

ELEMENTOS CURATIVOS DE LA CONVERSACIÓN TERAPÉUTICA: EL DIÁLOGO COMO UNA ENCARNACIÓN DEL AMOR

[publicado en *Family Process* 44:461–475, Dec. 2005]

JAAKKO SEIKKULA, PH.D.

Senior Assistant, Department of Psychology, University of Jyväskylä, Finland, and Professor II, Institute of Community Medicine, University of Tromsø, Norway

DAVID TRIMBLE, PH.D.

Clinical Assistant Professor of Psychiatry, Center for Multicultural Training in Psychology, Boston University School of Medicine, Boston, MA

[Correspondence concerning this article should be addressed to Jaakko Seikkula, Department of Psychology, 40014 University of Jyväskylä, Finland. E-mail: seikkula@psyka.jyu.fi]

Desde nuestra perspectiva bakhtiniana, la comprensión requiere un proceso activo de habla y escucha. El diálogo es una condición previa para un cambio positivo en cualquier forma de terapia. Utilizando la perspectiva de dialogismo y el desarrollo neurobiológico, analizamos los elementos básicos del diálogo, tratando de entender por qué el diálogo se convierte en una experiencia curativa en una reunión de grupo. Desde la perspectiva del terapeuta como socio dialógico, se examinan las acciones que apoyan el diálogo en la conversación, la experiencia de emoción compartida, la creación de comunidad, y la creación de un nuevo lenguaje compartido. Describimos cómo los sentimientos de amor, manifestando en la conversación una sintonía emocional mutua y poderosa, que señala momentos de cambio terapéutico.

Este artículo trata de identificar las acciones en el diálogo que facilitan el proceso de curación y explicar cómo funcionan. Actualmente existen una variedad de enfoques dialógicos de la terapia familiar (p.ej. Andersen, 1991; Anderson y Goolishian, 1988; Fishbane, 1998; Inger y Inger, 1994; Paré y Lysack, 2004; Penn y Frankfurt, 1994; Tschudi y Reichelt, 2004). El primer autor ayudó a desarrollar el enfoque de Diálogo Abierto (Seikkula et al, 1995.; Seikkula y Olson, 2003) en Laponia Occidental, Finlandia, como un enfoque para el tratamiento de la psicosis, la esquizofrenia y otras crisis psiquiátricas graves.

En el enfoque de Diálogo Abierto, cuando una persona o familia en apuros busca ayuda en el sistema de salud mental, un equipo de colegas se movilizan para reunirse con la familia y los miembros interesados de la red familiar tan pronto como sea posible, dentro de las 24 horas, por lo general en la ubicación que elige la familia. El equipo sigue siendo asignado al caso en todo el proceso de tratamiento, tenga una duración de meses o de años.

No se llevan a cabo conversaciones ni decisiones sobre el caso fuera de la presencia de esta red. La evaluación de la problemática actual, la planificación del tratamiento, y las decisiones son hechas en las reuniones abiertas que incluyen el paciente, sus redes sociales, y todas las autoridades pertinentes. Servicios específicos (p. ej. psicoterapia individual, rehabilitación vocacional, psicofarmacología, etc.) pueden ser integrados en el tratamiento a lo largo del tiempo, pero el núcleo del proceso de tratamiento es la conversación en las reuniones de trabajo entre los miembros del equipo y de la red.

En sus punzantes tribulaciones, los miembros de la red, para entender y comunicar los problemas que las absorben, a menudo parecen atrapados en formas desesperadas, rígidas, constreñidas. En las reuniones del tratamiento, los miembros del equipo solicitan contribuciones de cada miembro de la red, especialmente del paciente psicótico agudo. Las declaraciones de cada uno de ellos son escuchadas con atención y respuestas respetuosamente. Los miembros del equipo apoyan la expresión de la emoción. Responden simple y llanamente como personas, sin esconder que se pueden conmover por los sentimientos de los miembros de la red, el desafío de los miembros del equipo es tolerar los estados emocionales intensos inducidos en la reunión.

Las conversaciones entre ellos en presencia de la red cumplen la función del reflejo del equipo, ampliando las posibilidades de miembros de la red para dar sentido a sus experiencias. Especialmente en la fase inicial del tratamiento, donde las decisiones se demoran a favor de ampliar y extender la conversación, permitiendo al sistema tolerar la ambigüedad en el contexto de extrema tensión. Esto hace que sea posible considerar nuevas ideas para abordar la situación problemática.

Al principio, los miembros del equipo son cuidadosos incorporando el lenguaje familiar de los miembros de la red en sus propias declaraciones. Como miembros del equipo extraen las palabras y los sentimientos de cada miembro de la red con respeto y atención, la conversación cambia. A medida que la red original incorpora al equipo en sus miembros,

nuevos significados surgen cuando un nuevo lenguaje común comienza a surgir entre el equipo y los miembros de la red social. El quid del proceso no consiste en una intervención brillante por el profesional, sino en el intercambio emocional entre los miembros de la red, incluidos los profesionales, quienes conjuntamente construyen o restauran una comunidad afectiva de personas.

Las reuniones se organizan con la mínima planificación previa. Uno o más miembros del equipo conduce la reunión. Sentados todos juntos en la misma habitación, en un principio, los ayudantes profesionales comparten la información que tengan sobre el problema. Entonces, el líder ofrece una pregunta abierta pidiendo a quien le gustaría hablar y de que sería mejor hablar. La forma de las preguntas no es planificada de antemano, por el contrario, a través de la cuidadosa sintonía con cada orador, el líder genera la siguiente pregunta a partir de la respuesta anterior (por ejemplo, repitiendo palabra por palabra la respuesta anterior antes de la siguiente pregunta o la incorporación del lenguaje de la respuesta anterior en la siguiente pregunta). Es de vital importancia que el proceso se desarrolle lentamente con el fin de establecer el ritmo y estilo de expresión de cada participante y para asegurar que cada persona tiene un lugar en el cual él o ella están invitados y apoyados para lo que tengan que decir. Se incorporan en la discusión de cada tema que emerge tantas voces como sea posible. Los profesionales pueden proponer conversación reflexiva dentro del equipo siempre que lo estimen adecuado. Después de cada secuencia de reflexión, los miembros de la red están invitados a comentar sobre lo que escucharon. Cuando el líder se propone cerrar la reunión, a los participantes se les anima a decir si hay algo que quieran agregar. Cada reunión termina con el líder o los líderes de resumiendo lo que ha sido discutido y qué decisiones se han tomado o deberían haberse tomado.

Varios estudios de resultados (Seikkula, Alakare, y Aaltonen, 2001; Seikkula et al, 2003; Seikkula et al, en prensa) han demostrado la utilidad y la eficacia del enfoque de Diálogo Abierto, especialmente en las crisis psicóticas. El enfoque de Diálogo Abierto se distingue por su integración de dos elementos fundamentales: la organización del sistema de tratamiento y el proceso dialógico de las reuniones. Un equipo de profesionales responde inmediatamente al cliente y la red social, y continúa su participación durante el tiempo que sea necesario. Este artículo se centra en el proceso de la reunión de Diálogo Abierto en sí, con su énfasis en el apoyo a la participación 'polifónica' entre las voces de los clientes, de la red y del equipo.

