

Jaakko Seikkula, Ph.D., David Trimble, Ph.D.:

Uzdravující prvky terapeutické konverzace: dialog jako ztělesnění lásky¹

Z naší bakhtiniánské perspektivy věříme, že pro porozumění je nezbytný aktivní proces mluvení a naslouchání. Dialog je podmínkou pozitivní změny v jakékoli formě terapie. S využitím perspektiv dialogismu a neurobiologického vývoje analyzujeme základní prvky dialogu a hledáme porozumění tomu, proč se dialog stává uzdravující zkušeností při setkání sociálních sítí. Z perspektivy terapeuta jako dialogického partnera zkoumáme dění, která podporují dialog v konverzaci, sdílení emocionálních prožitků, vytváření společenství a tvoření nového sdíleného jazyka. Popisujeme, jak pocity lásky, které se projevují silným vzájemným emocionálním naladěním v konverzaci, signalizují momenty terapeutické změny.

Klíčová slova: dialog, uzdravení, sociální síť

Family Process 44:461-475, 2005

Tento článek se snaží identifikovat dění v průběhu dialogu, která napomáhají uzdravení a snaží se vysvětlit, jak fungují. V současné době existuje v rodinné terapii mnoho dialogických přístupů (např. Andersen, 1991; Anderson & Goolishian, 1988; Fishbane, 1998; Inger & Inger, 1994; Paré & Lysack, 2004; Penn & Frankfurt, 1994; Tschudi & Reichelt, 2004).

První z autorů tohoto článku (Seikkula) pomohl ve Finsku v západním Laponsku vyvinout přístup tzv. "Otevřeného dialogu" (Seikkula et al., 1995; Seikkula & Olson, 2003), jako přístupu k léčení psychózy, schizofrenie a dalších vážných psychiatrických krizí.

Přístup Otevřeného dialogu funguje tak, že pokud osoba nebo rodina, která má nějakou obtíž, vyhledají pomoc v systému péče o duševní zdraví, je mobilizován tým odborníků, aby se s touto rodinou a všemi, kteří k této rodinné síti patří, okamžitě setkal, co nejlépe do 24 hodin. Obvykle se setkají na místě, které vybere tato rodina. Tým odborníků zůstává přidělený určitému případu (osobě nebo rodině) po celou dobu trvání uzdravujícího procesu, nezáleží přitom, zda se jedná o měsíce či roky. Žádné konverzace nebo rozhodnutí o případu se nevedou bez toho, aniž by se jich účastnili tito členové rodiny (rodinná síť). Hodnocení stávajícího problému, plánování léčby i všechna rozhodování jsou činěna při otevřených setkáních, která zahrnují pacienta, jeho sociální okolí a všechny důležité orgány a činitele (sociální síť). Specifické služby (např. individuální psychoterapie, profesní/pracovní rehabilitace, léčba psychofarmaky atd.) mohou být postupně zahrnuty do léčení, avšak jádro léčebného procesu představuje přetrvávající konverzace v průběhu léčebných setkávání mezi členy odborného týmu a sociální sítí.

Ve fázi akutního utrpení (v krizi), se u členů sociální sítě objevují určitá zaseknutí v zoufalých, rigidních a sevřených způsobech chápání a komunikování o problémech, které je pohlcují. Na léčebných setkáních žádá odborný tým od každého člena této sociální sítě vyjádření o problému, zvláště od psychotického pacienta. Vyjádření každého člena je pozorně vyslyšeno a je na něj s respektem odpovězeno. Členové odborného týmu napomáhají vyjadřování emocí. Odpovídají jasně a autenticky jako celistvé osoby. Transparentnost ohledně bytí hýbá pocity členů sociální sítě, úkolem pro členy odborného týmu je tolerovat intenzivní emociální stavy vyvolané v průběhu setkání. Jejich konverzace o sobě samých za přítomnosti sociální sítě zastává funkci reflektujícího týmu, současně rozšiřuje členům sociální sítě možnosti při dávání smyslu jejich zkušenostem. Zejména v počáteční fázi léčení jsou rozhodnutí podřízena ve prospěch rozšiřující se konverzaci, která umožňuje systému

¹ Překlad: Tereza Janačíková Nováková, Martina Pětová

Publikováno v časopise Family Process, svazek 44, č. 4, 2005 © FPI, Inc.

tolerovat rozporuplnosti (nejednoznačnosti) v kontextu extrémního napětí. To umožňuje brát v úvahu nové nápady pro popsání problémové situace.

Na začátku členové týmu pozorně začleňují osobitý jazyk členů sociální sítě do svých vlastních vyjádření. Když tým s respektem a s upřenou pozorností nechá rozpovídat každého člena sociální sítě a dovolí mu vyjádřit své pocity, konverzace se změní. Jakmile původní sociální síť zahrne odborný tým do svého členství, začne se objevovat nový sdílený jazyk mezi odborným týmem a členy sociální sítě a jsou objeveny nové významy. Umění tohoto procesu nespočívá v nějaké geniální intervenci profesionálů, ale v emocionální změně mezi členy sociální sítě, včetně odborníků, kteří společně vytvářejí nebo obnovují pečující osobní společenství.

Léčebná setkání jsou organizována bez sebemenšího předchozího plánování. Jeden nebo více členů odborného týmu plní roli vedoucího těchto setkávání. Všichni sedí společně v jedné místnosti, na začátku odborný tým sdílí informace, které jsou mu o problému známy. Odborník, který vede setkání, začne poté klást otevřené otázky, které se týkají toho, kdo by chtěl mluvit a o čem by bylo nejlepší mluvit. Forma otázek není předem naplánována, naopak, skrze pozorné naladění se na každého, kdo hovoří, konstruuje odborník, který je v roli vedoucího setkání, každou další otázku z předešlé odpovědi (např. opakuje odpověď, kterou právě slyšel slovo od slova předtím, než položí další otázku nebo začlení jazyk předcházející odpovědi do jazyka nadcházející otázky). Pro proces je kriticky důležité postupovat pomalu tak, aby byl zachován rytmus a styl mluvy každého účastníka a zajistit, že každá osoba má vytvořený prostor, do něhož je pozvána a v němž podporována, aby v něm promluvila. Na každé téma, které se objeví, je do diskuse začleněno tolik různých hlasů, kolik je jen možné. Odborný tým může navrhnout reflektivní konverzaci uvnitř týmu, kdykoli to považuje za přiměřené. Po každé reflektivní sekvenci, jsou členové sociální sítě vyzváni k tomu, aby komentovali to, co slyšeli. Když člen týmu, který setkání vede, navrhne toto setkání uzavřít, všichni přítomní účastníci jsou povzbuzováni k tomu, aby sdělili, zda chtějí ještě něco dodat. Každé setkání ukončuje vedoucí setkání tím, že shrne to, o čem se diskutovalo a která rozhodnutí byla nebo by měla být přijata.

Některé výsledkové studie (Seikkula, Alakare & Aaltonen, 2001; Seikkula et al., 2003; Seikkula et al., v tisku) demonstrovaly užitečnost a efektivitu přístupu "Otevřeného dialogu", zvláště v případě psychotických krizí. Přístup Otevřeného dialogu se odlišuje tím, že zahrnuje dva klíčové prvky, a to uspořádání léčebného systému a dialogický průběh jednotlivých setkání. Tým profesionálů reaguje okamžitě na klienta a jeho sociální síť a pokračuje v účasti na tomto vztahu tak dlouho, jak je potřeba. Tento článek se zaměřuje na samotný průběh Otevřeného dialogu, s důrazem na podporu „polyfonního“ zapojení hlasů klienta, jeho sociální sítě a odborného týmu.

