

## Znaky dialogické spolupráce, schopnost terapeutovy odezvy a kompetence klienta v terapii psychóz

Evrinomy Avdi a Vasileia Lerou

Katedra psychologie, Aristotelova univerzita v Soluni, Řecko

Jakko Seikkula

Katedra psychologie, Jyväskylská univerzita, Finsko

Z anglického originálu *Dialogical Features, Therapist Responsivness, and Agency in a Therapy for Psychosis* přeložila Lucie Roháčová.

Cílem této studie je podpořit teoretické a klinické diskuze zabývající se terapií psychóz z dialogické perspektivy a přispět k výsledkům současných výzkumů, které ukazují důležitost rozvíjení metod studia dialogických procesů v terapii.

Tři videozáznamy konzultací s heterosexuálním párem, v němž oba měli psychotické zkušenosti, byly analyzovány za použití metody *Dialogical Investigations of Happenings of Change*, která byla vyvinuta se záměrem zachytit dialogické znaky vícečlenné konverzace. Analýza ilustruje posuny v dialogických charakteristikách konverzace během setkávání a s tím související změny v klientově postavení směrem k rostoucím kompetencím. Postupný vývoj směrem k více dialogické konverzaci, zřetelný především vyšší mírou sdílení dominance a terapeutově míře odezvy a účasti, usnadnilo výstavbu nových slov a významů, projevení silných emocí, vyprávění tíživých zkušeností a zvýšení kompetence<sup>1</sup> klienta. Závěr podporuje pohled, že klientova schopnost zaujmát ve svém životě aktivní úlohu, která může být právě v psychóze ochuzena, může být rekonstruována v kontextu dialogu, ve kterém mají klienti ústřední místo při vyprávění svého příběhu.

Během poslední dekády vzrostl odborný zájem o psychotické zkušenosti, stejně jako o roli psychologických terapií v zotavování. Cílem tohoto článku je přispět ke klinické literatuře o terapii psychóz z dialogické perspektivy a stejně tak i k výzkumné literatuře, která pracuje na vývoji metod zkoumání psychoterapie z dialogické perspektivy. V posledních letech se dialogická teorie stává stále důležitější v konceptualizaci lidských zkušeností, vlastnictví a společenského života (Linell, 2009). Na poli duševního zdraví byla použita jako rámec pro konceptualizaci jak duševní nepohody, tak procesu terapie (Anderson, 2012; Hermans & Dimaggio, 2004; Salvatore & Gennaro, 2012; Seikkula 2011). Co se týče konceptualizace psychózy z dialogické perspektivy, vycházeli jsme z předpokladu, že je důležité vidět tu aktivní psychologickou kvalitu psychotického chování a zkusit pochopit její význam, spíše než k němu přistupovat, jak se často děje, čistě v termínech patologie, dysfunkce nebo nedostatku. Podle tohoto rámce jsou například halucinace považovány za jedno z mnoha možných lidských chování, které se objevuje především v extrémně náročných situacích. Navíc má psychotické chování ještě další vlastnost. Například Louis Gould zaznamenal už v roce 1949 subkortikální činnost v hlasívkách pacientů s halucinacemi. Tyto závěry nebyly plně potvrzeny dalšími studii (Green and Kinsbourne, 1990), ale existují důkazy, že aktivitou hlasivek, například bzučením, je možné redukovat sluchové halucinace; zároveň existují důkazy, že halucinace mají podobný efekt na činnost mozkové kůry zabývající se sluchovými vjemy, jako skutečné zvuky (Tiihonen et al., 1992). Navíc, van der Gaag (2006), vyzpozoval, že během halucinací probíhá mozková činnost velmi podobná té, ke které dochází při imaginaci. Dále bylo také pozorováno, že několik důležitých tělesných funkcí reaguje na halucinace nebo jiné formy

psychotického chování podobně jako na traumatické zkušenosti (Seikkula 2002). Přibývá tak důkazů o roli traumatu v psychózách. Vzhledem k tomu, že mnoho lidí s psychózou zažilo nějaké násilí v raném dětství, psychotické zkušenosti jsou vysvětlovány jako připomínky traumatických prožitků, které byly vytěšněny (Kilcomons & Morrison, 2005; Read, van Os, Morrison & Ross, 2005; Shevlin, Dorahy & Adamson, 2007). Jak tvrdí někteří autoři (např. Dell & O'Neil, 2009; Howell, 2005, van der Kolk, McFarlane & Weisaeth, 2006), intenzivní traumatické zkušenosti jsou zapsány implicitně, tedy nemohou být dány do slov, ale spíše mohou být znovu prožity, přežity. Z této perspektivy mohou extrémně náročné současné situace, které nějakým způsobem připomínají intenzivní bolestné nebo děsivé rané zkušenosti, spustit psychotickou reakci. Dá se říci, že během psychotického chování mluví tělo metaforou, „vypráví“ a přehrává osobní příběh. Lidé během halucinací popisují skutečné události a zkušenosti, přestože způsob, jakým je popisují může být matoucí, a tudíž nemusí být zpočátku pro posluchače možné pochopit jejich význam.

V souladu s tím, některé příběhy psychózy ukazují, že obvyklé procesy narace jsou vážně ohroženy jako reakce na neúnosnou nebo traumatizující zkušenost, a to vede ke snížení schopnosti zaujímat ve svém životě aktivní roli. (Holma & Aaltonen, 1977, 1998; Roe & Davidson, 2005). Psychotické zkušenosti tak vlastně převezmou všechny příběhy a zkušenosti z života člověka s psychózou a ostatní hlasy umlknou, nebo je obtížné je slyšet. Podobně, psychózy způsobují vážné narušení schopnosti dialogu, což je zřejmě sníženou kapacitou pro vnitřní dialog (Lysaker, Glynn, Wilkniss & Silverstein, 2010) a rovněž oslabenou rolí ve vlastním životě (např. Lysaker & Leonhardt, 2012; Roe & Davidson, 2005). Lidé s psychózou často popisují pocit, že jsou vydáni na milost svým symptomům, trpí také sníženou vůlí, zatímco aktivní jednání je projektováno do jejich symptomů (Lysaker a kol., 2010; McCarthy-Jones, Marriott, Knowles, Rowse, Thompson, 2013); dále také popisují ztrátu identity a pocit odlidštění způsobený tím, že se působením stigmatizujících a sebestigmatizujících efektů „stali nemocí“ (Dilks, Tasker & Wren, 2010; Pitt, Kibride, Welford, Northard & Morrison, 2009). Navíc psychiatrický diskurz a praxe z něho vyplývající mají rovněž negativní dopad na smysl pro aktivní roli v životě diagnostikovaného člověka, limitují jeho repertoár, a tedy omezují možnosti jeho sebepochopení a jednání (Avdi, 2005; Harper, 1995; Holma & Aaltonen, 1998; Katarza & Avdi, 2010).

