
A ABORDAGEM DO DIÁLOGO ABERTO PARA A PSICOSE AGUDA: SUA POÉTICA E MICROPOLÍTICAS¹

THE OPEN DIALOGUE APPROACH TO ACUTE PSYCHOSIS: ITS POETICS AND MICROPOLITICS

Jaakko Seikkula²Mary E. Olson³Tradução de Pedro Luís Tizo Santos⁴

Seikkula, J., Olson, M. E. (2003). The open dialogue approach to acute psychosis: its poetics and micropolitics. *Family Process*, 42(3), 403-418.

RESUMO

Na Finlândia, uma abordagem baseada em redes e linguagem para o cuidado psiquiátrico surgiu, chama-se “Diálogo Aberto”. Ela bebe dos princípios dialogais de Bakhtin (Bakhtin, 1984) e está enraizada em uma tradição Batesoniana. Dois níveis de análise, as poéticas e as micropolíticas, são apresentadas. As poéticas incluem três princípios: “tolerância à incerteza”, “dialogismo” e “polifonia em redes sociais”. Um encontro para tratamento demonstra como essas poéticas operam para gerar um diálogo terapêutico. As micropolíticas são as práticas institucionais maiores que dão suporte a este modo de trabalho e são parte do tratamento *Need-Adapted* Finlandês. Estudos recentes sugerem que o Diálogo Aberto melhorou os resultados com pessoas jovens em uma variedade de agudas, e severas crises psiquiátricas, como a psicose, se comparadas à organização de tratamento usual. Em um acompanhamento de dois anos, não randomizado, por sobre primeiros episódios de esquizofrenia, a hospitalização decresceu em aproximadamente 19 dias; medicamentos antipsicóticos foram necessários em 35% dos casos; 82% não tiveram, ou tiveram apenas leves sintomas psicóticos remanescentes; e apenas 23% receberam abono para desabilidades.

Fam Proc 42:403-418, 2003

¹ Um prêmio acadêmico *Fullbright* apoiou a pesquisa para a preparação deste artigo. Grato reconhecimento vai para toda a equipe de cerca de 100 profissionais do Keropudas Hospital (Hospital Keropudas) e clínicas ambulatoriais locais.

² Assistente Sênior no Departamento de Psicologia na Universidade de Jyväskylä (University of Jyväskylä). Professor no Instituto de Medicina Comunitária (*Institute of Community Medicine*) na Universidade de Tromsø (*University of Tromsø*). Tromsø, Noruega. *E-mail*: seikkula@psyka.jyu.fi

³ Docente da Escola Universitária Smith para Trabalhos Sociais (*Smith College School for Social Work*). É companheira de pesquisas no Centro de Práticas Inovadoras (*Center for Innovative Practice*). No final de 2001, era Professora *Fullbright* para a Finlândia no Departamento de Psicologia da Universidade de Jyväskylä. Northampton, Northamptonshire, Inglaterra. *E-mail*: maryo@dialogicpractice.net.

⁴ Psicólogo. Mestrando em Psicologia Clínica pela Universidade Federal do Paraná. Pós-Graduado em Psicodrama Psicoterapêutico pela Associação Paranaense de Psicodrama. Filiação: Universidade Federal do Paraná, Curitiba-Pr, Brasil. *E-mail*: pedro.tizo.psico@gmail.com

ABSTRACT

In Finland, a network-based, language approach to psychiatric care has emerged, called “Open Dialogue”. It draws on Bakhtin’s dialogical principles (Bakhtin, 1984) and is rooted in Batesonian tradition. Two levels of analysis, the poetics and the micropolitics, are presented. The poetics include three principles: “tolerance of uncertainty,” “dialogism,” and “polyphony in social networks”. A treatment meeting shows how these poetics operate to generate a therapeutic dialogue. The micropolitics are the larger institutional practices that support this way of working and are part Finnish Need-Adapted Treatment. Recent research suggests that Open Dialogue has improved outcomes for young people in a variety of acute, severe psychiatric crises, such as psychosis, as compared to treatment-as-usual settings. In a nonrandomized, 2-year follow up of first-episode schizophrenia, hospitalization decreased to approximately 19 days; neuroleptic medication was needed in 35% of cases; 82% had no, or only mild, psychotic symptoms remaining and only 23% were on disability allowance.

INTRODUÇÃO

Na Finlândia, uma abordagem de cuidados psiquiátricos, baseada em redes e linguagem, denominada *Open Dialogue* (Diálogo Aberto), tem sido a pioneira no Hospital Keropudas na Lapônia Ocidental. Um dos autores (JS) trabalhou como um membro do time original. Outros membros do time que tem escrito sobre essa abordagem incluem Jukka Aaltonen, Birgitta Alakare, Jyrki Keränen, e Kauko Haarakangas (Haarakangas, 1997; Keränen, 1992; Seikkula, Alakare, & Aaltonen, 2001a). Estudos recentes sugerem que este modelo incrementou a terapia de pessoas sofrendo de primeiros episódios psicóticos ao reduzir significativamente a incidência de hospitalização, a porcentagem de reincidência, e o uso de medicamentos (Seikkula, Alakare, & Aaltonen, 2001b). Essa abordagem ganhou amplo reconhecimento no Norte da Europa onde Seikkula, juntamente com o psiquiatra Norueguês Tom Andersen, tem angariado uma rede internacional de times utilizando o diálogo aberto e processos reflexivos nas configurações de cuidados agudos na Rússia, Letônia, Lituânia, Estônia, Suécia, Finlândia e Noruega. Muito menos reconhecido nos Estados Unidos, esse modelo vale um exame mais próximo como uma forma de intervenção à crise no cuidado de problemas psiquiátricos mais severos.

Dentro de uma estrutura social construcionista pós-moderna, o Diálogo Aberto integra diferentes tradições psicoterapêuticas em suas origens e evoluções. Dentro do campo familiar, entretanto, seu ponto de partida é a terapia sistêmica de Milão. Começando com uma visão geral das abordagens baseadas na psicose, a primeira parte deste artigo vai delinear amplamente a evolução teórica e clínica que partiu de sessões de terapia familiar sistêmica para uma prática baseada em redes. Vai então entrar nas especificidades das práticas de linguagem do Diálogo Aberto e apresentar uma entrevista no intuito de olhar com mais proximidade o que acontece, momento a momento, em um encontro de tratamento. Finalmente, a última parte vai considerar os contextos institucionais e de treinamento nos quais essa abordagem está embutida, e apresenta os resultados de um estudo.

Nosso inquérito ao adentrar a abordagem do diálogo aberto bebe das duas categorias descritas pelo psiquiatra comunitário Marcelo Pakman (2000). Ele identifica as “poéticas” e as “micropolíticas” da terapia. O termo “poéticas” se refere às práticas de linguagem e comunicação nos encontros face a face (Hoffman, 2002; Olson, 1995). No Diálogo Aberto, nós podemos localizar três princípios: “Tolerância à incerteza”, “dialogismo” e “polifonia nas redes sociais” (Seikkula et al., 2001a). Esses termos ecoam e transformam os princípios originais do time de Milão sobre hipotetizar, circularidade, e neutralidade como as guias para o condutor da sessão (Selvini-Palazzoli, Boscolo, Cecchin, & Prata, 1980).

