej terapeuta słucha i wzmacnia każdą z osób, by wypowiedziała własny punkt widzenia i opowiedziała o swoich doświadczeniach w jak najbardziej złożony i całościowy sposób.

A. Polifonia zewnętrzna

Każdy powinien zostać wysłuchany i każdemu powinno się zapewnić możliwość wypowiedzenia się – nie ogranicza się to jedynie do osoby przeżywającej kryzys czy prezentującej objawy. Doświadczenie czy też „życie wewnątrz” polifonii, mnogości głosów podczas spotkania, zobowiązuje terapeutę do zachowania wrażliwości w stosunku do każdego z obecnych i zatroszczenie się, by usłyszeć od wszystkich, co istotnego mogą wnieść do dyskusji. Zarówno w pierwszym przykładzie rodziny L., jak i w drugim przykładzie pary V., terapeuci upewnili się, że każda z osób otrzymała szansę wypowiedzenia się. W rodzinie Jacka, zamiast dyskusji o jego problemach, nastąpiło połączenie różnych głosów, składających się na wspólne rozumienie zbiorowego poczucia izolacji rodziny jako całości. Poniżej przedstawiamy przykład z terapii pary V.

Przykład zewnętrznej polifonii: para V.

Na drugiej sesji Margaret i Henry przebyli drogę od pozycji chaosu i napięcia, poprzez eskalację konfliktu, aż do pojawienia się bardziej konstruktywnej interakcji, której efektem była otwarta dyskusja o istnieniu różnic między nimi. Jak to opisywaliśmy, Margaret rozpoczęła spotkanie w stanie napięcia i rozdrażnienia. Jeszcze na początku sesji stwierdziła, że jej męża nigdy nie ma w domu. Terapeuta odpowiedział w sposób bezpośredni, powtarzając jej słowa ostrym tonem głosu, oddającym intensywność jej emocji: „Co to znaczy że ‘nigdy’ nie ma go w domu?”. Po tym komentarzu można było wyczuć zmianę. Zamiast – jak było dotychczas – zagłębiać się w poczuciu beznadziei, Margaret zaczęła zwracać się do terapeuty z większym uznaniem, jak gdyby poczuła, że na sesji jest miejsce, by mogła zostać wysłuchana. Henry również zmienił się po tym komentarzu terapeuty. Zaczął wyrażać się bardziej jasno, asertywnym tonem, którym wyrażał sprzeciw wobec słów swojej żony. Zanim ta wymiana zdań nastąpiła, jego wypowiedzi były porozrywane i niezrozumiałe. W miarę jak terapeuta angażował się w dialog z obojgiem partnerów, równoważąc uwagę poświęcaną jednemu i drugiemu, powstało miejsce na rozmowę nie tylko z każdym z małżonków, ale również na dialog między nimi. Po raz pierwszy zaczęli mówić z wyraźnej, odrębnej pozycji „ja”, kierując wypowiedź do partnera – „ty”. Oboje byli w stanie zachować przejrzystość własnych – różnych – perspektyw, słuchać i słyszeć to, co o swoim punkcie widzenia mówi rozmówca. Choć początkowo się nie zgadzali, zaczęli razem negocjować stanowiska w kierunku wypracowania nowego

rozwiązania centralnego dla ich związku konfliktu. W ten sposób niewielka część konwersacji mogła zmienić cały kontekst dialogu, który utrzymał charakter polifonii.

Kolejnym kluczowym wymiarem zasady polifoniczności jest zdolność terapeuty do integrowania języka innych profesjonalistów i członków sieci, który w wyraźny sposób nie wpisuje się w dialogowe podejście do pracy. Występowanie takich niespójnych komentarzy nie zdarza się na każdej sesji, ale wyłanianie ich jest niezwykle istotne w utrzymywaniu polifonii dialogu. Poniżej podajemy przykład z sesji trzeciej rodziny – P.

Przykład: Integrowanie niespójnych komentarzy – Rodzina P.

Rodzina P. szukała pomocy dla 25-letniego syna – Christophera, który kilka lat temu – w ostatniej klasie szkoły średniej – przeszedł ostry epizod psychotyczny. Jego rodzice – John, lat 60, i Sheila, lat 56, którzy byli w trakcie trudnego rozwodu podczas kryzysu psychicznego syna, pozostali w separacji. Sheila była nauczycielką i miała stałą pracę. John był stolarzem, pozostawał bezrobotny. Podczas rzutu psychotycznego Christophera, rodzice bez jego zgody umieścili go w prywatnej klinice uniwersyteckiej, gdzie jego leczenie było głównie skoncentrowane na psychofarmakoterapii. Od tamtej pory miał trudności z utrzymaniem pracy i mieszkał u swojej matki – Sheili. Christopher żywił urazę i złość na rodziców za decyzję o hospitalizacji i leczeniu.

Podczas jednego ze spotkań sieci na sesję po raz pierwszy przybył lekarz od lat związany z rodziną. Był zarówno lekarzem Johna, jak i jego sprzymierzeńcem, Sheila i Christopher nie korzystali już z jego usług. Oprócz lekarza w spotkaniu uczestniczyli wtedy również Sheila, John i Christopher. Lekarz nagle i niespodziewanie, na początku sesji powiedział: „Są trzy rzeczy potrzebne w sytuacji takiej jak ta: leki, terapia poznawczo-behawioralna i terapia rodzinna”. Christopher momentalnie się zarumienił, zgarbił i wyglądał na przestraszonego. Terapeuta Otwartego Dialogu wiedział, że młody mężczyzna miał skrajnie przykre doświadczenia związane z lekami podczas hospitalizacji i przeczuwał, że radzi sobie lepiej bez zażywania ich. Jednocześnie jego rodzice byli w nieustającym sporze o to, jak powinno wyglądać leczenie syna. Terapeuta odpowiedział lekarzowi słowami: „Czy możesz opowiedzieć mi o tym, w jaki sposób doszedłeś do takich wniosków?” Lekarz zamilkł i wyglądał na zamyślonego. Po chwili zwrócił się do Christophera, wyczuwając jego napięcie: „Przepraszam, chyba źle zaczęłam, wymieniając te trzy rzeczy”. W dalszej części spotkania terapeuta powrócił do pomysłu indywidualnej terapii poznawczo-behawioralnej i leczenia farmakologicznego i otworzył dyskusję na ten temat, przysłuchując się perspektywie każdego z przybyłych.