Co se týče terapie psychóz inspirované dialogickou perspektivou, důležitým mezníkem je Otevřený dialog, který byl vyvinut v Západním Laponsku a ukázal mimořádně pozitivní výsledky v terapii akutních psychóz (Seikkula, Alakare & Aaltonen, 2011). Hlavním aspektem přístupu je vytváření dialogu. Předpokládá se, že skrze dialog jsou mobilizovány psychologické zdroje rodiny klienta nebo jeho sítě a účastníci znovu nabývají svůj hlas a posilují vlastní roli vůči symptomům. Dialog umožňuje projevit silné emoce, společně vytvořit nová pojmenování pro náročné zkušenosti a nechat vzniknout nová porozumění (Aaltonen a kol., 1997; Seikkula, 2008; Seikkula, Aaltonen, Alakare, Haarakangas, & Lehtinen, 2006; Seikkula & Arnkil, 2006). V této literatuře je za velmi důležitý pokládán dialogický postoj terapeuta, který souvisí s určitým způsobem naslouchání v kontextu přijetí a porozumění. Terapeutova zevrubná, citlivá účast v přítomném momentu diskuze se považuje za zásadní pro vytvoření dialogu (Seikkula, 2011; Seikkula & Trimble, 2005). To vede ke změně pohledu na roli terapeuta, od „dělání“ nějaké terapeutické intervence, jako je interpretace nebo přerámování, k bezprostřednímu naslouchání slov a výpovědí pacienta a jeho rodiny a k reagování na ně. Tento postoj je založen na plném, nepodmíněném uznání zkušenosti pacienta; tím se extrémní zkušenosti, o kterých pacient mluví, začínají jevit jako pochopitelná reakce na stresující situace. V tomto přístupu se cílem terapie stává dialog samotný, protože právě skrze dialog lidé získávají více spojení s různými hlasy svých životů.

Ve světle zjištění, že psychoterapie může hrát důležitou roli v zotavení z psychózy, je důležité zkoumat, jakým způsobem terapie probíhá, abychom mohli lépe porozumět procesům, na kterých stojí. Jak tvrdí několik autorů (např. Elliot, 2011; Hill, Thompson & Williams, 1997; McLeod, 2011), kvalitativní výzkum, a zvláště pak přístupy, které se opírají o hermeneutické, narativní a sociálně konstrukcionistické epistemologie, a které detailně zkoumají terapeutická sezení, mohou poskytnout užitečný vhled do procesu terapie.

1 pozn. překladatele: *kompetencí* (v orig. *agency*) se zde myslí schopnost klienta zaujímat aktivní roli ve svém životě

Přestože jde o studie probíhající v malém měřítku, mohou tyto osvětlit, jak proces terapie v klinické praxi probíhá. V tomto kontextu bylo argumentováno, že různé aspekty konverzace mohou být užitečnými a validními markery jak procesu terapie, tak do určité míry i výsledku terapie. (Strong, Busch, Couture, 2008). Tato studie je založena na detailní analýze terapie páru, v němž oba partneři mají psychotické zkušenosti, z dialogické perspektivy. Je průzkumná svým rozsahem a klade si za cíl přezkoumat potenciální užitečnost konceptu a analytických procesů vzešlých z dialogické teorie vysvětlení a konceptualizace procesu terapie psychóz. Jejím cílem je také prozkoumat ty dialogické funkce, které se zdají být souvisejícími se vznikem nových narativů a nového sebe-postoje v klientově jazyce. Metoda, která dále analyzuje dialogické aspekty konzultací je popsána v následující části.

### **Zkoumání dialogického procesu v terapii psychóz: kazuistika**

Materiál pro tuto studii tvoří záznamy tří konzultací z párové terapie s heterosexuálním párem, přičemž oba partneři mají psychotické zkušenosti. Partneři spolu žijí tři roky a nedávno se přestěhovali do nového města, kde vyhledali terapii. V čase probíhající studie provázely Giorga (38 let) hrubé a kritické hlasy po dobu posledních deseti let. Vyhledal terapii s cílem lépe hlasy zvládat, protože se vůči nim často cítil bezmocný. Maria (26 let) měla za sebou historii užívání psychotropních drog v dospívání. Od svých dvaceti let byla několikrát hospitalizována na základě psychotických krizí, během kterých prožívala vytrvalé a děsivé myšlenky, že je pronásledována. Mariin hlavní cíl v terapii byl, aby někdo dohlížel nad jejím užíváním medikace. Terapie probíhala v centru duševního zdraví v Řecku, dodržovala několik principů Otevřeného dialogu a sestávala z deseti konzultací po dobu devíti měsíců. Terapeutky byla Danae, psychologka a skupinová terapeutka, a Alexis, psychiatr a rodinný terapeut; oba terapeuti prošli výcvikem Otevřeného dialogu. Přestože nebyly získány žádné nezávislé, měřitelné výsledky, terapie byla párem i terapeutky považována za celkem úspěšnou. Giorgos stále slyšel hlasy, ale popisoval pocity větší kontroly nad nimi a většího klidu sám se sebou; Maria dále brala antipsychotickou medikaci, což se postupně stalo pro oba partnery přijatelnější. Pár založil malý podnik a referoval o pocitu většího usazení a bezpečí v jejich společném životě. Terapie byla ukončena, když se pár rozhodl odstěhovat do zahraničí.

