

## Journal of family therapy

### Association for family therapy and systemic practice

The Association for Family Therapy 2008. Published by Blackwell Publishing, 9600 Garsington Road, Oxford OX4 2DQ, UK and 350 Main Street, Malden, MA 02148, USA.

Journal of Family Therapy (2008) 30: 478–491  
0163-4445 (print); 1467-6427 (online)

## Vnitřní a vnější hlasy v přítomném okamžiku rodinné a sítové terapie<sup>1</sup>

Jaako Seikkula

V článku je analyzován dialog v polyfonii vnitřních a vnějších hlasů v přítomném okamžiku rodinné terapie. V západním Laponsku bylo zaměřeno se na sociální sítě a dialogy v rámci „setkávání“ (konzultací) s rodinami prokázáno jako efektivní v psychotických krizích.

### Úvod

V tomto článku jsou pojednána tři základní témata. Zprvu analyzuji zde význam přítomného okamžiku v rodinné terapii. Zadrhé zkoumám polyfonii hlasů jakožto hlavní aspekt lidské psychologie a jejího významu pro vedení rozhovoru („dialog“) v rodinné terapii. Zatřetí, efektivita „dialogování“ (dialogism, vedení rozhovoru metodou dialogu) v léčbě psychotických problémů zde bude ilustrována na západním Laponsku ve Finsku.

### Přítomný okamžik

Otevřený dialog<sup>2</sup> popisuje jak organizování psychiatrické péče pro pacienty v těžkých krizích, tak vedení rozhovoru metodou dialogu v setkáních s rodinou a zbytkem sociální sítě klienta. Pro terapeuty se hlavní výzvou stává být přítomní a odpovídat na všechny výroky, projevy. Žijeme v „jedinečné(neopakovatelné) příhodivši se účasti v bytí“ (Bakhtin, 1993). Tom Andersen (2007) se hodně věnoval třem odlišným realitám v naší klinické praxi. V realitě „buď-nebo“ („either-or“) se zabýváme záležitostmi, které jsou očividné, ale mrtvé v tom smyslu, že jsou exaktně definovány a definice zůstávají stejné navzdory kontextu. V realitě „jak tak“ („both and“) pojednáváme témata, pro které je možno hodně souběžných popisů. Tato témata jsou živoucí a zřejmá. To je například, když v diskusi rodinné terapie vytváříme prostor pro to, aby byly odlišné hlasy slyšeny bez rozhodování, který úhel pohledu je špatný a který dobrý. Nejzajímavější může být třetí realita „ani-ani“ („neither-nor“), ve které jsou záležitosti nezřejmé, ale živoucí. Zažíváme, že se něco odehrává, ale nemáme pro to přesný jazykový popis. Můžeme říci, že není ani toto ani tamto, ale já vím, že se něco děje. Příklad, Andersen někomu podává ruku. To je něco, co se děje v naší ztělesněné účasti v setkání, není to komentováno slovy, ale zůstává to jako naše ztělesněná zkušenost přítomného okamžiku.

Daniel Stern (2004) je ve zdůrazňování významu přítomného okamžiku kritický vůči systémům psychoterapie a psychoanalýzy, které se zaměřují na klientovy narace. Terapeut je nazírán jako ten, kdo dává významy pacientovým příběhům, v různých školách různými způsoby. Terapie se vypořádává s explicitním věděním v jazykových popisech, systémech. Stern navrhuje posunout se od explicitního věděním k implicitnímu, které se děje v přítomném

<sup>1</sup> Překlad: Tereza Janačíková Nováková, Martina Pětová

<sup>2</sup> V originále „Open dialogue“ je název terapeutického programu rozvíjeného J. Seikkulou

okamžiku jako ztělesněná zkušenost, a hlavně beze slov. V něm žijeme. Přítomný okamžik je krátký, variující mezi 1-10 sekundami, v průměru trvající tři sekundy.

Stern popisuje individuální psychoterapii. V rodinné terapii, která se zaměřuje na rozvíjení dialogů, to znamená přesun pozornosti od obsahu příběhů k přítomnému momentu, kdy jsou příběhy vyprávěny. Terapeuté a klienti prožívají společnou ztělesněnou zkušenost, která se děje ještě předtím, než klient formuluje své zkušenosti slovy. V dialogu se vynořuje intersubjektivní vědomí. Naše sociální identita je konstruována přizpůsobováním (adaptováním) našich činů činům ostatních. Pro Bakhtina, znalost sebe je možná jedině tím, že vidíme sebe očima druhých. Vidím sebe skrze oči druhých (Bakhtin, 1990). Bakhtin se na to dívá tak, že pokud se chceme vidět jako žijící, existující osoba, která se dívá na svůj odraz v zrcadle, adaptujeme oči jiných.