Powodem, dla którego zalecenia lekarza nie szły w parze z podejściem dialogowym było to, że zaczął on spotkanie od monologu, zajmując pozycję eksperta, co wywołało dyskomfort. Nie wpisywało się to w założenie o wspólnym słuchaniu i przyzwoleniu na zabranie głosu przez każdego z przybyłych.

B. Wzmacnianie wewnętrznej polifonii, wspieranie głosu klienta

Terapeuta słucha i wzmacnia różne perspektywy i głosy klienta. Mogą to być sprzeczne punkty widzenia lub głosy wyrażane przez tę samą osobę. Powyższy przykład dotyczący lekarza jest również sposobem dochodzenia do „wewnętrznej polifonii”. Początkowo lekarz zajął pozycję profesjonalisty ze specjalistyczną wiedzą, czym nieuważnie uraził uczucia Christophera. Naprawił to w dalszych słowach, w których wziął pod uwagę poczucie dyskomfortu mężczyzny. W tym sensie lekarz wyraził więcej niż jeden głos: pierwszy – eksperta korzystającego

ze swojej wiedzy, i drugi – empatycznego lekarza, odpowiadającego na aktualny kontekst sytuacji. Ten kierunek rozwijania interakcji jest bliski założeniom Praktyki Dialogu.

Podczas wywiadu z klientami terapeuta pyta o osoby nieobecne. To kolejny sposób, by wprowadzić do dialogu wewnętrzną polifonię. Standardowe pytanie brzmi: „Gdyby był z nami X, to co by powiedział o tematach, które są tu poruszane?”. To przykład pytania hipotetycznego. Założeniem podobnych pytań jest próba wyobrażenia sobie przez klienta rozmowy z ważną dla siebie osobą, która nie mogła być obecna na spotkaniu. W ten sposób ważny głos dołącza do konwersacji, a wewnętrzny dialog klienta staje się przedmiotem refleksji i obszarem do zbadania.

Czasami samo to pytanie powoduje spontaniczną zmianę w kwestii wnoszonej na sesję przez klienta w związku z nieobecnym „innym”. Wyraźny przykład pojawił się podczas sesji z rodziną L. Nie miał on miejsca podczas pierwszego spotkania, lecz później, w trakcie procesu leczenia.

Przykład włączenia nieobecnych „innych” - Rodzina L. - Wewnętrzna polifonia oraz włączanie nieobecnych „innych” jako głosów w wewnętrznym dialogu.

Ten przykład pochodzi od Rodziny L. opisaney wcześniej: Davida, Tracy i ich syna, 32-letniego Jacka. W czasie gdy odbywało się leczenie Tracy zmarła. David był pogrążony w żalobie i przygnębiony. W czasie swojej największej rozpacz, zastanawiał się, czy Tracy mogłaby wciąż żyć, gdyby tylko skupił się bardziej na uzyskaniu lepszej pomocy medycznej dla niej, zamiast szukać kolejnych metod leczenia zdrowia psychicznego Jacka.

Podczas spotkania Terapeuta 2 zapytał: „Co powiedziałyby Tracy, gdyby tutaj była, o twojej decyzji, aby poświęcać się na rzecz uzyskania pomocy dla Jacka?”. David przemyślał pytanie i odparł, że Tracy byłaby szczęśliwa, że spędzili ten ostatni rok jej życia, chodząc na te spotkania jako rodzina. Tracy powiedziała kiedyś Davidowi o swojej rozmowie z onkologiem. Stwierdził on, że jej chęć upewnienia się w tym, że Jack jest w dobrym miejscu zanim odejdzie z tego świata mogła sprawić, że żyła dłużej niż przewidywały rokowania. Jack był obecny, kiedy David mówił o przekonaniu Tracy, że poprawa stanu Jacka, jego możliwa lepsza przyszłość, wpłynęły na przedłużenie jej życia, zamiast przyspieszać śmierć.

7. Skupienie na perspektywie relacji międzyludzkich w dialogu

Podczas wywiadu z klientem terapeutę pracujący w nurcie Dialogu są skupieni na tematach i trudnościach w obszarze relacji. Na przykład kiedy członek rodziny jest zły i krytyczny wobec terapeuty, nie jest to interpretowane jako manifestacja „zaburzeń osobowości”, ale jako ich odpowiedź na aktualną relację, interakcję z tym terapeutą. W tym kontekście gniew klienta jest do spotkania włączany jako jeden z głosów w ramach polifonicznej konwersacji.

Pytania relacyjne, będące echem tego relacyjnego sposobu myślenia, są zadawane w celu uczynienia sytuacji bardziej czytelną. Może być to osiągnięte np. poprzez zadawanie pytań skierowanych do więcej niż jednej osoby, prośbę o definiowanie relacji w rodzinie, czy też wyrażanie zainteresowania relacyjnym kontekstem problemu lub objawu. Podczas omawianego wcześniej spotkania z rodziną Jacka jeden z terapeutów poprosił jego rodziców, aby określili jaki procent czasu poświęcają na opiekowanie się synem, a jaki na troskę o siebie i swoje życie.

Pytanie to jest relacyjne w tym sensie, że wciąga kilku uczestników do dyskusji, w której relacje między nimi mogą stać się bardziej klarownie zdefiniowane i rozróżnione, a nie jak dotąd niejasne.

W Otwartym Dialogu jest wiele rodzajów pytań nastawionych na relacje, które zostały wypracowane przez terapeutów pracujących w nurtach systemowych, terapii nastawionej na rozwiązanie, podejściach narracyjnych i psychodynamicznych. Na przykład możemy zadać tzw. „cyrkularne” pytania, które jako pierwsze były użyte w pracy zespołu mediolańskiego (Boscolo, Ceechin, Hoffman i Penn, 1987). Takie pytania podkreślają różnicę bądź wskazują na relacje w rodzinie (temat pytań cyrkularnych poddano głębszej dyskusji w Rozdziale X: Otwarty Dialog i terapia rodzinna).

W Otwartym Dialogu nie zadaje się tych, ani żadnych innych pytań, będących częścią ustrukturyzowanej metodologii wywiadu. Nie stosuje się też zaplanowanej sekwencji pytań, które prowadzą w kierunku opracowanej wcześniej interwencji. Takie ustrukturyzowane metody prowadzą do budowania monologicznych wypowiedzi zamiast interakcji opartych na dialogu. By tego uniknąć, w Praktyce Dialogu pytania wysuwa się jako reakcje na to, co dzieje się w relacji w nadziei, że rezonują z unikalnymi możliwościami w obrębie konwersacji. Użyte w kreatywny, niezaplanowany i oszczędny sposób, mogą otwierać nowe możliwości ujawniania głosów klienta i jego ekspresji. Ukuliśmy termin „pytań relacyjnych”, aby podkreślić ten rodzaj dialogicznej interwencji.