### **Proces analýzy a metodologie**

Po získání souhlasu páru byly pro účely této studie natáčeny tři konzultace z počátku a prostředku terapie (konzultace 1, 2, a 6 - která se konala po čtyřech měsících v terapii). Terapeuti, kteří poskytovali materiál z konzultací, neparticipovali na další práci na studii. Sezení byla přeložena do angličtiny a byla analyzována použitím nástroje Dialogical Investigations of Happenings of Change (DIHC). DIHC byl vyvinut se záměrem zachytit dialogické kvality konzultace s více účastníky, za účelem studia procesů konstruování významu a interakce v kontextu rodinné terapie. Analýza je mnohostranná a mnohaúrovňová a soustředí se na několik vzájemně souvisejících aspektů dialogu. Níže popisujeme proces analýzy, tak jak probíhal v našem konkrétním uspořádání. Pro bližší informace o metodě DIHC viz Rober, Seikkula, and Laitila (2010) and Seikkula, Laitila, and Rober (2012).

Analýza byla provedena za spolupráce autorů studie; videonahrávky a přepisy konzultací byly nejprve analyzovány Vasileiou Lerou a Jakko Seikkulou, následná analýza byla provedena Vasileiou Lerou a Evrinomy Avdi. Videonahrávky byly přezkoumávány po celou dobu analýzy, protože poskytují důležité neverbální informace, které nejsou dostupné z transkriptů konzultací. Po doslovném přepisu byl transkript rozdělen do několika segmentů podle diskutovaných témat. Dále byl každý tento segment zkoumán vzhledem k následujícím dialogickým aspektům: relativní dominance toho, kdo mluví, vzájemná schopnost odezvy mezi terapeutem a pacientem, a zda jazyk, který byl v konzultaci použit, byl spíše faktický nebo symbolický. Dominance je aspekt dialogu,

který je v terapii považován za důležitý, protože ukazuje, kdo určuje obsah a proces dialogu, a je definován ve třech vzájemně souvisejících dimenzích. Konkrétně, *kvantitativní dominance* je připisována účastníku, který v segmentu konzultace mluví více; *sémantickou dominanci* má účastník, který má v konkrétním segmentu hlavní iniciativu v otevírání většiny nových témat nebo přinášení nových pojmů, tedy nejvíce ovlivňuje obsah rozhovoru; a *interakční dominance* je přiřazena účastníku, který nejvíce ovlivňuje proces konverzace a formuje interakci, jako například, když terapeut udělá obrat v konverzaci tím, že vyzve někoho dalšího, aby se k tématu vyjádřil.

Druhým sledovaným aspektem dialogu byla *míra odezvy*, která byla určována zkoumáním sekvencí interakce a zaznamenáváním, zda následující slova účastníka reagují na řeč předchozího. Pro určení, zda se odezva uskutečnila je měřítkem, zda se následující účastník ve svém projevu vyjádřil k některým aspektům řeči předchozího účastníka, čímž dal najevo, že slyšel, co bylo řečeno a bere to v potaz. V závislosti na vyzpůsobené míře odezvy, byla každá epizoda charakterizována jako převážně monologická nebo dialogická. V monologickém hovoru nepřizpůsobují účastníci svoji promluvu projevu předchozího účastníka a mluví způsobem, který vylučuje nebo omezuje reakci ostatních. Typickým, ovšem ne jediným, příkladem monologické konverzace je formát otázka – odpověď (Linell, 2009). Na druhou stranu, pokud je konverzace dialogická, je charakterizována vzájemností a vysokou mírou odezvy; každá promluva obsahuje aspekt toho, co bylo řečeno v řeči předchozího účastníka a zároveň je otevřená, tedy vyzývající k reakci. V dialogickém rozhovoru bývá každé téma probíráno delší dobu a role účastníků se v průběhu konverzace posouvají (Seikkula, 2002).

Nakonec, jazyk v každé epizodě byl popsán buď jako indikativní (ve kterém se řeč vztahuje k nějakému fakticky existujícímu objektu nebo záležitosti) nebo jako symbolický. Přestože spolu obě formy jazyka v dialogu koexistují, symbolický jazyk a metafora jsou považovány za důležitého hybatele vyjádření emocí a vytváření významu (van Parys and Rober, 2013 prostředník, Zittoun, 2011).

## Zjištění

Při studiu dialogu více osob je nutné vzít v potaz a prozkoumat promluvu každého z nich, a také jejich vzájemnou interakci. Tři konzultace byly nejprve analyzovány z hlediska dominance každého zúčastněného, míry odezvy a také povahy užitého jazyka. Dva terapeuti měli různý terapeutický styl, jak je zřejmé v různých vzorcích dominance a míře odezvy v jejich řeči, takže jsme zkoumali řeč každého terapeuta zvlášť, ale také jsme zkoumali jejich společný efekt na interakci. Tato počáteční analýza ukázala, že u obou terapeutů v průběhu série konzultací stoupla míra odezvy poskytované klientům, a také vzrostlo sdílení dominance mezi párem a therapy. Dále, Giorgos byl v konverzaci výrazně aktivnější než Maria, která mluvila málo a primárně pouze pokud byla otázka adresována přímo jí. Také partneři mezi sebou navzájem mluvili velmi málo a jejich vztah se nestal důležitým tématem konzultací. Na základě těchto skutečností bylo k další analýze vybráno téma Giorgových hlasů, jelikož to bylo téma, které zastávalo ústřední místo v celé terapii a reflektovalo hlavní obtíž, které Giorgos čelí. Vzhledem k tomu, že se analýza zaměřila hlavně na segmenty rozhovoru mezi Giorgem a terapeutem, je nejlepší ji konceptualizovat jako příklad analýzy segmentu individuální terapie, která se odehrála v kontextu párové terapie.

