

W STRONĘ DIALOGU: PSYCHOTERAPIA CZY SPOSÓB ŻYCIA?*

BECOMING DIALOGICAL: PSYCHOTHERAPY OR A WAY OF LIFE?

Uniwersytet Jyväskylä, Finlandia

**dialogical
psychotherapy
psychosis
psychotherapy outcomes**

Koncepcja otwartego dialogu może się wydawać prosta i oczywista. Cóż bardziej naturalnego dla procesu terapeutycznego niż dialog terapeutyczny. A jednak artykuł Jaakko Seikkuli pokazuje, że idea dialogu może się stać fundamentem spójnego modelu terapii użytecznego nie tylko wobec pacjentów nerwicowych, ale także psychotycznych. Redakcja „Psychoterapii” w tym przypadku odeszła od zwyczaju publikowania jedynie prac oryginalnych i zdecydowała się na przedruk uznając, że polski czytelnik może odnieść szczególną korzyść z lektury artykułu opisującego nie tylko model terapeutyczny, ale wręcz propozycję reformy systemu psychiatrycznego.

Summary. After birth the first thing we learn is becoming a participant in dialogue. We are born in relations and those relations become our structure. Intersubjectivity is the basis of human experience and dialogue the way we live it. In this paper the dilemma of looking at dialogue as either a way of life or a therapeutic method is described. The background is the open dialogue psychiatric system that was initiated in Finnish Western Lapland. The author was part of the team re-organizing psychiatry and afterwards became involved in many different types of projects in dialogical practices. Lately the focus has shifted from looking at speech to seeing the entire embodied human being in the present moment, especially in multifarious settings. Referring to studies on good outcomes in acute psychosis, the contribution of dialogical practice as a psychological resource will be clarified

Pierwszą rzeczą, której uczymy się zaraz po urodzeniu, jest stawanie się uczestnikiem dialogu. Rodzimy się w relacjach i relacje te stają się naszą strukturą. Intersubiektywność stanowi podstawę doświadczenia ludzkiego, a dialog — sposób, w jaki te doświadczenia przeżywamy. Niniejsza praca opisuje problem postrzegania dialogu jako sposobu życia lub metody terapeutycznej. Tłem jest psychiatryczny system otwartego dialogu, zainicjowany w zachodniej Laponii, w Finlandii. Autor należał do zespołu reorganizującego psychiatrię, a następnie angażował się w wiele różnych projektów zajmujących się praktykami dialogowymi. Ostatnio uwaga przeniesiona została z obserwacji mowy na dostrzeżenie całej ucieleśnionej istoty ludzkiej w danej chwili, szczególnie w różnorodnych sytuacjach. Wkład praktyki dialogowej jako zasobu psychologicznego zostanie wyjaśniony w kontekście badań nad pozytywnymi wynikami w leczeniu ostrej psychozy.

Z przyjemnością przyjąłem zaproszenie do napisania artykułu dla The Australian and New Zealand Journal of Family Therapy, dotyczącego otwartego dialogu lub tematu

* Artykuł jest przedrukiem z The Australian and New Zealand Journal of Family Therapy 2011, 3: 179–193 (za zgodą wydawcy)

pokrewnego. Wydawca zaproponował, aby treść była związana z pytaniem, jak zostać terapeutą dialogowym. Możliwość tę przyjąłem z entuzjazmem, ale też z lekkim zakłopotaniem, ponieważ mówienie o dialogiczności jako formie lub metodzie psychoterapii sprawia, że czuję się nieswojo. Postrzegam dialog, bądź dialogiczność, jako sposób życia, którego uczymy się po urodzeniu: najpierw uczymy się oddychać — wdychać i wydychać, a zaraz potem uczymy się bycia aktywnymi uczestnikami w relacjach dialogowych, w których reagujemy na wypowiedzi otaczających nas osób i aktywnie inicjujemy ich reakcje na nasze wypowiedzi [1]. Jak mógłbym postrzegać ten zwyczajny, codzienny proces jako metodę terapeutyczną? Być może zabrzmiało to trochę nieszczerze, ale zaryzykuję: postrzegam dialog po prostu jako część życia, a nie jako niezwykłą metodę terapeutyczną. Oznacza to, że wszystkie psychoterapie muszą być dialogowe, jeśli mają odnieść sukces w powodowaniu pozytywnych zmian, jakich poszukują psychoterapeuci.

Tak więc, jeśli czytelnik mi wybaczy, chciałbym rozpocząć od dokładniejszego przedstawienia tego pytania. Rozumiem cel zaproszenia i chcę zgłębić, jak dialogowe sposoby bycia, w życiu zawodowym i psychoterapii, stały się dla mnie wyborem, który wszystko zmienia. Najważniejsze w mojej praktyce zawodowej jest udoskonalenie usług dla klientów, którzy doświadczają ostrego kryzysu psychicznego, np. psychozy lub silnej depresji. Zastosowanie podejścia dialogowego oznacza uruchomienie zasobów psychologicznych zarówno pacjenta, jak i członków rodziny. Poprzez zrozumienie dokonywanych wyborów, możemy dowiedzieć się, co podejście dialogowe ma do zaoferowania terapeutom pracującym z ostrymi kryzysami psychicznymi oraz innymi trudnymi sytuacjami.

Podejście dialogowe w Finlandii znajduje się w samym sercu tego, co nazywamy metodami terapii w leczeniu psychologicznym. W dalszej części przedstawię rozwój otwartego dialogu w zachodniej Laponii, w Finlandii, a następnie opiszę podejście oraz dowody na jego skuteczność uzyskane w licznych badaniach naukowych.

Od pojedynczych metod psychoterapeutycznych do integracji

Z wykształcenia jestem psychologiem klinicznym i od samego początku — a nawet przed studiami — interesowałem się głównie problemami psychotycznymi oraz schizofrenią. Pisząc pracę magisterską zaangażowałem się w ciekawy projekt, prowadzony przez profesora Antero Toskala na temat czynników ryzyka dla zdrowia psychicznego. Badaliśmy, jakie czynniki w wieku przedszkolnym mogłyby zostać wykorzystane, aby przewidzieć wysokie ryzyko rozwoju psychozy w późniejszym życiu.

Po ukończeniu studiów przeprowadziłem się, aby podjąć pracę w szpitalu Keropudas w fińskiej Laponii. Stanowiliśmy małą, lecz entuzjastycznie nastawioną grupę, w skład której wchodziło dwóch lekarzy (Jyrki Keränen i Birgitta Alakare), dwie pielęgniarki (Ilkka Vehkaperä i Telma Hihnala) oraz dwóch lub trzech psychologów (początkowo ja sam, a kilka lat później również Kauko Haarakangas i Markku Sutela), gdzie wszyscy byliśmy zainteresowani rozwojem podejścia skupionego na rodzinie w przypadku większości ostrych zaburzeń psychicznych. Kierowaliśmy się fińską tradycją leczenia dostosowanego do potrzeb (need-adapted treatment), zainicjowanego przez profesora Yrjö Alanena oraz jego zespół, włącznie z profesorem Jukka Aaltonenem, który nadzorował projekt rozwoju w zachodniej Laponii.