As micropolíticas, ou práticas institucionais maiores, do Diálogo Aberto podem também prover um importante foco para o exame e o contraste. A maioria das formas de terapia familiar tem sido modelos de gabinete com estratégias para sistemas maiores, enquanto o Diálogo Aberto é uma prática comunal organizada em redes sociais.⁵ Está embutida na transformação de larga escala nos serviços de psiquiatria públicos da Finlândia associadas com a reforma chamada “*Need-Adapted Treatment*” (Alanen, 1997, Alanen, Lehtinen, Lehtinen et al., 2000). Como Pakman e outros reconhecem, existe uma necessidade urgente nos EUA para novos, e expandidos modelos de diálogo que podem endereçar não somente as poéticas da sala de entrevista, mas também as burocracias políticas mais amplas que os possam restringir e enfraquecer. Enquanto profissionais se esforçam para lidar com esses problemas em um ambiente caótico, dirigido por procedimentos e por cuidado manejado na América (Coffey, Olson, & Sessions, 2001), a experiência na Finlândia pode oferecer uma clara alternativa com seu cuidado de rede dos problemas mais severos.

ABORDAGENS DE COMUNICAÇÃO À PSICOSE

Um interesse na psicose e esquizofrenia foi proeminente nos primeiros dias do campo familiar. O projeto de pesquisa de Gregory Bateson e seus colegas culminou em um monumental artigo sobre dupla vinculação (Bateson, Jackson, Haley, & Weakland, 1956). O tratamento de pacientes psicóticos e suas famílias foi, de fato, um dos significantes pontos de partida da terapia familiar.

O conceito de comunicação de dupla vinculação veio de uma tentativa teórica de imaginar o tipo de contexto no qual o discurso e o comportamento psicótico pareceriam adaptativos (Weakland, 1960). Escritos subsequentes de Bateson e seus colegas (1962) revisaram a formulação original da teoria:

O modo mais útil de colocar uma descrição da dupla vinculação não é em termos daquele que prende e uma vítima, mas em termos de pessoas presas a um sistema vigente que produz definições conflitivas sobre relacionamentos e conseqüente angústia subjetiva (p. 42).

Ao invés de olhar somente os padrões das trocas de mensagens, Bateson (1962) passou a enfatizar o sistema maior de relacionamentos que gera esses paradoxos.

⁵ O termo “*communal perspective*” (perspectiva comunal) aparece nos escritos de Lynn Hoffman (200), baseado na ideia de prática comunal proposta por Tom Andersen.

Nas décadas que seguiram o fim do projeto Bateson, foram feitas outras tentativas de pesquisa com famílias e seus filhos psicóticos. Entretanto, nenhuma dessas foi afinal tão significativa em termos de desenvolvimento de um modelo terapêutico identificável para a psicose como o trabalho do time de Milão (Hoffman, 1981). Suas pesquisas tornaram-se a próxima grande contribuição clínica que focava no problema da psicose utilizando uma abordagem de comunicação.

Em débito com a teoria de dupla vinculação, o time de Milão inventou o que chamaram de modelo sistêmico para famílias com crianças severamente perturbadas, psicóticas e anoréxicas (Selvini-Palazzoli, Boscolo, Cecchin, & Prata, 1978). Os italianos introduziram a técnica do contraparádoxo para desatar a comunicação paradoxal. Por exemplo, eles ofereciam à família uma nova lógica na forma de conotação positiva ou novo ordenamento de comportamento na forma de um ritual (Boscolo, Cecchin, Hoffman, & Penn, 1987).

Essas ideias tiveram um efeito radical no campo familiar em ambos os Estados Unidos e Europa. Ainda assim, apenas em alguns países o modelo de Milão produziu qualquer tipo de influencia duradoura no tratamento psicoterapêutico de pacientes psiquiátricos. Nos Estados Unidos, houve entretanto o aumento da abordagem psicoeducacional da família, a qual vem de uma tradição diferente, ao menos em termos de postura para com membros da família (Anderson, Hogarty, & Reiss, 1980; Falloon, 1996; Falloon, Boyd, & McGill, 1984; Goldstein, 1996; McGorry, Edwards, Mihalopoulos et al., 1996). O ponto de convergência entre o Diálogo Aberto e o programa psicoeducacional é a ideia de que nem o paciente ou a família são vistos como a causa da psicose ou um objeto do tratamento, mas como “parceiros competentes ou potencialmente competentes no processo de recuperação” (Gleeson, Jackson, Stavely, & Burnett, 199, p. 390). Existem muitas outras diferenças importantes nas premissas teóricas do Diálogo Aberto e nos modelos psicoeducacionais amplamente utilizados no tratamento de psicoses. Para uma discussão do contraste, favor remeter-se a Seikkula, Alakare, & Aaltonen (2001a).

Finalmente, Michael White (1995) aplicou a sua prática narrativa de externalizar o problema da psicose. Esse método diminui as vozes hostis de pessoas com sintomas crônicos ao colocá-los fora da pessoa no lugar de vê-los como uma manifestação da experiência interior. Similarmente, o Diálogo Aberto é orientado para fora, para o diálogo social, mas faz um uso mais formal da rede. Fora do norte da Europa, a terapia familiar não tem utilizado um foco na rede ao lidar com psicose aguda.

O SURGIMENTO DO DIÁLOGO ABERTO

Da Terapia Familiar à Orientação em Rede

O time do Hospital Keropudas estava utilizando o modelo de Milão quando começaram a atender famílias nos anos 80, e ainda assim, essa tentativa de fazer uma terapia sistêmica em um sistema público logo encontrou dilemas práticos que não foram previstos. O ímpeto primeiro para a mudança da terapia sistêmica familiar se deve à dificuldade de engajar as famílias do

Hospital Keropudas na terapia familiar. No início dos anos 80, apenas um pequeno número de pacientes e suas famílias seguiram completamente com seus encaminhamentos. Ideias e práticas começaram a mudar em busca de soluções para problemas tão concretos.

Apesar de elegante na teoria, foram repetidos muitos problemas similares com o método de Milão na prática, especialmente quando feita a transição para outros sistemas culturais e outras configurações fora da instituição privada. Também houve outros relatos de praticantes com desconforto e dificuldade em conectar-se com famílias ao trabalhar dessa forma (Andersen, 1992, 1995; Hoffman, 1992, 2002; Lannamann, 1998). Esses experimentos parecem emanar da natureza desse modelo altamente abstrato e especializado. Usando a metáfora do “jogo”, o método original de Milão tende a posicionar a família como um objeto da ação terapêutica, ao invés de uma parceira no processo terapêutico. Outro importante conjunto de críticas e revisões foram levantadas pelos teóricos(as) feministas, de justiça social e terapeutas, que objetaram a postura sistêmica de neutralidade em situações de abuso e violência (Goldner, Penn, Scheinberg, & Walker, 1990; MacKinnon & Miller, 1987).

Em 1984, no Hospital Keropudas, foi o reconhecimento do efeito negativo da distância e da visão objetificadora da família dentro do processo avaliativo que levou à reorganização do modo em que as admissões eram manuseadas no hospital Keropudas. A equipe do hospital começou a organizar um encontro de tratamento em avanço a qualquer tipo de terapia. Mais motivação para esta mudança veio do fato de que, desde que o hospital é em parte um sistema psiquiátrico do estado, os problemas de igualdade e acesso a todos os pacientes eram os centrais. Na prática finlandesa, todos os pacientes precisam ser aceitos, não apenas aqueles encaminhados para – e dispostos a – a terapia familiar. Alanen e seu time em Turku desenvolveram uma ideia original de encontros de tratamento como parte de uma abordagem *need-adapted* (Alanen, 1997).

Ao longo do tempo, esse tipo de encontro evoluiu para o foro terapêutico mesmo. Primeiro, ideias construtivistas, e depois a ideia do dialogismo de Bakhtin (1984), Voloshinov (1996) e Vygotsky (1970) ajudaram a entender os novos fenômenos que surgiam da nova prática de organizar encontros abertos em contraste com sessões de terapia familiar. A invenção do time reflexivo de Andersen (1987, 1990, 1992) e a abordagem de sistemas de linguagem colaborativa do grupo de Galveston (H. Anderson & Goolishian, 1988) tornaram-se estruturas significativas no desenvolvimento posterior do que viria a ser chamado **Diálogo Aberto**.

