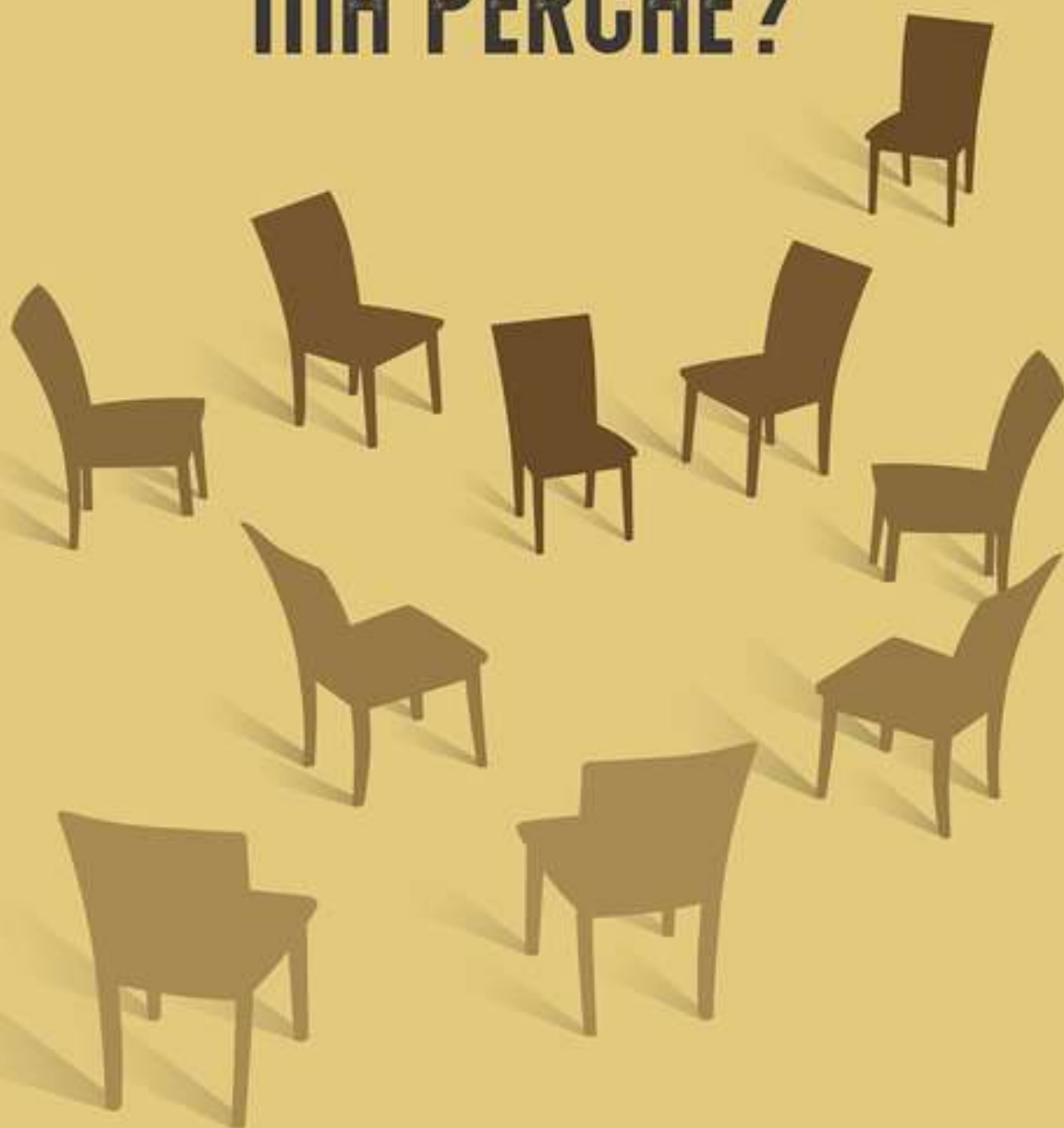


Jaakko Seikkula

PRATICHE DIALOGICHE

IL DIALOGO GUARISCE MA PERCHÉ?




Pensa
MULTIMEDIA



4

Collana diretta da

Riccardo Mazzeo

Comitato di redazione

Eraldo Affinati

Marco Belpoliti

Miguel Benasayag

Riccardo Emilio Chesta

Teodoro Cohen

Maria Caterina Federici

Raffaele Federici

Angelo Gemignani

Hafez Haidar

Nina H. Saarinen

Stefano Tani

Jaakko Seikkula

IL DIALOGO GUARISCE, MA PERCHÉ?

**COSA RENDE IL DIALOGO STRAORDINARIAMENTE
EFFICACE NELLE CRISI DIFFICILI?**

Traduzione di *Nina Harriet Saarinen*

A cura di *Riccardo Mazzeo*

Introduzione di *Marco D'Alema e Raffaele Barone*



Titolo originale:

Jaakko Seikkula, *Dialogi parantaa – mutta miksi?*

Mikä tekee dialogista ennennäkemättömän vaikuttavan vaikeissa kriiseissä?

Traduzione dal finlandese di Nina Harriet Saarinen

PROPRIETÀ LETTERARIA RISERVATA

Ai sensi della legge sui diritti d'Autore e del codice civile è vietata la riproduzione di questo libro o di parte di esso con qualsiasi mezzo, elettronico, meccanico, per mezzo di fotocopie, microfilms, registrazioni o altro, senza il consenso dell'autore e dell'editore.

ISBN volume 979-12-5568-045-1



2023 © Pensa MultiMedia Editore s.r.l.

73100 Lecce • Via Arturo Maria Caprioli, 8 • Tel. 0832.230435

www.pensamultimedia.it • info@pensamultimedia.it

Sommario

Introduzione (<i>Marco D'Alema e Raffaele Barone</i>)	7
Prefazione	19
1. Modalità dialogiche di aiuto e dialoghi aperti	27
2. “Non ho mai visto niente di simile prima d’ora”	65
3. Da un’immagine empirica a un’immagine umana dell’uomo	87
4. La vita è un flusso di partecipazione. Una rivoluzione intersoggettiva	117
5. Lo sviluppo della terapia familiare: dal cambiamento del sistema a un incontro corporeo olistico	137
6. Mente relazionale e mente corporea: sincronia	157
7. Il comportamento psicotico è parte del dialogo, non della patologia	189
8. Il dialogo sviluppa la riflessività	215
9. Scienza dialogica. Ricerca in condizioni reali	251
10. Semplici istruzioni per sviluppare la presenza dialogica	281
Bibliografia	305

IL DIALOGO GUARISCE: MA PERCHÉ?

Cosa rende il dialogo straordinariamente efficace nelle crisi difficili?

Jaakko Seikkula

Modalità dialogiche di aiuto e dialoghi aperti

"Quando il dialogo finisce, tutto finisce."
(Michail Bachtin)

Il dialogo è una parte ineludibile della vita. Accade in ogni incontro tra persone, in famiglia, tra amici, in una classe scolastica, quando si tratta con le autorità, in uno studio medico o in psicoterapia. Il dialogo ha luogo anche quando si interagisce con i clienti perché, se non dialogano con i loro clienti, i professionisti non possono comprendere la loro situazione. In generale, intendiamo il dialogo come un'alternanza di turni di parola che ci aiuta ad avere delle conoscenze e delle informazioni l'uno dell'altro in tutti i tipi di situazioni di interscambio. Quindi non è affatto eccezionale parlare di dialogicità in terapia, perché semplicemente il dialogo riveste un ruolo in tutte le forme di psicoterapia. È un mezzo per un fine: se conversiamo bene con un altro, lo capiamo meglio.

In questo libro, però, la dialogicità è descritta da un'altra prospettiva, come dimensione fondamentale della vita e non come strumento di conversazione. La dialogicità non è vista come uno strumento per migliorare l'interazione o per raggiungere qualche obiettivo specifico, ma come un valore in sé. La dialogicità è vita e può apparire come un valore assoluto in una grande varietà di situazioni. Conosco classi scolastiche il cui lavoro è organizzato dialogicamente. Ho visitato aziende la cui dialogicità è un fattore chiave per lo sviluppo della cooperazione tra dipendenti. In alcune aree, gli assistenti sociali hanno adottato la dialogicità come un fattore organizzativo centrale del loro lavoro. Un cardiologo ha affermato che il suo lavoro è cambiato sostanzialmente dopo aver adottato il dialogo come parte della sua attività. Nell'ambito degli incontri psicologici è nato un ampio spettro di diverse forme di aiuto dialogico, e lo stesso è avvenuto per la psicoterapia individuale,¹ la terapia familiare² e la terapia di gruppo.³ Tom Erik Arnkil ha sviluppato con il suo gruppo di ricerca⁴ una speciale modalità dialogica per affrontare le situazioni problematiche con la rete delle persone significative. Questa attività consiste nei dialoghi anticipatori e nell'affrontare le preoccupazioni in modo precoce. Tale innovazione è molto interessante perché il suo punto di partenza non è nella psicoterapia ma nei dilemmi delle reti sociali multifunzionali. Un approccio dialogico può quindi essere sviluppato in un'ampia varietà di situazioni di interazione.

In questo capitolo iniziale vengono spiegati i principi della dialogicità, i presupposti basilari del lavoro di aiuto dialogico e le premesse del dialogo aperto, in modo che il lettore sappia che cosa si intenda quando si parla del dialogo nella relazione di aiuto.

1. Hermans, 2004; Leiman, 2004; Stiles et al. 2004; Lysaker, Lysaker, 2004.
2. Andersen, 1991; Anderson, Goolishian, 1988; Anderson, 1997; Rober, 2017; Seikkula, Arnkil, 2014.
3. Sempere, Fuenzilada, 2017.
4. Arnkil, Seikkula, 2016.