Existující, žijící lidé se vynořují v opravdovém kontaktu s jinými lidmi a přizpůsobují se ostatním lidem tak, jako by šlo o nepřetržitý tanec automatických pohybů bez kontrolování chování slovy.

### ***Intersubjektivita***

Intersubjektivní kvalita našeho vědomí se ukazuje ve studiích o komunikaci matka-dítě vedených Colwynem Trevarthenem (1990). Trevarthenova pečlivá pozorování rodičů a dětí názorně demonstrují, že původní lidská zkušenost s dialogem se vynořuje již v prvních týdnech života, kdy se rodiče a děti zapojují do intenzivního tance oboustranných emocionálních naladění skrze výrazy tváře, gesta rukou a hlasové tóny. Toto je opravdu dialog: konání dětí ovlivňuje emocionální stavy dospělých a naopak: dospělí svým zapojováním se, stimulováním a konejšením ovlivňují emocionální stavy dítěte. Braaten (1992, 2007) popisuje Virtuálního Jiného jako vrozenou část mysli dítěte, která svým způsobem čeká na dialog s Aktuálním Jiným. Pokud Aktuální Jiný není přítomný, dialog se vyvine s Virtuálním Jiným. Důvěrné vztahy se odehrávají v režimu pocíťované okamžitosti, blízkosti, v pocitech, které jsou pocíťované v pre-lingvistické formě. David Trimble analyzoval význam studií Trevarthena a Braatena pro rodinné a síťové intervence (Seikkula and Trimble, 2005).

V každém setkání se stanou/udějí dvě historie. První je historie generovaná naší přítomností jakožto ztělesněného bytí. Přizpůsobujeme naše já navzájem a vytváříme multi-hlasovou polyfonickou zkušenost sdílené identity. Salgado a Hermans (2005) ukazují, že to nemůžeme nazývat zkušeností, protože zkušenost už předpokládá psychologický význam, který je zahrnutý Jiným či Jinými v dané situaci. Je to naše ztělesněná zkušenost, pro niž se objevuje varieta významů založená na počtu účastníků v dané situaci. Rodinná sezení jako taková již zahrnují několik rodinných členů a často dva nebo tři terapeuti. Většina této historie se odehrává beze slov, ale ne všechno. Slova, která odkazují k přítomnosti v konverzaci, často zahrnují nejdůležitější emoce spojené s těmi hlasy našich životů, které se vypořádávají s obtížnými zkušenostmi. Můžeme, například, popsat a reflektovat naše pocity o specifické situaci, o které mluvíme.

Druhá historie se v samé situaci objevuje v příbězích, kde žijící, existující lidé vypráví o svém životě. Příběhy vždy odkazují k minulosti, nikdy nemohou dosáhnout úplně přítomného momentu, jelikož když je slovo formulováno a následně slyšeno, situace, ve které bylo formulováno, již uplynula. Když integrujeme oba aspekty jednoho momentu, ukazuje se, jak zaměření na dialog může přispět k narativní perspektivě. Roger Lowe (2005, p.70) při srovnávání narativního a dialogického přístupu v rodinné terapii uvádí, že:

*Konverzační styl...jednoduše následuje konverzaci, zatímco narativní a na řešení orientovaný se často pokouší konverzaci vést. Konverzační styl usiluje o zachování dialogického, zatímco na řešení orientovaný a narativní styl se mohou stát monologickými*

*(např. když se terapeuté pokouší, aby příběh klientů žil v souladu s plánem...)*

V porovnání s narativními a na řešení orientovanými terapiemi se v dialogických přístupech terapeutova pozice stává odlišnou. Terapeuté již nejsou interventi s nějakou předem naplánovanou mapou pro příběhy, které klienti vypráví.

Místo toho se soustředí na to, jak odpovědět, zareagovat na klientovy projevy tak, aby odpovědi byly generátory na mobilizování vlastních psychologických zdrojů, protože pro rozmluvu (a následně pro lidskou existenci, bytí) není nic horšího než nedostatek odpovědi, reakce. (Bakhtin, 1984, p.127). Pokud jde o dialogický princip-každý projev volá po odpovědi, po reakci, členové týmu (profesionálů otevřeného dialogu) usilují o to odpovědět na to, co je říkáno.

Odpovídání, reagování neznamená podávat vysvětlení nebo interpretaci, ale terapeutova odpověď má spíše ukazovat, že si všiml, co bylo řečeno a pokud možno otevírat nový úhel pohledu na to, co bylo řečeno. Odpovídání, reagování nemá být násilné přerušování každého projevu, ale přizpůsobení odpovědi vnořujícímu se přirozenému rytmu konverzace.