A Organização do Encontro de Tratamento

Dedicado a prover ajuda imediata em meio à crise, o formato básico do Diálogo Aberto é o encontro de tratamento, que ocorre dentro de 24 horas depois do contato inicial. É organizado por um time de crises móvel composto por equipes de pacientes externos e internos, e acontece, se possível, na casa da família. Junta a pessoa de sofrimento agudo com o time e todas as outras pessoas importantes (ex., parentes, amigos, e outros profissionais) conectadas com a situação. O encontro se dá fisicamente em um lugar também de foro aberto, com todos sentados no mesmo ambiente, em círculo.

A responsabilidade por mobilizar o time e organizar os encontros cabe aos profissionais que entraram em contato primeiro com a família. Esses membros do time que tomaram a iniciativa para organizar o encontro, tomam a responsabilidade para conduzir o diálogo. Podem participar da entrevista todos os membros do time ou pode ser decidido de antemão que uma pessoa em específico fará as perguntas e facilitará o diálogo entre os outros no ambiente. A constelação do time varia de acordo com a situação específica e o histórico de tratamento prévio da família, com todos os terapeutas prévios convidados para estes encontros.

Todas as decisões sobre a terapia atual, medicação, e hospitalização são discutidas e feitas enquanto todos estão presentes. Não existem encontros de equipe separados para o planejamento do tratamento. É mais recomendado focar nessas questões do tratamento mais tarde na reunião, depois que membros da família tenham tido a chance de expressar suas preocupações. O resultado do encontro deve ser resumido ao final, especialmente as decisões que foram tomadas; se não, deve ser constatado que nada foi decidido. A duração desses encontros pode variar, mas um encontro de 1,5 horas geralmente provê tempo o suficiente.

Esteja o paciente hospitalizado ou não, o mesmo time se mantém envolvido e continua a se encontrar com a pessoa e sua rede – em alguns casos, depois de um período curto de tempo, e em outros, depois de um período bem maior – até que a situação urgente e os sintomas dissolvam. Essa ideia de “continuidade psicológica”, o envolvimento sustentado do mesmo time ao longo do tempo, é crítica para essa abordagem. O time permanece conectado com a família até que esteja claro que as pessoas estão fora de perigo.

O estabelecimento das reuniões de tratamento alterou a prática no estilo de Milão de utilizar um longo intervalo entre sessões e começou a revelar o papel da fala e da linguagem na crise psicótica. A intervenção da crise geralmente não é parte do modelo de Milão: de fato, os italianos viam o relato de uma crise como uma “jogada” no “jogo familiar”, com a resposta do time estrategicamente concebida para desafiá-la (Selvini-Palazzoli et al., 1978). Então, este afastamento de ver crises familiares no dia a dia e trabalhar intensamente com elas é uma outra mudança importante com relação ao método de Milão.

A despeito dessas diferenças, esse primeiro passo para o Diálogo Aberto – o estabelecimento do encontro de tratamento – pode ter sido impelido pela capacidade de evoluir que parece imbuído no próprio método de Milão. Como Lynn Hoffman diz, “Menos como um conjunto de procedimentos do que um modelo de ‘aprendendo a aprender”, a abordagem sistemática ensinou profissionais a pensar reflexivamente e transformar suas próprias premissas e conduta em face de impasses e dificuldades (Boscolo et al., 1987, p. 28).

No início dos anos 80, Boscolo e Cecchin tornaram-se cada vez mais inspirados pelas pesquisas cibernéticas von Foerster, Varela, e Maturana, que propuseram a noção de visão cibernética de segunda ordem. Eles enfatizaram que não podemos falar de um sistema separado, observado, mas apenas de um “sistema de observação” que leva em consideração a lente do observador. Portanto, qualquer encontro com a família é, em parte, uma criação de ideias que profissionais trazem para o seu trabalho. As sementes dessa mudança de segunda ordem estavam presentes no final da complexa carreira do time original de Milan, notadamente, no seu artigo sobre questionamento circular (Selvini-Palazzoli et al., 1980). O artigo enfatiza o processo de

entrevista ao invés das características da família, e antecipou a virada linguística que o campo teria ao focar no método de conversação ao invés de intervenção.

A transformação inicial no time finlandês, que deu início a muitas outras mudanças, foi consistente com esse pensamento de segunda ordem e começou quando o time alterou seu relacionamento com a família, ao tratar todos os envolvidos como membros de uma parceria. O uso de analogia cibernética foi desde então abandonado, juntamente com as metáforas de visão e observação. Esses foram substituídos, primeiro pelas metáforas da voz e do escutar, e depois pelas relacionadas ao sentir e tocar (Hoffman, 2002). Acima de tudo, a ideia persiste de que a terapia é concebida como um processo criativo conjunto, com a deliberada ênfase na fala trocada e nos círculos de diálogo. O Diálogo Aberto manteve outras ideias importantes da tradição Bateson-Milão, incluindo a posição comunicacional e a ênfase na afirmação, a despeito de largar mão da conotação positiva *per se*.

A POÉTICA DO DIÁLOGO ABERTO

Tolerância à Incerteza

As práticas de linguagem dos encontros de tratamento no Diálogo Aberto tornaram-se distintas de qualquer outra forma de terapia centrada em rede. Como constatado anteriormente, a fundamentação da entrevista repousa sobre os princípios da “tolerância à incerteza”, “dialogismo” e “polifonia”. Aqui nós consideramos cada um independentemente, apesar de eles recursivamente trabalharem juntos. Tolerância à incerteza é a contrapartida para, e é de fato o oposto, o uso sistemático do hipotetizar ou qualquer outro tipo de ferramenta de avaliação.

Na prática, tolerância à incerteza é constituída por encontros frequentes e pela qualidade do diálogo. É importante que os encontros sejam frequentes o suficiente, diariamente se necessário, para que a família não se sinta sozinha na crise. O time monitora cuidadosamente a programação dos encontros e comumente inclui a possibilidade de encontrarem-se diariamente por 10-12 dias após o começo de uma crise séria.

Ademais, a incerteza pode ser tolerada somente se a terapia é experienciada como algo seguro. Toda crise severa requer que os terapeutas e a família, por um período de tempo, deem conta de ambiguidades inatas à situação de crise, às quais o diálogo, esperançosamente, provê o fio de Ariadne. Como parte do conjunto dessas condições, muita atenção é dada para estabelecer um contexto terapêutico de confiança, ou “cena”, para que as ansiedades e medos causados pela crise possam ser mediados e contidos. A segurança é estabelecida inicialmente ao escutar e responder cada pessoa, sua voz e ponto de vista, legitimando assim cada participante. Se este tipo de tolerância é construído, emergem mais possibilidades de recursos psicológicos (ou o que nós podemos agora chamar de “dialógicos”) da família e do paciente, que se tornam agentes que previamente não tinham uma linguagem para expressar sua experiência de eventos difíceis.

Como parte dessa abordagem, a questão que uma crise põe, “O que devemos fazer?”, é mantida aberta até que o diálogo coletivo mesmo produza uma resposta ou dissolva a

necessidade de ação. Conselho imediato, conclusões rápidas, e intervenções tradicionais tornam menos provável que segurança e confiança se estabeleçam, ou que uma resolução genuína para a crise psicótica venha a ocorrer. Hipóteses são particularmente evitadas, porque podem ser silenciadoras, e interferir com a possibilidade de encontrar uma maneira natural de desarmar a crise (Andersen, 1990). Os terapeutas, portanto, entram sem uma definição preliminar do problema na esperança de que o diálogo mesmo trará à tona novas ideias e histórias.