CASO ILUSTRATIVO: DESDE MEMORIAS RECURRENTE AL AMOR

Este encuentro único, al que el primer autor fue invitado para consultar acerca de un tratamiento que se hallaba 'atascado', incorpora mucho de lo que tratamos de explorar en el proceso de tratamiento dialógico. La reunión de la red fue organizada por Ingrid, una residente en una residencia psiquiátrica protegida. Sus dificultades habían surgido 9 años atrás en reacción a un asalto que ella y su novio habían sufrido en la calle cuando tres hombres, amigos del hermano de Ingrid, habían tratado de robar a su novio. Ingrid había sido herida al intentar defender a su novio. Comenzó a experimentar 'flashbacks' del asalto y buscó tratamiento psiquiátrico. Poco después del asalto, se desconectó de padre y madre, que se había divorciado antes. Nada parecía ayudar. Los flashbacks, en forma de sueños nocturnos dolorosos, llegaron a invalidar toda su vida. Ingrid era una mujer agradable, y todo el mundo quería ayudarla entusiastamente. Dos enfermeras de contacto fueron las responsables de su tratamiento y rehabilitación, en colaboración con otros profesionales sociales y de salud.

Desde el principio de recorrido como paciente psiquiátrica, el equipo de tratamiento de Ingrid había tratado de organizar reuniones familiares, que resultaron ser infructuosas debido a las fuertes emociones involucradas. Después de muchos años de tratamiento, el equipo organizó una reunión de la red para planificar el tratamiento de Ingrid y su futuro. La reunión, encabezada por el primer autor como consultor, incluyó Ingrid, su novio actual (no el asaltado), su madre y su padre, su trabajador social, las dos enfermeras de contacto, y su médico. A pesar de ser invitado a la reunión, su hermano no apareció.

El consultor preguntó los miembros del equipo acerca de sus ideas para la reunión. Ellos dijeron que querían volver a conectar las relaciones familiares y hablar del futuro. El consultor presentó preguntas abiertas a Ingrid y su familia, preguntándose cómo querían utilizar el tiempo de reunión. Ingrid dijo que estaba muy tensa y que quería oír de sus padres. A su vez, ellos dijeron que querían oír acerca de la vida actual de Ingrid. Su novio acusó a los padres de Ingrid de no ayudarla en su rehabilitación por no estar en contacto con ella. La reunión fue tensa, Ingrid y sus padres evitaban mirarse directamente entre ellos. La madre de Ingrid comenzó a hablar sobre el asalto, llegando hasta las lágrimas al hablar de sentimientos de culpabilidad sobre el evento. Dijo que cuando habló con el hermano de Ingrid, éste culpó al novio de Ingrid por lo que había sucedido. El consultor se movió con cuidado para asegurarse de que todo el mundo tenía la oportunidad de expresar sus preocupaciones, con el objetivo de no llegar a conclusiones ni a decisiones de planificación del tratamiento. Una de las enfermeras de contacto se echó a llorar mientras describía sus dificultades tratando de ayudar a Ingrid, sin ningún éxito notable. El estado de ánimo de la reunión se hizo cada vez más triste. La madre de Ingrid mencionó que suspiraba por la hija que tanto había amado cuando era una niña.

En ese momento, después de un breve período de silencio, el consultor pidió a los miembros de la familia permitieran a los profesionales hablar entre ellos, mientras la familia escuchaba. En el subsiguiente diálogo reflexivo, los profesionales expresaron su sorpresa de ver cómo los miembros de la familia se amaban y se preocupaban unos de

otros después de tantos años sin contacto. De acuerdo con ellos, el consultor destacó lo difícil que debe haber sido para todos en la familia estos últimos 9 años, sabiendo de la existencia del otro, pero en la imposibilidad de expresar el uno al otro lo mucho que quería estar en contacto. El consultor también se refirió a la fuerte implicación del equipo de tratamiento.

Después del diálogo reflexivo el consultor pidió a los miembros de la familia si querían hacer comentarios sobre lo que habían oído. La madre de Ingrid había estado escuchando la conversación del equipo en lágrimas. Su padre dijo haber sido conmovido por el diálogo y le impresionaron en especial su afirmación de la familia a pesar de su propia sensación de que no había hecho lo suficiente para volver a conectar. La madre de Ingrid, dijo que amaba a su hija mucho. Desde mi (JS) perspectiva como consultor, que había estado siguiendo los signos verbales y gestuales de la expresión emocional a lo largo de la reunión, mis propios sentimientos resonaban con los sentimientos en la habitación. Me sentí conmovido por la expresión de amor de la madre de Ingrid, y con los signos de que los demás se sintieron profundamente conmovidos por sus palabras en la sala. Ingrid y su madre se tomaron de la mano. Propuse que se cerrara la reunión, si nadie tenía nada más que añadir. Todos estuvieron de acuerdo.

Mientras nos preparábamos para cerrar, les pregunté cómo había ido la reunión para cada uno. Muchos de ellos habían experimentado la reunión de manera positiva. La madre de Ingrid, dijo que a ella le gustó. Había tenido tanto miedo de la reunión que no había podido dormir la noche anterior, y había estado muy tensa al principio. Ella me dijo: "Usted hizo esto tan fácil, porque eran tan normal, en absoluto como un profesor". Sólo la trabajadora social hizo comentarios negativos. Ella no estaba satisfecha de que emociones tan fuertes se hubieran despertado sin haber tomado decisiones concretas sobre cómo seguir adelante.

En un seguimiento 1 año más tarde, Ingrid recordaba bien la reunión. Dijo que era una de las experiencias más intensas de su vida. Ella no tuvo un solo flashback durante los 4 meses después de la reunión. Aunque los sueños del asalto recurrieron de vez en cuando a partir de entonces, se las había arreglado para empezar la escuela profesional, con el apoyo del equipo. Ella ya no estaba en relación con su novio, pero estaba en contacto con su madre y había visitado a su padre y a su nueva familia. Se reunió con su hermano en una de sus visitas con su madre. Habían tenido un par de reuniones de la familia con el equipo también.

ENTENDER EL PROCESO DIALOGICO DE CURACION

El desarrollo del enfoque de Diálogo Abierto implicó procesos recursivos entre acción, observación, investigación, descripción, y teoría. Hallazgos prácticos en la clínica, junto con la búsqueda de información, nos llevó a explorar perspectivas teóricas, que a su vez condujeron a cambios y mejoras de la práctica, lo que nos llevó a continuar la búsqueda de la teoría para describir nuestras observaciones de los efectos de estos cambios y mejoras. El diálogo entre el primer autor -finlandés- y el segundo autor -estadounidense- agregó más capas en el proceso recursivo. En lo que sigue, abstraemos de esta compleja empresa la teoría de que ha informado a nuestra práctica y a nuestras observaciones de las acciones que creemos que han sido útiles para las redes con las que hemos trabajado. Compartimos nuestro punto de vista particular sobre el diálogo y exploramos cómo la teoría dialógica puede ser enriquecida por las ideas de la psicología del desarrollo y la neurobiología. Nosotros usamos nuestros lentes teóricos para examinar las actividades que parecen ser factores en la curación: la creación de nuevos lenguajes compartidos en una conversación con muchas voces, la experiencia emocional compartida, y la creación de comunidad, todo lo cual, creemos, están apoyados por poderosa sintonía emocional mutua, una experiencia que la mayoría de la gente reconocería como sentimientos de amor.

