

# EL DIÁLOGO ABIERTO COMO PROCEDIMIENTO DE TRABAJO EN LA PSICOSIS AGUDA: SU “POÉTICA” Y “MICROPOLÍTICA”

Jaakko Seikkula, Ph.D.

Universidad de Jyväskylä, Universidad de Tromsø y University of Jyväskylä

Email: seikkula@psyka.jyu.fi

Mary E. Olson, Ph.D.

Smith College School

*The Finnish integrated model for early treatment of schizophrenia and related psychosis is described in this article. This model is known as “open dialogue approach”. Treatment principles and preliminary results of a two-year follow-up on first-episode schizophrenia are exposed in this article.*

Key words: Open dialogue approach, schizophrenia, narratives, therapeutic conversation, reflecting team.

---

## INTRODUCCIÓN

El hospital de Keropudas, en Laponia Oeste (Finlandia), ha desarrollado de forma pionera un procedimiento psiquiátrico basado en el trabajo con la red social y en el lenguaje denominado “Diálogo Abierto”. Uno de los autores (JS) trabajó como miembro del equipo pionero. Jukka Aaltonen, Birgitta Alakare, Jyrki Keränen, and Kauko Haarakangas (Haarakangas, 1997; Keränen, 1992; Seikkula, Alakare & Aaltonen, 2001a), también miembros del equipo, han escrito, igualmente, sobre el procedimiento. Estudios recientes muestran que esta técnica mejora la terapia de personas con primeros episodios de psicosis, reduciendo de manera significativa la hospitalización, las tasas de recaídas y la cantidad de medicación administrada (Seikkula, Alakare & Aaltonen, 2001b). La técnica ha obtenido un reconocimiento amplio en los países del Norte de Europa en los que Seikkula, junto con el psiquiatra noruego Tom Andersen, han promovido una red de equipos internacionales que

utilizan el diálogo abierto y los procesos de reflexión en servicios de agudos en Rusia, Latvia, Lituania, Estonia, Suecia, Finlandia y Noruega. Aunque menos reconocido en los Estados Unidos, la técnica merece una atención más detallada como forma de intervención en crisis en problemas psiquiátricos severos.

Deudora de los paradigmas post-modernistas y del construccionismo social, el Diálogo Abierto integra diferentes tradiciones psicoterapéuticas en su origen y evolución. Dentro del postmodernismo, del construccionismo social y del campo de la Terapia Familiar, su punto de partida es el modelo sistémico de Milán. Este artículo comienza con una revisión de los modelos comunicacionales de la psicosis, y su primera parte resume la evolución desde la terapia familiar sistémica a una práctica basada en la red social. Continuaremos especificando el lenguaje de la práctica del Diálogo Abierto y presentaremos una entrevista que permitirá una mirada más cercana a lo que de hecho sucede, momento a momento, en una sesión de tratamiento. Finalmente, y en la última parte, consideraremos los contextos institucionales y de entrenamiento en los que este procedimiento se inscribe y presentaremos resultados sobre su eficacia.

Nuestra incursión en el procedimiento del Diálogo Abierto se basa en los procedimientos descritos por el psiquiatra comunitario Marcelo Pakman (1999). El autor habla de la “poética” y la “micropolítica” de la terapia. El término “poética” se refiere al lenguaje y la comunicación tal y como se practica en los encuentros cara-a-cara (Hoffman, 2002; Olson, 1995). En el Diálogo Abierto pueden identificarse tres principios “tolerancia de la incertidumbre”, «diálogo» y «polifonía de las redes sociales» (Seikkula et al., 2001a). Estos términos recuerdan y transforman los principios del grupo de Milán de hipótesis, circularidad y neutralidad como guías de la entrevista (Selvini-Palazzoli, Boscolo, Cecchin & Prata, 1980).

La micropolítica, o las prácticas de las instituciones, del Diálogo Abierto tiene que ver con el examen y el contraste. La mayoría de los procedimientos de la Terapia Familiar se han ensayado en los despachos con estrategias que incluían las redes sociales, mientras que el Diálogo Abierto es una práctica comunitaria organizada con redes sociales<sup>1</sup>. Se inscribe en las transformaciones de los servicios de psiquiatría de Finlandia y se asocia con una reforma denominada “Tratamiento-Adaptado-a-la-Necesidad” (Alanen, 1997, Alanen, Lehtinen, Lehtinen, et al., 2000). Como Pakman y otros reconocen, los Estados Unidos tienen una necesidad urgente de modelos de diálogo más comprensivos que reconozcan no sólo la poética de las entrevistas en los despachos sino también la política de la burocracia que las constriñe y mata. Mientras que los profesionales americanos batallan con estos problemas de forma caótica en un contexto de servicios gestionados con criterios economicistas (Coffey, Olson, & Sessions, 2001), la experiencia de los servicios finlandeses ofrece una alternativa clara a los problemas más serios.

## PROCEDIMIENTOS COMUNICACIONALES EN LA PSICOSIS

Desde los primeros momentos de la Terapia Familiar se tuvo un interés especial en la psicosis y en la esquizofrenia. El proyecto de investigación de Bateson y colegas culminó en un trabajo fundacional sobre el doble vínculo (Bateson, Jackson, Haley y Weakland, 1956). El tratamiento de los pacientes psicóticos y de sus familias fue, en efecto, uno de los puntos de partida significativos de la Terapia Familiar. El concepto de doble vínculo de Bateson proviene del intento de imaginar la clase de contexto comunicacional para el cual el lenguaje y la conducta del psicótico pudieran constituir una adaptación (Weakland, 1960). Escritos posteriores de Bateson y sus colegas (1962) reformularon su teoría original:

*“La formula mas útil de definir el doble vínculo no es en términos de alguien que hace el vínculo y su victima, sino en términos de personas atrapadas en un sistema permanente que produce definiciones conflictivas de las relaciones con las consiguientes tensiones personales”.* (p. 42).

En vez de mirar solamente al intercambio de mensajes, Bateson (1962) cambia y apunta al sistema más amplio de relaciones como el origen de las paradojas.

En las décadas posteriores a la finalización del proyecto de Bateson se realizaron más investigaciones sobre familias con hijos psicóticos. Ninguna de ellas fue tan significativa, en términos de desarrollo de un modelo terapéutico aplicado a la psicosis, como el trabajo del grupo de Milán (Hoffman, 1981). Su investigación fue la siguiente contribución más importante en lo que se refiere a la utilización de una técnica de comunicación aplicada a la psicosis.

Deudores de la teoría del doble vínculo, el grupo de Milán desarrolló lo que denominaron un modelo sistémico para familias con hijos anoréxicos, trastornos severos y psicosis (Selvini-Palazzoli, Boscolo, Cecchin, & Prata 1978). Los italianos desarrollaron la técnica de la contraparadoja para desenredar la comunicación paradójica. Por ejemplo, ofrecían a las familias una nueva lógica en términos de connotación positiva o de una nueva manera de ordenar las conductas en forma de rituales (Boscolo, Cecchin, Hoffman, & Penn, 1987).

