

JAAKKO SEIKKULA y TOM ERIK ARNKIL

DIÁLOGOS ABIERTOS
Y ANTICIPACIONES
TERAPÉUTICAS

RESPETANDO LA ALTERIDAD
EN EL MOMENTO PRESENTE

Traducción de:
José Antonio Inchauspe Aróstegui
Sergio Iribarren Lizarraga
Miguel Ángel Valverde Eizaguirre

Herder

Título original: Open Dialogues and Anticipations. Respecting Otherness in the Present Moment.

Traducción: José Antonio Inchauspe Aróstegui, Sergio Iribarren Lizarraga y Miguel Ángel Valverde Eizaguirre.

Diseño de la cubierta: Gabriel Nunes

© 2019, Jaakko Seikkula y Tom Erik Arnkil.

© 2019, Herder Editorial, S.L., Barcelona

ISBN: 978-84-254-4358-9

Cualquier forma de reproducción, distribución, comunicación pública o transformación de esta obra solo puede ser realizada con la autorización de sus titulares, salvo excepción prevista por la ley. Diríjase a CEDRO (Centro de Derechos Reprográficos) si necesita reproducir algún fragmento de esta obra (www.conlicencia.com)

Imprenta: XXX

Depósito legal: XXX

Printed in Spain – Impreso en España

Herder

www.herdereditorial.com

ÍNDICE

PRÓLOGO A LA EDICIÓN ESPAÑOLA	Jorge L. Tizón	11
INTRODUCCIÓN: OBJETIVO Y TEMAS DE ESTE LIBRO		23
• Los temas de los que trata este libro		26
CAPÍTULO 1. SIGA LO QUE LOS CLIENTES PRESENTAN Y PREPÁRESE PARA LA INCERTIDUMBRE		29
• «Ahora todo es diferente»		34
• Siguiendo lo que dicen los alumnos		37
• Siguiendo lo que se dice en los encuentros estructurados		39
• «Problemas enrevesados»		46
CAPÍTULO 2. PREOCUPACIONES Y DIÁLOGOS TEMPRANOS		51
• ¿Se sintió dolido cuando alguien se preocupó por usted?		52
• Anticipando lo que (me) sucederá a continuación		57
• La petición de ayuda como una invitación al diálogo		61
• Querido lector, podría usted intentarlo ahora mismo		66
• Método y perspectiva		68
• Como de resumen		69
CAPÍTULO 3. CAMINOS HACIA LAS PRÁCTICAS DIALÓGICAS.		
LOS DIÁLOGOS ABIERTOS		71
• Diálogo multicultural		75
• Del paradigma sistémico a la práctica dialógica		80
• Diálogo abierto en el encuentro terapéutico		81
• Al encuentro con el dialogismo		84
• El diálogo abierto como sistema psiquiátrico		86
• El diálogo abierto como sistema de tratamiento		87
• El encuentro terapéutico como un foro para generar diálogo		99
• Adoptar el diálogo en la práctica cotidiana		101

CAPÍTULO 4. LOS PROYECTOS DE INVESTIGACIÓN SE CONVIERTEN EN UNA PRÁCTICA DE ATENCIÓN DIRECTA	105
• Una esperanza plausible	106
• Enredos con múltiples actores	119
• «Interferencias positivas» en la investigación social experimental	136
• Hacia una cultura de la práctica dialógica	142
CAPÍTULO 5. EN DIÁLOGO CON EL OTRO	143
• Incluir a los clientes y a los profesionales conectados con ellos	144
• Reconocer al Otro	147
• Aceptar incondicionalmente al Otro	148
• Hay muchos caminos hacia el espacio dialógico	150
• El compromiso sincero es comunicativo	155
• El lenguaje compartido se crea aquí y ahora	157
• Para recapitular y continuar	160
CAPÍTULO 6. LA VIDA ES MÚSICA DIALÓGICA. INTERSUBJETIVIDAD	163
• El momento presente en los diálogos polifónicos corporalizados	164
• Intencionalidad y reciprocidad	178
• Del conocimiento individual al intersubjetivo: hacia la base del dialogismo	182
• Sencillamente poderoso	186
• Pautas sencillas para mejorar las habilidades para estar presente en el momento	190
CAPÍTULO 7. DANDO SENTIDO A LAS RESPUESTAS EN LOS DIÁLOGOS CON MÚLTIPLES ACTORES	195
• Generar diálogo en las crisis	196
• El discurso psicótico como una voz entre otras	197
• El equipo como iniciador del nuevo lenguaje conjunto ..	202
• Prestando atención a los acontecimientos adaptativos	205
• En las respuestas no siempre se escucha a las personas	209
• Diálogo de violencia: el equipo está en la historia, no en el aquí y el ahora	211
• «No hay nada tan terrible como no obtener respuesta»	213
• Dando sentido a sus diálogos	215

