

GLI ELEMENTI CHIAVE DELLA PRATICA DIALOGICA NEL DIALOGO APERTO: CRITERI DI FEDELTA'

Mary Olson, Ph.D.*
Jaakko Seikkula, Ph.D.#
Douglas Ziedonis, M.D., MPH*

*** Università del Massachusetts (Medical School), USA**
Università di Jyväskylä, Finlandia

Questo lavoro ha ricevuto un finanziamento dalla Foundation for Excellence in Mental Health Care assegnato al Dr. Ziedonis dell'Università del Massachusetts Medical School.

Lo scopo di questo documento è quello di sostenere lo sviluppo di una pratica del Dialogo Aperto per tutte le équipe che partecipano a incontri di Dialogo Aperto, ai fini della supervisione e della formazione, e per aiutarle nella ricerca sistematica. Queste équipe possono anche essere utilizzate per la "autoriflessione" dei singoli professionisti interessati.

Il copyright di questo lavoro è condiviso dai suoi autori e il materiale può essere distribuito per intero dietro autorizzazione da parte degli autori. Se siete interessati alla sua traduzione in un'altra lingua, vi preghiamo di contattare il Dr. Ziedonis. Douglas.Ziedonis@umassmemorial.org

Il documento va citato come segue:

Olson, M, Seikkula, J. & Ziedonis, D. (2014). The key elements of dialogic practice in Open Dialogue. The University of Massachusetts Medical School. Worcester, MA.

Traduzione italiana ad opera di:

Marcello Macario, MD, Mental Health Department, Local Health Authority, Savona (Italy)
Angelo Arecco, expert by experience, Italian Hearing Voices Network, Savona (Italy)
Chiara Tarantino, Clinical Psychologist, University of Urbino (Italy)

2 settembre 2014
Version 1.1

Introduzione

La "Pratica Dialogica" nacque dal "Dialogo Aperto" come approccio per aiutare le persone e i loro famigliari a sentirsi ascoltate, rispettate e valorizzate. A partire dal 1984, presso l'ospedale Keropudas di Tornio, in Finlandia, il personale già formato in terapia familiare decise di cambiare le modalità di ricovero dei pazienti. A seguito del lavoro svolto da Yrjö Alanen (1997), modificarono la loro risposta alle crisi acute istituendo una riunione di gruppo, riunendo insieme alla persona interessata, la sua famiglia, altre persone amiche e tutti i professionisti coinvolti, prima di prendere qualsiasi decisione riguardo a un eventuale ricovero. Questa fu la nascita di una nuova pratica aperta che si sviluppò, insieme a una continua innovazione clinica, modifiche organizzative e ricerche, in ciò che ora va sotto il nome di "Dialogo Aperto", descritto per la prima volta in quanto tale nel 1995 (Aaltonen, Seikkula, & Lehtinen, 2011; Seikkula et al., 1995). Il concetto di "apertura" nel Dialogo Aperto si riferisce alla trasparenza dei processi di programmazione e decisionali, che hanno luogo in presenza di tutti gli interessati. Ciò non significa che i parenti siano obbligati ad esprimersi su questioni che i terapeuti pensano che si debbano affrontare con franchezza. Sin dall'inizio, questo approccio di rete venne applicato a tutte le situazioni di trattamento terapeutico. Nell'arco di un decennio, la tradizionale struttura ospedaliera di Tornio fu trasformata in un sistema psichiatrico complesso, con continuità della cura sia sul territorio che in ambito ambulatoriale e ospedaliero.

La pratica del Dialogo Aperto ha quindi due caratteristiche fondamentali: (1) un sistema di cura integrata basato sulla comunità locale che coinvolge i famigliari e le reti sociali sin dal primo momento in cui è richiesto aiuto e (2) una "Pratica Dialogica", o una forma definita di colloquio terapeutico all'interno della "riunione di cura" (*"treatment meeting"*). Il presente documento divide la Pratica Dialogica in 12 elementi che descrivono l'approccio del/dei terapeuta/i nell'incontro terapeutico con la persona, la sua rete sociale e tutti coloro che hanno una funzione di aiuto.

La riunione di cura costituisce il contesto terapeutico chiave del Dialogo Aperto, e unifica i professionisti e la rete in un insieme collaborativo. Così la Pratica Dialogica viene incorporata in un più ampio servizio psichiatrico che condivide i suoi spazi, perchè è essenziale disporre di entrambi gli aspetti. L'approccio del Dialogo Aperto è di tipo integrativo, al quale si possono aggiungere altre modalità terapeutiche (Ziedonis, Fulwiler, Tonelli, 2014; Ziedonis et al, 2005; Ziedonis 2004), adattandole alle necessità della persona e dei famigliari, come parte di uno "schema di cura" ad ampio spettro e flessibile (Hald, 2013; Seikkula & Arnkil 2014). Ci sono 7 principi base nel Dialogo Aperto, che sono le linee guida proposte originariamente dall'équipe finlandese (Seikkula et al., 1995). La tabella che segue elenca questi sette principi:

TABELLA 1: I Sette Principi del Dialogo Aperto
1. AIUTO IMMEDIATO
2. PROSPETTIVA DI RETE SOCIALE
3. FLESSIBILITA' E MOBILITA'
4. RESPONSABILITA'
5. CONTINUITA' PSICOLOGICA
6. TOLLERANZA DELL'INCERTEZZA
7. DIALOGO (E POLIFONIA)

Rispetto al Dialogo Aperto, sia come forma di terapia sia come sistema di cura, questi sette principi rappresentano l'ampia gamma di valori sui quali si focalizzano con maggior accuratezza i dodici elementi di fedeltà della Pratica Dialogica. Ai fini della discussione di questi aspetti nella Pratica Dialogica, presteremo particolare attenzione ai due principi del "dialogo (polifonia)" e della "tolleranza dell'incertezza", essendo queste le fondamenta della conversazione terapeutica all'interno della riunione di cura. Gli altri cinque dei sette principi, che riguardano le caratteristiche organizzative del sistema, saranno trattati in un altro documento sul cambiamento organizzativo e le caratteristiche di fedeltà del sistema (Ziedonis, Seikkula, &

Olson, in preparazione). Questo documento aggiuntivo sul cambiamento organizzativo descriverà i diversi modi in cui i principi del Dialogo Aperto e la riunione di cura sono stati integrati nella prassi clinica, nei programmi di trattamento, e nelle agenzie e nei sistemi di assistenza. Nel presente documento sulla Pratica Dialogica, i sette principi di base del Dialogo Aperto non sono trattati tutti in dettaglio; tuttavia essi sono esposti in altri documenti facilmente accessibili (Seikkula & Arnkil, 2006; Seikkula & Arnkil, 2014). L'esposizione che segue si concentrerà sui dodici elementi chiave della fedeltà alla Pratica Dialogica che caratterizzano lo stile terapeutico e interattivo del Dialogo Aperto negli incontri faccia a faccia che avvengono durante le riunioni di cura.

PRATICA DIALOGICA: UNA VISIONE D'INSIEME

Essere in un dialogo trasformativo con le persone richiede presenza e attenzione al momento che si sta vivendo senza un'ipotesi preconcepita o un'agenda specifica. L'arte e l'abilità della Pratica Dialogica sta nel fatto che le comunicazioni del terapeuta non sono formule. Il Dialogo Aperto implica la capacità di ascoltare e adattarsi al contesto particolare e al linguaggio di ogni scambio d'idee. Per questo motivo non è possibile fornire qui raccomandazioni specifiche in anticipo per le sessioni, o per presunte fasi specifiche nel procedimento di cura. Prescrivere ciò sotto una precisa forma strutturale potrebbe in realtà ostacolare il processo del Dialogo Aperto. E' l'interazione unica nel suo genere tra i componenti di quello specifico gruppo di partecipanti impegnati in una conversazione terapeutica inevitabilmente idiosincratice che produce le possibilità di un cambiamento positivo.

Nel contempo, vi sono elementi sistematici di Pratica Dialogica. In questo modo esiste un paradosso. Mentre ogni dialogo è unico, ci sono elementi distinti o azioni di conversazione da parte dei terapeuti che generano e promuovono il flusso del dialogo e a loro volta aiutano a mobilitare le risorse della persona al centro della questione e la rete. Questo è ciò che vogliamo dire con l'espressione "elementi chiave". Questi saranno definiti e descritti qui di seguito.

La Pratica Dialogica si basa su un tipo speciale d'interazione, la cui caratteristica di fondo è che ciascun partecipante si sente ascoltato e trova delle risposte adeguate. Con un'enfasi sull'ascoltare e sul rispondere, il Dialogo Aperto favorisce la coesistenza di "voci" multiple, separate ed egualmente valide, all'interno della riunione di cura. Questa molteplicità di voci nella rete è quel che Bakhtin chiama "polifonia". Nel contesto di una crisi acuta e grave, questo processo può essere complesso e richiedere una certa sensibilità nel sollecitare e far parlare le voci di chi sta in silenzio, o parla meno, è esitante, esasperato o difficile da comprendere. All'interno di una "conversazione polifonica" c'è spazio per ogni voce, riducendo così la distanza tra il cosiddetto "malessere" e il "benessere". Lo scambio collaborativo tra tutte le diverse voci intesse modi di comprendere nuovi e più condivisi, a cui ciascuno contribuisce in maniera importante. Questo dà luogo a un'esperienza comune che Bakhtin descrive come "senza gerarchie".

Come già detto, definendo una conversazione "dialogica", vogliamo intendere specificatamente che in quella conversazione vi sia la potenzialità per una persona di sentirsi ascoltata, e questo è l'inizio di qualsiasi cambiamento. Valutare la qualità dialogica di una conversazione significa, prima di tutto e principalmente, valutare la capacità di risposta dei terapeuti. Tra i primi passi c'è spesso quello in cui uno dei terapeuti coinvolge la persona al centro della crisi in un interscambio accurato, dettagliato e biunivoco. Lo scopo è quello di ascoltare e, quando necessario, aiutare la persona a trovare parole per esprimere la sua angoscia, altrimenti incarnata in sintomi, ed evolvere verso un linguaggio comune. Come illustriamo di seguito, avere degli stimoli dal gruppo aiuta a gettare altra luce sulla natura della crisi. Il terapeuta dialogico invita ogni persona partecipante alla riunione a condividere le proprie prospettive e le varie questioni correlate che emergono durante la conversazione. Anziché considerare l'abilità del terapeuta dal modo in cui applicano una metodologia di intervista strutturata, il criterio principale è la modalità spesso personale da loro adottata per rispondere alle istanze espresse dalla persona in cura e dagli altri partecipanti alla riunione.