Non più una persona che aiuta e una che viene aiutata, ma un'esperienza condivisa

I metodi di lavoro dialogici introducono una nuova prospettiva nell'aiuto psicologico. Mentre i metodi di aiuto tradizionali consistono nell'applicazione di interventi specifici per affrontare i

problemi dei clienti, nel lavoro dialogico sono i clienti a prendere l'iniziativa. L'obiettivo non è cambiare i clienti, per esempio intervenendo sui loro sintomi, ma creare un'esperienza comune per aprire nuove prospettive. Il processo segue le storie dei clienti rispetto alla loro vita e ai loro problemi, e i professionisti (insegnanti, medici, assistenti sociali, infermieri, consulenti di comunità di lavoro, psicoterapeuti) partecipano alla costruzione di una nuova esperienza condivisa rispondendo alle espressioni dei clienti. Il successo dipende proprio dal modo in cui, chi guida, orienta e facilita la conversazione e riesce, con le proprie risposte, a rispettare il punto di vista dei clienti, affinché possano comprendere meglio la propria esperienza, scoprire risorse che non sapevano di avere e diventare così gli autori della loro storia di vita.

Nel mio libro mi concentro ampiamente sul dialogismo, sul modo speciale di pensare al dialogo aperto nelle crisi più difficili, e sulle figure che possono tesaurizzarlo per aiutare le persone in difficoltà. Sebbene sia un aiuto psicoterapeutico, l'adozione della dialogicità è molto utile in tutti i tipi di lavoro di aiuto. Ma poiché sono uno psicoterapeuta, i miei esempi vengono spesso dall'incontro dialogico con le crisi più difficili. Il mio ambito di intervento è la terapia familiare, ma anche la sua applicazione alle crisi psicologiche più difficili in cui la dialogicità ha mostrato la sua forza. Tuttavia, il modo di lavorare dialogico può essere applicato altrettanto bene e con risultati altrettanto buoni quando si ha a che fare con una persona in generale.

Il dialogo ha mostrato la sua importanza quando le psicoterapie hanno cominciato a enfatizzare la centralità del linguaggio, cioè il modo in cui diamo significato alle esperienze e ai problemi della nostra vita nella conversazione. Nel mio lavoro, questo cambiamento è iniziato negli anni Ottanta. Quando, nella mia formazione come terapeuta familiare, avevo imparato a considerare la famiglia come un'unità, in cui i suoi diversi membri costruiscono un sistema familiare con il loro comportamento, con la svolta linguistica l'attenzione è stata rivolta alle storie di diversi membri della famiglia, sulla loro propria famiglia e sui problemi di ciascuno. I terapeuti orientati alla soluzione⁵ sono stati i primi a introdurre questo punto di vista, e hanno richiamato l'attenzione sul fatto che il discorso che descrive il problema è in realtà il problema, non tanto un comportamento o un sintomo in sé. Più o meno nello stesso periodo, Michael White e David Epston⁶ hanno sviluppato la terapia narrativa lavorando soprattutto con famiglie con bambini. Hanno sottolineato che una persona crea la sua vita nelle sue narrazioni uniche. Una buona terapia deriva dall'essere interessati a tutte le storie di ciascuno e non cercare più di definire un singolo sistema familiare o problema familiare. Harry Goolishian e Harlene Anderson sono stati i primi a definire la terapia familiare un dialogo.⁷ La svolta decisiva per aprire la terapia familiare a un processo condiviso è stata effettuata dallo psichiatra norvegese Tom Andersen, che con il suo gruppo di lavoro ha sviluppato l'idea di un team riflessivo.⁸ La dimensione rivoluzionaria del team riflessivo era che i terapeuti ora dicevano apertamente alla famiglia cosa pensavano delle cose che i membri della famiglia dicevano loro. In questo modo, i diversi punti di vista dei terapeuti sono entrati a far parte dell'insieme delle diverse narrazioni sul problema presentato dalla famiglia.

Nella psicoterapia individuale, l'approccio dialogico ha cominciato a svilupparsi nell'ambito sia della terapia cognitiva sia della terapia psicodinamica. Nella terapia cognitiva, Hubert Hermans⁹ si è focalizzato sul concetto di schemi interni del cliente, affermando che questi schemi non sono strategie di azione permanenti, ma piuttosto rappresentano voci diverse provenienti dal suo mondo di esperienza. Non è possibile raggiungere un punto di vista o un atteggiamento permanente, ma l'esperienza umana nasce in ogni situazione e conversazione secondo le voci che appaiono in essa. Hermans ha sviluppato una prospettiva dell'uomo come un sé dialogico. La descrizione della realtà psicologica delle voci interiori è stata sviluppata anche da William Stiles et al.,¹⁰ affermando che "le voci della mente sono tracce di memoria che si attivano in nuove esperienze quando queste esperienze assomigliano in qualche modo all'esperienza originaria".

Lo psicologo Mikael Leiman¹¹ ha sviluppato un approccio dialogico nella psicoterapia individuale, integrando terapia costruttivista e psicodinamica in una speciale terapia cognitivo-analitica. Daniel Stern¹² ha anche creato una nuova forma di terapia psicodinamica, che segue i principi basilari della psicoterapia dialogica per seguire la storia del cliente senza guidarla, e partecipandovi con le risposte del terapeuta sgombrare da una particolare interpretazione del significato di ciò che il cliente racconta. Non chiama la sua terapia “dialogica”, ma lo è se ci atteniamo alla suddetta definizione di dialogicità. I clienti condividono i loro dilemmi e i terapeuti, con le loro risposte, rispettano incondizionatamente le loro esperienze, senza guidare in una specifica direzione ciò che essi dicono o darne alcuna interpretazione.

5. Kim Berg, 2001; Furman, Ahola, 2020.
6. White, Epston, 1991.
7. Anderson, Goolishian, 1988.
8. Andersen, 1991; Andersen, 2022.
9. 2004
10. 2004, p. 92.
11. 2004.
12. 2004.

L’incontro terapeutico apre la strada al dialogo. I dialoghi aperti

Il mio modo di lavorare, dall’inizio degli anni Ottanta, ha cominciato a svilupparsi in una direzione dialogica mentre lavoravo come psicologo nell'ospedale psichiatrico di Keropudas di Tornio. L'obiettivo condiviso del nostro gruppo di lavoro era quello di sviluppare un'assistenza centrata sulla famiglia in modo che le famiglie dei pazienti ricoverati rivestissero un ruolo più importante nella cura del familiare ricoverato. All'inizio utilizzavamo la terapia familiare sistemica, ma solo una piccolissima parte delle famiglie poteva partecipare alla cura. Il nostro modo di lavorare è cambiato in modo decisivo nel 1984, quando abbiamo iniziato a organizzare degli incontri aperti. Inizialmente, incoraggiati dall'innovazione sviluppata dal gruppo di lavoro del professor Yrjö Alanen a Turku, abbiamo cambiato la pratica terapeutica in modo che il team non discutesse più la cura o i piani terapeutici senza il paziente, ma decidesse sempre di includerlo in tutte le conversazioni che lo riguardavano. L'apertura incondizionata è una dimensione rivoluzionaria dell'incontro terapeutico. Tutto avveniva apertamente fin dall'inizio, il team non si riuniva prima senza la presenza del paziente o della sua famiglia per pianificare l’incontro. Allo stesso tempo, abbiamo modificato la nostra pratica in modo da invitare sempre la famiglia del paziente agli incontri congiunti, dove tutte le questioni venivano discusse apertamente alla presenza di tutti. Quindi la famiglia non era più invitata alla terapia familiare sulla base di alcuni problemi di interazione che avevamo osservato. L'apertura dell'incontro era molto vicina all'idea di un team riflessivo creato dal gruppo di lavoro di Tom Andersen, perché i pensieri e le inferenze dei professionisti erano ora condivisi apertamente. I risultati ottenuti negli incontri aperti erano incoraggianti. Nelle situazioni difficili erano emerse delle nuove prospettive e i pazienti sviluppavano delle nuove soluzioni ai loro problemi. Allo stesso tempo, avevamo avuto anche esperienze molto confuse e inaspettate, che “ci costringevano” a pensare alle premesse di un nuovo approccio aperto.

Nel trattamento psichiatrico tradizionale, eravamo abituati a definire il problema nel modo più accurato possibile e a stabilire gli obiettivi e le misure terapeutiche necessarie per raggiungerli, ma adesso potevamo trovarci in situazioni senza via d’uscita, in cui il cambiamento veniva innescato dal nostro cambiamento e non da quello dei pazienti.

