

# Intervención





## Open dialogue: a contextualizing essay

Ismael Nieto Gómez<sup>a</sup>

<sup>a</sup>Universidad de Sevilla

### Historia editorial

Recibido: 20-01-2018

Primera revisión: 28-02-2019

Aceptado: 24-03-2019

### Palabras clave

diálogo abierto, psicoterapia, intervención, psicosis

### Resumen

El enfoque del diálogo abierto no es un método en sí mismo sino una forma de intervenir, basado en una filosofía distinta, que nace en la Laponia occidental finlandesa. Esta perspectiva ha recibido mucho interés en el campo de la psicoterapia por sus prometedores resultados en el tratamiento de la psicosis en personas con esquizofrenia. Dado los problemas para extrapolar la teoría a la práctica del diálogo abierto, como anuncian los intentos fallidos de aplicación en diferentes países al finlandés, se plantea este trabajo bajo una perspectiva pragmática. Este artículo de revisión se construye con el objetivo de (1) exponer sus características, (2) indagar en la concepción que maneja y (3) revisar los indicadores que evidencien su eficacia. Se analiza, finalmente, la innovación que supone a la psicoterapia, y se propone un ejemplo con pautas concretas de actuación que se espera surta de ayuda al psicoterapeuta.

### Abstract

The open dialogue approach is not a method in itself but a way of intervening, based on a different philosophy, that is born in Finnish western Lapland. This perspective has received much interest in the field of psychotherapy for its promising results in the treatment of psychosis in people with schizophrenia. Given the problems to extrapolate the theory to the practice of open dialogue, as announced by the failed attempts to apply in different countries to Finnish, this work is presented from a pragmatic perspective. This review article is constructed with the aim of (1) exposing its characteristics, (2) investigating the conception it handles and (3) reviewing the indicators that demonstrate its effectiveness. Finally, the innovation involved in psychotherapy is analyzed, and an example is proposed with concrete action guidelines that are expected to help the psychotherapist.

### Keywords

open dialogue, psychotherapy, intervention, psychosis.

El presente estudio de revisión bibliográfica expone un novedoso enfoque que atrae el interés a nivel internacional. Éste supone un cambio de perspectiva en la atención psicoterapéutica prestada a las personas con trastorno mental grave, y en concreto, en la actuación ante las crisis psicóticas. Se trata, no de un método en sí mismo, sino de una forma de intervenir basada en una filosofía distinta.

Este enfoque nace en forma de proyectos en la Laponia occidental finlandesa en la década de los sesenta, pero, no se empieza a desarrollar completamente a hasta los noventa, cuando se reformula el modelo de salud mental de la zona. Se da un giro al tratamiento ortodoxo de la esquizofrenia, adscribiéndose de este modo, al modelo adaptado a las necesidades. Como sugiere éste, se pretende ofrecer una atención individualizada y ajustada a las necesidades cambiantes de pacientes y familiares (Aaltonen, Seikkula, & Lehtinen, 2011). Es dentro de éste marco de trabajo, en una nueva incorporación, donde surge el llamado *diálogo abierto*.

## 2. DESARROLLO

### CARACTERÍSTICAS DEL DIÁLOGO ABIERTO

Es preciso hablar sobre los siete principios fundamentales que articulan el diálogo abierto, pues, nos ayudan a entender cómo se genera la dinámica de este enfoque. Dichos principios se repiten en la inmensa mayoría de publicaciones revisadas sobre el tema (Buus et al., 2017; Jackson & Perry, 2015; Brown, 2012; Seikkula, Aaltonen, & Rasinkangas, 2003; Aaltonen et al., 2011; Bellingham et al., 2018; Bergström et al., 2017):

1) Ayuda inmediata: Desde que se recibe la petición de ayuda psicológica, sea por el propio paciente o un familiar, la primera atención se realiza en menos de 24 horas. Además, existen unidades disponibles para responder rápida y urgentemente a cualquier demanda imprevista.

2) Una perspectiva de red social: se establecen reuniones que involucran a todos aquellos personajes, significativos para el paciente, que deseen participar en dar su particular visión del problema y posibles formas de solución, con el fin de generar un diálogo común. Se dan tantas citas grupales como necesite el paciente, no obstante, se tiene en cuenta la gravedad que presente.