CAPÍTULO 8. LA CULTURA DE LA PRÁCTICA DIALÓGICA	217
• Asumir la responsabilidad de las preocupaciones propias ..	220
• En diálogo con los clientes, no a sus espaldas	224
• Asociarse a los recursos de la vida diaria	227
• Intervención temprana ética = cooperación abierta temprana	230
• Prácticas dialógicas en todas las situaciones	235
• Los diálogos sobre buenas prácticas	238
• Diálogos entre localidades	241
• <i>Puimala</i> como un proceso de aprendizaje <i>inter pares</i> entre localidades	244
• A modo de conclusión	249
CAPÍTULO 9. GENERALIZANDO LAS PRÁCTICAS DIALÓGICAS	253
• Generando investigación relevante para evaluar los diálogos abiertos	255
• «Talla única para todos»: diseños de evaluación que restringen	262
• Escasa validez externa de los estudios de «comparación de medias grupales»	265
• Daños producidos por los estudios experimentales	268
• La eficacia se pierde en la práctica real	274
• De la búsqueda de modelos explicativos a los estudios descriptivos	275
• El dispositivo de control de la práctica	277
• Ciencia socialmente sólida	281
• Resumen recapitulativo	283
CAPÍTULO 10. HACIA UN FUTURO DIALÓGICO	287
BIBLIOGRAFÍA	293

DIALOGAR SOBRE LAS DIFERENCIAS

Jorge L. Tizón

Tenemos el placer de presentar en nuestra colección 3P (*Psicopatología y Psicoterapia de las Psicosis*) un nuevo volumen centrado en las aportaciones psicoterapéuticas, comunitarias, sociales y culturales del modelo OD (*Open Dialogues*, diálogos abiertos) y en algunos de sus desarrollos en esos diversos ámbitos. La motivación para incluir dentro de nuestra colección este nuevo volumen es, al menos, triple.

En primer lugar, el OD y los DA (diálogos anticipatorios) están adquiriendo una cierta resonancia y difusión a nivel internacional, tanto como para que deseemos dar a conocer las nuevas perspectivas y enfoques de este importante avance psicoterapéutico y, tal vez, cultural.

En segundo lugar, dado que su aplicación y puesta en práctica en las realidades técnicas e institucionales de la salud mental actual no es fácil y hace surgir todo tipo de problemas, deseábamos proporcionar nuevas perspectivas y reflexiones para las personas que intentan o se plantean intentar su puesta en práctica.

La tercera motivación es más amplia y culturalmente relevante: el dialogismo y las «prácticas dialógicas» son presentados por sus autores como una tendencia cultural y filosófica de cara al futuro. Deseábamos que los estudiosos y los lectores en castellano poseyeran nuevos materiales para reflexionar y ayudar a pensar en las posibilidades de ese ambicioso ámbito. Por un lado, porque indudablemente está vinculado con los cambios de futuro imprescindibles en la técnicas y tecnologías de la salud mental: estas, o

persisten en su desarrollo cada vez más heterónomo y tecnificado (en realidad, maquinizado), o van a tener que revertir su tendencia de los últimos decenios hacia una vía mucho más autogestionaria, comunitarista y realmente asentada en una cultura democrática. A nivel tecnológico es necesario que integren mucho más seriamente los conocimientos y técnicas psicosociales hoy desarrollados. Porque, por otro lado, el dialogismo cultural creemos que representa una de las múltiples aspiraciones y concreciones de una tendencia ideológica y cultural que está revolviendo toda nuestra civilización y todas las organizaciones sociales dominantes: la aspiración a la «Democracia real, ya» combinada con una visión ecológica radical (la humanidad como «objeto total»).