Pro účely tohoto článku představujeme část analýzy, která sleduje posuny v tom, jak byly Giorgovy potíže diskutovány, a posun v jeho postavení vůči hlasům. Hlavní dialogické pojmy užitě v této, spíše, mikroanalýze jsou hlas, zaujímání pozice a adresát (Seikkula a kol., 2012). *Hlas* je označením pro vědomí, které se stalo slyšitelným v průběhu výměny; může to být hlas někoho přítomného i nepřítomného, skutečného nebo fiktivního, nebo dokonce hlas nějaké abstraktní myšlenky nebo ideálu. *Zaujímání pozice* se vztahuje k perspektivě, kterou je svět nahlížen (Hermans, 2004). Dialog zahrnuje různé úhly pohledu a každá konverzace tak obsahuje dynamiku identifikace nebo diferenciací mezi různými pozicemi. Pojmy pozice a hlas jsou vzájemně propojené, jelikož mluvčí zaujímá k hlasům přítomným v promluvě nějakou pozici. Třetí použitý analytický nástroj, *adresát*, stojí na základní premise dialogismu, tedy že každá promluva je

někomu adresována a je zároveň formována očekávanou odpovědí adresáta. Adresáti nejsou vždy explicitně uvedeni a mohou být často projeveni až skrze neverbální nástroje jako je intonace, gesta, nebo výběrem slovníku, a není tedy vždy lehké je identifikovat.

Pozorované posuny v chápání Giorggových hlasů jsou diskutovány ve vztahu k dialogickým charakteristikám konzultací, a především ve vztahu k míře odezvy terapeutů. Vybrané výňatky ze tří konzultací využijeme k ilustraci posunu směrem k větší dialogičnosti v interakci, bohatším narativům, a k silnější Giorggově pozici. Nutno podotknout, že analyzován byl průběh celé série konzultací a prezentované výňatky byly vybrány jako typické epizody interakce, které ilustrují hlavní efekty vyzorované z celého průběhu terapie.

### **1. Konzultace: Giorgos jako slabý a trpící**

Následující výňatek z první konzultace ilustruje první popis Giorgova problému. Konstrukce a rekonstrukce klientova problému je považována za významný aspekt terapie; několik diskurzivních studií ukázalo, že důležitá součást práce terapie se děje skrze transformaci klientových stížností do „problému“, kterému může být porozuměno uvnitř psychoterapeutického rámce, a který může být prostřednictvím terapie vyřešen (např. Buttny, 2004; Davis, 1986). Navíc rozhovor o problémech implikuje témata odpovědnosti a morálky, takže zabývání se konstrukcí problému také zahrnuje zkoumání, do jaké role staví klient sebe i ostatní tváří v tvář danému problému (Avdi, v tisku). V první konzultaci se zdá být hlavním terapeutem Alexis, v tom smyslu, že má interakční dominanci po většinu času konzultace a významný stupeň sémantické dominance. Jinými slovy, Alexis významně ovlivňuje obsah konverzace, stejně jako interakci, kdežto psychoterapeutka Danae, mluví výrazně méně a má relativně malou konverzační dominanci. Klienti, především Giorgos, mají v mnoha epizodách jak kvantitativní, tak sémantickou dominanci. Navíc většina epizod v první konzultaci (17 z 21) je monologická a použitý jazyk je častěji indikativní než symbolický (ve 14 ti z 21 epizod).

Během epizody prezentované níže (epizoda 5), Alexis (T1) většinu času přebírá pozici vyšetřujícího klinika, ve smyslu, že interakci vede formátem otázka – odpověď; přestože se zajímá o Giorgovy zkušenosti, jeho otázky se převážně orientují na rámec popisování symptomů. Giorgos nabízí živý popis svých zkušeností, stejně jako kontextuální a vztahové informace, ale Alexis na tyto bohaté osobní popisy nereaguje, proto je konverzace považována za především monologickou. Zároveň, Giorgos popisuje své zkušenosti hlavně pomocí psychiatrického rámce a přebírá pozici bezmocného a slabého vůči svým symptomům.

Spíše typická interakce této epizody je ilustrována následujícím výňatkem, který se odehrál velmi brzy po začátku prvního sezení. Přimo před tímto výňatkem Giorgos popisuje přítomnost hlasů v jeho životě a jeho pochopení ohledně jejich povahy, zároveň podává psychologickou úvahu, jejímž centrem je jeho pocit viny. Alexis nereaguje na tato témata, přerušuje Giorgovo vyprávění a vyzývá ho, aby popsal svou zkušenost se slyšením hlasů, jak je ukázáno níže.

*T1: Takže, abych tomu rozuměl, jak dlouho už máte tyto zkušenosti?*

*G: Deset let.*

*T1: Deset let?*

*G: Začalo to jako delirium, nejdříve to začalo nějakými znameními. (T1: Mm) Slyšel jsem jakoby jednotlivá slova, (T1: Mm) jednotlivá slova jako „ahoj“, „ahoj Giorgu“ (T1: Mm) příležitostně, zhruba tak jednou za dva měsíce, až do (datum), kdy to delirium propuklo. (T1: Mm) Měl jsem sluchové delirium, jakoby první kontakt, který jsem s tímhle měl, byly hla- (váhání), tisíce hlasů přicházejících odevšad, téměř z celé čtvrti. V tu dobu jsem žil v (město) (T1: Mm) a potom, protože v té době jsem nepřijal, řekněme, měl jsem trochu strach z psychiatrie, měl jsem strach z lékařů a tak, (T1: Mm) řešení pro mě bylo, že jsem šel za svojí matkou a řekl: „Mám tenhle problém, šílím. Nespál jsem už několik dní. Slyším pořád hlasy. Chci jet na venkov, abych se uklidnil.“ A moje matka mi dala peníze a od té doby mi moje matka pomáhá finančně ... od té doby, co jsem na tom*

*takhle.... (Když jsem se přestěhoval na ostrov) během asi dvaceti dní nebo měsíce se tenhle problém s deliriem o hodně zlepšil, jako by se za tři nebo čtyři dny stalo tisíce hlasů mnohem slabšími.*

*T1: Rád bych porozuměl tomuhle: ...řekl jste, že vidíte obraz, nebo že si představujete.*

*G: Ano.*

*T1: A že ten obraz pomalu získává zvuk.*

*G: Ano.*

*T1: A jestli jsem to dobře pochopil, řekl jste, že ten obraz pomalu získává zvuk, a že tento zvuk je tvořen hlasy.*

Ve vyprávění o svých zkušenostech s hlasy, které slyší, Giorgos představuje svůj vztah k matce, kterou popisuje jako podporující osobu ve svém životě a také zmiňuje zlepšení ohledně slyšení hlasů, ke kterému došlo, když se přestěhoval na ostrov. Nicméně tato témata nemají odezvu Alexe, který dál sleduje svůj vlastní plán získat informace vztahující se k symptomům. Je zajímavé, že Giorgos rovněž přejde k řeči zapadající do psychiatrického rámce, který je pravděpodobně více v souladu s terapeutovou linií dotazování. O pár minut později popisuje Giorgos svoji úzkost a svůj pocit bezmoci vůči hlasům, které slyší.