Rispondere e riflettere

Ai clinici vengono richiesti due tipi di abilità fondamentali per svolgere la Pratica Dialogica: l'abilità di rispondere e quella di riflettere (Rober, 2005). L'abilità nel rispondere è un processo che consiste di tre parti che si riferiscono al modo in cui vengono applicati gli elementi di fedeltà. Questo processo deve essere presente per poter definire dialogico un determinato scambio. Nel definire la qualità dell'azione del terapeuta, si devono prendere in considerazione (1) le dichiarazioni iniziali del cliente; (2) la risposta del terapeuta a tali istanze e (3) la reazione alla risposta fornita. Come può la risposta fornita dal terapeuta far sì che aumenti la sensazione da parte di ciascun partecipante di essere ascoltato, capito e riconosciuto? Come possono questi tre passi generare un'interazione dialogicamente responsiva?

L'altra abilità della Pratica Dialogica, ossia quella di riflettere, è la capacità di impegnarsi in una conversazione aperta, partecipata, trasparente e priva di termini gergali con il gruppo e gli altri professionisti partecipanti alle riunioni. L'abilità di riflettere si costruisce a partire dall'abilità di rispondere.

Tra parentesi, "riflettere" è diverso rispetto all'uso di questo stesso termine in altre forme di terapia. Ad esempio, nei colloqui motivazionali, "riflettere" si riferisce al modo in cui il terapeuta ascolta attivamente ciò

che il cliente gli dice. Nella Pratica Dialogica, questo termine si riferisce invece al modo in cui i professionisti esprimono le proprie idee di fronte ai famigliari. Abbiamo compreso che ciò può creare confusione, dato che molti terapeuti interessati nella Pratica Dialogica erano stati formati alla tecnica dei colloqui motivazionali.

Monologo e dialogo

La riunione di cura del Dialogo Aperto comprende una comunicazione sia monologica sia dialogica. Le sequenze cosiddette "monologiche" del dialogo sono necessarie per prendere accordi pratici, oppure per avere nuove informazioni che possano esser d'aiuto per meglio e maggiormente capire la situazione. Con comunicazione monologica intendiamo che vi sono sequenze in cui i terapeuti medesimi presentano argomenti di conversazione. Tali sequenze possono comprendere la raccolta di informazioni, dare consigli, pianificare la cura, o in qualche modo proporre nuovi argomenti di discussione che costituiscano qualcosa che il cliente o altri partecipanti non abbiano già sollevato prima (Seikkula, 2002). In una riunione di cura del Dialogo Aperto fino a un terzo della conversazione può essere monologica, per restare coerenti con l'approccio e la conduzione di una riunione efficace. Il monologo può riguardare la natura della comunicazione, o all'interno della rete sociale o tra gli esperti e la rete. Detto ciò, c'è una differenza tra la comunicazione monologica appena descritta e ciò che è inteso come "discorso monologico". Quest'ultimo si riferisce a un modo istituzionale di parlare, in cui c'è un esperto privilegiato e che parla dall'alto al basso senza che l'ascoltatore contribuisca. Invece di sostenere un dialogo tra i vari partecipanti, che vengono considerati tutti legittimi ed eguali, un approccio interamente monologico si oppone a un processo più collaborativo che può portare a nuove idee e creatività. Per spiegare maggiormente questo contrasto, è utile fare riferimento alla traduzione di John Shotter (2004) di discorso "dialogico" contrapposto a "monologico" nei termini più accessibili di "pensare con" contro "pensare cosa" (Hoffman, 2007). Nella nostra esperienza clinica, questo primo modo e pratica di pensiero ha teso ad aprire più possibilità nelle crisi psichiatriche e ad aiutarci a "scongellare" situazioni che sarebbero potute diventare croniche.

Nel testo che segue, descriveremo ciascuno degli elementi di fedeltà della Pratica Dialogica nel Dialogo Aperto, e daremo esempi clinici che li illustrano. Gli esempi sono tratti dalle sedute terapeutiche del primo e del secondo autore di questo documento, che hanno lavorato sia insieme che separatamente. Mentre ogni sessione incorpora questi elementi, abbiamo scelto di presentare diverse situazioni famigliari. Ciò per dare un senso ai diversi tipi di problemi e situazioni che abbiamo affrontato. Ci sono anche definizioni ed esempi aggiuntivi di importanti concetti, contenuti nel Glossario. Questi dodici elementi di fedeltà non sono separati ma spesso si sovrappongono e si verificano simultaneamente nella pratica reale.

TABELLA 2: I dodici elementi chiave della Pratica Dialogica nel Dialogo Aperto
1. Due (o più) terapeuti nella riunione di équipe
2. Partecipazione di famigliari e rete sociale
3. Usare domande a risposta aperta
4. Rispondere alle cose dette dal cliente
5. Enfatizzare il momento
6. Sollecitare punti di vista molteplici
7. Uso di un focus relazionale nel dialogo
8. Rispondere ai problemi dialogici e comportamentali con uno stile concreto e attento ai significati
9. Enfatizzare le parole usate dal cliente e le sue storie, non i sintomi
10. Conversazione tra professionisti (Riflessioni) nelle riunioni di cura
11. Essere trasparenti
12. Tollerare l'incertezza

I DODICI ELEMENTI CHIAVE DELLA PRATICA DIALOGICA

1. Due (o più) terapeuti

L'approccio del Dialogo Aperto pone l'accento sull'importanza del fatto che un gruppo di terapeuti lavori in équipe con la rete sociale. Ci dovrebbero essere almeno due terapeuti per ogni riunione. Il lavoro d'équipe è essenziale per rispondere efficacemente a crisi gravi, acute e condizioni psichiatriche di cronicità. Uno dei terapeuti può impegnarsi nel colloquio col o coi cliente/i, mentre l'altro assume una posizione d'ascolto e riflessione. Oppure, può darsi il caso che entrambi facciano domande e si impegnino a riflettere. Il "processo riflessivo" di Tom Andersen (1991) e il "discorso riflessivo" di Seikkula & Arnkil (2006) sono entrambi approcci accettabili, e li descriveremo ulteriormente in dettaglio nel punto 10 seguente. Inoltre, è importante diversificare la pratica del Dialogo Aperto dalla terapia ambulatoriale elettiva in situazioni non di crisi acuta. Nell'ultimo decennio, la Pratica Dialogica è stata adattata alle terapie più comuni di coppia e familiari (Olson, 2012; Seikkula, 2014), dove può essere condotta da un solo terapeuta. Stiamo scrivendo un riassunto della nostra esperienza su come condurre la Pratica Dialogica con un unico terapeuta, e lo inseriremo in una prossima edizione di questo articolo.

2. Partecipazione dei famigliari e/o membri della rete sociale

Il confronto con la rete ha inizio telefonicamente, quando il clinico chiede a chi chiama cose del tipo, ad esempio "Chi è interessato alla situazione o chi ne è stato coinvolto?"; "Chi potrebbe essere d'aiuto ed è in grado di partecipare a questa prima riunione?"; "Chi potrebbe essere la persona migliore per invitarli, lei o l'équipe di cura?". Queste domande facilitano sia la partecipazione della rete sia aiutano a organizzare la riunione in maniera non gerarchica, cioè con l'input del/dei cliente/i.

Valorizzando l'inclusione della famiglia e di altri membri della rete sociale sin dall'inizio, tipicamente essi diventano soci importanti in tutto il processo di cura. Allo stesso tempo, c'è una flessibilità fondata sulla volontà della persona al centro riguardo alla partecipazione dei propri parenti. L'équipe può quindi incontrare separatamente i diversi famigliari e persone della rete quando non siano possibili riunioni congiunte, come in molti casi di violenza e abuso.

Come desciveremo più avanti (al punto 6), possono aver luogo anche incontri senza famigliari o membri della rete coinvolti, in cui il terapeuta farà loro domande invitando la persona a commentare quello che direbbe un membro assente nel caso fosse presente.

3. Uso di domande a risposta aperta

La vera e propria riunione di cura comincia con domande a risposta aperta fatte dai clinici. Dopo le presentazioni, un'apertura potrebbe essere così formulata, semplicemente chiedendo "Chi vorrebbe incominciare?" o "Quale potrebbe essere il modo migliore per iniziare?". Una volta che questo tipo di processo collaborativo si instaura ed è bene accolto, si procede in modo del tutto naturale verso le successive riunioni come un elemento dato per scontato. Nel primissimo appuntamento, è importante porre l'accento sulle due domande con le quali inizia una riunione di Dialogo Aperto come sono state proposte da Tom Andersen (1991), vale a dire: (1) "Da dove vien fuori l'idea di venire qui oggi?" e (2) "Come vorreste usare questa riunione?".

In questo modo, ci sono tre sottocategorie di domande a risposta aperta che vorremmo osservare. Per prima cosa, c'è l'uso delle "due domande" nel primissimo incontro; in secondo luogo il riutilizzo della seconda di queste domande in ogni riunione; e per terzo, la pratica costante di domande a risposta aperta nel corso di tutto il processo di cura.

A. La storia dell'idea di questa riunione?

"Da dove vien fuori l'idea della riunione?". Questa domanda di solito c'è solo nell'incontro iniziale e viene posta al momento di cominciare. Ma a seconda della natura della situazione, può anche sorgere in un momento successivo. Si possono usare altri modi di rivolgersi inizialmente all'intero gruppo e non a una persona: "Come avete avuto l'idea di tenere questa riunione?". In alternativa è possibile iniziare chiedendo

“Chi è stato il primo a pensare di tenere questa riunione?”. Ci sono anche vari modi di far seguire altre domande tendenti a coinvolgere ciascuno dei presenti: “Come sono venuti a sapere gli altri di questa idea? Cosa pensavate del fatto di venire qui oggi? Chi era più convinto e chi meno riguardo all'idea di contattare l'équipe? Cosa vi piacerebbe ottenere?”.

E' importante dare a ciascuno una possibilità di discutere le proprie idee sull'incontro. Allo stesso tempo, se in qualsiasi momento qualcuno non desidera parlare è ugualmente importante non costringerlo a farlo.

Questo tipo di domande invita le persone a parlare con voce riflessiva. Con il termine “riflessiva”, intendiamo la richiesta alle persone di discutere i loro scopi, intenzioni e obiettivi rispetto alla decisione di chiedere aiuto. Iniziando in questo modo, questa prima domanda affronta il contesto immediato ed è neutrale rispetto a qualsiasi definizione di un problema o di un sintomo; essa incoraggia le persone a descrivere la situazione che le ha portate all'incontro e le persone importanti coinvolte. Nonostante l'enfasi posta sulla storia, la domanda fornisce molte chances per entrare in contatto con il “qui ed ora”. Andersen (1991) scrive che “L'idea che sta dietro a questa domanda è di raggiungere una comprensione a proposito di quanto i presenti siano realmente convinti e impegnati nel fatto stesso di essere presenti (p. 159).” Spesso, quando glielo si chiede, i diversi partecipanti esprimono pareri differenti sul loro impegno ad esser presenti, il che è importante da sapere, specialmente quando l'idea stessa di terapia può essere oggetto di contestazione. Altre volte, questa domanda serve per localizzare una risorsa potenziale identificando le persone non presenti, che potrebbero essere di giovamento. Questa è una domanda che non ha un solo significato o un solo effetto, e talvolta accade qualcosa di completamente inatteso.

