

Den terapeutiske dialog i BBAT

Hvorfor er samtalen vigtig? Hvad kan den? Hvordan gør vi?

af BBAT-lærer Kirsten Nissen, 2015.

Dialogen giver mulighed for at skabe mening og bevidsthed om det oplevede. Man kan finde mange forskellige teoretiske udlægninger af denne proces, og her trækkes enkelte hovedpointer frem som ses meningsfulde i forhold til BBAT.

BBAT bygger på en fænomenologisk-eksistentialistisk forståelsesramme hvor oplevelse, erfaring og værensdimension tillægges vægt. Kierkegaard fremhæver selv-bevidstheden som forudsætning for at kunne forholde sig til verden og være et frit handlende individ. Filosofen Merleau-Ponty taler om *den levede krop* som menneskets måde at være i verden. Visdom erhverves via kropslig forankring og ikke kun ved intellektuel forståelse. Hvordan kan man i lyset af dette beskrive dialogens funktion i BBAT? Dialog er en relationel proces og betydningen af sprogliggørelse synes interessant at forholde sig til i forhold til at arbejde kropsligt. Kan sproget overhovedet "indfange" den levede erfaring? Kan dialogen tilføre noget nyt?

En væsentlig pointe er, hvilken funktion man tillægger dialogen og det at sætte ord på oplevelser. Ses ordene som en gengivelse af noget indre, som er til stede i forvejen, eller er det at verbalisere en relationel proces i sig selv. At vi skaber mening, idet vi formulerer os?

Det socialkonstruktionistiske paradigme tilbyder en forståelsesramme for dette, som beskriver betydningen af kontekst og det relationelle aspekt i dialogen. Dialog ses her som mere end blot et spejl af det indre. Mening skabes *mellem* personer – dvs. idet man beskriver noget med ord skaber man nye erkendelser.

Det at sætte ord på noget, man har oplevet, kan ses som en skabende relationel proces i sig selv og åbner op for en ny måde at opleve sig selv og sin måde at relatere til andre og verden på.

I socialkonstruktionistisk tankegang vil man sige, at vi definerer os i relation til andre. Dvs vi har brug for at forholde os til andre og at andre forholder sig til os – vi *samskaber* alle vores udgave af virkeligheden. Og ud fra den tankegang bliver dialogen meget vigtig for at skabe mening.

Indenfor en udviklingspsykologisk referenceramme har Daniel Stern teorier, som på nogle punkter peger i samme retning. Han fremhæver betydningen af kontakten og afstemning mellem mor og barn som afgørende for udviklingen af selvet og betoner at selvoplevelsen forudsætter samspil med andre. Susan Hart beskriver ud fra en neuroaffektiv forklaringsmodel menneskets nervesystem som åbent med

spejlingsegenskaber, der gennem dialogen kan bevidstgøres, så man er i resonans med hinandens tilstande, uden at blive kopier af hinanden. (S.Hart, 2012).

Fælles for disse referencerammer er fokus på det relationelle, og at man i forholdet mellem patient og terapeut udnytter de indbyggede muligheder for at stimulere til helende processer.

I forlængelse af dette vil dialogen gå fra at være overlevering af information fra patient til terapeut til også at være en erkendelsesproces i sig selv.

At skabe et rum, hvor dette kan finde sted, er afgørende. Som terapeut er man aldrig neutral, uanset hvor lidt vi gør eller siger, kommunikerer vi altid. Man kan ikke ikke-kommunikere. Kropslig tilstedeværelse, bevægelser/kropssprog, ordvalg, betoning, stemmeføring, frasing, pauser osv. er alt sammen måder at kommunikere på og vil påvirke situationen. Vi er desuden alle fortolkende væsner og vil altid forsøge at finde mening ved at sætte de oplysninger, vi får ind i vores egen forståelse af verden - vores egen fortolkningsramme.

Konteksten, omgivelser, evt. anden behandling og det man kunne kalde den "sociale kontrakt" med patienten er ligeledes af stor betydning. Med den "sociale kontrakt" menes her den indbyrdes afstemning af roller, kulturelt bestemte normer, magtforhold og forventninger til mødet/behandlingen, som hele tiden foregår med eller uden ord.

I mødet tuner begge parter ind på hinanden. Terapeuten har en rolle som både "vært og gæst". Terapeuten er vært for mødet og samtidig midlertidig gæst i patientens liv. At være en god vært indebærer bl.a. at være åben, venlig og inviterende og samtidig skabe rammer for at et møde kan finde sted. At være en god gæst kan fx indebære at man er respektfuld, høflig...mv. Man kan stille sig selv spørgsmålet om, hvordan en god vært agerer, og hvordan man kan agere som en gæst, nogen har lyst til at invitere igen.

"A sense of being appreciated and valued leads to a sense of belonging, which leads to a sense of participating, which then leads to a sense of co-owning and sharing responsibility. All combine to make therapy and other forms of practice witness-insider practices. The content, process, and outcome of therapy are mutually determined by the participants and unfold as they interact with each other; they are not determined by a lineal progression prestructure. Such practice is naturally collaborative and generative and promotes customized and sustainable outcomes". (Anderson, 1997, 2007; Shotter, 1993).