PŘÍPADOVÁ STUDIE: OD VZPOMÍNEK K LÁSCĚ

Toto sezení, na které byl první z autorů článku (Seikkula) přizván jako konzultant, neboť došlo k "zaseknutí" léčebného systému, představuje mnoho z toho, co se snažíme vysvětlit v dialogickém léčebném procesu. Setkání sociální sítě bylo organizováno pro Ingrid, residentku chráněné psychiatrické kliniky. Její obtíže se objevily před 9 lety v reakci na napadení, které utrpěla spolu se svým přítelem na ulici, když se je tři muži, kamarádi bratra od Ingrid, pokusili okrást. Ingrid byla zraněna, když se pokoušela svého přítele chránit. Začala se trápit vzpomínkami na toto napadení a vyhledala psychiatrickou pomoc. Docela brzy po tomto napadení přerušila styky s otcem i s matkou, kteří se již dříve rozvedli. Zdálo se, že není nic, co by mohlo pomoci. Vzpomínky, které přicházely ve formě bolestivých nočních můr, narušovaly Ingrid všechny oblasti života. Ingrid byla milá žena a každý jí chtěl dychtivě pomoci. Za její léčení a navrácení do běžného života nesly odpovědnost dvě kontaktní zdravotní sestry, které spolupracovaly se sociálními pracovníky a dalšími zdravotnickými profesionály.

Krátce poté, co se Ingrid stala psychiatrickým pacientem, se pokusil léčebný tým, který byl pro Ingrid ustanoven, zorganizovat rodinné setkání, které bylo ovšem neúspěšné kvůli silnému emocionálnímu vypjetí. Po mnoha letech léčení zorganizoval tým setkání sociální sítě, aby se pro Ingrid naplánovala léčba a kroky do budoucnosti. Toto setkání, které vedl první autor tohoto článku (Seikkula) jakožto konzultant, zahrnovalo Ingrid, jejího současného přítele (jiného než ten, který byl napaden), její matku a otce, její sociální pracovníci, dvě kontaktní zdravotní sestry a jejího doktora. Ačkoli byl pozván na setkání i její bratr, nezúčastnil se jej.

Konzultant se zeptal členů týmu, jestli mají nějaké nápady pro toto setkání. Řekli, že by chtěli obnovit vztahy mezi členy rodiny a diskutovat o budoucnosti. Konzultant kladl otevřené otázky Ingrid a její rodině se zájmem zjistit, jak by si přáli využít čas tohoto setkání. Ingrid řekla, že se cítí ve velkém napětí a že by chtěla předat slovo svým rodičům. Rodiče na to řekli, že by chtěli slyšet o současném životě Ingrid. Její přítel obvinil rodiče z toho, že selhávají v pomoci Ingrid, aby se mohla vrátit k normálnímu životu, protože s ní nejsou v kontaktu. Setkání bylo plné napětí; Ingrid a její rodiče se vyhýbali vzájemnému přímému očnímu kontaktu. Matka začala mluvit o napadení Ingrid a postupně přecházela do slz, když mluvila o tom, že cítí vinu za tuto událost. Říkala, že když mluvila s bratrem Ingrid, on svaloval vinu na přítele Ingrid za to, co se stalo. Konzultant se opatrně ujišťoval, že všichni mají příležitost k vyjádření svých starostí a obav, bez toho aniž by to směřovalo ke konečným soudům nebo rozhodování ohledně léčebného plánování. Jedna z kontaktních sester propukla v pláč při popisování svých těžkostí při tom, když se snažila Ingrid pomoci a její snaha zůstala bez viditelných úspěchů. Nálada během setkání se stávala čím dál smutnější. Matka popisovala své soužení se pro dceru, kterou velmi milovala, když byla ještě malé dítě.

V tomto okamžiku, po krátké chvilce mlčení, požádal konzultant členy rodiny o svolení, aby odborníci mluvili jeden ke druhému, zatímco rodina bude poslouchat. V následujícím reflektivním dialogu vyjadřoval odborný tým překvapení z toho, jak milující a pečující jsou členové rodiny k sobě navzájem po tolika letech, kdy spolu nebyli v kontaktu. Konzultant jim dal za pravdu a zdůraznil, jak obtížných 9 let to muselo pro každého člena rodiny být, že ač věděli o své existenci, považovali za nemožné navzájem si sdělit, jak moc by si přáli být v kontaktu. Konzultant také ocenil silné zapojení (angažování) léčebného týmu.

Po skončení reflektivního dialogu se konzultant zeptal členů rodiny, zda by se chtěli vyjádřit k tomu, co právě slyšeli. Matka poslouchala celý komentář reflektujícího týmu v slzách. Ingridin otec řekl, že u něj došlo během dialogu k posunu a že byl zvláště zasažen jejich potvrzením rodiny, navzdory jeho vlastnímu pocitu, že neudělal dost pro to, aby obnovil vztahy. Matka řekla, že má Ingrid velmi ráda. Z mé perspektivy konzultanta (Seikkula) jsem se zaměřil na sledování verbálních znaků a gest, které vyjadřovaly emoce v průběhu setkání, moje vlastní pocity souzněly s tím, co se dělo v místnosti. Byl jsem pohnut vyjádřením lásky, které učinila Ingridina matka a dále tím, že ostatní v místnosti na sobě dali znát, že i je slova matky hluboce zasáhla. Ingrid a její matka se navzájem chytily rukama. Navrhl jsem, abychom ukončili setkání, pokud již nikdo nemá co by dalšího dodal. Všichni souhlasili.

Když jsme se chystali skončit setkání, zeptal jsem se, jaké to setkání bylo pro každého z nich. Mnoho z nich hodnotilo setkání pozitivně. Matka řekla, že se jí setkání líbilo. Měla z toho setkání takový strach, že noc předtím nespala a také na začátku byla velmi nervózní. Řekla mi: „Vy jste to udělal tak snadné, protože jste byl tak normální, a ne jako nějaký profesor.“ Pouze sociální pracovníce měla negativní komentář. Byla nespokojena, neboť se objevilo tolik silných emocí a nebylo učiněno žádné konkrétní doporučení, jak s nimi naložit (jak dále pokračovat).

Následně, o rok později, si Ingrid na toto setkání velmi dobře pamatovala. Řekla, že to byl jeden z jejích nejsilnějších zážitků v životě. Po ukončení toho setkání neměla další čtyři měsíce žádnou noční můru. Ačkoli se poté noční můry vztahující se k dávnému napadení sem tam ještě objevily, začala studovat s podporou týmu školu (učňák). Už nechodila se svým tehdejším přítelem, ale byla

v kontaktu s matkou a také navštěvovala svého otce a jeho novou rodinu. Na jedné z návštěv u matky se rovněž setkala se svým bratrem. Společně s týmem pak uskutečnili pár rodinných setkání.

