

DIÁLOGOS ABERTOS EM PSICOSE, PARTE 1: INTRODUÇÃO E RELATO DE UM CASO

OPEN DIALOGUE IN PSYCHOSIS 1:
AN INTRODUCTION AND CASE ILLUSTRATION

DIÁLOGOS ABIERTOS EN PSICOSIS, PARTE 1:
INTRODUCCIÓN Y REPORTE DE CASO

RESUMO: Nossa abordagem denominada *Diálogo Aberto* (DA), como um construto social, é direcionada para o trabalho com pacientes psiquiátricos em crise, portadores de severos transtornos mentais. O tratamento tem início em até 24 horas, no máximo, após a indicação e envolve tanto a família quanto a rede social do paciente nas discussões e conversas sobre todos os assuntos ao longo do tratamento. O tratamento é adaptado às necessidades específicas e variáveis de cada paciente e ocorre, quando possível, em sua própria residência. A continuidade do tratamento psicológico e a confiabilidade são enfatizadas através da formação de equipes integradas, que incluem tanto membros do serviço de internação como ambulatorial e privilegiam a criação de diálogos com a família e o paciente, em vez de focar a rápida remoção dos sintomas psicóticos. Os principais fundamentos desse método são aqui descritos e a análise de um caso é efetuada para ilustração deles.

Palavras-chave: terapia familiar, psicose, diálogos abertos, construcionismo social.

ABSTRACT: As a social construct, our approach to work with severely disturbed psychiatric patients in crisis, termed *Open Dialogue* (OD), begins treatment within 24 hours of referral, and includes the family and social network of the patient in discussions of all issues throughout treatment. Treatment is adapted to the specific and varying needs of patients and takes place at home, if possible. Psychological continuity and trust are emphasised by constructing integrated teams that include both inpatient and outpatient staff who focus on generating dialogue with the family and patients instead of rapid removal of psychotic symptoms. The main principles are described and a case is analysed to illustrate them.

Keywords: therapy, psychosis, open dialogues, social constructionism.

RESUMEN: Nuestro enfoque denominado Diálogo Abierto (AD), como construcción social, está dirigido a trabajar con pacientes psiquiátricos en crisis, con trastornos mentales graves. El tratamiento comienza dentro de las 24 horas, como máximo, después de la indicación e involucra tanto a la familia como a la red social del paciente en discusiones y conversaciones sobre todos los temas a lo largo del tratamiento. El tratamiento se adapta a las necesidades específicas y variables de cada paciente y se lleva a cabo, cuando es posible, en su propia casa. Se enfatiza la continuidad del tratamiento psicológico y la confiabilidad a través de la formación de equipos integrados, que incluyen miembros del servicio de pacientes hospitalizados y ambulatorios y enfatizan la creación de diálogos con la familia y el paciente, en lugar de centrarse en la eliminación rápida de los síntomas psicóticos. A continuación se describen los fundamentos principales de este método y se realiza el análisis de un caso para ilustrarlos.

Palabras-claves: terapia familiar, psicosis, diálogos abiertos, construcionismo social.

JAAKKO SEIKKULA^{1 2}

BIRGITTA ALAKARE^{3 4}

JUKKA AALTONEN¹

¹ University of Jyväskylä,
Finland

² University of Tromsø,
Norway

³ Western Lapland Health
District, Tornio, Finland

⁴ University of Oulu, Finland

Artigo publicado na revista
Nova Perspectiva Sistêmica
nº 27 de maio de 2007.

Tradução do original:
Seikkula, Jaakko; Alakare,
Birgitta; & Aaltonen, Jukka.
(2001). Open dialogue in
psychosis 1: an introduction
and case illustration.

*Journal of Constructivist
Psychology*, 14(4),
247-265. doi:

[10.1080/10720530125965](https://doi.org/10.1080/10720530125965).



Ao longo dos anos 1980, o Projeto Nacional Finlandês de Esquizofrenia deu início a um ambicioso estudo direcionado ao aprimoramento do tratamento dos principais transtornos mentais. Nesse contexto, Alanen (1997) e seus colegas em Turku desenvolveram o então denominado método da Necessidade-Adaptada, que enfatizava as seguintes premissas: 1) intervenção rápida e imediata; 2) planejamento de tratamento para acompanhar mudanças e atender às necessidades específicas do caso de cada paciente e sua família; 3) cuidados em relação à postura terapêutica tanto no tratamento como em exames; 4) consideração do tratamento como um processo contínuo, integrando diferentes métodos terapêuticos; e 5) monitorar constantemente o progresso e os resultados do tratamento. (Alanen *et al.*, 1991).

Utilizando o método da Necessidade-Adaptada, nosso grupo na Lapônia Finlandesa Ocidental contribuiu com mais uma inovação que nomeamos Diálogo Aberto (DA). Nosso modelo de intervenção organiza o tratamento psicoterapêutico para todos os pacientes dentro de seus próprios sistemas de apoio e utiliza as formas de comunicação de unidades de tratamento constituídas por equipes móveis de intervenção em crises, pacientes e suas redes sociais. Em nossa experiência, facilitar a comunicação dialógica dentro dos sistemas de tratamento pode ser uma abordagem eficaz. Neste artigo, descrevemos nossa abordagem ao tratamento, que utiliza e implementa os princípios construtivistas e construcionistas sociais.

A província da Lapônia Ocidental (72 mil habitantes) estende-se pelo norte do golfo de Bótnia, fazendo fronteira com a Suécia. A parte sul da região, onde reside a maior parte da população, é industrializada. Em termos linguísticos, étnicos e religiosos a população mostra-se homogênea. Mais de 90% são luteranos cujo idioma é o finlandês e que residem num raio de sessenta quilômetros do hospital de Keropudas. Em meados dos anos 1980, a incidência de esquizofrenia era extremamente alta, com uma média de 35 novos pacientes esquizofrênicos por cem mil habitantes. Em meados dos anos 1990, com o desenvolvimento do novo sistema de tratamento centrado na família e em suas respectivas redes de apoio, esse índice caiu para 7 em cem mil (Aaltonen, 1997).

O desenvolvimento da nova abordagem começou no início dos anos 1980, ainda no período do Projeto Nacional Finlandês de Esquizofrenia. Em meados dos anos 1990, já estava sendo organizado o tratamento psicoterapêutico para todos os pacientes dentro de seus próprios sistemas de apoio social. Hoje, as cinco clínicas ambulatoriais de saúde mental, incluindo o hospital de Keropudas com seus trinta leitos para casos agudos, organizam equipes móveis para intervenção em crises de casos específicos. Dependendo das necessidades, todos os membros do quadro de funcionários podem ser recrutados para participar dessas equipes. Para realizar esta conquista, cerca de cem profissionais, todos membros das equipes, tanto ambulatorial como de internação, participaram em um programa de três anos de treinamento em terapia familiar ou fizeram parte de uma outra forma de treinamento em psicoterapia entre 1989 e 1998. Setenta e cinco por cento deles receberam a qualificação de psicoterapeuta, conforme as leis finlandesas.