Členové týmu odpovídají, reagují jako plně ztělesněné osoby, s upřímným zájmem o to, co každý v místnosti říká, vyhýbají se jakémukoli náznaku, že někdo mohl říci něco špatně. Proces zplnomocňuje členy sítě (tj. příslušníky rodiny a blízkých pacienta) hledat vlastní hlasy, takže se stávají navíc i odpovídajícím (respondentem) sami sobě. Pro toho, kdo mluví, poslouchání vlastních slov po vyslechnutí komentářů umožňuje rozumět více tomu, co řekl. Díky užívání každodenního jazyka, který je vlastní rodině, usnadňují otázky členů týmu klientům vyprávění příběhů, které zahrnují detaily a obtížné emoce vyprávěných událostí. Dotazováním se jiných členů sítě na to, co bylo řečeno, pomáhají členové tmu vytvořit multi-hlasový obrázek událostí.

### ***Když není tým přítomný***

Abychom ilustrovali významnost jednou se objevivší události bytí, předkládáme transkript terapeutického sezení. Po domácí návštěvě týmu krizové intervence minulý týden byl Pekka (P) hospitalizován. Při setkání se ukázalo, že P byl násilný vůči své matce. Událost je popsána v následující sekvenci. T1 a T2 značí dva terapeuty.

T1: Myslel jsem si, že se to stalo v průběhu uplynulých dvou týdnů, ne předtím.

T2: Byla to výhrůžka nebo něco horšího?

T1: Praštění, myslel jsem si, že P praštil svou matku.

T2: Byl P opilý nebo měl kocovinu?

P: Ne, byl jsem střízlivý

T2: Střízlivý.

T1: Vyrozuměl jsem, že P se pokusil zeptat na něco své matky?

P: No, to bylo minulý týden; co k nám přijela policie. Ona byla opilá. Když nic neříkala a začala vařit kafe uprostřed noci, zeptal jsem se...Šel jsem ven a přišel do kuchyně a ona se otočila a řekla, že jsem neměl dovoleno o tom mluvit. Pak jsem jí dal facku. Utekla do chodby a začala křičet. Řekl jsem jí, že není důvod, aby křičela, proč nemůže říci...A pak jsem se uklidnil. V ten moment jsem dostal ten pocit...A policie a sanitka přijely. Ale nějak mám pocit, že to není, samozřejmě že to není dovoleno. Ale někdy jsou situace...

T1: To byl ten čas, kdy jste se vydal k doktorovi?

P: Ano, stalo se to právě předtím.

T2: Proč (matka) neřekla, že u vás byla policie?

P: Co?

T2: Proč neřekla, že u vás byla minulou noc policie?

P: To nebylo minulou noc, to bylo minulý víkend. Myslel jsem, celý čas myslívám na tyto divné věci, a věděl jsem, že nejsou pravda. Ale když o nich na moment přemýšlíte, potom máte pocit, že takové věci se opravdu mohou stát. Je to příliš moc...Vše, na co můžete myslet, je myslet na bezvýznamné záležitosti.

T2: A celé to začalo minulý týden, tato situace?

T1: Ano.

Když pacient popisoval situaci zmateným jazykem, neschopný používat jednoznačný, jasný popis, ukončil větou: není dovoleno bít nikoho. To byl počátek vnitřního dialogu, aby se vypořádal s tím, co udělal. Ale tým na to nereagoval, místo toho pokračoval v dotazování na to, jak kontaktoval zdravotníky. Členové týmu se zaměřili na obsah příběhu, který se stal, místo aby byli přítomni v přítomném momentu a reagovali na Pekkovy reflexe vlastního chování. Toto nebyl ojedinělý příklad-v další výpovědi, kdy pacient pokračoval ve vlastní sebereflexi jeho divných věcí(znamenajících halucinace), tým mu nepomohl konstruovat více slov pro tuto specifickou zkušenost, o níž hovořil. V této krátké sekvenci byla dvě vyjádření, na které tým nereagoval a v nichž se tým zaměřil spíše na příběh než na osoby (přítomnost?-“presences“) a následně se nerozvinul žádný dialog. Kazuistika je popsána ve studii (Seikkula, 2002), v níž bylo zjištěno, že nereagování a tudíž nepomáhání generování dialogu v těžkých psychotických krizích může být spojeno s obecně špatnými výsledky léčby.

### ***Polyfonické self***

Nahlížení našeho vědomí jako intersubjektivního opouští rámce nazírání individuí jakožto subjektů jejich životů, kdy koordinační centrum činů existuje v individuích.