DÁVÁNÍ SMYSLU DIALOGICKÉMU PROCESU UZDRAVOVÁNÍ

Rozvíjení přístupu Otevřeného dialogu zahrnuje zpětnovazebné procesy mezi děním, pozorováním, zkoumáním, popisováním a teorií. Praktická klinická zjištění společně s informacemi z výzkumu nás vedou k prozkoumání teoretických perspektiv, které naopak vedou ke změnám a zdokonalení praxe, což nás vede k dalšímu hledání teorie, která by popsala naše zkoumání účinků těchto změn a jejímu zdokonalení. Dialog mezi prvním autorem příspěvku z Finska (Seikkula) a druhým ze Spojených států (Trimble) přidává další roviny tomuto zpětnovazebnému procesu. V textu, který následuje, vybíráme z tohoto komplexního celku teorii, která informuje naši praxi a pozorování o dění, o němž věříme, že by mohlo být nápomocné pro členy sociálních sítí, s nimiž pracujeme. Sdílíme tyto naše specifické pohledy na dialog a vysvětlujeme, jak může být teorie dialogu obohacena o myšlenky z vývojové psychologie a neurobiologie. Používáme naše teoretická hlediska, abychom prozkoumali aktivity, které se zdají být uzdravujícími faktory: tvorba nového sdíleného jazyka, který vzniká z mnohohlasé konverzace, sdílení emocionálních zkušeností, vytváření společenství - věříme, že tohle všechno je podporováno silným vzájemným emocionálním naladěním se, zkušeností, kterou většina lidí dokáže vnímat jako pocity lásky.

Dialog jako podmínka pro porozumění

Myšlenky Mikhaila Bakhtina (1975, 1984) a Valentina Vološinova (1929/1973) ovlivnily proces Otevřeného dialogu od samého počátku. Bakhtin chápal dialog jako podmínku pro objevování myšlenek. Jsou to v detailech výměny mezi osobami ve chvíli, kdy se vytváří významy, avšak ani ne tak v hlavě jednoho z nich, ale spíše v interpersonálním prostoru mezi nimi. „Půjčováním“ slov, výrazně obdařených významy, které si tato slova nesou ze svého dřívějšího užití, vytvářejí účastníci dialogu významy pro tato slova jedinečně pro určitou příležitost jejich užití. Z vyslovených slov odvozuje jejich význam mluvčí do stejné míry jako posluchač; aby dostala slova význam, potřebují odpověď. Tato závislost na odpovědi pro vytváření významů přispívá k tomu, co Bakhtin nazývá „neukončitelností“ dialogu (Holquist, 1981). Významy jsou neustále tvořeny a přetvářeny ve své podstatě nepředpověditelným procesem odpovědí, odpovědí na odpověď následovanou další odpovědí, v procesu, který může být sice přerušeno, ale nemůže být nikdy ukončeno. Čím více hlasů bude zapojeno do „vícehlasého“ (Bakhtin, 1984) dialogu, tím bohatší jsou možnosti pro porozumění. Členové týmu usilují tedy o to, aby přiměli k řeči co nejvíce lidí v místnosti, kde probíhá sezení. Na každé téma v diskusi odpovídá každý účastník rozmanitým množstvím hlasů - vnitřními hlasy a pak těmi, které se vztahují k ostatním v místnosti. Všechny tyto hlasy jsou navzájem v dialogu. Účelem tedy není nalézt jeden popis nebo jedno vysvětlení. Dialog je vzájemná činnost, a když vezmeme v úvahu dialog jako formu psychoterapie, mění to pozici terapeutů, kteří už nejsou ti, kteří by činili nějaké intervence, ale stávají se účastníky ve vzájemném procesu pronášení slov a odpovídání. Namísto nahlížení na rodinu nebo na jednotlivce jako na objekty, tito se stávají částí vztahů subjekt-subjekt (Bakhtin, 1984).

Jedním ze způsobů jak porozumět dialogu je odlišit jej od monologu. Bråten (1988) popisuje monolog tak, že toho druhého shledává pasivním. Z mezilidského hlediska zahrnuje monolog mlčení druhého pomocí ovládnutí nebo kontroly dostupných prostředků vysvětlování. Z hlediska psychiky jednotlivce omezuje monolog jedincovy vnitřní reprezentace o druhém (Bråten [1992] „Virtuální druhý“) do podoby ozvěny a potvrzování vnitřního hlasu v sobě. Slovní výměna mezi pacientem a lékařem k vyloučení srdečního infarktu je příkladem mezilidské monologické rozpravy. Lékař je veden ve svém dotazování pacienta velmi dobře stanovenou vnitřní mapou souboru příznaků srdečního infarktu a jasných instrukcí pro další kroky, pokud se diagnóza potvrdí. Pacientovy odpovědi jsou pod kontrolou

této monologické rozpravy. V situacích duševního otřesu (traumatu) má rozprava tendenci směřovat k monologu mezi členy sociální sítě, kteří jsou ovlivněni touto extrémní situací. Čas od času mohou dominantní členové sociální sítě ostatním vnucovat své jednostranné úhly pohledu na danou situaci. Častěji se stává, že několik protichůdných pohledů usiluje o to, aby získaly dominanci. I když se občas objeví i několik jednotlivých dialogických vyjádření, tato se nestávají hlavní formou konverzace. Nikdo doopravdy neodpovídá anebo neposlouchá ostatní, protože každý se zarputile drží svého porozumění dané situaci. Konverzace primárně přetrvává v monologickém stylu, který je v takovýchto situacích neúčinný, protože porozumění situaci tak, jak ji vidí jednotliví členové sociální sítě, selhává při řešení, protože když je každý zaseknutý v monologickém stylu, není prostor pro objevení nových nápadů. Členové sociální sítě sužovaní bolestí jsou lapeni v dilematu: proto, aby našli cestu ven z této situace, se musí přesunout do dialogu, avšak dialog je ve své podstatě nepředpověditelný a proto zvláště ohrožující pro lidi bojující s traumatem (Kamya & Trimble, 2002). I v uvedené případové studii jsme viděli, jak Ingrid i její matka sdělily, jak velké měly obavy před společným setkáním.

Dialogismus sdílí s ostatními konstruktivistickými a sociálně konstrukcionistickými přístupy k terapii myšlenku, že význam je utvářen ve vzájemné činnosti/aktivitě. Sdílíme pohledy těchto postmoderních myslitelů (např. Lannamann, 1998; Pakman, 1995; Shotter & Lannamann, 2002), kteří zdůrazňují, že se tato vzájemná činnost/aktivita objevuje mezi „ztělesněnými“ osobami, tedy takovými, kdy jsou obě osoby tvarovány a současně omezovány částmi svého fyzického těla a kontextuálními vlivy (např. třídou, rasou, pohlavím, kulturou, geografickou oblastí, historií). Fyzické a kontextuální ztělesnění dovoluje obě – možnosti i omezení pro společné vytváření významů. Dialog se objevuje v konkrétních, často všedních jednotlivostech lidské zkušenosti, kterou Bakhtin (1984) nazývá „najednou se objevující událost bytí“. Když tedy členové týmu žádají, aby zazněly hlasy ostatních účastníků setkání, věnují neustále pozornost tomu, co se právě odehrává. Bez pochopení bezprostřednosti okamžiku by mohl být dialogický proces zastaven. Haarakangas (1997) popisuje situaci z tréninku v rodinné terapii, kdy po každé když supervizoři přinesli nabídky nových témat do konverzace z pozice za jednostranným zrcadlem, přerušili maličké zárodky dialogu. Z pozice nezaujatého pozorovatele, který nesedí v té samé místnosti, kde probíhá konzultace, je velmi obtížné porozumět komplexní, ztělesněné sdílené zkušenosti, v níž se nachází terapeut a členové rodiny, kteří spolu sedí v jedné místnosti. Bez této zkušenosti se používaná a slyšená slova snadno stávají pouze rozumovým popisem. V jedné studii (Seikulla, 2002) zmiňujeme, že pokud na prvním setkání s těžce psychotickým pacientem neodpovíme okamžitě na jeho psychotické výpovědi nebo první drobné známky jeho reflexí, možnost dialogu může být ztracena, což vede ke slabým léčebným výsledkům.