Przykład: Użycie cyrkularnego pytania – Rodzina H.

Przykład użycia cyrkularnego pytania pochodzi od innej rodziny składającej się z dwójki rodziców: Mike’a, zajmującego kierownicze stanowisko w pewnej firmie, oraz Anny, konsultantki. Mają oni dwójkę dzieci – 18-letnią Carlę oraz 16-letniego Joego. Carla była hospitalizowana po tym, kiedy zwierzyła się bratu, że świerszcz mówił jej, żeby wyskoczyła przez okno ze swojej sypialni na 3 piętrze. Psychiatra w szpitalu powiedział rodzinie, że córka ma zaburzenia równowagi chemicznej mózgu. Dziewczyna została poddana silnej farmakoterapii. Leki uciszyły jej „psychotyczny” głos, a Carla pozostawała pod opieką psychiatryczną w trybie ambulatoryjnym. Dziadek ze strony matki pomyślał, że rodzina powinna udać się na terapię metodą Otwartego Dialogu.

Poniższy przykład opisuje drugie spotkanie terapeutyczne z rodziną. Ojciec rozpoczął spotkanie od przywołania koncepcji lekarza dotyczącej „chemicznej nierównowagi” i wyglądał na mocno poirytowanego koniecznością uczestniczenia w rodzinnych spotkaniach. Szczególnie tych, które wydawały się koncentrować na „procesie”, zamiast na „konkretnych rozwiązaniach”. Po wysłuchaniu i przyjęciu do wiadomości punktu widzenia ojca, terapeuta zadał rodzinie pytanie o różnice (lub pytanie cyrkularne), sprawdzające na ile rodzina jest zgodna co do zasadności spotkań – „Kto jeszcze w rodzinie podziela zdanie ojca co do rodzinnych spotkań?”. Joe powiedział: „Cóż, mógłbym robić w tym czasie inne rzeczy”. Na to Carla odparła, że zgadza się iż ma zaburzenia chemicznej równowagi i potrzebuje leków. Jednak pierwsze rodzinne spotkanie sprawiło, że „poczula się mniej wykluczona”. Matka odpowiedziała:

„Nie zgadzam się z Mikem. Wydaje mi się, że kiedy myślę o nas wszystkich razem, mogę zrozumieć, dlaczego Carla słyszy głosy. Myślę, że my wszyscy jesteśmy ich powodem... Nie potrafię tego wytłumaczyć, ale sądzę, że potrzebujemy tych spotkań jako rodzina i dyskusji na temat każdego problemu, jaki się pojawi. Jest wiele rzeczy, o których nie rozmawialiśmy, a o których powinniśmy rozmawiać. Nie tylko by pomóc Carli, ale nam wszystkim. Tak, to właśnie jest to, co naprawdę myślę.”

Carla, która siedziała obok matki, wzięła ją za rękę, wplotła swoje palce w jej dłoń i wymieniła z nią uśmiech. W tym sensie pytanie o samo spotkanie pomogło matce wyrazić swoje zdanie i być wysłuchaną w rodzinie, gdzie perspektywa ojca, wsparta przez psychiatryczny dyskurs, stała się zbyt ważna. Relacja pomiędzy rodzicami okazała się bardziej przejrzysta, kiedy konflikt między nimi został wyrażony wprost. Między innymi dzięki tej rozmowie został utworzony zespół terapeutyczny, w ramach którego nowy psychiatra dołączył do regularnych spotkań rodziny z terapeutami Otwartego Dialogu. Dzięki takiej organizacji spotkań rodzina poczyniła postępy, a w szczególności Carla, która zaczęła wychodzić z choroby. Wróciła do szkoły i zaczęła zmniejszać dawki leków psychotropowych. Po około 18 miesiącach odbywania spotkań w tej konfiguracji, jej rodzice zdecydowali się na uczestnictwo w terapii par. Carla kontynuowała już indywidualnie wizyty u terapeuty, równocześnie układając swoje życie – wchodząc w pierwszy związek z chłopakiem i wracając do szkoły.

8. Uznanie zgłaszanego problemu lub zachowania za uzasadnione i uważność na nadawanie znaczeń

W praktyce Otwartego Dialogu nacisk kładzie się na „normalizację” dyskursu w opozycji do mówienia o problemach jako patologicznych, od czego częstokroć się zaczyna. Terapeuta słucha znaczących i „logicznych” aspektów wypowiedzi każdej osoby. W praktyce oznacza to, że terapeuta stara się komentować i reagować na wypowiedzi, w których przejawia się nacisk na objawy oraz problematyczne zachowania, budując w nich sens lub przedstawiając je jako „naturalną” reakcję na trudną sytuację. Ten nacisk na normalizację dyskursu utwierdza ludzi w przekonaniu, iż problematyczne zachowania są znaczące, sensowne w obrębie konkretnego kontekstu. Nie są one zatem „złe” lub „szalone”. Wypowiedzi normalizujące są spokrewnione z mediolańską techniką terapii systemowej „pozytywnej lub logicznej konotacji”, jednakże ta ostatnia technika jest stosowana jako interwencja w formie wyjaśnienia dla rodziny. Wypowiedzi normalizujące są zdecydowanie bardziej subtelnym procesem rozumienia i odpowiadania, zorientowanym na konwersacyjną, obustronną wymianę. Może on rozpocząć się za sprawą odnalezienia wyjątków w „nasyconych problemami historiach” (Olson 2006; White 2007) (Por. Rozdział X, który porównuje Otwarty Dialog i terapię rodzinną, opisując dalej różnice pomiędzy wypowiedziami normalizacyjnymi i interwencjami w terapii rodzinnej, takimi jak „reframing” i „pozytywna/logiczna konotacja”). Na przykład we wcześniejszych fragmentach historii Rodziny L. i Pary V., dyskurs normalizacyjny zastąpił dyskurs patologiczny we wspólnym wytwarzaniu znaczeń. Już opisana wcześniej pierwsza sesja pozwoliła dyskursowi zawartemu w doświadczeniu Jacka i jego rodziny ewoluować, pozwalając im w historii izolacji i separacji od rodziny pochodzenia odnaleźć „normalny” kontekst, przez co ich doświadczenia stały się dla nich bardziej zrozumiałe. Podobnie było w sesji Margaret i Henry’ego. Objawy Margaret zostały włączone w naturalny kontekst młodej pary będącej „pomiędzy dwoma rodzinami”, ze szczególnym uwzględnieniem lojalności męża w relacjach ze swoją matką.