B. Come vorreste usare questo incontro?

La seconda domanda è “Come vorreste usare questo incontro?”. La domanda può essere formulata in molti altri modi. Come per la prima, anche la seconda domanda è rivolta all'intero gruppo, non a una singola persona. Allo stesso tempo, è importante dare a ciascuno la possibilità di rispondervi.

Questa seconda domanda viene posta alla prima riunione e, con qualche variante, in tutti gli incontri successivi. Solitamente questo accade all'inizio dell'incontro, ma ci sono casi in cui può arrivare in seguito, quindi il momento esatto dipende dalla sensibilità del terapeuta alle particolari sfumature del modo in cui l'incontro si evolve.

Il rationale sottostante a questa domanda è che nella Pratica Dialogica sono i clienti, piuttosto che i professionisti, che determinano principalmente il contenuto dell'incontro. Cioè, si parla di ciò di cui vogliono parlare i clienti. Per questo motivo, in ciascun incontro, il terapeuta chiede al cliente come vuole usare l'incontro. Nel tempo, con tale ripetizione, la seconda domanda può divenire più implicita anziché essere citata in modo diretto.

Caso esemplificativo delle due domande: la famiglia L.

La famiglia L. era composta da David, 59 anni, un legale, da sua moglie Tracy, 56 anni, terapeuta occupazionale, e dal loro figlio Jack di 30 anni, il quale parlava raramente e abitava coi genitori. Jack era stato ricoverato per depressione per la prima volta all'età di 16 anni e aveva avuto diagnosi diverse nel corso degli anni (psicosi NAS, disturbo schizo-affettivo e schizofrenia) ed era stato seguito dai servizi di salute mentale per diversi anni. Il primo incontro di Dialogo Aperto con la sua famiglia iniziò coi due terapeuti e i genitori seduti insieme in cerchio, mentre Jack scelse di starsene appartato in una sedia a una certa distanza, ascoltando e apparentemente intento, qualche volta, a comunicare con presenze invisibili. Ci fu uno scambio di convenevoli iniziale, e poi uno dei terapeuti iniziò, segnalando l'inizio del colloquio terapeutico:

Terapeuta 1: “Allora, eccoci qui. Iniziamo?”

Terapeuta 2: “Sì, iniziamo”.

I terapeuti si presentarono a Jack e chiesero ai suoi genitori se potevano chiamare tutti col nome di battesimo. Il terapeuta 1 disse: “Jack, preferisci stare dove sei, ad ascoltare?”. Sua madre gli suggerì di unirsi al gruppo, ma il terapeuta 1 indicò che non aveva importanza se Jack fosse rimasto dov'era, se si sentiva più a suo agio lì. Il terapeuta 1 allora fece la prima domanda:

Terapeuta 1: "Allora, c'è una storia dietro questo incontro? Siete stati voi a scrivermi? Oppure, come è successo? Qualcuno ha scritto..."

David: "Io ho scritto..."

Terapeuta 1: "Allora lei mi ha scritto, va bene".

David: "Vi ho scritto a entrambi (guardano il terapeuta 2). Ho avuto i vostri indirizzi email dalle vostre università e veramente è stata Tracy a dettarmi la prima lettera. Abbiamo deciso insieme".

Tracy: "Gli ho detto di fare gli ultimi ritocchi..."

David: "Non mi aspettavo una risposta diretta".

Terapeuta 2: "Certo. Non si aspettava una risposta diretta".

Il padre poi descrisse come aveva cercato su Internet un'alternativa al tipo di cure psichiatriche che il figlio aveva abbandonato alcuni anni prima. Ci furono lunghe descrizioni delle loro esperienze negative coi professionisti. Jack cominciò a divenire irrequieto e fece per abbandonare la stanza.

Terapeuta 1 (rivolto a Jack, in piedi vicino alla porta): "Quando sei venuto a sapere di dover venire qui per la prima volta?"

Il terapeuta ripeté la domanda in molti altri modi e i genitori fecero lo stesso, finché Jack rispose: "Tre giorni fa".

Pochi minuti dopo, il terapeuta fece la seconda domanda:

Terapeuta 1 (guardando Tracy): "Come pensa sia meglio usare questo tempo, qui adesso?"

Tracy: "E' difficile per noi sapere cos'è meglio fare per Jack. Ecco quello che ci preoccupa di più adesso. Ecco perché pensiamo che questo tipo di cura psichiatrica potrebbe essere migliore di altre. Cioè, che potrebbe farlo aprire un po' di più alla..." (in cerca di parole).

Terapeuta 2: "Alla comunità?" (una parola che Tracy aveva usato prima).

Tracy. "Sì, grazie, alla comunità".

Queste due domande fecero sì che i terapeuti sapessero che i genitori erano entrambi impegnati nell'idea di usare il Dialogo Aperto, anziché essere in conflitto tra loro, e avevano anche una motivazione condivisa per aiutare il proprio figlio. C'era la prova che Jack non si opponeva all'idea, dato che era venuto con loro volontariamente. Queste domande creano una sorta di "finestra" sulla percezione congiunta dei genitori che c'era "qualcosa in più su Jack", il quale, come spiegarono, era stato definito cronico e senza speranza dal servizio di salute mentale. Questo estratto fornisce anche un'illustrazione di come prender contatto con ogni persona all'inizio dell'incontro e permettere a ciascuno di avere voce rispetto al tema di cui si sta discutendo, cioè la natura della riunione.

Dopo aver iniziato con le domande di cui sopra, è importante, in tutto l'incontro, tenere a mente di formulare le domande in maniera aperta a più risposte, di modo che i clienti possano prendere l'iniziativa, sia di parlare di ciò che ritengono importante sia del modo in cui vorrebbero discuterne. Per i terapeuti, ciò significa che sono loro a guidare il processo dialogico non attraverso la determinazione né la scelta degli argomenti, ma col loro modo di rispondere alle cose dette dai clienti. Nella prossima sezione, e in tutto il documento, ci saranno esempi di questo tipo di indagine a risposta aperta.

4. Rispondere alle cose dette dai clienti

Il terapeuta promuove il dialogo rispondendo alle cose dette dal cliente solitamente in tre modi che invitano a successive risposte. Questi modi sono (A) usare le parole stesse del cliente; (B) impegnarsi nell'ascolto

responsivo e (C) mantenersi in contatto con le comunicazioni non verbali, compresi i silenzi.

A. Uso delle parole del cliente

Il clinico segue attivamente quello che il cliente dice e inserisce le stesse parole usate dal cliente e le sue frasi all'interno della propria risposta. Il suddetto esempio indica come il terapeuta riesca a fare questo, ascoltando quello che dicono i clienti e ripetendo le stesse parole da loro usate per fare domande o altri commenti. Ciò che il cliente ha detto in precedenza viene incorporato, usando le stesse precise parole, nella risposta del terapeuta. Ecco un breve esempio della famiglia L. di David, Tracy e Jack durante il loro primo incontro:

Caso esemplificativo dell'uso delle parole del cliente: la famiglia L.

David: "Non mi aspettavo una risposta diretta".

Terapeuta: "Certo. Non si aspettava una risposta diretta".

David: "Non mi aspettavo una risposta. Sapevo che c'era un programma di formazione al Dialogo Aperto. Non pensavo fosse una possibilità diretta. Pensavo, forse magari in un futuro. Ero sorpreso. Mi ha fatto pensare di essere sulla strada giusta".

B. Ascolto responsivo: fare spazio alle storie non ancora dette

La pratica di ripetere le parole porta naturalmente all'"ascolto responsivo", ossia senza una specifica agenda. L'ascolto responsivo spesso crea un'atmosfera in cui i clienti iniziano a narrare storie personali importanti che non hanno condiviso, o non condividono facilmente, con gli altri, soprattutto coi professionisti. C'è la prova che le risposte date dal terapeuta sono efficaci quando, ad esempio, si prova un cambiamento durante un incontro nella direzione di un'atmosfera più tranquilla e calma. La conversazione ha delle pause, dei silenzi, e una maggiore esplorazione condivisa (e riflessione) su questioni e problemi in un flusso dialogico. Nell'incontro con la famiglia L. di David, Tracy e Jack, i terapeuti avevano ascoltato in maniera responsiva. Avevano ripetuto parole, oppure, con piccole domande, avevano sollecitato prospettive alternative e più speranzose alter (insieme a molti "Mmmh..."). Come reazione, i genitori si erano dilungati sulle qualità del loro figlio che davano loro un motivo di speranza. Essi narrarono molte storie importanti e inaspettate che i terapeuti non si sarebbero mai aspettati. Ad esempio, i genitori di Jack descrissero come lui avesse salvato la vita di una donna nella struttura residenziale dove abitava per aver informato il personale che questa donna intendeva suicidarsi. Questa e altre storie, riferite durante la seduta, caratterizzavano Jack come una persona capace di agire per aiutare e proteggere gli altri, piuttosto che solamente come una persona bisognosa di aiuto e protezione. Mentre i clinici ascoltavano queste storie, si creò un'identità più positiva e vennero prese in considerazione nuove possibilità di guarigione per Jack che non erano state identificate dalle sue diagnosi.

C. Sintonizzazione non verbale, silenzi compresi

Il terapeuta mostra di essere in armonia e sintonizzato con le comunicazioni analogiche (non verbali) del cliente. E' importante sottolineare che questo comprende anche consentire e tollerare i silenzi durante il colloquio.

E' cruciale prestare una particolare attenzione a cosa viene comunicato attraverso il canale corporeo oltre che con le parole. Ecco un esempio dal suddetto incontro, quando il terapeuta ritorna, in un momento successivo dell'incontro, a parlare del suo primo contatto con Jack:

Caso esemplificativo di risposta a una comunicazione corporea: la famiglia L.

Terapeuta 1 (rivolto a Jack): "Quando ci siamo incontrati prima alla reception e ti ho proposto di stringerti la mano hai detto 'Io non stringo le mani...'. Puoi aiutarmi un po'? Perché non stringi le mani?"

Jack: "Non mi andava di toccarla".

Terapeuta 1: "Ah, non volevi toccarmi".

Jack: "No".