Bakhtina (1975) říká, že: „pro slovo (a následně pro lidské bytí) není nic horšího než nedostatek odpovědi.“ (s. 127). S ohledem na princip dialogu, že každá výpověď volá po odpovědi proto, aby získala význam, usilují členové týmu o to, aby dávali odezvu na to, co bylo řečeno. Odpovídání neznamena podávání vysvětlení nebo interpretací, ale odpovědi dáváme najevo, že bylo zaznamenáno to, co bylo řečeno, a pokud je to možné i otevíráme nové úhly pohledu na to, co bylo řečeno. To neznamena násilné přerušování každé výpovědi, abychom dali odpověď, ale přizpůsobení se v odpovídání objevujícímu se přirozenému rytmu konverzace. Členové týmu odpovídají jako plně ztělesněné osoby s opravdovým zájmem o to, co každý v místnosti říká a vyhýbají se přitom jakýchkoli náznaků toho, že někdo říká něco špatně. Jakmile průběh sezení umožní členům sociální sítě nalézt své hlasy, stávají se rovněž respondenty sami sobě. To, že mluvčí slyší svá vlastní slova poté, co na ně obdržel komentáře, mu umožňuje lépe porozumět tomu, co sám říkal. Používání každodenního jazyka blízkého klientům, který používají v otázkách členové týmu, usnadňuje vyprávění příběhů, která zahrnují všední detaily a těžko zvládnutelné emoce událostí, které jsou popisovány. Tím, že se tým ptá ostatních členů sociální sítě na jejich komentáře na to, co zaznělo, pomáhá vytvářet mnohohlasý obrázek události.

Opatrným směřováním svých komentářů a pohledů směrem k sobě navzájem spíše než ke členům sociální sítě a komentováním navzájem svých pozorování, konstruuje v reflektivním dialogu tým nová

slova velmi konkrétním způsobem. Pro tým je stejně důležité zapojit každého do dialogu o komentářích ostatních, stejně jako je důležité činit komentáře o sobě samých. Dialog v týmu dovoluje členům sociální sítě udělat si barevnější obrázek jejich vlastní situace a každému to dovoluje více možností pro porozumění tomu, o čem tu jde.

Ačkoli má obsah konverzace zásadní důležitost pro členy sociální sítě, tým se zaměřuje především na způsob, jakým se o tomto obsahu mluví. Důležitější než jakákoli metodologická pravidla je být přítomen v tom daném okamžiku, přizpůsobovat své jednání (kroky) tomu, co se zrovna děje v každém zlomu dialogu. Každé léčebné sezení je jedinečné; všechny záležitosti, o nichž se mluvilo na předchozích setkáních, získávají nyní nový význam. Zahrnují to, co si možná pamatujeme z dřívějších dialogů, ale zároveň obsahují i něco naprosto nového, co zakoušíme poprvé. Úkolem členů týmu je otevřít prostor pro tyto nové, dříve nevyřčené významy (Anderson & Goolishian, 1988).

Členové týmu se vyhýbají tomu, aby mluvili příliš rychle, nebo aby vyvozovali nějaké závěry z toho, co bylo řečeno. Tolerování situace, v níž nejsou žádné předem připravené odpovědi nebo léčebné plány, umožňuje členům týmu, aby mohli využít své vlastní psychologické zdroje. Když jsou vícečetné hlasy zapojeny do sdílení situace, objevují se nové možnosti. Tyto možnosti se málokdy objeví jako jednoduché jednoznačné odpovědi na otázky, jak pokračovat dál. Různí členové sociální sítě žijí ve velmi odlišném, často protikladném prostředí a proto mají velmi odlišné představy o problému. Uvažujme o krizi dotýkající se matky, otce a syna, v níž syn, podezřelý ze zneužívání drog, se stává téměř psychotickým. Otec bude mít možná starost především o pověst rodiny mezi svými spolupracovníky, matka zase o synovo zdraví a mladý muž bude možná rozloženě protestovat, že nepotřebuje žádné léčení a že jeho rodiče jsou šílení a měli by hledat léčení pro sebe.

SDÍLENÁ ZKUŠENOST EMOCÍ

Se závazkem, aby vyjadřovali odpověď jakožto plně ztělesněné osoby, dávají si členové týmu intenzivní pozor na vlastní emoce, které souzní s vyjadřovanými emocemi v místnosti. Odezva na podivnou nebo vystrašenou psychotickou mluvu, která je učiněna stejným způsobem jako na všechny ostatní komentáře, nabízí „normalizující diskurz“, který činí znepokojivé psychotické výpovědi srozumitelnými, jakožto pochopitelnými reakcemi na extrémní životní situaci, v níž se pacient a jeho nejbližší nacházejí. Pochopení neznamena ignorování nebo minimalizování zažívaných těžkostí; odpověď členů týmu souzní se stupněm vyřčeného utrpení a těžkostí. Někdy nabídnou členové týmu větší prostor pro to, aby členové sociální sítě vyjádřili pocity beznaděje. Toto je v protikladu s na řešení orientovaným přístupem, v němž se terapeuti snaží nalézt spíše pozitivní slova ke konstrukci zkušenosti. V uvedené případové studii bylo důležité, že emoce jednotlivých členů rodiny byly propojeny se „zatím nevyřčenou“ zkušeností – napadení Ingrid – tyto emoce byly otevřeně vyjádřeny na setkání za přítomnosti lidí, kteří jsou pro Ingrid nejdůležitější v životě.

Prostřednictvím osvětlení toho, že tým zůstane zahrnut do sociální sítě po celý průběh léčení, prostřednictvím ujištění, že všechna rozhodnutí ohledně léčby budou diskutována společně, prostřednictvím objevování intenzivních emocionálních témat klidným, zúčastněným způsobem a prostřednictvím důsledného hledání komentářů všech účastníků, poskytují členové týmu povzbudivou předvídatelnost o procesu intervence. Členové sociální sítě se učí spoléhat na profesionály, že jim pomohou zůstat zúčastněnými v konverzaci o těžkých a znepokojujících záležitostech, které předtím nebyly úspěšně zahrnuty do konverzace.

Praktikování terapie v rámci sociálních sítí ukázalo od samého počátku na důležitost sdílených emocionálních zkušeností pro uzdravení (Seikkula et al., 1995; Speck & Attneave, 1973; Van der Velden, Halevy-Martini, Ruhf & Schoenfeld, 1984). Krize, která způsobí, že členové sociální sítě vyhledají pomoc a současně konflikty mezi těmito členy, přispívají k silnému emočnímu „nákladu“ setkání. Když členové týmu odpovídají jakožto celistvé osoby, jejich ztělesněné já manifestuje, že jsou pohnuti emocemi v místnosti. Jejich klidné, ohleduplné konverzační posuny dovolí úplné vyjádření

zkušeností a pocitů na setkání. Pokud se v těchto momentech členové týmu pokusí posunout konverzaci směrem kupředu příliš rychle, existuje riziko, že se uskuteční výhradně na rozumové úrovni. Nejtěžší a nejtraumatičtější vzpomínky jsou uloženy v nonverbální tělesné paměti (Van der Kolk, 1996). Vytváření slov pro tyto emoce je zásadně důležitá činnost. Aby mohla být slova nalezena, musí být ustány pocity. S využitím síly lidských vztahů pro udržení silných emocí, jsou členové sociální sítě povzbuzováni k tomu, aby vydrželi intenzivní bolestivé pocity smutku, bezmoci a beznaděje. Dialogický proces je nezbytnou podmínkou pro to, aby to bylo možné. Aby podpořili dialogický proces, věnují členové týmu pozornost tomu, jak jsou pocity vyjadřovány prostřednictvím mnoha hlasů těla: slzami v očích, sevřením hrdla, změnami v držení těla, vyjádřením obličeje. Členové týmu jsou velmi vnímaví k tomu, jak moc může být tělo emocionálně napjaté, když člověk mluví o extrémně těžkých záležitostech, až do té míry, že to znemožňuje jít hlouběji (více do detailů) - členové týmu na to odpovídají soucitně, tak aby v tomto okamžiku dostali z člověka tato slova ven. Zážitky, které jsou uloženy v tělesné paměti člověka jako symptomy „se odpaří/vyprchají“ do slov.