Queste situazioni erano innumerevoli. Una volta, Antti è arrivato in ospedale con sintomi psicotici a causa di un eccessivo consumo di alcol. Abbiamo incontrato lui e la moglie al momento del suo

ricovero. La moglie raccontava che aveva avuto così tanta paura di Antti da non sapere più se al momento della dimissione avrebbe avuto il coraggio di riportarlo a casa. Nel reparto, la psicosi di Antti si era risolta rapidamente e, dopo circa una settimana di cure, avevamo pensato che sarebbe stato un bene per Antti tornare a casa per un fine settimana di permesso. Tuttavia, la moglie non era d'accordo. Dopo alcune settimane, il gruppo di lavoro del reparto era molto frustrato perché la moglie non era d'accordo che Antti tornasse a casa, anche se pensavano che Antti fosse già completamente guarito. Abbiamo organizzato un incontro al quale la moglie è venuta con la madre. Quando il medico del reparto, durante l'incontro, ha suggerito che sarebbe stato un bene per Antti tornare a casa in permesso, Antti si è improvvisamente alzato in piedi impreca e minacciando la moglie con parole dure. Eravamo, come team, così convinti del nostro piano terapeutico che avevamo proposto la stessa cosa una seconda e una terza volta, e ogni volta Antti si era arrabbiato minacciando la moglie. Quando è successo per la terza volta, un infermiere di salute mentale – grazie Raija – fortunatamente era stata abbastanza ragionevole da iniziare a chiederci cosa stessimo facendo. Ogni volta che proponevamo a Antti il rientro a casa, Antti iniziava a minacciare di morte la moglie. Raija allora aveva posto a tutti noi la domanda se ci rendessimo conto che si profilava un omicidio. Questa domanda ci aveva aperto gli occhi, aveva sbloccato i nostri pensieri e avevamo iniziato a pensare alla difficile situazione della famiglia. Ovviamente non avevamo ascoltato il messaggio della moglie e non avevamo compreso la profondità della loro crisi.

Il cambiamento era iniziato con noi che cambiavamo. Questo creava molta confusione, perché tradizionalmente l'obiettivo del trattamento era quello di cambiare il paziente e/o la sua famiglia. In precedenza, il nostro ruolo era stato quello di guaritori che conoscevano quali metodi dovessero essere utilizzati in un dato momento per la realizzazione di un piano di trattamento. Ma eravamo già in un nuovo paradigma senza averlo ancora compreso. Quando abbiamo aperto le porte ai pazienti e alle loro famiglie, e loro hanno potuto partecipare a tutte le discussioni, hanno iniziato a condividere attivamente le loro opinioni, a far sentire la loro voce. Spesso individuavano anche nuove risorse per delle situazioni difficili. Nel caso di Antti, avevamo concordato insieme di riservare più tempo ai dialoghi con Antti e la moglie. In questi dialoghi, dopo alcuni mesi, i due coniugi avevano annunciato che non potevano continuare a stare insieme e che si sarebbero separati.

Per comprendere questi fenomeni senza precedenti, eravamo “costretti” ad avviare un'esplorazione sia di ciò che era accaduto sia dell'appropriatezza delle modalità degli incontri. Abbiamo iniziato a riflettere sui dialoghi degli incontri. Nel caso di Antti, il cambiamento è iniziato quando gli operatori hanno risposto ai pazienti in modo nuovo. All'inizio non parlavamo di dialoghi, ma poi diventava facile comprendere come in queste interazioni si stessero gettando le fondamenta del dialogo: rispondere all'altro e adattarsi a quello che dice. Questo evento fondamentale può essere meglio compreso con l'aiuto dello scrittore e filosofo russo Michail Bachtin nella descrizione della vita come polifonica e dialogica. Solo anni dopo il nuovo modo di lavorare è stato chiamato “dialogo aperto”.

Una dimensione speciale del dialogo aperto è che comprende contemporaneamente sia la pianificazione e attuazione dell'assistenza psichiatrica sia la psicoterapia. All'inizio era per me e per l'intero gruppo di lavoro un nuovo modo di pianificare la cura psichiatrica, ma mentre stavamo stendendo i piani di assistenza, abbiamo notato che la stessa conversazione era molto terapeutica. Spesso, un buon dialogo sulla pianificazione dell'assistenza negli incontri aperti era stata la migliore assistenza. Nel tempo hanno cominciato a svilupparsi anche nuove modalità di implementazione di dialoghi familiari aperti in contesti molto diversi. Io stesso mi sono trasferito all'Università di Jyväskylä nel 1998, dove ho incontrato clienti in una clinica di psicoterapia. In terapia ho sempre applicato uno stile di lavoro aperto e l'idea di operare in gruppi di lavoro in diverse situazioni problematiche del cliente. Ho anche ampliato i miei studi sui processi dialogici estendendoli a

contesti diversi che non avevano più un collegamento diretto con la pianificazione del trattamento psichiatrico. È nata così la forma di terapia dialogica che descrivo in questo libro.

Il dialogo è vita, e al di fuori di esso c'è la morte

Una delle persone che maggiormente ha influenzato i fondamenti dell'incontro dialogico e la terapia dialogica è lo scrittore e filosofo Michail Bachtin. Quasi tutti gli orientamenti della terapia dialogica si riferiscono alla sua visione dialogica del mondo come premessa della pratica. La sua concettualizzazione dell'essere umano può essere riassunta con un paio di citazioni che ha scritto in uno dei suoi libri chiave, *Dostoevskij. Poetica e stilistica*. Bachtin ha scritto questo libro due volte. La prima volta già nel 1929, con una descrizione degli elementi centrali della sua nuova visione dialogica del mondo. La seconda versione del libro è apparsa nel 1963 in una forma più avanzata, e in questo libro egli apre più profondamente un nuovo tipo di descrizione filosofica della vita. Alcuni dei suoi appunti sono stati aggiunti all'edizione inglese del libro. In uno di essi riassume la propria visione del mondo affermando: **Il dialogo è vita, e al di fuori di esso c'è la morte**

La vita è partecipazione al dialogo; ponendo domande, commentando, rispondendo, concordando e così via. In questo dialogo, una persona partecipa completamente durante tutta la sua vita: con gli occhi, le labbra, le mani, l'anima, la spiritualità, tutto il suo corpo e tutte le sue azioni. Egli investe tutto sé stesso nella conversazione, e questo dialogo diventa parte di tutta la vita, il mondo dell'incontro".¹⁶

Bachtin afferma quindi che il dialogo è vita. La vita è partecipare al dialogo con tutte le nostre azioni e con tutto il nostro corpo. Tutte le nostre azioni sono sempre in relazione con altre persone e perciò sono una comunicazione che attende una risposta. In questo incontro nasce il sé. Dice anche un'altra cosa che ha un effetto davvero radicale sulla nostra visione del mondo: partecipiamo al dialogo per tutta la vita, cioè dal primo respiro che emettiamo dopo la nascita.

14 Aaltonen et al., 2011; Seikkula et al., 1995.

15 Bachtin, 1991. (Bahtin è la forma finlandese e Bakhtin è la forma inglese.)

16 Bachtin, 1984, p. 295.

Ne discuto più dettagliatamente nel capitolo 4 negli studi sull'intersoggettività.

Si è potuto riscontrare come la disponibilità a rispondere in modo dialogico occupi una dimensione centrale nella vita psicologica di una persona. Quando nasciamo, abbiamo una capacità innata di prendere delle iniziative con i movimenti del corpo, gli sguardi e le vocalizzazioni, e di rispondere alle iniziative degli altri. L'abilità biologica innata ci sorregge per circa i primi sei mesi, dopodiché iniziamo ad apprendere consapevolmente delle abilità comunicative e di dialogo.

Questa è un'osservazione sorprendente. La vita ha davvero solo due precondizioni. Quando nasciamo, dobbiamo imparare a respirare. Se non respiriamo, moriamo. Allo stesso modo, la nostra prima esperienza è imparare a dialogare. Se non dialoghiamo, moriremo. Questo è il presupposto della vita ed è il fondamento della terapia dialogica. L'obiettivo è la nascita di un dialogo, perché in una relazione dialogica riceviamo una risposta nell'essere ascoltati e accettati. L'obiettivo della terapia è sentirsi ascoltati, perché quando una persona si sente accolta e riconosciuta nella risposta di un'altra, viene a crearsi un rapporto dialogico di reciprocità.

Bachtin definisce il dialogo come segue: "Il dialogo non è un'introduzione all'azione, ma l'azione stessa. Non è nemmeno uno strumento per strutturare e raggiungere un carattere umano già pronto: qui una persona non si esprime solo esteriormente, ma prende forma solo per quello che è - ripeto: non solo per gli altri, ma anche per sé stessa. [...] Quando il dialogo finisce, tutto finisce".¹⁷

Bachtin fornisce una regola molto importante per gli psicoterapeuti: l'obiettivo è creare un dialogo nel qui e ora, perché nel dialogo la persona diventa sé stessa per la prima volta; nel dialogo sono incluse sia le proprie esperienze di sé, sia le esperienze degli altri rispetto a sé. Diventiamo noi stessi come persone nelle nostre espressioni se l'altra persona presente nel dialogo le accoglie e risponde a esse. Un'espressione non è una spiegazione bell'e pronta di ciò che penso travestita da pensiero, ma in realtà il contrario. Solo nella risposta che ho ricevuto so cosa sento e penso. La risposta non deve essere un commento mascherato da parole e frasi, ma avviene immediatamente e si manifesta nella reazione fisica dell'altro, che lo voglia o no. Anche se l'altra persona ascolta quello che dico senza nemmeno battere ciglio, questa è già una risposta grazie a cui comincio a conoscermi di più. Con una risposta del genere, comincio a chiedermi se io sia una compagnia noiosa e se quello che dico non sia importante.

La comprensione dialogica è molto diversa rispetto alla descrizione psicologica di una persona in termini di caratteristiche di personalità e relative strutture cerebrali. Queste descrizioni spesso mirano a fornire un'immagine permanente delle persone. Sulla base di tali descrizioni sono emerse anche diverse tendenze psicoterapeutiche che forniscono linee guida per lavorare con personalità diverse e problemi diversi. Nella terapia dialogica i fenomeni si incontrano come parte del flusso continuo della vita, nel qual caso la cosa più importante è comprendere il significato dei fenomeni e delle esperienze delle persone in base alla risposta data dall'altra persona in quel preciso momento.