El Diálogo como Condición para la Comprensión

Las ideas de Mikhail Bakhtin (1975, 1984) y Valentin Voloshinov (1929/1973) han influido en el proceso de Diálogo Abierto desde sus inicios. Bakhtin entendía el diálogo como la condición para el surgimiento de ideas. Es en las particularidades de los intercambios entre personas en el momento en que el significado se desarrolla, no en el propio intelecto, sino más bien, en el espacio interpersonal entre ellos. Tomando 'prestadas' palabras ya ricamente dotadas de los significados que conllevan a partir de su uso previo, los participantes en el diálogo forjan significados únicos para estas palabras en la ocasión particular de su uso. Un enunciado deriva su significado tanto del oyente como del hablante; para que las palabras tengan significado, requieren respuestas. Esta dependencia de la respuesta para el sentido contribuye a lo que Bakhtin llama 'infinalizabilidad' del diálogo (Holquist, 1981). El significado constantemente se genera y se transforma por el proceso intrínsecamente impredecible de la respuesta, la respuesta a la respuesta, seguida de otra respuesta, en un proceso que puede ser interrumpido pero nunca puede ser concluido. Cuantas más voces se incorporen a un 'diálogo polifónico' (Bakhtin, 1984), mayores son las posibilidades de comprensión emergente. Por tanto, los miembros del equipo se esfuerzan para hacer expresar las voces de todos los participantes en la habitación. Para cada tema en discusión, cada individuo responde a una multiplicidad de voces, tanto internamente como en relación con los demás en la habitación. Todas estas voces están en diálogo con los demás. Por lo tanto, el objetivo no es encontrar una descripción o explicación. El diálogo es un acto mutuo, y centrándose en el diálogo como una forma de psicoterapia cambia la posición de los terapeutas, que actúan ya no como

intervencionistas, sino como participantes en un proceso mutuo de expresar y de responder. En lugar de ver a la familia o las personas como objetos, se convierten en parte de las relaciones sujeto-sujeto (Bakhtin, 1984).

Una manera de entender el diálogo es distinguirlo de un monólogo. Braten (1988) describió el monólogo como ver al otro como pasivo. Interpersonalmente, el monólogo implica silenciar al otro por dominación o por el control de los medios disponibles de explicación. Intrapsíquicamente, el monólogo limita la propia representación interna del otro ('El Otro Virtual' de Braten [1992]) a la posición de eco y ratificación para la voz interior del yo. El intercambio verbal entre un paciente y un médico para descartar un ataque al corazón es un ejemplo de discurso monológico interpersonal. El médico se guía en sus preguntas al paciente por un mapa interno bien establecido del patrón de los síntomas de un ataque al corazón y un conjunto claro de instrucciones para la acción, si se confirma el diagnóstico. Las respuestas del paciente al médico se encuentran bajo el control de este discurso monológico. En situaciones de trauma, el discurso tiende hacia el monólogo entre los miembros de una red de afectados por la situación extrema. A veces, los miembros dominantes de la red pueden imponer su monolítica visión de la situación a los demás. Más a menudo, varios puntos de vista opuestos compiten por dominar la situación. A pesar de que puedan surgir algunas declaraciones dialógicas individuales, estas no se convierten en la principal forma de conversación. Nadie está realmente escuchando o respondiendo a los demás porque cada uno se aferra obstinadamente a su propia comprensión. La conversación continúa principalmente en el dominio monológico, que en tales situaciones es desadaptativa porque las comprensiones de los miembros de la red no han logrado resolver la situación, y no pueden surgir nuevas ideas si todo el mundo se ha quedado atascado en el modo de monólogo. Los miembros de la red en dificultades se ven atrapados en un dilema: para encontrar la manera de salir de su situación, deben cambiar al diálogo, pero el diálogo por su propia naturaleza es impredecible y por lo tanto especialmente peligroso para las personas que luchan con el trauma (Kamya y Trimble, 2002). Así, en el caso ilustrativo, tanto Ingrid como su madre dijeron cuanto miedo pasaron antes de la reunión.

El dialogismo se acerca a la terapia, y comparte con los constructivistas y construccionistas sociales, la idea de que el significado se genera a partir de la actividad relacional. Compartimos el punto de vista de los pensadores postmodernos (por ejemplo, Lannamann, 1998; Pakman, 1995; Shotter y Lannamann, 2002) que hacen hincapié en que esta actividad de relación se da entre personas 'de carne y hueso', que están configuradas y limitadas por las particularidades de sus cuerpos físicos y las influencias contextuales (por ejemplo, clase, raza, género, cultura, geografía, historia). La encarnación física y contextual proporciona tanto posibilidades como limitaciones para la construcción colaborativa de significado. El diálogo se produce en las particularidades concretas, a menudo triviales, de la experiencia humana, en lo que Bakhtin (1984) llamó la 'ocurrencia singular de existir'. Por tanto, mientras los miembros del equipo solicitan la voz de todos los participantes en la reunión, están constantemente enfocados en lo que está ocurriendo en el momento. Sin sintonía con la inmediatez del momento, el proceso de diálogo puede ser inhibido. Haarakangas (1997) describió una situación de terapia familiar formativa en la que cada vez que los supervisores presentaban propuestas para nuevos temas de conversación desde atrás del espejo unidireccional, se interrumpían pequeños gérmenes de diálogo. Desde la posición de observador neutral sin sentarse en la misma habitación, es muy difícil entender la experiencia comprensiva, personal y compartida en la que el terapeuta y los miembros de la familia se sientan juntos. Sin esta experiencia, las palabras utilizadas y oídas se tornan fácilmente en una descripción meramente racional. En un estudio (Seikkula, 2002), encontramos que en el primer encuentro con un paciente psicótico grave, si no respondíamos inmediatamente a las expresiones psicóticas del paciente o a los primeros pequeños signos de reflexión por su parte, la posibilidad para el diálogo se podía perder, dando lugar a resultados insatisfactorios.