Máme zkušenost, že čím těžší zážitky a emoce jsou společně prožity na setkání, tím příznivější se zdají být výsledky. Před setkáním se mohou členové sociální sítě potýkat s nesnesitelně bolestivými stavy a mohou mít obtíž spolu mluvit o svých problémech. Tedy, odcizují se sobě navzájem ve chvíli, kdy nejvíce potřebují podporu jeden druhého. Na setkání shledávají možným prožít vážnost a beznaděj krize i přesto, že cítí soudržnost jako rodina a důvěrné osobní společenství. Tyto dvě silné a odlišné emocionální události se prolínají setkáním a zpětnovazebně se zesilují. Bolestivé emoce posilují silné pocity sdílení a patření k sobě navzájem. Tyto pocity sounáležitosti naopak umožňují jít více do hloubky bolestivých pocitů, tedy vyvolávají silnější pocity sounáležitosti a tak dále. Jistě, stává se i, že posun od rigidního a zúženého monologického diskurzu do dialogu nastane sám o sobě, zvláště pokud bolestivé emoce nejsou vnímány jako nebezpečné, ale namísto toho je jim dovoleno volně proudit v místnosti (Trimble, 2000; Tschudi & Reichelt, 2004).

Je důležité mít na paměti, že všichni členové sociální sítě se potýkají s emocionálně zabarvenými zkušenostmi a zážitky, které tvoří podstatu krize, třebaže zastávají odlišná stanoviska. Mohou jednat tak, aby si způsobili krizi, prožili následky krize nebo obojí. Halucinace pacienta majícího psychotické potíže mohou obsahovat traumatické události v metaforické podobě. Ačkoli mohou být z tohoto důvodu zmínky o symptomech, pojičích se k traumatickým událostem, nedostupné pro ostatní členy sociální sítě, mohou být ostatní sami o sobě ovlivněni těmito stejnými událostmi a jejich vlastní ztělesněné emocionální reakce budou podněcované. Emocionální „náklad“ z těchto kolektivních interakcí a zesílení emocionálních stavů činí setkání sociálních sítí pokaždé jiným - dialog od dialogu dvou individuí. Emocionální „náklad“ se zřídka projevuje jako obrovská exploze nebo duševní očista (katarze). Objevuje se často jako malá překvapení, která otevírají nové směry dialogu. Svoji podstatou se emocionální výměna objevuje v bezprostředním okamžiku a zážitky nemohou být posunuty na jiný čas nebo místo. Výstupy setkání jsou více prožívány ve ztělesněných komplexních zkušenostech účastníků než v jakýchkoli vysvětleních nabízených pro řešení problému anebo v učiněných rozhodnutích na konci setkání. Tohle může být neobvyklé pro profesionály zvyklé pracovat více strukturovaným způsobem. Mohl to být také jeden z faktorů, proč sociální pracovnice negativně hodnotila setkání s Ingrid, když požadovala, aby byla učiněna konkrétnější rozhodnutí o případu.

Prostřednictvím pozorování a reflektování vlastních zkušeností díky účasti na nespočtu setkání sociálních sítí, začal první autor (Seikkula) vnímat emocionální proces tak, že pokud se objeví v léčebném setkání, signalizuje posun od monologického k dialogickému diskurzu a dá se předvídat, že setkání bude užitečné a přínosné. Jazyk účastníků a jejich držení těla by začali vyjadřovat silné emoce, pokud by tyto emoce v každodenním jazyku, který je používán na setkáních, mohly být popsány jako zážitky/pocity lásky. Na setkání s Ingrid a její sociální sítí to nebyl romantický, ale spíše jiný druh pocitu lásky, takový, který nalézáme u rodin – obsahující vzájemné pocity náklonnosti, vcítění se, starostí, výchovy, bezpečí, jistoty a hlubokého emocionálního spojení. Jakmile se jednou

stanou tyto pocity široce sdílenými mezi účastníky setkání, zkušenost vztahového uzdravování se stává hmatatelnou.

APLIKOVÁNÍ HLEDISEK VÝVOJOVÉ TEORIE

Dialogismus není pouze určitá forma komunikace, ale také epistemologické stanovisko (Markova, 1990). Z pohledu dialogických aktérů v léčebném setkání jsou naše zkušenosti toho co se děje nutně ovlivněny vnímavým dialogickým naladěním se na určitý moment konverzace mezi ztělesněnými self v najednou se objevivší události bytí. Když reflektujeme tyto zkušenosti a zvláště pokud se jim snažíme dát smysl v naší kolegiální komunitě, nacházíme užitečné vyjít z množství diskursů, včetně vědeckého diskurzu moderny, abychom je mohli vysvětlit. Pokud vycházíme z postmoderní teorie, není zakázáno užívat žádnou formu diskurzu. Anebo spíše je zakázáno činit z určité formy diskurzu výlučné prohlášení pravdy. Uznáváme, že naše úsilí vysvětlovat se může odvolávat k teoriím, které nakonec nesouhlasí jedna s druhou. Pokud tohle děláme, věříme, že stejně jako v mnohohlasém diskursu léčebných setkání realizujeme polyfonní praxi, z níž se může objevit nové porozumění.

Myšlenky vývojového psychologa Lva Vygotského (1978; 1934/1986) korespondují mnoha způsoby s dialogickými myšlenkami jeho sovětského současníka a krajana Mikhaila Bakhtina. Vygotsky přišel s tím, že jazyk, myšlenky a myšlení vznikly jako interpersonální události, které se staly internalizovanými individuálními procesy v průběhu vývoje. Vygotsky reinterpretoval Piagetovu (1923/2002) egocentrickou (sebestřednou) mluvu jako začátek internalizace rodičovské mluvy, tedy převlékl Piagetovu individuální teorii do teorie sociální (Bruner, 1985). Dítě přijímá role obou rodičů a dítěte prostřednictvím pokynů a komentování jeho vlastních činů. Když se tato mnohohlasá mluva stane plně internalizovaná, formuje základ pro vnitřní řeč, silný nástroj regulace činů a emocionálních stavů.

Vygotského idea „zóny nejbližšího vývoje“ poskytuje rámec pro pochopení, jak jednání členů týmu napomáhá proudění emocí v rámci léčebného setkání. Zóna nejbližšího vývoje je metaforický prostor mezi studentem, který se snaží naučit nové dovednosti, které jsou těsně za hranicí jeho současné schopnosti a učitelem, již ovládajícím tyto dovednosti, který táhne studenta kupředu, nabízí své dovednosti jako lešení, které pomáhá rozvoji studentových dovedností. Tento proces není jednostranným aktem řízeným zkušenějším učitelem, ale aktem vzájemné spolupráce, v níž ten, který řídí učení, musí neustále přizpůsobovat svoji činnost tomu, který se učí (Bruner, 1985). V případě Otevřeného dialogu pozorujeme, že zkušené zvládnutí silných emocí členů týmu během setkání poskytuje bezpečný rámec, v němž členové sociální sítě objevují své schopnosti udržet konverzaci o nejtěžších záležitostech. Ačkoli jsou členové týmu pohnuti emocemi, které se objevují v místnosti, nejsou v nich stále tak zakořeněni jako členové sociální sítě. Tím, že se členové týmu neúčastnili v minulosti událostí, které utvářely současnou krizi, jsou méně zranitelní k tomu, aby byli emocionálně ohromeni (uchváćeni). Nesdílí intenzitu tělesného zapojení členů sociální sítě do pocitů, které jsou v místnosti. Jejich zkušenost s jinými krizemi v jiných sociálních sítích jim ukazuje, že současná krize může být překonána. Tato specifická zkušenost členů týmu je ztělesněna v jejich přítomnosti v místnosti, kdy vyznačují klidnou důvěru a soucitnou účast. Svoji ztělesněnou přítomností demonstrují, že je možné mluvit o extrémně těžkých zkušenostech, poskytují pocity bezpečí, což umožňuje členům sociální sítě odvážít se vykročit ze svých monologických slepých uliček.