Nell'esempio, questo scambio di battute ha sollecitato Jack a dichiarare chiaramente una preferenza: piuttosto che esprimersi a parole nell'incontro lui preferiva comunicare attraverso gesti fisici, come sedersi fuori dal cerchio o lasciare la stanza quando emergevano questioni difficili. Nel contempo, mentre tali comportamenti analogici (ossia non verbali) potevano essere visti come sintomi, essi furono rispettati come comunicazioni importanti all'interno dell'incontro.

In questo modo, i terapeuti si rendono conto dei gesti e dei movimenti dei clienti, della loro respirazione, del cambiamento del tono di voce, del timbro vocale, delle espressioni facciali e del ritmo del loro parlare e del cambi di tale ritmo. Se la domanda di un terapeuta provoca una pausa nel respiro del cliente, questo ha un suo significato. Può essere un segnale che la domanda era troppo difficile o spinosa, bloccando così la possibilità dell'emersione di nuovi significati.

Permettere i silenzi nel colloquio terapeutico può essere un'altra forma importante di sintonizzazione terapeutica, dato che il silenzio costituisce spesso un preludio a storie non dette e a nuove voci. Il periodo tollerabile di silenzio non può essere quantificato, ma dev'essere percepito in maniera condivisa. Tali indici sono essenziali affinché i terapeuti possano accorgersi e sapere come rispondere, con la speranza di capire quanto più possibile sul significato di ciò che il cliente vuole o vorrebbe dire.

5. Enfatizzare il momento presente

Il clinico enfatizza il momento presente dell'incontro. Ci sono due parti correlate: (A) rispondere alle reazioni immediate che si verificano nel colloquio e (B) permettere alle emozioni di emergere.

A. Rispondere alle reazioni immediate

Questo significa una preferenza nel rispondere alle reazioni immediate del cliente che ci sono nel "qui e ora" dell'interazione terapeutica, anziché su quanto riferito su ciò che è successo fuori dalla stanza dedicata alla terapia. Uno degli esempi semplici con Jack e la sua famiglia è lo scambio di battute a proposito dello stringersi le mani.

B. Permettere alle emozioni di emergere

Una dimensione più complessa per enfatizzare il momento presente si manifesta se il cliente si emoziona parlando di una questione sensibile. Quando emergono reazioni come tristezza, rabbia o gioia, è compito dei terapeuti fare spazio alle emozioni in modo sicuro, ma non di dare un'interpretazione immediata di tali reazioni emotive e tangibili. Ecco un esempio:

La coppia V.: Enfatizzare il momento presente quando ci sono delle emozioni

Margaret era una donna di 25 anni a cui era stata riconosciuta una invalidità civile per depressione. Lei e il marito Henry erano venuti alla seconda seduta di una terapia di coppia. La prima seduta si era concentrata sul sintomo di Margaret di grave depressione. L'inizio della seconda seduta appariva piuttosto caotico e teso. Il terapeuta 1 notò il modo in cui Margaret e Henry, che erano in ritardo di 5 minuti, entrarono nell'edificio. Sembrava ci fosse un po' di agitazione, e Henry dovette convincere Margaret, che pareva piuttosto nervosa e agitata, a entrare in ufficio. Il terapeuta chiese a Henry come stava. "Abbastanza bene", disse lui. Il terapeuta si rivolse alla moglie:

T1: "Margaret, e lei come sta?"

M: "Beh, non altrettanto. Non volevo venire qui oggi. Di solito non mi sento così..."

T1: "Non voleva venire qui oggi. Per un motivo specifico oppure...?"

M: "Penso proprio di aver lavorato molto, e mi sento tanto stanca"

T1: "Mmh mmh"

La risposta di Margaret sembrava comprendere tre enunciazioni disconnesse. La risposta del terapeuta ("Non voleva venire qui oggi?") era una risposta a una delle cose che Margaret aveva detto e non alle altre due. Non commentava la sua manifestazione emotiva, tuttavia affrontava la preoccupazione specifica più attiva nel momento presente, il "non voler venire", il che è un invito a essere in dialogo.

6. Sollecitare punti di vista molteplici - "polifonia"

Il Dialogo Aperto non ambisce a un consenso, ma a un confronto e a uno scambio creativo di molteplici voci e punti di vista, anche se questi sono diversi tra le persone o nella stessa singola persona. Ci sono due dimensioni della molteplicità di punti di vista e voci, o polifonia: (A) esteriore e (B) interiore. Nella polifonia esteriore, il terapeuta coinvolge tutti nel colloquio, incoraggiando tutte le voci a farsi sentire e rispettare, integrando nel contempo il linguaggio incongruo e gestendo un dialogo invece di un monologo. Nella polifonia interiore, il terapeuta ascolta e incoraggia ogni persona a esporre chiaramente il suo punto di vista ed esperienze in maniera complessa.

A. Polifonia esteriore

Tutti hanno diritto ad essere ascoltati e tutti devono avere la possibilità di parlare, non solo la persona identificata come portatrice di problemi o sintomi. Sperimentando, o "vivendo dentro", la polifonia di voci nel colloquio, una molteplicità di voci, il clinico dovrebbe essere sensibile a tutti i presenti e sentirne i pareri in merito a temi importanti che si stanno discutendo. Sia nel primo esempio della famiglia L. di David, Tracy, e Jack sia nel secondo esempio della coppia V. di Margaret e Henry, i terapeuti hanno fatto in modo che a ciascuno fosse data una possibilità di esprimersi. Con la famiglia di Jack, le loro diverse voci si erano intessute in una comune comprensione del proprio isolamento collettivo, senza focalizzarsi sulle difficoltà manifeste di Jack. Ecco un ulteriore esempio estratto dalla terapia di coppia di Margaret e Henry.

Caso esemplificativo di polifonia esteriore: la coppia V.

Nella seconda seduta, Margaret e Henry progredirono da uno stato di agitazione e conflitto crescente verso l'emergere di un'interazione maggiormente costruttiva che culminò nella discussione aperta sulle loro differenze. Come abbiamo già detto, Margaret cominciò la seduta in uno stato di nervosismo e inquietezza. All'inizio della seduta, dichiarò che il marito non era mai a casa. Il terapeuta rispose, ripetendo la sua parola con un'accentuazione del tono di voce e in modo diretto, che si combinava con l'intensità emotiva della donna "Cosa significa 'mai'?". Dopo questo commento, ci fu un cambiamento palpabile. Anziché continuare a manifestare un costante senso di disperazione, Margaret iniziò a parlare con maggior rispetto col terapeuta, come se improvvisamente avesse percepito che nella seduta aveva la possibilità di essere ascoltata. Anche Henry cambiò dopo il commento del terapeuta e cominciò a esprimersi più chiaramente e con voce decisa in dissenso da quanto sostenuto dalla moglie. Prima di questo scambio, i commenti di Henry erano stati quasi incoerenti. Mentre il terapeuta continuava a coinvolgere entrambi i coniugi in modo responsivo, emerse un dialogo non solo tra il terapeuta e i coniugi, ma anche tra la coppia. Loro, per la prima volta, iniziarono a parlare da posizioni distinte usando "io" e rivolgendosi al partner usando il "tu". Entrambi furono in grado di mantenere la chiarezza delle proprie singole prospettive e ascoltare e tenere conto di quelle dell'altra persona. Mentre inizialmente non erano d'accordo, ciononostante iniziarono a negoziare e alla fine giunsero a formulare una nuova soluzione al loro conflitto centrale. In questo modo, un piccolo segmento di conversazione aveva ricostituito un intero contesto come dialogico, che sosteneva la polifonia.

Un'altra dimensione chiave del principio di polifonia sta nella capacità del clinico di integrare il linguaggio di altri professionisti e membri della rete sociali, che è incredibilmente incongruo con il modo dialogico di lavorare. Il verificarsi di tali commenti incongruenti non capita in tutte le sedute, ma gestire cose del genere è un elemento talmente importante nel sostenere una conversazione polifonica che abbiamo deciso di inserirlo qui. Ecco un esempio di una terza famiglia, la famiglia P.

Caso esemplificativo: Integrare commenti incongrui: la famiglia P.

La famiglia P. cercava un aiuto per il figlio Christopher di 25 anni, il quale aveva avuto un episodio psicotico acuto molti anni prima quando era all'ultimo anno di studi. I suoi genitori, John, 60 anni, e Sheila, 56, che avevano attraversato un difficile divorzio quando Christopher aveva avuto questa crisi, ed erano rimasti in pessimi rapporti ed estranei. Sheila era un insegnante di ruolo, mentre John era un falegname disoccupato. Durante la psicosi di Christopher, i suoi genitori lo avevano fatto ricoverare volontariamente presso l'ospedale di una università privata in cui la sua cura era stata prevalentemente a base di psicofarmaci. Aveva in seguito avuto molti problemi a mantenere un lavoro, e viveva in casa di sua madre Sheila. Christopher era rimasto risentito e arrabbiato per il ricovero in ospedale e per le cure ricevute.

Ad un incontro di trattamento partecipò per la prima volta il medico di base che seguiva da molti anni la famiglia. Era rimasto il medico e amico personale di John (il padre), mentre Sheila e Christopher non erano più in contatto con questa persona. Sheila, John, e Christopher erano tutti presenti a questa riunione. Il dottore disse senza preamboli e immediatamente all'inizio della seduta: "Ci sono tre cose necessarie in una situazione come questa: farmaci, terapia cognitivo-comportamentale e terapia familiare". Christopher immediatamente arrossì, stringendosi nelle spalle e con un'aria sconvolta. Il clinico del Dialogo Aperto sapeva che il ragazzo aveva avuto un'esperienza estremamente negativa coi farmaci in ospedale e credeva di star meglio senza assumerli. Allo stesso tempo, i suoi genitori erano in disaccordo su tale questione. Il clinico rispose al medico dicendo: "Può dirmi qualcosa in più su come è arrivato a questa conclusione?". Il medico fece una pausa di riflessione. Poi si rivolse al ragazzo, apparentemente rendendosi conto della sua reazione negativa: "Mi spiace, credo di aver commesso un errore iniziando con queste tre cose". Più oltre, nella riunione, il terapeuta ritornò a considerare le idee di una terapia individuale cognitivo-comportamentale e dei farmaci e ne discusse con la partecipazione di tutti.

Il motivo per cui le raccomandazioni del medico erano incompatibili con un approccio dialogico era che aveva iniziato la seduta da una posizione monologica di far cadere dall'alto le sue conoscenze, il che generò sconforto, anziché un ascolto collaborativo che desse ad ognuno la possibilità di avere voce in capitolo.