Desde la perspectiva de Bakhtin (1975), 'para la palabra (y por lo tanto para un ser humano) no hay nada más terrible que la falta de respuesta' (p. 127). Respetando el principio dialógico de que cada expresión exige una respuesta con el fin de tener sentido, los miembros del equipo se esfuerzan por responder a lo que se dice. Responder no significa dar una explicación o interpretación, sino más bien, mostrar en la propia respuesta que uno se ha dado cuenta de lo que se ha dicho, y cuando sea posible, abriendo un nuevo punto de vista sobre lo que se ha dicho. Esto no es una interrupción forzada de cada declaración para dar una respuesta, sino una adaptación de las palabras de la propia respuesta al ritmo natural que emerge de la conversación. Los miembros del equipo responden como personas 'de carne y hueso', participando con interés genuino en lo que cada persona en la habitación tiene que decir, evitando cualquier sugerencia de que alguien haya dicho algo malo. A medida que el proceso permite a los miembros de la red encontrar su voz, también se responden a sí mismos. Para un hablante, oír sus propias palabras después de recibir los comentarios que les responden permite entender más lo que ha dicho. Utilizando el lenguaje cotidiano con el que los clientes están familiarizados, las preguntas de los miembros del equipo facilitan la narración de historias que incorporan los detalles mundanos y las emociones difíciles de los eventos de los que se habla. Al solicitar los comentarios de otros miembros de la red sobre lo que se ha dicho, los miembros del equipo ayudan a crear una imagen multifacética del evento.

En un diálogo reflexivo, dirigiendo cuidadosamente sus comentarios y sus miradas entre ellos en lugar de hacia los miembros de la red, y comentando entre sí acerca de sus observaciones, los miembros del equipo de construyen nuevas palabras de una manera muy concreta. Para los miembros del equipo es tan importante entablar diálogo entre sí acerca de los comentarios de los demás como hacer los propios comentarios. El diálogo del equipo permite a los miembros de la red una imagen más colorida de su propia situación, y a todo el mundo se le ofrecen más posibilidades para la comprensión de lo que está pasando.

Aunque el contenido de la conversación es de importancia primordial para los miembros de la red, el objetivo principal de los miembros del equipo es la forma en que el contenido se habla. Más importante que cualquier regla metodológica es estar presente en el momento, la adaptación de sus acciones a lo que está sucediendo a cada paso en el diálogo. Cada reunión de tratamiento es única; todos los temas tratados en reuniones anteriores ganan nuevos significados en el momento presente. Estos incluyen lo que podemos recordar de los primeros diálogos, pero también incluyen algo completamente nuevo, experimentado por primera vez. La tarea de los miembros del equipo es abrir un espacio para estos nuevos significados, de los que anteriormente no se habló (Anderson y Goolishian, 1988).

Los miembros del equipo evitan hablar demasiado rápido o dirigirse hacia conclusiones. Tolerar una situación en la que no hay respuestas ya hechas o en la que se hacen disponibles planes de tratamiento, permite a los miembros de la red hacer uso de sus propios recursos psicológicos naturales. Cuando se unen múltiples voces compartiendo la situación, surgen nuevas posibilidades. Estas posibilidades rara vez surgen como una sola respuesta inequívoca a la pregunta de cómo seguir adelante. Diferentes miembros de la red viven en situaciones muy diferentes, incluso contradictorias, y por lo tanto tienen ideas muy diferentes del problema. Considere la posibilidad de una crisis que implica a madre, padre e hijo, en la que el hijo, sospechoso de abuso de drogas, se vuelve casi psicótico. El padre puede estar preocupado sobre todo por la reputación de la familia entre sus compañeros de trabajo y la madre sobre la salud de su hijo, y el joven puede protestar airadamente que no necesita ningún tratamiento y que sus padres están locos y deben buscar tratamiento por sí mismos.

LA EXPERIENCIA COMPARTIDA DE LA EMOCION

Comprometidos a responder como personas 'de este mundo', los miembros del equipo son muy conscientes de sus propias emociones en resonancia con las expresiones de emoción en la sala. Respondiendo al discurso psicótico extraño y aterrador de la misma manera como a cualquier otra observación ofrece un 'discurso normalizante', haciendo las dolorosas declaraciones psicóticas inteligibles como reacciones comprensibles ante una situación de vida extrema en la que el paciente y sus próximos están viviendo. Comprender no implica descartar o minimizar las dificultades, la respuesta del miembro del equipo resuena con el grado de angustia y dificultad pronunciado. De hecho, a veces los miembros del equipo ofrecen mejores oportunidades para los miembros de la red de expresar los sentimientos de desesperanza. Esto contrasta con un enfoque orientado a las soluciones en las que el terapeuta trata de encontrar las palabras más positivas para la construcción de la experiencia. En el caso ilustrativo, era importante que las emociones de los miembros de la familia conectadas a la experiencia 'aún no hablada' del asalto a Ingrid fueran expresadas abiertamente en las reuniones en presencia de las personas más importantes en la vida de Ingrid.

Dejando claro que el equipo seguiría participando en la red durante todo el tratamiento, asegurando que todas las decisiones de tratamiento se discutieran y decidieran en forma conjunta, mediante la exploración de temas de gran intensidad emocional en un ambiente tranquilo, de manera comprometida, y por la constante búsqueda de las contribuciones de todos los participantes, los miembros del equipo proporcionan una previsibilidad tranquilizadora en el proceso de intervención. Los miembros de la red se dan cuenta de que pueden confiar en los profesionales para ayudarles a seguir participando en las conversaciones sobre temas difíciles y dolorosos que no se había logrado contener en la conversación anterior.

Desde el principio, la práctica de la terapia en la red reconoce la importancia de la experiencia emocional compartida para la curación (Seikkula et al, 1995; Speck y Attneave de 1973, Van der Velden, Halevy-Martini, Ruhf, y Schoenfeld, 1984). La crisis que mueve a los miembros de la red a buscar ayuda y los conflictos entre los miembros de la red, cada uno contribuye a la poderosa 'carga' emocional de una reunión. Respondiendo con la totalidad de su persona, los 'yos' concretos de los miembros del equipo manifiestan que son conmovidos por las emociones en la sala. Sus pasos tranquilos y respetuosos en la conversación crean un ritmo que permite la experiencia y la expresión completas de sentimientos en la reunión. Si los miembros del equipo tratan de mover la conversación hacia adelante muy rápido en esos momentos, existe el riesgo de que se llevará a cabo únicamente en un nivel racional. Los recuerdos más difíciles y traumáticos se almacenan en la memoria corporal no-verbal (Van der Kolk, 1996). La creación de palabras para estas emociones es una actividad fundamental. Para que se encuentren las palabras, los sentimientos deben resistir. Empleando la fuerza de las relaciones humanas para mantener las emociones fuertes, a los miembros de la red se les anima a mantener emociones intensas y dolorosas de tristeza, impotencia y desesperanza. Un proceso dialógico es condición necesaria para hacer esto posible. Para apoyar el proceso dialógico, los miembros del equipo atienden a cómo los sentimientos se expresan por las voces de muchos órganos del cuerpo: lágrimas en los ojos, la constricción de la garganta, los cambios en la postura y expresión facial. Los miembros del equipo son sensibles a cómo el cuerpo puede ser tan forzado emocionalmente mientras se habla de temas muy difíciles como para inhibir hablar más, y responden con compasión para sacar adelante las palabras en esos momentos. Las experiencias que se habían almacenados en la memoria del cuerpo como síntomas, son 'vaporizadas' en palabras.