Současní vývojoví psychologové dokázali, že při vývoji struktury lidského mozku a těla je dialog základní formativní proces vznikající v prvním měsíci života. Vygotského myšlenka, že se myšlení vytváří ve vztazích, koresponduje s myšlenkami Brátena (1988, 1992, 1997a, 1997b), Sterna (1974), Siegla (1999) a Trevarthena (1979a, 1979b, 1990, 1992), kteří popisují dítě jako zapojujícího se do

dialogických vztahů s ostatními od nejranějších momentů po narození. Dítě vstupuje do světa šitého na míru rodičovsko-dětskému prostředí, v němž se ztělesněné vzájemné regulace emocionálních vztahů vyvíjejí v průběhu dozrávání od vzájemného směřování pozornosti ke světu objektů/předmětů, přes vzájemnou pozornost k symbolům až nakonec ke vzájemnému porozumění jazyku.

Trevarthenovo (1979a) důkladné pozorování rodičů a dětí ukazuje, že prvotní lidská zkušenost s dialogem se objevuje v prvních pár týdnech života, kdy se rodič a dítě zapojují do dokonalého „tance“ vzájemného emocionálního naladění se prostřednictvím vyjádření obličeje, pohyby rukou a tónem hlasu. Tohle je opravdový dialog; činnost dítěte ovlivňuje emocionální stav dospělého a dospělý prostřednictvím svého zapojení, podněty a tišením ovlivňuje emocionální stavy dítěte. Siegel (1999) popisuje neurobiologickou komplexnost vzájemného ovlivňování mezi zralým jedincem a nezralým dítětem skrze proces podpory, naladění se a zvučnosti. Emocionální dialog mezi dospělým a dítětem tvaruje schopnost nervového systému dítěte k seberegulaci emocionálních stavů a připravuje rodičovsko-dětský systém pro pozdější učení se jazyku, s jeho zdánlivě neomezenou kapacitou pro rozšiřující se dialog.

Vygotsky (1934/1986) prohlašoval, že duševní život se vytváří z činnosti v sociálních vztazích. V raném dětství, dětské chování organizuje a reguluje hlas rodičů. Hlasitým mluvením začíná dítě rozvíjet vlastní kontrolu nad svým chováním, což znamená přechodovou formu sociální kontroly. S dozráváním se tato mluvená sociální řeč stává internalizovanou stejně jako psychická zkušenost vnitřní řeči, která je nápomocná k seberegulaci emocí a jednání. S tím, jak se dítě vyvíjí dále, slova se stávají jak objekty, tak významy komplexnějších vyšších mentálních funkcí (Vygotsky, 1978), což rozšiřuje schopnost vytváření významů. Pokud člen sociální sítě mluví nahlas, slova, která produkuje hlasivkami, mu umožňují slyšet to, co sám říká. Když mu odpovědi týmu i členů sociální sítě naznačí, že jeho slova byla přijata a že jsou důležitá, může reflektovat jejich významy. Když se „to co dosud nebylo řečeno“ (Anderson & Goolishian, 1988) objeví v prostoru mezi mluvčím a posluchači, odpověď na tuto přítomnost přispívá ke zkušenosti uzdravování, což je často manifestováno tak, že je mluvčí viditelně emocionálně pohnut. Úkolem posluchačů je v tomto momentě přijmout bez výhrad slova, která mluvčí pronáší, bez nabízení jakýchkoli slov interpretace nebo alternativních pohledů. Nabízení racionálních vysvětlení v tomto okamžiku může vést mluvčího k obhajování svých výroků a dochází k brždění tohoto procesu.

Vnímáme tyto myšlenky z vývojové psychologie jako užitečné pro porozumění různorodosti fenoménů/úkazů v dialogickém procesu. Důležitost udržení emocionálních vyjádření v dialogu je stvrzováno úlohou vzájemné emocionální regulace v raných lidských dialogických vztazích. Vzájemná emocionální regulace je zásadně formativní pro vztahový proces, který napomáhá komplexnějším dialogickým procesům, které jsou zprostředkovány jazykem. Zkušenost pocitů lásky je ukazatelem, že vzájemné emocionální usměrňování funguje efektivně a že setkání je úspěšné. Vzájemné emocionální usměrňování je rovněž základem podporující činnosti a jednání v rámci „Otevřeného dialogu“, kdy se konstruuje nový sdílený jazyk a vytváří se společenství.

VYTVÁŘENÍ NOVÉHO SDÍLENÉHO JAZYKA

Činnost vytváření nového sdíleného jazyka – začleňování slov, která členové sociální sítě přinášejí na setkání a nových slov, která se objevují v dialogu mezi týmem a členy sítě – dovoluje léčebnou alternativu k jazyku symptomů nebo k obtížnému chování. Tým pomáhá pěstovat konverzační kulturu, která respektuje každý hlas a snaží se slyšet všechny hlasy. Nepostradatelné činnosti týmu vzhledem k tomuto účelu jsou následující:

1. Ptání se na informace způsobem, který umožňuje vyprávět příběhy tak jednoduše, jak je to možné a tak hrozivě (znepokojivě), jak je to možné. To zahrnuje užívání každodenního jazyka,

sledování detailů a vyzývání ke komentování jednotlivých vyjádření, tedy vytváření mnohohlasého obrázku o případu.

2. Soustředěné a soucitné naslouchání všem mluvčím a vytváření prostoru pro všechny výpovědi, včetně toho, které je proneseno psychotickou mluvou. Vyjádření ocenění pro extrémní životní situace, které vyvolávají psychotické myšlenky a pocity beznaděje.
3. Vedení reflektivního dialogu v rámci týmu, vyjadřování se nejen k výrokům, které zazní od členů sociální sítě, ale také ke všem komentářům ostatních zúčastněných, které zazněly na vyjádření jednotlivých účastníků. Tento zpětnovazebný proces pomáhá členům týmu, ostatním profesionálům v místnosti a členům sociální sítě tolerovat nejistotu situace, v níž neexistují rychlé odpovědi na obtížné problémy, ani rychlá rozhodnutí o léčbě. Při toleranci této nejistoty objevují členové sociální sítě ve svém sdílení situace psychické zdroje pro odpověď na otázku, jakým způsobem pokračovat dál.

