

LES ÉLÉMENTS-CLÉS DE LA PRATIQUE DIALOGIQUE DANS LE DIALOGUE OUVERT : CRITÈRES DE FIDÉLITÉ

Olson, M., Seikkula, J. & Ziedonis, D. (2014).

Ce travail a été financé par une bourse de la Fondation pour l'excellence des soins de santé mentale accordée au Dr. Ziedonis (Faculté de Médecine de l'Université du Massachusetts). L'objectif de ce document est d'encourager le développement du dialogue ouvert (Open Dialogue), aussi bien au sein d'équipes qui le pratiquent, que dans des contextes de supervision, de formation, et de recherche. Les praticiens individuels peuvent également l'utiliser à visée "d'auto-réflexion".

Les auteurs partagent les droits d'auteur de ce travail. Ce matériel peut être diffusé dans sa totalité avec la permission des auteurs. Veuillez contacter le Dr. Ziedonis si vous souhaitez traduire ce travail dans un autre langage: dziedonis@ucsd.edu

Ce travail doit être cité de la manière suivante : Olson, M., Seikkula, J. & Ziedonis, D. (2014). The key elements of dialogic practice in Open Dialogue. The University of Massachusetts Medical School. Worcester, MA.

2 Septembre 2014. Version 1.1
Traduction informatisée. C León

Introduction

La "pratique dialogique" (*dialogic practice*) est une approche issue du "dialogue ouvert" (*open dialogue*) et dont le but est d'aider les individus ainsi que leurs familles à se sentir entendus, respectés, et validés. En 1984, le personnel de l'hôpital Keropudas (Tornio, Finlande), déjà formé à la thérapie familiale, décida de changer leur manière de conduire les admissions en hospitalisation. S'inspirant du travail d'Yrjö Alanen (1997), ils mirent en place des "entretiens de réseau" (*network meetings*) dès la phase aiguë des crises psychiatriques, réunissant ainsi la personne en détresse, la famille, d'autres proches souteneurs, et tout professionnel impliqué, et ceci préalablement à toute décision d'hospitalisation. Ainsi naquit une pratique nouvelle qui évolua –conjointement à un processus d'innovations cliniques, de changements institutionnels, et de recherche– pour aboutir au "dialogue ouvert", décrit sous ce nom pour la première fois en 1995 (Aaltonen, Seikkula & Lehtinen, 2011 ; Seikkula et al, 1995). L'aspect "ouvert" du dialogue ouvert se réfère à la transparence des processus de décision et de planification thérapeutique, qui ont lieu en présence de l'ensemble des participants (sans toutefois contraindre les familles à discuter de ces questions si elles ne le souhaitent pas). Dès le démarrage, cette approche de réseau fut appliquée à toutes les situations psychiatriques rencontrées. Sur une période de dix ans, l'unité d'hospitalisation traditionnelle de Tornio fut transformée en un système complet de soins psychiatriques assurant la continuité des soins –hospitaliers et ambulatoires– dans la communauté.

La pratique du dialogue ouvert a deux caractéristiques fondamentales : (1) un système de soins intégré, communautaire, qui implique les familles et le réseau social dès la toute première demande d'aide ; (2) la "pratique dialogique" (*dialogical practice*), à savoir la conversation thérapeutique singulière qui est réalisée au cours de "l'entretien thérapeutique" (*treatment meeting*). Dans ce document, la pratique dialogique est divisée en 12 éléments-clés qui décrivent l'approche que pratiquent les thérapeutes au cours de l'entretien, dans leur relation avec l'individu, son réseau, et l'ensemble des aidants.

L'entretien thérapeutique constitue le contexte thérapeutique-clé du dialogue ouvert. Il réunit les professionnels et le réseau dans une entreprise collaborative. Il est par ailleurs essentiel que le service psychiatrique, dans son organisation, partage également les présupposés de la pratique dialogique. Le dialogue ouvert est une approche intégrative dans laquelle d'autres modalités thérapeutiques peuvent être ajoutées (Ziedonis, Fulwiler, Tonelli, 2014 ; Ziedonis et al, 2005 ; Ziedonis, 2004), adaptées aux besoins de l'individu et de la famille, au sein d'un "réseau thérapeutique" flexible et en constant développement (Hald, 2013 ; Seikkula & Arnkil, 2014).