Estas ideas tuvieron un efecto radical en el campo de la familia tanto en los Estados Unidos como en Europa. Aunque solo en unos pocos países tuvo, el modelo de Milán, una influencia perdurable en el tratamiento psicoterapéutico de los pacientes psicóticos. Por el contrario, en los Estados Unidos se desarrollaron procedimientos psicoeducativos familiares, que provenían de una tradición diferente, al menos en su actitud ante los miembros de la familia. (Anderson, Hogarty, & Reiss, 1980; Falloon, 1996; Falloon, Boyd, & McGill, 1984; Goldstein, 1996; McGorry, Edwards, Mihalopoulos, Harrigan, & Jackson, 1996). El punto de convergencia entre el Diálogo Abierto y los programas psicoeducativos es la idea de que ni el paciente, ni su familia, son la causa de la psicosis ni el objeto del tratamiento, sino que más bien se les considera como “aliados competentes, o potencialmente competentes, en el proceso de recuperación” (Gleeson, Jackson,

Stavely, & Burnett, 1999, p. 390). Hay otras diferencias entre los presupuestos teóricos del Diálogo Abierto y los modelos psicoeducativos de tratamiento de la psicosis. Más información sobre estas diferencias en Seikkula, Alakare y Aaltonen (2001a).

Finalmente, Michael White (1995) aplicó su práctica narrativa de la externalización al problema de la psicosis. El método reduce las voces hostiles de los psicóticos con síntomas crónicos desplazándolas fuera de la persona en vez de verlas como una manifestación de la experiencia interna. Similarmente, el Diálogo Abierto se orienta hacia el exterior, hacia el diálogo social haciendo un uso más formal de la red social. Excepto en los países del Norte de Europa, la terapia familiar no ha utilizado la red social en el tratamiento de la psicosis aguda.

## **LA EMERGENCIA DEL DIÁLOGO ABIERTO**

### **De la Terapia Familiar a un Modelo de Redes Sociales**

El equipo del hospital de Keropudas utilizaba el modelo de Milán cuando comenzaron a ver familias en los 80, en este intento de hacer terapia sistémica en el sector público pronto encontraron nuevos e inesperados dilemas prácticos. La primera razón para moverse más allá del paradigma sistémico tuvo que ver con la dificultad de convocar a las familias para que acudieran juntas a las sesiones. A comienzos de los 80 solo un pequeño número de pacientes y sus familias atendían a las sesiones conjuntas. Las ideas y las prácticas comenzaron a cambiar buscando soluciones concretas a los problemas.

Aunque el método de Milán era una teoría elegante, los problemas prácticos eran similares, especialmente cuando se traducían a otras culturas y a otros contextos diferentes de la práctica privada. Abundaban los informes de los profesionales sobre el malestar y la dificultad para conectar con las familias cuando se trabajaba con este método (Andersen, 1992, 1995; Hoffman, 1992, 2002; Lannaman, 1998). Las dificultades parecían provenir de la naturaleza altamente sofisticada y abstracta del modelo. Utilizando la metáfora del juego, en el método original de Milán la familia era el objeto de la acción del terapeuta, en vez de ser aliados del proceso terapéutico. Otro conjunto importante de críticas y de revisiones provenían de los teóricos del feminismo y de los defensores de los derechos civiles quienes objetaron la actitud sistémica de neutralidad en situaciones de abuso y de violencia (Goldner, Penn, Scheinberg & Walker, 1990; MacKinnon & Miller, 1987).

En 1984, el hospital de Keropudas reconoció el efecto negativo de una evaluación de las familias que las cosificaba y distanciaba, lo que llevó a una reorganización de las formas de admisión al hospital. Los profesionales comenzaron a organizar sesiones de tratamiento previas a cualquier tipo de terapia. Constituyó una motivación adicional para el cambio el hecho de que, siendo el hospital parte del sistema público psiquiátrico, los temas de igualdad y accesibilidad a las prestaciones de todos los pacientes fueran centrales. En la práctica finlandesa

todos los pacientes tienen el derecho a ser aceptados, y no solo aquellos que son derivados, y además desean ser atendidos, para realizar terapia familiar. Alanen y su equipo en Turku desarrollaron la idea, original, de las sesiones de tratamiento como parte del procedimiento adaptado-a-la- necesidad (Alanen, 1997).

Pasado el tiempo, estas sesiones de tratamiento evolucionaron y se convirtieron en el foro terapéutico fundamental. Primero las ideas constructivistas, y después las dialógicas (Bakhtin, 1984; Vygotsky, 1974 y Voloshinov, 1996) ayudaron a entender los nuevos fenómenos que aparecían en la práctica de organizar sesiones abiertas a la red social, en marcado contraste con las sesiones de terapia familiar. La invención de Andersen (1990, 1992) del equipo reflexivo y el lenguaje sistémico de colaboración del grupo de Galveston (Anderson y Goolishian, 1988) crearon el contexto clínico significativo para el desarrollo de lo que más tarde se denominó el Diálogo Abierto.

### **La organización de las Sesiones de Tratamiento**

Con el objetivo de dar una ayuda inmediata a la crisis, el formato básico del Diálogo Abierto es el de la sesión de tratamiento, sesión que tiene lugar dentro de las 24 horas posteriores al contacto inicial. Se organiza por un equipo de crisis compuesto por profesionales hospitalarios y de centros ambulatorios y tiene lugar en el domicilio familiar, si ello fuera posible. Se convoca a la persona con el problema agudo, al equipo de profesionales y a todos aquellos conectados a la situación (por ejemplo, familiares, amigos y otros profesionales). Físicamente la sesión tiene lugar como un foro abierto con todos sentados en la misma habitación formando un círculo.

La responsabilidad de movilizar al equipo y convocar la sesión descansa en el primer profesional con quien la familia contacta. Quienes toman la iniciativa de organizar la sesión, asumen la responsabilidad de conducir el diálogo. Se fija de antemano si todos los miembros del equipo harán preguntas o si lo hará uno solo que, además, facilitará que todos los presentes dialoguen. La composición del equipo varía de acuerdo con la situación específica y el historial de tratamientos de la familia, en cualquier caso se invita a todos los terapeutas que han tenido algún contacto con ella.

Las decisiones sobre la continuidad de la terapia, la medicación y la posibilidad de hospitalización se discuten con todos presentes. No existen reuniones al margen de profesionales para la planificación del tratamiento. Se aconseja discutir todos estos problemas en la sesión conjunta y una vez la familia ha tenido la oportunidad de expresar sus preocupaciones. El resultado de la sesión se resume al final, especialmente las decisiones que se tomaron; si no se hubiera tomado decisión alguna se concluye de forma clara esa falta de conclusiones. La duración de las sesiones varía, pero generalmente una hora y media suele bastar.

Esté o no hospitalizado el paciente, el mismo equipo continúa en contacto con

la persona afectada y su red por un periodo breve de tiempo en unos casos y, en otros, por mucho más tiempo, hasta que la urgencia de la situación y los síntomas remitan. La idea de la “continuidad psicológica”, de la implicación continuada del mismo equipo, es crítica en este procedimiento. El equipo continúa en contacto con la familia hasta que queda claro que están fuera de peligro. Nuestro tratamiento no utiliza el largo intervalo entre entrevistas propio de Milán y da más relevancia al papel del discurso y del lenguaje en las crisis psicóticas. Las intervenciones en crisis no fueron contempladas por el modelo de Milán, los italianos veían las crisis como un “movimiento” en el “juego familiar”, siendo responsabilidad del equipo responder de forma estratégica para desafiarlo (Selvini-Palazzoli, Boscolo, Cecchin, & Prata, 1978). De modo que ver a las familias diariamente y trabajar de forma intensiva con ellas constituye otro cambio importante con respecto del modelo de Milán.

No obstante las diferencias, este primer paso, las sesiones frecuentes de tratamiento, se vio facilitado por la capacidad de evolución que parece inherente al modelo de Milán. Como dice Lynn Hoffman, el modelo sistémico es «menos un conjunto de procedimientos que un modelo de “aprender a aprender”, enseña a los profesionales a pensar de forma reflexiva y a transformar sus propias premisas y conductas a tenor de las dificultades y bloqueos (Boscolo et al., 1987, p. 28).