Finalmente, tolerância à incerteza é diferente da, apesar de remanescente, posição do “não saber” proposta por Anderson e Goolishian (1992). O grupo de Galveston define um meio de conhecer onde o cliente é o *expert* e o profissional é o estudante. A abordagem finlandesa define um meio de ser com outros e consigo mesmo que é um meio de saber levemente diferente. É o que Rilke (1984) quis dizer quando escreveu, “viva até a resposta” (p. 42).

Dialogismo

Interconectado com dar conta da incerteza está a ideia de Bakhtin (1984) de que o diálogo é a estrutura da comunicação entre o time, a pessoa, e a rede social. Em adição a constituir uma rede social, esse modo de trabalhar se engaja em um esforço para reduzir o isolamento, constituindo um diálogo construído ao redor de relações comunicativas com o paciente e pessoas envolvidas com ele ou ela. De uma perspectiva do construcionismo social, a psicose é uma temporária, radical e aterrorizante alienação das práticas compartilhadas, comunicativas: uma “terra de ninguém” onde experiências insustentáveis não têm palavras e, portanto; o paciente não tem voz e nem ação genuína (Holma, 1999; Seikkula, 2002). A alçada terapêutica é desenvolver uma linguagem verbal comum para as experiências que de outra maneira permanecem incorporadas no discurso psicótico da pessoa, em vozes privadas interiores, e em símbolos alucinatórios.

A ideia Bakhtiniana do diálogo e sua adaptação para a situação psicótica deriva de uma tradição que vê a linguagem e a comunicação primariamente como constituintes da realidade social. Construir palavras e estabelecer comunicação simbólica é um criar voz, criar identidade, ação ativa, ocorrendo conjuntamente “entre pessoas” (Gergen, 1999). A crise se torna a oportunidade de fazer e refazer o tecido das histórias, identidades, e relacionamentos que constroem o *self* e o mundo social.

Diálogo Aberto então traduz o conceito de dialogismo de Bakhtin para um processo de coevolução do escutar e entender. Então descrito, é consistente com o que o filósofo francês Jean-Francois Lyotard, apoiando-se no conceito de linguagem Wittgenstein, chama de “jogo com outro autor”, em contraste com o “jogo da especulação” da filosofia e do debate Ocidentais. Lyotard descreve o “jogo da audição” como o “jogo do justo” no qual a “coisa importante é ouvir”, e quando falar, “se fala como um ouvinte” (Hoffman, 2000).

Visto dessa maneira, a ideia de ouvir é mais importante no Diálogo Aberto do que o processo de entrevista. Por esta razão, as primeiras questões do tratamento são o mais abertas possível para dar oportunidade máxima aos membros da família e o resto da rede social ter como falar sobre quaisquer problemas que sejam mais relevantes para eles naquele momento. O time não decide os temas adiantadamente.

Para gerar diálogo desde o início, uma das tarefas do(s) entrevistador(es) é “responder” o que o paciente ou outros disseram. Entretanto, as respostas geralmente tomam forma de novas perguntas que são baseadas em ditos prévios do paciente. De uma perspectiva Bakhtiniana, toda constatação falada ou enunciada requer uma resposta. Existe uma estética (um conjunto de enunciado e resposta) no diálogo, que o faz “dialógico”, ao invés de “monológico”, o qual seria um falante sem um ouvinte contribuinte (Volshinov, 1996).

Ao descrever o seu termo “heteroglossia”, Bakhtin diz que o significado não é fixo e intrínseco, apesar de palavras carregarem traços e fragmentos de sentidos de nossa diversa herança linguística. Já que o sentido ocorre somente na nossa troca atual, o falante e o ouvinte estão intimamente ligados no fazer sentido do episódio psicótico. O processo terapêutico requer a participação criativa na linguagem, a qual assiste não só o que dizem as pessoas, mas também os sentimentos existentes e respostas sensuais que fluem dentre elas. Por dentro da fronteira dialógica onde a pessoa, os outros importantes e os profissionais se encontram uma linguagem para o sofrimento pode nascer e dar voz a esse sofrimento.

Polifonia

No Diálogo Aberto, não há objeto – estrutura ou jogo – a ser mudado pela terapia. Ao invés disso, existem múltiplos sujeitos formando uma polifonia de múltiplas vozes. Foi Anderson e Goolishan (1988) que primeiro propoem o paradigma linguístico, desafiando a noção de estrutura relacional ou o sistema comunicacional existente dentro da família. A abordagem pós-estrutural de White (1995) toma uma posição similar.

O time não foca mais na estrutura familiar, mas sim em todos os indivíduos envolvidos. Isso significa que o “sistema” está sendo criado em cada novo diálogo, onde a conversação mesma constrói a realidade, não as “regras” familiares ou sua estrutura. Diferente da abordagem sistêmica, que foca em intervir para mudar o sistema, a abordagem dialógica é projetada para criar uma linguagem compartilhada que permite que o significado dos sofrimentos da pessoa torne-se mais lúcido por entre a rede imediata.

Como resultado, o Diálogo Aberto permite todas as pessoas adentrarem a conversa de seu próprio jeito. É comum que o entrevistador comece com a pessoa que pediu pela reunião e a partir daí passe para as outras pessoas, extraindo suas preocupações. Perguntas podem ser feitas para ajudar a dar voz, como “Quando você começou a ficar preocupado com seu filho?”. Mais importante, o entrevistador presta meticulosa atenção às comunicações da pessoa em sofrimento, cujas palavras e sentidos formam o foco do diálogo. Em contraste ao uso sistêmico do questionamento circular, a ênfase dialógica está em gerar múltiplas expressões, sem a tentativa de descobrir uma verdade particular.

Uma regra importante é que todos os presentes têm o direito de comentar. As questões ou reflexões dos profissionais não devem interromper o diálogo em curso a não ser que o que digam se encaixe no tema corrente. Eles podem comentar tanto perguntando outra questão relacionada ao tema ou começar um diálogo reflexivo sobre ele com outros profissionais (Andersen, 1995). Uma alternância entre falar e ouvir no processo reflexivo gera novas oportunidades para o

paciente e a família reconstruírem sua experiência (Andersen, 1995; Seikkula, Aaltonen, Alakare et al., 1995).

Embora influenciados pela ideia do time reflexivo, o Diálogo Aberto é um tipo de discussão menos estruturada e espontânea. Reflexões entre vários profissionais, que podem ter trabalhado no mesmo cenário por anos, ocorrem de maneira imprevista, geralmente durante os momentos mais estressantes ou difíceis. As reflexões tendem a promover um senso de segurança emocional e ajudam a criar uma história a partir da comunicação psicótica da pessoa.

Quando surgem diferenças, a esperança é dar espaço a todas as vozes e, portanto, encorajar o ouvir e a troca, ao invés de um pensamento polarizado de certo ou errado. Isso não significa que todos devem aceitar a totalidade dos pontos de vista – as pessoas podem discordar. Mudanças positivas podem surgir pelo simples fato do aparecimento de perspectivas diferentes em um clima seguro. O objetivo é gerar um entendimento conjunto, ao invés de visar um consenso. Todos os esforços são feitos para falar sobre qualquer problema maior que esteja acarretando o paciente ou a família somente na sua presença, incluindo respostas ao encontro mesmo. Portanto, a análise é mínima após o encontro.

Então, apesar de enraizada na tradição de Milão, o Diálogo Aberto provê um importante e bem desenvolvido exemplo de paradigma pós-moderno (Andersen, 1995; H. Anderson, 1997; Anderson & Goolishian, 1992; Hoffman, 2002; Penn, 2001). De acordo com Derrida (1971), não existe “essência independente do que a transporta” (p. 229). Em outras palavras, não há concepção da verdade ou realidade que possam ser conhecidas separadamente da expressão humana. O ingrediente terapêutico vem do efeito do dialogismo na rede social conforme novas palavras e histórias entram no discurso comum. Para conseguir isto, as práticas de linguagem da reunião de tratamento têm o duplo propósito de segurar as pessoas tempo o suficiente (tolerância à incerteza) para que ao inexpressável possa ser dado voz (dialogismo) com a ajuda dos outros importantes na rede (polifonia).