Kiedy rozpoczynaliśmy rozwój systemów stacjonarnych leczących ostre stany psychiczne w szpitalu Keropudas w Tornio, mieliśmy na uwadze dwa podstawowe cele. Po pierwsze, skupialiśmy się na psychoterapii indywidualnej pacjentów, u których zdiagnozowano schizofrenię. W tamtym czasie w szpitalu Keropudas przebywało mnóstwo pacjentów długoterminowych, uznanych za przypadki „nieuleczalne”. W tradycji dostosowania do potrzeb istotne było przejście do bardziej optymistycznego modelu leczenia oraz nauczenie się, w jaki sposób pracować z zasobami psychologicznymi pacjentów z problemami psychotycznymi; kwestią kluczową w naszej terapii było znalezienie sposobu na wykorzystanie własnych zasobów psychologicznych pacjentów.

W Finlandii praktyki psychoterapeutyczne przez długi czas stanowiły część publicznej służby zdrowia. Szczególnie istotne znaczenie miały rozwój i badania prowadzone od lat 60. XX wieku przez profesora Yrjö Alanena i jego zespół w Klinice Psychiatrycznej w Turku. Rozpoczynając od indywidualnej terapii psychodynamicznej, pod koniec lat 70. XX wieku, zespół Turku włączył do swoich metod systemową terapię rodzinną i nazwał to podejście leczeniem dostosowanym do potrzeb. Nazwa ta podkreślała, iż każdy proces terapeutyczny jest wyjątkowy i powinien zostać dostosowany do różnych potrzeb pacjenta. Model terapii dostosowanej do potrzeb wpisał się również w kontekst Fińskiego Narodowego Projektu Schizofrenii prowadzonego w latach 80. XX wieku.

Rewolucyjne aspekty podejścia dostosowanego do potrzeb skupiały się na: (1) szybkiej, wczesnej interwencji w każdym przypadku; (2) planowaniu terapii skoncentrowanej na spełnieniu zmieniających się i unikalnych potrzeb każdego pacjenta i jego rodziny poprzez zintegrowanie różnych metod terapeutycznych w jeden proces leczenia; (3) podejściu terapeutycznym jako podstawowym ukierunkowaniu wszystkich członków personelu, zarówno podczas diagnozy, jak i w trakcie leczenia; (4) postrzeganiu terapii jako ciągłego procesu; oraz (5) nieustannym monitorowaniu postępów i wyników leczenia [2; 3].

W erze medycyny opartej na dowodach, wszystko to brzmi bardzo radykalnie, ponieważ kwestionuje pogląd, iż terapeuci powinni wybrać jedną odpowiednią metodę leczenia po wcześniejszym dokładnym zdiagnozowaniu przypadku. Tymczasem podejście dostosowania do potrzeb podkreśla, że odpowiednia diagnoza wyłoni się podczas wspólnych spotkań; i stało się jasne, że proces rozumienia, tzn. dojście wszystkich zaangażowanych za pomocą dialogu do pełnego i praktycznego rozumienia tego, co się wydarzyło, może samo w sobie stanowić bardzo leczniczy proces.

We wczesnych latach 80. XX wieku, podejście dostosowane do potrzeb łączyło różne psychoterapie zamiast jednej, wybranej szkoły lub podejścia; na przykład, samej systemowej terapii rodzin czy indywidualnej psychoterapii psychodynamicznej. Jest to prawdopodobnie jeden z najważniejszych aspektów w moim rozwoju osobistym, który prowadzi mnie i moich kolegów do otwierania granic.

Otwarty dialog na spotkaniu terapeutycznym

Jedną z najbardziej uderzających innowacji podejścia dostosowanego do potrzeb była idea otwartych spotkań terapeutycznych. W 1984 roku pomysł ten przedstawił nam zespół z Turku, kiedy to przeżywaliśmy frustrację z powodu niezalezienia sposobu na zintegrowanie psychoterapii indywidualnej pacjenta chorującego na schizofrenię z systemową terapią

rodzin dla rodzin tych pacjentów. Na początku te dwie metody wydawały się odległe od siebie, chociaż byliśmy tymi samymi terapeutami wykonującymi tę interesującą pracę. Wtedy usłyszeliśmy o otwartych spotkaniach, na które od samego początku zapraszani są zarówno pacjenci, jak i ich rodziny. Spotkania te nie są przygotowywane przez członków personelu. W Turku do przyjęcia pacjenta zawsze stosowano podejście pracy zespołowej zamiast wywiadu przeprowadzanego przez lekarza czy testu psychologicznego wykonywanego przez psychologa.

Na takim spotkaniu terapeutycznym główni uczestnicy sytuacji problemowej przyłączają się do pacjenta, aby przedyskutować wszystkie istotne kwestie. Wszelkie plany organizacyjne oraz decyzje podejmowane są w obecności wszystkich osób. Spotkanie odbywa się na forum otwartym, a wszyscy uczestnicy siedzą w kole w tym samym pomieszczeniu. Członkowie zespołu, którzy podjęli inicjatywę zwołania spotkania, rozpoczynają dialog, ale bez wcześniejszego planowania tego, kto zadaje pytania; dlatego też wszyscy członkowie personelu mogą uczestniczyć w prowadzeniu wywiadu.

Pierwsze pytania powinny być tak otwarte, jak to tylko możliwe, aby członkowie rodziny oraz inne osoby z sieci społecznej mogli zacząć mówić o kwestiach, które są najistotniejsze w danym momencie. Zespół nie planuje wcześniej tematów spotkania. Od samego początku zadaniem osoby/osób prowadzącej/prowadzących jest dostosowanie odpowiedzi do tego, co mówią klienci. Najczęściej odpowiedź zespołu przybiera formę dalszego pytania, które opiera się i bierze pod uwagę to, co powiedział klient oraz członkowie rodziny. Często oznacza to powtarzanie słowo w słowo pewnej części wypowiedzi i zachęcanie do dalszego wypowiedzenia się na dany temat.

Każdy z obecnych ma w każdej chwili prawo do skomentowania, ale komentarze nie powinny przerywać trwającego dialogu. Każda nowa osoba zabierająca głos powinna dostosować swoją wypowiedź do tego, co zostało wcześniej powiedziane. Dla profesjonalistów oznacza to, że mogą oni komentować sytuację zarówno przez zadawanie dalszych pytań na temat będący przedmiotem dyskusji, jak i przez dzielenie się refleksjami z innymi członkami zespołu w odpowiedzi na to, o czym jest mowa. Najczęściej w komentarzach tych wprowadzane są specyficzne wyrażenia, służące opisaniu najtrudniejszych doświadczeń pacjenta.