A comienzo de los ochenta, Boscolo y Cecchin se inspiraron de forma creciente en los investigadores cibernéticos como von Foerster, Varela y Maturana, quienes proponían la cibernética de segundo orden. Afirmaban que no podía hablarse de un sistema observado al margen del observador, sino más bien de un “sistema de observación” que toma en cuenta las lentes de quien observa. De forma que cualquier encuentro con una familia es, en parte, el producto de las ideas que los profesionales llevan a la entrevista. Las semillas de este cambio hacia la segunda cibernética están presentes al final de la compleja carrera del grupo de Milán, notablemente en su trabajo sobre las preguntas circulares (Selvini-Palazzoli et al., 1980). El trabajo analiza el proceso de la entrevista, más que las características de la familia, y anticipa el giro hacia el lenguaje que el campo tomaría más tarde cuando se centró en el método conversacional más que en la intervención misma.

La transformación inicial en el equipo finlandés, que provocó otros muchos cambios, tuvo que ver con las ideas de la segunda cibernética y empezó cuando el equipo cambió su relación con la familia e incluyó a todo aquel que estuviera implicado con ella como a un igual. Se abandonó el uso de la analogía cibernética, así como las metáforas sobre la visión y la observación, reemplazándolas primero por las metáforas de la voz y la escucha, y después por aquellas relacionadas con las sensaciones y el tacto (Hoffman, 2002). Y por encima de todo, la idea persistente de que la terapia es un proceso creado de forma conjunta, con un énfasis deliberado en los intercambios hablados y en los circuitos de diálogo. El Diálogo Abierto ha retenido otras ideas importantes de la tradición Bateson-Milán, como la comunica-

ción y el énfasis en la afirmación, a pesar del abandono de la connotación positiva.

## **LA POÉTICA DEL DIÁLOGO ABIERTO**

### **Tolerancia e Incertidumbre**

El lenguaje de las sesiones de tratamiento del Diálogo Abierto resulta bastante diferente del utilizado en otras formas de terapia de redes sociales. Como se dijo antes, el fundamento de la entrevista descansa en los principios de “tolerancia de la incertidumbre”, “diálogo” y “polifonía”. A continuación consideraremos cada uno de ellos de forma independiente, aunque se co-impliquen y se den conjuntamente. La Tolerancia de la Incertidumbre es la contrapartida, o lo opuesto, del uso sistémico de la generación de hipótesis o de cualquier otro procedimiento de evaluación.

En la práctica, la tolerancia de la incertidumbre tiene que ver con las reuniones frecuentes y la calidad del diálogo. Es importante que las reuniones sean lo suficientemente frecuentes, diarias incluso, para que la familia no se sienta sola en la crisis. El equipo establece con cuidado la agenda de entrevistas e incluye la posibilidad de contactos diarios en los 10-12 días posteriores al comienzo de una crisis seria.

Aún más, la incertidumbre solo puede tolerarse si se percibe la terapia como segura. Todas las crisis severas requieren que por un cierto tiempo terapeutas y familia toleren las ambigüedades inherentes a la crisis; afortunadamente el lenguaje es el hilo de Ariadna para manejar esas ambigüedades. Parte de las condiciones de seguridad tienen que ver con prestar una gran atención a crear un contexto terapéutico, o “escenario” de confianza, para que las ansiedades y los miedos derivados de la crisis puedan contenerse y ser objeto de mediación. Se crea inicialmente un contexto de seguridad escuchando y respondiendo al punto de vista y a la voz de cada persona, esto es, legitimando a cada participante. Si se construye la confianza, habrá más posibilidades para los recursos psicológicos (o lo que hoy llamaríamos “dialógicos”) de la familia y del paciente, quienes pasan a poder expresar sus experiencias y dificultades cuando previamente no disponían de un lenguaje para expresarlas.

Este procedimiento mantiene abierta la pregunta “¿Qué se debería hacer?” hasta que el diálogo colectivo por sí mismo produce una respuesta o disuelve la necesidad de una acción. Una advertencia, las conclusiones rápidas y las intervenciones tradicionales hacen menos posible que pueda alcanzarse la seguridad y la confianza, o que se resuelvan genuinamente las crisis psicóticas. Se evitan particularmente las hipótesis porque pueden silenciar e interferir con la posibilidad de encontrar una forma natural de reducir la crisis (Andersen, 1990). Por lo tanto los terapeutas entran sin una definición previa del problema con la esperanza de que el diálogo por sí mismo llegue a generar nuevas ideas e historias.

Finalmente la tolerancia de la incertidumbre es diferente, aunque recuerda, la

posición de “no-conocer” propuesta por Anderson y Goolishian (1992). El grupo de Galveston define una manera de conocer en la que el cliente es el experto y el profesional el que aprende. El procedimiento finlandés define una forma de estar con los otros y con uno mismo como una forma ligeramente diferente de conocer. Es lo que Rilke (1984) quería decir cuando escribió, “*vive tu propio camino como la respuesta*”.

### **Énfasis en el diálogo**

La idea de Bakhtin (1984) sobre el diálogo como el marco de comunicación entre el equipo, la familia y la red social está muy relacionada con la tolerancia de la incertidumbre. Además de la construcción de la red, esta forma de trabajo implica un esfuerzo para reducir el aislamiento mediante el desarrollo de un diálogo entre el paciente y las personas implicadas con él. Desde la perspectiva del construccionismo social, la psicosis es una alienación temporal, radical y terrorífica de prácticas compartidas de comunicación: una “tierra de nadie” donde no hay palabras que expresen experiencias imposibles de soportar y, por lo tanto, el paciente no tiene voz ni capacidad para la acción (Holma, 1999; Seikkula, 2002). El objetivo del terapeuta es el desarrollo de un lenguaje verbal común que exprese esas experiencias que de otra forma permanecerían dentro del discurso psicótico, de sus voces privadas e internas y de las alucinaciones.

La idea de diálogo de Bakhtin y su adaptación a la psicosis, deriva de una tradición que contempla el lenguaje y la comunicación como constitutivos primarios de la realidad social. La construcción de palabras y el establecimiento de una comunicación simbólica genera voces, identidad; promueve la autonomía (agencia) que se da “entre las personas” (Gergen, 1999). Las crisis ofrecen la oportunidad de hacer y rehacer la trama de las historias, las identidades y las relaciones que constituyen el yo y el mundo social.

De esta forma el Diálogo Abierto traduce el concepto de Bakhtin de dialogismo en términos de un proceso co-evolutivo de escuchar y comprender. Ideas que son similares a las del filósofo francés Jean-Francois Lyotard, que toma prestado de los juegos de lenguaje de Wittgenstein el llamado “juego sin autor”, contrario al “juego de la especulación” de la filosofía y el debate occidental. Lyotard describe el “juego de la audición” como un “juego de la justicia” en el que “lo importante es escuchar”, y cuando se habla, “uno habla desde el oyente” (Hoffman, 2000).

Visto de esta manera, escuchar es más importante, en el Diálogo Abierto, que entrevistar. Por esta razón, las primeras preguntas en una entrevista de tratamiento son tan abiertas como sea posible para dar el máximo de oportunidades de hablar a los miembros de la familia y a la red social sobre los problemas que consideren más relevantes en aquellos momentos. El equipo no decide de antemano los problemas.

Para promover el diálogo desde el comienzo, una de las tareas del (los)



entrevistador(es) es “responder” a lo que el paciente y los otros han dicho. Sin embargo, las respuestas generalmente toman la forma de más preguntas que se basan en lo que el paciente ha dicho previamente. Desde la perspectiva de Bakhtin, toda frase pronunciada requiere una respuesta. Hay una estética (una unión entre una expresión y la respuesta) en el diálogo, que lo hace “diálogo”, más que “monólogo” (que implicaría un hablante sin el consiguiente oyente -Volshinov, 1996).