A HISTÓRIA DE PEKKA E MAIJA

O seguinte diálogo é excepcional no sentido de que os sintomas psicóticos do homem, Pekka, desapareceram no curso dessa entrevista, e nos sete anos seguintes a essa reunião não voltaram a ressurgir. Esse tipo de resultado não é típico do caso comum, onde uma crise psicótica pode ser estimada a durar 2-3 anos. Entretanto, esse cuidado é ilustrativo do processo terapêutico, no qual as palavras são construídas em conjunto para experiências ainda não faladas. É impossível prever quanto tempo isso irá durar. Em alguns casos, como vemos aqui, ele pode ocorrer no primeiro encontro, enquanto em outros casos mais conversas são necessárias.

Um médico de cuidados primários encontrou-se com Pekka, um homem de 30 anos, casado, que trabalhou numa loja de materiais de construção. Pekka disse que ele era vítima de uma intriga sistemática, e que os homens que estavam envolvidos nessa conspiração estavam caçando-o. O médico entrou em contato com o time de admissões no hospital psiquiátrico, e uma reunião de tratamento foi organizada. Presentes estavam Pekka, sua mulher Maija, o

médico de cuidados primários (D), um psicólogo (Psico) e três enfermeiras⁶. O time se deparou com um homem alto e forte e uma esposa muito menor. Foi a esposa que os guiou para a sala, e se sentaram um do lado do outro. Na fase inicial da reunião, Pekka falou e Maija sentou-se em silêncio, mas olhando para o seu marido, o qual, volta e meia olhava para sua esposa para ver se ela aprovava seu relato.

Quando o time tentou entrevistar Pekka pela primeira vez, sua fala era psicótica e incoerente, e era impossível entendê-lo. Durante a primeira meia hora a entrevista pulou de tema para tema, com nenhum desenvolvimento conjunto em qualquer tópico. A situação finalmente mudou quando uma das enfermeiras perguntou à esposa de Pekka sobre suas preocupações. Essa pergunta deu início a um começo de diálogo onde o discurso psicótico de Pekka começou a mudar.

Maija: Bom, Pekka tem visto coisas. Ele tem suspeitado de todo mundo.

Pekka: [7Isso, e...

Maija: Do meu ponto de vista, estão todos um pouco irritados com ele.

Pekka: [... e eu estava dizendo que não vou...

Maija: E se alguém fala algo do futuro...

Pekka: [...Sim, ela é bem nervosa, embora...

Maija: ... o mesmo tipo de situação aconteceu oito anos atrás.

Pekka: [Foi um problemão

Maija: Ele tinha medo até do pai, de que seu pai fosse tentar matá-lo.

Psico: Como isso passou? Você fez algum tratamento?

Maija: Não, ele não fez nenhum tratamento. Eu nem me lembro como passou, talvez apenas diminuiu.

Maija começou a dar uma descrição coerente e ofereceu detalhes que possibilitaram aos membros do time adquirir algum entendimento da situação. Durante essa parte da entrevista, entretanto, Maija e Pekka falaram simultaneamente e, portanto, eles entraram em uma conversa polifonicamente. O time não tentou estruturar essa conversa determinando que eles falassem em turnos. Ao contrário, os profissionais aceitaram o estilo do casal e a maneira que escolheram conversar. Depois dessa troca inicial, Pekka começou a falar mais lucidamente, em contraste a suas constatações iniciais, quando suas sentenças e pensamentos saíam de maneira desorganizada. Esse vislumbre de clareza sinalizou o início de uma linguagem articulada para falar sobre a situação.

Quarenta minutos adentro da reunião, Maija e Pekka começaram a descrever eventos que levaram ao início da psicose. Eles pintaram em palavras uma imagem visual e em movimento

⁶ Características do caso mudaram para fazer da identificação impossível.

⁷ [- é uma marca que significa que a fala é simultânea ao outro orador.

do que aconteceu, criando uma narrativa de experiências que previamente tinham existido como restos de discurso sem contexto. Essa mudança tomou posse em uma conversa na qual o entrevistador explorava cuidadosamente, em câmera lenta, uma descrição dos eventos que levaram à crise. Quando, resultando da conversa, Pekka conseguiu colocar em palavras a sua experiência, suas expressões psicóticas amainaram.

Maija e Pekka concordaram que o ponto em que os sintomas psicóticos começaram se deu na sexta-feira. O psicólogo começou a buscar mais detalhes do que aconteceu naquele dia. Pekka explicou que os feriados estavam chegando e, por conta de estar sem trabalho, ele não tinha dinheiro para presentes. Seu antigo empregador devia-lhe dinheiro de uma bonificação que deveria ter pago a Pekka. Ele estava em agonia emocional pelo dilema. Pedir pelo dinheiro poderia significar pôr em risco sua amizade com o antigo empregador, mas não pedir significava que Pekka não poderia ser um pai para a sua família ao comprar presentes para eles no Natal. Apesar de suas profundas ansiedades, Pekka decidiu ligar para seu empregador e pedir pelo bônus. Quando ele o fez, seu empregador reagiu de forma ruim, acusando Pekka de chantagem. Durante essa terrível conversa, houve, por chance, um *blackout* elétrico na área, e todas as luzes se apagaram. Aqui está parte da descrição do intercâmbio:

Psico: Sim, e Ray (o empregador) disse que você estava chantageando ele?

Pekka: Sim, e...

D: E esse foi o final da ligação?

Pekka: Não, não foi nesse ponto. Foi quando eu disse que “Eu não estou chantageando você, é claro, mas se, de alguma forma, fosse possível porque há uma necessidade do dinheiro do Natal”.

Psico: Ele prometeu fazê-lo durante o telefonema?

Pekka: Ele disse, “Sim, eu vou dar uma olhada”. E naquele momento a eletricidade acabou. E foi um apuro terrível. O computador, a eletricidade estava tremulando... eu senti que de alguma forma ele entraria em contato comigo.

Psico: Isso te incomodou?

Pekka: Bom, eu fiquei pensando que ele realmente se assustou...

Maija: Quando as luzes apagaram.

Pekka: Eu tomei como algum tipo de sinal que a chantagem estava funcionando...

Nesse ponto, eventos previamente não contados começaram a ser falados. Parecia que Pekka estava numa prisão composta de diversos conflitos sobre os quais ele não podia comentar, nem escapar deste dilema. Ele interpretou a terrível coincidência do *blackout* elétrico como parte de seu aprisionamento. O time começou a enxergar que a paranoia de Pekka foi uma culminação de muitos meses vivendo numa extrema tensão, porque ele não tinha dinheiro

algum. O time encorajou o casal a continuar a dar mais detalhes da sequência de eventos. Enquanto faziam isso, ajudaram a desconstruir a psicose ainda mais, falando das emoções que sobrecarregaram Pekka durante o início de seus sintomas. O entrevistador teve a impressão que Pekka estava revivendo, durante o encontro, o terror que pode ter sentido quando ele iniciou suas alucinações. Para poder dar palavras aos medos emocionais de Pekka, o entrevistador perguntou a ele o seu primeiro pensamento seguindo ao *blackout*:

Psico: Não pareceu que você estava morrendo de medo?

Pekka: Bom, não foi tão ruim. Mas eu fiquei pensando que seria melhor sair dali. Quem ia saber que, se o Ray podia ser tão agressivo e tão rápido nos argumentos, quem sabe o que mais ele iria fazer...

Psico: Qual foi seu primeiro pensamento...