9. Podkreślanie znaczenia historii i słów klienta w przeciwieństwie do koncentracji na symptomach

Praktyka Dialogu zachęca jednostki do opowiadania o tym, co stało się w ich życiu, do dzielenia się doświadczeniami, przemyśleniami, uczuciami zamiast do opisywania objawów. Opowiadanie historii może przyjść łatwo, ale może też wymagać bardziej uważnych poszukiwań właściwego języka. Historie te mogą inicjować pojedyncze wyrazy, krótkie zdania lub słowa kluczowe posiadające silny związek z problemową

sytuacją. Terapeuta skupia uwagę na tych słowach, które mogą dać dostęp do historii cierpienia danej osoby. To część większego procesu rozwijania wspólnego języka dla opisu szerszego kontekstu historii.

W tym sensie dotkliwe symptomy mogą być rozumiane jako ucieleśnienie, wyrażenie problemów, dla których nie znajdowało się słów. Często są one zakorzenione w strasznych, nierzadko traumatycznych doświadczeniach, które opierają się zwykłemu językowi i zwykłej możliwości wyrażenia ich w opowieści. Na przykład, halucynacje mogą być oznaką takich inaczej niewypowiedzianych doświadczeń. Osoba, która objawia najbardziej nasilone symptomy może mieć także najmniejszy dostęp do języka. Wymiana z osobą przejawiającą najostrejsze symptomy może wymagać poświęcenia więcej czasu, gdyż jej wypowiedzi mogą być najbardziej niespójne, a tym samym najslabiej słyszane przez otoczenie. Na spotkaniach odbywających się w chwili ostrego kryzysu, najtrudniejszymi i w konsekwencji najbardziej istotnymi problemami są często te, które ujawniają się poprzez pojedyncze słowa-klucze. Niezwykle rzadko problemy wyrażone zostają w postaci spójnej historii. Ten typ jednosłownych wypowiedzi, które mogą brzmieć dziwnie, może być powtarzany i parafrazowany, a także nieco zmieniany przez terapeutę, dopóki nie zostanie wypracowanych więcej wspólnych znaczeń. Celem jest tutaj wypracowanie porozumienia, które pozwoli wyrazić doświadczenie danej osoby, czyniąc je bardziej zrozumiałym dla wszystkich zgromadzonych. Niejednokrotnie oznacza to koncentrację na małych detalach historii, pojawiających się w wypowiedziach, a także skupienie na tym, co dzieje się w pokoju podczas opowiadania przez daną osobę swojej historii.

Przykład podkreślania znaczenia historii i słów klienta w przeciwieństwie do koncentracji na symptomach – Rodzina P.

Ten przykład dotyczy pracy z 25 letnim Christopherem. Wcześniej opisaliśmy krótko przebieg początków jego terapii w kontekście wspólnych spotkań z lekarzem rodzinnym. Christopher cierpiał przez 3 lata na nieustanny kryzys. Terapeuci spotykali się z jego rodzicami – Johnem i Sheilą, którzy byli rozwiedzeni. Christopher miał epizod psychotyczny na studiach, który nie został jeszcze do końca wyleczony. Mężczyzna nie funkcjonował normalnie i od tamtego czasu żył z matką. Terapeuta 1 dołączył do terapii jako konsultant:

Terapeuta 1: Więc... Od czego powinniśmy zacząć? (spoglądając na Christophera) Rozumiem, że nie jest to twoje pierwsze spotkanie, ale może mógłbyś powiedzieć coś dla nas. Jak rozumiesz to, co się tu dzieje?

Christopher: Pewnie. Cóż, przez około 5 lat, 5 lat temu, miałem trochę mętlik w głowie, uhm, sądziłem że to pewnie depresja, uhm, ale jakby, uhm miałem problem ze skupieniem uwagi, kiedy wróciłem z semestralnej wymiany zagranicznej. Przedtem dobrze sobie w życiu radziłem, wiesz, przed tym, uhm, kiedy wyjechałem na mój pierwszy semestr za granicę, semestr zimowy trzeciego roku, semestr zimowy, w college'u, mam 25 lat, taa, i byłem w college'u przez 4 lata. Kiedy wróciłem zacząłem mieć problemy, jakby trochę depresja, problemy ze skupieniem się w klasie, i byłem generalnie nieszczęśliwy, z powodu mojego stanu psychicznego, uhm, miałem wiele myśli, najłatwiej powiedzieć, że były mgliste, mgliste myślenie, więc, uhm, tak, tak to wygląda przez ostatnie 5 lat, ta...

Terapeuta 1: Powiedziałeś że byłeś „nieszczęśliwy”?

Christopher: Tak, nieszczęśliwy.

Terapeuta zapytał każdego z rodziców, jak rozumieją tę sytuację. Oboje mieli inne perspektywy (To jest też przykład zewnętrznej polifonii). Matka opisała to, jak żyła z Christopherem i widziała jego „strach” przed życiem. W jej mniemaniu „kod milczenia” w rodzinie, kiedy Christopher dorastał, spowodował obecną sytuację. Przez „kod milczenia” rozumiała to, że problemy w rodzinie prawie nigdy nie były omawiane. Ojciec nie zgodził się i powiedział, że problemy Christophera wzięły się z jego trudności w dzieciństwie, łącznie z długotrwałym problemem związanym z brakiem umiejętności interpretowania sytuacji społecznych. Christopher podważył punkt widzenia ojca. Terapeuta odwrócił się wtedy do Christophera i poprosił, by powiedział więcej o tym, jak rozumie swoją sytuację. Christopher odparł: „Złamane serce”. „Złamane serce” było sformulowaniem Christophera. Terapeuta powtórzył te słowa. Odpowiedź terapeuty była zaproszeniem Christophera do opowiedzenia całej historii. Opowiedział on o tym, jak zakochał się w dziewczynie, kiedy przebywał na wymianie i o tym, jak musiał ją zostawić, wracając do Stanów Zjednoczonych. Uważał, że to doświadczenie leżało u podstaw wszystkiego, co zdarzyło się później i tego, że stał się – jak nazywała to matka - „sparaliżowany życiem”. Osobne głosy i punkty widzenia każdego z członków rodziny pozostały odrębnymi w polifonicznej dyskusji. Nie było tu jednej perspektywy, którą terapeuta wyraźnie uprzywilejowywał. Niemniej jednak terapeuta spędził większą część sesji, pomagając Christopherowi rozszerzyć historię swojego „złamanego serca”.