Em todas as situações de crise psiquiátrica, independentemente do diagnóstico específico, o mesmo procedimento é efetuado. No caso de uma possível internação, a clínica de crise dentro do hospital solicitará uma reunião de atendimento, antes da decisão de internação, em se tratando de admissões voluntárias, ou durante o primeiro dia após a admissão, no caso de pacientes internados compulsoriamente. Durante essa reunião é constituída uma equipe específica para o caso, da qual fazem parte tanto membros da equipe ambulatorial quanto do setor de internações. Frequentemente essa equipe é formada por dois ou três profissionais. Por exemplo, um psiquiatra da clínica de crises, um psicólogo da clínica ambulatorial de

saúde mental local que o paciente frequenta e uma enfermeira do setor hospitalar. Em seguida, a equipe encarrega-se de toda a sequência do tratamento, independentemente de o paciente permanecer em sua residência ou no hospital, e sem considerar uma expectativa de duração do tratamento. No caso de outras formas de crise, nas quais uma hospitalização não é considerada, as clínicas ambulatoriais de saúde mental tomam para si a responsabilidade, organizando uma equipe específica para o caso e convidando membros de diferentes instituições relevantes ao paciente. Por exemplo, em casos de clientes ligados a múltiplas agências, a equipe poderá constituir-se de uma enfermeira da clínica ambulatorial, uma assistente social do departamento de serviços sociais e um psicólogo da clínica de aconselhamento infantil. Os princípios dessa organização foram implementados em toda a rede estatal de serviço social e de saúde dentro da província. Na verdade, o mesmo conceito é aplicado em outras crises que não sociais ou psiquiátricas. Por exemplo, na estruturação de um relato para diferentes tipos de situações pós-traumáticas.

Vários estudos de pesquisa-ação foram conduzidos em locais diversos para avaliação da efetividade desse modelo e para desenvolvê-lo no futuro (Aaltonen et al., 1997; Haarakangas, 1997; Keränen, 1992; Seikkula, 1991, Seikkula *et al.*, 2000).

A seguir, os pontos considerados cruciais para o desenvolvimento do novo sistema: 1) 1984, quando as reuniões de tratamento eram realizadas no hospital em vez da terapia familiar sistêmica (vide abaixo); 2) 1987, ao ser fundada uma clínica de crises no hospital para a organização de equipes para casos específicos, em se tratando de casos com indicação para internação de pacientes; e 3) 1990, quando todas as clínicas ambulatoriais de saúde mental começaram a organizar equipes móveis para intervenção em crises.

De acordo com diversos programas de pesquisa e treinamento em psicoterapia, foram estabelecidos sete princípios fundamentais de treinamento:

1. Ajuda imediata. As unidades providenciam o primeiro encontro dentro de 24 horas, contadas a partir do primeiro contato, feito pelo paciente, por um parente ou por órgão de indicação. Além disso, constitui-se um serviço de crise com atendimento durante 24 horas. Um dos objetivos da resposta imediata é a prevenção de uma hospitalização em tantos casos quanto forem possíveis. O paciente psicótico está presente e participa, desde as primeiras reuniões, mesmo durante o período psicótico mais intenso.
2. Uma perspectiva de rede social. Os pacientes, suas famílias e outros membros significativos de suas redes sociais são sempre convidados a participar das primeiras reuniões, para mobilizar o apoio à família e ao paciente. Outros participantes importantes que são convidados podem ser representantes de outras entidades, incluindo agências governamentais de emprego e agências governamentais de seguro de saúde, cuja missão é apoiar a reabilitação vocacional do paciente, de colegas de trabalho do paciente ou mesmo de seu superior no emprego, vizinhos ou amigos.
3. Flexibilidade e mobilidade. São garantidas através da adaptação da oferta do tratamento às necessidades específicas e cambiantes de cada caso, utilizando os métodos terapêuticos mais adequados para cada um deles. Tendo a aprovação da família, as reuniões de tratamento são efetuadas na residência do paciente.
4. Responsabilidade. Aquele(a) que efetuou o contato com a família é responsável pela organização da primeira reunião. Nesta são tomadas as decisões sobre o tratamento e a equipe se encarrega dele durante toda a sua duração.

5. Continuidade de acompanhamento psicológico. A equipe permanece responsável pelo tratamento por todo o tempo que for necessário, tanto no setor ambulatorial como de internação. Os representantes da rede social do paciente participam de todas as reuniões de tratamento por toda a sequência do mesmo, inclusive quando são utilizados outros métodos terapêuticos. Pode-se esperar que o processo de uma crise psicótica aguda se estenda por dois a três anos (Jackson & Birchwood, 1996). No estudo em pauta, 65% dos tratamentos foram suspensos no final do segundo ano.

6. Tolerância à incerteza. Esta é fortalecida através da construção de um sentimento de confiança em relação ao processo como um todo. Na situação de crises psicóticas, para a construção de um sentimento de segurança adequado, são necessárias reuniões diárias, no mínimo durante os primeiros dez a 12 dias. Em seguida, as reuniões são marcadas regularmente de acordo com os interesses da família. Normalmente, durante o período de crise, não é elaborado um contrato terapêutico detalhado. Pelo contrário, a cada reunião discute-se quando haverá uma próxima reunião. Desta forma, pode-se evitar a elaboração de conclusões e decisões prematuras com relação ao tratamento. Por exemplo, medicações neurolépticas não são administradas na primeira reunião. Em vez disso, sua introdução deveria ser discutida durante pelo menos três reuniões antes de ser prescrita.

7. Dialogismo. O enfoque é primeiramente dirigido à promoção do diálogo e, em segundo lugar, à promoção de mudanças no paciente, ou na família. O diálogo é considerado como um espaço através do qual pacientes e famílias adquirem mais autoria sobre suas próprias vidas ao conversarem sobre seus problemas (Haarakangas, 1997; Holma & Aaltonen, 1997). Uma nova compreensão é construída na relação entre os participantes na conversa (Bakhtin, 1984; Voloshinov, 1996; Andersen, 1995).

Os dois últimos princípios foram estabelecidos como orientações fundamentais desde 1994-1996 (Seikkula *et al.*, 1995).