Pekka: ...que se ele estava vindo... como eu poderia pará-lo se ele estava vindo

D: Ele está vindo para encontrá-lo

Pekka: Sim, ele virá

D: Virá e te matará, é esse o caso?

Pekka: Bom isso é, isso é.... é, claro, a pior coisa que ele poderia fazer...

Para definir a experiência emocional de Pekka, os entrevistadores usaram palavras fortes: “Ele está vindo para matá-lo, era este o caso?”. Essa constatação do time deu nova clareza, e expressão concreta do medo de Pekka de um jeito que ele aceitou imediatamente. O senso de segurança e confiança no encontro e a conexão entre Pekka e o time foram bem estabelecidas, o suficiente para permitir à interlocução endereçar os medos mais perigosos de Pekka. Essa interação exemplifica as consequências dialógicas de tolerar-se a incerteza.

Nesse ponto, o time refletiu junto. Reflexões no Diálogo Aberto tendem a ocorrer quando as pessoas estão falando sobre os elementos mais aterrorizantes da experiência e estão correndo risco de ficarem desorganizadas. Nas reflexões, o time usa uma postura de conotação lógica. O termo conotação lógica é mais apto do que conotação positiva, esta coloca os sintomas a serviço de uma premissa ou benefício (Boscolo et al., 1987). Conotação lógica descreve o como experiência problemática ou comportamento fazem sentido em um contexto particular. Ademais, a conversa reflexiva entre os membros do time bebe de princípios dialógicos. O foco aqui não é criar uma intervenção, mas criar uma linguagem para a experiência do casal, que reconstitua voz e atuação. É tarefa do time procurar ativamente por novos entendimentos do problema. Os temas desenvolvidos pelo time emprestam de – e constroem sobre – palavras usadas por Pekka e Maija.

Psico: Se você puder esperar um momento para nós podermos discutir entre nós. Que pensamentos cada um tem? O que isso provocou em suas mentes?

D: Bom, eu, pelo menos, comecei a pensar enquanto o Pekka falava, é que ele é o tipo de homem que cuida das preocupações dos outros mais do que de suas próprias.

Pekka: É um pouco...

Psico: Mais do que ele mesmo?

D: Sim, mais as preocupações do vizinho do que as suas próprias.

Psico: Que quando Pekka pediu pelo seu dinheiro de final de ano para Ray, ele começou a se preocupar como Ray se sentiria a respeito...

D: Sim.

Psico: Ele está mais preocupado com o que Ray pensa do que o fato de que o dinheiro pertencia a ele.

D: Sim, e eu também comecei a pensar, como a situação era difícil... Eu estou me perguntando se Pekka é o tipo de homem que acha difícil lutar por seus direitos e ir atrás do que lhe pertence [...]. Eu também estava pensando se Pekka sempre descreveu as coisas de maneira tão detalhada, como ele fez aqui. Ou isso é um sinal de necessidade e medo? Ou ele quer que nós entendamos o problema com mais detalhes? Ele explicou tão detalhadamente o que é difícil de entender, o que era difícil de enxergar.

Psico: Bom, podemos pensar que se não se entende o que ocorreu, há uma razão para explicar exatamente o que estava acontecendo. "O que significou?" e "O que me fez pensar que...?". De certa forma, o todo havia desaparecido e, por essa razão, deve-se procurar os detalhes em razão de entender o que significou.

D: E as coisas que são aparentes e as razões que são dadas podem também ser um sinal de que o todo desapareceu, de que não se sabe mais exatamente o que as coisas significam...

Psico: (Referindo-se a uma parte mais inicial da reunião quando Pekka explicou que a TV estava passando mensagens privadas para ele.) Sim, não é mais possível distinguir o que é importante e o que não é. É terrível alguém assistir programas de TV, tendo em mente que as coisas significam algo só para mim, apesar de os programas serem feitos em algum lugar da América.

D: ...muitos anos atrás.

Dessa maneira dialógica, os membros do time refletem sobre os incidentes que Pekka e Maija descreveram. No final da reunião, o entrevistador voltou a alguns incidentes para clarificar se Pekka ainda tinha ideias psicóticas sobre o *blackout* elétrico e as reações de seu ex-empregador. O psicólogo perguntou se Pekka pensou que as coisas fossem coincidências, e ele respondeu que agora ele pensava que eram. O time concordou que se Pekka agora pensava que não houveram poderes mágicos afetando seu relacionamento com o seu antigo empregador, então ele não estava mais psicótico. Nessa virada, ele pareceu mostrar um senso de atividade pessoal, em contraste a ser controlado pelo destino.

Nesse exemplo de um diálogo aberto, a linguagem evoluiu para descrever o terrível paradoxo que Pekka experienciou em relação à sua família e seu chefe. É possível ver essa situação psicótica da perspectiva da teoria de dupla vinculação e perceber que poder nomear e comentar sobre essa experiência dá liberdade de seu cativo. Ainda assim, o conceito de dupla vinculação foi abandonado, pois tende a sugerir “uma realidade lá fora” a ser mudada ao invés de uma “conversa dialógica” que pode construir um caminho para fora do mundo psicótico. Desse ponto de vista, a reunião de tratamento pode ser definida como um lugar onde as palavras necessárias para falar das coisas difíceis podem ser encontradas no movimento de vai e vem do tear conversacional.

MICROPOLÍTICAS DO DIÁLOGO ABERTO

A efetividade da abordagem do diálogo aberto está inextricavelmente conectada com seus contextos institucionais e de treinamento. Desde 1984, no Hospital Keropudas, a abordagem passou por desenvolvimento sistemático, e a reunião de tratamento foi institucionalizada como o formato padrão de admissões. Para todos os funcionários – incluindo psiquiatras, psicólogos, enfermeiros, trabalhadores sociais –, houve um contínuo programa de treinamento de três anos de terapia familiar. Essas habilidades foram ensinadas democraticamente, sobre a premissa de que qualquer pessoa profissionalmente treinada poderia adquiri-las. Essa ética democrática em respeito ao treinamento é parte de uma ética maior da participação e humildade na cultura terapêutica do Keropudas.

Na Lapônia Ocidental, o programa de cuidados da saúde torna possível para os profissionais trabalharem em times, em contraste com os EUA, onde o manejo de cuidado no modelo de serviço pago os enfraqueceram (Coffey et al., 2001). A reunião de tratamento baseada em time parece ter um grande efeito benéfico no hospital Keropudas como um todo, no sentido que demanda a participação da equipe dos pacientes internados nos times de crise baseadas em comunidade, e da equipe de pacientes externos nas reuniões nas enfermarias. Esse tipo de trabalho de equipe reduz a calcificação das perspectivas de saúde mental já que a equipe ocupa diferentes posições dentro do sistema do hospital.

Visto desta forma, a abordagem do diálogo aberto não é um modelo que é aplicado, mas um conjunto de práticas que são estabelecidas em todo o hospital. Como resultado, houve integração com outras formas de psicoterapia, especialmente a terapia individual, mas também a terapia familiar tradicional, arteterapia, terapia ocupacional, e outros tipos de serviços de reabilitação. O modelo dialógico organiza não somente o contexto de tratamento, mas também o contexto profissional. Por esta razão, o time original não encontrou a mesma vida curta que muitos outros times sistêmicos cujas instituições reagiram à sua presença com resistência e extrusão (Boscolo et al., 1987).

Apesar de todas essas inovações efetivas, problemas e falhas no tratamento ainda ocorrem. Essa abordagem compromete o time a trabalhar com a família durante as falhas e, portanto, compartilhar os desapontamentos. Os desafios específicos do Diálogo Aberto, entretanto,

parecem ser os problemas administrativos e práticos de manter times juntos durante todo o tempo do tratamento, garantindo então que haja uma continuidade psicológica para a pessoa e a rede na crise.