Al describir el término “heteroglosia”, Bakhtin afirma que el significado no es fijo e intrínseco, aunque las palabras conserven trazas y fragmentos de significados de nuestra herencia lingüística múltiple. Como quiera que el significado acontece solamente en un intercambio continuo, el hablante y el oyente están íntimamente unidos a la hora de generar el sentido del episodio psicótico. El proceso terapéutico requiere una participación creativa en el lenguaje que atiende no solamente lo que la gente dice, sino también los sentimientos existentes y las respuestas sensoriales que fluyen entre ellos. Dentro de los límites del territorio del diálogo en el que la persona, los otros significativos y los profesionales se encuentran, debe ser posible crear el lenguaje del dolor que pueda dar voz al sufrimiento.

### **Polifonía**

En el Diálogo Abierto no hay objeto (ni estructura o juego) a cambiar por la terapia. En vez de ello, hay muchos sujetos formando una polifonía de voces. Fueron Anderson y Goolishian (1988) quienes propusieron por primera vez el paradigma lingüístico desafiando la noción de una estructura relacional o sistema de comunicación existente dentro de la familia. La posición post-estructuralista que White (1995) adopta es parecida.

El equipo ya no se centra en la estructura familiar, sino en todos los individuos implicados. Lo que significa que se crea el “sistema” en cada diálogo nuevo, donde la conversación misma construye la realidad, y no las “reglas” o la “estructura” de la familia. A diferencia del procedimiento sistémico, que se centra en intervenir para cambiar el sistema, el procedimiento del diálogo se ha designado para crear un lenguaje común que permita que los significados de las personas que sufren lleguen a verse con mayor lucidez dentro de la red social más inmediata.

Uno de los aspectos positivos del Diálogo Abierto es que permite a cada persona entrar en la conversación con su propio estilo. El procedimiento usual es que el entrevistador comience con quien demandó la sesión y después se mueva hacia los restantes explorando sus preocupaciones. Se hacen preguntas que ayudan a dar la voz, como “¿Cuándo comenzó a preocuparse por su hijo?” Y lo que es de mayor importancia, el entrevistador atiende de forma meticulosa a quienes están sufriendo, cuyas palabras y significados conforman el centro del diálogo. En contraste con el uso sistémico de las preguntas circulares, el énfasis dialógico implica multiplicar las expresiones, sin intentar desvelar una verdad en particular.

Una regla importante es que todos los presentes tienen derecho a hacer sus comentarios. Las preguntas o reflexiones de los profesionales no deben interrumpir el flujo del diálogo a menos que lo que digan encaje con el tema que se discute. Pueden comentar bien haciendo otra pregunta relacionada con el tema, bien comentando con los otros profesionales (reflejando) lo que se dijo (Andersen, 1995). La alternancia de hablar y escuchar en el proceso de reflejar genera nuevas oportunidades de reconstruir las experiencias del paciente y de su familia (Andersen, 1995; Seikkula, Aaltonen, Alakare, et al., 1995).

Aunque influido por la idea del equipo reflexivo, el Diálogo Abierto implica una discusión menos estructurada y más espontánea. Las reflexiones de los profesionales, que pueden haber trabajado en la misma institución por años, se producen de forma improvisada, frecuentemente durante los momentos más estresantes y difíciles. Las reflexiones tienden a reasegurar emocionalmente y ayudan a crear una historia alternativa a lo comunicado por la persona psicótica.

Cuando aparecen las diferencias, la esperanza es poder dar cabida a todas las voces y de esa forma animar la escucha y el intercambio, más que la polarización (correcto/erróneo). Ello no significa que todos han de aceptar todos los puntos de vista; se puede discrepar. Los cambios positivos pueden tener lugar por el mero airear las diferencias en un clima de seguridad. El objetivo es generar una comprensión conjunta, más que alcanzar un consenso. Nos esforzamos en hablar sobre cualquier asunto relevante para el paciente o su familia solamente en presencia de ambos, incluyendo los comentarios a la reunión misma. Por lo tanto la post-sesión es mínima.

Así, y aunque la base sea la tradición del equipo de Milán, el Diálogo Abierto ofrece un ejemplo importante y bien desarrollado del paradigma post-moderno (Andersen, 1995; Anderson, 1997; Anderson & Goolishian, 1992; Hoffman, 2002; Penn, 2001). De acuerdo con Derrida (1971), no existe “una esencia rigurosamente independiente de aquello que le sirve de vehículo” (p. 229). En otras palabras, no existe una concepción de la verdad o de la realidad que pueda conocerse como separada de, o fuera de, la expresión humana. El ingrediente terapéutico proviene del efecto del diálogo sobre la red social en la medida en que nuevas palabras e historias pasan a crear un discurso común. Para conseguirlo el lenguaje utilizado en la sesión tiene el doble propósito de mantener a la gente unida el tiempo suficiente (tolerancia de la incertidumbre) para que se pueda dar voz a lo inexpresable (diálogo) con la ayuda de los otros relevantes de la red social (polifonía).

## **LA HISTORIA DE PEKKA Y MAIJA**

El siguiente diálogo es excepcional porque los síntomas psicóticos de Pekka desaparecieron en el curso de la entrevista; siete años después sigue sin ellos. El resultado no es el típico, las crisis psicóticas suelen durar de dos a tres años. Sin embargo, el caso ilustra muy bien el proceso terapéutico, en el que las palabras se

construyen de forma conjunta para experiencias todavía-no-expresadas. Es imposible estimar cuánto durará este proceso. En algunos casos, como el que presentamos, sucede en la primera sesión, mientras que en la mayoría de los casos se requieren más conversaciones.

Fue el médico de atención primaria quien atendió a Pekka, un hombre de 30 años, casado, empleado en una ferretería. Pekka afirmó que era víctima de una intriga, y que los hombres que participaban en la conspiración querían darle caza. El médico contactó con el equipo de admisión del hospital psiquiátrico y se concertó una entrevista. Estaban presentes Pekka, su esposa Maija, el médico de atención primaria (M), un psicólogo (P) y tres enfermeras<sup>2</sup>. El equipo se encontró con un hombretón alto y fuerte con una esposa mucho más pequeña. Fue la esposa la que los llevó hasta la habitación en la que se sentaron unos junto a otros. En la primera parte de la entrevista Pekka hablaba y Maija permanecía en silencio, pero mirando a su marido que, a cada momento, le devolvía la mirada buscando su aprobación a lo que decía.

Cuando el equipo intentó por primera vez entrevistar a Pekka, su discurso era psicótico e incoherente, siendo imposible entenderle. Durante la primera media hora la entrevista saltó de un tópico a otro, sin poder desarrollar conjuntamente un tema. La situación finalmente cambió cuando una de las enfermeras preguntó a la esposa de Pekka sobre sus preocupaciones. La pregunta inició un diálogo en el que el discurso psicótico de Pekka comenzó a cambiar.

*Maija:* Bueno, Pekka ha estado viendo cosas. Sospecha de todo el mundo.

*Pekka:* [Si, y....<sup>3</sup>

*Maija:* Desde mi punto de vista, todos están un poco irritados con él.

*Pekka:* [...y yo estaba diciendo que no...

*Maija:* Y si uno dice algo sobre el futuro....

*Pekka:* [....Si ella está bastante nerviosa, aunque....

*Maija:* ...tuvimos la misma situación hace ocho años.

*Pekka:* [ Fue un lío

*Maija:* Continuamente tenía miedo de su padre; pensaba que su padre quería matarlo.

