

Dialogo Aperto - un nuovo approccio psicoterapeutico e orientato ai diritti umani per costruire servizi psichiatrici umanistici

*Jaakko Seikkula**

SOMMARIO. – I servizi di salute mentale dovrebbero garantire un aiuto immediato nelle crisi incluse quelle in corso. Agendo in questo modo, *Dialogo Aperto (Open Dialogue)* ha spostato l'attenzione verso un ascolto sensibile della voce del paziente e di coloro a lui/lei più vicini piuttosto che guardare alla psicopatologia. Nelle crisi più severe, incluse quelle psicotiche, i risultati documentati sono eccezionali e sono ottenuti con un uso decisamente inferiore di farmaci. In questo lavoro l'obiettivo principale è descrivere come generare dialogo negli incontri aperti con il team di esperti, la persona al centro dell'interesse e i membri della famiglia presenti, mobilitando così le loro risorse psicologiche per il recupero.

Parole chiave: Dialogo Aperto; rete sociale; psicosi; terapia familiare; psicoterapia.

Introduzione

Dovrebbe essere normale pratica psichiatrica in una grave crisi di salute mentale che il primo incontro abbia luogo entro un giorno dalla comunicazione della crisi. Inoltre, dovrebbero essere invitati a partecipare al primo incontro sia il paziente che i membri della famiglia, e dovrebbero partecipare a tutto il processo di trattamento e per tutto il tempo necessario. A questi incontri i professionisti delle cure primarie, della psichiatria, dell'assistenza sociale e di altri servizi appropriati, che hanno contatti con la famiglia, sono invitati a partecipare, e condividono apertamente i loro pensieri e opinioni sulla crisi e sulle azioni da intraprendere. I professionisti rimangono coinvolti per tutto il tempo necessario. Tutte le discussioni e le decisioni terapeutiche sono da prendere apertamente in presenza del paziente e dei membri della famiglia.

*Dipartimento di Psicologia, Università di Jyväskylä, Finlandia.
E-mail: jaakko.seikkula@jyu.fi

Questi sono i principi guida di base dell'approccio al *Dialogo Aperto*, un metodo di trattamento che ha avuto origine nella Lapponia finlandese occidentale. Lo sviluppo di questo nuovo approccio è iniziato nei primi anni '80 ed oggi viene praticato in circa 30 paesi.

Aprire i confini

Quando si è iniziato a sviluppare il sistema psichiatrico ospedaliero per pazienti in crisi all'ospedale Keropudas di Tornio, il team aveva due interessi primari. All'inizio c'era un interesse per la psicoterapia individuale dei pazienti con diagnosi di schizofrenia. A quel tempo il Keropudas Hospital era occupato da dozzine di pazienti a lungo termine che erano stati considerati 'incurabili' e dovevano essere trasferiti in un altro ospedale psichiatrico designato per ricevere pazienti che necessitavano di cure ospedaliere a lungo termine. Passando ad un modello di trattamento più ottimistico, il personale di Keropudas ha dovuto imparare a lavorare con le risorse psicologiche dei pazienti in qualunque tipo di crisi acuta.

In Finlandia, la pratica psicoterapeutica fa parte da tempo dell'assistenza sanitaria pubblica. Particolarmente importante è stato lo sviluppo e la ricerca intrapresi nella Clinica Psichiatrica di Turku dal professor Yrjö Alanen e dal suo team sin dagli anni '60. A partire dalla psicoterapia psicodinamica individuale, il team di Turku ha integrato le prospettive familiari nei loro trattamenti alla fine degli anni '70 e lo ha chiamato approccio *need-adapted* o adattato-al-bisogno (Alanen, 1997) per sottolineare che ogni processo di trattamento è unico e dovrebbe essere adattato alle diverse esigenze di ciascun paziente.

Gli elementi rivoluzionari dell'approccio adattato-al-bisogno dovevano concentrarsi su: i) un rapido intervento precoce per ogni caso; ii) pianificazione del trattamento per soddisfare le esigenze mutevoli e uniche di ciascun paziente e famiglia integrando diversi metodi terapeutici in un unico processo di trattamento; iii) avere un atteggiamento terapeutico, come orientamento di base, per ogni membro del personale, sia nell'assessment che nel trattamento; iv) vedere il trattamento come un processo continuo; e v) monitorare costantemente i progressi e gli esiti del trattamento (Alanen, Lehtinen, Rökköläinen & Aaltonen, 1991).

Nell'era della medicina basata sull'evidenza tutto ciò suona molto radicale perché sfida l'idea che i terapeuti debbano scegliere l'unico giusto metodo di trattamento dopo aver prima fatto una diagnosi accurata del caso. Al contrario, l'adattabilità al bisogno si concentra sull'idea che la diagnosi 'giusta' emerge nelle riunioni congiunte. Sviluppando il nuovo approccio è diventato chiaro che l'uso del dialogo per raggiungere una piena comprensione da parte di tutti gli interessati di ciò che era accaduto può essere di per sé un processo molto terapeutico.

Anticipando la ricerca in psicoterapia sui fattori comuni, all'inizio degli anni '80 l'approccio adattato-al-bisogno integrava già diverse psicoterapie invece di scegliere un solo metodo come la terapia familiare sistemica o la psicoterapia psicodinamica individuale. Avendo il background della lunga tradizione della psicoterapia della schizofrenia in Finlandia, nella Lapponia occidentale l'approccio al Dialogo Aperto ha fatto sì che il trattamento psicoterapeutico fosse organizzato per tutti i pazienti all'interno della loro specifica rete sociale. Ciò riguarda proprio tutti i pazienti, sia ambulatoriali che ospedalieri, e tutte le categorie diagnostiche, non solo i pazienti psicotici.

Il Dialogo Aperto si riferisce sia al modo in cui è organizzato il sistema psichiatrico, sia al ruolo del dialogo negli incontri con il paziente, i familiari e gli operatori. Il termine Dialogo Aperto è stato usato per la prima volta nel 1995 (Seikkula *et al.*, 1995) per descrivere l'intero complesso di trattamenti riguardanti la famiglia e la rete sociale. Ha due aspetti: in primo luogo generare dialoghi negli incontri, in cui tutti i membri rilevanti partecipano sin dall'inizio e, in secondo luogo, definire i principi guida per l'intero sistema psichiatrico in un bacino di utenza.