O espaço principal para a interação terapêutica é a reunião de tratamento. Aqui, os principais envolvidos na problemática, juntamente com o paciente, reúnem-se para discutir todos os assuntos relacionados com o próprio problema. Todas as decisões e planos de ação são elaborados na presença de todos. De acordo com Alanen (1997), a reunião de tratamento tem três funções: 1) reunir informações sobre o problema; 2) elaborar um plano de tratamento e tomar as decisões necessárias com base no diagnóstico efetuado durante a conversa; e 3) gerar um diálogo psicoterapêutico. Como um todo, o enfoque é dirigido ao fortalecimento do aspecto adulto do paciente e à normalização da situação, e não ao comportamento regressivo (Alanen *et al.*, 1991). O ponto de partida para o tratamento é a linguagem da família; como cada família nomeia, em sua própria linguagem, o problema do paciente. A equipe de tratamento adapta sua própria linguagem a cada caso, de acordo com a necessidade. Os problemas são concebidos como uma construção social, reformulada a cada encontro (Bakhtin, 1984; Gergen, 1994; 1999; Shotter, 1993a; 1993b; 1997). Cada pessoa presente fala em sua própria voz e, como Anderson (1997) observou, ouvir torna-se mais importante que o modo de entrevistar. No caso de um paciente psicótico, considera-se importante aceitar suas alucinações ou delírios psicóticos como uma voz entre as outras. No início, os delírios e as alucinações não são confrontados, mas o paciente é solicitado a falar mais sobre suas experiências. Os membros da equipe podem comentar entre si sobre o que ouvem na forma de uma discussão reflexiva, enquanto a família ouve (Andersen, 1995).

A conversa terapêutica assemelha-se àquela descrita por Anderson e Goolishian (1988) (ver também, Anderson, 1997), Penn (1998) (ver também, Penn & Frankfurt, 1994), Andersen (1995) e Friedman, (1995).

De um ponto de vista socioconstrucionista, a psicose pode ser considerada uma forma de lidar com experiências devastadoras na vida de uma pessoa, experiências essas que não são passíveis de descrições em nenhuma outra linguagem senão naquela dos delírios e das alucinações. Ogden (1990), considera a psicose uma tentativa paradoxal para manter e destruir o significado. Por exemplo, a maior parte de pacientes psicóticos do sexo feminino foi vítima de abuso físico ou sexual durante a infância ou a vida adulta (Goodman *et al.*, 1997). Em situações clínicas, tais experiências traumáticas estão frequentemente presentes nas alucinações ou nos delírios (Karon, 1999; Karon & Vandebos, 1981). Durante a conversa terapêutica, parece relevante não nomear a experiência traumática como a causa da psicose. Em alguns casos, a psicose pode ser causada por fatores químicos ou biológicos, ou mesmo por uma disfunção orgânica cerebral, mas, como experiência psicológica, ela não tem uma causa, um motivo. As reações psicóticas devem ser consideradas como tentativas para dar significado às experiências de uma pessoa e para conseguir enfrentar experiências tão drásticas que tornaram impossível a construção de uma narrativa racional através de palavras. Em situações subsequentes de estresse, essas experiências podem ser revividas e a pessoa refere-se a elas em termos metafóricos. Essa é a qualidade pré-narrativa de uma experiência psicótica (Holma & Aaltonen, 1997; Ricoeur, 1991).

Tomemos como exemplo uma paciente que, em função do medo de que seu marido estivesse usando drogas e fosse matá-la, entrou em surto psicótico. No segundo encontro, descobriu-se que 16 anos antes ela havia vivido com um homem que era usuário de drogas pesadas. Sob influência das drogas, ele utilizara de violência física contra ela repetidamente, fato que ela jamais revelara. Alguns meses antes do episódio psicótico, este indivíduo havia telefonado para ela pela primeira vez em 16 anos, deixando-a em pânico ao ouvir sua voz. O medo que sentia em relação a seu atual marido era um medo psicótico — ele não estava ameaçando matá-la. No entanto, ao mesmo tempo, ela estava referindo-se a uma experiência pela qual de fato havia passado, isto é, à violência nas mãos do marido.

Tais experiências de vitimização não são retidas em nosso sistema de memória responsável pela promoção do sentido através da linguagem. Em contrapartida, permanecem guardadas na memória do próprio corpo, através do senso de horror provocado naquela ocasião. Nesse sentido, com base em experiências clínicas, pode-se levantar uma hipótese de que as reações psicóticas são muito semelhantes às experiências traumáticas. Van der Kolk e Fisler (1995) e sua equipe relatam como o terror resultante de experiências traumáticas pode criar vida na forma de flashbacks sem que a pessoa tome conhecimento do que aqueles breves fragmentos de memória de fato incluem. O terror também pode surgir em forma de dissociações, que muito se assemelham a episódios psicóticos (Penn, 1998).

Embora nem todo paciente tenha sido vítima de violência física ou sexual, esta noção serve como organizadora do manejo de experiências psicóticas, através do diálogo dentro da rede social do paciente. Um diálogo aberto, sem temas ou formas preestabelecidos, pode ser importante para viabilizar a construção de uma nova linguagem através da qual torna-se possível a expressão de eventos traumáticos na vida de uma pessoa. Esses eventos podem ser de qualquer tipo, ocorrer em qualquer ocasião e diferentes conteúdos podem eventualmente abrir um caminho para uma nova narrativa. Seja qual for a história, é muito importante abordar com seriedade as alucinações e não confrontar a realidade do paciente durante a situação

de crise, especialmente na fase inicial do tratamento. Por um outro lado, o(a) terapeuta pode perguntar: “eu não entendo como você consegue controlar o pensamento de outras pessoas. Eu mesmo(a) ainda não encontrei uma forma de fazer isso. Será que você poderia me contar um pouco mais sobre isso?”. Outros membros da rede, participantes das reuniões, poderiam então ser indagados: “e vocês, o que pensam a respeito disso? De que forma vocês entendem o que M está dizendo?”. O propósito do questionamento é permitir que diferentes vozes sejam ouvidas sobre os temas em pauta, inclusive a própria experiência psicótica. Caso as equipes consigam gerar um clima dialógico, permitindo que vozes diferentes e mesmo contraditórias sejam ouvidas, a rede tem grande possibilidade de construir narrativas de restituição ou reparação, como nomeadas por Stern, Doolan *et al.* (1999). Trimple (2000) compara a abordagem dialógica às ideias da terapia de rede social, ao observar que “a restauração da confiança, ao amenizar o nível interpessoal de emoções, viabiliza que sejamos afetados pelo outro em relações dialógicas” (Trimple, 2000, p. 15). Este pode ser um aspecto do processo através do qual o paciente e sua rede social podem dar início à construção de novas palavras para seus problemas.

Frequentemente os pacientes começam a dar voz às histórias psicóticas em algum ponto durante a reunião, quando os temas mais sensíveis e essenciais em relação à psicose estão sendo discutidos. Agir sob a hipótese de que precisamente naquele momento algo sobre as experiências ainda não verbalizadas é tocado permite que aquele ponto possa ser explorado de modo mais minucioso. Suponhamos que alguém pergunte: “o que foi que eu disse de errado quando você começou a falar sobre aquilo?”. Ou mesmo: “espere um pouco, sobre o que estávamos discutindo quando M começou a falar sobre como as vozes têm controle sobre ele?”. O discurso psicótico pode ser considerado como uma entre outras vozes presentes na conversa em curso e a “razão” para o comportamento psicótico pode surgir na conversa através daqueles pontos cruciais.