10. Wymiana poglądów pomiędzy członkami zespołu terapeutycznego podczas spotkania: proces reflektowania, podjęcie decyzji co do metody leczenia i prośba o informację zwrotną

Na każdym spotkaniu rozmowy prowadzone między terapeutami powinny być zaakcentowane. Kiedy wymieniają się oni refleksjami, wskazane jest, aby zwracali się w swoim kierunku, a nie w stronę rodziny czy innych uczestników.

Istnieją trzy kwestie dotyczące prowadzenia konwersacji w obecności rodziny. Pierwsze dwie są wymienne, ale trzecia zawsze przychodzi po rozmowie zespołu. Po pierwsze istnieje proces reflektowania, w którym terapeuci ujawniają w obecności klienta i rodziny refleksje w formie własnych pomysłów, wyobrażeń, skojarzeń. Po drugie podczas spotkania terapeuci rozmawiają z pozostałymi członkami zespołu terapeutycznego na temat planowania terapii, analizując problem i otwarcie przedyskutowując wskazania do dalszego leczenia czy hospitalizacji. Trzecią kwestią jest odniesienie się rodziny do opinii terapeutów po zachęceniu do zabrania głosu ze strony jednego z członków zespołu.

A & B. Refleksje jako pomysły/wyobrażenia/skojarzenia i planowanie

„Rozmowy reflektujące” wśród terapeutów w czasie spotkania terapeutycznego w obecności rodziny zostały wprowadzone przez Toma Andersena w 1991 roku. Inną formą „reflektującej rozmowy” jest ta autorstwa Seikkuli i Arnkila (2006). Oba typy reflektowania są akceptowalnymi wersjami Praktyki Dialogu w czasie spotkań zespołu. Proces reflektowania (lub rozmowa) występuje wśród terapeutów w obecności rodziny. Andersen początkowo proponował przejrzyste wydzielenie czasu dla zespołu reflektującego (zwykle składającego się z 3 członków) siedzącego osobno, w tym samym pokoju co rodzina, lub za lustrem weneckim. Chcąc uczynić ten proces bardziej

spontanycznym i urozmaiconym, Tom Andersen i fiński zespół zmodyfikowali początkowe założenie i zaczęli realizować ideę procesu reflektującego w mniej ustrukturyzowany sposób jako część przebiegu spotkania.

Jak wskazano, w zakres tematów rozmów pomiędzy terapeutami wchodzi zarówno refleksje na temat pomysłów, wyobrażeń, uczuć, jak i skojarzeń, które powstały u członków zespołu przysłuchującego się planom leczenia. Celem jest stworzenie przestrzeni podczas terapii, w której terapeuci mogą się wysłuchać i mieć dostęp do swoich wewnętrznych przemyśleń. Pozwala to także klientom na wysłuchanie terapeutów bez presji i poczucia obowiązku, że muszą na ich wypowiedzi odpowiedzieć. Jak wspomina Tom Andersen (1991), osoby pomagające rodzinom powinny używać zwykłego języka, unikając żargonu. Język ten powinien być oparty na sformułowaniach wprowadzonych przez rodzinę. Proces ten nazwany został „mówieniem raczej jako słuchacz, nie autor” (Lyotard, jak cytowane w Seikkula i Olson, 2003).

Przykład reflektującej rozmowy wśród terapeutów – Rodzina L.

Raz jeszcze wracając do pierwszego spotkania z rodziną Davida, Tracy i Jacka L., opisywanej na początku, terapeuci przeprowadzili rozmowę w obecności rodziny, przedstawiając jako pierwsi swoje refleksje i omawiając problemy związane z leczeniem. Terapeuta 1 zaczął dialog, pytając rodzinę: „Czy nie macie nic przeciwko, jeśli zamienię słowo z moją koleżanką?”. Rodzice odpowiedzieli, że nie. Terapeuta 2 rozpoczęła od refleksji nad tym, co usłyszała, i od wszystkich pozytywnych rzeczy, które rodzice powiedzieli o synu. Używała przy tym ich własnych słów: „wrażliwy, kochający, pogodny, troszczący się” itd. Powtórzyła także fragmenty tych pozytywnych historii. Terapeuta 1 podzielił się swoim pozytywnym stosunkiem do sposobu uczestnictwa Jacka w spotkaniu, który wolał trzymać się trochę z boku i przysłuchiwać. Następnie terapeuta kontynuował nazywanie problemów związanych z leczeniem i zaobserwował, że rodzina sprawiała wrażenie „zmieszanej” w obliczu tego, czy spróbować znaleźć Jackowi program opieki stacjonarnej czy zdecydować się na Otwarty Dialog. To stwierdzenie doprowadziło do dłuższej konwersacji między terapeutami, która obracała się wokół dalszych refleksji na temat relacji między członkami rodziny i praktycznych decyzji. Jack i jego rodzice zdecydowali, że chcieliby raz jeszcze spotkać się z tymi terapeutami.

C. Rodzina komentuje refleksje.

Po tym jak terapeuci wyjawiają swoje refleksje, rodzina powinna mieć okazję powiedzieć, co myśli o wysłuchanej dyskusji. Prośba o komentarz do konwersacji daje rodzinie szansę na wypowiedź o ich własnej przyszłości. Terapeuta 2 zapytała rodzinę L.: „Zastanawiam się, czy nie macie żadnych komentarzy co do naszej rozmowy? Co was uderzyło? Z czym się zgadzacie? Czy może jest coś, z czym nie możecie się zgodzić?”

Tracy odpowiedziała: „Sądzę, że trafiliście w sedno. Jack opiekuje się nami. Nie zdawałam sobie sprawy, że czujemy się tak pozytywnie względem Jacka (Jack się śmieje). Ale tak jest. Zarówno Jack, jak i Tracy, wymienili spojrzenia i zaśmiali się. David odpowiedział słowem „zmieszany”, użytym wcześniej przez Terapeutę 1 i przedyskutował kilka praktycznych możliwości z terapeutami.