La verità dell'altro non può essere negata

Il dialogo si basa sull'interazione di individui che restano distinti e sulle loro voci. L'unica possibilità nella vita è creare un dialogo con gli altri. Bachtin ha scoperto la natura fondamentale del dialogo studiando lo stile di scrittura degli autori classici russi, e la sua più grande scoperta è stata comprendere il mondo dei romanzi di Fëdor Dostoevskij e di quello molto diverso di Lev Tolstoj, per esempio. Secondo Bachtin, mentre i romanzi di Tolstoj hanno sempre un personaggio principale, l'eroe del libro, nei romanzi di Dostoevskij ci sono sempre tanti personaggi principali quanti sono i personaggi che parlano nel libro. I personaggi dei libri di Tolstoj completano la storia dell'eroe del libro nel modo voluto dall'autore, mentre nei romanzi di Dostoevskij ogni personaggio del libro ha la sua verità che nessun altro può negare. Pertanto, l'unica possibilità è quella di cercare un dialogo con l'altro per capire il suo punto di vista. I personaggi del libro sono costantemente in dialogo tra loro, i libri sono descrizioni di quei dialoghi. Nel dialogo, i personaggi del libro iniziano a capirsi, e questa è una situazione molto singolare, perché i personaggi del libro iniziano a capirsi più del loro autore. Nel loro dialogo nasce un mondo nuovo. L'unica possibilità per l'autore di superare questa sfida che gli toglie potere è quella di cercare il dialogo con i suoi personaggi. Nasce una situazione paradossale: i personaggi del libro non sono più creazioni dell'autore per descrivere la storia che vuole, ma creano la propria realtà nel dialogo, interiorizzando tutte le voci che nel dialogo nascono. Bachtin lo descrive come una visione del mondo polifonica. Tutti noi abbiamo le nostre voci, che non sono opinioni interne permanenti o tratti di personalità, ma prospettive sulla vita che emergono mentre si parla.

Viviamo in una molteplicità di voci diverse, e dobbiamo sforzarci di dialogare con l'altro per capirlo. Quando lo capisco, la mia percezione di me stesso cambia allo stesso tempo. Bachtin afferma che, quando ci rispondiamo, la risposta si trasforma nella nostra stessa esperienza interiore, la parola diventa interna e non è più solo un mezzo di comunicazione.

Il lettore può trovare sorprendente che io descriva un autore letterario. La sorpresa è stata grande anche per me quando ho cominciato a capire che la descrizione di Bachtin della letteratura di Dostoevskij in realtà descrive molto accuratamente le nostre esperienze nei dialoghi aperti nel trattamento psichiatrico. Come terapeuti, non potevamo dirigere e dettare il processo di trattamento, ma il miglior risultato veniva dall'ascolto di tutte le voci. Nessuno poteva contestare il punto di vista dell'altro sul problema. Quando noi stessi siamo cambiati, il cambiamento dell'altro è diventato possibile. Questa è l'essenza di un incontro dialogico: come ci rispondiamo e non più a quale cambiamento miriamo con le nostre domande o con le nostre interpretazioni che descrivono il paziente o la sua famiglia.

La polifonia verticale e orizzontale: un nuovo mondo sonoro

Le voci di chi parla appaiono sempre in dialogo, in relazione con altre voci. Secondo Bachtin la voce è coscienza parlante che si manifesta nel dialogo.¹⁸ Egli afferma che "una persona partecipa al dialogo con la sua voce più essenziale. Vi partecipa non solo con i suoi pensieri, ma anche con il suo destino e tutta la sua individualità".¹⁹ Il senso di sé nasce in questo discorso. Nel dialogo, le esperienze trasformate in parole diventano la voce della nostra vita. Le parole che pronuncio possono essere parole mie o possono contenere anche parole di altre persone. I bambini piccoli, già a scuola, imparano la lingua polifonica leggendo ad alta voce un determinato testo. Leggono con la propria voce, ma includono anche un'altra voce.

18. Wertsch, 1991.

19. Bachtin, 1984, p. 293.

Lo psicologo Kauko Haarakangas ha studiato le voci di venti incontri terapeutici nella sua tesi.²⁰ Ha fatto una distinzione molto importante sulla bidimensionalità della polifonia dell'incontro di trattamento. I partecipanti alla conversazione parlano tra loro in polifonia orizzontale. Per esempio, il terapeuta chiede, alla presenza di altri partecipanti, alla madre di famiglia qualcosa su sua figlia. Quando una madre condivide le sue preoccupazioni per il fatto che sua figlia adolescente resti fuori fino a tardi, i due si impegnano in una conversazione a livello orizzontale. In questa interazione sono presenti due voci, quella del terapeuta e quella della madre. Ma a tutti i dialoghi partecipano anche altre voci, le voci interiori di ogni partecipante alla conversazione. Haarakangas ha chiamato questo mondo sonoro polifonia verticale, che coinvolge uno spettro di voci molto più ampio. Chiunque ascolti la conversazione fra il terapeuta e la madre ha il proprio dialogo interiore sulla preoccupazione di cui la madre ha parlato. Entrambi, ovviamente, ma anche le altre figure presenti: la figlia, suo padre e gli altri professionisti.

20. Haarakangas, 1997.

Ognuno partecipa al dialogo verticale interno in base alla propria esperienza di vita. In quella conversazione possono emergere ricordi, per esempio, della giovinezza della madre e di come si sentivano i suoi genitori al riguardo. Un terapeuta dialogico può invitare quelle voci nella conversazione chiedendo, per esempio: "Se tua madre fosse qui in questo momento e ascoltasse la nostra conversazione, cosa direbbe in proposito? Avrebbe qualche consiglio per questa situazione?"

Per i professionisti, questo dialogo è molto interessante. Partecipano sempre all'interazione con la loro responsabilità professionale ed etica. Ma oltre a ciò, ognuno risponde sempre anche con le proprie voci personali, che iniziano a risuonare in base a ogni tema della conversazione. Pertanto, il terapeuta può commuoversi se la conversazione parla del divorzio dei genitori, qualora anche lui

abbia esperienza del proprio divorzio. Possiamo partecipare al dialogo in quanto persone, non solo come professionisti. Lo psicoterapeuta (o lo psichiatra) non parla in quanto detentore di un ruolo, ma nell'interazione con la madre se ne spoglia e si pone nella condizione di un semplice essere umano. Nel dialogo ascoltiamo e percepiamo sempre queste diverse voci, non tanto le persone che le esprimono, perché le persone si manifestano sempre in relazione l'una con l'altra attraverso ciò che dicono o esprimono.

L'unicità di ogni situazione e l'importanza della risposta

Quando la realtà psicologica di una persona non è più esaminata come una caratteristica o un'abilità permanente, cambia anche la nostra comprensione delle situazioni interattive. Bachtin utilizza il concetto di eteroglossia per descrivere il fatto che ogni dialogo crea la propria realtà unica. Quindi, secondo lui, la realtà si crea nell'incontro che avviene in quel momento, sia nelle conversazioni sia in altre comunicazioni.

Ogni gruppo sociale crea il proprio linguaggio sociale, dal quale nascono i significati di ogni conversazione. Partecipiamo a ciascuna interazione nella molteplicità dei diversi gruppi a cui apparteniamo; appartengo a un gruppo sociale maschile, ho una certa età e ho condiviso delle esperienze generazionali con persone della mia età, sono un terapeuta, sono un professore universitario, vivo in questa città e così via. Tutti questi linguaggi sociali determinano il mio punto di partenza in ogni conversazione. Riconoscere l'unicità dei linguaggi sociali aiuta a rispettare e tenere conto delle particolarità delle diverse culture. Per esempio, può avvenire che agli incontri terapeutici partecipino persone di diverse tradizioni nazionali e religiose. Il rispetto per l'unicità di tutti questi linguaggi è la base per un buon incontro, perché a ognuno deve essere garantita l'esperienza di essere ascoltato e rispettato secondo i valori del proprio linguaggio sociale, cioè della propria cultura.

Ma, come già detto, i linguaggi sociali acquistano significato solo nel dialogo che avviene nel qui e ora, dove emerge sempre una nuova realtà. Ogni conversazione è sempre anche la prima conversazione, anche se abbiamo già incontrato dieci volte questa famiglia o questa persona. C'è sempre la possibilità di una nuova comprensione. Questo è di grande importanza per la terapia. Non c'è motivo di preoccuparsi se parliamo ripetutamente dello stesso argomento, perché da questo argomento emergeranno sempre nuovi significati se lasciamo che ciò accada.

Ho avuto il privilegio di partecipare a incontri terapeutici in cui erano presenti molte culture diverse. È stato sorprendente per me scoprire che il dialogo stesso può essere realizzato in modo molto simile in ogni cultura. Rispettare e riconoscere l'unicità delle culture ingentilisce l'incontro degli interlocutori, ma la stessa esperienza dialogica sembra sorgere in modo simile in Cina, Giappone, Stati Uniti, Brasile, Paraguay, Polonia, Germania, Spagna, Italia, Inghilterra così come in Finlandia. E allo stesso modo può sorgere con persone di diversi orientamenti sessuali o diversi punti di partenza etnici. Il dialogo è universale.

La base di tutto sarà l'interazione nel qui e ora. Il pensiero fondante del dialogo è quello di garantire una risposta all'altra persona. Nella sua frase spesso ripetuta, Bachtin afferma che non c'è niente di più terribile per una parola (e quindi per una persona) di rimanere senza risposta. Senza una risposta, ciò che l'altra persona esprime smuove e naturalmente ciò influisce nell'immediato sull'esperienza che l'interlocutore ha delle sue stesse parole. "Non è straordinario ciò che sto dicendo? Non sono importante? Dovrei esprimermi con violenza per essere ascoltato?" Essere ascoltati è il proposito e la funzione dell'interazione. Se vengo ascoltato, il dialogo è iniziato. Nel dialogo, divento la persona che sono proprio in questo preciso momento. L'obiettivo è stato raggiunto.