El libro que presentamos está motivado por esa aspiración de ayudar a pensar en estas dificultades y proponer guías básicas para aplicar ese cambio de perspectiva. Varios capítulos entroncan directamente con el objetivo de nuestra colección (la «Psicopatología y psicoterapia de las psicosis»), en particular los que van del 1 al 3 y del 7 al 9. En el resto el lector encontrará herramientas, descripciones, casos y ejemplos de la aplicación del modelo enormemente sugerentes para enfocar nuestra actitud y sistemas técnicos en otros variados campos: la intervención temprana, la prevención, los cuidados aplicables en otros tipos de trastornos, el trabajo con instituciones... Como puede observarse, campos bien cercanos a nuestros problemas y necesidades cotidianos también en el ámbito de las psicosis.

En el primer volumen acerca del modelo publicado en nuestra colección 3P,¹ se recordaba cómo el OD tomó impulso a partir de la validación de los principios del enfoque del NAT (*Need Adapted Treatment*) para orientar el trabajo con «clientes» y familias con psicosis.²⁻⁴ Sus siete principios básicos se resumían así: 1) ayuda inmediata; 2) perspectiva de red social; 3) flexibilidad y movilidad; 4) responsabilidad del equipo; 5) continuidad psicológica; 6) tolerancia a la incertidumbre; 7) dialogismo.

El resultado de su aplicación supone cambios relevantes con respecto a nuestro sistema real de «asistencia» o «cuidados» a este tipo de problemas. Por ejemplo, como recuerdan en este volumen

Seikkula y Arnkil, una de sus consecuencias dentro del ámbito farmacológico es que, salvo excepciones, no se proporcionan neurolépticos de entrada, sino después de haberlo discutido en al menos tres reuniones de OD.

Como mencionamos entonces y hemos desarrollado en otras publicaciones,^{5,6} todo ello tiene que ver con una idea de la psicosis y, en general, de los trastornos mentales, diferente de la que proporciona la psicopatología clásica. Nuestra idea, en concreto, tiende a verlos y estudiarlos como intentos adaptativos individuales y familiares para mantener la integridad de la personalidad, el sistema familiar y el desarrollo ante graves perturbaciones biológicas, psicológicas o psicosociales. Pero se trata de intentos que pueden desarrollarse por vías inadecuadas, con el resultado de que *pueden* producir más sufrimiento que el que intentan prevenir. Un enfoque bien diferente de la perspectiva biomédica de los trastornos mentales como «enfermedades» y de las comunicaciones del sujeto, paciente o cliente como «síntomas», indicadores de «enfermedad», «productos de deshecho» o elementos a eliminar...

El mismo Seikkula, junto con Aaltonen, Lehtinen, Larivaara, Pippo y otros aplicaron hace unos años los principios de su modelo en varios trabajos clínicos y de investigación.^{2,3} De entrada, hay que recordar que el NAT implicaba una *base teórica* sistémico-psicoanalítica, con un entrenamiento de los profesionales fundamentado⁴ en al menos tres principios:

- 1) Sintonía cultural con el grupo que precisa cuidados, con consecuencias tales como las frecuentes visitas a domicilio y, si es necesario, el *tratamiento a domicilio*.
- 2) Formación continuada del personal participante, tanto en los aspectos técnicos como en los más estrictamente culturales de los que venimos hablando. Una formación realizada fundamentalmente en servicio y financiada por el sistema público. La justificación para esos amplios sistemas formativos y para su financiación es el principio que nosotros llamamos de *reparatividad solidaria*: sus beneficiarios van a

ser la comunidad y sus miembros necesitados de cuidados y de la reparatividad social global.²⁻⁴ ¡Qué menos que se dediquen a ello los recursos necesarios!