*P:* ¿Cómo se resolvió aquello? ¿Tuvo algún tratamiento?

*Maija:* No, no tuvo tratamiento alguno. No recuerdo cómo pasó aquello, quizás solamente fue disminuyendo...

Maija comienza dando una descripción coherente y ofrece detalles que posibilitan que el equipo comprenda en mayor medida la situación. Sin embargo, durante esta parte de la entrevista Maija y Pekka hablan de forma simultánea, entrando, de esta manera, en una conversación polifónica. El equipo no intenta estructurar la conversación sugiriéndoles tomar turnos. En vez de ello, aceptan el estilo de la pareja y la forma que eligen para conversar. Después de este intercambio inicial, Pekka empezó a hablar de forma más lúcida, muy diferente de la desorga-

nización de sus comentarios y pensamientos iniciales. Este atisbo de claridad señaló el comienzo de un lenguaje común para hablar de la situación.

Cuarenta minutos más tarde, Maija y Pekka comenzaron a describir los acontecimientos que llevaron al comienzo de la psicosis. Su narración ofrece un cuadro muy visual y vivo de lo que había pasado, creando una narración de experiencias que antes sólo existían como fragmentos de narración desprovistos de contexto. Este cambio tuvo lugar dentro de una conversación en la que el entrevistador pidió una descripción cuidadosa y lenta de los acontecimientos que llevaron a la crisis. Cuando, como consecuencia de la conversación, Pekka pudo poner en palabras su experiencia, sus expresiones psicóticas desaparecieron.

Maija y Pekka estuvieron de acuerdo en que los síntomas psicóticos comenzaron un viernes. El psicólogo pidió más detalles sobre lo que sucedió. Pekka explicó que las fiestas se aproximaban y que como no trabajaba, no tenía dinero para hacer regalos. Su antiguo jefe le debía un dinero que tenía que haberle pagado. Sufrió de una agonía mortal por este dilema. Pedir el dinero podía implicar poner en riesgo la amistad que tenía con su antiguo jefe, pero no pedirlo implicaba no poder ejercer de padre para su propia familia ya que no podía comprar los regalos de Navidad. A pesar de su profunda ansiedad Pekka decidió llamar a su jefe y pedirle el dinero. Pero el jefe le respondió de mala manera, acusándole de chantaje. Durante esta terrible conversación hubo, por casualidad, un apagón eléctrico en el distrito. Así describe este momento:

*P:* ¿Así que Ray (su antiguo jefe) te dijo que le estabas chantajeando?

*Pekka:* Sí, y ...

*M:* ¿Y ese fue el fin de la llamada?

*Pekka:* No, no en ese momento. Fue después de decirle que “no te estoy chantajeando, desde luego, pero sí en algún sentido lo estoy, es porque necesito el dinero para los regalos de Navidad.”

*P:* ¿Le prometió algo durante la llamada telefónica?

*Pekka:* Dijo, “Está bien, veré qué puedo hacer”. Y en ese momento sucedió el apagón. Fue un lío terrible. El ordenador, la electricidad fluctuaba... Sentí que de alguna manera contactaría conmigo.

*P:* ¿Fue eso lo que le inquietó?

*Pekka:* Bueno, empecé a pensar que realmente él se estaba asustando...

*Maija:* Cuando se fueron las luces.

*Pekka:* Lo tome como una suerte de signo de que el chantaje funcionaba ...

En este punto acontecimientos que previamente no habían sido historiadados comienzan a ser contados. Parecía como si Pekka hubiera estado bloqueado por órdenes contrapuestas que no podía comentar y de las que no podía salir. Interpretaba la terrible coincidencia del apagón en el contexto de su situación. El equipo comenzó a ver la paranoia de Pekka como la culminación de muchos meses de

tensión extrema por no tener dinero. El equipo animó a la pareja a que diera más detalles sobre la secuencia de acontecimientos. Conforme los fueron dando ayudaron a deconstruir la psicosis hablando de las emociones que atribulaban a Pekka en el comienzo de sus síntomas. El entrevistador tenía la impresión de que Pekka revivía durante la entrevista el terror que podía haber experimentado inicialmente cuando empezó a alucinar. Con objeto de nombrar los miedos de Pekka, el entrevistador le preguntó sobre lo primero que pensó inmediatamente después del apagón:

*P:* ¿Suenan como si tuviera miedo de morir?

*Pekka:* Bueno, no tanto. Pero sí pensaba que lo mejor era salir de aquello. Uno nunca sabe, cuando Ray se pone tan agresivo y a discutir, no se puede saber qué hará...

*P:* ¿Cuál fue su primer pensamiento? ...

*Pekka:* ...que si venía ... que nada se podría hacer para pararle ...

*M:* Que iba a buscarle

*Pekka:* Sí, que vendría

*M:* Que vendría y le mataría, ¿es eso?

*Pekka:* Bueno eso es lo, eso es lo... eso es, desde luego, lo peor que podía hacerme...

Para definir la experiencia emocional de Pekka, el entrevistador utiliza palabras de un contenido fuerte: “Venía a matarle, ¿era así?” Esta afirmación del equipo dio una expresión nueva, clara y concreta al miedo de Pekka de una forma que inmediatamente aceptó. La sensación de seguridad y confianza en la entrevista y la conexión entre Pekka y el equipo se había desarrollado lo suficiente como para permitir entrar en los miedos más peligrosos. Esta interacción ilustra las consecuencias dialógicas de tolerar la incertidumbre.

En este punto el equipo comienza a comentar (reflejar) entre sí. Las reflexiones en el Diálogo Abierto tienden a ocurrir cuando las personas hablan de los elementos más terroríficos de su experiencia, existiendo el peligro de que se desorganicen. En las reflexiones el equipo utiliza una actitud de “connotación lógica”. El término “connotación lógica” es más apropiado que el de “connotación positiva” que entiende los síntomas desde unas premisas o mitos más benevolentes (Boscolo et al., 1987). La connotación lógica describe cómo una experiencia difícil tiene sentido en un contexto particular. Además la conversación reflexiva entre el equipo observa los principios dialógicos, en donde lo fundamental no es intervenir sino crear un lenguaje que reconstruya la voz y la capacidad de control (agencia) de la pareja. Es tarea del equipo buscar activamente nuevas formas de entender el problema. Los temas que desarrolla los toma prestado de (y los construye sobre) los términos utilizados por Pekka y Maija.

*P:* ¿Pueden esperar un momento para que podamos discutir entre nosotros?  
¿Qué pensáis? ¿Qué se os ocurre?

*M:* Bueno, empiezo a pensar, conforme oigo a Pekka, que es del tipo de hombres que se preocupa más de los problemas de los otros que de los suyos.

*Pekka:* Así es un poco ...

*P:* ¿Más que de los suyos?

*M:* Sí, más de los problemas del vecino que de los suyos.

*P:* Quieres decir que cuando Pekka le pidió a Ray el dinero para el fin de año, comenzó a preocuparse sobre cómo se sentiría Ray ...

*M:* Sí.

*P:* Le preocupaba más cómo se sentiría Ray que el hecho de que el dinero le pertenecía.

*M:* Sí, y también pienso lo difícil que era la situación ... Me pregunto si Pekka es del tipo de hombres que les cuesta luchar por sus derechos y perseguir lo que les pertenece [...]. También me pregunto si Pekka suele describir las cosas tan detalladamente como lo ha hecho aquí, o es el producto de su necesidad y de su miedo. O un signo de que quiere que entendamos algunos problemas en profundidad. Explicó detalladamente algo que es difícil de entender, algo que es difícil de ver.