Che cosa intendiamo con il rispondere? Il rispondere non è tanto un dare informazioni o fornire delle spiegazioni del problema, ma piuttosto una percezione nata sul momento. Ci rispondiamo continuamente, anche quando non ne abbiamo neppure l'intenzione. Quando non rispondo all'iniziativa di un altro, questa è già di per sé una risposta, che io lo voglia o no. Bachtin parla dell'immediatezza della risposta. Afferma che ci riconosciamo reciprocamente senza la mediazione delle parole e tale risposta in realtà si verifica ancor prima che ne diventiamo verbalmente consapevoli. Mi vedo nei tuoi occhi, potrebbe dire, o prendo in prestito i tuoi occhi per vedermi. La risposta dell'altro è quindi una sensazione immediata o uno stato emotivo creato in pochi secondi prima che l'esperienza venga espressa in parole. Tutto ciò evidenzia l'importanza del modo in cui ci impegniamo nelle conversazioni terapeutiche. È interessante notare che anche il filosofo Emanuel Levinas²¹ parla dell'attesa della risposta di un altro. Sottolinea ancora più precisamente che il volto dell'altro attende la mia risposta, e a quell'invito non posso sottrarmi. Tutto quello che faccio è già una risposta, che mi piaccia o no. In seguito esaminerò più da vicino come possiamo sviluppare le nostre capacità di essere presenti come terapeuti (capitolo 10).

21. Lévinas, 1996.

L'importanza della dialogicità per le conversazioni familiari

Nel dialogo ciò che più conta non è ciò che si dice, ma il modo in cui nel processo dialogico vengono raccontate le cose e si risponde alle cose raccontate.²² Le storie raccontate definiscono sempre chi parla, ma nel dialogo diventa essenziale la relazione tra chi parla e gli interlocutori.²³ Le narrazioni vivono solo in presenza di chi ascolta e nelle risposte date. In questo senso, parlare è un fenomeno dialogico. Tuttavia, nelle conversazioni terapeutiche, le persone bisognose di aiuto non raccontano storie preconfezionate, ma piuttosto storie frammentate e incomplete. I clienti parlano delle loro esperienze particolarmente sensibili ed emotive, e ciò che dicono può essere incompleto e contenere molte contraddizioni.²⁴ I clienti non hanno parole o frasi esatte per esprimere le loro esperienze sensibili ed esprimere le loro preoccupazioni più urgenti. È proprio quell'impossibilità di esprimere inequivocabilmente l'evento o un altro motivo che li ha portati a cercare aiuto che spesso sembra essere alla base stessa della ricerca di aiuto. I sintomi psichici sono un segno che a lei/lui e alla sua famiglia mancano le parole per esprimere le loro esperienze più significative. Le cose difficili accadute in precedenza nelle loro vite sono rimaste nella memoria del corpo e si attivano come le voci della vita nella tensione del momento, ma raramente come storie raccontate in modo conseguente. Il più delle volte emerge solo un sentimento forte e travolgente, per esempio ansia, panico, depressione o delusione.

22. Roberto, 2017; Avventura, 1995.

23. Andersen, 1995; Anderson, Goolishian, 1988; Bianco, 1991.

24. Gergen, 2009.

La psicoterapia consiste nel trovare parole per le esperienze di vita che non sono ancora state dette. Nella terapia familiare, nella costruzione di un nuovo linguaggio comune, includiamo i membri della famiglia come persone reali, vive e corporee. Dal punto di vista dialogico, questo è molto importante perché – come ha sottolineato Bachtin – gli interlocutori sono coautori attivi della narrazione dell'individuo. Ogni parola dei partecipanti al dialogo diventa parte della tensione dell'insieme delle parole pronunciate in precedenza e le approfondisce. In questo processo, la cosa detta “non può non essere parte attiva del dialogo sociale”.²⁵ Tutto ciò che viene detto o fatto è una risposta a qualcosa che è stato detto o fatto in precedenza.

Ogni parlante è soggetto fisico della sua espressione quando la produce con il corpo. Ma solo fisicamente perché, nel momento in cui la sua espressione viene ascoltata e vista, diventa parte delle risposte di tutti i presenti nel significato dato. Nella terapia familiare, un nuovo linguaggio si sviluppa soprattutto nelle risposte che i membri della famiglia si danno reciprocamente rispetto a domande e preoccupazioni espresse. Inoltre, i terapeuti si trovano in una posizione di particolare responsabilità, tanto che con le loro risposte influenzano la costruzione dell'esperienza condivisa.²⁶ Nella conversazione siamo parte di un'esperienza condivisa, il cui scopo è aumentare la comprensione della situazione di vita unica della persona che ha bisogno di aiuto. Questa comprensione non porta, per esempio, a formulare una diagnosi, ma richiede sempre un incontro comune e la condivisione del dolore dei pazienti.

25. Bachtin, 1986, p. 276.

26. Steiner, 1989.

La comprensione si raggiunge in un processo attivo, assumendosi la responsabilità della risposta e, con essa, dell'altro. Rispondiamo in un dialogo aperto a quanto detto prima, per cui ci aspettiamo una risposta nelle sedute successive. Se abbiamo davvero ascoltato e sentito l'altro, possiamo rendercene conto dai suoi commenti. Nella seduta familiare, le storie si sviluppano gradualmente e in modo imprevedibile dalle influenze contrastanti e tese di tutti i presenti. Tutto ciò che viene espresso viene implicitamente o direttamente valutato dagli altri, e le loro reazioni verbali e non verbali invitano a nuove espressioni in una complessa danza dialettica di differenze e somiglianze.²⁷

27. Baxter, 2004.

Il dialogo aperto

Il dialogo aperto è una prassi innovativa finlandese sviluppata nella tradizione dell'assistenza basata sui bisogni. L'approccio adattato ai bisogni è un modello di trattamento per la schizofrenia orientato alla psicoterapia, in cui le attività terapeutiche sono pianificate e svolte in modo flessibile e individuale per ciascun caso, in modo da soddisfare le esigenze terapeutiche dei pazienti e delle persone che costituiscono le loro reti personali (principalmente le loro famiglie). Descrivo questa prassi per dare un esempio di una pratica dialogica ma anche in risposta all'interrogativo centrale del libro: la guarigione, in quanto sul dialogo aperto abbiamo le maggiori evidenze scientifiche inerenti alla guarigione. In seguito (capitolo 3), descriverò più dettagliatamente la nascita del dialogo aperto nel suo sviluppo nell'ambito dell'assistenza psichiatrica ambulatoriale all'ospedale Keropudas di Tornio. Descrivo in questo paragrafo lo sviluppo della dialogicità a metà degli anni Novanta, quando per la prima volta chiamammo la nuova idea di cura e trattamento "dialogo aperto". Come ho già detto, la sua particolarità è quella di essere sia un metodo di organizzazione dell'assistenza psichiatrica sia una psicoterapia dialogica.

L'idea base del dialogo aperto è molto semplice. Le conversazioni sono aperte a tutti: al cliente che chiede aiuto, alla sua famiglia e al resto della sua rete sociale. Nessuna delle questioni relative alla cura e al trattamento del paziente viene discussa senza la sua presenza. Oltre a questo i professionisti lavorano insieme come un gruppo curante e partecipano a tutti gli incontri in cui vengono discussi i problemi che hanno portato al manifestarsi del bisogno di aiuto. Tuttavia, questa semplicità è paradossale, perché i professionisti rinunciano a due "vacche sacre": (1) rinunciano a organizzare delle conversazioni sulla pianificazione della cura e sulle decisioni terapeutiche fra di loro e (2) rinunciano alle interviste di un singolo professionista con il cliente o i clienti mentre intraprendono per esempio dei colloqui clinici anamnestici in presenza del gruppo curante. Naturalmente, ci sono delle importanti eccezioni per entrambi i punti, ma questo è il quadro

generale di come è organizzato l'aiuto. Solo così si può seguire il principio guida della terapia dialogica, secondo cui i clienti guidano e orientano i professionisti sia al contenuto della conversazione sia al modo di conversare, e il compito dei professionisti è quello di seguire i pazienti. Insieme a Mary Olson e Doug Ziedonis, abbiamo lavorato a un documento²⁸ secondo cui un incontro di trattamento può essere definito un dialogo aperto se sono soddisfatti i seguenti fattori fondamentali:

28. Olson et al., 2014.

1. Alla discussione sono presenti due o più professionisti.
2. La famiglia e la rete sociale della persona bisognosa di aiuto partecipano, se possibile, al processo congiunto. Tuttavia, non necessariamente in tutte le conversazioni, perché il dialogo può avvenire anche con un solo paziente.
3. Nella conversazione vengono utilizzate domande aperte in modo che i pazienti abbiano l'opportunità di parlare di ciò che è più importante per loro in quel momento.
4. Nella conversazione si risponde alle espressioni dei pazienti, che è l'elemento principale della conversazione.
5. Nella conversazione si sottolinea ciò che sta accadendo nel qui e ora.
6. Nella conversazione lo scopo è quello di trovare continuamente delle diverse prospettive.
7. Nella conversazione viene sottolineato il manifestarsi delle questioni che si presentano nelle relazioni umane.
8. Nella conversazione, alle espressioni che descrivono i problemi si risponde accettandole come risposte a una situazione di vita difficile. Questa può essere definita una conversazione normalizzante. Cioè, per esempio, la rabbia di un membro della famiglia o le voci udite da altri sono considerate risposte normali in una situazione di estrema pressione e non segni di una psicopatologia particolare.
9. Nella conversazione, si seguono le parole proprie e le storie dei pazienti e non si cercano i loro sintomi.
10. La conversazione reciproca aperta tra i professionisti fa parte del processo dialogico.
11. I professionisti sono trasparenti in tutte le loro conversazioni, giustificando apertamente le proprie opinioni e proposte.
12. L'incertezza è tollerata nella conversazione in modo che non ci sia l'urgenza di capire la causa del problema. La conversazione congiunta è sempre più importante delle conclusioni a cui perviene.