Em geral, o papel da equipe durante o encontro é permitir que a rede do paciente assuma a liderança na produção de conteúdo e responder a cada forma de expressão de uma maneira dialógica, para promover a construção de uma nova compreensão entre os diferentes participantes (Bakhtin, 1984; Voloshinov, 1972). Uma forma de responder é iniciar uma conversa reflexiva (Andersen, 1995) entre os membros da equipe. Não é formada uma equipe reflexiva, mas os membros da equipe navegam de uma forma flexível entre formular perguntas ou comentários e manter conversas reflexivas com outros membros da equipe. Algumas vezes esse procedimento pressupõe que a equipe peça permissão para fazer tal coisa: “eu pergunto se você poderia aguardar um momento para que possamos trocar ideias sobre aquilo que havíamos começado a elaborar. Eu gostaria de que você se sentasse silenciosamente e ouvisse, se desejar, ou ignorasse, se preferir. Em seguida, pediremos que você comente sobre o que falamos.”

Em geral a família e os outros membros da rede social ouvem com muita atenção aquilo que os profissionais responsáveis falam a respeito de seus problemas. O diálogo reflexivo tem uma tarefa específica, pois os planos de tratamento são construídos nessas conversas. Tudo é transparente; as decisões sobre internações, o uso de algum medicamento e o planejamento de uma terapia individual são alguns exemplos do conteúdo e, em cada caso, o objetivo é a abertura de um leque de alternativas, entre as quais algum curso de ação será escolhido. Por exemplo, no caso da opção por um tratamento compulsório, é importante que diversas opiniões e até desacordos sobre a decisão sejam abertamente admitidos e discutidos.

Quaisquer métodos de tratamento tradicionais podem ser utilizados, caso seja necessário. O paciente pode receber terapia individual ou outros tipos de terapia (por exemplo, arteterapia, terapia de grupo ou terapia ocupacional) e a família pode se encontrar para a terapia familiar. Nas crises psicóticas, o enfoque é dado, desde o início, à reabilitação psiquiátrica e vocacional do paciente. Por exemplo, agindo em conjunto com órgãos governamentais de emprego e seguro, podem ser organizados cursos de reabilitação, cuja duração pode variar entre duas semanas e seis meses.

Alguns conceitos da terapia familiar sistêmica (Selvini *et al.*, 1980) são utilizados no DA, principalmente o conceito de raciocínio circular em vez de causalidade linear, conotação positiva e, em poucos casos, algum questionamento circular já foi utilizado. No entanto, há também diferenças. O foco do DA não está no sistema familiar nem mesmo na comunicação entre membros do sistema familiar (Boscolo & Bertrando, 1993). O objetivo no DA não é “dar um impulso para mudar a lógica fixa do sistema e introduzir uma nova lógica” (Boscolo & Bertrando, 1998, p. 217) e sim criar um espaço em conjunto para uma nova linguagem, no qual as coisas podem começar a ter significados diferentes, como observaram Anderson e Goolishian (1988) e Anderson (1997). A mudança na forma de compreensão da qualidade dos problemas melhor se expressa pela ideia de ouvir aquilo que as pessoas falam e não o que elas querem dizer. Durante entrevistas e conversas na terapia familiar sistêmica, o(a) terapeuta frequentemente se mantém focado(a) nas formas de comunicação e comportamento que estão por trás do comportamento aparente.

No DA, o foco é direcionado para as palavras verbalizadas, para a viabilização da construção de novas palavras e de uma nova linguagem. Isso se assemelha às ideias de vários autores construcionistas sociais (Gergen, 1994, Shotter, 1993a; 1993b), muito embora entre os terapeutas familiares que trabalham com conceitos construcionistas sociais o tratamento de pacientes psicóticos não tenha recebido muita atenção. Michael White descreveu a terapia narrativa com pacientes psicóticos e Holma e Aaltonen (1997) desenvolveram um projeto de pesquisa sobre terapia narrativa com pacientes (de primeiro surto). Tanto o DA como as terapias narrativas compartilham da compreensão construcionista social da realidade, porém diferem na forma como percebem o autor da narrativa. Enquanto a terapeuta narrativa objetiva a reautoria da história problemática, nas abordagens dialógicas o objetivo é mover-se de monólogos aprisionantes para diálogos mais deliberativos (Smith, 1997). Na terapia narrativa, a narrativa pertence a um autor. Nas terapias dialógicas uma nova narrativa é co-criada no espaço compartilhado pelos participantes. Gergen e McNamee (2000) denominaram, muito apropriadamente, o DA de diálogo transformativo.

O DA e os programas psico-educacionais (Anderson *et al.*, 1980; Falloon, Boyd *et al.* 1984; Falloon, Kydd *et al.* 1996; Goldstein, 1996; McGorry, *et al.*, 1996) partilham da mesma visão, na qual a família é um agente ativo no processo. A família não é vista como causa da psicose, nem como objeto de tratamento e sim como um conjunto de “parceiros competentes ou parcialmente competentes no processo de recuperação” (Gleeson *et al.*, 1999, p. 390). As diferenças estão nas pressuposições teóricas sobre psicose, sendo que o DA enfatiza os encontros durante a fase mais intensa da crise e a qualidade processual da construção de planos de tratamento. Fundamentado no modelo de vulnerabilidade ao estresse (Zubin & Spring, 1977), frequentemente em modelos psicoeducacionais, o objetivo é formar um diagnóstico e escolher um programa de tratamento que corresponda a esse diagnóstico,

embora essa forma nem sempre tenha êxito. O diagnóstico é a base utilizada para instruir a família no aprimoramento de sua comunicação, de forma a prevenir recaídas e estender o período de remissão (Falloon et al., 1984; Gleeson, et al., 1999; McFarlane et al., 1995a; 1995b).

Como visto anteriormente, o DA pertence à ampla variedade de abordagens construtivistas, que enfatizam a natureza social de nossas construções. Segundo Neimeyer e Raskin (2001), ideias construtivistas em psicoterapia compartilham o objetivo de construir um discurso não patologizante a respeito dos problemas pertinentes aos pacientes, de respeitar as narrativas e definições pessoais do problema e considerar o contexto do tratamento como um aspecto relevante do problema. Não se trata de negar “o mundo real”, como alguns já apontaram (Held, 1995), mas sim de enfatizar a importância da forma através da qual os próprios terapeutas, ao organizarem a resposta de tratamento, tornam-se co-construtores do problema. Adotar a noção de relatividade, o que tem gerado muitas críticas ao construcionismo social (Cromby & Nightingale, 1999), não significa negar a existência de um meio ambiente físico, e sim salientar que não há nenhuma forma absoluta de psicose ou esquizofrenia, por exemplo. A psicoterapia fica liberada da questão de julgar a realidade pessoal de um cliente através de um critério externo de objetividade (Neimeyer & Raskin, 2001). Em um contexto clínico, objetividade significa concentrar esforços na definição de problemas permanentes na forma de um diagnóstico. O discurso das desordens, que se relaciona com um tipo específico de manual de diagnóstico, conduz à estigmatização de pacientes e a um tratamento. Esta noção facilmente conduz à destituição do poder pessoal ao considerar a doença e não a pessoa como principal agente em seu tratamento. Nesse tipo de linguagem estrutural, a doença é vista de uma forma única, independentemente de seu contexto, como se fosse a mesma, de paciente para paciente.

