

CAPITULO 9

Diálogo Abierto: Una Aproximación Al Tratamiento Psicoterapéutico de La Psicosis en Finlandia del Norte

KAUKO HAARAKANGAS, JAAKKO SEIKKULA,
BIRGITTA ALAKARE, JUKKA AALTONEN

Traducción Marcela Arratia Marzolo

El diálogo abierto es un enfoque construccionista social para el tratamiento de la enfermedad mental grave, que se desarrolló en el Hospital de Keropudas en Finlandia, donde continúa evolucionando y expandiéndose. Es más una forma de pensar y de trabajar en contextos psiquiátricos, que un método definido. En este capítulo, describimos este enfoque para el tratamiento, centrándonos en las sesiones de tratamiento como el foro primario para generar el diálogo. Primero esbozamos la historia del proyecto e identificamos siete directrices para la organización del tratamiento. A continuación, detallamos los fundamentos pragmáticos y teóricos para las sesiones de tratamiento, que son el corazón de la dinámica del diálogo abierto.

Antecedentes

El área de tratamiento de Länsi-Pohja, situado en el oeste de Laponia y bordeando Suecia al oeste, atiende a una población de 68.500 habitantes, la cual es lingüística, étnica y religiosamente homogénea. Situada en Tornio, el Hospital de Keropudas alberga el único centro de tratamiento psiquiátrico en la zona y tiene capacidad para 55 pacientes, incluyendo treinta casos agudos. Aunque la superficie total de Länsi-Pohja es de 7.000 kilómetros cuadrados, el ochenta por ciento de la población se concentra en dos ciudades importantes:

Tornio y Kemi. La distribución de la población es problemática según refleja en el oeste de Laponia la tasa de desempleo que supera el 50% en comparación con el ocho por ciento a nivel nacional. El rápido pasar de una economía agraria a una economía más centralizada en la ciudad basada en el servicio, ha afectado significativamente a la población en términos de salud mental. La incidencia de la esquizofrenia ha sido extremadamente alta antes de mediados de 1980, con un promedio anual de 35 nuevos pacientes con esquizofrenia por cada 100.000. A mediados de los noventa se produjo un rápido descenso al 7 por 100.000 debido al desarrollo de la nueva familia y una red de trabajo centrada en los sistemas de tratamiento, a saber, la necesidad de adaptación y los enfoques de diálogo abierto (Aaltonen y otros, 1997)

Desde el enfoque al diálogo abierto adaptado-a-la-necesidad.

El tratamiento psiquiátrico de la esquizofrenia en Finlandia comenzó a desarrollarse a principios de los ochenta con el trabajo Proyecto Nacional Finlandés de Esquizofrenia y la introducción del Enfoque de necesidades-adaptadas (Alanen, Lehtinen, Rökköläinen y Aaltonen, 1991). El Enfoque de necesidades-adaptadas destacó (a) rápida intervención, (b) planificación del tratamiento para cumplir con el cambio y las necesidades específicas-del-caso de cada paciente y de la familia, (c) la atención a la actitud psicoterapéutica en ambos, evaluación y tratamiento, (d) visión del tratamiento como un proceso continuo, integrando así diferentes métodos terapéuticos y (f) seguimiento consistente del proceso de tratamiento y resultados (Alanen, Lehtinen, Rökköläinen, y Aaltonen, 1991; Alanen, 1997).

El Enfoque Adaptado-a-las-Necesidades se desarrolló adicionalmente en la década de los ochenta en un diálogo abierto por la unidad de psiquiatría de Laponia Occidental Finlandés (Lansipohja). Este modelo de intervención organiza los tratamientos psicoterapéuticos en unidades de tratamiento que consisten en equipos móviles de crisis, pacientes y su red social de trabajo. A mediados de los noventa, este tipo de tratamiento psicoterapéutico

estuvo disponible para todos los pacientes dentro de sus sistemas particulares de apoyo social. Actualmente, los 5 pacientes mentales clínicos ambulatorios, junto con el Hospital Keropudas, usan los equipos móviles de intervención en crisis para casos específicos. Todos los miembros del personal (tanto para pacientes hospitalizados como ambulatorios) pueden ser obligados a participar en estos equipos; por lo tanto, a todos se les ofrece la oportunidad de participar, ya sea en terapia familiar por 3 años o en un programa similar. De 1989 a 2003, 94 profesionales han participado en el programa de terapia familiar y así están calificados para ejercer la psicoterapia de acuerdo a la Ley finlandesa, aumentando el número de psicoterapeutas per cápita en esta área, a las más altas de Finlandia.