L'efficacia dell'approccio del *Dialogo Aperto* è stata confermata in diversi studi, principalmente nelle crisi psicotiche e nelle crisi depressive maggiori. Nell'ultimo studio è stato riscontrato che nelle crisi psicotiche i risultati a lungo termine (circa 19 anni) nel sistema di cura *Dialogo Aperto* nella Lapponia occidentale erano significativamente migliori rispetto al trattamento abituale nel resto della Finlandia (Bergström *et al.*, 2018).

Come si è visto (Tabella 1) con la cura del *Dialogo Aperto* nella Lapponia occidentale, i pazienti erano molto meno ospedalizzati, avevano una terapia neurolettica molto inferiore all'inizio della cura e a 19 anni di follow-up, avevano un contatto terapeutico significativamente inferiore e, cosa più sorprendente, vivevano con un'indennità di invalidità in un terzo delle situazioni rispetto a due terzi nel resto della Finlandia. Questi risultati sembrano davvero far riferimento ad una cultura di trattamento completamente diversa rispetto alla psichiatria tradizionale.

Tabella 1. Cure psichiatriche e pensioni di invalidità nelle crisi psicotiche a circa 19 anni dall'inizio del trattamento.

| | OD (N=108) (%) | TAU (N=1763) (%) | Test Chi-Quadro x ² | P |
|--|----------------------|------------------------|-----------------------------------|-------|
| 30 o più giorni di ricovero ospedaliero dall'esordio | 18.5 | 46.8 | 32.4 | 0.000 |
| In trattamento con neurolettici fin dall'esordio | 16.7 | 75.5 | 389.7 | 0.000 |
| Contatto terapeutico al follow-up | 27.8 | 49.2 | 16.7 | 0.000 |
| In trattamento con neurolettici al follow-up | 36.1 | 81.1 | 110.4 | 0.000 |
| In pensione di invalidità al follow-up | 33 | 61 | 28 | 0.000 |

OD, Dialogo Aperto; TAU, trattamento abituale.

Incontro in Dialogo Aperto tra team e cliente(i)

Nell'approccio a *Dialogo Aperto*, quando una persona o una famiglia in difficoltà cerca aiuto dal sistema di salute mentale, un team di professionisti viene mobilitato per incontrare la famiglia e i membri interessati della rete familiare il più rapidamente possibile, entro 24 ore, di solito presso il luogo più familiare scelto dalla famiglia. Il team rimane assegnato durante tutto il processo di trattamento, che duri mesi o anni. Nessuna conversazione o decisione sulla situazione viene condotta al di fuori della presenza della rete. La valutazione del problema attuale, la pianificazione del trattamento e le decisioni sono tutte prese in riunioni aperte che includono colui che è al centro dell'interesse, le sue relazioni sociali e tutte le autorità competenti. Servizi specifici (ad esempio psicoterapia individuale, riabilitazione professionale, psicofarmacologia e così via) possono essere integrati nel trattamento nel corso del tempo, ma il nucleo del processo di trattamento è il dialogo in corso negli incontri tra i membri del team e della rete.

Il focus principale per i dialoghi è l'incontro sulla terapia aperta in cui i principali partecipanti alla situazione problematica si uniscono al paziente per discutere tutte le questioni rilevanti. Uno dei fondatori dell'approccio adattato-al-bisogno Yrjö Alanen (Alanen *et al.*, 1991) ha osservato che nel complesso, l'attenzione è rivolta al rafforzamento del lato adulto del paziente e alla normalizzazione della situazione invece di concentrarsi sul comportamento regressivo. Il punto di partenza del trattamento è il linguaggio che la famiglia usa per descrivere il problema del paziente. I problemi vengono riformulati in ogni conversazione (Bakhtin, 1984; Shotter, 1993). Tutte le persone presenti parlano a proprio nome. L'atteggiamento del terapeuta è diverso rispetto a quello tradizionale in cui è il terapeuta che fa gli interventi.

Mentre molte scuole di terapia familiare si concentrano sulla creazione di forme specifiche di conduzione del colloquio, l'approccio dialogico si concentra maggiormente sull'ascolto e sulla risposta.

L'incontro si svolge in un luogo aperto con tutti i partecipanti seduti in cerchio. I membri del team che hanno avviato l'incontro si fanno carico di facilitare il dialogo. In alcune occasioni non esiste una pianificazione preliminare riguardo a chi inizia il colloquio e quindi tutti i membri del personale possono partecipare. In altre occasioni la squadra può decidere in anticipo chi condurrà il colloquio. Le prime domande sono il più aperte possibile, per garantire che i membri della famiglia e il resto della rete sociale possano iniziare a parlare delle questioni che sono più rilevanti in quel momento. Ciò significa che le équipes non aprono le riunioni con la loro agenda e con la loro definizione di quali sarebbero le questioni più importanti di cui parlare. Il team non pianifica in anticipo i temi dell'incontro. Fin dall'inizio il compito dell'intervistatore è di adattare le loro risposte a qualunque cosa dicano i clienti. Molto spesso la risposta del team assume la

forma di un'ulteriore domanda che si basa su, e considera, ciò che il cliente e i membri della famiglia hanno già detto. Ciò può significare ripetere parola per parola una parte dell'enunciato e incoraggiare un ulteriore dialogo sull'argomento. Se il paziente non vuole partecipare alla riunione o corre improvvisamente fuori dalla sala riunioni, ha luogo una discussione con i membri della famiglia se continuare la riunione. Se la famiglia vuole continuare, un membro del personale informa il paziente che lei o lui può tornare se vuole. Durante questa discussione non vengono prese altre decisioni riguardanti il paziente.

Tutti i presenti hanno il diritto di commentare qualsiasi argomento desiderino. Chi prende la parola dovrebbe adattare il proprio enunciato a ciò che è stato detto in precedenza. Per i professionisti questo significa che possono commentare indagando ulteriormente sul tema in discussione o commentando apertamente ciò che gli altri professionisti hanno detto (Andersen, 1995). Spesso, in questi commenti, vengono introdotte frasi specifiche per descrivere le esperienze più difficili del cliente.

Quando i membri dello staff devono ricordare i loro obblighi e doveri in questo specifico processo di trattamento, è consigliabile concentrarsi su queste questioni verso la fine della riunione dopo che i membri della famiglia hanno avuto l'opportunità di parlare delle loro questioni più importanti. Dopo aver deciso che le questioni importanti per la riunione sono state affrontate, il membro del team responsabile suggerisce che la riunione venga aggiornata. È importante, tuttavia, chiudere la riunione facendo riferimento alle parole del cliente e chiedendo, ad esempio: *'Mi chiedo se potremmo fare dei passi per chiudere la riunione. Prima di farlo, tuttavia, c'è qualcos'altro di cui dovremmo discutere?'* Al termine dell'incontro è utile riassumere brevemente i temi dell'incontro, soprattutto se le decisioni sono state prese o meno, e se sì, quali erano. La durata delle riunioni può variare, ma in genere novanta minuti sono sufficienti.