O DA abarca os conceitos construcionistas e mantém um foco especial na geração de diálogos, uma vez que o diálogo é considerado algo construído numa área entre interlocutores. A realidade psicológica é, em todos os casos, construída ao usar a linguagem de uma forma especial. Ao optarmos pelo tipo de diagnóstico ligado ao discurso das desordens, tratamos os sintomas de uma doença. No entanto, se direcionarmos nossos esforços para a criação de diálogos polifônicos dentro da rede social, tornamo-nos interessados na voz de todos a respeito do problema. Não estamos mais considerando uma doença específica como causa do problema e sim a linguagem através da qual ocorre o processo de fazer sentido. Entramos num diálogo transformativo. Este parece ser um traço comum entre muitas terapias construtivistas, que enfatizam as narrativas pessoais em vez de verdades generalizantes.

O enfoque no dialogismo é um novo elemento em psicoterapia e, como tal, tem suas origens na história grega antiga. Platão, por exemplo, considerava o *self* uma construção social (Nightingale, 2000). Em seus primeiros textos, Sócrates foi mencionado como aquele que ajudava os interlocutores a criarem a verdade através de um diálogo ininterrupto; não era sua função encontrar as respostas, segundo Bakhtin (1984). O poder do dialogismo já havia sido vislumbrado. O auge do desenvolvimento das antigas ciências (filosofia, medicina) e artes gregas (poesia, escultura) ocorreu durante a era clássica, quando assembleias de cidadãos adotavam o formato ideal de diálogo. Naquela época ainda não haviam sido corrompidos e nem havia uma classe privilegiada de pessoas, os retóricos, que começaram a utilizar esses encontros para suas próprias finalidades. Ao contrário, tratava-se de um espaço aberto e criativo para todos os cidadãos livres (Volkov, 1974). Talvez o conceito das reuniões abertas de tratamento envolva o retorno de alguns dos ideais democráticos dos gregos antigos.

O caso a seguir é apresentado com o objetivo de ilustrar o processo do DA. O tratamento usualmente se inicia com a equipe recebendo somente uma pequena quantidade de informação sobre o caso. No presente caso, a mãe de Siiri telefonou para o ambulatório local de saúde mental numa segunda-feira pela manhã, para pedir ajuda para a filha, que havia começado a falar sobre seu terror extremo de que uma gangue invadisse seu apartamento. A enfermeira que atendeu a ligação imaginou que Siiri pudesse estar tendo problemas psicóticos e sugeriu, de imediato, uma reunião na tarde daquele mesmo dia. A mãe de Siiri não queria uma reunião em sua casa e preferiu marcar o encontro na clínica. A enfermeira entrou em contato com o psiquiatra da clínica e com o setor de crise do hospital psiquiátrico. Portanto, uma equipe de três pessoas foi convidada a participar do tratamento. Surpreendentemente, a mãe de Siiri não compareceu à primeira reunião. A sequência a seguir contém os primeiros comentários feitos durante o encontro. S significa Siiri, E1 e E2, as enfermeiras.

E1: Por onde devemos começar?

S: Todo o... eu realmente não consigo lembrar de nada.

E2: Por acaso já faz algum tempo que você não se lembra de nada?

S: Bem, eu não sei se tem sido assim desde o meio do verão. Eu me lembro se estive em contato com alguém e de todas as coisas que aconteceram. Mas depois se eu saí de minha casa, eu nem sei se eu estive de fato lá, mas de repente aconteceu e eu me vi sei lá onde, e então...

E2: Com quem você está morando?

S: Eu estava morando sozinha, mas agora eu fui para a casa dos meus pais.

E1: De quem foi a ideia de você vir até aqui?

S: Bem ... da minha mãe.

E2: E qual era a preocupação da sua mãe?

S: Eu não sei se eu falei com ela sobre isso. Eu realmente não me lembro de nada. Tenho a impressão de que eu posso até ter batido em alguém, mas eu não consigo lembrar.

E2: Alguém disse isso para você?

S: Não... Eu sou paranoica e então penso que alguma coisa aconteceu.

E2: E seu pai? Ele está preocupado com alguma coisa em especial?

S: Eu não sei, mas ontem à noite quando estávamos vendo TV ele foi dormir e de manhã ele tinha ido para o trabalho.

E2: E depois, o que aconteceu?

S: Eu estava com medo, eu estava brigando com aquele cara. Eles têm a chave da minha casa e eles ... eles estavam fazendo sexo anal em julho e fizeram um monte de outras coisas.

E2: Em julho?

A conversa começou com o comentário de Siiri e a equipe deu continuidade a seu tema, com os membros da equipe adaptando suas perguntas aos proferimentos de Siiri. Em vez de adotar um método específico de entrevista, tal como questionamento circular, a equipe esforçou-se para captar a experiência de Siiri em seus próprios termos. É importante começar a conversa usando as mesmas palavras que o cliente para que o diálogo seja baseado na sua experiência.

A história de Siiri tornou-se cada vez mais violenta e, simultaneamente, a estrutura das frases diluiu-se, o que pode ser considerado um sinal da sua confusão e do seu medo assolador. No início a equipe fez perguntas bastante concretas sobre a sua vida e a história estava coerente e compreensível. O diálogo foi possível entre Siiri e a equipe. No entanto, a situação mudou radicalmente depois que ela se lembrou da ausência do pai naquela manhã. A história tornou-se cada vez mais assustadora e psicótica e a confusão da equipe foi crescendo no decorrer da conversa. Uma saída teria sido a equipe fazer uso da conversa reflexiva entre si, mas a forma de Siiri descrever suas experiências aterrorizantes parece ter inibido a equipe de utilizar esse recurso. Embora a equipe não tenha reconhecido, pode ser que a experiência de Siiri com seu pai e com a sua ausência tenha sido um fato importante na sua crise.

No final do primeiro encontro, foi acordado que haveria uma próxima reunião no dia seguinte na residência de Siiri. Nessa reunião estavam presentes seus pais e seu irmão.

(No início, os pais descreveram vários incidentes e a condição de Siiri.)

E2: O que significa que a condição de Siiri ficou melhor e ficou pior?

Pai: Eu tenho quase certeza de que um mês atrás... mãe: Foi no dia 16.

P: Siiri estava na casa em que morava, mas durante aquele período a situação desenvolveu e foi necessário irmos atrás dela. Ela passou alguns dias aqui em nossa casa. Podia-se notar, claramente, que Siiri estava ansiosa e andava de um lado para outro e aí apareceram os terrores poderosos, ataques e todo tipo de perseguição e coisas assim que ela falava. Eu não sabia o que era real e o que era imaginação, mas depois ela começou a relaxar e ficou aqui em casa. Daí ela disse que queria voltar para a casa dela, onde ficou somente um dia. Voltou para aquele mesmo estado e começou a falar. Na semana passada tivemos um problema que foi o enterro do meu pai, e tinha muito trabalho e muito o que organizar, mas Siiri ainda estava aqui.