Con el fin de evaluar la efectividad del modelo y desarrollarlo, se han llevado a cabo varios estudios de investigación (Seikkula, 1991; Keränen, 1992; Seikkula y otros, 1995; Aaltonen y otros, 1997, Haarakangas, 1997, Seikkula, Alakare y Aaltonen, 2000, 2001a, y 2001b). En un seguimiento de los resultados del primer episodio de psicosis, después de 2 años de tratamiento el 83% había regresado a sus trabajos o estudios o estaban buscando empleo, y el 77% no tenía síntomas psicóticos residuales. En algunos casos, los problemas resurgieron con el 21% que tienen por lo menos una recaída (Seikkula y otros, 2000.; Seikkula, 2002).

Comparando estos resultados con los de los tratamientos más tradicionales en Finlandia, hubo más reuniones familiares, menos días de hospitalización, reducción del uso de medicación neuroléptica y una reducción de los síntomas psicóticos (Lehtinen et al., 2000). Hemos encontrado que la facilitación de comunicación dialógica dentro de los sistemas de tratamiento, es un enfoque altamente efectivo.

Abriendo el diálogo: Modelo de trabajo

La experiencia clínica y los estudios de investigación con este modelo han identificado siete principios fundamentales, ambos práctica y

contextualmente relevante, que puede aplicarse en todas las crisis psiquiátricas sin importar el diagnóstico específico.

1. *La intervención inmediata.* La primera reunión se prepara para dentro de 24 horas a partir del primer contacto hecho por el paciente, un familiar, o institución referencial. Esta intervención inmediata permite al equipo tratante aprovechar las oportunidades que ofrece la crisis, incluyendo la movilización de las redes sociales de apoyo de la familia y del paciente. La crisis libera recursos no explotados previamente y moviliza cuestiones no discutidas a la luz pública, ofreciendo un potencial tratamiento único. En esta etapa todas las posibilidades están abiertas.

2. *La red social y los sistemas de apoyo.* Los miembros de la familia y otros, significativos para el paciente, son invitados a participar en la sesión de tratamiento y seguimiento de lo acordado. Otro tipo de apoyo de miembros de instituciones, como los trabajadores de servicio social, el empleador del paciente, los trabajadores de seguros de salud y otros empleados o supervisores del hospital también están invitados a participar en el tratamiento.

3. *Flexibilidad y movilización.* El tratamiento está adaptado a las necesidades específicas y cambiantes del paciente y su familia. Modificamos nuestras prácticas de trabajo e integramos terapias especializadas e intervenciones según sea necesario. Por ejemplo, en una situación de crisis, sugerimos una reunión diaria en el hogar del paciente en lugar de adherirse a los protocolos tradicionales prescritos que definen rígidamente la frecuencia de tratamiento, forma y configuración.

4. *El trabajo en equipo y responsabilidad.* El integrante del personal en inicialmente contactado es responsable de la organización de la primera reunión de tratamiento. Se forma un equipo de acuerdo a las necesidades del paciente, con la

posibilidad de incluir tanto personal ambulatorio como de hospitalizados. En el tratamiento de la psicosis, por ejemplo, un equipo de tres integrantes es especialmente adecuado: un psiquiatra de crisis clínica, un psicólogo de la clínica local del paciente ambulatorio y una enfermera de sala del hospital. Todos los miembros del equipo asumirán la responsabilidad de todo el proceso de tratamiento.

5. *Continuidad psicológica.* Los integrantes del equipo siguen manteniéndose coherentes durante todo el proceso de tratamiento, independientemente de si el paciente está en casa o en el hospital y de la duración de tratamiento. Por ejemplo, de una crisis de primer episodio se puede esperar una duración de dos a tres años (Jackson y Birchwood, 1996) requiriendo un compromiso a largo plazo. Continuidad psicológica es también un factor crítico en la integración de diferentes modalidades terapéuticas -una integración que se puede lograr a través de una conversación abierta en las reuniones de tratamiento.

6. *La tolerancia a la incertidumbre.* En una crisis aguda, el terapeuta mantiene todas las vías abiertas y evita conclusiones apresuradas o soluciones de tratamiento como la hospitalización y la medicación neuroléptica. El equipo debe tener fe y confianza en su propio trabajo con el fin de fomentar la esperanza y confianza en la familia. Se necesita suficiente tiempo para crear un entorno de trabajo seguro para el paciente, la familia y el equipo

7. *Diálogo.* Nuestra atención se centra principalmente en generar el diálogo entre todos los participantes en la reunión de tratamiento. El diálogo crea nuevos significados y explicaciones que introducen posibilidades y cooperación de todos los participantes. Es de fundamental importancia que el equipo cree un entorno seguro para que todo lo que se diga pueda ser discutido abiertamente, lo que permite la generación de una nueva comprensión colectiva sobre la

naturaleza del problema. El diálogo es visto como un foro en el que el paciente, la familia y los miembros del equipo pueden crear nuevos significados para el comportamiento y síntomas del paciente (Anderson, 1997; Anderson y Goolishian, 1988; Haarakangas, 1997), ayudando a la familia y al paciente a adquirir más autonomía en sus propias vidas debatiendo los problemas (Holma y Aaltonen, 1997).