Problemi emotivi compaiono nelle relazioni cariche di tensione

Nella loro angoscia acuta, i membri della rete spesso sembrano bloccati in disperati, rigidi e ristretti modi di comprendere e comunicare sui problemi che li assorbono. Nelle riunioni di trattamento aperto, i membri del team sollecitano il contributo di ogni membro della rete, in particolare quello che può, ad esempio, avere idee psicotiche. Le espressioni di tutti vengono ascoltate con attenzione e ad esse si risponde con rispetto.

I membri del team supportano l'espressione delle emozioni. Rispondono in modo trasparente e autentico come persone nella loro interezza. Sono trasparenti riguardo l'essere commossi dai sentimenti dei membri della rete, la sfida dei membri del team è tollerare gli intensi stati emotivi indotti durante

l'incontro. Le conversazioni tra di loro in presenza della rete hanno la funzione di generare processi riflessivi, ampliando le possibilità dei membri della rete di dare un senso alle loro esperienze. In particolare nella fase di inizio del trattamento, le decisioni vengono differite a favore dell'ampliamento e dell'estensione della conversazione, consentendo al sistema di tollerare l'ambiguità in un contesto di stress estremo. Ciò rende possibile sviluppare nuove idee per affrontare una situazione travagliata. All'inizio i membri del team stanno attenti a incorporare il linguaggio familiare dei membri della rete nelle proprie espressioni. Man mano che i membri del team esprimono con rispetto e attenzione le parole ed i sentimenti di ciascun membro della rete, la conversazione cambia. Man mano che la rete originale incorpora il team clinico nei suoi membri, nuovi significati emergono quando un nuovo linguaggio condiviso inizia ad emergere tra il team e i membri della rete sociale. Il pathos del processo non deriva da un intervento brillante da parte del professionista, ma dallo scambio emotivo tra i membri della rete, compresi i professionisti, che insieme costruiscono o ripristinano una comunità personale premurosa.

Generare il dialogo per mobilitare le risorse psicologiche

Gli incontri sono organizzati con la minima pianificazione possibile. Uno o più membri del team guidano la riunione. Con tutti seduti insieme nella stessa stanza, all'inizio, gli assistenti dei professionisti condividono le informazioni che potrebbero avere riguardo il problema. Il leader offre quindi una domanda a risposta aperta chiedendo, ad esempio, chi vorrebbe iniziare o come vorrebbe utilizzare il tempo per ottenere i migliori aiuti per tutti. La forma delle domande non è programmata in anticipo; al contrario, attraverso un'attenta sintonizzazione con ogni oratore, il leader genera ogni domanda successiva dalla risposta precedente, ad esempio, ripetendo la risposta parola per parola prima di porre la domanda o incorporando nel linguaggio della domanda successiva il linguaggio della precedente risposta. È di fondamentale importanza che il processo proceda lentamente per fornire il ritmo e lo stile del discorso di ogni partecipante e per assicurare che ogni persona abbia un luogo in cui è invitato e supportato per dire la sua. Quante più voci possibili vengono incorporate nella discussione di ogni tema man mano che emerge. I professionisti possono proporre conversazioni riflessive all'interno del team ogniqualevolta lo ritengano adeguato. Dopo ogni sequenza riflessiva, i membri della rete sono invitati a commentare ciò che hanno sentito. Quando il leader propone di chiudere la riunione, i partecipanti sono incoraggiati a dire se c'è qualcosa che vogliono aggiungere. Ogni riunione si conclude con il leader o i leader che riassumono ciò che è stato discusso e quali decisioni sono state o dovrebbero essere prese.

Ogni persona dev'essere ascoltata e rispettata senza condizioni

Uno dei principali autori della prospettiva dialogica nella vita umana è stato un filosofo russo Mikhail Bakhtin (1975), il quale diceva che *'per la parola (e di conseguenza per un essere umano) non c'è niente di più terribile di una mancanza di risposta'* (p. 127). Rispettando il principio dialogico secondo cui ogni enunciato richiede una risposta per avere un significato, i membri del team si sforzano di rispondere a ciò che viene detto. Rispondere non significa dare una spiegazione o un'interpretazione, ma piuttosto dimostrare nella propria risposta di aver notato quanto è stato detto, rispettarlo senza condizioni e, quando possibile, aprire un nuovo punto di vista su quanto è stato detto. Questa non è una rinuncia a dare una risposta, ma un adattamento delle proprie parole di risposta al ritmo naturale emergente della conversazione. I membri del team rispondono come persone pienamente incarnate con un genuino interesse per ciò che ogni persona nella stanza ha da dire, evitando l'impressione che qualcuno possa aver detto qualcosa di sbagliato.

Poiché il processo consente a ogni membro della rete di trovare la propria voce, i partecipanti rispondono anche a sé stessi. Per un oratore, ascoltare le sue stesse parole dopo aver ricevuto i commenti in risposta gli consente di capire di più ciò che ha detto. Come ha detto Bakhtin:

'Il dialogo qui non è la soglia dell'azione, è l'azione stessa. Non è un mezzo per rivelare, per portare in superficie il carattere-già-fatto di una persona; no, nel dialogo una persona non solo si mostra esteriormente, ma diventa per la prima volta ciò che è - e, lo ripetiamo, non solo per gli altri ma anche per sé stesso. Essere significa comunicare dialogicamente.' (Bakhtin, 1984, 262).

Usando il linguaggio quotidiano con cui i clienti hanno familiarità, le domande dei membri del team facilitano il racconto di storie che incorporano i dettagli banali e le emozioni complicate degli eventi raccontati. Chiedendo i commenti degli altri membri della rete su ciò che è stato detto, i membri del team aiutano a creare un'immagine multiforme dell'evento. In un dialogo riflessivo, i membri del team dirigono attentamente i loro commenti e il loro sguardo l'uno verso l'altro piuttosto che verso i membri della rete, e commentando le loro osservazioni, i membri del team costruiscono nuove parole in modo molto concreto (Andersen, 1991). È importante che i membri del team si impegnino a vicenda nel dialogo sui reciproci commenti quanto lo è fare i commenti stessi. Il dialogo di squadra offre ai membri della rete un'immagine più colorata della loro situazione e a tutti vengono offerte maggiori possibilità di capire cosa sta succedendo.