- 3) *Diálogo abierto y dialogismo*. No se trata de realizar entrevistas y reflexiones «centradas en la enfermedad», sino abiertas a cualquier tema y expresión de los participantes; de ahí el *dialogismo*. El objetivo fundamental de las entrevistas es, en primer lugar, motivar el diálogo en sí mismo para, después, promover cambios en el individuo y/o en la familia. Las reuniones o entrevistas se plantean como un fórum donde familias y otros participantes (incluidos los profesionales más «especializados») tienen la oportunidad de aumentar la percepción y autogestión de sus vidas al discutir las dificultades y problemas de los participantes.

Esa base teórica y técnica, al estar apoyada en serios procesos de formación continuada, permitió los siguientes desarrollos organizativos del sistema psiquiátrico con modelo NAT y OD, que se resumieron en el libro anterior:¹ servicios comunitarios en el territorio; equipos móviles para atender las psicosis; equipos y cuidados adaptados a las necesidades de cada familia concreta; ayuda inmediata en el caso de crisis (en las primeras 24 horas); profesional de referencia para cada caso y familia, con continuidad de la atención psicológica a lo largo de todo el proceso; tratamiento a domicilio si es necesario; apertura a la red social real del sujeto y a su familia en las reuniones de OD y en los cuidados, etc. Después, en la concreción de ese modelo adaptado a las necesidades (también a las necesidades de los profesionales y de sus propias redes profesionalizadas) desempeñarán un papel variable diversas técnicas especializadas en salud mental: desde luego, los propios principios técnicos del OD y AD, pero también técnicas y herramientas de base psicoanalítica, sistémica, estratégica, cognitivo-conductual, humanística, etc.

En ese sentido, tal como se ilustra en este volumen, el modelo OD-AD ha podido mostrar sus potencialidades en campos aparen-

temente distantes como las psicosis, de las que venimos hablando, pero también en los trastornos depresivos, en la atención temprana, en las organizaciones sociales y comunitarias y en la dinámica interna de diverso tipo de equipos, tanto asistenciales como no asistenciales, etc.

Lo importante es percibir y reflexionar acerca de cómo, si esos trabajos se hacen desde un modelo de OD, incluso los proyectos de investigación pueden convertirse en terapéuticos, algo que a menudo casi resulta una contradicción extrema en el campo de la SM. En efecto, es frecuente que los proyectos de investigación que se centran en la clínica o en la evolución de este tipo de trastornos tiendan a artefactar y complicar los cuidados, el sistema de cuidados y el conjunto de la atención a los sujetos y su microgrupo social. Sin embargo, como hemos podido comprobar, si el trabajo de investigación se incluye en perspectivas dialógicas (o con una *dinámica participativa*), también la investigación que utiliza instrumentos estandarizados puede resultar una ayuda clínica como, por ejemplo, en el establecimiento del vínculo, en la alianza terapéutica, en el contacto con la realidad externa de los sujetos más dificultados para ello e, incluso, en la reorganización del *self*, algo básico en los cuidados de la psicosis a medio y largo plazo. Hemos podido comprobar esas posibilidades inesperadas de la investigación cuando esta se realiza teniendo en cuenta los deseos y necesidades de los sujetos, en investigaciones incluso empíricas con entrevistas estandarizadas y semiestandarizadas como el LISMEN, FETZ, ERIRAOS, SIPS-SOPS, Relationship Questionnaire y otros.^{7-10 *}

* Como anécdota ilustrativa, me gustaría recordar aquí una de las entrevistas con Ramón, un adolescente diagnosticado de psicosis paranoide en situación subaguda. En un determinado momento de la larga y a menudo farragosa entrevista del ERIRAOS, me llamó la atención sobre la misma señalando una de las preguntas que figuran en el protocolo escrito que yo mantenía entre los dos, así que me espetó: «¡Eh!, creo que se te ha olvidado hacerme una pregunta, la quinta. Mira, esta de aquí». Y me señalaba con su dedo la pregunta que, efectivamente, yo había saltado y no le había realizado.