11. Transparentność terapeuty

Każda dyskusja na temat leczenia jest omawiana ze wszystkimi zgromadzonymi. Wszyscy uczestnicy spotkania są równoprawnymi członkami dyskusji, mającymi równy dostęp do informacji. Oznacza to, że wszystkie dyskusje

związane z hospitalizacją, lekami i alternatywnymi sposobami leczenia pojawiają się w obecności wszystkich zainteresowanych. Często transparentność pojawia się jako cecha prowadzonych rozmów reflektujących. Jak można dostrzec w sesji z rodziną L., decyzje dotyczące leczenia były początkowo omawiane w formie dialogu pomiędzy terapeutami. Na przykład, jak to opisano powyżej, terapeuta zastanawiał się nad tym, co traktował jako możliwe plany leczenia. Uczynił w ten sposób swoje pomysły otwartymi na dyskusję. Nie dawał zaleceń z pozycji eksperta.

Przykład transparentności terapeuty – Rodzina L.

Terapeuta 1: Miałem wrażenie, że rodzice [David i Tracy] są... zdezorientowani co do pomysłu przyjścia tu i odbycia spotkania w Praktyce Dialogu itd. Może to wszystko wydawać się trochę niepewne. Trudno określić, w jakim stopniu jest to decyzja rodziców, a w jakim stopniu jest to decyzja do podjęcia przez Jacka, w jakim stopniu jest to decyzja terapeuty czy reszty zespołu? Zatem wygląda na to, że w jednym momencie występuje tu wiele ważnych kwestii, co może powodować zamieszanie.

Ten komentarz, który także obrazuje ostatni element – tolerancję niepewności – wywołał odpowiedź ojca, co z kolei doprowadziło do dyskusji z rodzicami na temat ich pozycji, którą oni sami zdefiniowali jako „nie zmieszaną”. Zarówno rodzice, jak i Jack, wybrali możliwość odbywania spotkań Otwartego Dialogu i odkrywania innych możliwości, które się pojawią.

Przy końcu pierwszego, a często także kolejnych spotkań, terapeuci angażują uczestników w planowanie struktury następnego spotkania. Zastosowanie tu znajdują najczęściej pytania otwarte, takie jak: „Czy chcielibyście się spotkać raz jeszcze?”, „Macie pomysł, kiedy to może nastąpić?”, „Wiecie, kto mógłby przyjść następnym razem?”. Jeśli rodzina sprawia wrażenie wahającej się, terapeuta może zapytać: „Może wolicie to przemyśleć i zadzwonić do nas?”. Oczywiście jeśli skład oraz częstotliwość spotkań została ustalona, te pytania mogą okazać się niepotrzebne.

12. Tolerancja niepewności

Tolerancja niepewności jest jedną z siedmiu podstawowych zasad Otwartego Dialogu i jedną z kluczowych kwestii w Praktyce Dialogu. Tolerancja dla niepewności jest centrum dialogu, elementem, dzięki któremu można zrozumieć pozostałe założenia metody.

Podstawowym celem Otwartego Dialogu jest stworzenie wspólnej dla całej sieci przestrzeni dla zrozumienia kryzysu, przy uwzględnieniu głosu każdej z ważnych dla klienta osób. Ten postulat wynika z założenia oraz naszego doświadczenia, że każdy kryzys ma swoje unikalne cechy. Pochopne decyzje i szybkie konkluzje na temat natury kryzysu, diagnozy, farmakoterapii, organizacji leczenia są wysoce niewskazane. Co więcej, nie dajemy gotowych rozwiązań, takich jak wypracowane, zaplanowane z wyprzedzeniem sposoby interwencji terapeutycznych wobec klienta i jego rodziny.

Myślą przewodnią dla profesjonalistów zajmujących się kryzysem psychicznym jest zaplanowanie takich oddziaływań, które zwiększałyby poczucie bezpieczeństwa wśród rodziny i reszty sieci społecznej. Wśród specyficznych praktyk istotne wydaje się wczesne nawiązanie kontaktu z każdym członkiem sieci, uznanie i wsparcie dla jego udziału w spotkaniach. Takie uprawomocnienie obecności redukuje napięcie i zwiększa poczucie zaangażowania, a tym samym – przynosi poczucie bezpieczeństwa. Możliwość natychmiastowego spotkania z zespołem i częstotliwość spotkań w kryzysie również pomaga sieci wytrzymać niepewność wpisana w naturę kryzysu. Sprzyja to poczuciu, że wspólnie pracuje się nad podzielanym przez wszystkich zrozumieniem tego, co może wydawać się przerażające i smutne. Takie wspólne rozumienie daje szansę pojawienia się nowej perspektywy i sposobów radzenia sobie.

W tym samym duchu aranżuje się początkową fazę spotkania, podczas której każda wypowiedź jest tak samo ważna, przyjmowana i akceptowana bezwarunkowo. Oznacza to, że terapeuta nie wnosi na spotkanie żadnych kwestii, które klient powinien przemyśleć lub uważać za istotne. W myśl podążania za klientem jest też powstrzymywanie się od sugerowania, że wiemy lepiej, co ma na myśli klient lub jak interpretuje to, co mu się przydarza. Taka pozycja terapeuty jest dla wielu profesjonalistów podstawową zmianą, ponieważ są przyzwyczajeni do myślenia, że powinni interpretować problem i tak przeprowadzać interwencje, by przeciwdziałać symptomom poprzez nakłanianie klienta lub jego rodziny do zmiany.

Przykład tolerowania niepewności

Helen, 46-letnia kobieta, i jej mąż, Ben, rozpoczęli spotkania Otwartego Dialogu w swoim domu, podczas drugiego, ostrego epizodu psychotycznego Helen. Zespół składał się z lekarza psychiatry, pielęgniarki i terapeuty. Na jednym ze spotkań z ust Helen padły słowa:

„To, co przeżywam teraz, jest zupełnie inne od pierwszego epizodu – tego sprzed roku. Wtedy ja i moja rodzina spotykaliśmy się z lekarzem, który głównie interesował się wypytywaniem moich najbliższych o to, jak bardzo jestem zwariowana. Zupełnie jak gdyby mnie tam nie było. Teraz to zupełnie inna sytuacja. Jestem tutaj i jestem szanowana. Podoba mi się zwłaszcza to, że kiedy lekarz rozmawia z moim mężem, to mam okazję usłyszeć i uświadomić sobie, jakim szacunkiem darzy mnie Ben.”