L'incontro di trattamento come costruzione di esperienze condivise

Lo scenario tipico di un dialogo aperto è un incontro in cui le conversazioni non sono preparate in anticipo, ma tutti entrano nella stanza nello stesso momento in cui si apre la porta, si siedono e iniziano a parlare. Ci si siede in cerchio in modo da potersi vedere. Questo cerchio comprende il gruppo curante, la persona al centro delle preoccupazioni ("il paziente"), la sua famiglia e possibilmente altre persone della sua rete sociale. Una conversazione simile può essere tenuta anche con un solo paziente e il gruppo curante.

La conversazione non ha una struttura predeterminata, ma si crea a seconda di ogni situazione, e inizia con una domanda aperta alla famiglia e al paziente. L'obiettivo è assicurare che si inizi a parlare con i pazienti del problema da loro percepito come più pregnante e di seguire ciò che stanno dicendo. Naturalmente la buona educazione prevede che prima ci si presenti e si chieda qualcosa di generale su come sta ciascuno. Successivamente, la prima domanda aperta può essere, per

esempio: "Come vorreste utilizzare questo tempo?" o "Come potremmo usare questo tempo affinché vi possa essere utile? ".

Di solito, chi prende la parola per primo, inizia a parlare di una questione importante. È bene che i professionisti incoraggino anche gli altri a dire che cosa loro avevano avuto in mente venendo all'incontro. Lo scopo di questa domanda è contribuire a ridurre la tensione iniziale che i presenti stanno sperimentando, facendo spazio alla partecipazione di tutti. In una grave crisi, i partecipanti alla conversazione possono avere molta paura del problema di un membro della famiglia o il timore di venire incolpati, per esempio, di problemi che riguardano i bambini. Il timore e la tensione ostacolano una libera conversazione. Quando tutti dicono qualcosa all'inizio della conversazione, questo allenta la tensione e le persone sono più aperte sia ad ascoltare i discorsi degli altri, sia a condividere le proprie opinioni.

L'obiettivo è di creare uno spazio affinché tutte le voci possano essere ascoltate. Durante la conversazione, i membri del gruppo curante possono costantemente commentare i pensieri che vengono loro in mente sulla natura del problema e sui possibili metodi di trattamento. In questo caso, è importante che parlino rispettosamente dei partecipanti ed evitino di classificare il problema con degli attributi permanenti. È bene presentare i propri punti di vista sotto forma di una riflessione, del tipo: "Da quanto ha detto papà, mi è venuto in mente che questa situazione potrebbe essere molto difficile anche per Maija". I commenti riflessivi creano spazio e invitano alle risposte e ai commenti degli altri. Inoltre, quando parlo in prima persona, sottolineo sempre che stiamo partecipando al dialogo come esseri umani. Non sto cercando di esprimere la migliore interpretazione della questione, ma esprimo un mio punto di vista in modo da attendere i commenti degli altri.

Al termine dell'incontro, è bene dedicare del tempo alle questioni dei professionisti, qualora non fossero già state affrontate nel naturale evolversi del dialogo. In questa fase è importante evidenziare tutti i suggerimenti che sembrano essenziali per organizzare il trattamento, per esempio la scelta della terapia farmacologica appropriata e delle sue alternative. Al termine di questa parte della conversazione, si comincia a concludere l'incontro. A quel punto, di solito è bene ripetere quanto concordato e quali questioni siano rimaste aperte. Di solito do anche un feedback positivo ai partecipanti della conversazione. Potrei dire che "ho la sensazione che abbiamo potuto discutere di questioni importanti. Sembra che non siamo stati in grado di risolvere tutti i problemi e sarebbe opportuno continuare il dialogo. Ora è il momento di terminare il dialogo. Ma prima di finire, c'è qualcos'altro che dovremmo aggiungere?". In questo modo, i pazienti hanno l'ultima parola nel dialogo. Le prime parole sono quelle dei nostri pazienti, e così anche le ultime parole pronunciate. In questo modo, possiamo far vivere l'esperienza che loro possono influenzare il corso del trattamento e che saranno ascoltati.

Anche tutti i piani di trattamento vengono decisi in presenza di tutti. Il pioniere del trattamento basato sui bisogni Yrjö Alanen (1993) riteneva che l'incontro di trattamento avesse tre funzioni: (1) raccogliere delle informazioni sul problema, (2) costruire un piano di trattamento e prendere tutte le decisioni necessarie sulla base della diagnosi formulata nella conversazione e (3) creare un dialogo psicoterapeutico. Nel complesso, l'obiettivo è quello di rafforzare il lato adulto del paziente e normalizzare la situazione, invece di concentrarsi sul lato patologico del comportamento. Il punto di partenza del trattamento è il modo in cui ogni famiglia e ogni membro della famiglia ha formulato il problema del paziente nel proprio linguaggio, e il gruppo curante adatta il proprio modo di parlare a ciascun caso in base a ciascuna esigenza. I problemi sono visti come socialmente costruiti in modo da essere riformulati in ogni conversazione.²⁹ Ogni persona presente parla con la propria voce, e così l'ascolto attento e la risposta all'espressione dell'altro diventano più importanti del semplice metodo dell'intervista. Tutte le espressioni sono accettate, il che può risultare impegnativo. Per

esempio, in una crisi psicotica, è importante accettare le allucinazioni o le farneticazioni della persona che ha bisogno di aiuto come una voce tra le altre.

29. Bachtin, 1991; Gergen, 2009; Shotter, 1993.

Un dialogo aperto senza temi o forme prestabilite è importante per costruire un nuovo linguaggio idoneo a parlare di cose che sembrano difficili. Queste cose possono essere molto diverse, potrebbero essere accadute in qualsiasi momento e davvero qualsiasi argomento di conversazione può spianare la strada a una nuova narrazione. Qualunque sia il loro background, è importante prendere sul serio, per esempio, le allucinazioni di un paziente e non sfidare la sua realtà in una situazione di crisi, specialmente nelle prime fasi del trattamento. Invece, il terapeuta potrebbe chiedere: "Aspetta un attimo, ho sentito bene quando hai detto che controlli i pensieri del tuo vicino? Potresti dirmi di più su come è possibile controllare i pensieri degli altri? Io non sono mai stato in grado di farlo". Ad altri si potrebbe poi chiedere: "Cosa pensi di questo? Come fai a capire cosa sta dicendo M?". La finalità delle domande è quella di dare l'opportunità di ascoltare voci diverse sugli argomenti affrontati nella conversazione, inclusa l'esperienza psicotica. Se il gruppo curante riesce a creare un'atmosfera riflessiva che dia l'opportunità di ascoltare voci diverse e contrastanti, la rete ha l'opportunità di costruire narrazioni intrise di speranza.³⁰ Questa può essere una parte del processo in cui la persona coinvolta e la sua rete sociale possono iniziare a coniare nuove parole per i loro problemi. Le persone spesso dicono qualcosa di inaspettato o sorprendente proprio quando si discutono gli argomenti più delicati e centrali, che possono collegarsi alle voci ancora non emerse dalla memoria del corpo. Si può chiedere, per esempio: "Cosa ho detto di sbagliato quando hai iniziato a parlarne?" o "Aspetta un attimo, di cosa stavamo parlando quando M ha iniziato a parlare di come le voci la controllano?". La posizione del gruppo curante è quella di consentire alla rete del paziente di prendere l'iniziativa nella produzione del contenuto e di rispondere a ogni affermazione in modo dialogico, in modo da promuovere la costruzione di una nuova comprensione tra i partecipanti.

30. Stern et al., 1999; Trimble, 2000.

Nell'incontro, un ulteriore modo per rispondere è quello di tenere una conversazione all'interno del gruppo curante. Andersen ha definito questa modalità una conversazione riflessiva. Nei dialoghi aperti non viene costituito alcun team riflessivo distinto, ma i membri del gruppo curante passano in modo flessibile dalla formulazione delle domande alle conversazioni con gli altri professionisti. Questo a volte potrebbe implicare di chiederne il permesso ai presenti: "Potreste attendere un momento così possiamo confrontarci su ciò che abbiamo iniziato a pensare? Potete rimanere in ascolto e poi vi chiederemo dei commenti su ciò che abbiamo detto". In generale, la famiglia e il resto della rete sociale ascoltano attentamente ciò che i professionisti dicono sui loro problemi. La conversazione riflessiva del gruppo curante ha un compito fondamentale, in quanto in queste conversazioni si costruiscono anche dei piani di trattamento. Tutto è trasparente. Le decisioni riguardanti il ricovero ospedaliero, l'inizio di eventuali terapie farmacologiche e la pianificazione di una psicoterapia individuale sono alcuni esempi del contenuto delle conversazioni e delle decisioni. In ogni caso, l'obiettivo è prendere in considerazione diverse opzioni, dalle quali scegliere una traiettoria di trattamento. Ad esempio, se la situazione è così grave che all'ospedale si stia valutando l'opportunità di un trattamento obbligatorio, sembra importante che i professionisti possano discutere apertamente la necessità di questa decisione facendo emergere le opinioni discordanti. Qualsiasi metodo di trattamento tradizionale può essere utilizzato in base alle esigenze specifiche del paziente. Quest'ultimo può sottoporsi alla psicoterapia individuale o ad altre terapie (es. arteterapia, terapia di gruppo, terapia occupazionale) e la famiglia può riunirsi in terapia familiare.