Pod koniec spotkania, po tym, jak członkowie rodziny wypowiedzą się na temat kwestii dla nich najtrudniejszych, personel informuje rodzinę o ich zobowiązaniach. Po omówieniu ważnych kwestii, członek zespołu odpowiedzialny za zwołanie spotkania sugeruje jego zakończenie. Istotne jest jednak, aby zamknąć spotkanie odnosząc się do własnych słów pacjentów i pytając, na przykład: „Zastanawiam się, czy moglibyśmy powoli zakończyć spotkanie. Zanim to jednak nastąpi, czy jest jeszcze coś, o czym powinniśmy porozmawiać?”. Na zakończenie spotkania pomocne jest krótkie podsumowanie tematów, szczególnie tego, czy podjęte zostały jakieś decyzje, a jeśli tak, to jakie. Długość spotkań może być różna, ale zazwyczaj wystarcza 90 minut.

Jak widać, nasze podejście pod wieloma względami współgra z dialogową, opartą na współpracy systemów językowych, terapią rodzinną Harlene Anderson i Harry'ego Goolishiana [4], która została później rozwinięta przez Anderson (1997) w terapię opartą na współpracy (collaborative therapy). Znaleźliśmy również podobieństwo z pracą Toma Andersena [5] nad zespołami reflektującymi i procesami. Co ciekawe, podejścia te roz-

winęły się mniej więcej w tym samym czasie, ale poznaliśmy je dopiero później, dzięki czemu otrzymaliśmy wsparcie w podążaniu w kierunku, który obraliśmy.

Ten otwarty sposób pracy został od samego początku bardzo entuzjastycznie przyjęty, co zachęciło nas do dalszej pracy. Jednak dość szybko spotkały nas dezorientujące i nieoczekiwane doświadczenia. Później uświadomiliśmy sobie, że był to rezultat aktywnego zaangażowania pacjenta i jego rodziny w proces rozumienia problemu i planowania leczenia. Nie mogliśmy już dłużej podążać tradycyjną metodą, polegającą na planowaniu, a następnie przeprowadzaniu terapii. Stanęliśmy również w obliczu różnych terapeutycznych sytuacji impasu, które rozwiązano poprzez dostosowanie naszych interwencji do tego, w jaki sposób rodzina wypowiadała się o aktualnym kryzysie i jak go przeżywała.

Nasz pogląd na psychiatryczne i rodzinne leczenie terapeutyczne został poddany próbie:

- Zaplanowanie leczenia ze stałymi harmonogramami nie było możliwe, ale każde spotkanie generowało nowy plan jako proces. Ten proces wyjściowego planowania i ponownego planowania terapii był bardzo pomocny.
- Nie mogliśmy już dłużej traktować terapeuty jako inicjatora zmiany w systemie rodzinnym poprzez różne interwencje terapii rodzinnej.
- Uświadomiliśmy sobie, że praca rodzinna była możliwa w sektorze publicznym środowiska szpitalnego, chociaż zdaniem zespołu z Mediolanu, warunkiem terapii systemowej jest trzymanie się z dala od instytucji [6].

Ze względu na to, że wydawało się, iż terapia rodzinna nie jest rozwiązaniem, byliśmy „zmuszeni” poszukać innych opcji. Systemowa terapia rodzin kładła nacisk na postrzeganie problemu lub symptomów jako funkcji systemu rodzinnego. Jednak naszym celem w generowaniu otwartego dialogu było wysłuchanie wszystkich głosów, bez wiedzy, czy pełniły jakąś funkcję w systemie rodzinnym. Dlatego też interwencja nie miała zainicjować zmiany w interakcji rodzinnej, lecz wygenerować nowe słowa i zrelacjonować nowe wydarzenia.

Spotkanie z dialogicznością

W naszych pierwszych wysiłkach otwarte spotkania postrzegaliśmy jako forum do zorganizowania leczenia. Nie opieraliśmy ich na ideach dialogowych na poziomie formalnym. Jednakże dzieląc się podczas spotkań refleksjami na temat niektórych naszych dezorientujących doświadczeń, natknęliśmy się na prace rosyjskiego lingwisty i teoretyka literatury, Michaiła Bachtina, dotyczące polifonicznego sposobu życia oraz dialogiczności.

O Bachtinie po raz pierwszy dowiedziałem się z rosyjskiego artykułu profesora Uniwersytetu w Jyväskylä, Erkki Peuranena [7]. Zaskoczyło mnie, że Bachtin [8] wydawał się opisywać w powieściach Dostojewskiego to samo doświadczenie, które znaleźliśmy z „polifonicznych” spotkań z naszymi pacjentami. Na spotkaniach terapeutycznych zawsze pojawiała się wiele głosów, a — jak zauważa Bachtin — na spotkaniu polifonicznym pozycja każdego uczestnika, szczególnie autora, radykalnie się zmienia. Jedynym sposobem na kontynuowanie jest wygenerowanie dialogu pomiędzy głosami wszystkich uczestników, a w tej polifonii żaden głos nie może być ważniejszy od innych.

Według Bachtina [8], autor powieści polifonicznej nie może kontrolować działań postaci, a jedynym sposobem na przetrwanie jest dialog z nimi. Uświadomiliśmy sobie, że my byliśmy właśnie tego rodzaju „autorami”; odpowiadaliśmy za zredagowanie historii leczenia, ale nie mogliśmy już robić tego w tradycyjny sposób, definiując metody i interwencje, aby wyeliminować objawy lub zmienić system rodzinny.

Spotkania otwartego dialogu skupiają się na wzmocnieniu dorosłej strony pacjenta i znormalizowaniu sytuacji zamiast na zachowaniu regresywnym [3]. Punkt wyjścia do terapii stanowi język rodziny, jakim posługuje się ona do opisanego problemu pacjenta. Problemy postrzega się jako społecznie skonstruowane i są one przeformułowywane w każdej rozmowie [8–11]. Wszystkie obecne osoby zachęca się do mówienia ich własnym, unikalnym głosem.

W przeciwieństwie do terapii tradycyjnej, stanowisko terapeuty nie polega na interwencji. Podczas gdy wiele szkół terapii rodzinnej jest szczególnie zainteresowanych stworzeniem specyficznych form prowadzenia wywiadu, w otwartym dialogu ważniejsze staje się słuchanie i odpowiadanie w dostrojeniu. Członkowie zespołu mogą komentować między sobą to, co słyszą w formie refleksyjnej dyskusji, podczas gdy rodzina słucha [12].

Otwarty dialog jako system psychiatryczny

Dla mnie otwarte spotkania były ściśle związane z publicznymi usługami psychiatrycznymi w zachodniej Laponii. Nazwy otwarty dialog użyto po raz pierwszy w 1995 roku do opisanego całej terapii skoncentrowanej na rodzinie oraz sieci społecznej [13]. Obejmuje ona dwa aspekty: po pierwsze, opisane wyżej spotkania, w których od samego początku uczestniczą wszyscy zaangażowani członkowie, aby poprzez dialog wygenerować nowe rozumienie. Po drugie, zapewnia zasady dla całego systemu praktyki psychiatrycznej w jednym obszarze geograficznym. Oznaczało to, iż otwarty dialog był dla nas nie tylko sposobem na przeprowadzenie otwartych spotkań z pacjentem i jego rodziną czy nawet częścią jego sieci społecznej, lecz zapewniał także podstawowe zasady organizowania całego systemu leczenia psychiatrycznego w sposób umożliwiający dialog.