*G: Nemůžu najít klid myslí. Nemůžu najít klid myslí. Nemůžu se uklidnit. Nemůžu najít svoji rovnováhu, když jsem stále se všemi těmi hlasy. Velmi mě vyčerpává, jak se snažím získat nějakou sebekontrolu.*

*T1: Řekl jste, že se vyčerpáváte. Co vás vyčerpává?*

*G: Psychicky, být schopný najít svoji rovnováhu, neslyšet hlasy nebo, já nevím, osvobodit se od hlasů. Oni jsou, ty hlasy mě ovládají už deset let. Oni, dobře, neovládají mě, ale často si uvědomím, že dělám věci skrze hlasy...(ale) často se nemůžu hnout, jsem tak rozpolcený, že se někdy dostanu do bodu, kdy nevím, jestli dát skleničku do dřezu nebo ne.*

*Tohle je typický příklad způsobu, jakým Giorgos zpočátku popisoval své zkušenosti s hlasy, které slyší: jako rušivé, omezující a mimo jeho kontrolu; snaží se odolávat jejich síle a někdy uspěje, ale stojí ho to spoustu úsilí, po kterém je pak naprosto vyčerpaný; často v odolávání selže a pak se cítí rozpolcený, bezmocný a neschopný udělat rozhodnutí nebo jednat.*

Co se týče dialogických znaků této epizody, Alexis má interakční dominanci, Giorgos má kvantitativní dominanci a o sémantickou dominanci se dělí. Takže, přestože Giorgos mluví nejvíce, podoba konverzace byla udávána hlavně Alexisem, který také často určoval témata, o kterých se bude mluvit. Jelikož je konverzace převážně o vnitřních prožitcích a jejich významu, použitý jazyk je převážně symbolický. Nicméně, míra odezvy Alexise na Giorgovy promluvy v této epizodě – a v celé první epizodě jako celku – je omezená; Giorgos představuje několik myšlenek a významů, ale Alexis je nezahrnuje do své další řeči a spíše následuje svůj vlastní cíl získat informace psychiatrického rázu. V této epizodě fungují oba účastníci odděleně, spíše, než by dohromady vytvářeli společný jazyk. Zastáváme názor, že takováto monologická interakce nevytváří prostor pro projevení emocí nebo vznik nového pochopení. Co více, můžeme se domnívat, že charakter této interakce souvisí s Giorgovou pozicí slabého a bezmocného (Lowe, 2005; Seikkula, 2008).

## **2. Konzultace: Giorgos jako ten, kdo bojuje**

Druhá konzultace je, co se týče dialogických znaků, odlišná a je prokazatelně více dialogická. Konkrétně, ze čtrnácti tématických epizod, obsažených v této konzultaci, je sedm z nich dialogických, kdy účastníci na sebe vzájemně reagují odezvou a symbolický jazyk je užit v deseti ze čtrnácti epizod. Dále, v konzultaci jako celku má Giorgos kvantitativní dominanci, Danae má interakční dominanci a sémantická dominance je oběma sdílená. V souladu s předpokladem, že pokud je sémantická dominance sdílená, je snazší mluvit o důležitých a emočně nabitých tématech; dopad Giorgových hlasů na jeho život a jeho pocity ohledně toho jsou v této epizodě mnohem lépe

vyjádřeny. Tato více dialogická konverzace je ilustrována výňatkem níže; Giorgos mluví o svých psychotických zkušenostech (epizoda 7), a proběhne následující výměna.

*T1: Ptám se, protože se snažím tomu porozumět. Předtím, než ti bylo 28 i potom, jsi byl stále tím stejným člověkem, je to tak?*

*G: Ne, nebyl jsem stejný.*

*T2: Nebyl jsi stejný?*

*G: Ztratil jsem spoustu svých schopností. Jsem hodně, prostě, cítím se hodně, cítím, že bych byl schopný dělat mnohem víc věcí, kdybych neměl posledních deset let ten problém s hlasy. ... Věřím, že bych dělal lepší rozhodnutí, že bych to byl já, kdo by rozhodoval, jak jsem řekl, měl jsem období, kdy jsem nevěděl, kam položit balíček kapesníků.*

*T2: V takových chvílích jsi oslabený.*

*G: Nejen oslabený. Bylo to taky ponižující. Říkal jsem si, „tohle nemůže být pravda, ty nemáš sílu vůle na to, abys někam položil kapesníky.“*

*T2: Když tohle slyším, Giorgu, představuji si, že musíš být v neustálém boji.*

*G: Je to neustálý boj, každou sekundu, každý den, od rána do večera. A je to hrozné, my děláme, zkrátka vydáváme obrovské úsilí na to, abychom to zvládli.*

V celé druhé konzultaci je míra terapeutovy odezvy vyšší. Jak je vidět z výňatku, Danae reaguje na Giorgovy promluvy a zaujímá pozici někoho, kdo akceptuje jeho zkušenosti a snaží se empaticky porozumět jeho perspektivě. Většinou reaguje na Giorgovy promluvy symbolickým jazykem a často přináší nová pojmenování; výsledkem je, že spolu postupně konstruují nový narativ o Giorgových zkušenostech a jeho pocitu ze sebe. Například reakce Danae, „Když tohle slyším, Giorgu, představuji si, že musíš být v neustálém boji,“ je výborným příkladem dialogického způsobu reagování, spíše než nabízení interpretace z vnějšku. V této promluvě Danae říká, jak ona rozumí Giorgově promluvě, což mu dává svobodu zvolit, jestli její porozumění odpovídá jeho zkušenosti; to ho vede k podrobnějšímu vysvětlení jeho zkušenosti v jeho odpovědi.