En nuestra experiencia, cuanto más duras las experiencias y emociones vividas juntos a raíz de la reunión, más favorable parece ser el resultado. Antes de la reunión, los miembros de la red pueden haber estado luchando con situaciones de dolor insoportable y han tenido dificultades para hablar entre sí acerca de sus problemas. Por lo tanto, se han distanciado de los demás cuando más necesitaban el apoyo mutuo. En la reunión, a los miembros de la red les

resulta posible sobrellevar la gravedad y la desesperanza de la crisis, mientras sienten su solidaridad con la familia y con los amigos íntimos. Estas dos corrientes emocionales distintas y de gran alcance fluyen a través de la reunión, amplificándose entre sí de forma recursiva. Emociones dolorosas estimulan un fuerte sentimiento de pertenencia y de solidaridad. Estos sentimientos de solidaridad a su vez, permiten profundizar en los sentimientos dolorosos y, por lo tanto, generar fuertes sentimientos de solidaridad, y así sucesivamente. De hecho, parece que el cambio del discurso monológico rígido y limitado hacia diálogo, se produce como si por sí mismo, cuando las emociones dolorosas no son tratadas como peligrosas, sino que se permite que fluyan libremente en la habitación (Trimble, 2000; Tschudi y Reichelt, 2004).

Es importante recordar que todos los miembros de la red se enfrentan a los incidentes y experiencias con carga emocional que constituyen la crisis, aunque desde diferentes posiciones. Los miembros de la red pueden haber actuado para provocar la crisis, pueden vivirla a través de los efectos de la crisis, o ambas cosas a la vez. Las alucinaciones de un paciente con problemas psicóticos pueden incorporar los eventos traumáticos en forma metafórica. Aunque la alusión de los síntomas a los acontecimientos traumáticos pueda, por tanto, ser inaccesibles a los miembros de la red, ellos mismos pueden haber sido afectados por los mismos hechos, y se estimulen sus propias reacciones emocionales incorporados. La carga emocional de estas interacciones y ampliaciones colectivas de los estados emocionales hace la reunión de la red muy diferente de un diálogo entre dos personas. La carga rara vez se manifiesta como una gran explosión o catarsis. Con mayor frecuencia surge como pequeñas sorpresas que se abren nuevos caminos para el diálogo. Por su naturaleza, el intercambio emocional se produce en el momento inmediato, y la experiencia no se puede mover, como tal, a otro tiempo o lugar. El resultado de la reunión se experimenta más como las experiencias integrales incorporadas por los participantes que en las explicaciones de los problemas ofrecidas a las decisiones tomadas al final de la reunión. Esto puede ser inusual para los profesionales acostumbrados a trabajar de una manera más estructurada. Esto podría haber sido uno de los factores detrás de los comentarios negativos de la trabajadora social después de la reunión de Ingrid, cuando ella preguntó por decisiones más concretas a realizar.

Observando y reflexionando sobre su experiencia al participar en decenas de reuniones de la red, el primer autor comenzó a reconocer un proceso emocional que, cuando aparecía en una reunión de tratamiento, marcaba un cambio de monólogo a discurso dialógico y predecía que la reunión sería útil y productiva. El lenguaje de los participantes y sus gestos corporales comienzan a expresar las emociones fuertes que, en el lenguaje cotidiano utilizado en las reuniones, podría ser mejor descrito como una experiencia de amor. Al igual que en la reunión con Ingrid y su red social, esto no era romántico, sino otro sentimiento amoroso que se encuentra en familias que absorben sentimientos mutuos de afecto, empatía, preocupación, cuidado, protección, seguridad, y la conexión emocional profunda. Una vez que los sentimientos se hacían muy comunes a lo largo de la reunión, la experiencia de curación relacional se hacía palpable.

APLICACIÓN DE LALENTE DE LA TEORÍA DEL DESARROLLO

El dialogismo no es simplemente una forma de comunicación, sino una posición epistemológica (Markova, 1990). En las reuniones de tratamiento, como actores dialógicos, nuestras experiencias de acción necesariamente toman forma por la sintonía dialógica que corresponda al momento particular de la conversación entre seres personificados en un evento que ocurre una sola vez. Sin embargo, al reflexionar sobre estas experiencias, especialmente cuando nos esforzamos para hacerlas comprensibles a la comunidad de nuestros colegas, encontramos útil echar mano de una variedad de discursos, incluyendo el discurso científico moderno, con el fin de explicarlas. Tal como entendemos la teoría posmoderna, no prohíbe el uso de cualquier forma de discurso. Por el contrario, prohíbe toda forma de discurso de hacer declaraciones en exclusiva a la verdad. Reconocemos que nuestros esfuerzos para explicarnos podrán invocar teorías que, en última instancia, no estarán de acuerdo unas con otras. Haciéndolo así, creemos que, al igual que en el discurso con múltiples voces de las reuniones de tratamiento, estamos realizando una práctica polifónica desde la que siguen apareciendo nuevos conocimientos.

Las ideas del psicólogo del desarrollo Lev Vygotsky (1978, 1934/1986) resuenan en muchos aspectos con las ideas de la dialógica de su compatriota y contemporáneo de la era soviética Mikhail Bakhtin. Vygotsky propuso que el lenguaje, el pensamiento y la mente se originan como acontecimientos interpersonales que devienen procesos individuales internalizados en el transcurso del desarrollo. Vygotsky reinterpretó el lenguaje egocéntrico de Piaget (1923/2002) como el inicio de la interiorización del discurso de los padres, por tanto remodelando la teoría individual de Piaget en una de social (Bruner, 1985). El niño toma el papel de ambos padre e hijo dando instrucciones y comentarios sobre sus propias acciones. A medida que este habla de varias voces se vuelve totalmente interiorizado, forma la base para el lenguaje interior, un poderoso instrumento para la regulación de la acción y los estados emocionales.

La idea de Vygotsky de la "zona de desarrollo proximal" proporciona un marco de referencia para la comprensión de cómo las acciones de los miembros del equipo favorecen el flujo de la emoción en las reuniones de tratamiento. La zona de desarrollo proximal es el espacio metafórico entre el estudiante que se esfuerza por aprender nuevas habilidades un poco más allá de los límites de su capacidad actual, y el profesor que, dominando ya estas habilidades, tira del estudiante, ofreciendo las habilidades del profesor como un andamio para apoyar el desarrollo de las habilidades del estudiante. El proceso, sin embargo, no es un acto unilateral dirigido desde la persona más hábil hacia el estudiante, sino una cooperación mutua en la que el responsable debe adaptar constantemente su actividad al

aprendiz (Bruner, 1985). En el caso del Diálogo Abierto, parece que en las reuniones la experiencia de los miembros del equipo para manejarse con emociones fuertes proporciona un marco seguro en el que los miembros de la red descubren sus habilidades para mantener la conversación acerca de las experiencias más difíciles. Aunque tocados por las emociones en la sala, los miembros del equipo aún no están sumergidos tan completamente como los miembros de la red. No habiendo participado en los sucesos del pasado que han dado forma a la actual crisis, son menos vulnerables a ser emocionalmente desbordados. Ellos no comparten la intensidad de la involucración física de los miembros de la red en los sentimientos en la habitación. Sus experiencias con otras crisis en otras redes les han mostrado que la crisis actual puede superarse. La experiencia personal de los miembros del equipo se manifiesta con su presencia en la habitación, irradiando una calmada confianza y una implicación compasiva. Demostrando, con su presencia corporal, que es posible hablar de experiencias muy difíciles, proporcionan una sensación de seguridad que hace posible para los miembros de la red ir más allá de su impasse monológica.