B. Coinvolgere la polifonia interiore multipla, o voci, del cliente

Il terapeuta ascolta e fa suoi i molteplici punti di vista e le voci del cliente. Ci possono essere punti di vista o voci conflittuali, per quanto espressi dalla stessa persona. Il suddetto esempio del medico di base è effettivamente anche un tipo di accesso alla "polifonia interiore". All'inizio, il medico parlò col suo ruolo professionale come esperto in conoscenze, in cui egli inavvertitamente produsse una rottura dell'empatia con Christopher. Poi rimediò a questa frattura esprimendo la sua sensibilità allo sconforto manifestato dal giovane. In questo modo, il dottore stesso parlò egli stesso con più di una voce: prima, come un esperto che usava il suo repertorio generale e poi come un clinico empatico che reagiva all'interazione attuale. Questo tipo di movimento è fondamentale per la Pratica Dialogica.

Mentre intervistano i clienti, i terapeuti dialogici si informano anche dei membri assenti. Questo è un altro modo per favorire l'emergere della polifonia interiore. Una domanda consueta è: "Se X fosse qui, cosa direbbe delle questioni di cui parliamo?". Ecco un esempio di domanda ipotetica. L'idea di una domanda simile serve al/ai cliente/i per immaginare una conversazione con una persona importante e di rilievo nella sua/loro vita che non poteva essere presente all'incontro. In questo modo, le voci di altre persone importanti entrano a far parte della conversazione esteriore, e il dialogo interiore del cliente diventa oggetto di un nuovo esame e di riflessione. A volte, la domanda stessa provoca uno spostamento spontaneo di un dilemma posto in essere da un cliente rispetto a un'altra persona assente. Un esempio calzante, che proviene dalla famiglia L., si verificò non nel primo incontro ma in uno di quelli successivi durante il processo di cura.

Caso esemplificativo di coinvolgimento di membri assenti: la famiglia L. - Polifonia interiore e coinvolgimento di membri assenti come voci nel dialogo interiore

Questo esempio ci viene dalla famiglia L. già presentata: David, Tracy e il loro figlio, il 32enne Jack. Durante il percorso di cura, Tracy mancò improvvisamente. David era addolorato e scoraggiato. Nel momento del lutto più grave, una volta si chiese se Tracy avrebbe potuto essere ancora viva, se lui

le avesse prestato più attenzioni e cura sanitarie, anziché concentrarsi in modo così totale su questa nuova forma di cura della salute mentale per il figlio Jack.

In un colloquio, il terapeuta 2 chiese: "Se Tracy fosse qui, adesso, cosa direbbe della decisione di dedicare i vostri sforzi al tentativo di aiutare Jack?". David ci pensò su e disse che Tracy era felice di aver passato il suo ultimo anno di vita venendo a questi incontri come una famiglia unita. Disse a David che il suo oncologo le aveva detto che era probabile che fosse vissuta più a lungo proprio per assicurarsi che Jack fosse in un posto migliore, prima che lei se ne andasse da questo mondo. Jack era presente quando David parlò della convinzione che Tracy aveva del miglioramento del figlio, del fatto che aveva un futuro, e che aveva aiutato Tracy a prolungare la sua vita anziché affrettarne la morte.

7: Creare un focus relazionale nel dialogo

Intervistando i clienti, i terapeuti dialogici sono interessati a lavorare sui temi e sulle questioni in un quadro relazionale. Ad esempio, quando un membro della famiglia è arrabbiato e critico nei confronti di un terapeuta, non viene inquadrato come una manifestazione di "disturbo della personalità", ma come la reazione a un'effettivo rapporto e interazione specifici con quel determinato professionista, rendendo così la rabbia una voce all'interno di una conversazione polifonica.

Le domande relazionali derivano da questo modo di pensare relazionale e vengono poste allo scopo di portare maggior chiarezza nella situazione. Ciò si può ottenere, ad esempio, facendo domande rivolte a più di una persona, definendo i rapporti nella famiglia ed esprimendo interesse riguardo al contesto relazionale nel quale si sviluppa il problema o il sintomo. Nell'incontro con la famiglia di Jack precedentemente riportato, uno dei due terapeuti chiese ai genitori di Jack di definire che percentuale di tempo dedicavano a prendersi cura del figlio, rispetto a quella dedicata al loro rapporto e alle proprie vite. Questa domanda è relazionale, nel senso che coinvolge diversi partecipanti in una discussione in cui i rapporti possono assumere contorni più chiari e differenziati, invece di essere più confusi.

Nel Dialogo Aperto, ci sono molte varianti di domande orientate in senso relazionale che richiamano uno stile di indagine, sistemico, focalizzato alla soluzione, narrativo e psicodinamico. Ad esempio, possiamo fare le cosiddette domande "circolari" che furono proposte per la prima volta dalla scuola sistemica di Milano (Boscolo, Cecchin, Hoffman, & Penn, 1987). Tali domande evidenziano una differenza o riguardano i rapporti nella famiglia. (Per una discussione più approfondita, vedere il capitolo 10: Dialogo Aperto e terapia familiare).

Nel Dialogo Aperto, noi non poniamo questa o altre domande come parte di una metodologia strutturata di intervista o di una sequenza predefinita di domande che portano verso la creazione di un intervento. Tali metodi strutturati tendono a costituire sequenze monologiche, piuttosto che interazioni dialogicamente strutturate. Invece, nella Pratica Dialogica, le domande vengono avanzate come risposte che si spera abbiano una risonanza con le specifiche e irripetibili opportunità offerte da quella specifica conversazione, quindi usate in modo creativo, improvvisato e parsimonioso per aprire nuovi tracciati per la voce e l'espressione. Abbiamo coniato il termine "domanda relazionale" per dare un significato a questo tipo d'indagine dialogica.

Caso esemplificativo dell'uso di una domanda circolare: la famiglia H.

Un esempio dell'uso di una domanda circolare lo estrapiamo da una famiglia diversa, composta dai genitori, Mike, un dirigente, e Anna, una consulente e due figli: Carla, 18 anni, e Joe, 16 anni. Carla venne ricoverata dopo aver confidato al fratello che un grillo le aveva detto di buttarsi giù dal balcone della sua stanza al terzo piano della casa. Lo psichiatra dell'ospedale disse alla famiglia che la figlia soffriva di uno squilibrio chimico cerebrale. Lei venne curata con alte dosi di psicofarmaci, che sradicarono in lei la voce "psicotica", e Carla continuò a essere seguita da uno psichiatra a livello ambulatoriale. Il nonno materno pensava che la famiglia dovesse anche seguire una terapia di Dialogo Aperto.

Il brano che segue riguarda il secondo incontro dei terapeuti con la famiglia. Il padre iniziò col tirar fuori l'idea di uno "squilibrio chimico" e sembrava molto irritato nel dover partecipare a incontri a livello familiare, specialmente quelli in cui sembrava trattarsi di un "processo" anziché di "fatti concreti". Dopo aver ascoltato e rispettato il punto di vista del padre di Carla, il terapeuta pose alla

famiglia una domanda differente, o circolare, sull'accordo rispetto al disaccordo: "Chi altri nella famiglia concorda col padre a proposito degli incontri familiari?". Joe disse: "Beh, ci sono altre cose che potrei fare". Carla rispose di esser d'accordo sul fatto di avere uno squilibrio chimico e bisognosa di terapie farmacologiche, ma pensava che il primo incontro familiare la facesse "sentire meno isolata".

La madre rispose: "Non sono d'accordo con Mike. Penso che quando immagino noi quattro tutti insieme, posso capire perchè Carla senta le voci. Penso che le sue voci siano il prodotto di tutti noi insieme... Non riesco a dare una spiegazione di questo, ma credo ci sia bisogno di riunirci come famiglia e discutere tutte le questioni che vengono fuori. C'è un sacco di cose di cui non parliamo e di cui dovremmo parlare, non solo per aiutare Carla, ma tutti noi. Sì, ecco ciò che penso veramente".

Carla, che era seduta proprio di fianco alla madre, le prese la mano e intrecciò le dita con le sue e si scambiarono un sorriso. In questo modo, la domanda sull'incontro di per sé permise alla voce della madre di essere udita in una famiglia nella quale la prospettiva del padre, allineata con il discorso dominante psichiatrico, era divenuta troppo importante. Il rapporto tra i genitori divenne più chiaramente definito quando il conflitto tra di loro diventò apertamente dichiarato. In parte a causa di questa conversazione, venne creata un'équipe in cui un nuovo psichiatra partecipava regolarmente a tutti gli incontri familiari insieme ai terapeuti del Dialogo Aperto. I famigliari fecero buoni passi avanti grazie a questo intervento e Carla iniziò a stare meglio. Riprese gli studi e cominciò a farsi scalare la dose di farmaci psicotropi. Dopo circa un anno e mezzo di incontri in questo modo i genitori di Carla chiesero di iniziare una terapia di coppia. Carla continuò a essere seguita da un terapeuta personale, mentre andava avanti con la sua vita. Si fidanzò col suo primo ragazzo e ritornò a frequentare la scuola.

8. Rispondere ai problemi dialogici e comportamentali attribuendo loro un significato

C'è un'enfasi nella Pratica Dialogica sulla "normalizzazione del discorso" in contrasto col modo di parlare di questioni come se fossero patologiche, che spesso è il punto di inizio del discorso. Il terapeuta ascolta gli aspetti significativi e "logici" della risposta di ciascuna persona. Quello che ciò significa in pratica è che il terapeuta si sforza di commentare e rispondere a ciò che è stato detto in una maniera che considera sensati i sintomi o il comportamento problematico, ossia reazioni "naturali" a una situazione difficile. Questo spostamento verso la normalizzazione del discorso sostiene le persone enfatizzando come il comportamento problematico significa qualcosa in un certo contesto, anzichè considerarlo "sbagliato" o "pazzesco". La normalizzazione del discorso ha un'affinità con la tecnica terapeutica sistemica della scuola di Milano di "connotazione positiva o logica", che tuttavia, nella sua forma originale, viene utilizzata come intervento per fornire una spiegazione ai famigliari. Il "discorso normalizzante" è un processo molto più sottile per capire e rispondere, intessuto nello scambio dialogico biunivoco. Avviene anche per mezzo dell'individuazione di esiti unici, o eccezioni, in "storie sature di problemi" (Olson, 2006; White, 2007). (v. anche Capitolo 10 che mette a confronto il Dialogo Aperto e la terapia familiare e descrive ulteriormente le differenze tra discorso normalizzante e interventi di terapia familiari come il "reframing" e la "connotazione positiva o logica").

Ad esempio, nei brani riportati in precedenza relativi alla famiglia L. e alla coppia V., un discorso normalizzante ne aveva sostituito uno patologico facendo emergere un significato condiviso. La prima seduta prima descritta permise al discorso di evolversi, muovendosi dall'inclusione dell'esperienza di Jack e della sua famiglia in una storia di isolamento ed estraniamento dalle famiglie di origine verso un contesto normalizzato in cui le loro esperienze diventavano più comprensibili. Analogamente, nella seduta con Margaret e Henry, i sintomi di lei diventarono parte durante il dialogo del contesto normalizzato di una giovane coppia che era "tra due famiglie", con una focalizzazione particolare sul vincolo di lealtà del marito verso la propria madre.