Helen była hospitalizowana w ramach tradycyjnej opieki psychiatrycznej rok temu. Wraz z rodziną miała spotkania w szpitalu, ale najwyraźniej ich głównym celem było postawienie właściwej diagnozy. Pytania lekarza krążyły wokół spraw, które pozwoliłyby mu zidentyfikować symptomy i sformułować rozpoznanie. Nie było w nich miejsca na stworzenie więzi i wysłuchanie. To doświadczenie było trudne dla pacjentki („jak gdyby mnie tam nie było”). Podkreślała ona różnicę między tym, jak czuła się w kontakcie z tradycyjnym podejściem a tym, czego doświadcza podczas spotkań Otwartego Dialogu. Poprzedni wywiad psychiatryczny pozostawił ją w poczuciu bezsilności, bez energii, by próbować kierować swoim życiem i podejmować decyzje dotyczące dalszego leczenia. Spotkania dialogowe z zespołem terapeutycznym pozwoliły jej nabrać przekonania, że jej głos jest słyszany i akceptowany.

Z drugiej strony psychiatra będący od niedawna częścią zespołu terapeutycznego, dla którego praca metodą Otwartego Dialogu była czymś nowym, wyraził po spotkaniu swoje wątpliwości, czy proces terapii w jakikolwiek sposób posuwa się naprzód. W tym przypadku niepewność była najsilniej odczuwana i najtrudniejsza do uniesienia

dla profesjonalisty, ponieważ leczenie nie przebiegało według konkretnych, zaplanowanych kroków, zalecanych i kontrolowanych głównie przez eksperta.

Jeśli w trakcie procesu terapeutycznego zachodzi zmiana, przypisuje się ją zaangażowaniu każdego z uczestników we wspólne dzielenie się punktami widzenia. Po stronie terapeuty leży zaś odpowiedzialność za przeprowadzenie spotkania w taki sposób, by dla każdego powstała bezpieczna przestrzeń dla wyrażenia swoich przeżyć, tak jak opisywaliśmy powyżej. Należy jednak wspomnieć, że rolą terapeutów nie jest jedynie wzmacnianie głosów uczestników, polifonii, przy zaniechaniu wyrażania siebie. Terapeuci również prezentują swoje perspektywy – ale w formie refleksji w obecności rodziny. Członkowie rodziny przysłuchują się pomysłom i mogą je skomentować lub poddać krytyce, ale nie są im już one narzucane z góry w postaci „prawd”, tak jak w standardowych podejściach.

W rezultacie udany i efektywny dialog zachodzi, gdy specjaliści uczestniczą w nim w bardzo „ludzki” sposób, wypełniając zadania własnej profesji osobistym ciepłem, empatią i współczuciem. To wzmacnia terapeutyczne zaangażowanie i skutecznie zapobiega wprowadzaniu zbyt dużego dystansu oraz poczuciu klienta, że jest analizowany czy traktowany bezosobowo.

Prowadzenie spotkania terapeutycznego: kontekst Otwartego Dialogu i Praktyki Dialogu

Spotkanie terapeutyczne w Otwartym Dialogu stwarza kontekst do stosowania Praktyki Dialogu. Powinno funkcjonować jako natychmiastowa, przeprowadzona w ciągu 24 godzin odpowiedź na zgłoszenie o potrzebie pomocy. Przed podjęciem decyzji o ewentualnej konieczności hospitalizacji lub terapii, na spotkaniu gromadzą się razem klient przeżywający kryzys i jego najbliższe otoczenie, włączając przedstawicieli instytucji związanych z siecią. Osoba, z którą kontaktuje się telefonicznie klient lub rodzina, jest odpowiedzialna za zorganizowanie pierwszego spotkania. Spotkanie odbywa się jako otwarte forum ze wszystkimi uczestnikami siedzącymi w kręgu. Członkowie zespołu, którzy zainicjowali spotkanie, są odpowiedzialni za podtrzymywanie i wzmacnianie dialogu. Przed sesją terapeuci mogą ustalić między sobą, który z nich poprowadzi rozmowę i jaką rolę będą mieli pozostali. Zazwyczaj, gdy zespół jest już doświadczony w tej formie pracy, rozpoczyna bez wcześniejszych ustaleń dotyczących osoby odpowiedzialnej za inicjowanie dialogu. Wszyscy członkowie zespołu mogą aktywnie uczestniczyć w prowadzeniu wywiadu. Dwa pytania inicjujące, o których była mowa wcześniej, zachęcają się do rozmowy o problemach wymagających największej uwagi w danej chwili. Zespół nie planuje również wcześniej przebiegu spotkania. Od samego początku terapeuci uważnie słuchają i wzmacniają głosy, słowa i historie w sposób, w jaki opisywaliśmy powyżej. Jeśli osoba, która przechodzi kryzys, odmawia uczestnictwa lub nagle opuszcza pokój, powinna być to kwestia do omówienia z siecią. To sieć decyduje, czy spotkanie powinno być kontynuowane i – jeśli wyraża taką gotowość, jeden ze specjalistów informuje klienta w kryzysie, że w każdej chwili może powrócić do sieci.

Każdy z obecnych ma prawo komentować cokolwiek zechce. Zaleca się osobom uczestniczącym w spotkaniu, by w swoich wypowiedziach odnosili się do tematu poruszanego przez innych, chyba, że jasno określą temat, który mają potrzebę omówić ze zgromadzonymi. Dla terapeutów oznacza to, że mogą pytaniami pogłębiać temat poruszony w dyskusji, albo z otwartością i uwagą angażować się w refleksowanie między sobą tego, co padło.

Terapeuci podczas refleksyjnego patrzenia na siebie nawzajem, używają codziennego języka, unikając żargonu i diagnostycznych sformułowań (skoncentrowanych na patologicznym aspekcie problemu), a także nie oceniają członków rodziny. Podczas każdej sesji powinno znaleźć się trochę czasu na tę formę interwencji, ponieważ daje ona miejsce na generowanie nowych słów dla opisywania kryzysu i stanowi otwarty proces we wspólnym przeżywaniu, który wzmacnia poczucie zaufania i bezpieczeństwa uczestników. Niezwykle istotną kwestią wydaje się też zadbanie o to, by sieć miała szansę skomentować wypowiedzi terapeutów.