Estatísticas dos Resultados

Uma observação final das micropolíticas do Diálogo Aberto é o uso de pesquisa e dados de resultado. É crítico em um ambiente que é dominado pelo discurso e pela prática baseada em evidência documentar resultados. O Diálogo Aberto é uma das abordagens mais estudadas na Finlândia sobre crise psiquiátrica severa. Desde 1988 há estudos sobre os resultados de tratamentos e estudos qualitativos analisando o desenvolvimento do diálogo mesmo na reunião (Haarakangas, 1997; Keränen, 1992; Seikkula, 1994; 2002; Seikkula et al., 2001a, b). Desde que essa nova abordagem foi institucionalizada, a incidência de novos casos de esquizofrenia na Lapônia Ocidental declinou (Aaltonen, Seikkula, Alakare et al., 1997). Ademais, o aparecimento de novos pacientes com esquizofrenia crônica no hospital cessou (Tuori, 1994).

Em um contínuo, quase experimental, estudo de pacientes de primeiro episódio psicótico, a Lapônia Ocidental foi parte do multicentrado projeto do API (Tratamento Integrado de Psicose Aguda) nacional da Finlândia, conduzido pelas Universidades de Jyväskylä e Turku juntamente com STAKES (Centro do Estado para Desenvolvimento e Pesquisa em Cuidado Social e de Saúde) (Lehtinen, Aaltonen, Koffert et al., 2000). O período de inclusão para todos os pacientes não afetivamente psicóticos (DSM-III-R) na província foi de abril de 1992 até março de 1997. Como um dos três centros de pesquisa, a Lapônia Ocidental teve a tarefa de começar o tratamento sem iniciar a medicação antipsicótica paralelamente. Isso foi comparado aos outros três centros de pesquisa, com mais frequência no início do tratamento. Na Lapônia Ocidental, 58% dos pacientes estudados foram diagnosticados com esquizofrenia (Seikkula et al., 2001b).

Na comparação dos pacientes esquizofrênicos que participaram no Diálogo Aberto contra aqueles que receberam o tratamento usual, o processo de tratamento e os resultados diferiram significativamente. Os pacientes do Diálogo Aberto foram hospitalizados com menos frequência, e 35% desses pacientes necessitaram de medicação antipsicótica, em contraste a 100% dos pacientes no grupo de comparação. Nos dois anos seguintes, 82% não tiveram ou tiveram leves e não visíveis sintomas psicóticos, comparado com 50% do outro grupo. Pacientes na localidade da Lapônia Ocidental tiveram melhor condições de emprego, com 23% vivendo de renda de inabilidade comparado com 57% do outro grupo. Reincidências ocorreram em 24% nos casos do Diálogo Aberto em comparação com 71% no outro grupo (Seikkula, Alakare, Aatonen et al., no prelo). Uma possível razão para esses prognósticos relativamente bons são o encurtamento da duração da psicose não tratada para 3.6 meses na Lapônia Ocidental, onde o sistema centrado na rede enfatizou atenção imediata para perturbações agudas antes de se tornarem enrijecidas e crônicas (Seikkula et al., 2001b).

Em suma, é importante ver a abordagem do diálogo aberto como uma transformação de todo o sistema psiquiátrico, acompanhada por suporte administrativo; engajamento com médicos

e psiquiatras de cuidado primário; acesso ao treinamento, bem como resultados de estudos contínuos. As poéticas da entrevista são consistentes com, e reforçadas pelas micropolíticas do ambiente profissional.

CONCLUSÃO

Gregory Bateson (1962) escreveu isso sobre a dupla vinculação, “se essa patologia pode ser repelida ou resistida, a experiência total pode promover criatividade” (p. 242). A abordagem do diálogo aberto é uma maneira de resistir a experiência da “patologia”. Ela constrói ao invés disso um “diálogo transformativo” por dentro a rede social (Gergen & MacNamee, 2000). Enquanto falhas permanecem numa ocorrência diária quando se trabalha com os mais severos problemas psiquiátricos, a abordagem do diálogo aberto oferece uma nova premissa para muitos encontrarem seu caminho para fora do labirinto.

Em muitas partes da América, o sistema de saúde público está com sérios problemas. Um relatório recente da Surgeon General diz que 80% das crianças e famílias que precisam de serviços de saúde mental não recebem cuidado de saúde mental apropriado (Serviço de Saúde Pública dos EUA, 2000). Relatórios sobre crianças e adultos “presos” em hospitais apareceram nas mídias nacionais, e houve ações judiciais para remediar a situação em diversos estados (Goldberg, 2001, 9 de julho). Algumas estratégias de cuidado encorajaram um modelo biológico descontextualizado que nem corta custos nem provê terapia com eficiência.

Ao mesmo tempo, evidências crescentes sugerem que modelos de comunidade como a abordagem do diálogo aberto podem produzir tratamento ético e de custo eficiente. Inspirado pelos princípios dialógicos de Bakhtin e outras ideias pós-modernas, essa maneira de trabalhar humanizou e melhorou o cuidado a pessoas jovens em crises agudas severas, como a psicose. Os princípios do Diálogo Aberto podem ser adaptados para uma variedade de outras dificuldades severas. A ideia de uma terapia de rede originalmente veio dos Estados Unidos, mas o manejo de cuidado limitou a sua aplicabilidade por lá. Enquanto enfrentamos a atual crise, talvez seja útil lembrarmos do “caminho não tomado” e levar a sério a premissa da abordagem do diálogo aberto.

REFERÊNCIAS

- Aaltonen, J., Seikkula, J., Alakare, B., Haarankangas, K., Keränen, J., & Sutela, M. (1997). Western Lapland project: a comprehensive family – and network-centered community psychiatric project. *ISPS. Abstracts and Lectures 12 – 16, October 1997*. London.
- Alanen, Y. (1997). *Schizophrenia: its origins and need-adapted treatment*. London: Karnac Books.
- Alanen, Y., Lehtinen, V., Lehtinen, K., Aaltonen, J., & Rökköläinen, V. (2000). The Finnish integrated model for early treatment of schizophrenia and related psychosis. In B. Martindale, A. Bateman, M. Crowe, & F. Mergiseon (Eds.). *Psychosis: Psychological approaches and their effectiveness* (pp. 235-265). London: Gaskell.