Reuniones para el Tratamiento

El principal foro para la interacción terapéutica es la sesión para el tratamiento, al cual asiste el paciente y las personas más cercanas relacionadas con el problema. Todos los planes de gestión y las decisiones se hacen con todos los presentes. A principios de 1980, Alanen y sus colegas invitaron a pacientes y miembros de la familia a participar en la reunión. Las llamaron "sesiones de terapia", ya que habían documentado los efectos terapéuticos. De acuerdo a Alanen (1997), las reuniones para el tratamiento tienen tres funciones: (a) recopilación de información, (b) creación de un plan de tratamiento basado en el diagnóstico hecho en las sesiones y (c) la generación de un diálogo psicoterapéutico. En 1984, los pacientes del Hospital Keropudas fueron invitados a participar en la reunión en la que se discutieron sus problemas y se creó su plan de tratamiento. En todos los casos, los miembros de la familia también fueron invitados tan pronto como fue posible, luego que el integrante de la familia fue hospitalizado.

En 1987, el hospital creó un equipo de crisis que llevó a cabo reuniones para el tratamiento antes de la admisión, para decidir si la hospitalización era la opción más apropiada. Aunque estas originalmente se referían a "sesiones de admisión", las alternativas de hospitalización, incluyendo las visitas de atención domiciliaria se consideraron cuidadosamente. Investigaciones (Seikkula, 1991;

Keränen, 1992) han concluido que las visitas domiciliarias son una efectiva alternativa a la hospitalización.

Igualdad dialógica en las reuniones para Tratamiento

El tratamiento psiquiátrico ha sido tradicionalmente muy jerárquico. Los psiquiatras han tomado importantes decisiones de tratamiento que luego han sido llevadas a cabo por las enfermeras. Los psiquiatras han por lo general han tomado las decisiones basándose estrictamente en su experiencia médica, pruebas psicológicas, y/u opiniones de otros expertos. Aunque se ha producido un cierto nivel de colaboración entre los diferentes profesionales, las voces concedoras del personal de enfermería en particular, no han participado igualmente en las conversaciones para el tratamiento. El psiquiatra ha tomado una posición autoritaria que pocas enfermeras se han atrevido a desafiar.

Una vez que el tratamiento centrado en la familia y las sesiones para el tratamiento se hayan efectuado, la participación del paciente y sus familiares se vuelven cruciales para el proceso del tratamiento. En la medida en que la terapia de familia se ganó un lugar junto a la terapia individual, apareció un nuevo grupo de especialistas, los terapeutas familiares. Al principio, muchos miembros del personal consideraron con aprehensión e incertidumbre los métodos e intervenciones de los terapeutas familiares, creando una sensación de división y por lo tanto, aumentando la resistencia de las enfermeras a tomar un papel activo en la sesión.

En este contexto, todos los miembros del personal que participó en las sesiones para el tratamiento en el hospital Keropudas fueron estimulados a expresar sus observaciones y opiniones sobre el tratamiento de un paciente. Y sobretodo, los terapeutas familiares comenzaron a preguntar a las enfermeras sus impresiones sobre la situación, teniendo en cuenta que no hay una sola verdad, sino más bien muchos puntos de vista que, cuando se

comunican, crean un sentido de experiencia compartida dentro de un equipo de tratamiento. Así, el conocimiento tácito de las enfermeras se consideró junto con el conocimiento de los psiquiatras y terapeutas, permitiendo finalmente que sus voces fueran escuchadas.

Aunque las enfermeras en el Hospital Keropudas habían alcanzado cierta influencia y el hospital buscaba un ambiente de democracia, las actitudes jerárquicas parecían arraigadas y difíciles de cambiar. Una enfermera experta en salud mental comentó sobre su transición desde su tradicional rol de no experto al de experto contribuidor: "Me preguntaba porqué él (el psicólogo) me preguntaba (una opinión). No sé de este tipo de cosas, ¿verdad?." Para facilitar la participación activa en el proceso de diálogo abierto, la enfermera jefe animaba sistemáticamente a las enfermeras a comunicar sus opiniones individuales aún cuando no fuera ese, tradicionalmente, su rol. En consecuencia, la auto estima ocupacional de las enfermeras mejoró y su conocimiento se convirtió en un recurso terapéutico.