Mimoto, je zde posun v pozici, kterou Giorgos zaujímá vůči hlasům. Zpočátku mluví o hlasech a k hlasům z pozice trápení a bezmocnosti. Hlasy, které slyší, jsou představovány jako nezávislí agenti, kteří mají moc ovládat jeho jednání, oslabovat ho a ponižovat. Změna nastává, když terapeutka představí obraz boje. Giorgův pocit prohry a osobního selhávání je přerámován na boj, ve kterém on je v pozici aktivního činitele, který odolává. Je to nová verze Giorga, kterou on okamžitě přijímá. Tímto způsobem se začíná vynořovat nový možný narativ sebeurčení a síly. Důležitým aspektem odezvy Danae, je způsob, jakým se ona v tuto chvíli účastní dialogu; když představuje ideu boje, nakloní se dopředu, její intonace se změní a její hlas výrazně zjemní; to je moment zaznamenané emocionální odezvy na straně Danae.

Tato krátká výměna poskytuje příklad dialogické konverzace, ve které terapeuti naslouchají a akceptují, co bylo řečeno, a zároveň představují nové významy (Seikkula & Trimble, 2005). Kromě vytvoření prostoru, ve kterém mohou nové významy vzniknout, přispívá dialog k mobilizaci zdrojů páru, kterému se tudíž otevírají nové možnosti. Zastáváme názor, že když dostanou klienti příležitost stát se aktivními činiteli v příbězích, které vyprávějí, posilu se tím také jejich role v běžném životě (Seikkula & Olson, 2003).

## **6. konzultace: Giorgos získává určitou kontrolu nad hlasy**

Finální výňatek je z epizody v závěru šesté konzultace. Stejně jako v předchozím výňatku, terapeutka Danae má v celé epizodě interakční dominanci, zatímco Giorgos má kvantitativní dominanci a sémantická dominance je sdílená. Dále, oba terapeuti poskytují Giorgovým promluvám odezvu, použitý jazyk je především symbolický a konverzace dialogická.

G: *V podstatě teď se snažím něco udělat s tou vinou, kterou cítím. Chci říct, snažím se necítit se za nic vinným, protože si myslím, že je to ta vina, která způsobuje hlasy, ten fakt, že se cítím být vinným za mnoho věcí a za cokoliv, cokoliv.*

T2: *O tohle se teď sám snažíš?*

G: *Ano, způsobem, jakým myslím. Já, jako, si řeknu, "Oni tě obviňují. Obviňují tě, aby ses cítil vinným, aby ses cítil špatně. Tak se necít' za nic vinným." Takhle si to říkám.*

T2: *Hmm, a „oni“ jsou ty hlasy?*

G: *(směje se) Ano, „oni“ jsou ty hlasy, ano. A tímhle způsobem se ty hlasy stávají o trochu slabšími.*

T2: *Hm.*

G: *Říkám jim, „Můžete mě obviňovat, ale já nebudu cítit vinu. Nebudu mít strach...“ Takhle nějak to dělám, a díky tomu se poslední dobou cítím více vyrovnaný. „Vy ze mě neuděláte zvíře.*

*Neumrtvíte mě. Dál budu cítit. Zůstanu člověkem.“ Takhle to dělám. Na druhou stranu, jako by, s těmi hlasy, já věřím, tak to aspoň vidím, možná to trochu zjednodušuji. Myslím si “Jestli jsou ty hlasy z Řeka, z ostrova, když bych odjel z Řeka, jak oni budou žít- (váhání), jak ty hlasy přežijí?”*

...

T2: *Po tom, co jsi řekl to o jejich přežití, něco mě napadlo. Ano, čím se (ty hlasy) živí?*

T1: *Čím se živí?*

T2: *Čím se živí? Je to jako by odněkud brali energii.*

T1: *Je možné, že berou energii z života samotného?*

T2: *Ano, odkud berou ty hlasy energii?*

G: *(směje se) Jak tom mám vědět? Já nevím, nevím.*

T2: *Připomíná mi to, jak je to s rostlinami. Když jim utnete kořeny, chřadnou, až nakonec odpadnou. Ale kořeny těch hlasů vypadají dost silně. Vzal jsi je do Španělska, vrátily se s tebou, vzal jsi je na ostrov, vzal jsi je sem, krmil jsi je léky, aby přestaly.*

G: *Možná to souvisí s tím pocitem viny, protože oni mě naplnili spoustou viny.*

V kontrastu k pocitu slabosti a bezmoci zřejmého z prvního výňatku, Giorgos mluví jako někdo, kdo má k dispozici způsoby, jak zmírnit hlasy. Dohaduje se s nimi a zpochybňuje jejich moc. Také významně přispívá do konverzace a určuje její směr. Danae nepůsobí, že by měla předpřipravenou sekvenci otázek, spíše vytváří prostor v přítomném momentu tím, že reaguje na projevené emoce, tedy přispívá k dialogičnosti procesu. Oba dva terapeuti se také zapojují do, spíše hravého procesu reflexe, reagují dialogicky jeden na druhého a používají symbolický jazyk, který přispívá ke zvýšení dialogičnosti a polyfonie.

Důležitým aspektem odezvy obou terapeutů je, že používají symbolický jazyk, metaforu a obraznost, což se zdá být užitečné k vytvoření dialogického prostoru pro sdílení silných emocí a pro expresi a postupné prozkoumávání zatím nezveřejněných traumat. Zdá se, že symbolický jazyk a metafora usnadňují procesy projevení emocí a narace, zvláště pak v případech těžkých nebo traumatických zkušeností, a jejich přítomnost v terapii má pozitivní výsledky (např. Seikkula, 2002; van Parys & Rober, 2013; Zittoun, 2011). Kromě vytvoření prostoru pro sdílení důvěrných pocitů, použití metafory v terapii také ukazuje terapeutovu připravenost naslouchat tomu, co je řečeno a účastnit se, tedy plně se zapojit do dialogu.