3) Flexibilidad y movilidad: Siguiendo el modelo de adaptación a las necesidades, no se plantean tratamientos establecidos, estos se van construyendo colaborativamente y se ajusta a cada paciente. Se podría dar cualquier tipo de terapia y en el entorno que se elija. Sin embargo, suele ser aconsejable el desplazamiento al hogar, ya que es más fácil ver la dinámica familiar en su contexto natural.

4) Responsabilidad: El profesional que atienda la primera toma de contacto es el encargado de establecer el equipo de personas que estarán presentes en las reuniones dialógicas. En éstas hay un equipo multidisciplinar de profesionales, cuya categoría laboral, no suma o resta valor a las aportaciones u opiniones expresadas en el transcurso de las sesiones (no prescripciones). De esta forma se eliminan las posiciones jerárquicas.

5) Continuidad psicológica: Una vez se establezca el grupo terapéutico se mantiene en el tiempo. Esto permite que se elabore una historia integrada pues los profesionales han estado inmersos en el proceso completo. Se alimenta la confianza en los profesionales.

6) Tolerancia a la incertidumbre: se basa en la seguridad de que la práctica dialógica proporcionará el contexto donde se hablarán de los temas preocupantes. A veces, apremia el sentido de urgencia de hablar de los temas que creemos importantes, pero, se debe respetar que surjan del grupo. En el caso de que hubiese serias dificultades para abordar tales asuntos, se utilizaría la reflexión audible como método para tentar a la familia a intervenir, pero no para dirigirla.

7) Dialogismo: Uno debe expresarse como una persona que escucha e intenta comprender, más que, desde una posición de especialista que desea interpretar y dar soluciones. Se trata de que

en el devenir del diálogo se establezca entre todos una comprensión del problema. Ésta permitiría encontrar las palabras oportunas a las experiencias psicóticas que vive el paciente. Se trata de darles una coherencia para mitigar su angustia.

La propuesta del diálogo abierto, por tanto, se puede simplificar alrededor de dos ejes sustantivos: (1) la utilización del contexto social que rodea al individuo, como un recurso terapéutico, (2) para llevar a cabo la práctica dialógica dentro de un tratamiento (Olson, Seikkula & Ziedonis, 2014). Con esto se pretende reorganizar la forma en la que las familias están presentes en el proceso terapéutico. Se establecen lazos de unión entre profesionales y usuarios. No obstante, para que esto ocurra, se hace necesario un cambio del sistema que proporciona tales servicios, una modificación que fomente la comunicación entre estos personajes (Jackson & Perry, 2015).

## OTRO CONCEPTO, NUEVOS RECURSOS

Bajo este modo de trabajar se entiende que el síntoma psicótico no es más que un gesto simbólico que transmite una experiencia carente de palabras. Es la manera que se encuentra para dar salida al conflicto sin resolver. El paciente de larga duración, es fruto de una mala comprensión del problema, de una intervención tardía que no responde a la necesidad real (Jackson & Perry, 2015). El empleo de los psicofármacos para la eliminación del síntoma psicótico, según este punto de vista, observaría una visión de corto alcance.

Por ello el diálogo abierto puede ser un elemento determinante para la recuperación. A través del diálogo abierto se da la oportunidad al grupo de generar un nuevo lenguaje que permita explicar las experiencias psicóticas, sin cuestionarlas, solo tratando de entenderlas. Se trata de darles valor a todas las voces, también las psicóticas, que aparezcan en el grupo, incluso las que sean contrapuestas, para generar distintas perspectivas (Seikkula, 2002).

El entorno terapéutico se vuelve en un lugar acogedor en el que sentirse tranquilo, donde se abordan los miedos y preocupaciones de la familia, pacientes y profesionales. Estos últimos actúan como otro igual, prestando su apoyo, donándose personalmente, sin dar respuestas que demuestren su posición (Brown, 2012).

El objetivo de las reuniones no es encontrar soluciones, en cambio, las soluciones surgen a medida que se enfocan en lograr que todas las voces sean escuchadas en el diálogo. El propósito es el diálogo, pero como consecuencia, éste trae la solución, al dar rienda suelta a la expresión de las emociones. Se trata de reelaborar la narrativa para hallar una lógica (Jaakko Seikkula, 2014).