Negli incontri il dialogo è un confronto con la famiglia nelle sue molteplici relazioni. Può avere le stesse caratteristiche delle sedute di terapia familiare sistemica, ma ci sono anche delle differenze importanti. Negli incontri di dialogo aperto non ci si concentra sull'esaminare il sistema familiare e sull'identificare dei problemi, e nemmeno sulla comunicazione all'interno del sistema familiare. Rispetto alla tradizionale terapia sistemica familiare, l'obiettivo del dialogo non è "dare uno slancio per cambiare la rigida logica del sistema introducendo una nuova logica",³¹ ma creare uno spazio condiviso per un nuovo linguaggio, dove possa nascere un nuovo significato per le questioni sollevate dai pazienti. Nell'incontro è importante prestare attenzione alle espressioni dei pazienti, accettarle senza cambiarle in modo che l'attenzione sia rivolta a ciò che dicono e non a quale sia il loro significato.

31. Boscolo, Bertrando, 1993, p. 217.

Nelle sedute di terapia familiare sistemica, nei colloqui e nelle conversazioni, il terapeuta cerca spesso di scoprire le regole comportamentali e comunicative sottese al comportamento. Le conversazioni nel dialogo aperto si concentrano su nuove parole e sul costruire un nuovo linguaggio accettando incondizionatamente l'espressione dell'altro. Quindi, in una conversazione, posso spesso ripetere parola per parola ciò che ha detto l'altra persona e poi incoraggiarla a dire di più. "Hai detto che è stato davvero triste quando papà si è trasferito andando via di casa. Mi diresti di più al riguardo?"

Anche la natura della conversazione è leggermente diversa rispetto a quella della terapia narrativa.³² I dialoghi aperti e le terapie narrative condividono una comprensione simile della realtà che viene a emergere dalle storie delle persone. Il terapeuta della terapia narrativa incoraggia tutti i partecipanti a condividere il proprio punto di vista sullo stesso problema al fine di dare origine a una raccolta di descrizioni quanto più ricca possibile. In questo modo, l'obiettivo è quello di passare da narrazioni scarse e piene di problemi a storie più dense che cominciano ad avere diverse sfumature. Il terapeuta può allora, con i propri commenti, orientare a ricercare delle situazioni "uniche" (passate, in cui il problema o non si è presentato o è stato affrontato in modo efficace), delle eccezioni rispetto alle narrazioni saturate dal problema, disfunzionali in quanto mantengono la persona e le sue relazioni in una gabbia inertizzante. Un terapeuta narrativo può anche concentrarsi sulla ricerca di una parola o una descrizione che esternalizzi il problema per alimentare la creazione di nuove storie, aiutando i presenti a separare sé stessi e le proprie relazioni dal problema. Nella terapia narrativa la storia ha un narratore, nelle terapie dialogiche si crea una nuova storia tra i partecipanti. Mentre il terapeuta narrativo è un leader attivo della conversazione, il terapeuta dialogico segue incondizionatamente le parole e le espressioni dei pazienti e segue ciò che accade quando si risponde loro. L'aspetto più importante della conversazione è ciò che accade qui e ora mentre parliamo. Questo è più importante di ciò che viene discusso, perché a prescindere da quale sia realmente l'argomento, nella conversazione si può costruire un'esperienza dialogica condivisa.

32. Bianco, Epston, 1990.

Come organizzare opportunamente gli incontri di dialogo aperto?

Sopra, ho descritto lo svolgersi di un incontro e di una conversazione dialogica quando vi partecipano il gruppo curante e le persone interessate, da sole o con la propria famiglia e gli altri significativi. I dialoghi aperti sono stati originariamente sviluppati coinvolgendo l'intero sistema di assistenza psichiatrica. Tale evoluzione è iniziata nel 1984, nella regione di Tornio, quando abbiamo cominciato a organizzare incontri terapeutici presso l'ospedale di Keropudas. L'organizzazione dell'intero sistema psichiatrico si è gradualmente orientata sulle cure ambulatoriali, e le unità mobili

di crisi hanno iniziato a effettuare visite domiciliari nei casi più difficili. Quando questo modello operativo era in funzione da circa cinque anni, sotto la guida del professor Jukka Aaltonen, abbiamo analizzato i fattori ottimali (cioè le situazioni che rappresentavano la condizione che meglio favoriva i buoni risultati terapeutici) del nuovo modello di trattamento.³³

33. Aaltonen et al., 2011.

Abbiamo analizzato per un periodo di dieci anni (1985-94) il decorso di trattamento di tutti i pazienti che sono giunti per la prima volta a curarsi, e da questi abbiamo selezionato i pazienti che venivano in trattamento per un esordio di tipo psicotico. Quando abbiamo confrontato il trattamento ospedalocentrico con questo nuovo modo di incontrare e affrontare la crisi, che avveniva principalmente a casa del paziente o in regime ambulatoriale, abbiamo scoperto i principi centrali di un nuovo modo di pensare la cura e il trattamento. La grande differenza tra i due periodi era che negli anni Ottanta le persone venivano ricoverate per psicosi, mentre dopo l'istituzione di una nuova clinica della crisi nella regione di Tornio e Kemi, i problemi psicotici venivano curati principalmente a casa.

Il miglior processo terapeutico sembrava verificarsi nella seguente situazione:

1. Il trattamento inizia programmando nell'immediato un primo incontro nel giorno stesso del primo contatto con il servizio.
2. La rete sociale del paziente è coinvolta sia all'inizio sia durante il trattamento. La famiglia del paziente è centrale ma è importante considerare anche le altre persone significative della rete come gli amici, i compagni di classe se coinvolti nella manifestazione della crisi a scuola, o i vicini di casa.
3. Nel trattamento, vengono prese in considerazione in modo flessibile le esigenze uniche di ogni paziente e famiglia e vengono selezionate le modalità di trattamento adatte per coloro che necessitano di aiuto. Una delle espressioni più esplicite della flessibilità è che il gruppo curante si sposta a casa del paziente o in altri luoghi a seconda delle esigenze della famiglia. Per esempio, per quanto riguarda i farmaci, vengono sempre valutate le esigenze specifiche di ciascun paziente. Nelle crisi più gravi, come nei problemi psicotici, la terapia farmacologica antipsicotica non viene prescritta nell'immediato, ma solo dopo che è stato eventualmente stabilito che le altre modalità e metodologie attive di tipo psicosociale poste in essere non sono sufficienti. Nel trattamento, qualsiasi modalità psicoterapeutica o altre modalità o metodologie possono essere utilizzate come parte del trattamento.
4. Il gruppo curante si assume la responsabilità dell'organizzazione dell'assistenza e di tutte le decisioni che vengono prese negli incontri. Il servizio si assume la responsabilità di tutti coloro che lo contattano. È responsabilità dell'operatore che ha raccolto la richiesta di aiuto organizzare il primo incontro in cui si decide successivamente chi sono gli operatori più adatti a formare il gruppo curante per questa particolare famiglia. A coloro che cercano aiuto non si è autorizzati a rispondere che questo problema non li riguarda, dicendo magari di contattare il tale servizio, ma l'operatore deve confermare che organizzerà un incontro e inviterà lì un professionista di un determinato altro servizio, se sospettasse per esempio che l'abuso di alcol o droghe stia contribuendo al problema.
5. Nel trattamento si costruisce una continuità psicologica che travalica i confini dei diversi servizi e agenzie di aiuto, in modo che al gruppo curante congiunto possano partecipare un operatore dell'ufficio di assistenza sociale insieme a un infermiere dell'ufficio di salute mentale. Allo stesso modo, gli operatori psichiatrici ambulatoriali e ospedalieri possono lavorare altrettanto bene nello stesso gruppo curante.

6. Il trattamento è strutturato come un processo che tollera l'incertezza e ascolta, attribuendo lo stesso valore alle voci di tutti i membri della famiglia e degli altri partecipanti.
7. Nel trattamento ci si concentra principalmente sulla creazione di una comprensione condivisa della vita della famiglia e di quali questioni siano legate alla crisi in questione. A tal fine, l'obiettivo principale è creare un dialogo e non eliminare i sintomi del paziente o modificare la famiglia.

Ci siamo subito resi conto che queste implicazioni stavano descrivendo in realtà un nuovo tipo di approccio terapeutico, che si basava sulla tradizione del trattamento basato sui bisogni originariamente sviluppato a Turku.³⁴ Abbiamo chiamato pubblicamente questo sistema di trattamento “dialoghi aperti” per la prima volta nel 1995.³⁵ Il nome “dialogo aperto” è nato sulla base dei risultati della ricerca. Senza la ricerca, l'intero sistema del dialogo aperto non esisterebbe come lo conosciamo oggi. Questa osservazione è molto importante per il messaggio del mio libro: le pratiche dialogiche non possono essere trasferite da un luogo all'altro adottando i principi creati altrove e poi attenendovisi fedelmente. Aderire a modalità standardizzate non è pratica dialogica, perché l'evento fondamentale della dialogicità è rispondere a un altro qui e ora nelle specifiche condizioni della situazione. In questo modo, i cosiddetti principi del dialogo aperto dovrebbero anche essere intesi come cristallizzazioni della ricerca di un processo di trattamento implementato in modo ottimale. Le informazioni su questi risultati possono quindi aiutare tutti a sviluppare le proprie attività nella propria équipe.