Sebbene il contenuto della conversazione sia di primaria importanza per i membri della rete, l'obiettivo principale per i membri del team è il modo in cui si parla del contenuto. Più importante che seguire una regola metodologica specifica è essere presenti nel momento, adattando le proprie azioni

a quanto avviene ad ogni svolta del dialogo. Ogni incontro del trattamento è unico; tutte le questioni affrontate negli incontri precedenti acquistano nuovi significati nel momento presente. Includono ciò che possiamo ricordare dai dialoghi precedenti, ma includono anche qualcosa di completamente nuovo, sperimentato per la prima volta. Il compito dei membri del team è quello di aprire uno spazio per questi nuovi significati non pronunciati in precedenza (Anderson & Goolishian, 1988). I membri del team evitano di parlare troppo rapidamente o di andare verso le conclusioni. Tollerare una situazione in cui non sono disponibili risposte o piani di trattamento già pronti consente ai membri della rete di utilizzare le proprie risorse psicologiche naturali. Quando più voci si uniscono alla condivisione della situazione, emergono nuove possibilità. Queste possibilità raramente emergono come un'unica risposta inequivocabile alla domanda su come procedere. Diversi membri della rete vivono in situazioni diverse, persino contraddittorie, e quindi possono avere idee molto diverse sul problema. Considerate una crisi che coinvolge una madre, un padre e un figlio, in cui il figlio, sospettato di abuso di droghe, diventa quasi psicotico. Il padre può essere preoccupato principalmente per la reputazione della famiglia tra i suoi colleghi e la madre per la salute di suo figlio, e il giovane può protestare con rabbia che non ha bisogno di alcun trattamento e che i suoi genitori sono pazzi e dovrebbero cercare cure per se stessi.

Discorso normalizzante

Impegnati a rispondere come persone pienamente incarnate, i membri del team sono acutamente consapevoli delle proprie emozioni che risuonano con le espressioni di emozione nella stanza. Rispondere a discorsi psicotici strani o spaventosi allo stesso modo di qualsiasi altro commento offre un 'discorso normalizzante', rendendo comprensibili espressioni psicotiche angoscianti come reazioni comprensibili a una situazione di vita estrema in cui vivono il paziente e i suoi cari. La comprensione non implica la liquidazione o la minimizzazione delle difficoltà sperimentate; la risposta del membro del team risuona con il grado di angoscia e difficoltà espresse. In effetti, a volte i membri del team offrono maggiori opportunità ai membri della rete di esprimere sentimenti di disperazione. Ciò contrasta con un approccio orientato alla soluzione in cui il terapeuta cerca di trovare parole più positive per costruire l'esperienza. È importante che le emozioni dei membri della famiglia legate all'esperienza 'non-ancora-detta' si esprimano apertamente negli incontri alla presenza delle persone più importanti della propria vita. Chiarendo che il team rimarrà coinvolto con la rete durante tutto il trattamento, assicurando che tutte le decisioni di trattamento siano discusse e decise congiuntamente, esplorando temi intensamente emotivi in

modo calmo e impegnato e cercando costantemente contributi da tutti i partecipanti, i membri del team forniscono una rassicurante prevedibilità riguardo al procedimento di intervento. I membri della rete imparano che possono fare affidamento sui professionisti per aiutarli a rimanere coinvolti in conversazioni su questioni difficili e angoscianti che non erano state arginate con successo in precedenti conversazioni.

Concentrarsi sull'esperienza emotiva condivisa è stata l'origine della terapia di rete (Seikkula *et al.*, 1995; Speck & Attneave, 1973; Van der Velden, Halevy-Martini, Ruhf & Schoenfeld, 1984). La crisi che spinge i membri della rete a cercare aiuto contribuisce al potente 'carico' emotivo di una riunione. Rispondendo come persona nella sua interezza i membri del team condividono queste emozioni e possono mostrare il proprio coinvolgimento. Il loro modo di parlare calmo e rispettoso è ritmato per consentire la piena esperienza ed espressione dei sentimenti durante la riunione. Se i membri del team cercano di far avanzare la conversazione troppo velocemente in tali momenti, c'è il rischio che ciò avvenga esclusivamente a livello razionale. I ricordi più difficili e traumatici sono immagazzinati nella memoria corporea non verbale (Van der Kolk, 2006). Creare parole per queste emozioni è un'attività di fondamentale importanza. Affinché le parole possano essere trovate, i sentimenti devono essere sopportati. Impiegando il potere delle relazioni umane per contenere emozioni potenti, i membri della rete sono incoraggiati a sostenere intense emozioni dolorose di tristezza, impotenza e disperazione. Un processo dialogico è una condizione necessaria per renderlo possibile. Per supportare il processo dialogico, i membri del team si occupano di come i sentimenti vengono espressi dalle molte voci del corpo: lacrime negli occhi, costrizione alla gola, cambiamenti nella postura ed espressione facciale. I membri del team sono sensibili al modo in cui il corpo può essere così teso emotivamente mentre parla di questioni estremamente difficili da inibire ulteriormente il parlare, e rispondono con compassione per tirare fuori le parole in tali momenti. Le esperienze che erano state immagazzinate nella memoria del corpo come sintomi vengono 'vaporizzate' in parole.

I migliori esiti si verificano nelle crisi più gravi

In molte occasioni è stato osservato che più pesanti sono le esperienze e le emozioni vissute insieme nell'incontro, più favorevole sembra essere l'esito. Prima della riunione, i membri della rete potrebbero aver dovuto affrontare situazioni insopportabilmente dolorose e avere avuto difficoltà a parlare tra loro dei loro problemi. Pertanto, si sono allontanati l'uno dall'altro quando hanno più bisogno del sostegno reciproco. Nell'incontro i membri della rete trovano possibile vivere la gravità e la disperazione della crisi

anche se sentono la loro solidarietà come famiglia e intima comunità personale. Queste due correnti emotive potenti e distinte percorrono l'incontro, amplificandosi a vicenda in modo ricorsivo. Le emozioni dolorose stimolano forti sentimenti di condivisione e appartenenza insieme. Questi sentimenti di solidarietà, a loro volta, consentono di approfondire i sentimenti dolorosi, generando così sentimenti di solidarietà più forti e così via. In effetti, sembra che il passaggio dal discorso monologico rigido e ristretto al dialogo avvenga da sé quando le emozioni dolorose non sono trattate come pericolose, ma invece lasciate fluire liberamente nella stanza (Trimble, 2000; Tschudi & Reichelt, 2004).