En ese sentido, una actitud más abierta, simétrica en comunicación y dialogante, como proponen Seikkula, Arnkil, Aaltonen y otros clínicos e investigadores escandinavos, en particular a partir de los trabajos de Alanen y colaboradores,¹¹ posee la ventaja de que nos facilita entender desde otras perspectivas muchos de los sucesos de nuestro trabajo profesional. A menudo, hablando de los sujetos y familias con problemas graves (o, como se traduce en este libro, «problemas enrevesados»), las describimos como «familias multiproblemáticas». Una visión más apropiada, y menos estigmatizante, es la de entender que estas familias se convierten en «familias multiservicios» debido al complejo juego de coordinación-descoordinación de los servicios especializados que lleva a que cada una de ellas esté teniendo que visitar a tres, cuatro o hasta diez servicios que teóricamente se preocupan por diversos aspectos de su bienestar y sus cuidados. Una situación a todas luces necesitada de cambio. Habría que tender a facilitar la vinculación, tanto con profesionales individualizados como con servicios integrados y bien coordinados. A ser posible, al menos en el caso de los trastornos mentales graves, con un solo servicio que integre o, como poco, coordine estrechamente el resto de los servicios, dispositivos y técnicas necesarios en cada familia o grupo.

El punto de vista dialógico (y democrático) implica centrar el foco en esta complejidad: cómo salir del laberinto multiservicios fortaleciendo recíprocamente los recursos de las familias.^{12,13} En realidad, ese trabajo nos lleva a cambiar el calificativo... y el foco. De familias «multiproblemáticas» a «familias multiservicios» —y, como nosotros solemos decir, «familias multiservicios (desintegrados)». La dificultad no radica tanto en los problemas de las familias. Ya sabemos que, si son graves, en nuestra sociedad son o van a ser múltiples. La contrariedad radica en lo disfuncional y poco integrados que resultan nuestros servicios para atenderlos. De ahí la necesidad de que estén basados en una perspectiva psicosocial integral e integradora y, por lo tanto, dialógica y comunitarista,^{13,14} y hoy no lo están.

Las dificultades de un cambio de paradigma

Como ya dijimos en el prólogo al primer volumen sobre el modelo,^{1,5} es evidente que la aplicación y desarrollo de estas propuestas no resulta fácil. Entre otras cosas porque para desarrollarlas se necesitarían cambios profesionales, técnicos y teóricos importantes y serios. De entrada, se necesita profundizar en la formación psico(pato)lógica y psicoterapéutica de los profesionales. En los países de origen del OD y los DA esto ya se ha hecho gracias a la existencia de sistemas verdaderamente públicos de salud (y que, por tanto, incluyen seriamente la formación y la supervisión de los profesionales dentro de las provisiones del servicio de salud público).

Pero es que, en segundo lugar, se necesitan cambios técnicos, políticos y pragmáticos. Los profesionales (y los ciudadanos) han de decidirse a rescatar su tiempo (y su libertad para administrarlo) de las manos de una organización productivista y neoliberal de la asistencia. Una organización que ha intentado reducir nuestro trabajo al de meros «adaptadores profesionales apresurados y seudocientíficos» (y, además, a partir de bases mayoritariamente especulativas y «biocomerciales»). Esos cambios supondrían aplicar en el campo de la salud y sus dispositivos el principio del «decrecimiento sostenible» (en profesionalismo), con la aclaración de que ello no significa destecnificar la asistencia sanitaria contemporánea, sino hacer un uso más racional de las tecnologías biológicas y la bioingeniería y un mejor y mayor uso de las tecnologías psicológicas y psicosociales (que también son tecnologías). Significa, desde luego, que la organización de los servicios no solo permita, sino que facilite e impulse el dialogismo y las prácticas dialógicas; desde luego, en los servicios de salud mental, pero también en otros muchos servicios comunitarios, como desarrollan Seikkula

y Arknil en varios capítulos del presente libro. No se nos oculta, y no debemos pasar por alto la realidad de que, contra esos cambios milita toda una organización social basada en el aprovechamiento clasista y dirigida a los negocios privados de las diferencias, en vez de una organización basada en los principios éticos (autonomía, beneficencia, no maleficencia, equidad, solidaridad y desarrollo solidario, y creatividad) y en el principio democrático básico del respeto por las diferencias.