9. Enfatizzare le parole stesse e le storie dei clienti, non i sintomi

La Pratica Dialogica invita al racconto di quel che è accaduto nella vita di una persona, le sue esperienze, i pensieri e le sensazioni, anzichè registrare i sintomi. Il racconto di storie può accadere con facilità oppure può richiedere una ricerca più intenzionale di un linguaggio. Le formule di apertura a partire da una parola o da frammenti di frasi possono essere le parole chiave con associazioni di idee molto rilevanti con la situazione problematica. Il terapeuta punta su queste parole che possono dare l'accesso alla narrazione delle sofferenze della persona. Questo fa parte di un più ampio processo di sviluppo di un linguaggio comune e di una storia più completa.

In questo modo, i sintomi gravi possono essere capiti come espressione di dilemmi indicibili o difficili da spiegare. Essi sono spesso radicati in esperienze terribili e frequentemente traumatiche; esperienze che sono resistenti al linguaggio normale e alla normale capacità di espressione in forma narrativa. Ad esempio, le allucinazioni possono essere segni di esperienze altrimenti inesprimibili. La persona che manifesta i sintomi più gravi può anche avere minore accesso al linguaggio. Si può dedicare più tempo agli scambi con la persona più acutamente sintomatica, la cui voce può essere più incoerente e quindi più debole. Inoltre, negli incontri che si svolgono durante le crisi, le questioni più difficili, e di conseguenza più importanti, spesso vengono indicate da un'unica parola chiave che la persona dice, anziché essere espressa in una storia. Questo tipo di espressione in una sola parola può sembrare strana, può essere ripetuta e rivoltata, leggermente modificata dal terapeuta, finché si evolve verso una formulazione più comune. Lo scopo è quello di arrivare a comprensioni condivise che diano voce all'esperienza della persona, rendendola più comprensibile e quindi favorendo nuove possibilità per tutti. Ciò spesso significa concentrarsi sui piccoli dettagli della descrizione che una persona dà di quello che le è accaduto, o di quello che accade realmente nella stanza mentre la persona sta raccontando la propria storia.

Caso esemplificativo di enfattizzazione delle storie e non dei sintomi – la famiglia P.

Questo esempio è tratto dal lavoro col 25enne Christopher. Abbiamo già descritto questa situazione con riferimento alla riunione col medico di famiglia. Christopher aveva sofferto di una crisi durata tre anni. I terapeuti incontravano i suoi genitori John e Sheila, divorziati, e Christopher, che aveva avuto un episodio psicotico all'università dal quale non era completamente guarito. Aveva avuto problemi di funzionamento sociale da allora e viveva con la madre. Il terapeuta 1 si unì a questi incontri come consulente.

Terapeuta 1: "Allora... da dove iniziamo? (guardando verso Christopher). Ho saputo che questo non è il suo primo incontro, ma forse ci può dire qualcosa. Come riesce a capire tutta questa faccenda?"

Christopher: "Certo. Beh, per quasi cinque anni, cinque anni fa, mi sono sentito tipo incasinato in testa, uhm, pensavo proprio fosse depressione, uhm ma, tipo che avevo problemi a concentrarmi, dopo che ero tornato da un semestre all'estero in (un Paese straniero), stavo bene come stavo, sa, prima di questo, uhm, poi sono andato all'estero per un anno, semestre autunnale, al primo anno di università, semestre autunnale, ho 25 anni, sì, e sono stato al college per quattro anni, uhm, al mio ritorno ho cominciato a aver problemi, un po' di depressione, problemi di concentrazione, ed ero infelice in generale, col mio stato mentale, uhm, un sacco di pensieri in testa, il miglior modo di descriverli sono pensieri confusi, confusi, così, uhm, tipo, uhm, è andata avanti così negli ultimi 5 anni...".

Terapeuta 1: "Ha detto di essere 'infelice'?"

Christopher: "Sì, infelice...".

Il terapeuta chiese a ciascun genitore che spiegazione davano della situazione. Ognuno aveva una prospettiva diversa (questo è anche un esempio di polifonia esteriore). La madre descrisse come viveva con Christopher e osservava la sua "paura" della vita. A suo modo di vedere, era la situazione di "omertà" in famiglia quando Christopher era bambino ad aver causato la situazione attuale. Col termine di "omertà", intendeva che i problemi in famiglia venivano raramente e apertamente discussi. Il padre non era d'accordo e disse invece che i problemi di Christopher nascevano dalle sue difficoltà nell'infanzia, tra i quali un duraturo problema rappresentato dalla incapacità di interpretare la "comunicazione sociale". Christopher mise in discussione il punto di vista del padre. Poi il terapeuta si rivolse nuovamente a Christopher e gli chiese di dire qualcosa in più su come spiegava la sua situazione. Christopher rispose "Ho il cuore spezzato". Queste furono le sue stesse parole. Il terapeuta le ripeté. La reazione del terapeuta indusse Christopher a raccontare la storia di essersi innamorato di una ragazza durante un semestre di studi all'estero e di essere stato costretto a lasciarla per tornare negli Stati Uniti. Pensava che questa esperienza fosse alla base di tutto il resto delle cose che gli erano successe, al punto di diventare, usando le parole di sua madre, "paralizzato" di fronte alla vita. Le voci e i punti di vista separati di ciascuno dei membri della famiglia partecipanti rimasero polifonicamente distinti nella discussione, né c'era una singola prospettiva che il terapeuta privilegiasse rispetto a un'altra. Ciò detto, i terapeuti comunque passarono molto del tempo rimasto della seduta ad aiutare Christopher a spiegare in dettaglio la storia del suo "essere col cuore spezzato".

10. Conversazione tra professionisti nella riunione di cura: processo riflessivo, presa di decisioni di cura e richiesta di commenti

In ogni incontro, la conversazione tra un professionista e gli altri deve essere enfatizzata. Quando avviene, è consigliabile che i terapeuti si parlino l'un l'altro/a e non si rivolgano alla famiglia o a qualsiasi altro partecipante. Ci sono tre parti nella conversazione di fronte ai famigliari. Le prime due sono intercambiabili, ma la terza viene sempre dopo il dialogo tra professionisti. Per primo c'è il processo di riflessione, in cui i terapeuti sono impegnati in riflessioni incentrate sulle proprie personali idee/immagini/associazioni, con il cliente e i famigliari presenti. In secondo luogo, i terapeuti conversano con gli altri professionisti durante la riunione per programmare la cura, analizzare il problema e discutere apertamente le loro indicazioni riguardo a farmaci ed eventuale ricovero. In terzo luogo, i famigliari commentano il discorso dei professionisti. Vale a dire che dopo le riflessioni, uno dei terapeuti invita i famigliari e gli altri membri della rete a esprimere risposte a ciò che hanno appena sentito.

A. & B. Riflessioni su idee/immagini/associazioni e programmazione

Le "conversazioni riflessive" tra professionisti in una riunione di cura di fronte alla famiglia vennero per la prima volta utilizzate da Tom Andersen (1991). Un'altra versione è la "conversazione riflessiva" di Seikkula & Arnkil (2006). Entrambi i tipi di riflessioni sono formati accettabili nella Pratica Dialogica durante le riunioni di gruppo. Il processo (o conversazione) riflessivo si svolge tra professionisti alla presenza dei famigliari. Andersen propose inizialmente alternanze ben definite tra parlare e ascoltare nella conversazione terapeutica con una "équipe di riflessione" (solitamente 3 professionisti) seduti separatamente, sebbene nella stessa stanza coi famigliari, oppure dietro un finto specchio. Per rendere questo processo più aperto e spontaneo, Tom Andersen e l'équipe finlandese alla fine iniziò a dare applicazione all'idea del processo di riflessione in modo meno strutturato, come parte del continuo fluire della riunione.

Come indicato, il discorso tra professionisti spazia dalla riflessione sulle idee, immagini, sensazioni e associazioni d'idee che sorgono nelle loro menti e nei loro cuori durante l'ascolto alla programmazione della cura. Lo scopo è quello di creare uno spazio nella riunione durante il quale i terapeuti possono ascoltarsi a vicenda e avere così accesso ai propri dialoghi interiori. Inoltre, i clienti possono ascoltare senza sentirsi sotto pressione per rispondere a ciò che dicono i professionisti. Seguendo gli insegnamenti di Tom Andersen (1991), gli operatori usano un linguaggio comune, non gergale, e occorre che siano buoni indagatori dei temi introdotti dai famigliari. Questo viene chiamato "parlare come chi ascolta anziché come chi scrive" (Lyotard, citato in Seikkula & Olson, 2003).

Caso esemplificativo di una conversazione riflessiva tra professionisti: la famiglia L.

Torniamo ancora una volta al primo incontro con la famiglia L. di David, Tracy, e Jack descritto all'inizio, quando i professionisti ebbero una conversazione alla presenza della famiglia, in cui prima si dedicarono a delle riflessioni e poi discussero questioni relative alla cura. Il terapeuta 1 iniziò il dialogo chiedendo alla famiglia: "Vi spiace se scambio qualche parola col mio collega?". I genitori non fecero obiezioni. Il terapeuta 2 iniziò riflettendo su ciò che aveva sentito e tutte le cose positive che i genitori di Jack avevano detto sul figlio usando le loro stesse parole, come "sensibile", "amorevole", "brillante", "protettivo" e così via. Ripeté anche frammenti delle storie positive. Il terapeuta proseguì dicendo che gli era piaciuto il modo in cui Jack aveva partecipato alla riunione, stando un pò sulla soglia della stanza ad ascoltare. Il terapeuta 1 continuò affrontando le questioni della cura e osservò che i genitori sembravano "incerti" nella scelta di cercare un programma di tipo residenziale per Jack oppure continuare a seguire il Dialogo Aperto. Questa affermazione portò a una lunga conversazione tra i terapeuti che diede luogo a un'ulteriore riflessione sui rapporti tra i membri della famiglia e le decisioni pratiche. Jack e i suoi genitori decisero di comune accordo di fare un ulteriore incontro con questi terapeuti.

C.I commenti dei famigliari sulle riflessioni

Dopo che i terapeuti comunicano le loro riflessioni, i famigliari devono poter disporre di uno spazio per dire ciò che pensano sulla discussione. Chiedere ai famigliari di commentare il discorso dei professionisti dà loro una voce sul loro futuro. Quindi, il terapeuta 2 chiese alla famiglia L.: "Mi chiedo cosa ne pensiate dei nostri commenti... Cosa vi ha colpito? Su cosa siete d'accordo? C'è qualcosa che non vi trova d'accordo?".