Le dialogue ouvert comprend sept principes fondamentaux, que l'équipe finlandaise a initialement proposés comme lignes directrices globales (Seikkula et al, 1995). Ils sont listés dans le tableau ci-dessous :

Tableau 1 : Les sept principes du dialogue ouvert

AIDE IMMÉDIATE

PERSPECTIVE DE RÉSEAU

FLEXIBILITÉ ET MOBILITÉ

RESPONSABILITÉ

CONTINUITÉ PSYCHOLOGIQUE

TOLÉRANCE DE L'INCERTITUDE

DIALOGUE (& POLYPHONIE)

Ces sept principes, concernant aussi bien le dialogue ouvert comme approche thérapeutique que comme système de soins, sont un ensemble de valeurs sur lesquelles s'appuient les douze éléments de fidélité de la pratique dialogique. Pour les besoins de cette discussion, nous accorderons une importance particulière à deux de ces principes : "dialogue (et polyphonie)" et "tolérance de l'incertitude", qui sont fondamentaux dans la conduite de l'entretien. Les cinq autres principes concernent les aspects organisationnels du système et seront abordés dans une autre publication, qui prendra pour objet le changement institutionnel et décrira les critères systémiques de fidélité (Ziedonis, Seikkula & Olson, en préparation). Nous y discuterons des différentes manières dont le dialogue ouvert a été intégré dans la pratique clinique, les institutions, et le système de soins.

Nous ne couvrirons pas ici en détail les sept principes de base du dialogue ouvert qui ont déjà été développés dans d'autres documents (Seikkula & Arnkil, 2006 ; Seikkula & Arnkil, 2014¹). La discussion qui suit se focalisera sur les douze éléments-clés de fidélité à la pratique dialogique, qui caractérisent l'interaction thérapeutique dans le dialogue ouvert.

PRATIQUE DIALOGIQUE : UN APERÇU

Pour qu'un dialogue puisse engendrer des transformations, les thérapeutes se doivent de manifester une présence, une attention au moment présent, dénuée d'hypothèse préconçue ou de plan spécifique. Le thérapeute dialogique doit s'abstenir d'appliquer des formules toutes faites concernant sa manière d'interagir avec les individus. Le dialogue ouvert requiert en effet une capacité à écouter, et s'adapter au contexte et au langage de chaque échange. Il est donc impossible d'établir des recommandations spécifiques concernant le déroulement des sessions, ou de déterminer des phases invariantes du processus thérapeutique. Prescrire une telle forme de structure détaillée pourrait en fait agir précisément à l'encontre du processus du dialogue ouvert. Les changements "positifs" résultent de la conversation thérapeutique, inévitablement idiosyncratique, particulière, adaptée à chaque situation générée par l'interaction particulière du groupe de

1 Notre choix se porte, en traduction libre, : Open Dialogue : An Approach to Psychotherapeutic Treatment of Psychosis in Northern Finland. KAUKO HAARAKANGAS, JAAKKO SEIKKULA, BIRGITTA ALAKARE, AND JUKKA AALTONEN. Il est dans le dossier de formation.

participants.

Pour autant, la pratique dialogique comprend des éléments systématisés. Paradoxalement, bien que chaque dialogue soit unique, certains éléments distincts ou certaines paroles des thérapeutes permettent de favoriser le flux du dialogue, aidant ainsi à mobiliser les ressources de l'individu et de son réseau. C'est ce que nous dénommons les "éléments-clés", que nous définissons et décrivons ci-dessous.

Le fait que chaque participant se sente entendu, et qu'il reçoive une réponse, est l'aspect principal des interactions dialogiques. Dans le dialogue ouvert, l'accent mis sur l'écoute et la réponse favorise la coexistence de multiples "voix" (ou points de vue) différents, au sein de l'entretien thérapeutique, qui sont toutes de validité égale. Cette multiplicité des voix au sein du réseau correspond à ce que Mikhaïl Bakhtin nomme "polyphonie". Dans un contexte de crise, ce processus peut être complexe, et requiert une certaine sensibilité afin de mettre en lumière les voix de ceux qui sont silencieux, moins prolixes, hésitants, égarés, ou difficiles à comprendre. Au sein d'une "conversation polyphonique", chaque voix a sa place, réduisant l'écart entre les soi-disant "malades" et les soi-disant "sains". Au sein d'un échange collaboratif, chacun apporte un fil pour tisser de nouvelles compréhensions communes, à partir des différentes voix. Ceci aboutit à une expérience partagée décrite par Bakhtin comme "non-hiérarchisée".

Spécifiquement, une séquence "dialogique" peut permettre aux participants de se sentir entendus, ce qui est le point de départ de tout processus de changement. Évaluer la qualité dialogique d'une conversation requiert, avant tout, d'évaluer la *capacité de réponse (responsivity)* des thérapeutes. Le plus souvent, un des thérapeutes doit en premier lieu se mettre délicatement en relation avec le patient, dans un véritable échange avec celui-ci. L'objectif est d'écouter et, le cas échéant, d'aider la personne dans sa quête de mots, évoluant ainsi vers un langage commun permettant de décrire sa détresse, qui restera sinon incarnée sous forme de symptômes. Comme illustré ci-dessous, les contributions des membres du réseau aident à mettre en lumière la nature de la crise. Le thérapeute dialogique invite chaque individu à partager sa perspective sur les différents problèmes abordés. La compétence des thérapeutes ne réside alors plus dans leur manière de conduire un entretien structuré, en appliquant une certaine méthode, mais dans leur manière personnelle de répondre aux énoncés des participants.