Rozwijając nowe podejście, uświadomiliśmy sobie znaczenie badań systemu psychiatrycznego w zachodniej Laponii. Stanowiły one jeden z trzech najważniejszych elementów rozwoju praktyk dialogowych. Przeprowadzono kilkanaście ocen efektywności i procesu leczenia za pomocą podejścia opartego na otwartym dialogu, przy zastosowaniu badań w działaniu (action research) [13, 14–19]. Badania w działaniu obejmują metodę oraz projekt, które umożliwiają zbadanie systemów ludzkich od wewnątrz, gdzie badacz stanowi część badanego systemu. W badaniach tych uświadomiliśmy sobie wyjątkowe zasoby systemu prowadzące do pozytywnych wyników u pacjentów psychotycznych i depresyjnych, które okazały się lepsze od wszelkich innych podejść, szczególnie w przypadku psychozy. Badania dostarczyły także optymalnych zasad organizowania leczenia psychiatrycznego w najostrzejszych kryzysach, które kładą nacisk na uruchomienie zasobów rodzin oraz innych sieci społecznych pacjenta.

Zgodnie z tymi zasadami, optymalny system uruchomienia zasobów psychologicznych naszego klienta powinien obejmować: (1) natychmiastową reakcję w postaci pierwszego spotkania zorganizowanego w ciągu 24 godzin od kontaktu z klientem; (2) perspektywę

sieci społecznych, która we wszystkich przypadkach zaprasza odpowiednich członków sieci społecznej klienta oraz wszystkich profesjonalistów zaangażowanych w aktualny kryzys; (3) elastyczność i mobilność poprzez dostosowywanie się do unikalnych potrzeb każdego klienta i jego rodziny; (4) zagwarantowanie odpowiedzialności tak, aby osoba, z którą skontaktuje się klient, stawała się odpowiedzialna za zorganizowanie pierwszego spotkania, przed podjęciem decyzji dotyczącej leczenia; (5) ciągłość psychologiczną poprzez zintegrowanie personelu z różnych sektorów, takich jak psychiatria dziecięca, poradnia zdrowia psychicznego itd. (jeśli zachodzi taka potrzeba, należy pracować w zintegrowanym zespole tak długo, jak to konieczne); (6) tolerowanie niepewności oraz generowanie procesu, aby nowa społeczność konwersacyjna mogła „razem żyć” i rozmawiać; oraz (7) dialogiczność jako główny cel wspólnych spotkań, aby zwiększyć rozumienie aktualnego kryzysu oraz życia naszych klientów. Przez „dialogiczność” rozumiem zarówno rozumienie w dostrojeniu, jak i zabieranie członków rodzin na eksploracje, których w przeciwnym razie nie podjęliby się.

Badania w zakresie otwartego dialogu w przypadku pacjentów z pierwszym epizodem psychotycznym są systematycznie prowadzone w zachodniej Laponii [14, 18–19]. Pokazują one korzystne wyniki w leczeniu psychoz. W ciągu 5-letniej obserwacji, u 85% pacjentów nie pojawiły się żadne symptomy psychotyczne i 85% powróciło do pełnego życia zawodowego. Tylko jedna trzecia pacjentów stosowała leki przeciwpsychotyczne. Istnieją również dowody wskazujące na to, iż w ciągu 25 lat praktykowania otwartego dialogu, występowanie schizofrenii w zachodniej Laponii zmniejszyło się.

Chwila obecna w polifonicznych dialogach ucieleśnionych

Przedstawione wyżej informacje kreślą kontekst mojego osobistego rozumienia pracy psychoterapeutycznej. Nie jest to model, który można by uogólnić, lecz odnosi się konkretnie do rozwoju projektu w zachodniej Laponii związanego z najostrzejszymi kryzysami psychicznymi. Przez ostatnie 20 lat byłem zaangażowany w rozwój praktyk dialogowych w różnych kontekstach i z wieloma typami klientów, dzieci, młodzieży, dorosłych oraz rodzin. Podejście dialogowe można zastosować w wielu różnych sytuacjach.

Zaskoczyło mnie to, iż terapeutom, mającym rozległe doświadczenie w konkretnej metodzie terapeutycznej, tak niezmiernie trudno jest przyjąć dialogowy sposób pracy z klientami. W moim odczuciu, dialog nie jest metodą, lecz sposobem życia. Jest to pierwsza rzecz, której uczymy się w życiu, co wyjaśnia, dlaczego dialog może być tak potężnym wydarzeniem. Ze względu na to, iż jest to podstawowy czynnik życia, jest w zasadzie bardzo prosty. Ta jego prostota wydaje się sprawiać paradoksalną trudność. Jest tak prosty, że nie potrafimy uwierzyć, iż uzdrawiającym elementem każdej praktyki jest po prostu bycie usłyszczanym i reakcja na to, co zostało powiedziane. Kiedy to nastąpi, nasza praca terapeutyczna zostaje wykonana [20]. Dzięki możliwości dialogu, nasi pacjenci odzyskują zdolność działania.

Jak to się dzieje? Największe wyzwanie dla terapeutów stanowi bycie obecnym w danej chwili, w postaci pełnych, ucieleśnionych istot żywych, i reagowanie na każdą wypowiedź, co jest równoznaczne z przeżywaniem „jednoczasowego uczestnictwa w bycie” [21, s. 2].

Toma Andersena [22] absorbowały trzy różne rzeczywistości w naszych społecznych i zdrowotnych praktykach lekarskich: (1) w rzeczywistości „albo — albo” zajmujemy się kwestiami widocznymi, lecz niezwykłymi, tzn., że są one dokładnie zdefiniowane, a definicje pozostają niezmiennie niezależnie od kontekstu. (2) W rzeczywistości „zarówno — jak i” mamy do czynienia z kwestiami, w przypadku których możliwe są różne opisy symultaniczne. Kwestie te są żywe i widoczne. Dzieje się tak na przykład w dyskusji podczas terapii rodzinnej, kiedy pozwalamy, aby każdy głos został wysłuchany, bez uznawania, że jeden punkt widzenia jest słuszny, a inny błędny. (3) W trzeciej rzeczywistości, „ani — ani”, rzeczy są niewidoczne, lecz żywe. Doświadczamy czegoś, lecz nie mamy na to dokładnego opisu językowego. Możemy powiedzieć, że to ani to, ani tamto, ale wiem, że coś się dzieje. Jako przykład Andersen podaje uścisk dłoni. Jest to coś, co dzieje się w naszym ucieleśnionym uczestnictwie w sesji, ale nie komentuje się go słowami, pozostaje jako nasze cielesne doświadczenie.