Tracy rispose dicendo: "Penso che abbiate messo il dito nella piaga. Lui (Jack), che si prende cura di noi. Non mi ero resa conto di sentirmi così contenta di Jack (Jack ride). Ma in effetti è così". Jack e Tracy si scambiarono occhiate e risero. David rispose alla parola "incerti" usata in precedenza dal terapeuta 1 e discusse le varie opzioni pratiche coi terapeuti.

11. Essere trasparenti

Tutto il discorso sulla cura è condiviso con tutti i partecipanti. Ciascuno nell'incontro di gruppo è ugualmente coinvolto in tutte le discussioni e informazioni condivise. Questo significa che tutto il dibattito su ricoveri, farmaci e alternative di cura si svolge alla presenza di tutti. Spesso la trasparenza si manifesta come una caratteristica delle riflessioni. Come abbiamo appena illustrato nella seduta con la famiglia L., le decisioni sulla cura alla fine sono state affrontate come parte del dialogo tra i due terapeuti. Ad esempio, e come già indicato, il terapeuta rifletté su quali varie opzioni vedeva nella programmazione della cura, rendendo le sue idee aperte al dibattito, anziché dare indicazioni in quanto esperto.

Caso esemplificativo di trasparenza: la famiglia L.

Terapeuta 1: "Avevo una certa sensazione che i genitori [David and Tracy] fossero molto incerti sul cosa fare... sia rispetto alla nuova idea di venire qui e anche di avere incontri di dialogo e via discorrendo. Nel contempo, è tutto un po' confuso. Quanto di questa decisione è dei parenti, quanto spetta decidere invece a Jack stesso, e quanto di questo problema andrebbe definito dai terapeuti o dagli altri professionisti? Quindi, sembra ci sia molta carne al fuoco contemporaneamente e questo forse crea un po' di confusione...". Questo commento, che illustra anche l'ultimo elemento della tolleranza dell'incertezza, evocava una risposta da parte del padre che portò a un dibattito chiarificatore tra genitori sulle loro posizioni, che essi definirono "non incerte". Piuttosto, sia Jack che suo padre e sua madre sposarono l'opzione di partecipare a incontri dialogici e poi analizzare le altre alternative strada facendo.

Alla chiusura del primo e spesso dei successivi incontri, i terapeuti dialogici richiedono ai partecipanti di pianificare la struttura dell'incontro successivo. Si faranno solitamente domande a risposta aperta, come: "Vorreste avere un nuovo incontro? Se sì, avete idea di quando? Sapete chi potrebbe venire la prossima volta?". Se la famiglia appare esitante, i terapeuti potrebbero chiedere: "Preferireste pensarci sopra e richiamarci?". Naturalmente, se la partecipazione e la frequenza degli incontri è già stata stabilita, queste domande non sono necessarie.

12. Tollerare l'incertezza

Tollerare l'incertezza è uno dei sette principi base del Dialogo Aperto, e uno degli elementi chiave della Pratica Dialogica. È il nucleo centrale del dialogo. È pertanto un elemento specifico, che definisce gli altri.

Nel Dialogo Aperto c'è un orientamento fondamentale per creare una comprensione generale della crisi con la partecipazione di tutti (polifonia). Questa posizione si basa sul presupposto, oltre che sulla nostra esperienza, che ogni crisi ha le sue peculiari caratteristiche. Decisioni affrettate e conclusioni rapide sulla natura della crisi, la diagnosi, i farmaci e l'organizzazione della terapia vengono evitate. Inoltre, noi non diamo soluzioni pronte all'uso come interventi specifici, preordinati, alla famiglia o alla singola persona in crisi.

L'idea primaria che i professionisti dovrebbero tenere a mente nelle crisi è comportarsi in modo tale da aumentare il senso di sicurezza tra i famigliari e il resto della rete sociale. Tra le pratiche specifiche associate a questa idea, è importante stabilire un contatto con ciascuna persona subito nel primo incontro, quindi riconoscere e legittimare la sua partecipazione. Tale riconoscimento riduce l'ansia e aumenta la connessione e di conseguenza il senso di sicurezza. Anche la disponibilità di incontri immediati con l'équipe e la frequenza di essi in caso di crisi aiutano la rete a tollerare l'incertezza della crisi, mentre il gruppo lavora verso la propria comprensione condivisa di ciò che spaventa e angoschia le persone. Tale comprensione condivisa può far nascere nuove forme di intervento.

Nello stesso spirito, il punto di inizio di un incontro dialogico è che la prospettiva di ciascun partecipante è importante e viene accettata senza condizioni. Questo significa che i terapeuti si astengono dal trasmettere qualsiasi nozione che i nostri clienti pensino o sentano diverse dalle loro. Ne suggeriamo l'idea di saperne di

più di quanto ci viene espresso dal significato di ciò che le persone stesse ci dicono. Questa posizione terapeutica è un cambio di paradigma per molti professionisti, perchè troppo spesso siamo abituati a pensare che noi dovremmo interpretare il problema e tirare fuori una soluzione che contrasti i sintomi, inducendo un cambiamento nella persona o nella famiglia.

Caso esemplificativo di tolleranza dell'incertezza

Helen, una signora di 46 anni, e suo marito, Ben, iniziarono gli incontri con un'équipe di Dialogo Aperto in casa, durante una crisi acuta in cui Helen stava avendo il suo secondo episodio psicotico. L'équipe era composta da uno psichiatra, un'infermiera e un terapeuta.

In uno degli incontri, Helen disse: "Questa volta è molto diverso rispetto alla mia prima psicosi di un anno fa. Allora noi (la mia famiglia) vedevamo un dottore il cui maggior interesse era parlare coi miei familiari di quanto fossi matta. Come se io non fossi lì con loro. Adesso è tutto diverso. Qui io sono rispettata, e mi piace soprattutto quando il dottore parla a mio marito e io mi accorgo di quanto mio marito mi rispetti".

Era stata ricoverata presso un reparto psichiatrico tradizionale un anno prima. Avevano avuto un incontro familiare in quell'ospedale, ma a quanto pare lo scopo principale della riunione era trovare la giusta diagnosi. Le domande del medico erano finalizzate a raccogliere dati diagnostici, anzichè ascoltare Helen e creare una connessione. Questa esperienza era stata sconvolgente, per la paziente ("come se io non fossi lì con loro"). Lei seppe articolare la differenza tra ciò che le era accaduto prima e l'esperienza nuova del Dialogo Aperto. La precedente intervista dello psichiatra di un anno prima l'aveva lasciata priva di potere nel definire la sua vita e prendere decisioni in merito a come curarsi meglio. I più recenti incontri dialogici permisero alla sua voce di essere udita e a lei di sentirsi accettata.

D'altra parte, lo psichiatra dell'équipe, che era nuovo a questo modo di pensare, disse che talvolta si sentiva molto incerto a proposito delle cose (qualsiasi cosa), accadeva durante questo processo. In questo caso, era il professionista che dimostrava il maggior grado di incertezza, proprio perchè il processo di cura non procedeva più secondo piani concreti e programmati, che sono prescritti e controllati soprattutto dall'esperto.

Se si verifica un cambiamento nel processo del Dialogo Aperto, esso si può attribuire al coinvolgimento dei punti di vista di ciascuno all'interno della riunione. E' responsabilità del terapeuta condurre l'incontro in modo che si creino spazi dove ognuno si sente al sicuro per potersi esprimere, nelle maniere che abbiamo descritto sin qui. Per finire, i terapeuti non solo facilitano la polifonia e cancellano le loro voci personali. Esprimono anche le loro prospettive, ma sotto forma di riflessioni che scambiano alla presenza della famiglia. Le loro idee si possono quindi "intercettare" e commentare (anche criticamente) da parte della rete, anzichè essere "verità" direttamente imposte dall'alto in basso.

In un dialogo fruttoso i clinici partecipano in una maniera umana con emozioni e compassione e interpretano il loro ruolo professionale con un tocco di calore personale. Ciò promuove una connessione terapeutica ed evita di esser troppo distanti o dare ai clienti il senso di essere sottoposti a un'indagine o oggettivizzati.

CONDURRE LA RIUNIONE DI CURA: IL CONTESTO DEL DIALOGO APERTO E LA PRATICA DIALOGICA

Nel Dialogo Aperto, la riunione di cura è il contesto della Pratica Dialogica. La riunione dovrebbe essere tenuta come risposta immediata entro 24 ore dal contatto iniziale con chi abbia cercato aiuto per una crisi. In anticipo rispetto a qualsiasi decisione di ricovero o terapia, questo incontro riunisce la persona con angoscia acuta e tutte le altre persone importanti, compresi altri professionisti, famigliari e tutti coloro che sono coinvolti. E' responsabilità del professionista che ha preso il primo contatto l'organizzazione dell'incontro, d'accordo con il/i cliente/i.

L'incontro si svolge in un ambiente aperto con tutti i partecipanti seduti a cerchio. I membri dell'équipe che hanno iniziato la riunione hanno la responsabilità di aprire il dialogo e favorirlo. L'équipe può decidere anticipatamente chi condurrà il colloquio e quali ruoli debbano avere gli altri membri. Solitamente, se

L'équipe è esperta, si inizia senza alcun piano su chi inizia a porre domande. Tutti i membri dell'équipe possono partecipare al colloquio. Le "due domande" iniziali di cui abbiamo accennato all'inizio di questo documento, invitano la rete a parlare delle questioni che sono più urgenti per loro nel momento presente. L'équipe non programma mai i temi dell'incontro anticipatamente. Sin dall'inizio, i terapeuti ascoltano attentamente e sollecitano tutte le voci, parole e storie nel modo in cui abbiamo abbozzato in questo nostro documento. Se la persona al centro della questione non vuole partecipare all'incontro, o improvvisamente lascia la stanza, avviene un dibattito con la famiglia se continuare l'incontro oppure no. Se la famiglia vuole continuare, uno dei clinici informa la persona che può tornare, se lo vuole.

Tutti i presenti hanno il diritto di commentare ogniqualvolta lo desiderino. E' consigliabile che ciascuno rispetti e affronti il tema in discussione nel dialogo, a meno che non proponga un'alternativa. Per i professionisti, questo significa poter rispondere in due modi: o indagando ulteriormente il tema in discussione, oppure impegnandosi in un dialogo riflessivo con un collega, in cui essi cercano di essere aperti e propositivi. I terapeuti si parlano (e si guardano) a vicenda, usando un linguaggio comune e non patologizzante, evitano di criticare i famigliari e si impegnano in uno scambio dialogico reciproco. In ogni incontro, dovrebbe esserci almeno un po' di tempo per le riflessioni dei professionisti tra di loro, perchè questo aspetto è fondamentale per dare origine sia a nuovi termini per definire la crisi sia a un processo aperto e condiviso che incoraggia un senso di fiducia e sicurezza. E' anche essenziale che i membri della rete abbiano un'opportunità di commentare quel che i professionisti hanno detto.