Los psicólogos del desarrollo contemporáneos han demostrado que en el desarrollo de la estructura del cerebro y del cuerpo humano, el diálogo es un proceso formativo fundamental originándose en los primeros meses de vida. La idea de Vygotsky de que la mente se origina en la relación, resuena con las ideas de Braten (1988, 1992, 1997a, 1997b), Stern (1974), Siegel (1999), y Trevarthen (1979a, 1979b, 1990, 1992), que describe el infante como involucrándose en una relación dialógica con otros desde el primer momento después del parto. El bebé llega al mundo instalado en un entorno progenitor-hijo en el que la regulación mutua [incorporada] de los estados emocionales se desarrolla a lo largo de la maduración hacia la dirección mutua de la atención al mundo de los objetos, luego hacia la atención mutua a los signos y, finalmente, en el entendimiento mutuo del lenguaje.

Las cuidadosas observaciones de Trevarthen (1979a), sobre los padres y los bebés demuestran que la experiencia humana original del diálogo surge en las primeras semanas de vida, como progenitor e hijo participan en una danza exquisita de la sintonía emocional mutua por medio de la expresión facial, gestos con las manos, y tonos de vocalización. Esto es realmente un diálogo, las acciones del niño influyen en los estados emocionales del adulto y el adulto, mediante la participación, estimulante y calmante, influye en el estado emocional del niño. Siegel (1999) describió la complejidad neurobiológica de la influencia mutua entre el adulto maduro y niño inmaduro a través de procesos de alineamiento, armonización, y resonancia. El diálogo emocional entre el adulto y el niño da forma a la capacidad del sistema nervioso del niño para autorregular sus estados emocionales y prepara el sistema entre padres e hijos para el aprendizaje posterior del lenguaje, con su capacidad aparentemente ilimitada para ampliar el diálogo.

Vygotsky (1934/1986) sostuvo que la vida psicológica se origina a partir de la acción en las relaciones sociales. En la primera infancia, la voz de los padres organiza y regula el comportamiento del niño. Hablando en voz alta, el niño comienza a desarrollar su propio control sobre su conducta, una forma transitoria de control social. Con la maduración, este habla de discurso social se internaliza como la experiencia psicológica del lenguaje interiorizado, que es fundamental para la auto-regulación de la emoción y la acción. A medida que el niño se desarrolla más, las palabras se convierten tanto en los objetos y los medios de funciones mentales superiores más complejas (Vygotsky, 1978), que amplían la capacidad de creación de significado. Cuando un miembro de la red habla en voz alta, las palabras producidas en sus cuerdas vocales hacen que sea posible para él mismo escuchar lo que está diciendo. Cuando las respuestas del equipo y miembros de la red le demuestran que sus palabras son aceptadas e importantes, él mismo puede reflexionar sobre su significado. A medida que lo todavía-no-dicho (Anderson y Goolishian, 1988) surge en el espacio entre el orador y los oyentes, la respuesta de los presentes lo convierte en una experiencia de sanación, a menudo manifestada por el orador visiblemente conmovido emocionalmente. La tarea de los oyentes en ese momento es aceptar las palabras del orador del todo, sin ofrecer en absoluto ninguna palabra de la interpretación o de la perspectiva alternativa. Ofrecer una explicación racional en un momento puede conducir al orador a defender su palabra, y el proceso es inhibido.

Encontramos que estas ideas de la psicología del desarrollo son útiles en la comprensión de una variedad de fenómenos en el proceso dialógico. La importancia de mantener la expresión emocional en el diálogo es ratificada por el papel de la regulación emocional mutua en las primeras relaciones dialógicas en los humanos. La regulación emocional mutua es fundamentalmente formativa del proceso relacional que apoya los procesos dialógicos más complejos mediados por el lenguaje. La experiencia de los sentimientos de amor es un indicador de que la regulación emocional mutua está funcionando de manera efectiva en una reunión exitosa. La regulación emocional mutua también parece ser fundamental para apoyar las actividades en el Diálogo Abierto para la construcción de un nuevo lenguaje común y para la creación de comunidad.

LA CREACION DE UN NUEVO LENGUAJE COMPARTIDO

La actividad de construir un nuevo lenguaje común incorporando las palabras que los miembros de la red traen a las reuniones y las palabras nuevas que surgen del diálogo entre los miembros del equipo y la red, ofrece una alternativa curativa para la descripción de los síntomas o del comportamiento difícil. El equipo ayuda a cultivar una cultura de la conversación que respeta todas las voces y se esfuerza por escuchar a todas las voces. Las acciones esenciales del equipo hacia este propósito son los siguientes:

- (1) Pedir información de una manera que hace que contar las historias tan fácil como sea posible y tan angustiosa

como sea posible. Esto incluye el uso de lenguaje cotidiano, buscando información, y se formularan observaciones sobre las respuestas de la gente, generando así una imagen multifacética de un incidente.

(2) Escuchar con atención y compasión, ya que cada hablante toma un turno y se hace espacio para cada expresión, incluidas las realizadas en habla psicótico. Mostrar reconocimiento de las situaciones extremas de vida que engendraron las ideas psicóticas y los sentimientos de desesperanza.

(3) Llevar a cabo un diálogo reflexivo entre los miembros del equipo, comentando no sólo las expresiones de los miembros de la red, sino también en las expresiones de los miembros del equipo sobre las expresiones de los miembros de la red. Este proceso recursivo ayuda a los miembros del equipo, a otros profesionales en la reunión, y a los miembros de la red tolerar la incertidumbre de una situación en la que no hay respuestas rápidas a problemas difíciles y no hay decisiones rápidas de tratamiento. Al tolerar esta incertidumbre, los miembros de la red descubren en su puesta en común de la situación, los recursos psicológicos para responder a la pregunta de cómo seguir adelante.

Después que los miembros del equipo han entrado en la conversación adaptando sus expresiones a las del paciente y de su entorno social más próximo, con el tiempo los miembros de la red pueden llegar a adaptar sus propias palabras a las del equipo. A uno le ayuda a entender más cuando se da cuenta de que el otro le comprende a uno mismo. Si uno descubre que es escuchado, puede que sea posible comenzar a escuchar y sentir curiosidad por las experiencias de los demás y sus opiniones. Juntos, los miembros del equipo y la red construyen un área de lenguaje común en la que llegan a acuerdos sobre el uso de algunas palabras en esta situación particular. Este lenguaje común, emergiendo en el área entre los participantes en el diálogo, expresa su experiencia compartida de los incidentes y de las emociones incluidas en ellos.