E2: Você tem alguma idéia sobre os ataques sobre os quais ela falava?

M: Uma vez seu rosto apareceu preto e azul, acho que ela andou brigando por aí, foi há um mês (rindo).

E2: Foi neste verão?

M: A mão dela também estava inchada.

P: Essa gangue com a qual Siiri tem andado há um ano ou dois, eu disse que ela devia parar de andar com eles e que eles são uma péssima influência para ela.

A conversa fluiu como se fosse a continuidade da primeira entrevista. Os pais de Siiri tiveram ambos grande oportunidade para narrar suas histórias sobre os problemas de Siiri. Usavam a linguagem de forma impessoal e bastante difícil de acompanhar. Soava como a apresentação de um relatório isento de qualquer emoção pessoal, embora acreditassem na probabilidade de Siiri ter sido agredida e violentada. A equipe não interpretou esses fatos como sintomas; no entanto, permaneceu curiosa a respeito das agressões.

No início do tratamento as reuniões ocorreram com um espaço de tempo muito curto entre si. Inicialmente Siiri acalmou-se a ponto de não se referir mais aos seus temores. Ao mesmo tempo, permaneceu na casa dos pais e, gradualmente, distanciou-se de seus amigos e de outras pessoas. Problemas familiares começaram a surgir rapidamente. O pai deixou a casa “para o bem de Siiri”, como afirmavam. Aos poucos, a família começou a falar sobre o problema de alcoolismo do pai. No entanto, o tema não evoluiu a ponto de poderem conversar sobre o assunto. Após seis meses de tratamento o processo atolou e a única alternativa que restou foi a indicação para que Siiri fosse internada. Após uma semana de hospitalização, foi organizada uma reunião de tratamento da qual participaram a família, a equipe de tratamento e a do setor de internação. No final da reunião iniciou-se uma conversa entre os membros das equipes sobre a situação difícil em relação à família e ao tratamento em si.

E2: O que você, Lisa (a mãe), pensa sobre isso?

M: Bem... (Siiri levanta-se.)

P: Você é quem tem muito a dizer sobre esse assunto. Você é quem está morando aqui... (Suspira profundamente.)

M: É como a vida no dia a dia. Acho que ela vai conseguir administrar bem por conta própria (em casa), mas não houve nenhum progresso (rindo).

Psiquiatra 1: Matti (o pai) deixou claro o que pensa. A opinião da mãe de Siiri parece não estar bem clara (vira-se para a psicóloga do setor hospitalar; Siiri senta-se).

E1: A opinião dela é que não houve progresso.

Psiquiatra 2: Lisa falou que Siiri poderia voltar para casa, mas que não houve progresso.

M: Será que pode haver algum progresso onde nada mais pode acontecer?

S: Se agora estou num estado em que não pode ocorrer nenhum progresso.

M: Sim...

Ps2: Paavo (o psicólogo da equipe), você acha que Matti expressou claramente seu ponto de vista?

Ps1: Bem, Matti deixou bem claro que a situação não pode mais continuar com Siiri ficando o tempo todo na cama, pois isso deixa Lisa muito brava.

Ps2: Por outro lado, Matti está perguntando por que não levamos Siiri para casa. Ela fala das duas maneiras, sim e não. Eu acho que a mãe de Siiri também fala sim e não...

Ps1: Mas eu acho que Matti está buscando uma solução que poderia existir se Siiri voltar para casa, de modo a garantir que sua mãe descanse. Siiri poderia ficar em sua própria casa também.

E2: Poderia ser bom para o descanso de Lisa, mas será que vai ser bom para Siiri?

M: O que é melhor para Siiri? Em casa ou aqui?

S: Em casa.

Ps2: Agora há uma terceira alternativa. Ela poderia ficar em casa com Matti ou com Lisa, e há também o hospital.

Antes havia só dois lugares. Agora está mais complicado.

Ps1: E aí se pensarmos, no início prometemos nos responsabilizar porque esta situação não pode continuar.

E2: Foi uma decisão nossa.

Ps2: O que Matti e Lisa poderiam estar pensando quando você tomou a decisão?

S: Eu mesma estou indo embora agora (retira-se da sala).

Ps1: Eu não sei.

Ps2: Se eu imaginar que poderia ser minha filha e uma outra pessoa estivesse tomando as decisões a respeito dela...

M: Seria um alívio.

P: Eu já havia adivinhado há um bom tempo que isso ia acontecer... Eu acho que ela agora está muito mais alerta que antes; agora ela está dando suas opiniões, é um progresso, ela não fica mais largada o dia todo.

Ps2: Seria possível continuarmos amanhã, uma vez que essa conversa está se tornando cada vez mais nebulosa...

Após a longa reunião, foi acordado que haveria outro encontro no dia seguinte. A discussão agora era dialógica, com uma compreensão coletiva construída em parceria. Ao falar algo, ele/ela formulava sua expressão de forma que uma resposta fosse sempre necessária: caso isso não ocorresse, o diálogo não avançaria. Esta é a definição da expressão dialógica. No entanto, a interação com a família estava tão difícil que, apesar do uso desse diálogo, não se encontravam soluções permanentes para o problema.

Não era possível trazer os conflitos à tona através da conversa. A única solução para o pai foi sair de casa.

Siiri foi para casa e rapidamente retornou ao hospital em função de suas histórias e de seus temores terem se tornado cada vez mais intensos. Por exemplo, ela descrevia como os agentes de Manfred Vormer estavam-na aterrorizando. Siiri também falava que dois mísseis nucleares do norte da Noruega estavam apontados para o hospital e que a maior parte das pessoas que estavam fora do hospital havia sido morta.

No hospital conversou-se muito com Siiri sobre seus temores. No entanto, as conversas não a acalmavam; pelo contrário, estimulavam-na cada vez mais, até que certo dia ela agrediu um médico no corredor do hospital. Ela dizia que este médico era um agente russo que queria matá-la. De fato, ele era o mesmo médico que havia participado de sua primeira reunião de tratamento, mas não das reuniões subsequentes. Durante o período de dois meses e meio em que permaneceu no hospital, ela começou a ficar um pouco mais calma, mas ainda falava bastante de seus temores. Foi prescrita medicação neuroléptica, apesar de não ter havido qualquer efeito rápido sobre seus temores. Ela continuou falando sobre poderosas ameaças externas. As conversas familiares continuaram e seu pai começou a falar sobre o seu alcoolismo. Ele tornou-se muito depressivo, com ideação suicida, e foi hospitalizado por alguns dias. Após este episódio, a situação da família começou a melhorar a ponto de os pais resolverem comprar uma casa maior para que pudessem morar juntos outra vez e receber Siiri. Em seguida, Siiri recebeu alta do hospital e durante esta fase ocorreu a primeira melhora visível em direção a uma realidade mais segura. Rapidamente ela começou a acalmar-se e a procurar os amigos. Durante os meses subsequentes, uma vez ou outra, mencionava seus temores e esteve internada por duas semanas depois de uma briga violenta com seus pais e com o seu irmão menor.