Po tom, co tým vstoupí do konverzace prostřednictvím přizpůsobení svých výpovědí výpovědím pacienta a jeho nejbližšímu sociálnímu okolí, členové sociální sítě přizpůsobí časem svá vlastní slova slovům, která zazněla z týmu. Člověku pomáhá rozumět více, pokud získá zkušenost s druhými, spíše než pokud porozumí pouze sám sobě. Když se někomu dostane zkušenosti s tím, že je slyšen, umožní mu to začít slyšet a začít být zvědavý na zkušenosti a názory ostatních. Tým a členové sociální sítě společně budují prostor pro společný jazyk, v němž se shodují o konkrétním použití slov v situaci. Tento společný jazyk, objevující se v prostoru mezi účastníky dialogu, vyjadřuje jejich sdílenou zkušenost události a emocí v ní zakořeněných.

Posloucháním reflektivního dialogu, který mezi sebou vede tým, objevují členové sociální sítě nové možnosti významů, které se vztahují k dané situaci. Bråten (1997b) popisuje, jakým způsobem je organizován nervový systém, aby dovolil osobě proměnlivě se pohybovat mezi zapojením se do vnějšího „Současného druhého“ a zapojením se do vnitřního „Virtuálního druhého“. V okamžiku, kdy některý ze členů sociální sítě necítí potřebu se zapojit do konverzace s ostatními v místnosti, může tento člen spustit dialog se svým vnitřním Virtuálním druhým ve chvíli, kdy slyší slova znějící z týmu. Z jeho reflektivního vnitřního dialogu se objevují nové způsoby rozumnění problémové situace, takže když jsou poté vysloveny nahlas, vedou skupinový dialog k novým, předtím neobjeveným možnostem.

Stejně jako jsou symptomy komplexní, ztělesněné zkušenosti, tak je i nový jazyk více vytvářen skrze komplexní ztělesněné zkušenosti než prostřednictvím racionálních vysvětlení. Když členové sociální sítě sdílí pocity sounáležitosti, začínají dávat hlas tomu „co nebylo dosud vyřčeno“. Sdílení obtížných záležitostí může dávat pocit ohrožení, zvláště pokud předchází pokusy vedly k bolestivému selhání. Víme, že začít otevírat vlastní zkušenosti často znamená, že ostatní přítomní na setkání, dokonce i ti tišší, začnou být k sobě navzájem více otevření, začnou si vzájemně více věřit a začnou věřit tomu, že tyto těžké záležitosti mohou být zvládnuty. Když tým a sociální síť prožijí tyto zkušenosti, které poté naleznou svou cestu do místnosti, jejich sdílené emocionální zkušenosti dovolí slovům, která dosud používali členové sociální sítě, možnost být organizována do nových porozumění, příběhů, v nichž každý účastník může vyslovit své vlastní trápení a zvládat své vlastní emoce. Děje se tak ve chvíli, kdy nový jazyk přemůže původní, nevyjádřený, znepokojivý příběh a kontext, v němž se symptomy poprvé objevily, a když dialog začíná nahrazovat symptomy. Když členové sociální sítě naleznou jazyk pro vyjádření svých traumatických zkušeností, popisované situace i emoce, které jsou s nimi spojeny, se stávají kontrolovatelnými. Jak můžeme vidět v případě Ingrid, tento proces může být silný. Ingrid neměla žádné vzpomínky čtyři měsíce po jediném setkání, které umožnilo sdílet traumatickou událost, nespokojenost s dlouhým léčebným procesem a silné pocity viny spolu s pocity sounáležitosti.

Uzdravující faktory, které jsme již popsali, přispívají k vytváření společenství. Společenství je udržováno a znovu ožívováno kolektivním sdílením silných pocitů, se vzájemným procesem

pochopení, umožňujícím vyzdvihovat naše nejhlubší lidské vztahové schopnosti. Podílení se na společném jazyku pomáhá definovat členství a identitu s daným společenstvím. Významy a pocity se protínají s hlubokými/vnitřními základními lidskými hodnotami, které tvoří základ setkání mezi týmem a členy sociální sítě. Základní lidské hodnoty stojí ve středu kultury jakéhokoli společenství.

LÁSKA JAKO UKAZATEL OKAMŽIKŮ UZDRAVOVÁNÍ

Proces uzdravování a změny v rámci setkání Otevřeného dialogu je nepatrný, zakořeněný ve vlastním jazyce členů sociální sítě, když vyprávějí o tom, jak společně procházejí svým životem. Zjistili jsme, že podporováním dialogu v konverzaci, povzbuzováním k volnému vyjadřování emocí a usnadňováním objevování nového společného jazyka ve společenství, které bylo zformováno pro proces léčení, můžeme být svědky toho, jak členové sociální sítě objevují, co potřebují k tomu, aby zvládli extrémně těžké a zneklidňující situace a byli schopni pokračovat dál. Jisté zkušenosti se pro nás stávají ukazatelem zlomových bodů v procesu uzdravování. Zahrnují silné kolektivní pocity sdílení a sounáležitosti; nově vznikající vyjádření důvěry; ztělesněné vyjádření emocí; pocity úlevy od napětí zažívané jako fyzické uvolnění; a možná překvapivě, začlenění nás samých do silných emocí a důkazů lásky. Někdo jiný by to možná raději nazval hlubokou důvěrou nebo nějakým jiným více neutrálním termínem. My, kteří na setkáních sítí zaměřujeme svoji pozornost od intervence k vytváření dialogu, rovněž činíme krok od aplikování určitých specifických terapeutických metod směrem k základním lidským hodnotám.

Maturana (1978) napsal: „překročení našeho individuálního osamocení, které jediné můžeme zakusit, vzniká skrze konsenzuální realitu, kterou vytváříme s ostatními, tedy skrze lásku“ (str. 62 – 63). Pocity lásky, které se v nás objevují během setkání sítí, nejsou romantické ani erotické. Jsou to naše vlastní ztělesněné odpovědi na podílení se na sdíleném světě významů spoluvytvářeném lidmi, kteří důvěřují jeden druhému a sami sobě, abychom byli transparentní, celistvé bytosti se všemi ostatními. Tschudi a Reichelt (2004), kteří používají mnoha různých období setkání sítí v rámci Otevřeného dialogu, se dovolávají Buberova (1923/1976) „Já – Ty“ vztahu, bezvýhradného setkání, v němž se jeden věnuje tomu druhému celým svým já. Naše vysoce zaměřené naladění se na slova a pocity členů sociální sítě souzní s nejzákladnějšími lidskými vztahy, vztahem, který vývojová psychologie nyní uznává, že je skutečně oboustranný a dialogický od narození. Když se plně pohroužíme do hlubokých výměn vzájemného naladění se, které se děje na setkání, získáme pocity, které nás drží pospolu jako vztahové bytosti a to nás činí opravdovými lidskými bytostmi.

LITERATURA

- Andersen, T. (1991). *The reflecting team: Dialogues and dialogues about the dialogues*. New York: Norton.
- Anderson, H., & Goolishian, H. (1988). Human systems as linguistic systems: Preliminary and evolving ideas about the implications for clinical theory. *Family Process*, 27, 371–393.
- Attneave, C., & Speck, R. (1974). Social network intervention in time and space. In A. Jacobs & W. Spradlin (Eds.), *The group as agent of change* (pp. 166–186). New York: Behavioral Publications.
- Bakhtin, M. (1975). *Speech genres and other late essays*. Austin: University of Texas Press.
- Bakhtin, M. (1984). *Problems of Dostojevskij's poetics: Theory and history of literature* (Vol. 8). Manchester, England: Manchester University Press.
- Bruner, J. (1985). Vygotsky: A historical and conceptual perspective. In J. Wertsch (Ed.), *Culture, communication and cognition: A Vygotskian perspective* (pp. 21–34). Cambridge, MA: Harvard University Press.
- Braaten, S. (1988). Between dialogical mind and monological reason: Postulating the virtual other. In M. Campanella (Ed.), *Between rationality and cognition* (pp. 205–235). Torino, Italy: Albert Meynier
- Braaten, 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* (pp. 77–97). Oslo, Norway: Scandinavian University Press.