Además, el paciente ya no se ve como un objeto de tratamiento, sino más bien como un sujeto en tratamiento. Los pacientes no han participado en las conversaciones ni en la toma de decisiones en relación a sus tratamientos. Después que los profesionales deciden adoptar un plan de tratamiento, se los llama para comunicarles su decisión. A los integrantes familiares se les ha considerado en un rol aún más marginal. Su participación sólo podía limitarse a un nombre o una nota en caso de registrar algo acerca de los familiares cercanos o como informante en una situación de admisión.

Hasta finales de 1980, muchos hospitales no daban cabida a las visitas de familiares a causa del estrés que se producía en el personal. Cuando la familia y el paciente fueron finalmente invitados a ser socios colaboradores, las sesiones para el tratamiento se convirtieron en un foro para la conversación terapéutica igualitaria. El cambio hacia una cultura de tratamiento "polifónico" no fue fácil,

donde los pensamientos y opiniones de los de las diferentes personas podrían entremezclarse como voces independientes, voces iguales sin una voz dominante, o simplemente acompañando a otras voces (Bakhtin, 1984).

Múltiples voces para la sesión de Tratamiento

La multiplicidad de voces es parte natural del tratamiento centrado en la familia y la red de apoyo. Una "voz" en este contexto es una metáfora que representa los puntos de vistas variables y específicos expresados en el contexto de la sesión para el tratamiento en relación al tema de la conversación (Bakhtin, 1981; Haarakangas, 1997). Por ejemplo, los puntos de vista de los trabajadores en una clínica para pacientes ambulatorios son diferentes a los de los trabajadores en una sala de hospital. Los puntos de vista ocupacionales, la ideología del tratamiento y la orientación psicoterapéutica varían con el nivel y tipo de educación, formación y experiencia. Además, las voces del paciente y las de sus familiares suelen representar la más íntima conexión con los temas de conversación en las reuniones para el tratamiento, dado que los miembros de la familia son los mejores expertos en su propia vida. La voz de cada persona refleja las múltiples posiciones que cada una mantiene simultáneamente en la vida. Teniendo en cuenta que los trabajadores del tratamiento son hijos de padres, padres de familia, y posiblemente abuelos, estas variadas y contradictorias posiciones mejoran sus posibilidades de relacionarse empáticamente con sus pacientes.

Las conversaciones de múltiples voces en la sesión para el tratamiento contribuyen a alcanzar acuerdos significativos y los objetivos terapéuticos, ya que permite un cuadro más completo, terapéuticamente multifacético. Por ejemplo, en el tratamiento de un paciente psicótico, la experiencia y preocupación de la familia y de los miembros del equipo deben ser considerados desde una perspectiva biomédica, psicológica y social.

Incluyendo la propia voz del paciente

Las ideas delirantes y las palabras deben verse como una clave importante para entender el mundo que el paciente psicótico habita. Los miembros de la familia pueden ayudar enormemente en las conexiones entre los acontecimientos de la vida del paciente y las experiencias psicóticas.

Cuando sea necesario, se pueden integrar a las sesiones para el tratamiento, varios otros puntos de vista psicoterapéuticos o de rehabilitación. Desde el punto de vista de los terapeutas, las múltiples voces en las sesiones para el tratamiento son un reto. ¿Cómo igualamos las diferentes voces? ¿Cómo creamos un ambiente seguro donde los temas difíciles se puedan debatir libremente?

Creando un ambiente seguro en las sesiones para el tratamiento.

La primera tarea en la organización de una sesión para el tratamiento es fijar una hora y un lugar e identificar a los participantes. Cuando estos detalles están bien atendidos, los pacientes tienen la sensación de que sus inquietudes se toman en serio, que se les escucha y son cuidados. En una situación de crisis aguda, la sesión para el primer tratamiento tiene que ser arreglada dentro de las 24 horas a partir del primer contacto. Una visita a la casa es a menudo una alternativa que aumenta la sensación de seguridad para los miembros de la familia porque los pacientes están en su propio territorio y los miembros del equipo de tratamiento son los visitantes. Una ventaja de las visitas domiciliarias es la posibilidad de ver y experimentar el contexto de la vida del paciente más directamente que en una sala de terapia del hospital o en una clínica psiquiátrica. En otros casos, la

estructura y el personal del hospital o centro de salud puede proporcionar seguridad física y psicológica y los límites necesarios no disponibles en la situación en el hogar. La presencia de familiares y conocidos profesionales de tratamiento son especialmente importantes en las sesiones para el tratamiento de un paciente psicótico. La responsabilidad de los miembros del equipo de tratamiento es asegurar que no se experimenta amenaza física o psicológica.