Daniel Stern [23], podkreślając znaczenie chwili obecnej, krytycznie podchodzi do opisów psychoterapii i psychoanalizy, które skupiają się na narracji klientów. Terapeuta postrzegany jest jako osoba nadająca znaczenie ich opowieściom w różnych szkołach na różne sposoby. Terapia zajmuje się językowym opisem jawnej wiedzy. Stern proponuje przejście od jawnej wiedzy (knowledge) do ukrytego „wiedzenia” (knowing) na temat tego, co dzieje się w obecnej chwili, jako cielesnego doświadczenia i głównie bez słów — tzn. bycia świadomym tego, co dzieje się w nas, zanim to nazwiemy. Żyjemy chwilą obecną, która trwa zaledwie kilka sekund. Odnosi się to do mikroaspektów dialogu w odpowiedzi i reakcji terapeuty, przed ubraniem czegokolwiek w słowa lub opisaniem tego językiem; tzn. w byciu otwartym na drugą osobę.

W terapii rodzinnej, która kładzie nacisk na generowanie dialogu, oznacza to przeniesienie uwagi z treści narracji na rozwijające się uczucia w chwili, kiedy wypowiedzane są narracje. Terapeuci i klienci żyją we wspólnym, ucieleśnionym doświadczeniu, które ma miejsce przed wyrażeniem doświadczeń pacjenta słowami. W dialogu wyłania się intersubiektywna świadomość. Nasza tożsamość społeczna budowana jest poprzez dostosowanie naszych działań do działań innych; a nawet więcej, poznanie siebie samego jest możliwe wyłącznie wtedy, gdy zobaczy się siebie oczami innych [24]. Istoty żywe nawiązują ze sobą prawdziwy kontakt i dostosowują się do siebie nawzajem, podobnie jak w nieustającym tańcu, w którym pojawiają się automatyczne ruchy, bez kontrolowania i rozważania słownego.

Intersubiektywna cecha naszej świadomości przedstawiona jest w badaniach dotyczących komunikacji matka — niemowlę, przeprowadzonych przez Trevarthena [25]. Jego staranne obserwacje rodziców i niemowląt pokazują, że pierwsze doświadczenie dialogu pojawia się w pierwszych dniach życia, kiedy to rodzic i dziecko angażują się w wytworzy taniec wzajemnego emocjonalnego dostrojenia za pomocą wyrazu twarzy, gestów oraz tonów wokalizacji. To prawdziwy dialog: gesty dziecka wpływają na stany emocjonalne dorosłego, a dorosły, poprzez zaangażowanie, stymulowanie i ukojenie, wpływa na stany emocjonalne dziecka.

Bråten [26] opisuje Wirtualną Osobę jako wewnętrzną część umysłu dziecka, które w pewnym sensie czeka na dialog z Rzeczywistą Osobą. Jeśli Rzeczywista Osoba jest

nieobecna, wyłania się dialog z Wirtualną Osobą. Bliskie relacje następują w trybie odczuwanej bezpośredniości, w uczuciach odczuwanych w formie przeżykowej [20].

W czasie każdego spotkania pojawiają się dwie opowieści. Pierwsza, wygenerowana przez naszą obecność jako ucieleśnionych istot żywych. Dostosowujemy się do siebie nawzajem i tworzymy wielogłosowe, polifoniczne doświadczenie wspólnego wydarzenia. Salgado i Hermans (2005) podkreślają, że nie można tego nazwać „doświadczeniem”, ponieważ doświadczenie zakłada znaczenie psychologiczne umieszczone w danej sytuacji przez Drugą Osobę lub Inność. Jest to nasze ucieleśnione doświadczenie, na które nakłada się wiele znaczeń, opartych na liczbie osób uczestniczących w danej sytuacji. Sesje rodzinne obejmują kilkunastu członków rodziny i często dwóch lub trzech terapeutów. Większa część historii dzieje się bez słów, ale nie w całości. Słowa, które odnoszą się do naszej obecności w rozmowie zawierają często najważniejsze emocje związane z tymi głosami naszego życia, które dotyczą trudnych doświadczeń. Możemy na przykład opisać i reflektować na temat naszych odczuć co do konkretnej sytuacji, o której mówimy.

Druga historia w tej samej sytuacji pojawia się w opowieściach osób żyjących o swoim życiu. Opowieści zawsze odnoszą się do przeszłości; nigdy nie mogą dojść do chwili obecnej, ponieważ kiedy słowo zostaje sformułowane i usłyszane, sytuacja, w której zostało sformułowane, już minęła. Po zintegrowaniu tych dwóch aspektów tego samego momentu, staje się oczywiste, co koncentracja na dialogu może wnieść do narracji. Jak wyraził to Lowe [27]: „Styl konwersacyjny ... po prostu podąża za rozmową, podczas gdy styl narracyjny i skupiony na rozwiązaniu często usiłuje jej przewodzić” [27, str. 70, wyróżnienie moje].

W porównaniu z terapią narracyjną i skoncentrowaną na rozwiązaniu, w podejściach dialogowych pozycja terapeutów jest inna. Nie są oni już interwencjonistami wobec wcześniej zaplanowanej mapy historii opowiadanych przez klienta. Koncentrują się głównie na tym, jak zareagować na wypowiedzi klientów, ponieważ ich odpowiedzi stanowią generatory uruchamiające własne zasoby psychologiczne klienta — „dla słowa (a w konsekwencji dla istoty ludzkiej) nie ma nic gorszego niż brak reakcji” [8, str. 127]. Respektując zasadę dialogową, polegającą na tym, że każda wypowiedź wzywa do reakcji, członkowie zespołu zawsze dążą do udzielenia odpowiedzi na to, co zostało powiedziane. Odpowiadanie nie oznacza dawania wyjaśnień czy interpretacji. Odpowiedź terapeuty pokazuje raczej, że dostrzeżono to, co zostało powiedziane i, jeśli to możliwe, otwiera nowy punkt widzenia.

Udzielanie odpowiedzi nie jest wymuszonym przerywaniem każdej wypowiedzi, lecz dostosowaniem treści odpowiedzi do wyłaniającego się naturalnego rytmu rozmowy. Członkowie zespołu reagują jako w pełni ucieleśnione osoby, szczerze zainteresowane tym, co każda osoba znajdująca się w pomieszczeniu ma do powiedzenia, unikając jakiegokolwiek sugestii, że ktoś mógł powiedzieć coś złego. Ze względu na to, że proces ten umożliwia członkom sieci odnalezienie swoich głosów, odpowiadają oni również samym sobie. Usłyszenie własnych słów po otrzymaniu komentarzy, które na nie odpowiadają, umożliwia osobie mówiącej lepsze rozumienie tego, co zostało powiedziane. Zadawane w codziennym języku klientów pytania członków zespołu ułatwiają opowiedzenie historii, w których pojawiają się zwyczajne szczegóły oraz trudne emocje związane z relacjonowanymi wydarzeniami.