Répondre et refléter

La pratique dialogique requiert deux compétences fondamentales de la part des cliniciens : *répondre (responding)*, et *refléter (reflecting)* (Rober, 2005). Le thérapeute dialogique doit nécessairement manifester une compétence de réponse, qui est examinée au cours des trois étapes suivantes : (1) l'énoncé initial du client ; (2) la réponse du thérapeute à cet énoncé ; (3) la réponse subséquente. Comment la réponse du thérapeute favorise-t-elle le fait que l'expérience de chaque participant soit entendue, comprise, et reconnue ? Comment ces trois étapes génèrent-elles une interaction *sensible aux réponses* ?

L'autre compétence de base de la pratique dialogique –la compétence réflexive (*reflecting*)– est la capacité à s'engager, au cours de l'entretien, dans une conversation ouverte, participative, transparente, et dénuée de jargon, avec le réseau et les autres professionnels. Elle s'appuie sur la compétence de réponse.

On notera que nous utilisons le terme "réflexif" d'une manière différente que dans d'autres formes de thérapies. Par exemple, dans l'entretien motivationnel, "l'activité réflexive" désigne la manière

dont le thérapeute écoute activement ce que dit le client. En pratique dialogique, ce terme se réfère à la manière dont les professionnels discutent leurs propres idées devant la famille. Ceci peut porter à confusion, étant donné que de nombreux thérapeutes intéressés par cette pratique ont également été formés à l'entretien motivationnel.

Monologue et dialogue

L'entretien thérapeutique en dialogue ouvert inclut des interactions dites "monologiques" aussi bien que "dialogiques". Les séquences dites "monologiques" sont nécessaires pour discuter des aspects pratiques et pour obtenir des informations précises. Par "communication monologique", nous entendons des séquences durant lesquelles les thérapeutes eux-mêmes introduisent les sujets de conversation. De telles séquences incluent la collecte d'information, les conseils, la planification du traitement, et l'introduction de sujets de discussion qui ne se rapportent pas à ce qu'un participant a dit au préalable (Seikkula, 2002). Au cours de l'entretien thérapeutique, un tiers des énoncés peut prendre une forme monologique ; au-delà, la cohérence de l'approche et l'efficacité des entretiens est remise en cause. Les interactions monologiques se réfèrent aussi bien aux conversations au sein du réseau social, qu'aux conversations entre les professionnels et les participants.

La communication monologique se distingue néanmoins de ce que nous désignons par "discours monologique", qui fait référence au discours à tonalité prescriptive délivré par un "expert", en position hiérarchique supérieure, qui ne prend pas en compte la contribution d'un quelconque interlocuteur. Une approche entièrement monologique s'oppose au processus collaboratif entre les participants, considérés chacun comme légitime et égal, et interfère avec l'émergence de nouvelles idées et à l'expression de la créativité. Ce contraste est décrit par John Shotter (2004) qui traduit le terme "dialogique" en "penser en étant avec", et le terme "monologique" en "penser à propos de" (Hoffman, 2007). Dans notre expérience clinique, l'approche dialogique ouvre davantage de possibilités dans les crises psychiatriques, et aide à dégeler les situations pour sortir de la chronicité.

Dans ce qui suit, nous décrivons chacun des éléments de fidélité de la pratique dialogique dans le dialogue ouvert et donnerons des exemples cliniques pour les illustrer. Les exemples sont tirés des sessions de thérapie des premier et deuxième auteurs. Bien que chaque session incorpore ces éléments, nous avons choisi d'inclure des illustrations issues d'entretiens avec des familles différentes. Ceci afin de donner une idée des différents types de problèmes et situations auxquels nous avons été confrontés. Ces douze éléments de fidélité se recouvrent et apparaissent simultanément dans la pratique réelle.

Tableau 2 : Les douze éléments-clés de fidélité à la pratique dialogique dans le dialogue ouvert

1. Inclure au moins deux thérapeutes
2. Inclure la famille et le réseau
3. Utiliser des questions ouvertes
4. Répondre aux énoncés du client
5. Mettre l'accent sur le moment présent
6. Susciter des points de vue multiples
7. Créer une perspective relationnelle au sein du dialogue
8. Répondre avec neutralité aux discours abordant les problèmes, en restant attentif à leurs significations potentielles
9. Mettre l'accent sur les mots et histoires propres du client, et non sur les symptômes
10. Inclure des conversations entre professionnels (réflexions)
11. Être transparent
12. Tolérer l'incertitude