## INDICADORES DE EFICACIA

En el estudio original, realizado por Aaltonen, Seikkula, & Lehtinen (2011), comprueban la incidencia media de diversos tipos de trastornos, que denominan *psicosis funcionales no afectivas*, en dos momentos temporales de cuatro años, previa y posteriormente a la implantación del enfoque. Se encontraron un descenso significativo de la incidencia del trastorno de esquizofrenia en la región finlandesa <sup>1</sup>(de 24.5 a 10.4 por 100.00 habitantes;  $\chi^2 = 13.75$ ,  $df = 1$ ,  $p < 0.001$ ) en el último periodo. Además, el número de pacientes ingresados de larga duración acabó siendo inexistente. Por el contrario, aumentó sensiblemente la incidencia de las psicosis breves <sup>1</sup>(de 1.2 a 6.7 por 100.000 habitantes;  $\chi^2 = 8.89$ ,  $df = 1$ ,  $p = 0.025$ ). Se mantuvo constante la incidencia de los casos prodrómicos y psicosis no afectivas. Esto se interpreta como un reflejo de la función preventiva de este enfoque. Al actuar de esta forma ante las primeras crisis psicóticas, se impidió que la esquizofrenia llegara a desarrollarse y cronificarse, pues, el número de demandas de pacientes que presentaban síntomas iniciales no disminuyó.

Seikkula, Alakare & Aaltonen (2011) comparan el mantenimiento de los resultados en de tres grupos de pacientes (API, ODAP1, ODAP2) pertenecientes a diferentes momentos temporales. Todos ellos tratados durante dos años con el nuevo enfoque de tratamiento. Éstos descubren que

1 Se han extraído literalmente los datos del estudio original

se producía un cambio estable a largo plazo en la mayoría de los casos. En los tres grupos establecidos menos del 30 % volvieron a presentar alguna recaída ( $\chi^2 = 16,1$ ,  $df = 10$ ,  $p > 0.05$ ) y más del 80% retomaron sus actividades laborales y/o académicas, o bien, estaban buscando trabajo de forma activa ( $\chi^2 = 7,29$ ,  $df = 4$ ,  $p > 0.05$ ). Constataron una reducción sustancial de los síntomas residuales en todos grupos al comparar su evolución. Se comprobó una disminución sintomática, entre el grupo API 1 ( $\bar{x} = 0,5$ ) y ODAP21 ( $\bar{x} = 0,17$ ), que resultó significativa ( $t = 10,1$ ,  $p = 0,003$ ). De igual forma, se halló una importante reducción significativa en los días de estancia hospitalaria entre estos dos grupos ( $t = .96$ ,  $p = 0,001$ ). Esto sugiere que versiones más recientes y desarrolladas de este enfoque informan de mejores respuestas al tratamiento.

Líneas parecidas concluye el estudio de Lehtinen (1993), quien compara un grupo de tratamiento, basado en el modelo de adaptación a la necesidad, con otro grupo de control histórico. A los cinco años tras la terminación de la terapia el grupo de tratamiento tenía menores probabilidades de vivir con una pensión por incapacidad ( $G^2 = 9$ ,  $p < .005$ ), era más propensos a no presentar síntomas psicóticos ( $G^2 = 3.9$ ,  $p < .05$ ) y a mantener sus relaciones sociales ( $G^2 = 3.8$ ,  $p < .05$ ).

En un estudio de revisión (Gromer, 2012) se reporta esta misma respuesta al enfoque. En este se pretendía comprobar los resultados clínicos obtenidos de la aplicación del diálogo abierto en grupos de tratamiento comparativos. Si bien en algunos de los casos se obtenían unos resultados similares, a comparar con los pacientes que recibían la atención tradicional, en otros los resultados mejoraban, con lo que en ningún caso sería contraproducente. Estos últimos reportaban estancias más cortas y menos frecuentes de hospitalización, disminución de síntomas psicóticos y mayores índices de recuperación de la función social.

Concretamente, en uno de los trabajos que se recoge en dicha revisión (Lehtinen, Aaltonen, Koffert, Rökköläinen & Syvälahti, 2000), se comparan diversas zonas de Finlandia que utilizan distintos tipos de tratamientos. En unas se aplica el enfoque junto con medicación mínima y en otras se sigue el modelo tradicional con dosis de fármacos estándar. Éstos encuentran que, en el grupo del diálogo abierto, más del 40% estuvieron menos de dos semanas hospitalizados, más del 50% de ellos no presentaron síntomas durante, al menos, dos años, y alrededor del 30% encontró trabajo en este periodo.