Polifonia głosów

Postrzeżenie naszej świadomości jako intersubiektywnej porzuca system postrzegania jednostek jako podmiotów ich życia w takim sensie, że koordynujące centrum naszych działań istnieje wewnątrz jednostki. Zamiast tego powstaje opis polifonicznego ja. Tak więc polifoniczne ja jest społecznie skonstruowane, ale w taki sposób, który nazywamy odpowiedzią i reakcją. Już Platon w swoich wczesnych dziełach postrzegał ja jako konstrukcję społeczną: „Kiedy umysł myśli, jest to po prostu mówienie do siebie, zadawanie pytań i odpowiadanie na nie oraz mówienie tak i nie. Kiedy podejmuje decyzję — powoli lub nagle — kiedy nie ma już wątpliwości i dwa głosy uznają tę samą rzecz, wtedy nazywamy to »jego decyzją«” [28]

Umysł to nieustanne inicjowanie i reagowanie na głosy mówiące do siebie. Głosy to mówiąca osobowość, mówiąca świadomość [8, 29]. Osobowość nie jest psychologiczną strukturą wewnątrz nas, lecz czynami, które dzieją się w mówieniu i w ten sposób generowana jest świadomość ludzka [30].

Wszystkie nasze doświadczenia pozostawiają ślad w naszym ciele, ale tylko minimalna ich część zostaje kiedykolwiek wyrażona w narracji mówionej. Przekładając je na słowa, stają się one głosami naszego życia. Kiedy doświadczenia zostają przełożone na słowa, przestają być nieświadome [8]. Również Stern [23] uważa, iż lepiej mówić o byciu nieświadomym niż o nieświadomości, w której zostają zamknięte te doświadczenia i emocje, z którymi nie potrafimy sobie poradzić.

Nie istnieje tylko jedna forma polifonii, lecz słowa wypowiedziane otwarcie i w wewnętrznym dialogu oznaczają różne rzeczy dla naszej sesji terapeutycznej. Psycholog Kauko Haarakangas [15] opisał polifonię poziomą i pionową. Polifonia pozioma obejmuje wszystkich obecnych jako ucieleśnione istoty żywe w konwersacji. Generowana jest pewnego rodzaju społeczność konwersacyjna. Każdy ma własny głos i jeśli chcemy uruchomić zasoby psychologiczne wszystkich obecnych, każdy powinien mieć prawo wyrażenia ich na swój sposób.

Polifonia pionowa obejmuje wszystkie głosy pojedynczego uczestnika w dialogu poziomym. Wszystkie relacje są w pewnym sensie naszymi głosami, które stają się aktywnymi uczestnikami podczas mówienia o tematach, które odnoszą się do tych relacji czy doświadczeń. Na przykład, kiedy osoba wspomina swojego ojca, wszystkie głosy i doświadczenia z nim związane stają się głosami w dialogu dla wszystkich uczestników.

Pierwszy przykład przypadku polifonicznego: ojciec Pekki

Pekkę skierowano na psychoterapię ze względu na głęboką depresję, która doprowadziła go do ciężkiej próby samobójczej. Na spotkaniu była obecna jego żona oraz dwóch dorosłych synów. Znaczenie rozmowy podczas terapii rodzinnej staje się ewidentne, kiedy położymy nacisk na te głosy, których nie słyhać, lecz które są obecne w wewnętrznym dialogu każdej osoby. Te głosy polifonii pionowej zostają „włączone” w zależności od tematów dialogów. W tym przypadku, Pekka był zaabsorbowany swoją pracą w charakterze lekarza oraz trudnościami w wypełnianiu obowiązków. Był również pochłonięty problemami małżeńskimi, rolą ojca swoich dwóch synów, a szczególnie problemami ze swoim ojcem. Wspomnienie ojca urzeczywistniło się, kiedy po długiej przerwie w ich relacjach,

Pekka podjął inicjatywę ich odnowienia. Ojciec wyraził zgodę, lecz wkrótce potem zmarł. Podczas pierwszej sesji do dialogu zaproszono głos ojca.

T.: Kiedy zmarł ojciec?

M.: 4 lata temu.

T.: Gdyby on ... gdyby ojciec mógł usłyszeć, o czym rozmawiamy, co powiedziałby, albo jakiej rady udzieliłby w takiej sytuacji?

M.: Cóż ... tak ... jestem pewien, że Tata ... Tata byłby z tego powodu dość smutny. Na pewno okazałby swoje współczucie i ...

T.: Co ... w jaki sposób okazałby swoje współczucie? Co powiedziałby, jakich słów użyłby?

M.: Cóż, był starszym człowiekiem, który nie potrafił okazywać wszystkiego ...

T.: Hmm ...

M.: ... na pewno starałby się mnie zachęcić ...

T.: Tak.

M.: ... i myślę, że zrobiłby to w dość miły sposób. To wszystko, co mogę powiedzieć.

T.: Ale wydaje ci się, że zachęciłby cię i okazał swoje współczucie ... i ... że ... albo tak jak ja to usłyszałem, w pewien sposób zrozumiałby tę sytuację?

M.: Tak. Tylko ja potrafiłem sobie z nim poradzić, kiedy się ...

T.: Tak ... tak

M.: zestarzał.

T.: ... że zachęciłby cię i okazał swoje współczucie. ... Jak ci się wydaje, co powiedziałaaby twoja matka, gdyby mogła być tutaj z nami?

Głosy wszystkich terapeutów to ważne aspekty polifonii. Terapeuci uczestniczą w dialogu w głosach swojego zawodowego doświadczenia, będąc lekarzem, psychologiem, mając szkolenie z zakresu terapii rodzinnej itd. [30]. Ponadto terapeuci uczestniczą w dialogu w swoich osobistych, wewnętrznych głosach. Jeśli terapeuta doświadczył utraty kogoś bliskiego, głosy utraty i smutku stają się częścią polifonii. Nie w takim sensie, że terapeuci opowiadają o własnych przeżyciach związanych ze śmiercią, lecz dostosowują się do chwili obecnej: jak siedzą, jak patrzą na inne osoby wypowiadające się, jak zmieniają intonację itd. Głosy wewnętrzne stają się częścią chwili obecnej, a nie opowiadanych historii. Wewnętrzne głosy własnych osobistych i intymnych doświadczeń terapeutów stają się potężną częścią wspólnego tańca dialogu.