Dois anos após o início do tratamento, Siiri estava morando em casa com a sua família, sem expressar nenhum sintoma psicótico visível, e as reuniões familiares continuaram ocorrendo uma vez por mês. Ela recebeu tratamento psicoterapêutico

individual durante um ano e, depois desse prazo, resolveu suspendê-lo. Siiri tinha um namorado e estavam planejando o noivado. Na entrevista de acompanhamento após cinco anos, Siiri não havia manifestado sintomas psicóticos durante os três anos anteriores, embora seu tratamento tenha continuado na forma de reabilitação vocacional e psicológica. Ela fez alguns cursos de reabilitação vocacional, organizados por agências governamentais de empregos. As reuniões de tratamento que envolviam Siiri e sua família foram organizadas em função de fornecer apoio para Siiri e sua família na construção de sua nova vida.

DISCUSSÃO

Vários entre os sete princípios de tratamento do DA podem ser ilustrados através desse exemplo. O tratamento teve início imediato, sendo que a primeira reunião ocorreu dentro de um prazo de seis horas após o contato inicial feito pela mãe. A enfermeira contatada responsabilizou-se pela organização do primeiro encontro e aqueles que participaram foram os principais membros da equipe por toda a extensão do tratamento. Este é um elemento na continuidade psicológica. Um segundo elemento na continuidade psicológica foi o fato de que a equipe que trabalhou com a família na sua residência também participou ativamente da reunião no hospital. Talvez um problema relacionado à responsabilidade e à continuidade psicológica, nesse caso, tenha sido o fato de o médico que participou do primeiro encontro não estar presente nas reuniões subsequentes. O fato não foi discutido nas reuniões e poderia ter dado origem a questões na mente de Siiri. Os planos de tratamento foram adaptados às necessidades específicas e cambiantes da família. Durante os períodos de crise, foram mantidas reuniões diárias na residência da família, e as internações foram decididas quando havia necessidade, medicação neuroléptica foi prescrita depois que um progresso temporário deu lugar a uma recaída; foram organizadas sessões de psicoterapia individual e, durante a fase final do tratamento, o foco foi transferido para atividades de reabilitação. A equipe tolerou a incerteza. Isso pode ser observado no conteúdo do diálogo, no qual os esforços foram concentrados na compreensão dos problemas de toda a família dentro do contexto de suas vidas, na medida em que foram vivenciados, em vez de focar um “discurso desordenado”. A continuidade psicológica foi também observada na forma com que a equipe enfrentou as situações difíceis durante os primeiros seis meses de tratamento, durante um período em que a condição médica de Siiri melhorou, mas o conflito entre seus pais tornou-se cada vez mais evidente.

Os principais problemas encontrados para que fossem seguidos os princípios do DA foram talvez cumprir a perspectiva de rede social e o dialogismo. Olhando em retrospecto, pode-se argumentar que talvez devessem ter sido organizadas reuniões junto à rede social com a qual Siiri teve problemas de violência. Durante o processo de tratamento tornou-se evidente que, de fato, Siiri teve sérios problemas com a gangue, os quais levaram-na a ser intimada pela justiça para responder por abuso de drogas e furto. Os problemas encontrados na geração de diálogos estavam provavelmente relacionados aos conflitos familiares, especialmente entre a mãe e o pai, tendo provocado até mesmo a sua separação por um período de dois anos. Apesar de a equipe ter tolerado a incerteza, ela não conseguiu iniciar um diálogo deliberativo antes da internação de Siiri e de seu pai. A realização de conversas abertas, reflexivas, somente foi possível depois de um processo de tratamento de seis meses. Foi importante considerar todas as questões dentro da família e não somente os problemas de Siiri.

CONCLUSÃO

Neste artigo, descrevemos os principais fundamentos e práticas que caracterizam o Diálogo Aberto, nossa abordagem ao tratamento de transtornos psiquiátricos graves mantendo uma perspectiva socioconstrucionista. Ideias básicas dessa abordagem incluem a organização de uma equipe de tratamento consistente, que participa de diálogos respeitosos e deliberativos com o paciente e a família desde a primeira indicação, enfatizando encontros diários durante o período inicial das crises. Ao contrário das abordagens que procuram orquestrar o tratamento em torno de um diagnóstico formal, o DA considera a abertura dialógica de possibilidades como curativa por si só, e a transparência de todas as decisões sobre o tratamento na presença do paciente e da família, coerentemente com este princípio. Da mesma forma, mesmo as respostas psicóticas do paciente são consideradas potencialmente significativas e importantes de serem levadas em consideração, pois frequentemente referem-se metafórica ou indiretamente aos problemas “reais” na vida do paciente. Nossa experiência com esse processo, incluindo casos muito difíceis como o de Siiri e sua família, encorajou-nos a adotá-lo como um modelo de oferta de serviço para uma grande área na Finlândia onde tem ajudado a humanizar o tratamento de centenas de pacientes com problemas psicóticos. Esperamos que este relato e o artigo descrevendo o impacto do modelo do DA que o acompanha sirvam para encorajar outros envolvidos no tratamento de problemas graves a considerar procedimentos inovadores com base em conceitos construtivistas e construcionistas sociais.

REFERÊNCIAS

- Aaltonen, J., Seikkula, J., Alakare, B., Haarakangas, K., Keränen, J., & Sutela, M.** (1997). Western Lapland project: a comprehensive family and network centered community psychiatric project. *ISPS. Abstracts and lectures*. London
- Alanen, Y.** (1997). *Schizophrenia: its origins and need-adapted treatment*. London: Karnac Books.
- Alanen, Y. O., Lehtinen, K., Rökköläinen, 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.** (1995). Reflecting processes; acts of informing and forming. In: S. Friedman (org.), *The reflective team in action: collaborative practice in family therapy*. New York: Guilford Publication.
- Anderson, H.** (1997). *Conversation, language, and possibilities*. New York: Basic Books.
- Anderson, C., Hogarty, G. & Reiss, D.** (1980). Family treatment of adult schizophrenic patients: a psycho-educational approach. *Schizophrenia bulletin*, n. 6, p. 490-505.
- Anderson, H. & Goolishian, H.** (1988). Human systems as linguistic systems: preliminary and evolving ideas about the implications for clinical theory. *Family process*, n. 27, p. 371-393.
- Bakhtin, M.** (1984). *Problems of Dostojevskij's poetics*. (Theory and history of literature), v. 8. Manchester University Press, 1984.
- Boscolo, L. & Bertrando, P.** (1993). *The times of time*. New York: Norton.
- Boscolo, L. & Bertrando, P.** (1998). *Genom tidens lins. Ett nyt perspektiv inom systemisk terapi och konsultation*. Originalmente publicado como *The times of time*. Estocolmo: Mareld.