Místo toho je vytvářen systém polyfonického self. Toto je jádro obsahu Bakhtinovy práce, ale on nebyl tím prvním, kdo mluvil o polyfonickém self. Ve skutečnosti, Platón v jeho raných dílech viděl self jako sociální konstrukt. Řekl:

*Když mysl přemýšlí, je to jednoduše mluvení k sobě, kladení si otázek a jejich zodpovídání a říkání ano či ne. Když dosáhne rozhodnutí-teré může přijít pomalu či náhle-když zmizí pochybnosti a dva hlasy potvrdí stejnou věc, pak to nazýváme její úsudek. (Plato, Theatetus, 189e–190a)*

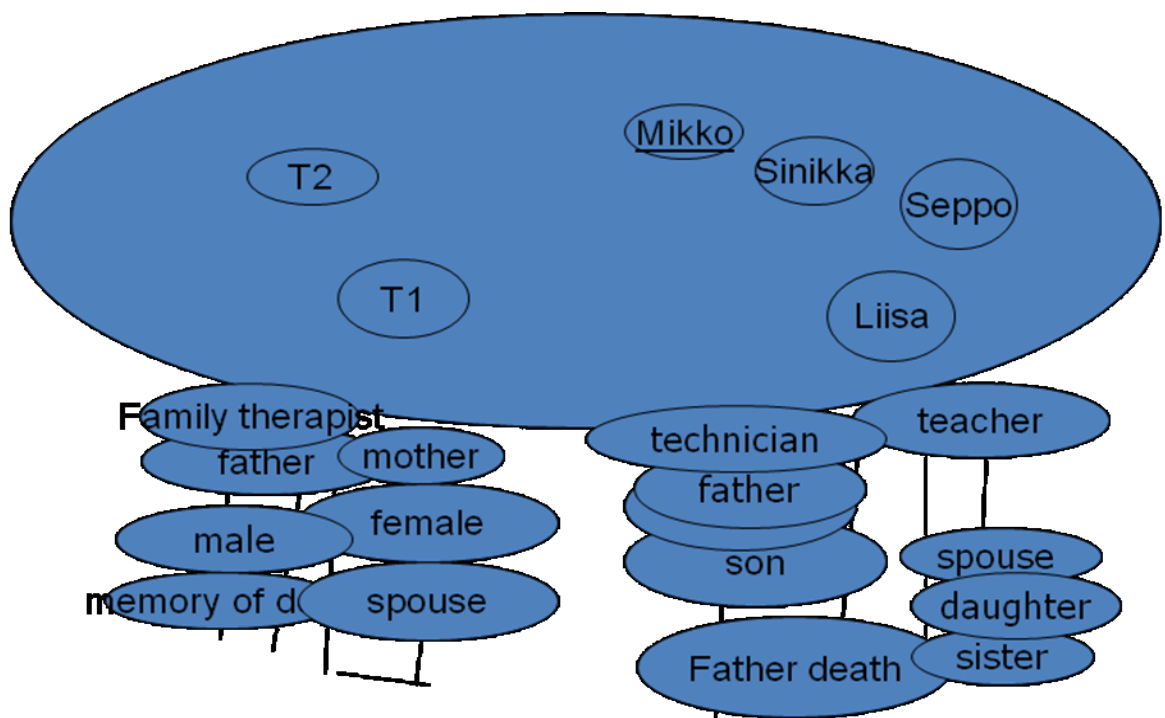
Mysl jsou hlasy mluvící k sobě; je to stále pokračující proces dialogů místo dívání se na jedno jádro self. To, co nazýváme osobností a psychologickým bytím, se odehrává v této vnitřní konverzaci mezi hlasy. Hlasy jsou mluvící osobnost, mluvící vědomí. (Bakhtin, 1984; Wertsch, 1991). Osobnost není psychologická struktura uvnitř nás, ale činy, které se dějí v mluvení a tímto způsobem je generováno lidské vědomí. Stiles (2002) se pokusil operacionalizovat myšlenku hlasů tím, že si všiml, že:

*„Hlasy jsou stopy a jsou aktivovány novými událostmi, které jsou podobné nebo spojené s událostí původní.“ (p. 92).*

Všechny naše zkušenosti zanechávají stopu v našem těle, ale jen minimum z toho je někdy formulováno ve vyprávěných příbězích. Jejich formulováním do slov se stávají hlasy našich životů.

Místo mluvení o nevědomí, v němž jsou zkušenosti a emoce, s nimiž se neumíme vypořádat, potlačené, je přesnější mluvit o ne-vědomých zkušenostech. (Stern, 2004). Jakmile jsou zkušenosti formulovány do slov, již nejsou nevědomé. (Bakhtin, 1984).