Se requiere suficiente tiempo para conversar en una sesión para tratamiento. Se ha demostrado que un marco de tiempo conveniente es de una hora y media, ofreciendo un tiempo suficiente para llegar a un entendimiento y crear un "espacio seguro" para que todos participen en la conversación. Al comienzo de la sesión para tratamiento, hay una fase de acoplamiento mutuo (Haarakangas, 1997) durante la cual los participantes se conocen y desarrollan una conexión que permita el despliegue de la conversación. El acostumbrado apretón de manos y otros gestos sociales son una parte importante de las sesiones de tratamiento. En la primera sesión y cuando los nuevos participantes estén involucrados, es necesaria una ronda de presentaciones, incluyendo los nombres de los participantes y la relación con el paciente, así como una orientación sobre el proceso de tratamiento. Después de las presentaciones, el terapeuta pide al paciente y la familia conversar sobre sus preocupaciones.

El terapeuta acomoda sus palabras a las del paciente y su familia y respeta las definiciones y el lenguaje expresado por cada uno. Puede hacer esto mediante el uso de sus palabras y expresiones. El terapeuta puede pedir a una persona "decir más", sobre un tema general o historia y también puede pedir detalles más específicos orientados a las preguntas. Al principio, es importante para dilucidar la aparición de la preocupación, lo que la agrava, quien se dio cuenta, quién es el más preocupado por ella y qué medidas se han tomado para aliviarla. La tarea del terapeuta en la sesión de

tratamiento es la de generar un ambiente psicológicamente seguro en el que todos los miembros se sientan libres de expresar lo que quieren decir y explorar sus preocupaciones individuales, dolores y ansiedades. Y, no hay prisa. El terapeuta puede compartir experiencias personales o cómo otros pacientes sí lo han hecho bien a pesar de las dificultades que enfrentan. Estas historias pueden dar lugar a la confianza y a la esperanza. Lo que se necesita es tiempo y una conversación significativa con la familia como un socio colaborativo en el proceso de tratamiento.

Mantener la conversación y generar un diálogo en la sesión de tratamiento se realiza mejor con un equipo de terapia de tres personas, dos terapeutas en el diálogo y el tercero toma la posición de terapeuta reflexivo. El enfoque de equipo ayuda a los terapeutas a enfrentar el estrés y la ansiedad de un paciente y su familia. Se ponen altas expectativas y esperanzas sobre el equipo en relación a aliviar el sufrimiento del paciente, y frecuentemente los terapeutas individuales descubren y soportan la incertidumbre y ocasiona impotencia a medida que avanza el proceso de tratamiento.

Como equipo, los terapeutas mantienen la esperanza y la confianza con sus pacientes

“Dialogicalidad” en la sesión de tratamiento

La conversación en la sesión de tratamiento está orientada a obtener comprensión sobre la situación del paciente y de su familia. Los participantes van juntos por el significado y a través de compartir mutuamente diferentes experiencias y perspectivas, encuentran el entendimiento. Nadie, ni siquiera el jefe de psiquiatría, necesita saber de antemano cuál podría ser exactamente la solución “correcta” para los síntomas del paciente o las dificultades de la familia. Esta posición de “no saber” descrita por Anderson y Goolishian (1992), permite que el conocimiento y entendimiento cambien y se desarrollen durante las conversaciones en el proceso del tratamiento. La base epistemológica de esta instancia es el construccionismo

social (Berger y Luckman, 1966; Gergen, 1985; McNamee y Gergen, 1992).

Los terapeutas se esfuerzan por generar una conversación en la cual las variadas voces de los participantes contribuyen a los diferentes significados; cada una de un único pero igualmente participativo lugar. De acuerdo a la teoría Bakhtin de la filosofía del lenguaje (Bakhtin, 1981; Voloshinov, 1996), la palabra del propio hablante y la de los "otros" (una palabra "extraña") que cumple, penetra y cambia a unos y otros. Escuchando el discurso de los otros somos capaces de integrar sus pensamientos a los nuestros y considerar los asuntos desde sus puntos de vista. Nuestra última declaración habrá incorporado nuevos significados del discurso de nuestro interlocutor y de los significados que ellos han conectado con el tema de la conversación. En este proceso, los significados cambian, los temas pueden considerarse en un nuevo contexto, y pueden involucrar nuevos entendimientos.

Bakhtin (1986) dice que "para la palabra (y en consecuencia para un ser humano), no hay nada más terrible que "la falta de respuesta" (pag. 127). Cada palabra y cada ser humano desean entendimiento y respuesta. En una sesión de tratamiento, la responsabilidad del terapeuta, como un miembro del equipo de tratamiento, es asegurar que todos sientan que son escuchados, que se les responde y, en última instancia, que son comprendidos. A pesar de que puede ser confuso y doloroso para el oyente, el lenguaje delirante de un paciente psicótico también busca ser escuchado, entendido y respondido. Si el paciente se siente amenazado, a menudo es importante que los terapeutas aseguren a los pacientes psicóticos que estarán protegidos contra la amenaza. Con estas palabras, los terapeutas se alinean como copartícipes en contra de la amenaza. Los integrantes de la familia del paciente también tienen que estar seguros de que cuentan con el apoyo del equipo de tratamiento igualmente.

