



CORSO DI FORMAZIONE
DIALOGO APERTO E PRATICHE
DIALOGICHE IN SALUTE MENTALE
con Raffaele Barone, Nina Saarinen e Riccardo Mazzeo

Modulo 2.1

Orientamento al Dialogo Aperto come sistema di trattamento

Con chi? Quando e dove? Come mai? I 7 Principi del Dialogo Aperto

PAESI NORDICI



IL DIALOGO APERTO è l'approccio della salute mentale maggiormente studiato nel mondo

LA FINALITA' DELLA RICERCA NEGLI ANNI 80':

- **OLTREPASSARE I CONFINI OSPEDALE TERRITORIO CON IL COINVOLGIMENTO DELLA FAMIGLIA E LA SUA RETE;** le prime idee sul dialogo negli incontri, per evitare il ricovero come la prima risposta.
- **1992-93 LA RICERCA FINLANDESE SUL RUOLO DELLA TERAPIA FARMACOLOGICA:** in Lapponia avevamo deciso di **non utilizzare la terapia farmacologica come la prima risposta**, scoprendo che solo 20% dei pazienti ne avevano bisogno.

LA RICERCA

- **1994-97** Studio longitudinale sul Dialogo Aperto in psicosi acuta a 5 anni dall'insorgenza. Studio criticato per la selettività dei pazienti meno gravi.
- **2003-2005** Ripetizione della ricerca con stessi risultati positivi.
- **2019** Tom Bergson: la ricerca conferma gli ottimi risultati.

LA RICERCA A SOSTEGNO DELLA PRATICA

- 1996: Dalle 3000 cartelle cliniche furono estrapolate 200 cartelle cliniche delle persone con esordio psicotico individuando i fattori che avevano determinato un decorso positivo nei 2 anni successivi: **7 principi.**
- Uno studio significativo è quello di **Kauko Haarakangas**
- L'outcomes povere vs buoni outcomes: il modo di discutere, il **linguaggio simbolico vs trattamento**

LA RICERCA

- Metodo che studia il cambiamento comunicativo mettendo al centro gli episodi topici e il modo con cui rispondiamo e il linguaggio che sviluppiamo in situazione.
- L'accademia Finlandese della scienza avvia una ricerca in cui al centro abbiamo «**il dialogo incorporato**»; *la relazione fra il modo con cui il corpo si sintonizza e il linguaggio parlato.*

LE TRE IPOTESI

- La "psicosi" come categoria separata non esiste – è un'esperienza possibile per tutti
- Il comportamento psicotico non è un sintomo di malattia ma è una strategia di sopravvivenza nelle esperienze di vita
- È più probabile che il comportamento psicotico prolungato derivi da un fallimento del trattamento
 - quando il trattamento inizia troppo tardi
 - la mancanza di comprensione della natura del problema porta a una risposta terapeutica erronea

CENNI STORICI

- Necessità percepita di alcuni professionisti e persone in difficoltà
- La ricerca di cure appropriate - a Turku negli anni '70, gruppo di lavoro del professor Yrjö Alanen - **Progetto Schizofrenia**
- **Integrare la psicoterapia individuale e la terapia familiare** - il trattamento è sempre la risposta ai bisogni unici del paziente e della famiglia
- Interesse prevalente era per la psicosi e la schizofrenia, ma valeva per tutte le crisi
- Primi anni '80 Keroputa Hospital a Tornio - 1984 si avvia la sperimentazione di «**un incontro di cura**»

IDEE GUIDA – principi della nuova pratica

- La necessità di una continua valutazione e ricerca sulle pratiche della cura e sul sistema di assistenza
- Critiche: i risultati delle ricerche sono "troppo buoni" – quale credibilità?
- La formazione continua del personale esula dalla formazione universitaria che non garantisce la permanenza della qualità della cura
- Tre anni di formazione in psicoterapia a Tornio dal 1986 - livello di istruzione più alto del personale che esiste nel mondo?