Není jen jedna forma polyfonie, ale slova vyřčená otevřeně a ve vnitřním dialogu znamenají odlišné věci pro terapeutické sezení. Psycholog Kauko Haarakangas (1997) popsal horizontální a vertikální polyfonii (obrázek 1).



- **“Vertical polyphony” = inner voices**

*Vertikální polyfonie = vnitřní hlasy*

Horizontální úroveň polyfonie zahrnuje všechny přítomné v konverzaci. Je generován jakýsi druh konverzační komunity. Každý má svůj vlastní hlas, a pokud chceme mobilizovat psychologické zdroje každé současnosti, každý by měl mít právo vyjádřit je vlastním způsobem. Obrázek ukazuje kazuistiku. Otec Pekka byl doporučen do psychoterapie díky jeho hluboké depresi, která vedla k závažnému pokusu o sebevraždu. Jeho žena a dva dospělí synové byli přítomni. Plodnost rodinné terapeutické konverzace se ukazuje, když se zaměříme na ty hlasy, které nejsou vidět, ale jsou přítomny v každém vnitřním dialogu. Tyto hlasy vertikální polyfonie se zapojují v závislosti na tématu dialogu. V tomto případě se Pekka věnoval tématu své práce, protože pracuje jako doktor a měl starosti o své služby. Taktéž se věnoval tématům manželství, svého otcovství a zejm. tématu jeho vlastního otce a vzpomínek na něj. Vzpomínka na jeho otce se aktualizovala, přestože jeho otec zemřel v jeho 10 letech, před 45 lety. V obr. 1 je ukázána ilustrace hlasů Pekky a jeho ženy Liisy.

Důležitými aspekty polyfonie jsou hlasy terapeutů. Terapeuté se účastní dialogů hlasy profesionálů, jako doktoři, psychologové, terapeuté trénovaní v rodinné terapii atd. Kromě profesionálních hlasů se terapeuté účastní dialogu se svými osobními, intimními hlasy. Pokud terapeuté zažili ztrátu někoho blízkého, tyto hlasy ztráty a smutku se stávají součástí polyfonie, a to nejen ve smyslu, kdy terapeuté budou mluvit o vlastních zkušenostech se smrtí, ale také se svým způsobem přizpůsobují přítomnému okamžiku. Jak sedí, jak se dívají

na další účastníky (konverzace), jak mění intonaci apod. Vnitřní hlasy se stávají součástí přítomného okamžiku, ne až tak součástí příběhů, které byly řečeny. Vnitřní hlasy terapeutů o jejich vlastních osobních a intimních zkušenostech se stávají silnou částí společného tance dialogu.

### ***Základní aspekty setkání vedeného metodou otevřeného dialogu***

Aktivita konstruování nového sdíleného jazyka, zahrnujícího slova, která členové sítě přináší na setkání a nová slova, která se vynořují v dialogu mezi týmem a členy sítě, skýtá uzdravující alternativu k jazyku symptomů či k jazykům obtížného chování. Úkolem týmu je kultivovat konverzační kulturu, která respektuje každý hlas a snaží se poslouchat/slyšet všechny z nich.

Pokud je možno, mají setkání nějaký plán. Všichni sedí na začátku v jedné místnosti, pomáhající profesionálové sdílejí informace, které o problému mají. Ten, kdo vede setkání, poté nabídne otevřené-uzavřené otázky, ptající se na to, kdo by chtěl mluvit a o čem by bylo nejlepší mluvit. Forma otázek není naplánována; naopak skrze pečlivé naladění (napojení) na každého účastníka terapeuté generují každou další otázku z předchozí odpovědi (např. opakováním odpovědi slovo od slova před položením otázky nebo začleněním předchozí odpovědi do následující otázky). Pro proces je zásadní postupovat pomalu, aby byl nabídnut rytmus a styl každému projevu každého účastníka a aby bylo zajištěno, že každá osoba má místo, v němž je zvána a podporována k účasti. Tolik hlasů, kolik je možno, kolik se objeví, je začleněno do diskuse každého tématu. Profesionálové mohou navrhnout reflektující konverzaci v rámci týmu, když to považují za adekvátní. Po každé reflektivní sekvenci, jsou členové sítě přizváni komentovat, co slyšeli. Když setkání končí, účastníci jsou povzbuzeni říci, zda je něco, co chtějí dodat. Každé setkání končí shrnutím toho, o čem se diskutovalo a která rozhodnutí byla či by měla být učiněna. Poté, co členové týmu vstoupili do konverzace tím, že přizpůsobili své projevy těm pacientovým a jeho nejbližším příbuzným, mohou časem členové sítě začít přizpůsobovat svá slova slovům z týmu.