## **Diskuze**

Analýza v této průzkumné studii navrhuje, že několik dialogických charakteristik konverzace, pozorovaných v průběhu celé terapie, může být využito k popisu a studiu procesu terapie z dialogické perspektivy. Co se týče metod, DIHC se ukázal být užitečným v popsání procesů obsažených v jednom příkladu terapie psychózy. Důraz metody na dialogičnost otevírá vyhlídky na nové přístupy k psychoterapii jak na praktické, tak na teoretické úrovni, a je v souladu s aktuálním zájmem o zkoumání terapie z hlediska dialogu, narace a diskurzu. Klade důraz na konstrukci významu a interakci, dialogickou povahu člověka stejně jako na roli dialogických setkání v procesu terapie.



Konkrétněji, analýza ilustruje posuny v dialogických charakteristikách konverzace po čas konzultací a související posuny v klientově pozici směrem k jeho zkompetentnění, stejně jako k obohacení narativů, které se týkají jeho potíží. Přestože není možné zjistit, zda se v Giorgově zkušenosti se slyšením hlasů a v jeho pocitu ze sebe odehrály nějaké stabilní změny, analýza ukazuje na vztah mezi dialogickými charakteristikami konverzace (především míře odezvy terapeuta) a narativy o problému, konstrukcí problému, stejně jako Giorgově pozici tváří v tvář jeho symptomům. Zdá se, že postupný vývoj k vyšší dialogičnosti konverzace, zřejmý skrze zvýšené sdílení dominance, vyšší míru odezvy terapeuta a jeho účasti, a častější užití symbolického jazyka, usnadňuje výstavbu nových pojmenování a významů mezi účastníky, vytváří prostor pro projevení silných emocí a pro vyprávění těžkých zkušeností, a umožňuje různým hlasům klientova self aby byly slyšeny. V tomto procesu se nové pozice stávají dostupnými, jak se Giorgos postupně přesouvá z pozice slabosti a bezmocnosti do pozice někoho, kdo bojuje, aby překonal své potíže, a kdo postupně získává kontrolu nad hlasy. Tato pozorování jsou v souladu s odbornou literaturou, která zdůrazňuje roli dialogu v terapeutických konzultacích a v posílení klientova postavení (např., Anderson, 2012; Holma & Aaltonen, 1997; Seikkula, 2002; Seikkula & Olson, 2003). Zvláštní důležitost v tomto procesu připisujeme míře terapeutovy odezvy. Na základě analýzy je důležitým rozlišujícím znakem mezi první epizodou a dalšími epizodami způsob, jakým terapeut reaguje na Giorgovy promluvy. Konkrétněji, terapeutova počáteční pozice dotazujícího se posouvá k pozici spíše naslouchajícího; tato změna v sobě zahrnuje to, že se terapeuti vzdali některých aspektů dominance a umožnili Giorgovi převzít iniciativu. Také, skrze jejich pozici účasti a odezvy, přispěli terapeuti aktivně k nové konstrukci Giorgova vztahu k hlasům, které slyší. Dále, v pozdějších konzultacích terapeuti participují na dialogu na více osobní a emocionální úrovni. Tato zjištění podporují pohled, že klientův smysl pro vlastní aktivní roli v životě, který může být zvláště ochuzen v psychóze, může být rekonstruován v kontextu dialogu, ve kterém mají klienti ústřední místo při vyprávění svého příběhu. Na základě výše uvedeného, zastáváme názor, že detailní analýza konzultací může vrhnout světlo na dialogickou práci, která se děje rekonstruováním klientovy identity, a to způsobem konzistentním se současným důrazem na roli narace a dialogu v terapii psychóz.

## Použitá literatura

- Aaltonen, J., Seikkula, J., Alakare, B., Haarakangas, K., Keranen, J., & Sutela, M. (1997). Western Lapland project: A comprehensive family- and network-centered community psychiatric project. *ISPS. Abstracts and Lectures*, 12–16 October 1997, London.
- Anderson, H. (2012). Collaborative relationships and dialogic conversations: Ideas for a relationally responsive practice. *Family Process*, 51(1), 8–24.
- Avdi, E. (2005). Negotiating a pathological identity in the clinical dialogue: Discourse analysis of a family therapy. *Psychology and Psychotherapy: Theory, Research, and Practice*, 78, 493–511.
- Avdi, E. (In press). Fostering dialogue: Exploring the therapist's discursive contributions in a couple therapy. In P.
- Rober & M. Borcsa (Eds.), *Qualitative research in systemic family therapy practice*. Cham, Switzerland: Springer International Publishing AG.
- Buttny, R. (2004). *Talking problems: Studies on discursive construction*. Albany, NY: State University of New York Press.
- Davis, K. (1986). The process of problem re(formulation) in psychotherapy. *Sociology of Health and Illness*, 8, 44–74.
- Dell, P. F., & O'Neil, J. A. (Eds.). (2009). *Dissociation and the dissociative disorders: DSM-V and beyond*. London, UK: Routledge.
- Dilks, S., Tasker, F., & Wren, B. (2010). Managing the impact of psychosis: A grounded theory exploration of the process of recovery in psychosis. *British Journal of Clinical Psychology*, 49, 87–107.
- Elliott, R. (2012). Qualitative methods for studying psychotherapy change process. In D. J. Harper & A. Thompson (Eds.), *Qualitative research methods in mental health and psychotherapy: An introduction for students and practitioners* (pp. 69–82). Chichester, UK: Wiley.
- Gould, L. (1949). Auditory hallucinations and subvocal speech: Objective study in a case of schizophrenia. *Journal of Nervous & Mental Diseases*, 109(5), 418–427.
- Green, M., & Kinsbourne, M. (1990). Subvocal activity and auditory hallucinations: Clues for behavioral treatments? *Schizophrenia Bulletin*, 16(4), 617–625.
- Harper, D. J. (1995). Discourse analysis and “mental health.” *Journal of Mental Health*, 4, 347–357. doi: 10.1080/09638239550037406
- Hermans, H. J.M. (2004). The dialogical self: Between exchange and power. In J.M. H. Hermans & G. Dimaggio (Eds.), *The dialogical self in psychotherapy* (pp. 13–27). London, UK: Routledge.
- Hermans, H. J. M., & Dimaggio, G. (Eds.). (2004). *The dialogical self in psychotherapy*. London, UK: Routledge.
- Hill, C. E., Thomspon, B. J., & Williams, N. E. (1997). A guide to conducting consensual qualitative research. *The Counseling Psychologist*, 725, 517–572.
- Holma, J., & Aaltonen, J. (1997). The sense of agency and the search for a narrative in acute psychosis. *Contemporary Family Therapy*, 19(4), 463–477.
- Holma, J., & Aaltonen, J. (1998). Narrative understanding in acute psychosis. *Contemporary Family Therapy*, 20(3), 253–263.
- Howell, E. F. (2005). *The dissociative mind*. London, UK: Routledge.
- Karatza, H., & Avdi, E. (2010). Shifts in subjectivity during the therapy for psychosis. *Psychology and Psychotherapy: Theory, Research and Practice*, 84(2), 214–229.
- Kilcommons, A.M., & Morrison, A. P. (2005). Relationships between trauma and psychosis: An exploration of cognitive and dissociative factors. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 112(5), 351–359.
- Linell, P. (2009). *Rethinking language, mind, and world dialogically*. Charlotte, NC: Information Age Publishing.
- Lysaker, P. H., Glynn, S. M., Wilkniss, S. M., & Silverstein, S.M. (2010). Psychotherapy and recovery from schizophrenia: A review of potential applications and need for future study. *Psychological Services*, 7(2), 75–91.