LES DOUZE ÉLÉMENTS-CLÉS DE FIDÉLITÉ À LA PRATIQUE DIALOGIQUE

1. Inclure au moins deux thérapeutes

L'approche du dialogue ouvert met l'accent sur la rencontre entre une équipe de plusieurs thérapeutes et le réseau social. Il doit y avoir au moins deux thérapeutes dans l'entretien. Le travail d'équipe est essentiel pour répondre efficacement à des crises graves et aiguës, tout autant qu'à des situations psychiatriques chroniques. Par exemple, l'un des thérapeutes peut mener l'entretien tandis que l'autre adopte une position d'écoute et de réflexivité ; ou alors les deux thérapeutes peuvent interroger et refléter conjointement. Le "processus réflexif" (*reflecting process*) de Tom Andersen (1991) et le "discours réflexif" (*reflective talk*) de Seikkula & Arnkil (2006) sont deux formats acceptables et seront décrits plus en détails à l'item #10 ci-dessous. De plus, il est important de différencier le dialogue ouvert des thérapies ambulatoires hors situation de crise. Au cours de la décennie précédente, la pratique dialogique a été adaptée en une forme plus ordinaire de thérapie de couple et de famille (Olson, 2012 ; Seikkula, 2014), dans laquelle il est possible d'établir une pratique dialogique en tant que thérapeute individuel. Notons que nous sommes en train d'écrire un résumé de notre expérience sur la conduite de la pratique dialogique en tant que thérapeute individuel que nous référencerons ici une fois achevé.

2. Inclure la famille et le réseau

L'engagement auprès du réseau débute au téléphone lorsque le clinicien pose à l'interlocuteur des questions comme : "Qui est concerné par la situation, qui a été impliqué ?" "Qui pourrait être aidant et pourrait participer à la première réunion ?" Ces questions facilitent la participation du réseau et aident à organiser l'entretien d'une manière non-hiérarchique, c'est-à-dire, avec la contribution du (des) client(s).

Le fait d'accorder de la valeur à la participation des membres de la famille ou du réseau social, dès le tout début, permet habituellement à ces derniers de devenir d'importants partenaires tout au long du processus thérapeutique. Les thérapeutes tiennent néanmoins compte de l'envie du client d'avoir ses proches présents ou non. L'équipe peut rencontrer séparément différents membres de la famille et du réseau social lorsque des réunions conjointes sont impossibles, comme c'est souvent le cas dans des situations de violence et d'abus.

Comme nous le décrivons ci-dessous (élément #6), il arrive également que des entretiens soient conduits en l'absence de membres de la famille ou du réseau. Le thérapeute invitera alors la personne à énoncer son point de vue concernant ce qu'un tel membre absent pourrait dire s'il était présent.

3. Utiliser des questions ouvertes

Les cliniciens démarrent l'entretien thérapeutique à proprement parler à l'aide de questions ouvertes. Après les présentations, une ouverture peut ainsi être formulée en demandant simplement "Qui souhaiterait commencer ?" ou bien "Quelle serait la meilleure manière de commencer ?" Une fois que ce type de processus collaboratif est établi et attendu, il est naturellement poursuivi au cours des réunions suivantes comme un élément pris pour acquis. Au tout premier rendez-vous, il est important de mettre l'accent sur les deux questions qui débute habituellement une réunion en dialogue ouvert et qui furent proposées par Tom Andersen (1991). Elles sont : (1) "Quel est l'historique menant à votre venue ce jour ?" et (2) "Comment souhaiteriez-vous utiliser cette réunion ?"

Trois remarques concernant les questions ouvertes : premièrement, l'utilisation des "deux questions" au cours des toutes premières réunions ; deuxièmement, l'utilisation de la seconde de ces questions à chaque réunion, et troisièmement, l'utilisation continue de questions ouvertes tout au long du processus thérapeutique.

A. Quel est l'historique menant à la rencontre du jour ?

"Quel est l'historique menant à cette rencontre ?" Cette question arrive habituellement au tout début du tout premier entretien. Cependant, selon le cours de l'entretien, elle peut également être abordée plus tard au cours de cette première réunion. Elle peut être formulée de diverses manières et est adressée initialement à l'ensemble du groupe, et ne s'adresse pas à un unique individu.

"Comment avez-vous eu l'idée d'avoir cette réunion ?" Alternativement, il est possible de démarrer en demandant "Qui a eu l'idée d'avoir cette réunion ?" Il y a par ailleurs un ensemble de questions qui peuvent permettre par la suite d'engager la conversation avec chacun : "Comment les autres ont-ils pris connaissance de cette idée ? Que pensiez-vous de l'idée de venir ici aujourd'hui ? Qui était le plus favorable, et le moins favorable, avec l'idée de contacter l'équipe ? Que objectif voudriez-vous atteindre?"

Il est important de donner à chacun une opportunité de discuter ses idées relatives à l'entretien. Cependant, si à tout moment un participant ne souhaite pas s'exprimer, il est tout aussi important de ne pas le forcer à le faire.