Si un participante no habla en una sesión de tratamiento, puede ser invitado a la conversación preguntándole si quiere decir

algo sobre las imágenes que le vienen a la mente al escuchar la conversación. Aquellos que hablan mucho podrían no ser oídos a pesar del volumen de las palabras o quizás debido a ello. En este caso, puede ser recomendable acordar con ellos que pueden hablar el tiempo suficiente como para ser escuchados mientras que los otros escuchan. Sin embargo, se debe pasar la misma cantidad de tiempo escuchando mientras otros hablan.

Escuchar con atención mientras otra persona habla y mantener el interés en lo que está diciendo es una habilidad difícil pero importante. ¿Escuchamos y digerimos las palabras del otro a pesar de que puedan parecernos extrañas? Mientras que escuchamos el discurso del otro, filtramos las palabras a través de nuestro propio sistema de significados construidos por nuestra historia personal. Nuestros filtros personales lo editan para su aceptabilidad, comodidad o confrontación y rara vez identificamos realmente los prejuicios, hábitos de pensamiento y defensas que hemos erguido para modificar o rechazar lo que hemos escuchado.

Ser conscientes de los propios prejuicios y reacciones predecibles nos permiten reflexionar sobre y "suspender" los bloqueos a la escucha real. Con esta claridad viene una madurez como persona y como terapeuta –en la medida en que uno es capaz de una verdadera empatía- con la capacidad de situarse en la posición y el punto de vista del otro. Es una forma "suspensiva" de estar en interacción con otras personas (Bohm, 1996; Ellinor y Gerard, 1998; Isaacs, 1999).

Lo que hemos propuesto hasta ahora es característico de un "diálogo" y de una "conversación dialógica." Yankelovich (1999) presenta tres características distintivas de diálogo que diferencian una de otra forma de conversación. En primer lugar, en el diálogo, todos los participantes deben ser tratados como iguales. En una sesión de tratamiento es posible generar la cooperación entre los

participantes desde una posición de igualdad, porque todos, -incluso los miembros de la familia- son expertos. Todos están en el mismo nivel de "no saber", y su objetivo colectivo es crear entendimiento. La segunda característica es escuchar con empatía. En lugar de defender las opiniones propias, el diálogo se caracteriza por entender los puntos de vista y sentimientos de un interlocutor. La tercera característica es sacar a la luz presunciones subyacentes. El propósito aquí es ser consciente y analizar los supuestos, tanto propios como del otro y las fundamentaciones de pensamiento y trasladarlos a un diálogo abierto. El intento por demostrar el propio punto de vista o refutar directamente el del otro, ocasiona que no se capte la idea. El objetivo del diálogo abierto es llegar a un entendimiento compartido.

Diálogo se deriva de la palabra griega *dialegesthai*, que es la raíz de *dialogos* (Graumann, 1990). Se refiere a la fusión de hablar y de pensar, compartir significados "entre" dos o más socios. Graumann presenta una metáfora de movimiento a partir de dos o más posiciones hacia el mismo lugar, incluso si no hay "acuerdo para estar en desacuerdo" en cuanto a lo que ese lugar debería ser. La metáfora de Bohm es que el diálogo es como una "corriente de significados" fluyendo en, a través y entre nosotros. Lo que se necesita es espacio para el libre flujo de significados. Tenemos que ofrecer un espacio para que la gente hable y también para reflexionar sobre lo que han escuchado. En la sesión de tratamiento esto significa que no hay que apresurarse a pensar, porque el proceso de pensamiento es aplicable sólo al ritmo propio del individuo y su disposición.

Actividad Reflexiva del Equipo de Tratamiento

En la sesión para el tratamiento, los terapeutas están muy ocupados en una corriente de significados. En el diálogo, las palabras surgen y desaparecen, luego reaparecen y cambian. Algunas palabras tienen un peso especial, ya que pueden estar tan cargadas emocionalmente, que solo las afecta el lenguaje corporal y el orador tiene dificultad para mantener su pasión bajo control.

A veces, emergen sentimientos para los cuales parecen no haber palabras disponibles. Al escuchar empáticamente, los terapeutas son sensibles a ambos mensajes emocionales, tanto los que están totalmente cargados de palabras como aquellos sin palabras. Un momento dialógico puede pasar sin previo aviso o puede ser capturado por un terapeuta que lo identifica y refleja en una palabra que parece de gran significancia para el hablante. Por ejemplo, cuando un paciente nombra un miedo usando una palabra especial, un terapeuta explora qué otras palabras se encuentran dentro de esa palabra y cuáles son los diferentes sentimientos que están conectados con ellos. "El cáncer es una palabra grave y aterradora para muchas personas. ¿Qué palabras se conectan con ella"? Como se desprende de la pregunta, este método es hábil y sensiblemente aplicado por el profesor Tom Andersen de la Universidad de Tromsø que se especializa en la captura de fugaces momentos dialógicos y de movimiento de aquellos que definen palabras en la vida de un paciente en la conversación.