- Lysaker, P. H., & Leondhardt, B. L. (2012). Agency: Its nature and role in recovery from severe mental illness. *World Psychiatry, 11*(3), 165–166.
- Lowe, R. (2005). Structured methods and striking moments: Using question sequences in “living” ways. *Family Process, 44*(1), 65–75.
- McCarthy-Jones, S., Marriott, M., Knowles, R., Rowse, G., & Thompson, A. R. (2013). What is psychosis? A metasynthesis of inductive qualitative studies exploring the experience of psychosis. *Psychosis, 5*(1), 1–16.
- McLeod, J. (2011). *Qualitative research in counselling and psychotherapy* (2nd ed.). London, UK: Sage.
- Pitt, L., Kibrade, M., Welford, M., Nothard, S., & Morrison, A. P. (2009). Impact of a diagnosis of psychosis: User-led qualitative study. *Psychiatric Bulletin, 33*, 419–423.
- Read, J., van Os, J., Morrison, A. P., & Ross, C. A. (2005). Childhood trauma, psychosis, and schizophrenia: A literature review with theoretical and clinical implications. *Acta Psychiatrica Scandinavica, 112*, 330–350.
- Rober, P., Seikkula, J., & Laitila, A. (2010). Dialogical analysis of storytelling in the family therapeutic encounter. *Human Systems, 21*(1), 27–49.
- Roe, D., & Davidson, L. (2005). Self and narrative in schizophrenia: Time to author a new story. *Journal of Medical Humanities, 31*, 89–94. doi: 10.1136/jmh.2005.000214
- Salvatore, S., & Gennaro, A. (2012). The inherent dialogicality of the clinical exchange: Introduction to the special issue. *International Journal of Dialogical Science, 6*(1), 1–14.
- Seikkula, J. (2002). Open dialogue with poor and good outcomes for psychotic crises: Examples from families with violence. *Journal of Marital and Family Therapy, 28*(3), 263–274.
- Seikkula, J. (2008). Inner and outer voices in the present moment of family and network therapy. *Journal of Family Therapy, 30*, 478–491.
- Seikkula, J. (2011). Becoming dialogical: Psychotherapy or a way of life? *The Australian and New Zealand Journal of Family Therapy, 32*(3), 179–193.
- Seikkula, J., Aaltonen, J., Alakare, B., Haarakangas, J. K., & Lehtinen, K. (2006). Five-year experience of first-episode non-affective psychosis in open-dialogue approach: Treatment principles, follow-up outcomes, and two case studies. *Psychotherapy Research, 16*(2), 214–228.
- Seikkula, J., Alakare, B., & Aaltonen, J. (2011). The comprehensive open-dialogue approach in western Lapland: II. Long-term stability of acute psychosis outcomes in advanced community care. *Psychosis, 3*(3), 192–204.
- Seikkula, J., & Arnkil, T. E. (2006). *Dialogical meetings in social networks*. London, UK: Karnac.
- Seikkula, J., Laitila, A., & Rober, P. (2012). Making sense of multi-actor dialogues in family and network meetings. *Journal of Marital and Family Therapy, 38*(4), 667–687.
- Seikkula, J., & Olson, M. E. (2003). The open dialogue approach to acute psychosis: Its poetics and micropolitics. *Family Process, 42*(3), 403–418.
- Seikkula, J., & Trimble, D. (2005). Healing elements of therapeutic conversation: Dialogue as an embodiment of love. *Family Process, 44*(4), 461–475.
- Shevlin, M., Dorahy, M. J., & Adamson, G. (2007). Trauma and psychosis: An analysis of the national comorbidity survey. *American Journal of Psychiatry, 164*, 166–169. doi: 10.1176/appi.ajp.164.1.166
- Strong, T., Busch, R. S., & Couture, S. (2008). Conversational evidence in therapeutic dialogue. *Journal of Marital and Family Therapy, 34*, 288–305.
- Tiihonen, J., Hari, R., Naukkarinen, H., Rimón, R., Jousmäki, V., & Kajola, M. (1992). Modified activity of the human auditory cortex during auditory hallucinations. *The American Journal of Psychiatry, 149*(2), 255–257.
- van der Gaag, M. (2006). A neuropsychiatric model of biological and psychological processes in the remission of delusions and auditory hallucinations. *Schizophrenia Bulletin, 32*(1), S113–S122. doi: 10.1093/schbul/sbl027
- van der Kolk, B. A., McFarlane, A. C., & Weisaeth, L. (Eds.). (2006). *Traumatic stress*. New York, NY: Guilford.

van Parys, H., & Rober, P. (2013). Micro-analysis of a therapist-generated metaphor referring to the position of a parentified child in the family. *Journal of Family Therapy*, 35(1), 89–113.

Zittoun, T. (2011). Meaning and change in psychotherapy. *Integrative Psychological and Behavioral Science*, 45(3), 325-334.