Drugi przykład przypadku polifonicznego: cicha, uzdrawiająca chwila

Mary to siostra Matta, który był wielokrotnie hospitalizowany z powodu schizofrenii. Mary chciała spotkań rodzinnych, ponieważ ich opowieść nie została wypowiedziana. Przyszła do nas wraz z Mattem i ich matką, Susan. Powiedzieli, że ich tragedia rozpoczęła się dekady temu, po nagłej śmierci ojca. Starszy brat, Matt, stał się dla 10-letniej Mary kimś bardzo ważnym, ale niebawem przerwał szkołę, zaczął izolować się od przyjaciół i rodziny oraz sięgnął po narkotyki, wywołujące skrajne, nieprzewidywalne wybuchy, które dla Mary stały się koszmarem. Była przerażona i przeżyła traumę, kiedy krok po kroku jej brat stawał się coraz bardziej psychotyczny. W tamtym czasie Mary nigdy nie

zapraszano na żadne spotkania rodzinne i nawet jej matka nie potrafiła wyjaśnić, co działo się z Mattem. Po pierwszej hospitalizacji w wieku 18 lat Matt przebywał w szpitalu przez około 25 lat, kiedy spotkaliśmy się z nimi po raz pierwszy. Od samego początku dialogi były pod wieloma względami trudne. Po pierwsze, matka ogłosiła, że nie chciała spotkań rodzinnych, ponieważ obawiała się, że rozmowa o starych i drażliwych wspomnieniach spowoduje, że Matt stanie się psychotyczny. Istotnie, podczas rozmowy na temat pewnej naładowanej emocjonalnie kwestii, Matt nagle zaczął mówić o swoich specyficznych historiach, które można byłoby postrzegać jako psychotyczne. Po tym wydarzeniu, zapytałem go, czy powiedziałem coś nie tak, co spowodowało, że zaczął mówić o tych sprawach. A następnie spytałem, czy możemy kontynuować temat, który otworzyliśmy. Przeważnie Matt odpowiadał, że nie powiedzieliśmy niczego złego i mogliśmy kontynuować. Krok po kroku, epizody psychotyczne Matta zmniejszały się, a w końcu ustały.

Po spotkaniach trwających około 2 lat, z czterema—pięcioma sesjami w ciągu roku, wyłonił się następujący dialog. Był to pierwszy raz, kiedy Mary, w obecności rodziny, znalazła słowa, aby opisać swoje przerażające doświadczenia. (M oznacza Mary, a T1 autora.)

M.: Nie byłam uznawana.

T1.: Nie byłaś uznawana?

M.: Przez całe moje życie byłam wykluczona z rodziny. Wreszcie chcę pozbyć się tego symbiotycznego bałaganu.

T1: Powiedziałaś: „Przez całe moje życie byłam wykluczona z rodziny”. A potem: „Wreszcie chcę pozbyć się tego symbiotycznego bałaganu”. Brzmi tak, jak gdybyś mówiła równocześnie o dwóch rzeczach?

M.: ... tak ... tak właśnie powiedziałam ... Ale na razie nie mogę nic więcej na ten temat powiedzieć.

T1: ... tak.

Kiedy Mary po raz pierwszy opowiedziała o swoim doświadczeniu, terapeuta powtórzył jej słowa. Pomaga to często w generowaniu dialogu w kwestiach naładowanych emocjonalnie. Powtarzając słowo w słowo, osoba mówiąca może usłyszeć własne słowa w troszkę innej intonacji. Bachtin [8] mówi o słowie przenikniętym, słowie, które zostało przeniknięte poprzez ton innego słowa; takie „słowo może aktywnie i pewnie przeszkodzić w wewnętrznym dialogu drugiej osoby, pomagając tej osobie odnaleźć jej własny głos” [8, str. 242].

Tak stało się w powyższym przypadku. Kiedy terapeuta powtórzył słowa, Mary mogła usłyszeć własne słowa. Po powtórzeniu słów i powiedzeniu: „Brzmi tak, jak gdybyś mówiła równocześnie o dwóch rzeczach”, nastąpiła chwila ciszy, podczas której Mary usłyszała swoje słowa informując, iż to właśnie powiedziała, ale nie potrafiła znaleźć słów. Milczenie terapeuty również wydawało się istotne, ponieważ terapeuci nie wypełnili tej chwili nadając znaczenia poprzez komentarze. Chwila ta była ważna również z tego względu, że znajdował się tam Matt i matka Mary, którzy usłyszeli te słowa po raz pierwszy.

Z Pekką pracowaliśmy razem przez 16 miesięcy. Na większości sesji towarzyszyło mu dwóch lub trzech terapeutów — jednym z nich był absolwent psychologii. Co drugi

miesiąc spotykaliśmy się razem z jego żoną. Pekka pokonał depresję, ale problemy w relacjach małżeńskich pozostały.

Z Mary i jej rodziną spotykaliśmy się przez 5 lat, od trzech do pięciu razy w roku. Życie osobiste każdego z nich uległo poprawie. Poprawiły się także ich wzajemne interakcje. Od tamtej pory jej brat nie był hospitalizowany i nauczyli się rozmawiać ze sobą. Nie mówi już o doświadczeniach psychotycznych. Na naszych sesjach zaczęli rozmawiać o ojcu i wspominali jego stratę; byli ciekawi siebie i po około 30 latach izolacji nauczyli się żyć jak rodzina.

Refleksje końcowe

Przedstawiłem kilka ważnych kroków na mojej drodze do dialogowego sposobu życia w środowisku zawodowym. Jak już wspomniałem na wstępie, czuję się nieswojo używając nazwy metoda terapeutyczna, ale jednocześnie — co widać w dwóch krótkich przypadkach psychoterapeutycznych — dialogowy sposób życia odnosi się do położenia specyficznego nacisku na przeprowadzanie konwersacji terapeutycznych. Głównym komunikatem są mocne wyniki przedstawione w wielu badaniach, które potwierdzają, iż nacisk na generowanie dialogów w obecności wielu uczestników uruchamia zasoby własne pacjentów.

Otwierając po raz pierwszy w połowie lat 80. XX wieku drzwi otwartemu dialogowi, nacisk kładziono głównie na dialogi mówione włączając w to istotę odpowiedzi. Ostatnio jednak, odchodzenie od kontekstu psychiatrycznego oznacza postrzeganie ucieleśnionej cechy naszej obecności polifonicznej jako ważniejszej od narracji wypowiedzianych podczas sesji. Dla mnie oznacza to również większe zainteresowanie intersubiektywną jakością ludzkiego życia. Jako istoty żywe, jesteśmy istotami relacyjnymi; rodzimy się w relacjach i wszystkie relacje, w których żyjemy, znajdują ucieleśnienie w strukturze naszych żyjących ciał — co pomaga nam zrozumieć prostotę mocy dialogowej. Nie trzeba niczego więcej poza byciem wysłuchanym i traktowanym poważnie i to właśnie generuje relację dialogową. A kiedy — po kryzysie — ponownie wracamy do relacji dialogowych, zadanie terapeutyczne zostaje wykonane, ponieważ działanie zostało odzyskane.

Dlatego też, wyzwanie związane z wszelkiego rodzaju pomocą psychologiczną staje się dla odmiany porzuceniem naszych własnych celów i interweniowania, aby wywołać zmianę w naszych klientach. Jako profesjonalści powinniśmy nauczyć się podążać za sposobem życia naszych klientów i ich językiem — całkowicie, bez warunków wstępnych. Nie jest to łatwe. Ale traktuję to jako wyzwanie. W naszych ostatnich staraniach, aby terapeuci tak właśnie postępowali, rozwinęliśmy metody dialogowe patrzenia na wydarzenia dostrojenia w dialogach z wieloma uczestnikami [31]. Wreszcie, nauczenie się dialogowego sposobu w życiu zawodowym to podejście pragmatyczne. W tej metodzie badań dialogowych celem jest zwracanie uwagi głównie na reakcje, ponieważ dialog generowany jest w sposobie, w jaki odpowiadamy sobie nawzajem.