Los terapeutas no flotan como piezas de madera a la deriva en una corriente de significados. La habilidad terapéutica implica identificar cuestiones terapéuticamente significativas sobre las cuales los pacientes todavía no pueden hablar. La conversación mutuamente reflexiva en la cual los terapeutas consideran cuestiones difíciles pero importantes, haciéndolas menos amenazantes para la familia. El concepto de Vygotsky (1992) de zona de desarrollo proximal en la educación es similar a la idea del potencial "Discurso

en la terapia" (Haarakangas, 1997) o discurso creado por los terapeutas en el "diálogo reflexivo".

En el diálogo reflexivo, los miembros de un equipo de tratamiento se comprometen en mutuo diálogo sobre las observaciones, pensamientos e imágenes que se plantean en la sesión de tratamiento y, en la reflexión, dirigen sus palabras a otros miembros del equipo más que al paciente y la familia. A esto se les permite así la oportunidad de escuchar la conversación de los terapeutas sin tomar parte en ella, tomar una posición, o responder a ella. Desde el punto de vista del paciente y de la familia, la conversación entre los terapeutas puede ser en un contexto terapéutico en el que se aclaren sus propias experiencias y significados. La habilidad de los miembros del equipo encuentra su expresión en su capacidad de mantener el respeto por el paciente y la familia, equilibrando cuidadosamente sus observaciones finales a fin de no ofender o discrepar gravemente con los observadores (Andersen, 1991). En el mejor de los casos, el diálogo es reflexivo, está flexiblemente conectado a otras conversaciones para asegurar que el paciente y su familia no lo experimenten como ajeno o embarazoso. Reflexionando imágenes subjetivas, los miembros del equipo ayudan a darle a la conversación de la sesión de tratamiento una forma para que el paciente y familia lo entiendan como una opinión y pensamiento personal –no una verdad psiquiátrica asentada y final.

Las preguntas de los terapeutas para el paciente y la familia también pueden ser reflexivas en relación con sus objetivos. Algunas preguntas terapéuticamente efectivas sugeridas por Tom Andersen son: Si su puño que está listo para golpear pudiera hablar, ¿qué diría? ¿Qué desearían decir sus lágrimas? ¿Qué otros sentimientos contienen el dolor que usted ha mencionado? A los familiares también se les preguntó acerca de las reflexiones suscitadas por la

conversación o comentar sobre las opiniones de los otros participantes.

La conversación en las sesiones de tratamiento es un proceso continuo reflexivo donde se alterna el diálogo interno y el externo. Un terapeuta debería mantener el diálogo interno con su propia mente y cuerpo durante el proceso, verificándolo con preguntas a sí mismo, por ejemplo: ¿Por qué pienso y siento que esto es correcto en este momento? ¿Por qué me siento tan incómodo ahora? ¿Es debido a esta conversación o es a causa de mi formación o presunciones? Un terapeuta puede mover su diálogo interior o la experiencia emocional en la conversación con otros miembros del equipo de la terapia durante la sesión de tratamiento. En un diálogo reflexivo entre terapeutas, se pueden explorar las diferencias y similitudes en las observaciones y experiencias. Como se ha evidenciado y modelado en el pensamiento y el comportamiento de los terapeutas, la reflexividad busca despertar en los pacientes una relación reflexiva a su situación.

Pensamientos de cierre

Desde principios de 1980, hemos desarrollado nuestro trabajo hacia el diálogo abierto. En el proceso, hemos evolucionado de "expertos" a "dialogicianos." Esta instancia actual nos permite más flexibilidad, aumentando así nuestras opciones. El método del diálogo abierto también ha transformado al paciente en un compañero de trabajo y los terapeutas en oyentes activos. En el idioma finlandés, podríamos llamar al trabajo de apoyo a las familias atrapadas en una crisis de salud mental "caminando juntos".

Referencias

Aaltonen, J., Seikkula, J., Alakare, B., Haarakangas, K., Keränen, J., and Sutela, M. (1997). Western Lapland project: A comprehensive family- and network-centered community psychiatric project. *ISPS Abstracts and Lectures October 12–16, 1997*. London.