*P:* Bueno, podría ser que cuando uno no entiende qué pasó, ello es una buena razón para explicar de forma muy exacta qué sucedió. “¿Qué sentido tenía?” y “¿qué me hizo pensar que...?” De alguna forma el todo ha desaparecido y por esa razón uno tiene que buscar los detalles para comprender qué significan.

*M:* Y las cosas que se aportan y las razones que se dan también pueden ser un signo de que el todo desapareció, de que uno no sabe exactamente qué sentido tienen las cosas...

*P:* [refiriéndose a un momento previo de la entrevista cuando Pekka explicó que la televisión le daba mensajes privados] Efectivamente, puede ser difícil distinguir qué es importante y qué no lo es. Es horrible estar viendo la televisión siendo consciente de que hay cosas que sólo tienen significado para uno mismo, aunque los programas se hayan hecho en algún lugar de América.

*M:* ... hace muchos años.

Mediante el diálogo los miembros del equipo reflejan los incidentes que Pekka y Maija han descrito. Al final de la sesión, el entrevistador vuelve sobre los incidentes narrados al principio para cerciorarse de si Pekka continúa con sus ideas psicóticas sobre el apagón y las reacciones de su antiguo jefe. El psicólogo pregunta a Pekka si piensa que ambas cosas fueron una coincidencia, a lo que responde que efectivamente ahora piensa que sí. El equipo coincide que si Pekka piensa ahora que no hubo poderes mágicos que influían en la relación con su antiguo jefe, no puede considerársele psicótico. Con este cambio Pekka muestra un nuevo sentido de

control (agencia), en marcado contraste con el sentimiento de fatalidad del principio.

En este ejemplo de Diálogo Abierto el lenguaje evoluciona hasta describir la terrible paradoja de estar atrapado entre su familia y su jefe que sufría Pekka. Es posible interpretar esta situación psicótica desde la perspectiva de la teoría del doble vínculo y tomar nota de cómo nombrar y comentar la experiencia le libera de su cautividad. No obstante se abandonó el concepto de doble vínculo porque tiende a sugerir una “realidad-que-está-ahí fuera”, para cambiarlo por el de una “conversación dialógica” que puede construir un camino de salida del mundo psicótico. Desde este punto de vista, la entrevista de tratamiento se define como un lugar en el que pueden encontrarse las palabras para hablar de cosas difíciles, dentro del movimiento recursivo, hacia adelante y hacia atrás, de la trama de la conversación.

### **MICROPOLITICA DEL DIÁLOGO ABIERTO**

La eficacia del procedimiento del Diálogo Abierto se liga inextricablemente a sus contextos institucionales y de entrenamiento. Desde 1984 el Hospital de Keropudas ha venido desarrollando la técnica sistémica y las sesiones de tratamiento se han institucionalizado como el procedimiento estándar de admisión. Todo el personal (psiquiatras, psicólogos, enfermeras, trabajadores sociales) completa un entrenamiento de tres años en Terapia Familiar. Las habilidades se enseñan de forma democrática, asumiendo que cualquier profesional entrenado es capaz de adquirirlas. Esta ética democrática con respecto del entrenamiento es parte de una ética más general de participación y de humildad de la cultura terapéutica de Keropudas.

En Laponia Oeste el sistema nacional de salud permite a los profesionales trabajar en equipo, al contrario que en USA, donde el modelo de gestión económica de servicios lo ha minado (Coffey et al., 2001). La sesión de tratamiento basada en el equipo parece haber tenido un efecto particularmente benéfico en el hospital de Keropudas que ha terminado por imponer la participación de los profesionales del hospital en los equipos de crisis radicados en la comunidad, mientras que los profesionales comunitarios participan en las sesiones de los servicios hospitalarios. Esta forma de trabajo en equipo reduce la rigidez de perspectiva sobre los problemas de salud mental en la medida en que los profesionales participantes tienen posiciones diferentes dentro del sistema hospitalario.

Así las cosas, el procedimiento de Diálogo Abierto no es sólo un modelo que se aplica como un conjunto de prácticas establecidas dentro del hospital. Implica, igualmente, una integración con otras formas de psicoterapia especialmente con la terapia individual, pero también con la terapia familiar tradicional, la terapia artística, la terapia ocupacional y otras clases de servicios de rehabilitación. El modelo dialógico no solamente organiza el contexto de tratamiento sino también el profesional. Por esta razón el equipo original no ha tenido la misma corta existencia

de otros muchos modelos de equipos sistémicos cuyas instituciones reaccionaron con resistencia y rechazo (Boscolo et al., 1987).

A pesar de todas estas innovaciones tan efectivas, el procedimiento no está exento de problemas y de fallos. Este procedimiento compromete al equipo a trabajar con la familia cuando acontecen los fallos y, por lo tanto, a compartir las frustraciones. Sin embargo, el desafío específico del Diálogo Abierto es más bien cómo mantener, desde el punto de vista administrativo y práctico, al equipo funcionando de forma conjunta durante el curso del tratamiento garantizando de esta forma que haya una continuidad psicológica para la persona en crisis y para su red.

### **Resultados estadísticos**

Una observación final sobre la micropolítica del Diálogo Abierto tiene que ver con la utilización de la investigación y de los datos sobre su eficacia. En un contexto dominado por la práctica basada en la evidencia resulta crítico documentar la eficacia. El Diálogo Abierto es uno de los procedimientos para crisis psiquiátricas serias más estudiados en Finlandia. Desde 1988 se han venido realizando estudios sobre su eficacia y cualitativos que analizaban el desarrollo del diálogo en las sesiones (Haarakangas, 1997; Keränen, 1992; Seikkula, 1994; 2002; Seikkula et al., 2001 a,b). Desde que el procedimiento se institucionalizó, la incidencia de nuevos casos de esquizofrenia ha declinado en Laponia Oeste (Aaltonen, Seikkula, Alakare et al., 1997). Más aún, ha cesado la aparición de nuevos casos de pacientes esquizofrénicos crónicos en el hospital psiquiátrico (Tuori, 1994).

Laponia Oeste forma parte de un proyecto nacional multi-centros en Finlandia API (Integrated Treatment of Acute Psychosis -Tratamiento Integrado de la Psicosis Aguda) dirigido por las universidades de Jyväskylä y Turku junto con el STAKES (State Center for Development and Research in Social and Health Care -Centro Estatal para el Desarrollo e Investigación de la Atención Social y de Salud) que estudia con metodología cuasi-experimental los primeros episodios de pacientes psicóticos (Lehtinen, Aaltonen, Koffert, et al., 2000). El periodo de inclusión se extiende de Abril de 1992 hasta Marzo de 1997 para aquellos pacientes aquejados de psicosis no-afectivas (*DSM-III-R*). Como sucede en los tres centros de investigación, Laponia Oeste tiene la tarea de comenzar el tratamiento sin iniciar, al mismo tiempo, la medicación neuroléptica. Estrategia que se compare con la de otros tres centros de investigación en los que la medicación se utiliza de forma estándar, la mayoría de las veces muy al comienzo del tratamiento. En Laponia Oeste el 58% de los pacientes estudiados estaban diagnosticados de esquizofrenia (Seikkula et al., 2001b).