- Cromby, J. & Nightingale, D. J.** (1999) What's wrong with social constructionism? In: J. Cromby & D. Nightingale (orgs.), *Social constructionist psychology*. Buckingham: Open University Press.
- Fallon, J., Boyd, J. & McGill, C.** (1984). *Family care of schizophrenia*. New York: Guilford Publication.
- Falloon, I. R., Kydd, R. R., Coverdale, J. H., & Laidlaw, T. M.** (1996). Early detection and intervention for initial episodes of schizophrenia. *Schizophrenia bulletin*, 22(2), 271–282. <https://doi.org/10.1093/schbul/22.2.271>
- Friedman, S.** (org.) (1995). *The reflecting team in action*. New York: Guilford Publication.
- Gergen, K.** (1994). *Realities and relationships: soundings in social construction*. Cambridge, MA: Harvard University Press.
- Gergen, K.** (1999). *An invitation to social construction*. London: Sage.
- Gergen, K. & Mcnamee, S.** (2000). From disordering discourse to transformative dialogue. In: R. Neimeyer & J. Raskin (orgs.), *Constructions of disorder*. Washington, D.C.: American Psychological Association.
- Gleeson, J., Jackson, H., Stavely, H., & Burnett, P.** (1999). Family intervention in early psychosis. In: P. McGorry & H. Jackson (orgs.), *The recognition and management of early psychosis*. Cambridge: Cambridge University Press.
- Goldstein, M.** (1996). Psycho-education and family treatment related to the phase of a psychotic disorder. *Clinical psychopharmacology*, n. 11 (Supl. 18), p. 77-83.
- Goodman, L., Rosenberg, S., Mueser, K., & Drake, R.** (1997) Physical and sexual assault history in women with serious mental illness: prevalence, correlates, treatment and future research directions. *Schizophrenia bulletin*, n. 23(4), p. 685-696.
- 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.]. *Jyväskylän Studies in Education, Psychology and Social Research*, 130, 119–126.
- HELD, B. *Back to reality*. New York: Norton, 1995.
- Holma, J. & Aaltonen, J.** (1997). The sense of agency and the search for a narrative in acute psychosis. *Contemporary family therapy*, n. 19(4), p. 463-477.
- Jackson, C. & Birchwood, M.** (1996). Early intervention in psychosis: opportunities for secondary prevention. *British journal of clinical psychology*, n. 35, p. 487-502.
- Karon, B. & Vandenbos, G.** (1981). *Psychotherapy of schizophrenia. The treatment of choice*. New York: Jason Aronson.
- Karon, B.** (1999). The tragedy of schizophrenia. *The general psychologist*, n. 32(1), p. 3-14.
- Keränen, J.** (1992). The choice between outpatient and inpatient treatment in a family centred psychiatric treatment system. English summary. *Jyväskylän Studies in Education, Psychology and Social Research*, 93, 124–129.
- McFarlane, W., Link, B., Dushay, R., Matchal, J. and Crilly, J.** (1995a). Psychoeducational multiple family groups: Four-year relapse outcome in schizophrenia. *Family Process*, 34: 127–144.
- McFarlane, W., Lukens, E., Link, B., Dushay, R., Matchal, J. & Crilly, J.** (1995b). Multiple-family groups and psychoeducation in the treatment of schizophrenia. *Archives of general psychiatry*, n. 52(8), p. 679- 687.
- McGorry, P., Edwards, J., Mihalopoulos, C., Harrigan, S. & Jackson, H.** (1996). EPPIC: an evolving system of early detection and optimal management. *Schizophrenia bulletin*, n. 22, p. 305-325.

- Neimeyer, R. A. & Raskin, J. D.** (2001). Varieties of constructivism in psychotherapy. In: K. S. Dobson (org.), *Handbook of cognitive-behavioral therapies*. New York: Guilford Publication.
- Nightingale, A.** (2000). *Genres in dialogue: plato and the construct of philosophy*. Cambridge: Cambridge University Press.
- Ogden, H.** (1990). On the nature of schizophrenic conflict. *International journal of psychoanalysis*, n. 61, p. 513-533.
- Penn, P. & Frankfurt, M.** (1994). Creating a participant text: writing, multiple voices, narrative multiplicity. *Family process*, n. 33, p. 217-231. 1994.
- Penn, P.** (1998). Rape flashbacks: constructing a new narrative. *Family process*, n. 37, p. 299-310.
- Ricoeur, P.** (1991). Life in quest of narrative. In: D. Wood (org.), *On Paul Ricoeur: narrative and interpretation*. London: Routledge.
- Seikkula, J.** (1991). Family-hospital boundary system in the social network. English summary. *Jyväskylä studies in education, psychology and social research*, n. 80.
- Seikkula, J., Aaltonen, J., Alakare, B., Haarakangas, K., Keränen, J. & Sutela, M.** (1995). Treating psychosis by means of open dialogue. In: S. Friedman (org.), *The reflective team in action*. New York: Guilford Publication.
- Seikkula, J., Alakare, B. & Aaltonen, J.** (2000). A two year follow-up on open dialogue treatment in first episode psychosis: need for hospitalization and neuroleptic medication decreases. Texto em russo, manuscrito em inglês dos autores. *Social and clinical psychiatry*, n. 10, p. 20-29.
- Selvini, M. P., Boscolo, L., Cecchin, G., & Prata, G.** (1980). Hypothesizing--circularity--neutrality: three guidelines for the conductor of the session. *Family process*, 19(1), 3-12. <https://doi.org/10.1111/j.1545-5300.1980.00003.x>.
- Shotter, J.** (1993a). *Conversational realities: constructing life through language*. London: Sage.
- Shotter, J.** (1993b). *Cultural politics of everyday life*. Buckingham Open University Press.
- Shotter, J.** (1997) Life inside the dialogically structured mind; Bakhtin's and Voloshinov's account of mind as out in the world between us. In: J. Rowan & M. Cooper (orgs.). *The plural self: polyphonic perspectives*. London: Sage.
- Smith, C.** (1997). Introduction. Comparing traditional therapies with narrative approaches. In: C. Smith & D. Nylund (orgs.), *Narrative therapies with children and adolescents*. New York: Guilford Publication.
- Stern, S., Doolan, M., Staples, E., Szmukler, G., & Eisler, I.** (1999) Disruption and reconstruction: narrative insights into the experience of family members caring for a relative diagnosed with serious mental illness. *Family process*, n. 38, p. 353-369.
- Trimble, D.** (2000). Emotion and voice in network therapy. *Netletter*. n. 7(1), 11-16.
- van der Kolk, B. A., & Fisler, R.** (1995). Dissociation and the fragmentary nature of traumatic memories: overview and exploratory study. *Journal of traumatic stress*, 8(4), 505-525. <https://doi.org/10.1007/BF02102887>.
- Volkov, H.** (1974). *Tieteen kehdon ääressä*. Moscova: Kustannusliike Edistys.
- Voloshinov, V.** (1996). *Marxism and the philosophy of language*. Massachusetts: Harvard University Press.
- Zubin, J. & Spring, B.** (1977). Vulnerability — a new view of schizophrenia. *Journal of abnormal psychology*, n. 86, p. 103-126.