È importante ricordare che tutti i membri della rete stanno lottando con gli incidenti e le esperienze cariche di emozioni che costituiscono la crisi, anche se da posizioni diverse. I membri della famiglia possono aver agito per provocare la crisi, aver vissuto gli effetti della crisi o entrambi. Le allucinazioni di un paziente con problemi psicotici possono incorporare eventi traumatici in forma metaforica. Sebbene l'allusione dei sintomi agli eventi traumatici possa quindi essere inaccessibile agli altri partecipanti presenti all'incontro, essi stessi potrebbero essere stati influenzati da quegli stessi eventi e le loro reazioni emotive da essi stimolate vengono così incorporate. Il carico emotivo di queste interazioni collettive e l'amplificazione degli stati emotivi rendono l'incontro in rete molto diverso da un dialogo tra due individui.

Il carico emotivo durante l'incontro si manifesta raramente come un'enorme esplosione o catarsi. Il più delle volte emerge come piccole sorprese che aprono nuove direzioni al dialogo. Per sua natura, lo scambio emotivo avviene nell'immediatezza del momento e l'esperienza non può essere spostata come tale in un altro momento o luogo. Il risultato dell'incontro è sperimentato più nelle esperienze globali incarnate dei partecipanti che in qualsiasi spiegazione offerta per problemi o decisioni prese alla fine della riunione. Questo può essere insolito per i professionisti abituati a lavorare in modo più strutturato. Il linguaggio dei gesti corporei dei partecipanti comincerebbe a esprimere forti emozioni che, nel linguaggio quotidiano usato nelle riunioni, potrebbero essere meglio descritte come un'esperienza d'amore (Seikkula & Trimble, 2005). Questo non è un amore romantico, ma piuttosto un altro tipo di sentimento d'amore che si trova nelle famiglie che assorbono sentimenti reciproci di affetto, empatia, premura, sostegno amorevole, sicurezza e tranquillità, e profonda connessione emotiva. Una volta che i sentimenti sono stati ampiamente condivisi nell'incontro, l'esperienza di guarigione relazionale diventa palpabile. Questo è ciò che le famiglie in diversi studi di follow-up hanno comunicato essere avvenuto. Possono dire, ad esempio, che l'inizio della crisi è stato molto doloroso quando non si sapeva cosa sarebbe successo. Ma passo dopo passo hanno imparato ad amarsi come era stato prima del terribile evento accaduto nella loro vita.

Il team aiuta a passare dall'osservazione dei sintomi all'esame accurato della vita e alla tolleranza dell'incertezza

L'attività di costruzione di un nuovo linguaggio condiviso che incorpori le parole che i membri della rete portano agli incontri e le nuove parole che emergono dal dialogo tra i membri del team e della rete offre un'alternativa curativa al linguaggio dei sintomi o del comportamento difficile. Il team aiuta a coltivare una cultura della conversazione che rispetti ogni voce e si sforza di ascoltare tutte le voci. Le azioni essenziali del team verso questo obiettivo includono quanto segue:

- i) Chiedere informazioni in un modo da rendere il racconto delle storie il più semplice possibile e il meno doloroso possibile. Ciò include l'uso del linguaggio quotidiano, la ricerca dei dettagli e l'invito a commentare le risposte delle persone, generando così un'immagine a più voci di un evento.
- ii) Ascoltare con attenzione e compassione mentre ogni oratore si orienta a dare spazio ad ogni espressione, comprese quelle pronunciate in discorsi psicotici o in altri tipi di comportamento agitato. Mostrare apprezzamento per le situazioni di vita estreme che generano idee psicotiche e sentimenti di disperazione.
- iii) Condurre un dialogo riflessivo tra i membri del team, commentando non solo le espressioni dei membri della rete, ma anche le reciproche impressioni sulle espressioni dei membri della rete. Questo processo ricorsivo aiuta i membri del team, altri professionisti della riunione e membri della rete a tollerare l'incertezza di una situazione in cui non ci sono risposte rapide per problemi difficili e nessuna decisione rapida per il trattamento. Tollerando questa incertezza, i membri della rete scoprono nella loro condivisione della situazione le risorse psicologiche per rispondere alla domanda su come andare avanti.

Dopo che i membri del team sono entrati nella conversazione adattando le loro espressioni a quelle della persona al centro dell'interesse e dei suoi parenti più stretti, i membri della rete potrebbero col tempo adattare le proprie parole a quelle della squadra. Questo aiuta a capire di più quando si sperimenta l'altro come capace di comprensione di se stessi. Se uno scopre di essere ascoltato, può diventare possibile iniziare ad ascoltare e diventare curioso delle esperienze e delle opinioni degli altri. Insieme, i membri del team e della rete costruiscono un'area di linguaggio comune in cui giungono ad accordi sull'uso particolare delle parole nella situazione. Questo linguaggio comune, che emerge nell'area tra i partecipanti al dialogo, esprime la loro esperienza condivisa degli incidenti e delle emozioni incorporate in essi (Haarakangas, 1997). Ascoltando il dialogo riflessivo dei membri del team, i membri della rete scoprono nuove possibilità di significato per la situazione. Dai dialoghi interni riflessivi emergono nuovi modi di intendere la situazione problematica che, quando vengono poi pronunciati ad alta

voce, conducono il dialogo di gruppo verso nuove possibilità prima sconosciute.