Ce type de questions invite les participants à s'exprimer de manière réflexive. Par réflexif, nous entendons inviter les participants à discuter leurs objectifs, intentions, et buts, concernant la demande d'aide. En démarrant de cette manière, la première question s'intéresse au contexte immédiat et reste neutre par rapport à toute définition d'un problème ou d'un symptôme. Elle encourage les personnes à décrire la situation ayant mené à l'entretien ainsi qu'à identifier les personnes importantes impliquées. Malgré l'emphase sur l'historique, la question ouvre immédiatement de multiples portes d'entrée sur le moment présent. Andersen (1991) écrit : "L'idée derrière cette question est de comprendre dans quelle mesure chaque participant est engagé dans l'idée de sa participation (p.159)." Suite à cette question, les participants expriment fréquemment des points de vue différents sur leur engagement à être présent, ce qui revêt une importance particulière lorsque l'idée même de la thérapie peut être en terrain disputé. A d'autres moments, cette question peut identifier une ressource potentielle en la personne de certains absents, qu'il pourrait être utile de convier. Cette question n'a pas une signification et un effet univoques, et mène parfois à des réponses inattendues.

B. Comment souhaiteriez-vous utiliser cette réunion ?

La seconde question est "Comment souhaiteriez-vous utiliser cette réunion ?" Elle peut être formulée de différentes manières. Comme pour la question précédente, elle est adressée à l'assemblée complète, et non à une personne en particulier. Néanmoins, il est important de donner à chacun l'opportunité d'y répondre.

Cette seconde question est posée durant le premier entretien et, avec de légères variations, à chaque entretien ultérieur. Habituellement, elle arrive en début d'entretien, parfois ultérieurement, selon la sensibilité du thérapeute aux nuances du déroulement de l'entretien.

Le rationnel sous-tendant cette question est qu'en pratique dialogique, ce sont les clients, plutôt que les professionnels, qui déterminent le contenu principal de l'entretien. C'est-à-dire, nous discutons de ce que les clients souhaitent discuter. Pour cette raison, au cours de chaque entretien, le

thérapeute demande au client comment il souhaite utiliser l'entretien. Au cours du temps, avec la répétition, cette seconde question peut devenir plus implicite, au lieu d'être posée telle-quelle.

Exemple clinique des deux questions : la famille L.

La famille L. se compose de David, 59 ans, assistant juridique, sa femme Tracy, 56 ans, ergothérapeute, et leur fils Jack, 30 ans, qui prenait rarement la parole et vivait chez ses parents. Jack avait été hospitalisé pour dépression la première fois à l'âge de 16 ans. Il avait reçu de nombreux diagnostics au cours des années (psychose NOS, trouble schizoaffectif, et schizophrénie) et avait été suivi par divers services de santé mentale jusqu'à un arrêt de suivi, plusieurs années auparavant. Au début du premier entretien en dialogue ouvert avec cette famille, les deux thérapeutes et les parents étaient assis en cercle, alors que Jack avait choisi de s'asseoir dans une chaise légèrement écartée, écoutant, paraissant occasionnellement en communication avec des présences invisibles. Après les civilités, un des thérapeutes démarra, signant ainsi le départ de la conversation thérapeutique :

Thérapeute 1 : "Donc, nous y voici. Et si nous commençons ?"

Thérapeute 2 : "Oui, commençons."

Les thérapeutes se présentèrent à Jack et demandèrent aux parents si cela les dérangeait d'être appelés par leurs prénoms. Thérapeute 1 dit "Jack, préférez-vous rester là où vous êtes et écouter ?" Sa mère suggéra à Jack de les rejoindre, mais Thérapeute 1 indiqua que ça ne le dérangeait pas si Jack restait là où il se trouvait, si c'était là qu'il était confortable. Thérapeute 1 posa ensuite la première question :

Thérapeute 1 : Donc, y a-t-il une histoire derrière cet entretien ? Était-ce le récit que vous m'avez écrit ? Ou bien, comment était-ce... quelqu'un m'a écrit...

David : Je vous ai écrit...

Thérapeute 1 : Ah, vous m'avez donc écrit. D'accord.

David : Je vous ai écrit à tous les deux (regardant Thérapeute 2). J'ai obtenu vos adresses email via vos universités respectives. En fait, c'est Tracy qui a dicté la première lettre. C'était une décision commune.

Tracy : Je lui ai dit de la figoler...

David : Je ne m'attendais pas à une réponse directe.

Thérapeute : Oui. Vous ne vous attendiez pas une réponse directe.

Le père décrit comment il avait recherché sur internet une alternative au type de soins psychiatriques que son fils avait abandonnés plusieurs années auparavant. Il y eut de longues descriptions de leurs expériences négatives avec les professionnels. Jack devint agité et fit mine de quitter la salle.