AIUTO IMMEDIATO

- Focus sulla crisi - primo incontro entro le 24 ore
- Il paziente si avvicina a un'esperienza "*non ancora detta*" – in quanto per due giorni c'è una finestra aperta sul mondo dell'esperienza psicotica
- Le emozioni aprono la strada al dialogo
- Le esperienze non dette sono corporee, olistiche - in un momento di crisi, l'opportunità di costruire nuove connessioni linguistico-corporee

PROSPETTIVA DI RETE SOCIALE

- Chiunque identifichi un problema dovrebbe considerare: chi conosce il problema, chi potrebbe aiutare e chi dovrebbe essere invitato a una riunione di trattamento
- Familiari, parenti, amici, colleghi di lavoro e collaboratori professionali
- Anche quando il cliente è «solo»

RETE SOCIALE

Dialoghi mentre molte voci sono presenti:

- il social network privato
- i professionisti in questa crisi acuta sono presenti insieme
- incontri *sui confini* tra molti professionisti e clienti - sul confine una nuova comprensione possibile

FLESSIBILITA'

- La persona contattata è responsabile dell'organizzazione del primo incontro
- La risposta *"Questo non ci appartiene"* è vietata
- Un team congiunto anche fra i settori dei servizi è responsabile delle decisioni e dell'intero processo di cura, indipendentemente dal luogo di cura
- I diversi metodi di trattamento sono integrati
- Il **team è integrato** (es. assistente sociale, infermiere psichiatrico ambulatoriale e psicologo ospedaliero)

LA FLESSIBILITA' ha la finalità di:

- Costruire un "scenario" sufficientemente sicuro per la condivisione
- Promuovere le risorse psicologiche del paziente e dei suoi cari
- Si evitano decisioni e piani di trattamento troppo precoci
- Definito come decisioni aperte anziché rapide

DIALOGO

- Il focus dell'azione terapeutica è nel **generare dialogo**, non nel cambiare il paziente o la famiglia
- Emergono delle **nuove parole** e un nuovo linguaggio comune per delle esperienze non ancora dette
- Il motto è **"Ascolta quello che dicono le persone, non quello che intendono"**

DIALOGO

- Una **conversazione aperta dall'inizio**: il paziente è presente e la famiglia è sempre invitata con la rete delle relazioni significativi
- "Non si dovrebbe parlare dei pazienti nella loro assenza a meno che non siano presenti e le decisioni familiari non possono essere prese a meno che la famiglia non sia coinvolta".
- Enfasi sul lavoro di squadra
- Il modello di trattamento è costruito in base alle esigenze uniche del paziente e della famiglia

Y.Alanen

RESPONSABILITA' E TRASPARENZA

- Tutti partecipano alla discussione fin dall'inizio
- Tutte le questioni relative all'analisi del problema, alla pianificazione del trattamento e alle decisioni terapeutiche sono discusse alla presenza di tutti
- La forma della discussione terapeutica non è preparata in anticipo

L'INCONTRO – la struttura

- L'incontro può avere un **facilitatore di discussione** o l'intero gruppo di lavoro può porre domande
- **Il ruolo** del facilitatore o del team è quello di:
 - (1) aprire la riunione
 - (2) garantire che tutti vengano ascoltati,
 - (3) organizzare il dialogo e le riflessioni tra i partecipanti
 - (4) chiudere la riunione con un riepilogo dettagliato di ciò che è stato fatto e quanto concordato.

TRASPARENZA – team riflessivo

- I professionisti discutono apertamente delle proprie osservazioni mentre la rete è presente
- Non esiste un team riflessivo specifico, ma la conversazione riflessiva si svolge cambiando posizione dall'intervista al dialogo
- guarda i tuoi colleghi – non i clienti
- fai **commenti positivi** e orientati alle risorse
- esprimiti sotto forma di domande – *“Mi chiedo se...”*
- alla fine chiedi ai clienti i **commenti**
- Le riflessioni sono per me, per capire di più – non sono un intervento terapeutico

LINGUAGGIO

- L'incontro non mira principalmente all'intervento che smuove la famiglia o il paziente
- L'obiettivo è costruire un nuovo linguaggio comune per esperienze per le quali non ci sono ancora parole

TOLLERARE L'INCERTEZZA

- La conversazione segue il linguaggio e le parole della rete, **non cercando i significati dietro il comportamento dei partecipanti**
- **Tolleriamo l'incertezza e cerchiamo di evitare conclusioni e decisioni rapide**

TOLLERARE L'INCERTEZZA

- un atteggiamento attivo di essere presenti con la rete
- co-creare un processo basato sull'accettazione e sulla fiducia
- essere paziente, prendersi il tempo per ascoltare, per seguire
- consentendo l'espressione di emozioni potenti e spesso dolorose
- fare spazio a prospettive contraddittorie e conflittuali
- riconoscere che il cambiamento positivo non è sempre lineare

BASE RELAZIONALE

- Nasciamo nelle relazioni - diventano la parte fondamentale del nostro essere corporeo
- Siamo "intersoggettivi" - non tanto "soggetti" o "individui"
- Viviamo in una polifonia di suoni - il dialogo avviene tra le voci vitali

RIASSUMENDO...

Di cosa abbiamo parlato in questo modulo?

Di cosa parleremo nel prossimo modulo?