Così come i sintomi sono esperienze complete e incarnate, così il nuovo linguaggio è generato attraverso esperienze complete e incarnate più che dalla spiegazione razionale. È diventato evidente che si tratta di un processo fortemente incarnato di sincronizzazione tra tutti i partecipanti all'incontro (Seikkula *et al.*, 2018). Nello studio della Mente Relazionale abbiamo avuto la possibilità di guardare alla partecipazione incarnata ai dialoghi terapeutici. È stato notato che in momenti di forte eccitazione del sistema nervoso autonomo dei pazienti in terapia e dei terapeuti si verificava raramente una nuova comprensione dialogica. Il cambiamento dialogico spesso è iniziato dopo il punto di eccitazione, quando le persone hanno iniziato a calmarsi. Sembra importante lasciare il posto dell'eccitazione, per esempio sentire la tristezza senza alcun significato, e fare commenti da parte dei terapeuti. Dopo essersi calmati il clima è più adeguato a fare domande riflessive, in cui i clienti hanno la possibilità di dare parole alle loro esperienze. Quando i membri della rete condividono sentimenti di solidarietà, iniziano a dare voce a ciò che non è stato ancora detto. Condividere questioni difficili può sembrare minaccioso se i precedenti tentativi hanno portato a dolorosi fallimenti. Si impara che iniziare ad essere aperti con le proprie esperienze spesso significa che gli altri presenti all'incontro, anche quelli silenziosi, diventano essi stessi più aperti e più capaci di fidarsi l'uno dell'altro e nella convinzione che le questioni difficili siano possibili da gestire. Mentre il team e la rete vivono le esperienze che trovano così la loro strada nella stanza, la loro esperienza emotiva condivisa consente alle parole familiari dei membri della rete di essere organizzate in nuove comprensioni, storie in cui ogni partecipante può affrontare il proprio trauma e gestire il proprio o le proprie emozioni. È quando il nuovo linguaggio cattura la storia originale, inespressa, angosciante e il contesto da cui sono emersi i primi sintomi che il dialogo inizia a compensare i sintomi. Quando i membri della rete trovano il linguaggio per le loro esperienze traumatiche, sia le situazioni descritte che le emozioni ad esse associate diventano controllabili. I fattori curativi contribuiscono alla creazione della comunità. La comunità è sostenuta e rivitalizzata dalla condivisione collettiva di sentimenti potenti, con il processo di sintonizzazione reciproca che fa emergere le nostre capacità relazionali più profondamente umane.

Modi ideali per organizzare dialoghi nella rete

Il Dialogo Aperto è stato avviato per la prima volta nella provincia finlandese di Länsipohja, nella parte occidentale della Lapponia. Per questo motivo nella letteratura inglese è chiamata Lapponia occidentale. Durante lo sviluppo dell'approccio sono stati condotti diversi studi per comprendere il nuovo

sistema di cura e per svilupparne le pratiche. In questi studi si è notato che un dialogo ottimale sembra presupporre che il sistema di cura sia organizzato in un certo modo. Il sistema di trattamento è guidato da sette principi fondamentali, definiti in un progetto di ricerca a metà degli anni '90 (Aaltonen *et al.*, 2011). Quindi in una cura ottimale di una situazione di grave crisi: i) il primo incontro dovrebbe essere organizzato immediatamente durante la crisi, entro 24 ore dal contatto con i servizi di salute mentale; ii) la rete sociale del paziente, compresa la famiglia e i professionisti che lavorano con questa specifica famiglia, dovrebbero essere sempre invitati a partecipare, dall'inizio e per tutto il tempo necessario; iii) il trattamento dovrebbe essere adattato in modo flessibile alle specifiche esigenze del paziente e della famiglia, utilizzando i metodi terapeutici più adatti al caso in questione. L'idea centrale è integrare i diversi metodi di terapia nel modo ottimale; iv) i sistemi di salute mentale dovrebbero garantire che persone/équipe specifiche si assumano la responsabilità del trattamento, organizzando un'équipe caso-specifica che prenderà decisioni insieme alla famiglia riguardo a tutta la pianificazione del trattamento e le azioni da intraprendere; v) il team dovrebbe mirare a garantire la continuità psicologica invitando i membri del personale di diverse strutture a collaborare, per tutto il tempo necessario; vi) il processo dovrebbe tollerare l'incertezza e per potenziarla il team dovrebbe mirare a promuovere un senso di sicurezza, generando un processo terapeutico di condivisione al fine di mobilitare le risorse psicologiche della famiglia e della rete sociale; vii) il team dovrebbe concentrarsi sulla generazione del dialogo negli incontri di terapia congiunta, per creare nuove parole e un nuovo linguaggio comune per esperienze che in precedenza non avevano parole.

Una situazione in cui due persone avevano bisogno di aiuto contemporaneamente

Per illustrare brevemente come funziona il sistema di cura e come avviene il dialogo negli incontri presenterò un caso che faceva parte dei già citati progetti di ricerca con pazienti psicotici al primo episodio in Dialogo Aperto. Il fratello gemello di Lisa era stato portato alle cure primarie durante il fine settimana a seguito di un tentativo di suicidio (Seikkula *et al.*, 2001). Lunedì mattina, il suo medico di base ha contattato uno psicologo presso l'ambulatorio di salute mentale locale. Facendo parte dell'area di assistenza territoriale di Dialogo Aperto, nella provincia è disponibile uno specifico luogo per crisi acute per garantire l'immediata organizzazione dell'incontro. Prese subito contatto con il centro di crisi e insieme organizzarono un'équipe composta, oltre a lui, da un infermiere dello stesso ambulatorio e da un medico e uno psicologo del centro di crisi. La squadra ha fatto una visita a casa lo stesso giorno nel pomeriggio. Alla prima riunione erano presenti Lisa, sua madre, suo

padre, un gemello e un fratello minore. Lisa ha iniziato a parlare delle sue personali teorie filosofiche e delle sue delusioni di vedere persone con la testa di toro. Il team ha tollerato questa storia inaspettata e ha iniziato a parlare con Lisa e il resto della famiglia. Erano un po' sorpresi, poiché sapevano di essere venuti per il fratello gemello di Lisa, ma sua madre disse loro che erano preoccupati per entrambi i fratelli. È emerso presto che entrambi avevano in realtà gravi idee psicotiche.

Dissero che Lisa era tornata a casa un anno fa. Durante gli ultimi quattro mesi entrambi i gemelli si erano isolati. Sembra che da 25 mesi Lisa avesse idee psicotiche e che non avesse altre relazioni al di fuori della famiglia. Cinque mesi prima suo fratello gemello l'aveva seguita nella loro baita - dove vivono adesso - e dove nel fine settimana aveva assunto una overdose di tranquillanti.

All'inizio sono stati organizzati incontri di trattamento aperto tutti i giorni. Soprattutto il primo è stato piuttosto agitato a causa del litigio tra Lisa e suo padre. In particolare, Lisa ha accusato il padre di essere stato crudele verso il figlio anni fa costringendolo a fare sport. Il padre si è infuriato per queste accuse e in seguito hanno riferito che la lite era continuata la sera a casa dopo che l'équipe era andata via. Durante i primi due mesi sono stati organizzati complessivamente nove incontri. Dopo i due primi incontri con molti litigi gli incontri hanno sviluppato una qualità sempre più psicoterapeutica e sono emersi molti episodi di confronto riflessivo tra i membri dell'équipe. Nel sesto e settimo incontro, Lisa espresse nuovamente rabbia e odio nei confronti di suo padre a causa della percezione che aveva del suo comportamento durante la loro infanzia. Sembrava che, per la prima volta, fosse stato possibile per lei costruire le parole per descrivere le sue difficili esperienze con il padre.