Pero es que, en tercer lugar, también personal y profesionalmente se necesitan cambios culturales. ¿Cómo si no podremos «soportar» reuniones con la familia, los allegados y los «pacientes designados» en los que no partamos de nuestros «conocimientos» y «recetas», sino de nuestros desconocimientos e inseguridades? Es evidente que en el terreno de las psicosis (y en otros muchos dentro de los servicios comunitarios) no poseemos «soluciones» claras y seguras y, por tanto, deberíamos estar mucho más *necesitados de* (no solo *dispuestos a*) escuchar a otros actores y agentes sociales y familiares, a menudo con más y mejores conocimientos del tema y de las posibilidades de ayuda que nosotros mismos, los propios profesionales. Es una perspectiva que, modestamente, también hemos intentado desarrollar con la inclusión en nuestra colección de volúmenes escritos desde la óptica del propio sujeto o «en primera persona», como los libros de Hardcastle, Morrison, Geekie y Read, Jackson y Magagna, Williams, Saraceno, Gauger... aunque oír esas voces y atender a esas posturas, a menudo críticas, choque con el profesionalismo tecnocrático en el que hemos sido formados (¿o deformados?) gran parte de los profesionales de la salud mental.

Como ilustración, recuerden las reuniones, sesiones o asambleas de servicio, centro o unidad a las que han asistido últimamente o de las cuales han tenido noticia. ¿En cuántas de ellas los profesionales de la salud mental han transmitido directamente sus preconcepciones, ideas previas y asunciones, por parciales o irrealistas que estas puedan haber resultado, sin haber preguntado previamente a la familia y allegados por sus propias expectativas?

Frecuentemente; sin siquiera oír (o muy poco o sesgadamente) lo que los «usuarios» o «clientes» tenían que decir. No solo es cuestión de tiempo, sino, a menudo, de deformación profesionalista, actitud no democrática y convicción cuasi delirante en las propias «soluciones». «Soluciones» o «recetas» que la propia psicosis, y sus avatares, se encargan de desmontar una y otra vez... para que se vuelvan a construir una y otra vez propuestas, teorías, sistemas y técnicas que no han escuchado lo suficiente las vivencias de las personas que están sufriendo las crisis psicóticas y otros «problemas enrevesados», en la acertada traslación de nuestros traductores.¹⁵⁻¹⁸

Formación, cambios técnicos, supervisión, cambios organizativos, prácticas más democráticas también en la cotidianidad profesional, extensión cultural e ideológica de las aspiraciones hacia la «democracia real»... Es difícil que puedan practicarse y generalizarse el dialogismo y las anticipaciones dialógicas sin esos cambios primordiales. Lo cual implica, insistimos, la apertura de numerosos espacios de formación, reflexión y/o supervisión para el personal que desee el cambio y que esté dispuesto a realizar ese trabajo en estos múltiples ámbitos. No es un esfuerzo pequeño ni sencillo. Un motivo, pues, para esta segunda publicación: proporcionar reflexiones, sistemas y argumentos para ese esfuerzo. Si bien es casi imposible aplicar esos principios técnicos y organizativos sin un aumento en la democracia real de nuestras sociedades y de sus organizaciones profesionales, el propio dialogismo puede contribuir a esos cambios imprescindibles. La necesidad de cooperar dialógicamente por encima de las fronteras de las organizaciones sociales es una necesidad cada vez más perentoria y cada vez más sentida por el cuerpo social. Por eso, los foros y métodos para las negociaciones «transfronterizas» y el dialogismo dentro de las organizaciones son otro de los intereses desarrollados en diversos capítulos del volumen que aquí presentamos.

En este sentido, el presente volumen también intenta aportar una perspectiva o una vía para estimular y desarrollar el necesario cambio cultural de nuestras sociedades: implantar como imperativo categórico una mayor solidaridad y atención a sus miembros,