Teprve až zjistíme, že je nám nasloucháno, můžeme začít poslouchat a být zvědaví na zkušenosti a názory jiných. Společně, tým a členové sítě budují prostor společného jazyka, v němž se shodují na základním užívání slov pro danou situaci.

### ***Efektivita metody otevřeného dialogu v léčbě psychóz***

Dialogování je základní kvalita psychiatrického systému ve finském západním Laponsku. Aby to bylo možné, musí být definovány základní principy léčby. Léčba by měla (1) začít ihned po kontaktování s psychiatrickou jednotkou/psych. oddělením v lokalitě. První setkání by mělo být zorganizováno v průběhu 24 hodin po kontaktu. (2) Sociální síť by měla být zahrnuta v každém případě od úplného začátku po celou dobu léčby. (3) Léčba by se měla přizpůsobovat flexibilně různorodým a jedinečným potřebám každé rodiny. (4) Psychiatrické jednotky by měly garantovat odpovědnost a psychologickou kontinuitu utvářením specifického týmu pro každý případ. Tento tým si bere na starost celý proces na tak dlouho jak je potřeba, a to jak v případě servisu pro hospitalizovaného pacienta, tak v případě ambulantního. (5) Zvyšováním bezpečí v průběhu prvních dnů krize se dosahuje navyšování zdrojů důležitých ke snášení nejistoty v situaci, v níž neexistují žádná hotová, rychlá řešení. Toto je učiněno primárně zaměřením se na (6) dialogovost, dialogování v setkání. Hlavním cílem je generovat nový společný jazyk pro zkušenosti, které ještě slova nemají a žijí v symptomech.

Otevřený dialog je jeden z nejvíce zkoumaných přístupů k těžkým psychiatrickým krizím ve Finsku. Od r. 1988 zde bylo několik studií výsledků léčby a kvalitativních studií analyzujících rozvoj dialogu v setkání (Haarakangas, 1997; Kerañnen, 1992; Seikkula, 1994; 2002; Seikkula

et al., 2003, 2006). Od té doby, co byl tento přístup institucionalizován, výskyt nových případů schizofrenie v západním Laponsku poklesl. (Aaltonen et al., 1997).

V kvazi-experimentální studii prvních epizod psychotických pacientů bylo západní Laponsko součástí finské národní API/ILAP (Integrovaná léčba akutních psychóz) multicentrálního projektu sestaveného univerzitou Jyväskylä a Turku společně s STAKES (Národní centrum pro rozvoj a výzkum sociální a zdravotní péče) (Lehtinen et al., 2000). Období započítávané pro všechny ne-afektivní pacienty (DSM-III-R) v provincii byl duben 1992 až březen 1997. Jako jedno ze tří výzkumných center mělo západní Laponsko za úkol zahájit léčbu bez neuroleptik. Toto bylo porovnáno se třemi ostatními výzkumnými centry, které léky podávaly standardně, nejčastěji na začátku léčby. V západním Laponsku mělo 58% pacientů diagnostikovanu schizofrenii.

V porovnání pacientů se schizofrenií, kteří se účastnili vs. těch, kterým se dostalo léčby obvyklé pro psychiatrické oddělení, se proces a výsledky léčby lišily významně. Pacienti otevřeného dialogu byli hospitalizováni méně často, a tři z nich si vyžádali neuroleptika, v kontrastu se 100% pacientů v kontrolní skupině. V období dvou let, 82% nemělo žádné či pouze střední, neviditelné psychotické symptomy v porovnání s 50% v kontrolní skupině. Pacienti západního Laponska měli lepší postavení v práci, 23% žilo na dávkách v porovnání s 57% v kontrolní skupině. Relapsy se objevily ve 24% u pacientů otevřeného dialogu v porovnání s 71% v kontrolní skupině (Seikkula et al., 2003).

Možný důvod těchto relativně dobrých čísel bylo zkrácení délky neléčených psychóz na 3,6 měsíců v západním Laponsku, kde síťový systém zdůrazňoval bezprostřední péči akutním duševním poruchám předtím, než se zhorší do chronických stavů. V běžné léčbě délka neléčených psychóz variovala mezi jedním a třemi roky (Larsen et al., 1998; Kalla et al., 2002).

V 5letém sledování všech psychotických pacientů skončily výsledky stejně. V tabulce 1 jsou porovnány výsledky otevřeného dialogu v záp.Laponsku (ODAP) se studií klasické léčby ve Stockholmu (ve Švédsku).