Thérapeute 1 (à Jack se tenant debout à la porte) : Quand avez-vous été informé de l'organisation de cet entretien ?

Le thérapeute posa sa question de différentes manières, et les parents répétèrent la question jusqu'à ce que Jack réponde : "Il y a trois jours."

Quelques minutes plus tard, le thérapeute posa une seconde question :

Thérapeute 1 (à Tracy) : Comment pensez-vous que nous pourrions utiliser au mieux le temps dont nous disposons ?

Tracy : Il nous est difficile de savoir ce qui est le mieux pour Jack. C'est notre sujet de préoccupation principal. C'est pour ça que nous pensons que ce type de traitement psy pourrait être meilleur. Que ça pourrait l'ouvrir davantage aux... (cherche ses mots)

Thérapeute 2 : ...aux relations sociales ? (une formule que Tracy avait utilisé précédemment)

Tracy : Oui, merci, aux relations sociales.

Ces deux questions ouvertes permettent aux thérapeutes de savoir que les deux parents étaient engagés dans l'idée de pratiquer un dialogue ouvert, plutôt qu'en conflit à propos de cela, et avaient une motivation commune à aider leur fils. Jack ne semblait pas opposé à cette idée, étant venu librement avec eux. Ces questions ouvrirent une fenêtre sur la perception partagée des deux parents : celle-ci étant qu'il y avait "davantage en Jack", alors que celui-ci avait été défini comme « chronique » et sans espoir par le système de soins en santé mentale. Cet extrait illustre également la prise de contact avec chaque personne assez tôt dans l'entretien, et le fait de permettre à chaque personne d'avoir une voix en relation avec le thème discuté, à savoir la nature de l'entretien.

Après avoir démarré avec les questions sus-citées, il est important, au cours de l'entretien, de s'attacher à formuler les questions d'une manière ouverte, permettant aux clients de prendre l'initiative de discuter ce qui leur paraît important, et de la manière dont ils le souhaitent. Pour les thérapeutes, cela signifie qu'ils guident le processus dialogique sans déterminer ni sélectionner les thèmes, mais via leur manière de répondre aux énoncés des clients. Dans la section suivante, et à travers ce document, nous donnerons des exemples de cette investigation libre.

4. Répondre aux énoncés des clients

Le thérapeute favorise le dialogue en répondant aux énoncés du client, ce qui est habituellement fait de trois manières différentes qui invitent à un développement plus approfondi. Cela comprend (A) l'utilisation des propres mots du client ; (B) s'engager dans un processus d'écoute active ; et (C) s'accorder de manière persistante aux énoncés non-verbaux, notamment les silences.

A. Utiliser les propres mots du client

Le clinicien suit activement ce que le client dit et intègre les mots et phrases exacts du client dans ses réponses. L'exemple ci-dessus montre comment les thérapeutes effectuent ceci, en écoutant précisément ce que les clients disent et en répétant leurs propres mots au sein de leurs questions ou leurs commentaires. Ce que le client a dit précédemment est incorporé –avec les mots exacts– dans la réponse des thérapeutes. Ceci est illustré par une brève vignette de la famille L. (David, Tracy, et Jack) extraite du tout premier entretien décrit ci-dessus.

Exemple clinique de l'utilisation des mots des clients : la famille L. David : Je ne m'attendais pas à une réponse directe.

Thérapeute : Oui. Vous ne vous attendiez pas une réponse directe.

David : Je ne m'attendais pas à une réponse. Je savais qu'il existait un programme de formation au dialogue ouvert. Je ne pensais pas qu'il s'agirait d'une possibilité immédiate. Je pensais que, peut-être, vous diriez que ce serait possible dans le futur. J'ai été surpris. Ça m'a fait penser que j'étais sur la bonne voie.

B. Une écoute sensible aux réponses pour faire de la place aux histoires qui n'ont pas encore été dites

La répétition des mots amène naturellement à une *écoute répondante (responsive listening)*, à savoir écouter sans plan spécifique. L'écoute répondante crée souvent une atmosphère dans laquelle les clients commencent à raconter des histoires personnelles importantes encore jamais partagées –ou difficilement partagées– en particulier aux professionnels. Des indices montrent que les réponses du thérapeute sont efficaces lorsque, par exemple, un changement se produit durant l'entretien, menant à une atmosphère plus calme. La conversation comprend des pauses, des silences, et une exploration plus partagée –des réflexions– à propos de problèmes et préoccupations au sein d'un flux et reflux dialogique.