Cuando se comparan los pacientes esquizofrénicos que participaron en el procedimiento del Diálogo Abierto con aquellos que siguieron una terapia convencional, el proceso de tratamiento y los resultados difieren de forma significativa. Las



hospitalizaciones de los pacientes de la condición de Diálogo Abierto eran menos frecuentes, un 35% de ellos requerían medicación neuroléptica, frente al 100% del tratamiento convencional. En un seguimiento a los dos años, el 82% o no tenía síntomas o los tenía de forma mínima, frente al 50% del tratamiento convencional. Los pacientes de Laponia Oeste tenían un estatus de empleo mejor, el 23% recibían una pensión por discapacidad, frente al 57% en el grupo control. Hubo un 24% de recaídas en el Diálogo Abierto frente al 71% en el grupo de control (Seikkula, Alakare, Aaltonen, *et al.*, en prensa). Una posible razón de este buen pronóstico relativo es que en Laponia Oeste se ha acortado a 3,6 meses el tiempo por el que la psicosis permanece no-tratada. Los procedimientos de redes enfatizan la atención inmediata de los casos agudos antes de que se cronifiquen (Seikkula et al., 2001b).

En resumen, es importante considerar el Diálogo Abierto como la transformación del sistema psiquiátrico, acompañado del consiguiente cambio administrativo, con la implicación de los médicos de atención primaria y de los psiquiatras, con acceso a un entrenamiento y con investigación continua de evaluación. Las poéticas de la entrevista son consistentes con y se ven reforzadas por la micropolítica del contexto profesional.

## CONCLUSIÓN

Gregory Bateson (1969) escribió en relación con el doble vínculo, “si esta patología puede soslayarse o resistirse, la experiencia puede promover la creatividad” (p. 242). El procedimiento del Diálogo Abierto es una forma de resistir la experiencia de “patología.” En su lugar se construye un “diálogo transformativo” en el seno de la red social (Gergen & MacNamee, 2000). La experiencia de fracaso es cotidiana en el trabajo con los casos psiquiátricos más graves. El procedimiento del Diálogo Abierto ofrece una promesa nueva de encontrar la salida al laberinto.

En muchas partes de América, el sistema público de salud mental está en serios apuros. Un informe reciente de las autoridades sanitarias muestra que el 80% de los niños y de las familias que necesitan de los servicios de salud mental no reciben una atención apropiada (U.S. Public Health Service, 2000). En los medios de comunicación han aparecido reportajes sobre niños y adultos “atrapados” en hospitales y en varios estados se han planteado demandas judiciales para remediar la situación (Goldberg, 2001, July 9). Algunas estrategias de gestión de servicios de salud han promovido un modelo biológico descontextualizado que ni ahorra costos ni promueve una terapia más eficaz.

Al mismo tiempo, una evidencia creciente sugiere que los modelos comunitarios, como el Diálogo Abierto, son eficientes desde un punto de vista económico y ético. Inspirado en los principios dialógicos de Bakhtin y en otras ideas post-modernas, esta forma de trabajar ha humanizado y mejorado el cuidado de los jóvenes afectados de crisis muy serias, tales como la psicosis. Los principios del Diálogo Abierto pueden adaptarse a otros tipos de problemas serios. La idea de la

terapia de red social proviene originariamente de los Estados Unidos pero los modelos económicos de gestión de servicios han limitado su aplicación. Cuando enfrentamos una crisis, quizás resulte útil recordar los “caminos rechazados” y tomar en serio la promesa de un procedimiento como el del Diálogo Abierto.

---

*En los últimos años se ha venido desarrollando en Finlandia un procedimiento que utiliza la red social denominado “Diálogo Abierto”. Se trata de un procedimiento psiquiátrico basado en el lenguaje, derivándose de los principios dialógicos de Bakhtin (1984) que continúa la tradición de Bateson. Se ofrecen dos niveles de análisis, el poético y el micropolítico. El poético incluye tres principios: “tolerancia de la incertidumbre”, “dialógico” y “polifonía de la red social”. En la sesión de tratamiento se muestra cómo funcionan estos principios poéticos para generar el diálogo terapéutico. El análisis micropolítico se refiere a los procedimientos de la institución que apoyan nuestra forma de trabajo y que son una parte del Tratamiento Adaptado-a-la-Necesidad finlandés. La investigación reciente muestra que el Diálogo Abierto mejora los resultados de los tratamientos usuales en jóvenes afectados por diferentes tipos de crisis psiquiátricas, como psicosis. En un seguimiento a dos años realizado a una muestra no-aleatoria de psicóticos con un solo episodio, se encontró que reducía la estancia hospitalaria a 19 días; se necesitó medicación neuroléptica en el 35% de los casos, en el 85% o no se necesitó o se utilizaron dosis bajas o no remitían los síntomas. Sólo el 23% necesitó de pensiones asistenciales.*

*Palabras clave: diálogo abierto, esquizofrenia, narrativas, conversación, equipo reflexivo, conversación terapéutica.*

Traducción: José Navarro Góngora

### Notas de los autores

- <sup>1</sup> El término “práctica comunitaria” aparece en los escritos de Lynn Hoffman (2000) basado en la idea de perspectiva comunitaria propuesta por Tom Andersen.
- <sup>2</sup> Los detalles del caso se han modificado para hacer imposible su identificación.
- <sup>3</sup> “[este signo significa que los interlocutores hablan de forma simultánea.

### Nota del editor:

El presente artículo apareció publicado en Family Process 42(3) :403-418, 2003. Agradecemos su permiso para su traducción y publicación.