Den terapeutiske holdning kan beskrives som "at stille sig ved siden af patienten" at "være sammen med". Og dermed vil man heller ikke indtage en bedrevidende holdning, være ekspert i patientens liv eller stille sig i en position, hvor man i sin respons fortolker det patienten udtrykker. Patienten er ekspert i sit eget liv mens

terapeuten er ekspert i terapeutiske processer og i den anvendte metode.

Vi leder ikke nødvendigvis efter løsninger når vi arbejder med BBAT. Det primære fokus er at patienten inviteres til at beskrive det indefra oplevede ud fra et "her og nu"-perspektiv. At være en del af denne proces som terapeut kræver en særlig indstilling.

Shotter (1993) beskriver denne som : *"...(dialogical)- thinking and – acting means being spontaneously responsive to another person and to unfolding events: knowing and acting "from within the moment" rather than aboutness (monological) – thinking and –acting from the outside"* (Anderson,2012)

Hvilke spørgsmål?

Svarene vi får afhænger i høj grad af spørgsmålene, vi stiller. Udfordringen er at stille tilpas åbne spørgsmål, som inviterer patienten til at udtrykke sig uden at føle sig presset.

Som udgangspunkt vil man i BBAT benytte sig af meget åbne spørgsmål rettet mod oplevelsesdimensionen knyttet til bevægelserne. De åbne spørgsmål har til formål at stille patienten helt fri til at fokusere på det, der synes relevant for den enkelte. Udover at fokusere på den rene oplevelsesdimension inviteres pt til at *forholde sig* til sin egen måde at agere på/håndtere det oplevede. Det kan fx være at øve sig i at acceptere en følelse/en tanke der opstår, at holde en lille pause fra en øvelse, at holde opmærksomheden et bestemt sted på en bestemt måde, at lave bevægelserne på en lidt anden måde...etc.

Eksempler på spørgsmål:

"Hvordan var det for dig?"

"Hvad lagde du mærke til?"

"Er der noget særligt du blev optaget af?"

"Hvad mærkede du? Hvornår? - i hvilken øvelse?"

"Hvad fungerede godt?"...

"Lagde du mærke til, hvad du gjorde da du mærkede xxx?"

I visse situationer er det nødvendigt yderligere at afgrænse sine spørgsmål, hvis meget åbne spørgsmål er for svære for pt at forholde sig til.

En anden mulighed kan også være at tale ud fra de tre nøglebegreber i BBAT:

- **Balance**
- **Respiration**
- **Nærvær**

Supplerende spørgsmål kan være rettet mod **hvad der kan give mening for pt at arbejde videre med selv...**

I BBAT har man ingen fast skabelon for hvad samtaler skal munde ud i. At bevæge sig i usikkert terræn er en del af udfordringen. Man kan blive fristet af at styre i en bestemt retning, fordi man kan have en idé om, hvad patienten har brug for, eller fordi man selv bliver usikker.

At turde bruge pauser, hvile lidt i stilheden mellem ordene, lade dét komme frem som dukker op og gå med det, patienten siger uden forbehold og vurderinger. Dette kan være udfordrende fordi det forudsætter, at man har en konstant indre dialog med sine egne fortolkninger og evt. trang til at søge løsninger.

Under samtalen i BBAT, vil man som terapeut altid forsøge at undgå at lægge pres på pt og altid respektere, hvis pt ikke har noget at sige. Ofte kan det handle om, at oplevelsen endnu ikke er "fordøjet", og der kan være behov for mere tid. Eller ganske enkelt at pt af andre grunde ikke ønsker at sige noget. Det vil altid være helt OK. En nærværende terapeut vil bestræbe sig på at fornemme hvor meget den enkelte pt har behov for at blive inviteret til at udforske – det gælder både i praksisdelen og i dialogen.

Referencer:

- Anderson, H. (1997). *Conversation, language and possibilities: a postmodern approach to therapy*. New York. NY: Basis Books.
- Anderson, H. (2012). *Collaborative Relationships and Dialogic Conversations: Ideas for a Relationally Responsive Practice*. Family Process, Vol. 51, march.
- Anderson, H. (2003). *Mindre begrænsende rum: Fra modernitetens traditioner til postmoderne muligheder*. Samtale, Sprog og Terapi Del 1, kap 2. H.Reitzels Forlag.
- Hart, S. (2012). *Neuroaffektiv psykoterapi hos voksne*. Hans Reitzels Forlag, 1. udg. 2. oplag, 2012.
- Merleau-Ponty M. (1997). *Kroppens fænomenologi*. Det lille Forlag.
- Røkenes O.H., Hanssen P-H. (2013). *Bære eller Briste. Kommunikation og relation i arbejdet med mennesker*. Akademisk Forlag.
- Shotter, J. (1993). *Conversational realities: Constructing life through language*. London: Sage.
- Seikkula, J., Trimble D. (2005). *Healing elements of Therapeutic*

Conversation: Dialogue as an Embodiment of Love, Family Process, vol 44, No, 4.

Skatteboe, U-B, (2000). *Basal kroppskjennskap og bevegelsesharmoni. HIO- rapport 2000, nr.12.*