34. Alanen, 1993.

35. Seikkula et al., 1995.

L'esperienza dialogica della cura influenza l'intera vita

Una realizzazione fedele dei principi del dialogo aperto sembra creare le migliori condizioni per mobilitare nella crisi le risorse della persona, della sua famiglia e della rete sociale. Ho partecipato a diversi studi che hanno convalidato l'efficacia del modello di trattamento del dialogo aperto implementato nella regione del Tornio in confronto al trattamento ordinario. Risolverò alcuni di questi studi più avanti nel capitolo 9, quando tratterò l'importanza della ricerca scientifica per lo sviluppo dell'operatività dialogica.

Descriverò brevemente solo uno studio per illustrare quanto sia radicale il cambiamento. Quando abbiamo seguito le modalità di trattamento per i pazienti con un esordio psicotico, abbiamo rilevato differenze sorprendentemente grandi rispetto al trattamento psichiatrico consueto, in media 19 anni dopo l'inizio del trattamento (tabella 1).³⁶

36. Bergström et al., 2018.

Il trattamento del dialogo aperto sembra offrire una possibilità completamente diversa per affrontare le crisi difficili. Nel trattamento ordinario, i pazienti erano stati nella quasi totalità dei casi ricoverati per più di un mese, avevano utilizzato farmaci antipsicotici (neurolettici) più volte sia all'inizio del trattamento sia al momento del follow-up, e la metà dei pazienti con un trattamento ordinario erano tuttora seguiti dal servizio rispetto a meno di un terzo di coloro che avevano sperimentato il dialogo aperto. La differenza più drammatica era che, nel trattamento ordinario, due su tre ricevevano una pensione di invalidità rispetto a un terzo di coloro che avevano ricevuto un trattamento basato sul dialogo aperto 19 anni prima.

TABELLA 1

Ovest Nord Dialogo aperto (N = 108)

18,5 16,7

36.1

27,8 33,0

Altro Finlandia Trattamento usuale (N = 1763)

94,0 75,5

81.1

49,2 61,0

p

*** 37 *** [Nota]

*** ***

La significatività del trattamento farmacologico sta diminuendo

Un fattore che ha influenzato questo risultato eccezionalmente promettente è che nel dialogo aperto si è potuto ridurre in modo sostanziale l'uso dei neurolettici nel trattamento della psicosi. Gli antipsicotici hanno molti effetti collaterali che possono essere elusi in un dialogo aperto in grado di mobilitare le risorse proprie della persona. I farmaci neurolettici possono causare una discinesia tardiva, obesità e un appannamento e un affievolimento della vita emotiva e globale. Tutti questi fattori possono indebolire la capacità attiva di affrontare la vita. Dalle ricerche condotte negli ultimi anni si è potuto inoltre ottenere molte evidenze di come i farmaci neurolettici siano collegati a una più rapida distruzione del tessuto cerebrale nei pazienti schizofrenici,³⁸ un aumento della mortalità,³⁹ l'incapacità di svolgere un impegno lavorativo e una prolungata necessità di trattamento.⁴⁰

37 Nelle tabelle del libro, *** ci si riferisce alla significatività statistica più forte ($p < .001$), ** a una differenza statistica significativa ($p < .010$) e * a una differenza statistica a livello di $p < .05$.

38 Ho, et al., 2011.

39 Joukamaa et al., 2006.

40 Bergström et al., 2020.

Nel progetto di ricerca Open Dialogue in Acute Psychosis, solo il 25% circa dei pazienti con un esordio psicotico ha utilizzato farmaci neurolettici durante i primi due anni dello studio. Questa esperienza terapeutica dei primi due anni sembra influenzare tutta la vita, tanto che nelle crisi ricorrenti non è più necessario prescrivere neanche una quantità minima del quantitativo precedente di farmaci neurolettici, anche se i pazienti non sono più nell'ambito del servizio di dialogo aperto ma nel trattamento psichiatrico convenzionale. Con la buona esperienza del primo trattamento, le risorse dei pazienti sembrano davvero essere aumentate, tanto che anche la necessità di farmaci antipsicotici è diminuita e li ha protetti dagli effetti avversi.

Per quanto riguarda il trattamento psichiatrico convenzionale, si richiama l'attenzione sul fatto preoccupante che i risultati del trattamento dei pazienti psicotici sono molto simili a quelli degli anni Ottanta. Nel trattamento convenzionale, i risultati del trattamento dei problemi psicotici non sembrano essere affatto migliorati durante gli ultimi trent'anni. È davvero giunto il momento di iniziare a sviluppare un approccio umano.

Il dialogo guarisce, ma perché?

Il dialogo è una modalità umana di aiuto. È legittimo chiedersi che cosa nel trattamento dialogico guarisca e cosa lo renda un modo particolarmente efficace per affrontare delle crisi difficili. Considerando che questi risultati sono stati finora ottenuti solo nelle ricerche effettuate nella regione di Tornio, è inoltre importante riflettere su quali fattori siano i più importanti, in modo che possano essere adottati altrove e anche in altri ambiti della psichiatria.

Il modello di trattamento dialogico della regione di Tornio si basa su un lungo lavoro di ricerca e sviluppo a cui ha fatto seguito la formazione del personale. I risultati non erano basati su un semplice nuovo metodo, ma l'intero modo di pensare e di curare è stato radicalmente rivoluzionato. Il potere curativo della pratica del trattamento dialogico si basa sui seguenti fattori:

1. La pratica dialogica crea una nuova immagine delle persone, in cui la migliore cura della salute mentale è accettare le esperienze emotive delle persone invece di rimuovere i sintomi psicologici o modificare la famiglia (capitolo 3).
2. La pratica dialogica fa buon uso della più recente conoscenza intersoggettiva, ovvero come la persona, sin dalla nascita, partecipi attivamente all'interazione sia nella ritmicità sia nella corporeità. La realtà si crea sempre in una relazione. Il trattamento delle crisi gravi considera la persona nella sua interezza, nella sua partecipazione corporea, nel flusso continuo delle interazioni incessanti, nel dialogo (capitolo 4).
3. I dialoghi aperti si sono sviluppati nell'ambito degli approcci terapeutici alla famiglia con l'obiettivo non più di cambiare il sistema familiare, ma di stare nell'esperienza comune condivisa in cui si crea un nuovo linguaggio per gestire le esperienze più difficili. Le famiglie non sono oggetti di cura, ma partner insostituibili (capitolo 5).
4. La prassi dialogica si avvale della conoscenza che la mente umana si costruisce come un processo corporeo, che rende possibile considerare la persona nella sua interezza, superando così la sua percezione dualistica. La realtà è contestuale, sorge in ogni situazione. Nella mente di una persona, la comprensione corporea globale rende possibile la psicoterapia su una scala molto più ampia rispetto a prima, perché non è più necessaria una speciale intuizione linguistica interiore, ma la condivisione di un sentimento che è già risanante (capitolo 6).
5. La prassi dialogica rende possibile la comprensione del comportamento psicotico come una risposta umana necessaria a una situazione di stress estremo. La psicosi non è una condizione psicopatologica o una malattia bensì la messa in campo di molte risorse proprie per sopravvivere a una crisi. In questo modo è stato possibile ridurre in modo decisivo l'uso di farmaci neurolettici e prevenire i loro effetti avversi (capitolo 7).
6. L'orientamento dialogico ha creato i modi per mettere in luce le qualità del dialogo. Si possono studiare i dialoghi che guariscono e si possono trovare i migliori modi possibili per aiutare l'altro sviluppando una conversazione che supporti la riflessione personale dei pazienti (capitolo 8).
7. I dialoghi aperti si basano su una ricerca scientifica sistematica che ha avuto luogo in situazioni di trattamento in un contesto di ricerca naturalistica. Il compito della ricerca scientifica è quello di sviluppare una pratica che aiuti le persone su larga scala, indagando sia i risultati del trattamento sia i processi dialogici, come è avvenuto nei dialoghi aperti. Non conosco un altro modello di trattamento psichiatrico che sia stato studiato scientificamente in modo così approfondito (capitolo 9).
8. Questi sono i miei suggerimenti per un miglioramento del dialogo. Il libro è strutturato in modo tale da affrontare ogni argomento in un proprio capitolo in modo da fornire una risposta esaustiva. Nel prossimo capitolo descriverò una conversazione del dialogo

aperto con l'obiettivo di delineare un quadro ancora più preciso della natura delle sfide e delle opportunità create dagli incontri dialogici.

Un breve riassunto

Quello descritto in questo libro è un nuovo tipo di approccio, in cui i pazienti orientano sia gli argomenti sia le modalità della conversazione, e in cui i professionisti partecipano con le loro risposte. L'aspetto più importante è ascoltare e accettare incondizionatamente le voci di coloro che hanno bisogno di aiuto e rispondere alle loro voci nel qui e ora. Negli incontri di trattamento del dialogo aperto, tutti partecipano fin dall'inizio e tutte le attività relative all'aiuto sono pianificate e discusse in presenza di tutti. I dialoghi aperti hanno prodotto risultati senza precedenti nel trattamento delle crisi psicologiche difficili e sembra che abbiano creato un nuovo paradigma basato su una comprensione dialogica della vita. Di conseguenza, anche la necessità delle cure mediche è decisamente diminuita proteggendo le persone dagli effetti avversi dei farmaci neurolettici usati nel trattamento delle psicosi. Michail Bachtin ha affermato che la vita è partecipazione al dialogo auspicando che il dialogo stesso diventi un valore autonomo in sé e non sia solo uno strumento per raggiungere qualche obiettivo.