Al escuchar el diálogo reflexivo de los miembros del equipo, los miembros de la red descubren nuevas posibilidades para el significado de la situación. Braten (1997b) describe cómo el sistema nervioso se organiza para permitir a la persona cambiar de forma fluida entre el compromiso con el Otro Real externo y el compromiso con el Otro Virtual interno. Momentáneamente aliviado de la necesidad de expresarse en una conversación con otras personas en la habitación, un miembro de la red puede activar el diálogo con su Otro Virtual interno mientras escucha las palabras del equipo. De sus diálogos internos de reflexión surgen nuevas formas de entender la situación problemática que, cuando después se dicen en voz alta, llevan el diálogo del grupo hacia posibilidades nuevas, anteriormente no descubiertas.

Tal como los síntomas son experiencias personales integrales, así lo es el nuevo lenguaje generado a través de experiencias personales integrales, más que por explicación racional. A medida que los miembros de la red comparten sentimientos de unión, comienzan a dar voz a lo-aún-no-dicho. Compartir problemas difíciles puede sentirse como una amenaza si los intentos anteriores han llevado al fracaso doloroso. Uno aprende que, al empezar a ser abierto respecto a las propias experiencias, a menudo significa que los demás presentes en la reunión, incluso los más silenciosos, se vuelven más abiertos y más capaces de confiar en los demás y a creer de que las cuestiones difíciles son posibles de manejar. A medida que el equipo y la red viven las experiencias que de esta manera se expresan en la habitación, la experiencia emocional compartida permite que las palabras familiares para los miembros de la red se organicen en nuevos conocimientos, historias en las que cada participante puede tratar los propios traumas y manejar sus propias emociones. Es cuando el nuevo lenguaje captura al original, la angustiada historia no expresada y el contexto del que surgieron los primeros síntomas, que el diálogo comienza a compensar los síntomas. Es cuando los miembros de la red encuentran el lenguaje para sus experiencias traumáticas, que tanto las situaciones descritas como las emociones asociadas con ellos se hacen controlables. Como se observa en el caso de Ingrid, este proceso puede ser de gran alcance. Ingrid no tiene ningún flashback en los 4 meses siguientes a la única reunión, en la que se hizo posible compartir el incidente traumático, la insatisfacción con el largo proceso de tratamiento, y los fuertes sentimientos de culpa y de pertenecer unos a otros.

Los factores de curación que ya hemos descrito contribuyen a la creación de comunidad. La comunidad es sostenida y revitalizada mediante el intercambio colectivo de sentimientos fuertes, con el proceso de armonización recíproca haciendo salir nuestra capacidad de relación más profundamente humana. La participación en el lenguaje común ayuda a definir la pertenencia y la identidad con la comunidad. Los significados y los sentimientos se intersecan en los profundos valores humanos básicos que constituyen el punto de encuentro entre el equipo y miembros de la red. Los valores humanos son fundamentales para la cultura de cualquier comunidad.

EL AMOR COMO MARCADOR DE MOMENTOS DE CURACION

El proceso de curación y cambio en las reuniones de Diálogo Abierto es sutil, envuelto en el lenguaje familiar de los miembros de la red, al hablar acerca de cómo llevarán sus vidas juntos. Hemos aprendido que mediante el apoyo al diálogo en la conversación, a fomentar la libre expresión de las emociones, y a facilitar el surgimiento de un lenguaje nuevo común en la comunidad formada para el tratamiento, podemos presenciar redes descubriendo que tienen que pasar por situaciones muy difíciles y penosas y seguir adelante. Algunas experiencias han llegado a marcar para nosotros puntos de inflexión en el proceso de curación. Que incluyen fuertes sentimientos colectivos de compartir y de pertenencia; expresiones emergentes de confianza, expresiones personales de la emoción; sentimientos de alivio de la tensión experimentada y de relajación física; y, tal vez sorprendentemente, nosotros mismos implicándonos en emociones fuertes y evidenciando el amor. A otros podría gustarles llamarlo una profunda confianza o algún otro término más neutral. Para nosotros, cambiando el enfoque en una reunión de la red de una intervención para promover

el diálogo, también damos un paso desde la aplicación de un método terapéutico específico hacia valores humanos más básicos.

Maturana (1978) escribió: "la única trascendencia de nuestra soledad individual que podemos experimentar surge a través de la realidad consensual que creamos con los demás, es decir, a través del amor" (pp. 62-63). Los sentimientos de amor que surgen en nosotros durante una reunión de la red no son ni románticos ni eróticos. Son nuestras propias respuestas incorporadas a la participación en un mundo compartido de sentido co-creado con la gente que confía en los demás y en nosotros mismos como seres transparentes, integrales entre sí. Tschudi y Reichelt (2004), cuyo uso de las conferencias en red sigue un paralelismo con las reuniones de Diálogo Abierto de muchas maneras, invocan al "Yo-Tú" de Buber (1923/1976), un encuentro de todo corazón en el que uno se relaciona con el otro con el total de uno mismo. Nuestra sintonía muy enfocada a las palabras y los sentimientos de los miembros de la red resuena con el más fundamental de las relaciones humanas, una relación que los psicólogos del desarrollo reconocen ahora que es verdaderamente recíproca y dialógica desde el nacimiento. A medida que somos absorbidos completamente en el intercambio profundo de sintonía mutua en una reunión de la red, tenemos acceso a los sentimientos que nos unen como seres relacionales, y que nos hacen verdaderamente humanos.