- Alanen, Y. (1997). *Schizophrenia. Its Origins and Need-Adapted Treatment*. London: Karnac.
- Alanen, Y.O., Lehtinen, K., Rökköläinen, V., and Aaltonen, J. (1991). Need-adapted treatment of new schizophrenic patients: experiences and results of the Turku Project. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 83, 363–372.
- Andersen, T. (1991). *The Reflecting Team: Dialogues and Dialogues about the Dialogues*. New York: Norton.
- Anderson, H. (1997). *Conversation, Language and Possibilities. A Postmodern Approach to Therapy*. New York: Basic Books.
- Anderson, H. and 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. and Goolishian, H. (1992). The client is the expert: a not-knowing approach to therapy. In S. McNamee and K. Gergen (Eds.), *Therapy as Social Construction*. London: Sage, pp. 25–39.
- tin, M. (1981). *The Dialogic Imagination: Four Essays*. Ed., by M. Holquist. (C. Emerson & M. Holquist, Trans.). Austin, TX: University of Texas Press.
- tin, M. (1984). *Problems of Dostoevsky's Poetics*. Ed. and trans. by C. Emerson. Manchester University Press.
- tin, M. (1986). *Speech Genres and Other Late Essays*. Eds., C. Emerson and M. Holquist, trans. V. McGee. Austin, TX: University of Texas Press.
- Berger, P. and Luckmann, T. (1966). *The Social Construction of Reality: A Treatise in the Sociology of Knowledge*. New York: Doubleday.
- Bohm, D. (1996). *On Dialogue*. Ed., L. Nichol. London and New York: Routledge.
- Ellinor, L. and Gerard, G. (1998). *Dialogue: Rediscovery the Transforming Power of Conversation*. New York: John Wiley & Sons.
- Gergen, K. (1985). The social constructionist movement in modern psychology. *American Psychologist*, 40, 266–275.
- Graumann, C. (1990). Perspectival structure and dynamics in dialogues. In I. Markova and K. Foppa (Eds.), *The Dynamics of Dialogue*. London: Harvester Wheatsheaf, pp. 105–126.
- Haarakangas, K. (1997). Hoitokokouksen äänet. The voices in treatment meeting: a dialogical analysis of the treatment meeting conversations in family-centered psychiatric treatment process in regard to the team activity. English summary. *Jyväskylä Studies in Education, Psychology and Social Research*, 130.

- Holma, J. and Aaltonen, J. (1997). *The sense of agency and the search for a narrative in acute psychosis. Contemporary Family Therapy, 19*, 463–477.
- Isaacs, W. (1999). *Dialogue and the Art of Thinking Together*. New York: Doubleday.
- Jackson, C. and Birchwood, M. (1996). Early intervention in psychosis: opportunities for secondary prevention. *British Journal of Clinical Psychology, 35*, 487–502.
- Keränen, J. (1992). The choice between outpatient and inpatient treatment in a family centred psychiatric treatment system. English summary. *Jyväskylä Studies in Education, Psychology and Social Research, 93*.
- Lehtinen, V., Aaltonen, J., Koffert, T., Rökköläinen, V., and 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.
- McNamee, S. and Gergen, K. (Eds.) (1992). *Therapy as Social Construction*. London: Sage.
- Seikkula, J. (1991). Family-hospital boundary system in the social network. English summary. *Jyväskylä Studies in Education, Psychology and Social Research, 80*.
- Seikkula, J. (2002). Open dialogues with good and poor outcomes for psychotic crises: examples from families with violence. *Journal of Marital and Family Therapy, 28*, 263–274.
- Seikkula, J., Aaltonen, J., Alakare, B., Haarakangas, K., Keränen, J., and Sutela, M. (1995). Treating psychosis by means of open dialogue. In S. Friedman (Ed.), *The Reflective Process in Action: Collaborative Practice in Family Therapy*. New York: Guilford, pp. 62–80.
- Seikkula, J., Alakare, B., and Aaltonen, J. (2000). A two year follow-up on open dialogue treatment in first episode psychosis: Need for hospitalization and neuroleptic medication decreases. [In Russian, English manuscript from the authors] *Social and Clinical Psychiatry, 10*, 20–29.
- Seikkula, J., Alakare, B., and Aaltonen, J. (2001a). Open dialogue in psychosis I: an introduction and case illustration. *Journal of Constructivist Psychology, 14*, 247–265.
- Seikkula, J., Alakare, B., and Aaltonen, J. (2001b). Open dialogue in psychosis II: a comparison of good and poor outcome cases. *Journal of Constructivist Psychology, 14*, 267–284.
- Voloshinov, V. (1996). *Marxism and the Philosophy of Language* Sixth printing. MA:

Harvard University Press.

Vygotsky, L. (1992). *Thought and Language*. Ed., A. Kozulin. Sixth printing. Cambridge, MA: MIT.

Yankelovich, D. (1999). *The Magic of Dialogue: Transforming Conflict into Cooperation*. New York: Touchstone.