Durant l'entretien avec la famille L. (David, Tracy, et Jack), les thérapeutes firent preuve d'écoute répondante. Ils répétèrent des mots ou, avec des courtes questions, invitèrent à considérer des perspectives alternatives et davantage porteuses d'espoir (en incorporant de nombreux "mmh"). En réponse, les parents s'étendirent sur les qualités de leur fils qui leur donnaient espoir. Ils racontèrent plusieurs histoires essentielles et inattendues que les thérapeutes n'auraient jamais pu anticiper. Par exemple, ses parents décrivirent comment Jack sauva la vie d'une femme dans la résidence institutionnelle dans laquelle il vivait, en avertissant le personnel qu'elle avait des idées suicidaires. Cette histoire, parmi d'autres, caractérisèrent Jack en tant que personne capable d'agir pour aider et protéger les autres, plutôt qu'uniquement comme une personne ayant besoin d'être aidée et protégée. Alors que ces histoires étaient racontées et entendues par les cliniciens en dialogue ouvert, une identité plus positive se constituait et de nouvelles possibilités furent envisagées pour le rétablissement de Jack, qui n'avaient pas été suggérées par ses diagnostics.

C. Accordage non-verbal, incluant les silences

Le thérapeute s'accorde aux communications analogiques (non-verbales) du client. Ceci inclut en particulier de tolérer les silences.

Il est crucial de porter une attention soutenue à ce qui est communiqué par voie corporelle, autant que par les mots. L'exemple qui suit est extrait de l'entretien mentionné ci-dessus, lorsque le thérapeute revient sur sa première rencontre avec Jack.

Exemple clinique de la réponse à une communication corporelle : la famille L

Thérapeute 1 (à Jack) : Quand je vous ai rencontré à la réception, et que j'ai proposé une poignée de mains, vous avez dit "Non, je ne serre pas la main..." Pouvez-vous m'en dire un peu plus : Pourquoi ne serrez-vous pas la main ?

Jack : Je n'avais juste pas envie de vous toucher.

Thérapeute : Oh, vous n'aviez pas envie que nous nous touchions. Jack : Non.

Cet échange illustre une préférence claire de Jack pour l'échange verbal, en contraste avec le fait qu'il s'exprimait principalement par des attitudes physiques, comme s'asseoir en dehors du cercle ou quitter la salle lorsque des sujets sensibles étaient abordés. Néanmoins, bien que de tels comportements analogiques (non-verbaux) puissent être vus comme des symptômes, ils sont respectés et considérés comme des formes de communications importantes durant l'entretien.

De cette manière, les thérapeutes notent les gestes et mouvements des clients, leur respiration, les changements dans leur ton de voix, leur hauteur de voix, leurs expressions faciales, et le rythme de leurs énoncés, ainsi que les modifications de ce rythme. Une pause dans la respiration du client, suite à une question d'un thérapeute, est riche de significations. Ce peut être un signe que la question était trop difficile ou éprouvante, et bloque ainsi la possibilité de survenue de nouvelles significations.

Permettre les silences au sein de la conversation thérapeutique peut être une autre forme importante d'accordage thérapeutique, étant donné que les silences offrent souvent un prélude créatif aux histoires non-encore formulées, et à l'émergence de nouvelles voix. Le temps de silence à accorder ne peut pas être quantifié, mais doit être senti à partir du contexte partagé. Il est essentiel que les thérapeutes remarquent de tels indices et apprennent comment y répondre, dans l'espoir de comprendre autant que possible ce que le client énonce.

5. Mettre l'emphase sur le moment présent

Le clinicien met l'emphase sur le moment présent de l'entretien. Ceci se divise en deux aspects inter-reliés : (A) répondre aux réactions immédiates qui apparaissent dans la conversation ; et (B) autoriser la survenue d'émotions.

A. Répondre aux réactions immédiates

Cela s'exprime par une préférence dans le fait de répondre aux réactions immédiates du client, qui se produisent dans l'ici et maintenant de l'interaction thérapeutique, plutôt qu'à leurs récits de ce qui s'est produit en dehors de la salle de thérapie. Un exemple simple, tiré de l'entretien décrit ci-dessus avec Jack et sa famille, est l'échange à propos de la poignée de mains.

B. Autoriser la survenue d'émotions

Une autre dimension, plus complexe, de l'attention au moment présent, se développe lorsqu'un client est ému en parlant d'un sujet sensible. Lorsque des émotions telles que la tristesse, la colère, ou la joie surviennent, la tâche des thérapeutes est de laisser de la place à ces émotions de manière sécuritaire, mais sans leur donner une interprétation immédiate. Voici un exemple de ce dernier point :

Le couple V. : Porter attention au moment présent lorsque des émotions surviennent

Margaret est une femme de 25 ans qui touchait une allocation de handicap pour dépression. Son mari Henry et elle venaient pour leur seconde session de thérapie de couple. La première session s'était centrée sur les symptômes de dépression sévère de Margaret. Le démarrage de la seconde session semblait chaotique et tendu. Thérapeute 1 mentionna la manière dont Margaret et Henry, qui avaient environ 5 minutes de retard, étaient entrés dans le bâtiment. Il semblait qu'il y avait du remue-ménage, et que Henry devait convaincre Margaret, qui apparaissait énervée et agitée, d'entrer dans le bureau.