Qualsiasi decisione su farmaci e ricoveri viene presa dopo aver verificato l'opinione di tutti. La discussione di questioni legate a farmaci e ricoveri solitamente avviene dopo che i famigliari abbiano avuto la possibilità di esprimere le loro preoccupazioni più impellenti. Dopo aver affrontato le questioni importanti dell'incontro, un membro dell'équipe solitamente avanza il suggerimento che lo stesso arrivi ad una conclusione. E' comunque importante che in chiusura ci si riferisca alle parole stesse del cliente chiedendo, ad esempio: "Mi chiedo se a questo punto potremmo chiudere la riunione, ma prima di farlo, c'è qualcos'altro di cui dovremmo discutere?". Così facendo, i clienti hanno il controllo della decisione di chiudere la seduta. Alla fine dell'incontro, è utile riassumere brevemente i temi affrontati e discussi, specialmente se sono state prese decisioni o meno, e in caso affermativo quali sono state. E' anche importante elaborare la struttura dell'incontro successivo se i particolari non sono chiari, come parlare di chi parteciperà e quando sarà fissata la data. La lunghezza degli incontri è variabile, ma in genere è sufficiente un'ora e mezza.

RIASSUNTO

Il Dialogo Aperto è sia un sistema di cura basato sulla comunità che una forma di conversazione terapeutica che si verifica all'interno di quel sistema, nello specifico durante la riunione di cura. Questi due livelli di Dialogo Aperto sono guidati da sette principi, di cui il "dialogo (polifonia)" e la "tolleranza dell'incertezza" sono le due coordinate fondamentali del colloquio terapeutico, ossia la Pratica Dialogica. Questa pratica, nel Dialogo Aperto, è la stessa sia per le crisi acute sia per situazioni più durature e ripetitive, le cosiddette situazioni "croniche".

Questo scritto si è focalizzato sulla definizione della Pratica Dialogica, identificandone e descrivendone i dodici elementi chiave. Nella riunione di cura, lo scopo principale dei terapeuti è far nascere un dialogo in cui le voci di tutti vengono sentite e rispettate. Il punto d'inizio è il linguaggio che la famiglia usa per descrivere la sua situazione. La posizione del terapeuta è diversa da quella della psicoterapia tradizionale, nella quale il terapeuta adotta gli interventi e non rende pubbliche questioni personali. Mentre molte scuole di terapia familiare si concentrano su forme specifiche di intervista, il terapeuta dialogico si focalizza maggiormente sull'ascolto e sulla risposta alle cose che più lo colpiscono.

Sono questi momenti di "vitalità" nel Dialogo Aperto, quando chi parla o ascolta viene toccato da qualcosa di nuovo nello scambio, che danno origine a una possibilità di trasformazione. Nella discussione precedente, abbiamo dato esempi di questi "momenti choccati" (v. anche Shotter & Katz, 2007). Ad esempio, quando Christopher usò le parole "cuore spezzato", sia lui che i terapeuti erano visibilmente commossi. Un'ulteriore approfondimento diede vita a un profondo cambio di prospettiva attraverso la narrazione di ciò che gli era successo, il che dava un contesto a quel che provava. Ci possono essere rivelazioni improvvise e movimenti positivi verso l'autoguarigione e il senso di integrità associate a questo processo, che possono creare una profonda e incredibile connessione. Questa possibilità di trasformazione sembra reggersi su una posizione terapeutica che fa restare presenti e impegnati, sintonizzati col proprio dialogo interiore e sensibili a quello esteriore e condiviso, rispondendo di volta in volta alle richieste man mano che si svolge lo scambio. Per

questo motivo i professionisti detengono la loro conoscenza e il loro sapere con delicatezza, in quanto parte del loro repertorio di risposte adeguate. Questo approccio dei "momenti choccati" è criticato da Roger Lowe (2005) a favore di un approccio di "metodi strutturati", che si riferisce a quelle sequenze graduali e unidirezionali informate da teorie e ipotesi esterne.

La Pratica Dialogica del Dialogo Aperto enfatizza l'"essere con" anziché il "fare per". C'è un'indagine a risposta aperta che mette in rilievo il momento attuale. Le parole e le storie dei clienti vengono considerate preziose e trattate con cautela, insieme ai loro silenzi e all'intera serie di gesti, emozioni ed espressioni del linguaggio corporeo. I terapeuti rispondono a tutte queste forme di espressioni del cliente ripetendo le parole e ascoltando attentamente, cercando di capire senza imporre sovrastrutture gergali, interpretative e conclusioni affrettate. Se è difficile capire qualcuno, c'è sempre una ricerca di parola per dare un'espressione più lucida a quel che cerca di dire. Si suppone che la situazione sia significativa e che tutti si sforzino per darle un senso. Emergono nuove possibilità create insieme, con parole e storie nuove che entrano nel discorso comune. Questo incontro crea un contesto per il cambiamento favorendo uno scambio tra le molteplici voci, che vengono tutte valorizzate e ritenute importanti. Il linguaggio e la comprensione comuni possono agevolare a sbrogliare la matassa di confusione e ambiguità, e producono un più ampio senso di orientamento e azione.

RICHIESTA DI COMMENTI DA PARTE DEI LETTORI

Nota bene: per poter continuare a render chiari, affinare e aggiornare i 12 elementi chiave della fedeltà nella Pratica Dialogica discussa in questo documento, invitiamo i lettori a inviarci i loro commenti per farci sapere se questo testo è riuscito a contemplare la vostra esperienza nel Dialogo Aperto e nella Pratica Dialogica, se vi è stato utile a riflettere sul vostro lavoro, per la formazione e la supervisione, e se è valido nella ricerca. Consideriamo questo testo un documento "vivo". Studi futuri sull'affidabilità e validità degli "Elementi Chiave della Pratica Dialogica nel Dialogo Aperto: Criteri di Fedeltà" sono necessari e imminenti. Vi preghiamo di contattarci via e-mail e condividere con noi i vostri commenti a: Dialogic.Practice@umassmed.edu .

Grazie! – Mary, Jaakko, e Doug
2 settembre 2014

RINGRAZIAMENTI

Vorremmo esprimere la nostra gratitudine alle famiglie dalle cui storie abbiamo imparato tanto. Le ringraziamo per averci permesso di descrivere esempi del nostro lavoro insieme a loro. Abbiamo modificato questi esempi per proteggere la riservatezza e cancellare ogni informazione per identificarle. Vogliamo anche ringraziare i nostri colleghi per il loro incalcolabile contributo: Jukka Aaltonen, Volkmar Aderhold, Magnus Hald, Lynn Hoffman, Peter Rober, Markku Sutela, e il gruppo di ricerca della UMass Medical School, tra cui Daniel Breuslin, Nancy Bryatt, Robert Clyman, Jon Delman, Daniel Fisher, Christopher Gordon, Stephanie Rodrigues, e Makenzie Tonelli.

RIFERIMENTI BIBLIOGRAFICI

Aaltonen, J., Seikkula, J., & Lehtinen, K. (2011). Comprehensive open-dialogue approach I: Developing a comprehensive culture of need-adapted approach in a psychiatric public health catchment area in Western Lapland Project. *Psychosis*, 3, 179-191.

Alanen, Y. (1997). *Schizophrenia: its origins and need-adapted treatment*. London: Karnac.

Andersen, T. (1991). *The reflecting team: Dialogues and dialogues and dialogues*. New York: Norton.

Boscolo, L., Cecchin, G., Hoffman, L., & Penn, P. (1987). *Milan systemic family therapy: Conversations in theory and practice*. New York: Basic Books.

Hald, M. (2013). The treatment web. *Presentation at the International Meeting for the Treatment of Psychosis Network*. Tromsø: Norway.

- Hoffman, L. (2007). The art of "witness." In H. Andersen and D. Gehart [Eds.], *Collaborative therapy: Relationships and conversations that make a difference*. New York: Routledge.
- Lowe, R. (2005). Structured methods and striking moments: Using question sequences in "living" ways. *Family Process*, 44, 65-75.
- Olson, M. (2006). Family and network therapy for a system of care: A pedagogy of hope. In A. Lightburn & P. Sessions, *Handbook of community-based practice*. New York, NY: Oxford University Press.
- Olson, M., Laitila, A., Rober, P., & Seikkula, J. (2012). The shift from monologue to dialogue in a couple therapy session: Dialogical investigation of change from the therapists' point of view. *Family Process*. 51, 420-435.
- Rober, P. (2005). The therapist's self in dialogical family therapy. *Family Process* 44, 479-497.
- Seikkula, J. (2002). Open dialogue with good and poor outcomes for psychotic crises. Examples from families with violence. *Journal of Marital and Family Therapy* 28: 263-274.
- Seikkula, Aaltonen, J., Alakare, B., Haarakangas, K., Keranen, J., Sutela, M. (1995). Treating psychosis by means of open dialogue. In S. Friedman, *The reflecting team in action: collaborative practice in family therapy*. New York, NY: The Guilford Press.
- Seikkula, J. & Arnkil, T. (2006). *Dialogical meetings in social networks*. London: Karnac.
- Seikkula, J. & Arnkil, T. (2014). *Open dialogues and anticipations: Respecting the otherness in the present moment*. Helsinki: THL publications.
- Seikkula, J. & Olson, M. (2003). The open dialogue approach to acute psychosis. Its poetics and micropolitics. *Family Process* 43, 4103-418.
- Shotter, J. (2004). *On the edge of social constructionism. "Witness-thinking" versus "aboutness-thinking."* London: KCC Foundation Publications.
- Shotter J, & Katz, A. (2007). "Reflecting talk," inner talk," and "outer talk:" Tom Andersen's way of being. In H. Andersen and D. Gehart [Eds.], *Collaborative therapy: Relationships and conversations that make a difference*. New York: Routledge
- White, M. (2007). *Maps of narrative practice*. New York: Norton.
- Ziedonis, D.M. (2004) Integrated treatment of co-occurring mental illness and addiction: clinical intervention, program, and system perspectives. *CNS Spectrum* 9(12):892-904, 925.
- Ziedonis, D.M., Smelson, D.A., Rosenthal, R.N., Batki, S.L., Green, A.I., Henry, R.J., Montoya, I., Parks, J., Weiss, R.D. (2005). Improving the care of individuals with schizophrenia and substance use disorders: consensus recommendations. *J Psychiatric Practice* 11(5):315-39.
- Ziedonis, D.M., Fulwiler, C, Tonelli, M. (2014). Integrating mindfulness into your daily routine. *Vital signs, A publication of the Massachusetts medical society*. 19:2, 6.