Decyzje dotyczące hospitalizacji i leczenia farmakologicznego są podejmowane przy udziale wszystkich zgromadzonych na spotkaniu. Zazwyczaj dyskusja o sprawach związanych z leczeniem i pobytem w szpitalu pojawia się po tym, jak członkowie rodziny wyrażą swoje najbardziej frapujące wątpliwości. Po poruszeniu najważniejszych kwestii, któryś z członków sieci zazwyczaj sugeruje, że sesja zbliża się do końca. Ważne jest, by zwrócić się wtedy do osoby doświadczającej kryzysu z pytaniem, które może brzmieć w ten sposób: „Zastanawiam się czy możemy powoli zamykać nasze spotkanie. Zanim jednak to zrobimy, chcę zapytać, czy jest jeszcze jakaś sprawa, którą powinniśmy omówić?”. Dajemy w ten sposób klientowi kontrolę i odpowiedzialność za zakończenie sesji. Na koniec spotkania zwykle pomocne jest krótkie podsumowanie poruszonych tematów, zwłaszcza jeśli podczas rozmowy podjęto jakieś ważne decyzje. Warto również zadbać o wyznaczenie ram następnego spotkania, jeśli pozostają pewne nieścisłości co do tego, kto powinien w nim uczestniczyć i gdzie będzie miało miejsce. Długość spotkania może się wahać, jednak zazwyczaj ok. 90 minut wystarczy.

Podsumowanie

Otwarty Dialog jest zarówno systemem leczenia opartym na środowisku, jak i formą terapeutycznej rozmowy, która ma miejsce wewnątrz systemu podczas spotkania terapeutycznego. Ścieżkę tym dwóm warstwom Otwartego Dialogu wytycza siedem zasad, z których „dialog (polifonia)” oraz „tolerancja niepewności” stanowią elementami tworzące fundamenty rozmowy terapeutycznej, czy też Praktyki Dialogu. Założenia Praktyki Dialogu w Otwartym Dialogu są takie same zarówno dla ostrych kryzysów, jak i długotrwałych oraz powtarzających się, tzw. „chronicznych” sytuacji.

Ten artykuł jest próbą dookreślenia Praktyki Dialogu i opisanie dwunastu kluczowych dla niej elementów. Podczas spotkania terapeutycznego główne zadanie terapeutów polega na wzmacnianiu dialogu, w którym każdy głos jest usłyszany i szanowany. Punktem wyjścia jest język, którego używa rodzina dla opisanie swojej sytuacji. Postawa terapeuty różni się tu od tradycyjnych podejść terapeutycznych, w których terapeuci planują interwencje i nie ujawniają osobistych odczuć. Podczas gdy liczne szkoły terapii systemowej koncentrują się na różnorodnych formach przeprowadzania wywiadu z rodziną, terapeuta dialogiczny jest skupiony na słuchaniu i reagowaniu na to, co go porusza. Właśnie w tych „żywych” momentach, w których mówiący lub słuchający był poruszony, poczuł że dotyka czegoś nowego, otwiera się możliwość zmiany. W poprzednich rozważaniach podawaliśmy przykłady takich „Trafnych Momentów” (Striking Moments) (zob. też Shotter i Katz 2007). Na przykład kiedy Christopher użył słów „złamanie serca”, zarówno on, jak i terapeuta byli wyraźnie wzruszeni. Pogłębienie tego tematu wprowadziło znaczącą zmianę perspektywy i pozwoliło wybrzmieć nieopowiedzianej dotąd historii, która umieściła jego doświadczenie w szerszym kontekście. W takich chwilach pozytywnych wzruszeń zdarzają się niespodziewane kroki w stronę zdrowienia i integracji doświadczeń, które wzmagają poczucie więzi i zadziwiają. Wydaje się, że takie możliwości zmiany zależą od postawy terapeuty, który pozostaje obecny i zaangażowany,

dostrojony do wewnętrznego dialogu klienta oraz wrażliwy na dialog zewnętrzny i uważny na kwestie ujawniane w wymianie między uczestnikami spotkania. W związku z tym terapeuci nie polegają w pełni na swojej eksperckiej wiedzy i doświadczeniu klinicznym, sporadycznie włączając je jedynie do repertuaru odpowiedzi na materiał wnoszony przez pacjenta. Koncepcja „Trafnych Momentów” jest przeciwieństwem podejścia „Ustrukturyzowanych Metod” (Structured Methods) Rogera Lowe’a (2005), które opiera się na etapach i uniwersalnych sekwencjach oddziaływań odwołujących się do zewnętrznych teorii i hipotez.

Praktyka Dialogu w Otwartym Dialogu daje pierwszeństwo „byciu z” ponad „robieniem czegoś aby”. Sytuacja między terapeutą i pacjentem pozostaje otwarta, co podkreśla znaczenie chwili obecnej. Słowa i historie klienta uznaje się za cenne i z uwagą podąża się za nimi, uwzględniając chwile milczenia oraz całą gamę gestów, emocji i sygnałów niewerbalnych. Terapeuta odpowiada na nie, powtarzając ważne słowa, słuchając uważnie i starając się je zrozumieć bez narzucania własnego żargonu, interpretacji czy pochopnych konkluzji. W chwilach, kiedy trudno klienta zrozumieć, szuka się słów, by dać bardziej żywy wyraz temu, co być może stara się przekazać. Istnieje założenie, że taka sytuacja ma w sobie znaczenie i w myśl tego każdy próbuje nadać jej sens. Nowe, wspólnie wydobyte możliwości pojawiają się w nowych słowach i historiach włączonych do dyskursu. Spotkanie tworzy kontekst dla zmiany poprzez generowanie interakcji pomiędzy wieloma głosami, z których każdy jest wartościowy i ważny. Wspólny język i zrozumienie pomaga przełamać poczucie zagubienia i niejasności, stworzyć przestrzeń działania.

Prośba o informację zwrotną od czytelnika

Na zakończenie zachęcamy czytelników do udzielenia informacji zwrotnej, czy tekst pokrywa się z waszym doświadczeniem praktyki Otwartego Dialogu, czy pomaga w refleksowaniu, czy przydaje się w czasie kursu, superwizji czy w pracy badawczej. Państwa refleksje są pomocne w staraniach, by 12 kluczowych elementów wiarygodności Praktyki Dialogu było jak najbardziej klarownych, aktualnych i dopracowanych. Postrzegamy ten artykuł jako otwarty, żywy dokument. Niezbędne z naszej perspektywy wydają się prace dokumentujące trafność i rzetelność publikacji „Kluczowe Elementy Praktyki Dialogu w podejściu Otwartego Dialogu – Kryteria wiarygodności”. Zachęcamy do dzielenia się opiniami, przesyłając je na adres e-mail: Dialogic.Practice@umassmed.edu.