All'inizio del processo, il medico di base ha prescritto neurolettici, che Lisa ha cercato di prendere in cinque occasioni ma alla fine ha deciso di interrompere perché, come ha detto durante l'intervista di follow-up dopo due anni, 'Tutto il mondo è diventato buio e immobile, non avevo più pensieri.' Dopo due mesi, è stata avviata la psicoterapia individuale con uno psicologo che era un membro del team di crisi. Ciò è stato fatto d'intesa comune dietro proposta del team. Durante questa fase, Lisa ha avuto ancora occasionalmente importanti esperienze psicotiche. Dopo sei mesi, Lisa ha deciso di interrompere la psicoterapia, si è allontanata da casa e non ha risposto ai tentativi di contatto del medico che voleva sapere come stava.

Come parte di uno studio di follow-up sono stati organizzati colloqui con la famiglia dopo due e cinque anni. Durante il colloquio di follow-up dei due anni, Lisa ha detto che aveva iniziato a studiare filosofia e che non aveva sintomi psicotici rimanenti. Aveva deciso che lei stessa doveva trovare una via d'uscita ai suoi problemi, ed era per questo che aveva interrotto la psicoterapia e si era trasferita. Ha anche detto di essersi resa conto che non era un bene

per lei vivere vicino alla sua famiglia, poiché questo portava facilmente a litigi. Per lei era meglio vivere senza troppi contatti con la sua famiglia. Aveva avuto deliri psicotici per circa sei mesi dopo aver interrotto la psicoterapia, ma, da allora, i sintomi non si erano ripresentati. Nell'intervista di follow-up dopo cinque anni, ha detto di essersi presa una pausa dai suoi studi. Per tre anni ha lavorato come donna delle pulizie a tempo pieno, era sposata e ha parlato dei suoi piani per avere un bambino.

I sette principi erano stati realizzati in buona misura. Il primo incontro era avvenuto subito lo stesso giorno del contatto con il medico di base, e fin dall'inizio è stata coinvolta la rete sociale più vicina, anche se successivamente la motivazione dei genitori è diminuita. Lo stesso team ha garantito la continuità psicologica durante tutto il processo, compreso il passaggio dalle sedute familiari alla psicoterapia individuale. Il processo ha permesso di tollerare dei periodi incerti con discorsi allucinatori e con l'odio che Lisa esprimeva verso suo padre. Durante le numerose fasi critiche del processo, il dialogo è stato generato e mantenuto. Ciò era già evidente al primo incontro, in cui il team non si è concentrato sulla diagnosi della psicosi, ma piuttosto ha sottolineato la generazione di un dialogo in cui la famiglia potesse esporre il problema nel proprio linguaggio.

Discussione e conclusioni

Una qualità unica dell'approccio Dialogo Aperto è la sua connessione intrecciata con la ricerca continua nel setting naturale (Seikkula, 2019). Quando iniziammo a sviluppare la pratica nella Lapponia Occidentale Finlandese all'inizio degli anni '80, dopo le prime confuse esperienze nella nuova pratica aperta, fu rilevata l'importanza di iniziare a indagare sulle idee di base dei processi di trattamento e sui risultati del nuovo approccio. Dal 1988 e per tutto il tempo gli studi sono stati parte regolare del sistema e l'approccio è stato sviluppato sulla base della ricerca. Le idee di pratica dialogica sono nate negli studi sui processi di incontri aperti e il concetto di *Dialogo Aperto*, in quanto esito dell'intero sistema di assistenza di comunità, è nato come risultato di un'analisi qualitativa dei contenuti. L'importanza di questa ricerca non è principalmente per avere le informazioni sull'efficacia del metodo al fine d'informare la comunità esterna su di esso, ma il contrario. La ricerca è necessaria per sviluppare la pratica.

Il secondo elemento essenziale nell'approccio *Dialogo Aperto* è la formazione continua del personale e, nei diversi luoghi, delle persone con la propria esperienza vissuta. A Tornio, la formazione è stata pianificata per la durata di tre anni garantendo la qualifica di psicoterapeuti secondo la legge Finlandese. Nella maggior parte dei luoghi al giorno d'oggi la formazione è di un anno permettendo ai teams di imparare a lavorare insieme in modalità dialogiche.

Trasferendosi dalla Lapponia Occidentale in altre parti del mondo, il metodo Dialogo Aperto è stato applicato in diversi modi nel rispetto delle differenze culturali riguardanti l'amministrazione e le organizzazioni sanitarie. Quello che mi ha sorpreso è la qualità generale dei dialoghi negli incontri. I dialoghi sembrano davvero percorrere lo stesso tipo di percorso negli incontri di *Dialogo Aperto* in Cina come negli Stati Uniti o in Italia. Nonostante le importanti differenze culturali, il dialogo sembra seguire le stesse linee. È la base della vita umana in qualunque contesto.

Il terzo fenomeno a cui prestare molta attenzione è il difficile compito di adottare capacità dialogiche. In alcuni luoghi le idee di base sono state adottate facilmente, in altri ha comportato davvero delle sfide sia in termini di organizzazione del sistema di cura che di partecipazione agli incontri. Alcuni studi hanno analizzato le esperienze nei programmi di formazione. La formazione *Dialogo Aperto* è spesso distinta dall'apprendimento tradizionale e si basa sull'approccio esperienziale all'apprendimento, che, come viene riferito, genera forti esperienze emotive (Buus *et al.*, 2019; Pope *et al.*, 2016; Stockmann *et al.*, 2017). Pope *et al.* (2016) hanno riscontrato che la formazione adattata alle esigenze mancava della chiarezza didattica di programmi di formazione più documentati e alcuni partecipanti hanno trovato la formazione disorganizzata. Putman (2015) riferendosi alla formazione *Dialogo Aperto* ne evidenzia l'impressione di 'disimparare' che può assumere molte forme. Questo deriva dal fatto che l'apprendimento 'precedente' - sia attraverso lo sviluppo personale che l'apprendimento professionale convenzionale - può essere estremamente limitante nei contesti di *Dialogo Aperto*. Schubert *et al.* (2020) hanno esplorato l'identità professionale di psicologi clinici e psichiatri Australiani dopo la loro formazione introduttiva sul *Dialogo Aperto*. La formazione potrebbe facilitare opportunità per assumere posizioni alternative nel lavoro clinico che in misura maggiore ha coinvolto il loro sé, e che a volte è stato percepito come "Esporre il professionista" mettendolo in una posizione vulnerabile.