Sin embargo, ha surgido muchas dudas acerca de cuáles son las características que hacen que la práctica dialógica dé sus frutos. A este respecto, Seikkula (2002), estudia con la metodología cualitativa, la calidad de los discursos de dos grupos de pacientes, que fueron asistidos bajo este mismo enfoque. Estos se clasificaron en función del éxito del tratamiento, medido por, los síntomas residuales presentados y la reinserción a la vida laboral/académica, tras el paso por el programa. Se concluía que, los factores que se asociaban a unos buenos resultados eran: que el equipo familiar mantuviera el dominio de las interacciones, tomando en mayor medida las iniciativas, aportando más significados y en un nivel simbólico frente a indicativo. Por el contrario, en el grupo con menor éxito, se mostraban más reticencias a la hora de hablar sobre las reacciones psicóticas peculiares del paciente, y cuando lo hacían, era más probable que fuera en un diálogo monológico y a nivel indicativo. Dichos resultados, más que buscar las repuestas a por qué funciona, siendo su filosofía, pretende guiar sobre la forma más acertada de intervenir en las reuniones.

Como crítica, cabe notar que, aunque los primeros estudios ofrecen resultados prometedores de su aplicación, son pocos los lugares donde se ha establecido. Las escasas investigaciones que hay son en su inmensa mayoría de metodología cualitativa y análisis descriptivo. Se necesitan más estudios experimentales que puedan respaldar los primeros hallazgos encontrados.

## INNOVACIÓN PARA LA PRÁCTICA PSICOTERAPÉUTICA

Tradicionalmente, en la atención psiquiátrica, los profesionales han limitado lo que se comunica al paciente. Se presupone que una comunicación abierta puede tener efectos negativos para la alianza terapéutica. Generalmente, se realiza una entrevista inicial con la que recabar datos y dar con un diagnóstico, para, posterior e independientemente del paciente, seleccionar un tratamien-

to a seguir. Esto puede aumentar el sentimiento de pérdida de control y aislamiento, pues, no se les considera dignos de escucha, dada sus “perturbaciones mentales”, se les coloca, de esta forma, en una posición inferior al profesional que perjudica la relación terapéutica y el tratamiento en sí mismo (Rosen & Stoklosa, 2016). Fundamentalmente, son las acciones políticas, al abogar por una racionalización de gasto económico, las que dan lugar a este tipo de atención individualizada y centrada en aspectos biomédicos.

El dialogo abierto ofrece una nueva perspectiva de entender los servicios de salud mental. Una perspectiva que repercute favorablemente en el paciente, familiares y profesionales. Este promueve una visión comunitaria. Valora la importancia del sistema que rodea al individuo en la recuperación de enfermedad mental. Utiliza las relaciones y los significados. Constituye una forma más democrática de organizar los servicios sanitarios. Consigue la integración de las partes del sistema y rehumaniza la práctica clínica.

Los profesionales que a menudo son relegados a un segundo plano (trabajadora social, personal administrativo, enfermeras...etc) son utilizados como recursos valiosos. Estos pueden aportar tanto desde su rol de terapeuta, a partir del conocimiento adquirido sobre el diálogo abierto, como, desde el rol de su ocupación profesional. Proporcionan otros puntos de vista, al tener otras experiencias prácticas, que enriquecen al modelo biomédico (Bellingham et al., 2018). Además, de esta forma, se ofrece a los pacientes distintas posibilidades, se permite que sea la persona quien elija, para así, tomar el control sobre su propia curación (Gromer, 2012).

Las experiencias donde se roto con el modelo psiquiátrico tradicional, aplicando este enfoque, son positivas. Los profesionales notan mayor aceptación al cambiar un tratamiento y mayor número de pacientes ingresan voluntariamente (Rosen & Stoklosa, 2016). Parece que, darle al paciente un papel protagonista y considerar su voz a la hora de deliberar, ofrece sus beneficios.

En esta línea, el estudio de Razzaque & Wood (2015) recoge las opiniones de distintos profesionales y usuarios de la salud mental sobre este enfoque. En él se valoran las ventajas y desventajas de su posible implementación en Reino Unido con la intención de ver su acogida. Se comprueba que hay un consenso generalizado sobre la utilidad de la aplicación de sus principios, y notan cómo esas aportaciones se refieren a las deficiencias del modelo existente.

En la revisión de Buus et al. (2017), se sondean las investigaciones realizadas sobre este enfoque en países escandinavos. Se reporta un buen número de artículos sobre proyectos específicos que pretendían la adaptación de este modelo, verificándose la creciente expansión del mismo. No obstante, si bien el enfoque era muy bien recibido por sanitarios, pacientes y familiares, han tenido muchos problemas para la implementación. Se hallan diferencias en la manera de apropiarse del enfoque si se comparan distintos países al finlandés. Esto sugiere que, al seguir una filosofía contraria a la estandarización y descripción concreta de la práctica, se hace costoso una interpretación exacta que permita replicar este enfoque, dando lugar a la variabilidad existente.