- Bra°ten, S. (1997a). Infant learning by participation: The reverse of egocentric observation in autism. In S. Bra°ten (Ed.), *Intersubjective communication and emotion in early ontogeny* (pp. 105–124). Cambridge, England: Cambridge University Press.
- Bra°ten, S. (1997b). Intersubjective communion and understanding: Development and perturbation. In S. Bra°ten (Ed.), *Intersubjective communication and emotion in early ontogeny* (pp. 372–382). Cambridge, England: Cambridge University Press.
- Buber, M. (1976). *I and thou*. Kaufman, W. (Trans.) New York: Touchstone (Original work published 1923).
- Fishbane, M. (1998). I, thou, and we: A dialogical approach to couples therapy. *Journal of Marital and Family Therapy*, 24, 41–58.
- Haarakangas, K. (1997). Hoitokokouksen a°a°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.
- Holquist, M. (Ed.). (1981). *The dialogic imagination: Four essays by M. M. Bakhtin*. C. Emerson & M. Holquist (Trans.) Austin: University of Texas Press.
- Inger, I., & Inger, J. (1994). *Creating an ethical position in family therapy*. London: Karnac.
- Kamya, H., & Trimble, D. (2002). Response to injury: Toward ethical construction of the other. *Journal of Systemic Therapies*, 21, 19–29.
- Kliman, J., & Trimble, D. (1983). Network therapy. In B. Wolman & G. Stricker (Eds.), *Handbook of family and marital therapy* (pp. 277–314). New York: Plenum Press.
- Lannamann, J. (1998). Social construction and materiality: The limits of indeterminacy in therapeutic settings. *Family Process*, 37, 393–413.
- Markova, I. (1990). Introduction. In I. Markova & K. Foppa (Eds.), *Dynamics of dialogue* (pp. 1–22). London: Harvester.
- Maturana, H. (1978). The biology of language: The epistemology of reality. In G. Miller & E. Lenneberg (Eds.), *Psychology and biology of language and thought* (pp. 27–63). New York: Academic Press.
- Pakman, M. (1995). Therapy in contexts of poverty and ethnic dissonance: Constructivism and social constructionism as methodologies for action. *Journal of Systemic Therapies*, 14, 64–71.
- Pare°, D., & Lysack, M. (2004). The willow and the oak: From monologue to dialogue in the scaffolding of therapeutic conversations. *Journal of Systemic Therapies*, 23, 6–20.
- Penn, P., & Frankfurt, M. (1994). Creating a participant text: Writing, multiple voices, narrative multiplicity. *Family Process*, 33, 217–213.
- Piaget, J. (2002). *The language and thought of the child*. Marjorie Gabain & Ruth Gabain (Trans.) New York: Routledge Classics. (Original work published 1923).
- 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., Aaltonen, J., Alakare, B., Haarakangas, K., Kera°nen, J., & Sutela, M. (1995). Treating psychosis by means of Open Dialogue. In S. Friedman (Ed.), *The reflective team in action: Collaborative practice in family therapy* (pp. 62–80). New York: Guilford Press.
- Seikkula, J., Alakare, B., & Aaltonen, J. (2001). Open Dialogue in psychosis II: A comparison of good and poor outcome cases. *Journal of Constructivist Psychology*, 14, 267–284.
- Seikkula, J., Alakare, B., Aaltonen, J., Haarakangas, K., Kera°nen, J., & Lehtinen, K. (in press). 5 years experiences of first-episode non-affective psychosis in Open Dialogue approach: Treatment principles, follow-up outcomes and two case analyses. *Psychotherapy Research*.
- Seikkula, J., Alakare, B., Aaltonen, J., Holma, J., Rasinkangas, A., & 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(3), 163–182.
- Seikkula, J., & Olson, M. (2003). The Open Dialogue approach to acute psychosis: Its poetics and micropolitics. *Family Process*, 42, 403–418.
- Shotter, J., & Lannamann, J.W. (2002). The situation of social constructionism: Its “imprisonment” within the ritual of theory-criticism-and-debate. *Theory and Psychology*, 12, 577–609.
- Siegel, D. (1999). *The developing mind: Toward a neurobiology of interpersonal experience*. New York: Guilford Press.
- Speck, R., & Attneave, C. (1973). *Family networks*. New York: Pantheon.
- Stern, D. (1974). Mother and infant at play: The dyadic interaction involving facial, vocal, and gaze behaviors. In M. Lewis & L. Rosenblum (Eds.), *The effect of the infant on its caregiver* (pp. 18–213). New York: Wiley.
- Stern, D. (1993). The role of feelings for an interpersonal self. In U. Neisser (Ed.), *The perceived self: Ecological and interpersonal sources of self-knowledge* (pp. 205–215). New York: Cambridge University Press.
- Publikováno v časopise *Family Process*, svazek 44, ¢. 4, 2005 © FPI, Inc.

- Trevarthen, C. (1979a). Communication and cooperation in early infancy. A description of primary intersubjectivity. In M. Bullowa (Ed.), *Before speech: The beginning of human communication* (pp. 321–347). Cambridge, England: Cambridge University Press.
- Trevarthen, C. (1979b). Instincts for human understanding and for cultural cooperation: Their development in infancy. In M. von Cranagh, K. Foppa, W. Lepenies, & D. Ploog (Eds.), *Human ethology* (pp. 530–571). Cambridge, England: Cambridge University Press.
- Trevarthen, C. (1990). Signs before speech. In T.A. Seveok & J. Umiker-Sebeok (Eds.), *The semiotic web* (pp. 689–755). Amsterdam: Mouton de Gruyter.
- Trevarthen, C. (1992). An infant's motives for speaking and thinking in the culture. In A.H. Wold (Ed.), *The dialogical alternative: Towards a theory of language and mind* (pp. 99–137). Oslo, Norway: Scandinavian University Press.
- Trimble, D. (1980). A guide to the network therapies. *Connections*, 3(2), 9–22.
- Trimble, D. (2000). Emotion and voice in network therapy. *Netletter*, 7(1), 10–15, Retrieved July 10, 2004, from <http://www.netletter.org>.
- Trimble, D. (2001). Making sense in conversations about learning disabilities. *Journal of Marital and Family Therapy*, 27, 473–486.
- Tschudi, F., & Reichelt, S. (2004). Conferencing when therapy is stuck. *Journal of Systemic Therapies*, 23, 38–52.
- Van der Kolk, B.A. (1996). Trauma and memory. In B.A. van der Kolk, A.C. McFarlane, & L. Weisaeth (Eds.), *Traumatic stress: The effects of overwhelming experience on mind, body, and society* (pp. 279–302). New York: Guilford Press.
- Van der Velden, E., Halevy-Martini, J., Ruhf, L., & Schoenfeld, P. (1984). Conceptual issues in network therapy. *International Journal of Family Therapy*, 6, 68–81.
- Volos̆inov, V.N. (1973). *Marxism and the philosophy of language*. Matejka, L., & Titunik, I.R. (Trans.) Cambridge, MA: Harvard University Press. (Original work published 1929).
- Vygotsky, L.S. (1978). *Mind in society: The development of higher psychological processes*. Cole, M., John-Steiner, V., Scribner, S., & Souberman, E. (Trans. & Eds.). Cambridge, MA: Harvard University Press.
- Vygotsky, L.S. (1986). *Thought and language*. Kozulin, A. (Trans. & Ed.). Cambridge, MA: MIT Press. (Original work published 1934).