- Andersen, T. (1987). The reflecting team: Dialogue and meta-dialogue in clinical work. *Family Process*, 26, 415-428.
- Andersen, T. (1990). *The reflecting team: Dialogues and dialogues about dialogues*. New York: Norton.
- Andersen, T. (1992). Reflections and reflecting with families. In S. MacNamee & K. Gergen (Eds.), *Therapy as social construction* (pp. 54-68). London: Sage.
- Andersen, T. (1995). Reflecting Processes: Acts of informing and forming. In S. Friedman (Ed.), *The reflective practice in family therapy* (pp. 11-35). New York: Guilford.
- Anderson, C., Hogarty, G., & Reiss, D. (1980). Family treatment of adult schizophrenic patients: A psycho-educational approach. *Schizophrenia Bulletin*, 6, 490-505.
- Anderson, H. (1997). *Conversation, language, and possibilities*. New York: Basic Books.
- Anderson, H., & Goolishian, H. A. (1988). Human systems as linguistic systems: Preliminary and evolving ideas about the implications for clinical theory. *Family Process*, 27, 371-393.
- Anderson, H., & Gooishian, H. (1992). The client is the expert: A not-knowing approach to therapy. In S. MacNamee & K. Gergen (Eds.), *Therapy as social construction* (pp. 54-68). London: Sage.
- Bakhtin, M. (1984). *Problems of Dostojevskij's poetics. Theory and history of literature* (Vol. 8). Manchester, UK: Manchester University.
- Bateson, G. (1962). A note on the double bind. In C. Sluzki & D. Ransom (Eds.), *Double bind: The foundation of the communicational approach to the family* (pp. 39-42). New York: Grune & Stratton.
- Bateson, G., Jackson, D., Haley, J., & Weakland, J. (1956). Toward a theory of schizophrenia. In C. Sluzki & D. Ransom (Eds.), *Double bind: The foundation of the communicational approach to the family* (pp. 3-22). New York: Grune & Stratton.
- Boscolo, L., Cecchin, G. Hoffman, L., & Penn, P. (1987). *Milan systemic family therapy: Conversations in theory and practice*. New York: Basic Books.
- Coffey, E. P., Olson, M. E., & Sessions, P. (2001). The heart of the matter: An essay about the effects of managed care on family therapy with children. *Family Process*, 40, 385-399.
- Derrida, J. (1971). White mythology: Metaphor in the text of philosophy. In A. Bass (Trans.), *Margins of philosophy* (pp. 207-271). Chicago: University of Chicago.
- Falloon, I. (1996). Early detection and intervention for initial episodes of schizophrenia. *Schizophrenia Bulletin*, 22, 271-283.
- Falloon, J., Boyd, J., & McGill, C. (1984). *Family care of schizophrenia*. New York: Guilford.
- Gergen, K. (1999). *An invitation of social construction*. London Sage.
- Gergen, K., & MacNamee, S. (2000). From disordering discourse to transformative dialogue. In R. Neimeyer & J. Raskin (Eds.), *Constructions of disorders* (pp. 333-349). Washington, DC: American Psychological Association.
- Gleeson, J., Jackson, H., Stavely, H., & Burnett, P. (1999). Family intervention in early psychosis. In P. McGorry & H. Jackson (Eds.), *The recognition and management of early psychosis* (pp. 380-415). Cambridge: Cambridge University.

- Goldberg, C. (2001, July 9). Children trapped by mental illness. *The New York Times*, pp. A1, A11.
- Goldner, V., Penn, P., Scheinberg, M., & Walker, G. (1990). Love and violence: Gender paradoxes in volatile attachments. *Family Process*, 29, 343-364.
- Goldstein, M. (1996). Psycho-education and family treatment related to the phase of a psychotic disorder. *Clinical Psychopharmacology*, 11 (Suppl. 18), 77-83.
- Haarakangas K. (1997). The voices in treatment meeting conversations in family centered psychiatric treatment process in regard to the team activity. English Summary. *Jyväskylä Studies in Education, Psychology and Social Research*, 130, 119-126.
- Hoffman, L. (1981). *Foundations of family therapy*. New York: Basic Books.
- Hoffman, L. (1992). A reflexive stance for family therapy. In S. MacNamee & K. Gergen (Eds.). *Therapy as social construction* (pp. 7-24). London: Sage.
- Hoffman, L. (2000). A communal perspective for relational therapies. In M. E. Olson (Ed.). *Feminism, community, and communication* (pp. 5-17). New York: Haworth.
- Hoffman, L. (2002). *Family therapy: An intimate history*. New York: Norton.
- Holma, J. (1999). The search for a narrative: Investigating acute psychosis and the Need-Adapted treatment model from the narrative viewpoint. *Jyväskylä Studies in Education, Psychology and Social Research*, 150.
- Keränen, J. (1992). The choice between outpatient and inpatient treatment in a family centered psychiatric treatment system. English summary. *Jyväskylä Studies in Education, Psychology and Social Research*, 93.
- Lannamann, J. W. (1998). Social construction and materiality: The limits of indeterminacy in therapeutic settings. *Family Process*, 37, 393-413.
- Lehtinen, V., Aaltonen, J., Koffert, T., Rökköläinen, V., & Syvälahti, E. (2000). Two-year outcome in first-episode psychosis treated according to an integrated model. Is immediate neuroleptisation always needed? *European Psychiatry*, 15, 312-320.
- MacKinnon, L., & Miller, D. (1987). The new epistemology and the Milan approach: Feminist and sociopolitical considerations. *Journal of Marital and Family Therapy*, 13, 139-156.
- McGorry, P., Edwards, J., Mihalopoulos, C., Harrigan, S., & Jackson, H. (1996). EPPIC: An evolving system of early detection and optimal management. *Schizophrenia Bulletin*, 22, 305-325.
- Olson, M. E. (1995). Conversation and writing: A collaborative approach to bulimia. *Journal of Feminist Family Therapy*, 6(4), 21-44.
- Pakman, M. (2000). Disciplinary knowledge, postmodernism and globalization: A call for Donald Schoen's "reflective turn" for the mental health professions. *Cybernetics and Human Knowing*, 7, 105-126.
- Penn, P. (2001). Chronic illness: Trauma, language, and writing: Breaking the silence. *Family Process*, 40, 33-52.
- Rilke, R. M. (1984). *Letters to a young poet* (S. Mitchell, Trans.). New York: Random House.

- Seikkula, J. (1994). When the boundary opens: Family and hospital in co-evolution. *Journal of Family Therapy*, 16, 401-414.
- Seikkula, J. (2002). Open dialogues with good and poor outcomes for psychotic crisis: Examples from families with violence. *Journal of Marital and Family Therapy*, 28, 263-274.
- Seikkula, J., Aaltonen, J., Alakare, B., Haarakangas, K., Keränen, J., & Sutela, M. (1995). Treating psychosis by means of open dialogue. In S. Friedman (Ed.). *The reflective team in action* (pp. 62-80). New York: Guilford.
- Seikkula, J., Alakare, B., & Aaltonen, J. (2001a). Open dialogue in psychosis I: An introduction and case illustration. *Journal of Constructivist Psychology*, 14, 247-266.
- Seikkula, J., Alakare, B., & Aaltonen, J. (2001b). Open dialogue in first-episode psychosis II: A comparison of good and poor outcome cases. *Journal of Constructivist Psychology*, 14, 267-284.
- Seikkula, J., Alakare, B., Aaltonen, J., Holma, J., Rasinkangas, A., & Lehtinen V. (in press). Open dialogue approach: Treatment principles and preliminary results of two-year follow up on first-episode schizophrenia. *Ethical and Human Sciences and Services*, 5(3), 163-182.
- Selvini-Palazzoli, M., Boscolo, L., Cecchin, G., & Prata, G. (1978). *Paradox and counter-paradox*. New York: Jason Aronson.
- Selvini-Palazzoli, M., Boscolo, L., Cecchin, G., & Prata, G. (1980). Hypothesizing – circularity – neutrality: Three guidelines for the conductor of the session. *Family Process*, 19, 3-12.
- Tuori, T. (1994). *Skitsofrenian hoito kannattaa. Raportti skitsofrenian, tutkimuksen, hoidon ja kuntoutuksen valtakunnallisen kehittämisohjelman 10-vuotisarviointista*. (Treatment of schizophrenia is effective). Raportteja 143. Helsinki: Stakes.
- U.S. Public Health Service. (2000). *Report of the surgeon general's conference on children's mental health: Developing a national action agenda*. Washington, DC: Author.
- Voloshinov, V. (1996). *Marxism and the philosophy of language*. Cambridge, MA: Harvard University.
- Vygotsky, L. (1970). *Thought and language*. Boston, MA: MIT.
- Weakland, J. H. (1960). The "double bind" hypothesis of schizophrenia and three-party interaction. In C. Sluzki & D. Ransom (Eds.), *Double bind: The foundation of the communicational approach to the family* (pp. 23-37). New York: Grune & Stratton.
- White, M. (1995). *Re-authoring lives: Interviews & essays*. Adelaide, Australia: Dulwich Centre Publications.

Recebido em: 04-12-2018

Primeira decisão editorial: 06-12-2018

Aceito em: 06-12-2018