Paradoks dialogu może polegać na jego prostocie i złożoności. Jest tak prosty, a jednocześnie tak skomplikowany, jak życie. Jednak dialog to coś, przed czym nie da się uciec. Jest jak oddychanie, praca, miłość, hobby, jazda samochodem. Jako ostatni głos zabierze Michaił Bachtin „prawdziwe ludzkie życie jest niekończącym się dialogiem. Życie jest z natury dialogowe. Żyć oznacza uczestniczyć w dialogu: zadawać pytania, słuchać innych,

reagować, zgadzać się, i tak dalej. W dialogu tym osoba uczestniczy całkowicie i przez całe swoje życie: oczami, ustami, rękoma, duszą, duchem, całym ciałem i czynami. Inwestuje całe swoje ja w dyskurs, a ten dyskurs wchodzi w dialogowy materiał ludzkiego życia, w sympozjum świata” [8, str. 293].

Piśmiennictwo

1. Bråten S, Trevarthen C, Prologue: From infant intersubjectivity and participant movements to simulation and conversation in cultural common sense. W: Bråten S, red. *On being moved: From mirror neurons to empathy*. Amsterdam: John Benjamins Publishing Company; 2007, s. 21–34.
2. Alanen Y. Towards more humanistic psychiatry: Development of need-adapted treatment of schizophrenia group psychosis. *Psychosis* 2009; 1: 156–166.
3. Alanen Y, Lehtinen K, Rökköläinen V, Aaltonen J. Need-adapted treatment of new schizophrenic patients: Experiences and results of the Turku Project. *Acta Psychiatr. Scand.* 1991; 83: 363–372.
4. Anderson H, Goolishian H. Human systems as linguistic systems: preliminary and evolving ideas about the implications for clinical theory. *Fam. Proc.* 1988; 27: 371–393.
5. Andersen T. *The reflecting team: dialogues and dialogues about the dialogues*. New York: Norton; 1991.
6. Selvini-Palazzoli M, Boscolo L, Cecchin G, Prata G., *Paradox and counter-paradox*. New York: Jason Aronson; 1978.
7. Peuranen E, Bahtinin sosiologinen poetiikka. [Bakhtin’s sociological poetics]. *Kulttuurivihkot* 1980; 8: 17–27.
8. Bakhtin M. *Problems of Dostojevskij’s poetics: Theory and history of literature*, vol. Manchester: Manchester University Press; 1984.
9. Gergen K. *Relational being: Beyond self and community*. New York: Oxford University Press; 2009.
10. Shotter J. *Cultural politics of every day life. Social constructionism, rhetoric and knowing of the third kind*. Buckingham: Open University Press; 1993.
11. Shotter J, Lannamann JW. The situation of social constructionism: its’ imprisonment within the ritual of theory-criticism-and-debate. *Theory Psychol.* 2002; 12: 577–609.
12. Andersen T. Reflecting processes; acts of forming and informing. W: Friedman S, red. *The reflecting team in action*. New York: Guilford; 1995, s. 11–37.
13. Seikkula J, Aaltonen J, Alakare B, Haarakangas K, Keränen J, Sutela M. Treating psychosis by means of open dialogue. W: Friedman S, red. *The reflective team in action: collaborative practice in family therapy*. New York: Guilford Press; 1995, s. 62–80.
14. Aaltonen J, Seikkula J, Lehtinen K. Comprehensive open-dialogue approach I: Developing a comprehensive culture of need-adapted approach in a psychiatric public health catchment area the Western Lapland Project. *Psychosis* 2011; 3: 179–191..
15. Haarakangas K, Hoitokokouksen äänet. 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. Jyväskylän Stud. Educ. Psychol. Soc. Res.* 1997; 130: 119–126.
16. Keränen J. The choice between outpatient and inpatient treatment in a family centred psychiatric treatment system. *English summary. Jyväskylän Stud. Educ. Psychol. Soc. Res.* 1992; 93: 124–129.

17. Seikkula J, Alakare B, Aaltonen J, Holma J, Rasinkangas A, Lehtinen V. Open dialogue approach: treatment principles and preliminary results of a two-year follow-up on first episode schizoprenia. *Eth. Hum. Sci. Serv.* 2003; 5(3): 163–182.
18. Seikkula J, Alakare B, Aaltonen J, Haarakangas K, Keränen J, Lehtinen K. Five-years experiences of first-episode non-affective psychosis in Open Dialogue approach: Treatment principles, follow-up outcomes and two case analyses. *Psychother. Res.* 2006; 16: 214–228.
19. Seikkula J, Alakare B, Aaltonen J. The comprehensive open-dialogue approach (II). Long-term stability of acute psychosis outcomes in advanced community care: The Western Lapland Project. *Psychosis* 2011; 3: 1–13. DOI:10.1080/17522439.2011.595819.
20. Seikkula J, Trimble D. Healing elements of therapeutic conversation: dialogue as an embodiment of love. *Fam. Proc.* 2005; 44: 461–475.
21. Bachtin M. *Toward a philosophy of the act*, tłum. Vadim Liapunov. Austin: University of Texas Press; 1993.
22. Andersen T. Human participating: human „being” is the step for human „becoming” in the next step. W: Anderson H, Gehart D, red. *Collaborative therapy: Relationships and conversations that make a difference*. New York: Routledge/Taylor & Francis; 2007.
23. Stern D. *The present moment in psychotherapy and every day life*. New York: Norton & Co; 2004.
24. Bachtin M. *Art and answerability: Early philosophical essays of M. M. Bakhtin*, tłum. Vadim Liapunov. Austin: University of Texas Press; 1990.
25. Trevarthen C. Signs before speech. W: Seveok TA, Umiker-Sebeok J, red. *The semiotic web*. Amsterdam: Mouton de Gruyter; 1990, s. 689–755.
26. Bråten S. *On being moved: from mirror neurons to empathy*. Amsterdam: John Benjamins Publishing; 2007.
27. Lowe R. Structured methods and striking moments: using question sequences in „living’ ways. *Fam. Proc.* 2005; 44: 65–75.
28. Platon. *Theaetetus*. 189e—190a.
29. Wertsch J. *Voices of the mind: A sociocultural approach to mediated action*. London: Harvester/Wheatsheaf; 1991.
30. Stiles WB. Assimilation of problematic experience. W: Norcross J.C, red. *Psychotherapy relationships that work: Therapist contributions and responsiveness to patients*. New York: Oxford University Press; 2002, s. 357–365.
31. Seikkula, J., Laitila, A., & Rober, P., Making sense of multifactor dialogues. *Journal of Marital and Family Therapy*, 2011, 37. doi: 10.1111/j.1752-0606.2011.00238.x

Tłumaczenie: *Iwona Szarkowicz*

Adres do korespondencji: Jaakko Seikkula, PO Box 35, 40014 University of Jyväskylä, Finlandia. E-mail: jaakko.seikkula@jyu.fi