## PROPUESTA ESPECÍFICA DE INTERVENCIÓN

Por lo expuesto anteriormente, en este artículo, se ofrece una propuesta de intervención. Ésta va más en la línea de sugerir una posible aplicación del dialogo abierto, basada en la revisión de diversos artículos, que de establecer una propuesta sistemática. Debido a las dificultades que supone levantar un programa, desde un enfoque basado en principios generales, se decide tomar como punto de referencia los doce elementos claves del diálogo abierto que propone Olson, et al (2014):

El tratamiento se empieza en un plazo máximo de dos días a contar desde la petición de ayuda psicológica al servicio. Durante la llamada se le plantea al paciente el deseo de que acuda a la primera cita, además de él, aquellas personas a las que la situación les afecte y quieran colaborar: parejas, padres, hermanos, amigos íntimos...etc. De igual manera, se prepara un equipo experto de un mínimo de dos personas que tengan formación en terapia. Es pertinente encontrar algún profesional que no sea psiquiatra o psicólogo (enfermeras, trabajadoras sociales, administrativos...etc). Es responsabilidad de quien recibió la llamada de organizar tanto el equipo terapéutico como las

reuniones periódicas. Estas deberían darse, al menos, una vez por semana durante 90 minutos. Sin embargo, se ha de ser totalmente flexible en cuanto a las características organizativas, adaptándose a las necesidades del paciente.

Dichas reuniones, en las cuales se forma un círculo terapéutico, no están programadas previamente en cuanto a su contenido. Los terapeutas pretenden escuchar y generar el diálogo para que surjan todas las voces de los asistentes. Los terapeutas también forman parte del diálogo, compartiéndose a sí mismos con sus conocimientos profesionales y personales, mostrando profundo respeto a los demás, sin poner etiquetas psiquiátricas, en un lenguaje común y sincero. Al inicio, se hablan de los temas que traen los propios pacientes, de sus preocupaciones, para ir dando paso a la toma de decisiones. En la terapia todo se delibera de forma conjunta: la toma psicofármacos, la hospitalización, el cierre la sesión...etc. Este proceso deliberativo y reflexivo, de voz audible, da lugar a intervenciones más transparentes, en la que todos son importantes. Se mantiene una actitud de no urgencia, sin búsqueda soluciones, sin pensar en cómo se va a enfocar el proceso, manteniendo la tolerancia a la incertidumbre.

Durante las sesiones, de número indeterminado, se favorece el uso de preguntas abiertas, que no se dirijan a nadie en particular, para favorecer la reflexión grupal. Los terapeutas deben: integrar los propios términos del equipo para usarlos ellos mismos en las respuestas, permanecer con una “escucha receptiva” que favorezca un clima cálido y tranquilo, mantener la congruencia con lenguaje no verbal de otro y respetar los silencios, pues, son momentos idóneos donde la creatividad suele aparecer en forma de voz. También, deben actuar en el momento en el que sucedan las cosas, no fuera de la terapia, dando lugar a la expresión de emociones, libre de interpretaciones. Asimismo, se trabaja bajo una perspectiva dialógica, que promueve el uso de preguntas dirigidas a las relaciones entre los miembros, lo cual, incita a todos a despertar sus voces.

Se trabaja de un modo en que se normalice el comportamiento sintomático, sin verlo como resultado de un trastorno mental, más bien, como una respuesta natural a las situaciones complicadas que está viviendo. Esto dota de cierta coherencia a la conducta. Es primordial que se escuchen las historias, las palabras que se asocian a los hechos que hacen sufrir a la persona, ya que se entiende que lo que falta es expresarlas, darles vueltas para encontrarles la voz, hacer decible lo indecible. Una vez logrado, el síntoma se esfumaría.