REFERENCIAS

- Andersen, T.** (1991). *The reflecting team: Dialogues and dialogues about the dialogues*. New York: Norton.
- Anderson, H., & Goolishian, H.** (1988). Human systems as linguistic systems: Preliminary and evolving ideas about the implications for clinical theory. *Family Process*, 27, 371–393.
- Attneave, C., & Speck, R.** (1974). Social network intervention in time and space. In A. Jacobs & W. Spradlin (Eds.), *The group as agent of change* (pp. 166–186). New York: Behavioral Publications.
- Bakhtin, M.** (1975). *Speech genres and other late essays*. Austin: University of Texas Press.
- Bakhtin, M.** (1984). *Problems of Dostojevskij's poetics: Theory and history of literature* (Vol. 8). Manchester, England: Manchester University Press.
- Bruner, J.** (1985). Vygotsky: A historical and conceptual perspective. In J. Wertsch (Ed.), *Culture, communication and cognition: A Vygotskian perspective* (pp. 21–34). Cambridge, MA: Harvard University Press.
- Bråten, S.** (1988). Between dialogical mind and monological reason: Postulating the virtual other. In M. Campanella (Ed.), *Between rationality and cognition* (pp. 205–235). Torino, Italy: Albert Meynier.
- Bråten, S.** (1992). The virtual other in infants' minds and social feelings. In A.H. Wold (Ed.), *The dialogical alternative: Towards a theory of language and mind* (pp. 77–97). Oslo, Norway: Scandinavian University Press.
- Bråten, S.** (1997a). Infant learning by participation: The reverse of egocentric observation in autism. In S. Bråten (Ed.), *Intersubjective communication and emotion in early ontogeny* (pp. 105–124). Cambridge, England: Cambridge University Press.
- Bråten, S.** (1997b). Intersubjective communion and understanding: Development and perturbation. In S. Bråten (Ed.), *Intersubjective communication and emotion in early ontogeny* (pp. 372–382). Cambridge, England: Cambridge University Press.
- Buber, M.** (1976). *I and thou*. Kaufman, W. (Trans.) New York: Touchstone (Original work published 1923).
- Fishbane, M.** (1998). I, thou, and we: A dialogical approach to couples therapy. *Journal of Marital and Family Therapy*, 24, 41–58.
- Haarakangas, K.** (1997). Hoitokokouksen aˆaˆnet. 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. *Jyvaˆskyläˆ Studies in Education, Psychology and Social Research*, 130, 119–126.
- Holquist, M.** (Ed.). (1981). *The dialogic imagination: Four essays by M. M. Bakhtin*. C. Emerson & M. Holquist (Trans.) Austin: University of Texas Press.
- Inger, I., & Inger, J.** (1994). *Creating an ethical position in family therapy*. London: Karnac.
- Kama, H., & Trimble, D.** (2002). Response to injury: Toward ethical construction of the other. *Journal of Systemic Therapies*, 21, 19–29.
- Kliman, J., & Trimble, D.** (1983). Network therapy. In B. Wolman & G. Stricker (Eds.), *Handbook of family and marital therapy* (pp. 277–314). New York: Plenum Press.
- Lannamann, J.** (1998). Social construction and materiality: The limits of indeterminacy in therapeutic settings. *Family Process*, 37, 393–413.
- Markova, I.** (1990). Introduction. In I. Markova & K. Foppa (Eds.), *Dynamics of dialogue* (pp. 1–22). London: Harvester.
- Maturana, H.** (1978). The biology of language: The epistemology of reality. In G. Miller & E. Lennenberg (Eds.), *Psychology and biology of language and thought* (pp. 27–63). New York: Academic Press.
- Pakman, M.** (1995). Therapy in contexts of poverty and ethnic dissonance: Constructivism and social constructionism as methodologies for action. *Journal of Systemic Therapies*, 14, 64–71.
- Paré, D., & Lysack, M.** (2004). The willow and the oak: From monologue to dialogue in the scaffolding of therapeutic conversations. *Journal of Systemic Therapies*, 23, 6–20.
- Penn, P., & Frankfurt, M.** (1994). Creating a participant text: Writing, multiple voices, narrative multiplicity. *Family Process*, 33, 217–213.
- Piaget, J.** (2002). *The language and thought of the child*. Marjorie Gabain & Ruth Gabain (Trans.) New York: Routledge Classics. (Original work published 1923).
- 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: Collaborative practice in family therapy* (pp. 62–80). New York: Guilford Press.
- Seikkula, J., Alakare, B., & Aaltonen, J.** (2001). Open Dialogue in psychosis II: A comparison of good and poor outcome cases. *Journal of Constructivist Psychology*, 14, 267–284.
- Seikkula, J., Alakare, B., Aaltonen, J., Haarakangas, K., Keränen, J., & Lehtinen, K.** (in press). 5 years experiences of first-episode non-affective psychosis in Open Dialogue approach: Treatment principles, follow-up outcomes and two case analyses. *Psychotherapy Research*.
- Seikkula, J., Alakare, B., Aaltonen, J., Holma, J., Rasinkangas, A., & Lehtinen, V.** (2003). Open Dialogue approach: Treatment principles and preliminary results of a two-year follow-up on first episode schizophrenia. *Ethical Human Sciences and Services*, 5(3), 163–182.
- Seikkula, J., & Olson, M.** (2003). The Open Dialogue approach to acute psychosis: Its poetics and micropolitics. *Family Process*, 42, 403–418.
- Shotter, J., & Lannamann, J.W.** (2002). The situation of social constructionism: Its “imprisonment” within the ritual of theory-criticism-and-debate. *Theory and Psychology*, 12, 577–609.
- Siegel, D.** (1999). *The developing mind: Toward a neurobiology of interpersonal experience*. New York: Guilford Press.
- Speck, R., & Attneave, C.** (1973). *Family networks*. New York: Pantheon.
- Stern, D.** (1974). Mother and infant at play: The dyadic interaction involving facial, vocal, and gaze behaviors. In M. Lewis & L. Rosenblum (Eds.), *The effect of the infant on its caregiver* (pp. 18–213). New York: Wiley.
- Stern, D.** (1993). The role of feelings for an interpersonal self. In U. Neisser (Ed.), *The perceived self: Ecological and interpersonal sources of self-knowledge* (pp. 205–215). New York: Cambridge University Press.
- Trevarthen, C.** (1979a). Communication and cooperation in early infancy. A description of primary intersubjectivity. In M. Bullowa (Ed.), *Before speech: The beginning of human communication* (pp. 321–347). Cambridge, England: Cambridge University Press.
- Trevarthen, C.** (1979b). Instincts for human understanding and for cultural cooperation: Their development in infancy. In M. von Cranagh, K. Foppa, W. Lepenies, & D. Ploog (Eds.), *Human ethology* (pp. 530–571). Cambridge, England: Cambridge University Press.
- Trevarthen, C.** (1990). Signs before speech. In T.A. Seveok & J. Umiker-Sebeok (Eds.), *The semiotic web* (pp. 689–755). Amsterdam: Mouton de Gruyter.
- Trevarthen, C.** (1992). An infant’s motives for speaking and thinking in the culture. In A.H. Wold (Ed.), *The dialogical alternative: Towards a theory of language and mind* (pp. 99–137). Oslo, Norway: Scandinavian University Press.
- Trimble, D.** (1980). A guide to the network therapies. *Connections*, 3(2), 9–22.
- Trimble, D.** (2000). Emotion and voice in network therapy. *Netletter*, 7(1), 10–15, Retrieved July 10, 2004, from <http://www.netletter.org>.
- Trimble, D.** (2001). Making sense in conversations about learning disabilities. *Journal of Marital and Family Therapy*, 27, 473–486.
- Tschudi, F., & Reichelt, S.** (2004). Conferencing when therapy is stuck. *Journal of Systemic Therapies*, 23, 38–52.
- Van der Kolk, B.A.** (1996). Trauma and memory. In B.A. van der Kolk, A.C. McFarlane, & L. Weisaeth (Eds.), *Traumatic stress: The effects of overwhelming experience on mind, body, and society* (pp. 279–302). New York: Guilford Press.
- Van der Velden, E., Halevy-Martini, J., Ruhf, L., & Schoenfeld, P.** (1984). Conceptual issues in network therapy. *International Journal of Family Therapy*, 6, 68–81.
- Volosinov, V.N.** (1973). *Marxism and the philosophy of language*. Matejka, L., & Titunik, I.R. (Trans.) Cambridge, MA: Harvard University Press. (Original work published 1929).
- Vygotsky, L.S.** (1978). *Mind in society: The development of higher psychological processes*. Cole, M., John-Steiner, V., Scribner, S., & Souberman, E. (Trans. & Eds.). Cambridge, MA: Harvard University Press.
- Vygotsky, L.S.** (1986). *Thought and language*. Kozulin, A. (Trans. & Ed.). Cambridge, MA: MIT Press. (Original work published 1934).