Questi commenti sono perfettamente in linea con le esperienze che ho riscontrato nel mio ruolo di responsabile dei programmi di formazione. La sfida è trovare un equilibrio tra struttura - sempre necessaria nell'apprendimento di nuove abilità - e l'incertezza dialogica sempre necessaria per apprendere soprattutto le abilità dialogiche.

BIBLIOGRAFIA

- 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 the Western Lapland Project. *Psychosis*, 3, 179-191.
- Alanen, Y. (1997). *Schizophrenia. Its origins and need-adapted-treatment*. London: Karnak Books.

- Alanen, Y., Lehtinen, K., Rääköläinen, V. & Aaltonen, J. (1991). Need-adapted treatment of new schizophrenic patients: experiences and results of the Turku Project. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 83, 363-372.
- Andersen, T. (1991). *The reflecting team: dialogues and dialogues about the dialogues*. New York, NY: Norton.
- Andersen, T. (1995). Reflecting processes; acts of forming and informing. In Friedman, S. (Ed.). *The reflecting team in action* (pp. 11-37) New York, NY: Guilford.
- Anderson, H., & Goolishian, H. (1988). Human systems as linguistic systems: Preliminary and evolving ideas about the implications for clinical theory. *Family Process*, 27, 371-393.
- Bakhtin, M. (1975). *Speech genres and other late essays*. Austin: University of Texas Press.
- Bakhtin, M. (1984). *Problems of Dostojevskij's poetics: Theory and history of literature* (Vol. 8). Manchester: Manchester University Press.
- Bergström, T., Seikkula, J., Alakare, B., Mäki, P., Köngäs-Saviaro, P., Taskila, J. J., Tolvanen, T., & Aaltonen, J. (2018). The family-oriented Open Dialogue approach in the treatment of first-episode psychosis: Nineteen-year outcomes. *Psychiatry Research*, 270, 168-175. doi:10.1016/j.psychres.2018.09.039.
- Buus, N., Jacobsen, E., Bojesen, A. & Erlangen, A. (2019). The association between Open Dialogue to young Danes in acute psychiatric crisis and their use of health care and social services: A retrospective register-based cohort study. *International Journal of Nursing Studies*, 91, 119-127. doi:10.1016/j.ijnurstu.2018.12.015.
- Haarakangas, K. (1997). Hoitokokouksen äänet. The voices in treatment meeting. A dialogical analysis of the treatment meeting conversations in family-centred psychiatric treatment process in regard to the team activity. English Summary. *Jyväskylä Studies in Education, Psychology and Social Research*, 130, 119-126.
- Pope, L. G., Cubellis, L., & Hopper, K. (2016). Signing on for dirty work: Taking stock of a public psychiatry project from the inside. *Transcultural Psychiatry*, 53(4), 506-526.
- Putman, N. (2015). What constitutes an Open Dialogue training? Education, education, education. *Context*, (138), 34-35.
- Schubert, S., Rhodes, P. & Buus, N. (2020). Transformation of professional identity: an exploration of psychologists and psychiatrists implementing Open Dialogue. *Journal of Family Therapy*, First published: 23 January 2020. doi:10.1111/1467-6427.12289.
- Seikkula, J. (2019). From research on dialogical practice to dialogical research: Open Dialogue is based on all the time ongoing scientific analysis. In Ochs, M., Borcsa, M., & Schweitzer, J. (Eds.) *Linking systemic research and practice - innovations in paradigms, strategies and methods. (European Family Therapy Association Series, Volume 4)*. Cham: Springer International.
- Seikkula, J., Aaltonen, J., Alakare, B., Haarakangas, K., Keränen, J., & Sutela, M. (1995). Treating psychosis by means of Open Dialogue. In Friedman, S. (Ed.), *The reflective team in action: Collaborative practice in family therapy* (pp. 62-80). New York, NY: Guilford Press.
- Seikkula, J., Alakare, B., & Aaltonen, J. (2001). Open Dialogue in psychosis II: A comparison of good and poor outcome cases. *Journal of Constructivist Psychology*, 14, 267-284.
- Seikkula, J., Karvonen, A., Kykyri, V-L, Penttonen, M. & Nyman-Salonen, P. (2018). The relational mind in couple therapy: a Bateson-inspired view of human life as an embodied stream. *Family Process*, 57, 855-866. doi:10.1111/famp.12382.
- Seikkula, J. & Trimble, D. (2005). Healing elements of therapeutic conversation: Dialogues as an embodiment of love. *Family Process*, 44(3), 463-477.
- Shotter J. (1993). *Cultural politics of every day life. Social constructionism, rhetoric and knowing of the third kind*. Buckingham, UK: Open University Press.
- Speck, R., & Attneave, C. (1973). *Family networks*. New York: Pantheon.
- Stockmann, T., Wood, L., Enache, G., Withers, F., Gavaghan, L., & Razaque, R. (2017). Peer-

- supported Open Dialogue: a thematic analysis of trainee perspectives on the approach and training. *Journal of Mental Health*, 1-7. doi:10.1080/09638237.2017.1340609.
- Trimble, D. (2000). Emotion and voice in network therapy. *Netletter*, 7(1), 10-15. Retrieved: July 10, 2004, from: <http://www.netletter.org>
- Tschudi, F., & Reichelt, S. (2004). Conferencing when therapy is stuck. *Journal of Systemic Therapies*, 23, 38-52.
- van der Kolk, B.A., McFarlane, A.C., & Weisaeth, L. (Eds.) (2006). *Traumatic stress*. New York, NY: Guilford.
- Van der Velden, E., Halevy-Martini, J., Ruhf, L., & Schoenfeld, P. (1984). Conceptual issues in network therapy. *International Journal of Family Therapy*, 6, 68-81.

Non-commercial use only

Conflitto di interessi: l'autore dichiara che non vi sono potenziali conflitti di interessi.

Approvazione etica e consenso a partecipare: non necessario.

Ricevuto per la pubblicazione: 17 febbraio 2021.

Accettato per la pubblicazione: 12 giugno 2021.

©Copyright: the Author(s), 2021

Licensee PAGEPress, Italy

Ricerca Psicoanalitica 2021; XXXII:529

doi:10.4081/rp.2021.529

This article is distributed under the terms of the Creative Commons Attribution Noncommercial License (by-nc 4.0) which permits any noncommercial use, distribution, and reproduction in any medium, provided the original author(s) and source are credited.