### 3. CONCLUSIONES

Se determina que el enfoque del diálogo abierto parece ser un cambio perspectiva que a priori tiene buenos resultados, sin embargo, no se ha comprobado cómo funciona en otros lugares. Es ahora cuando se están empezando a plantear los primeros estudios piloto en diferentes países al finlandés. Aun queda por avanzar en esta línea terapéutica de la que se puede esperar más. Además, para llevarlo a cabo se requiere de cambios políticos importantes que faciliten su desarrollo. Por ello, se deberían hacer más estudios enfocados a los ahorros económicos que a largo plazo podría suponer su aplicación, así como, mayor número de investigaciones experimentales que avalen la mejora en la calidad de vida de las personas. De igual forma, supone un reto para los profesionales, pues, requiere de entrenamiento y estar dispuesto a perder el poderoso rol de experto. La investigación futura podría dar respuesta a cuestiones sobre la viabilidad de su implementación práctica en diversos contextos.

- Aaltonen, J., Seikkula, J. & Lehtinen, K. (2011). The Comprehensive Open-Dialogue Approach in Western Lapland: I. The incidence of non-affective psychosis and prodromal states. *Psychosis*, 3(3), 179-191. DOI: 10.1080/17522439.2011.601750
- Bellingham, B., Buus, N., McCloughen, A., Dawson, L., Schweizer, R., Mikes-Liu, K., Peetz, A., Katherine B. & River, J. (2018). Peer work in Open Dialogue: A discussion paper. *International Journal of Mental Health Nursing*. DOI: 10.1111/inm.12457
- Bergström, T., Alakare, B., Aaltonen, J., Mäki, P., Köngäs-Saviaro, P., Taskila, J. & Seikkula, J. (2017) The long-term use of psychiatric services within the Open Dialogue treatment system after first-episode psychosis. *Psychosis*, 9(4), 310-321. DOI: 10.1080/17522439.2017.1344295
- Brown, J. M. (2012). Theory, practice and use of self in the open dialogues approach to family therapy: A simple complexity or a complex simplicity?. *Australian and New Zealand Journal of Family Therapy*, 33(4), 266-282.
- Buus, N., Bikic, A., Jacobsen, E. K., Müller-Nielsen, K., Aagaard, J., & Rossen, C. B. (2017). Adapting and Implementing Open Dialogue in the Scandinavian Countries: A Scoping Review. *Issues in mental health nursing*, 38(5), 391-401.
- Gromer, J. (2012). Need-adapted and open-dialogue treatments: empirically supported psychosocial interventions for schizophrenia and other psychotic disorders. *Ethical Human Psychology and Psychiatry*, 14(3), 162-177.
- Jackson, V. & Perry, A. (2015). Communication – a culture of open dialogue. *Therapeutic Communities: The International Journal of Therapeutic Communities*, 36(1), 29-35. DOI: 10.1108/TC-12-2014-0042
- Lehtinen, V., Aaltonen, J., Koffert, T., Rääköläinen, V., & Syvälahti, E. (2000). Two-year outcome in first-episode psychosis treated according to an integrated model. Is immediate neuroleptisation always needed? *European Psychiatry*, 15, 312–320.
- Lehtinen, K. (1993). Need-adapted treatment of schizophrenia: A five-year follow-up study from the Turku project. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 87, 96–101.
- Olson, M, Seikkula, J. & Ziedonis, D. (2014). The key elements of dialogic practice in Open Dialogue. The University of Massachusetts Medical School. Worcester, MA.
- Razzaque, R., & Wood, L. (2015). Open dialogue and its relevance to the NHS: opinions of NHS staff and service users. *Community mental health journal*, 51(8), 931-938. DOI 10.1007/s10597-015-9849-5
- Rosen, K., & Stoklosa, J. (2016). Finland in Boston? Applying Open Dialogue Ideals on a Psychotic Disorders Inpatient Teaching Unit. *Psychiatric Services*, 67(12), 1283-1285. DOI:10.1176/appi.ps.201600340
- Seikkula, J. (2002). Open dialogues with good and poor outcomes for psychotic crises: Examples from families with violence. *Journal of marital and family therapy*, 28(3), 263-274.
- Seikkula, J., Aaltonen, J. & Rasinkangas, A. (2003). Open Dialogue Approach: Treatment Principles and Preliminary Results of a Two-year Follow-up on First Episode Schizophrenia. *Ethical and Human Sciences and Services*, 5(3), 163-182.
- Seikkula, J., Alakare, B., & Aaltonen, J. (2011). The comprehensive open-dialogue approach in Western Lapland: II. Long-term stability of acute psychosis outcomes in advanced community care. *Psychosis*, 3(3), 192-204.
- Seikkula, J. (2014). “Diálogo abierto”, un abordaje finlandés, alternativo, para sanar la psicosis [Video]. Recuperado de <https://www.youtube.com/watch?v=4Xvp5vpwWf4&t=1561s>