Tabulka 1

<b>Srovnání 5letých studií psychotických pacientů s první epizodou</b>		
	ODAP západní Laponsko 1992-1997 N=76	Stockholm 1991-1992 N=71
Diagnóza:schizofrenie	59%	54%
Jiné ne-afektivní psychózy	41%	46%
Průměrný věk žen	26,5	30
Průměrný věk mužů	27,5	29
Průměrná délka hospitalizace(dny)	31	110
Použití neuroleptik	33%	93%
Pokračování v medikaci neuroleptiky	17%	75%
GAF at f-u (?)	66	55
Dávky(sociální)	19%	62%

Srovnání záp.Laponska a Stockholmu s sebou nese problémy demografických odlišností mezi těmito dvěma lokacemi. Ve studii Svedberga a kol.( 2001) ve Stockholmu, 54% účastníků mělo diagnostikovanu schizofrenii, což bylo stejně jako v ODAP skupině.

Ve Stockholmu byl vyšší průměrný věk (30let v porovnání s 27 lety v ODAP skupině). To může značit, že ve Stockholmu byla doba neléčené psychózy delší. Průměrná délka

hospitalizace byla 110 dní u stockholmských pacientů, zatímco u ODAP pacientů to bylo 31 dní. Neuroleptika byla předepsána v 93% stockholmské skupiny, v ODAP skupině to činilo 33%. Ze stockholmské skupiny žilo na dávkách 62%, z ODAP skupiny pak 14%.

Závěry porovnání musí být brány s opatrností, protože jsme nijak nekontrolovali rozdíly v populaci obou lokací. Stockholmské výsledky jsou podobné jiným 5ti-letým studiím klasické léčby.

Například, ve studii v Nizozemí, Linszen a kol.(2001) zjistil, že z pacientů, kteří se vrátili z klasické léčby a navštěvovali aktivní psychosociální program, to pouhých 25% zvládlo bez relapsu a jejich úroveň sociálního fungování byla nízká. S ohledem na výše zmíněné, můžeme říci, že otevřený dialog ukázal nové slibné aspekty léčby akutních psychóz.

### ***Závěrečné poznámky***

V této prezentaci jsem se zaměřil na popsání významu soustředění se na přítomný okamžik v setkání s rodinou a sociální sítí. Každá konverzační situace žije ve dvou simultánních historiích, jmenovitě v žité a ve vyprávěné. Zejména pokud se chceme zaměřit na generování dialogů jakožto primární formy psychoterapie, význam polyfonie hlasů je evidentní v porovnání, např. se systemickou rodinnou terapií, která se zaměřuje na prvky rodinné struktury a rodinná pravidla. Dialog je důležitý v každé formě psychoterapie, ale často je dialog vnímán jako forma komunikace. To je jeden aspekt dialogu, ale v tomto článku na něj nahlížíme jako na základní způsob vztahování se k ostatním způsobem, který tvoří mysl. Mysl není nahlížena jakožto nezávislý prvek lidské psychologické struktury, ale jakožto pokračující proces mezi lidmi. Dialog je komunikace, ale také vztah a proces formování sebe.

Není to jednoduchý úkol propojit základní ideje lidského života se systémem rodinné terapie. Je běžné, že v dialogu rodinné terapie je vícehlasová realita utvářena přítomností více než jednoho klienta a více než jednoho terapeuta. Hlasová polyfonie se stává opodstatněnou, pokud se zaměříme na dialog sám o sobě, jak odpovědět na projevy v každém přítomném momentu. Příkladem je psychiatrický systém vyvinutý ve finském západním Laponsku, kde se hlasová polyfonie a dialogování stalo základem praxe. Efektivita léčby psychotických pacientů s první epizodou byla dokázána v systematických sledováních. To např. ilustruje fakt, že v dialogu jsou mobilizovány vlastní psychologické zdroje rodiny více v porovnání se systémy, které se spoléhají na podporu profesionálních expertů. To bylo vidět ve studiích porovnávajících otevřený dialog a klasickou léčbu. Účastním se mnoha projektů rozvoje oblasti sociálních sítí a je překvapivé, jak je často obtížný proces naučení se být v dialogu s klienty a kolegy na setkáních. Možná jsme jako terapeuté tak zvyklí přemýšlet hodně o tom, jak být šikovní v metodách a intervencích, že je obtížné vidět jednoduchost. Vše, co je potřeba, je být přítomný a garantovat, že každý hlas bude vyslyšen.