## Referencias Bibliográficas

- AALTONEN, J., SEIKKULA, J., ALAKARE, B., HAARAKANGAS, K., KERÄNEN, J., & SUTELA, M. (1997). Western Laponia project: A comprehensive family- and network-centered community psychiatric project. *ISPS. Abstracts and lectures 12-16, October 1997*. London.
- ALANEN, Y. (1997). *Schizophrenia. Its origins and need-adapted treatment*. London: Karnac Books.
- ALANEN, Y., LEHTINEN, V., LEHTINEN, K., AALTONEN, J., & RÄKKÖLÄINEN, V. (2000). The Finnish integrated model for early treatment of schizophrenia and related psychosis. En B. Martindale, A. Bateman, M. Crowe, & F. Margiseon (Eds.), *Psychosis. Psychological approaches and their effectiveness* (pp.235-265). London: Gaskell.
- American Psychiatric Association. (1987). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders* (3rd ed., rev.). Washington, DC: Author.
- ANDERSEN, T. (1987). The reflecting team: Dialogue and meta-dialogue in clinical work. *Family Process*, 26, 415-428.
- ANDERSEN, T. (1990). *The reflecting team: Dialogues and dialogues about dialogues*. New York: Norton.
- ANDERSEN, T. (1992). Reflections on reflecting with families. En S. MacNamee & K. Gergen (Eds.), *Therapy as social construction* (pp. 54-68). London: Sage.
- ANDERSEN, T. (1995). Reflecting processes: Acts of informing and forming. En S. Friedman (Ed.), *The reflective team in action: Collaborative practice in family therapy* (pp. 11-35). New York: Guilford Press.
- ANDERSON, C., HOGARTY, G., & REISS, D. (1980). Family treatment of adult schizophrenic patients: A psycho-educational approach. *Schizophrenia Bulletin*, 6, 490-505.
- ANDERSON, H. (1997). *Conversation, language, and possibilities*. New York: Basic Books.
- 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.
- ANDERSON, H., & GOOLISHIAN, H. (1992). The client is the expert: A not-knowing approach to therapy. En S. MacNamee & K. Gergen (Eds.), *Therapy as social construction* (pp. 54-68). London: Sage.
- BAKHTIN, M. (1984). *Problems of Dostojevskij's poetics. Theory and history of literature: Vol. 8*. Manchester: Manchester University Press.
- BATESON, G. (1962). A note on the double bind. En C. Sluzki & D. Ransom (Eds.), *Double bind: The foundation of the communicational approach to the family* (pp.39-42). New York: Grune & STRATTON.
- BATESON, G., JACKSON, D., HALEY, J., & WEAKLAND, J. (1956). Toward a theory of schizophrenia. En C. Sluzki & D. Ransom (Eds.), *Double bind: The foundation of the communicational approach to the family* (pp.3-22). New York: Grune & Stratton.
- BOSCOLO, L., CECCHIN, G., HOFFMAN, L., & PENN, P. (1987). *Milan systemic family therapy: Conversations in theory and practice*. New York: Basic Books.
- COFFEY, E. P., OLSON, M.E., & SESSIONS, P. (2001). The heart of the matter: An essay about the effects of managed care on family therapy with children. *Family Process*, 40, 385-399.
- DERRIDA, J. (1971). White mythology: Metaphor in the text of philosophy. En A. Bass (Trans.), *Margins of philosophy* (pp. 207-271). Chicago: University of Chicago Press.
- FALLOON, I. (1996). Early detection and intervention for initial episodes of schizophrenia. *Schizophrenia Bulletin*, 22, 271-283.
- FALLOON, J., BOYD, J., & MCGILL, C. (1984). *Family care of schizophrenia*. New York: Guilford Press.
- GERGEN, K. (1999). *An invitation of social construction*. London: Sage.
- GERGEN, K., & MACNAMEE, S. (2000). From disordering discourse to transformative dialogue. En R. Neimeyer & J. Raskin (Eds.), *Constructions of disorders* (pp. 333- 349). Washington DC: American Psychological Association.
- GLEESON, J., JACKSON, H., STAVELY, H., & BURNETT, P. (1999). Family intervention in early psychosis. En P. McGorry & H. Jackson (Eds.), *The recognition and management of early psychosis* (pp.380-415). Cambridge. Cambridge University Press.
- GOLDBERG, C. (2001, July 9). Children trapped by mental illness. *The New York Times*, pp. A1, A11.
- GOLDNER, V., PENN, P., SCHEINBERG, M., & WALKER, G. (1990). Love and violence: Gender paradoxes in volatile attachments. *Family Process*, 29, 343-364.
- GOLDSTEIN, M. (1996). Psycho-education and family treatment related to the phase of a psychotic disorder. *Clinical Psychopharmacology*, 11(Suppl. 18), 77-83.
- HAARAKANGAS K. (1997). 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. Resumen inglés. *Jyväskylä Studies in Education, Psychology and Social Research*.
- HOFFMAN, L. (1981). *Foundations of family therapy*. New York: Basic Books.
- HOFFMAN, L. (1992). A reflexive stance for family therapy. En S. MACNAMEE & K. GERGEN (Eds.), *Therapy as social construction* (pp.7-24). London: Sage.
- HOFFMAN, L. (2000). A communal perspective for relational therapies. En M.E. Olson (Ed.), *Feminism, community, and communication* (pp. 5-17). New York: Haworth Press.
- HOFFMAN, L. (2002). *Family therapy: An intimate history*. New York: Norton.
- HOLMA, J. (1999). The search for a narrative: Investigating acute psychosis and the Need-Adapted treatment model from the narrative viewpoint. *Jyväskylä Studies in Education, Psychology and Social Research*, 150.
- KERÄNEN, J. (1992). The choice between outpatient and inpatient treatment in a family centred psychiatric treatment system. Resumen en inglés. *Jyväskylä Studies in Education, Psychology and Social Research*, 93.
- LANNAMAN, J. (1998). Social construction and materiality: The limits of indeterminacy in therapeutic settings. *Family Process*, 37, 393-413.
- LEHTINEN, V., AALTONEN, J., KOFFERT, T., RÄKKÖLÖINEN, V., & SYVÄLAHTI, E. (2000). Two-year outcome in first-episode psychosis treated according to an integrated model. Is immediate neuroleptisation always needed? *European Psychiatry*, 15, 312-320.
- MACKINNON, L., & MILLER, D. (1987). The new epistemology and the Milan approach: Feminist and sociopolitical considerations. *Journal of Marital and Family Therapy*, 13, 139-156.
- MCGORRY, P., EDWARDS, J., MIHALOPOULOS, C., HARRIGAN, S., & JACKSON, H. (1996). EPPIC: An evolving system of early detection and optimal management. *Schizophrenia Bulletin*, 22, 305-325.
- OLSON, M. E. (1995). Conversation and writing: A collaborative approach to bulimia. *Journal of Feminist Family Therapy*, 6(4), 21-44.
- PAKMAN, M. (1999). "Designing Constructive Therapies in Community Mental Health: Poetics and Micro-Politics in and Beyond the Consulting Room," *Journal of Marital and Family Therapy*, 25 (1), 83-98.
- PENN, P. (2001). Chronic illness: Trauma, language, and writing: Breaking the silence. *Family Process*, 40, 33-52.
- RILKE, R. M. (1984) *Letters to a Young Poet*. New York: Random House.
- SEIKKULA, J. (1994). When the boundary opens: family and hospital in co-evolution. *Journal of Family Therapy*, 16, 401-414
- SEIKKULA, J. (2002). Open dialogues with good and poor outcomes for psychotic crisis. Examples from families with violence. *Journal of Marital and Family Therapy*, 28, 263-274.
- SEIKKULA, J., AALTONEN, J., ALAKARE, B., HAARAKANGAS, K., KERÄNEN, J., & SUTELA, M. (1995). Treating psychosis by means of open dialogue. In S. Friedman (Ed.), *The reflective team in action* (pp. 62-80), New York: Guilford Press.
- SEIKKULA, J., ALAKARE, B., & AALTONEN, J. (2001a). Open dialogue in psychosis I: An introduction and case illustration. *Journal of Constructivist Psychology*, 14, 247-266.
- SEIKKULA, J., ALAKARE, B., & AALTONEN, J. (2001b). Open dialogue in first-episode psychosis II: A comparison of good and poor outcome cases. *Journal of Constructivist Psychology*, 14, 267-284.
- SEIKKULA, J., ALAKARE, B., AALTONEN, J., HOLMA, J., RASINKANGAS, A., & LEHTINEN V. (en prensa). Open dialogue approach: Treatment principles and preliminary results of a two-year follow-up on first-episode schizophrenia. *Ethical and Human Sciences and Services*.
- SELVINI-PALAZZOLI, M., BOSCOLO, L., CECCHIN, G., & PRATA, G. (1978). *Paradox and counterparadox*. New York: Jason Aronson.
- SELVINI-PALAZZOLI, M., BOSCOLO, L., CECCHIN, G., & PRATA, G. (1980). Hypothesizing, circularity and neutrality. Three guidelines for the conductor of the session. *Family Process*, 19, 3-12.
- TUORI, T. (1994). Skitsofrenian hoito kannattaa. Raportti skitsofrenian, tutkimuksen, hoidon ja kuntoutuksen valtakunnallisen kehittämissohjelman 10-vuotisarviointista. [Tratamiento eficaz de la esquizofrenia]. Helsinki: Stakes raportteja 143.
- U.S. Public Health Service. (2000). *Report of the surgeon general's conference on children's mental health: Developing a national action agenda*. Washington, DC: Author
- VOLOSHINOV, V. (1996). *Marxism and the philosophy of language*. Cambridge, MA: Harvard University Press.
- VYGOTSKY, L. (1970). *Thought and language*. Boston, MA: MIT Press.
- WEAKLAND, J. H. (1960). The "double bind" hypothesis of schizophrenia and three-party interaction. En C. Szuzki & D. Ransom (Eds.), *Double bind: The foundation of the communicational approach to the family* (pp.23-37). New York: Grune & Stratton. (1995). *Re-authoring lives: Interviews & essays*. Adelaide, Australia: Dulwich Centre Publications.