## **Literatura**

- Aaltonen, J., Seikkula, J., Alakare, B., Haarakangas, K., Kerañnen, J. and Sutela, M. (1997) Western Lapland project: A comprehensive family- and network centered community psychiatric project. ISPS. Abstracts and lectures 12–16 October 1997 (p.124). London: ISPS.
- Andersen, T. (2007) Human participating: human 'being' is the step for human 'becoming' in the next step. In H. Anderson and D. Gehart (eds), *Collaborative Therapy: Relationships and Conversations that Make a Difference*. New York: Routledge/Taylor & Francis. New York: Norton.
- Bakhtin, M. (1984) *Problems of Dostojevskij's Poetics*. Theory and History of Literature: Vol. 8. Manchester: Manchester University Press.
- Bakhtin, M. (1990) *Art and Answerability: Early Philosophical Essays of M. M. Bakhtin*, trans. Vadim Liapunov. Austin: University of Texas Press.
- Bakhtin, M. (1993) *Toward a Philosophy of the Act*, trans. Vadim Liapunov. Austin: University of Texas Press.
- Bra°ten, S. (1992) The virtual other in infants' minds and social feelings. In A. H. Wold (ed.), *The Dialogical Alternative: Towards a Theory of Language and Mind*. Oslo: Scandinavian University Press.
- Bra°ten, S. (2007) *Dialogens speil i barnets og språkets utvikling*. Oslo: Abstrakt forlag.
- Haarakangas, K. (1997) *Hoitokokouksen a"ä"net*. The voices in treatment meeting. A dialogical analysis of the treatment meeting conversations in family-centred psychiatric treatment process in regard to the team activity. English Summary. *Jyva"skylä" Studies in Education, Psychology and Social Research*, 130: 119–126.
- Kalla, O., Aaltonen, J., Wahlstroem, J., Lehtinen, V., Cabeza, I. and Gonzalez de Chaevez, M. (2002) Duration of untreated psychosis and its correlates in firstepisode psychosis in Finland and Spain. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 106: 265–275.
- Kerañnen, J. (1992) The choice between outpatient and inpatient treatment in a family centred psychiatric treatment system. English summary. *Jyva"skylä" Studies in Education, Psychology and Social Research*, 93: 124–129.
- Larsen, T., Johannesson, J. and Opjordsmoen, S. (1998) First-episode schizophrenia with long duration of untreated psychosis. *British Journal of Psychiatry*, 172: 45–52.
- Lehtinen, V., Aaltonen, J., Koffert, T., Ra"kkö"lö"inen, V. and Syva"lahti, E. (2000) Two year outcome in first-episode psychosis treated according to an integrated model. Is immediate neuroleptisation always needed? *European Psychiatry*, 15: 312–320.
- Linszen, D., Dingemans, P. and Lenior, M. (2001) Early intervention and a five year follow up in young adults with a short duration of untreated psychosis: ethical implications. *Schizophrenia Research*, 51: 55–61.
- Lowe, R. (2005) Structured methods and striking moments: using question sequences in 'living' ways. *Family Process*, 44: 65–75.
- Salgado, J. and Hermans, H. (2005) The return of subjectivity: from a multiplicity of selves to the dialogical self. *Applied Psychology: Clinical Section*, 1: 3–13.
- Seikkula, J. (1994) When the boundary opens: family and hospital in coevolution. *Journal of Family Therapy*, 16: 401–414.
- Seikkula, J. (2002) Open dialogues with good and poor outcomes for psychotic crisis. Examples from families with violence. *Journal of Marital and Family Therapy*, 28: 263–274.
- Seikkula, J. and Trimble, D. (2005) Healing elements of therapeutic conversation: dialogue as an embodiment of love. *Family Process*, 44: 461–475.

- Seikkula, J., Alakare, B., Aaltonen, J., Holma, J., Rasinkangas, A. and Lehtinen, V. (2003) Open Dialogue approach: treatment principles and preliminary results of a two-year follow-up on first episode schizophrenia. *Ethical Human Sciences and Services*, 5: 163–182.
- Seikkula, J., Alakare, B., Aaltonen, J., Haarakangas, K., Keraänen, J. and Lehtinen, K. (2006) Five years experiences of first-episode non-affective psychosis in Open Dialogue approach: treatment principles, follow-up outcomes and two case analyses. *Psychotherapy Research*, 16: 214–228.
- Stern, D. (2004) *The Present Moment in Psychotherapy and Every Day Life*. New York: Norton & Co.
- Stiles, W. B. (2002) Assimilation of problematic experience. In J. C. Norcross (ed.), *Psychotherapy Relationships that Work: Therapist Contributions and Responsiveness to Patients*. New York: Oxford University Press.
- Svedberg, B., Mesterton, A. and Cullberg, J. (2001) First-episode non-affective psychosis in a total urban population: a 5-year follow-up. *Social Psychiatry*, 36: 332–337.
- Trevarthen, C. (1990) Signs before speech. In T. A. Seveok and J. Umiker -Sebeok (eds), *The Semiotic Web*. Amsterdam: Mouton de Gruyter.
- Wertsch, J. (1991) *Voices of the Mind: A Sociocultural Approach to Mediated Action*. London: Harvester/Wheatsheaf.