Le thérapeute demanda à Henry comment il allait. "Assez bien" répondit-il. Le thérapeute se tourna ensuite vers sa femme :

T1 : Et vous, Margaret ?

M : Eh bien, pour moi c'est différent. Je n'avais pas envie de venir ici aujourd'hui. D'habitude, je ne suis pas comme ça...

T1 : Vous n'aviez pas envie de venir ici aujourd'hui. Pour une certaine raison, ou bien... ? M : Je pense que j'ai juste trop travaillé ces derniers temps, et je suis fatiguée.

T1 : Mmh.

La réponse de Margaret semblait contenir trois faits déconnectés. La réponse du thérapeute – Vous n’aviez pas envie de venir ici aujourd’hui ? – était une réponse à l’un des énoncés de Margaret et pas aux deux autres. Elle n’abordait pas sa manifestation émotionnelle, mais s’intéressait à la préoccupation la plus active au moment présent, “ne pas vouloir venir”, ce qui est une invitation à être dans le dialogue.

6. Susciter de multiples points de vue : Polyphonie

Le dialogue ouvert ne cherche pas à amener à un consensus, mais à permettre une juxtaposition et un échange créatif de divers points de vue et diverses voix, même s’ils expriment une tension entre différentes personnes, ou au sein même d’un individu. La multiplicité des points de vue et des voix, ou polyphonie, comprend deux dimensions : (A) externe et (B) interne. Dans la polyphonie externe, le thérapeute s’adresse à chacun, encourageant toutes les voix à être entendues et respectées, ceci en intégrant même les éléments incongrus et en assurant un dialogue, plutôt qu’un monologue. Dans la polyphonie interne, le thérapeute écoute et encourage chaque personne à parler de son propre point de vue et de ses expériences de manière complexe.

A. Polyphonie externe

Chacun doit être écouté, et se voir offrir la possibilité de parler, et pas uniquement la personne identifiée comme ayant des problèmes ou des symptômes. Expérimentant, ou “vivant au sein de” la polyphonie de voix dans l’entretien, le clinicien doit être sensible à chaque personne présente et entendre de la part de chacun les éléments concernant les thèmes importants qui sont discutés. Aussi bien dans le premier exemple de la famille L (David, Tracy, et Jack) que dans le second exemple du couple (Margaret et Henry), les thérapeutes se sont assurés que chaque personne avait une opportunité de s’exprimer. Avec la famille de Jack, il y avait un entrelacement des différentes voix pour former une compréhension commune de leur isolement, sans se focaliser uniquement sur la situation de Jack. Voici un exemple supplémentaire extrait de la thérapie de Margaret et Henry.

Exemple clinique de polyphonie externe : Le couple V.

Durant la seconde session, Margaret et Henry progressèrent, d’un état de tourmente et d’escalade conflictuelle, à l’émergence d’une interaction plus constructive qui culmina dans leur discussion ouverte à propos de leurs différences. Comme nous l’avons décrit, Margaret démarra la session dans un état énervé, agité. Elle énonça, tôt dans la session, que son mari n’était jamais à la maison.

Le thérapeute répondit en répétant ses mots avec un tranchant et une franchise dans son ton de voix qui correspondaient à l’intensité émotionnelle de Margaret : “Qu’est-ce que ‘jamais’ veut dire ?” Après ce commentaire, il y eut un changement palpable. Au lieu de poursuivre dans son expression croissante de sa misère, Margaret commença à parler plus respectueusement au thérapeute, comme si elle avait soudainement senti que la session pourrait lui permettre d’être entendue. Henry changea également après le commentaire du thérapeute et commença à s’exprimer plus clairement avec un ton assertif qui divergeait de celui de sa femme. Avant cet échange, les commentaires de Henry étaient presque incohérents.

Alors que le thérapeute poursuivait son échange avec chaque partenaire de manière attentive et faisant preuve d’écoute répondante, un dialogue émergea, non seulement entre le thérapeute et chaque partenaire, mais également au sein du couple lui-même. Pour la première fois, ils commencèrent à parler à partir de positions distinctes, en utilisant la première personne et en s’adressant à leur partenaire à la deuxième personne. Ils étaient chacun capables de maintenir leur propre perspective, clairement différenciée, ainsi que d’écouter et entendre la perspective de l’autre.

Sans se mettre d'accord tout d'abord, ils commencèrent néanmoins à négocier jusqu'à finalement concevoir une solution nouvelle à leur conflit central. De cette manière, un petit fragment d'une conversation permet de reconstituer un contexte tout entier, d'une manière dialogique qui favorisait la polyphonie.

Une autre dimension capitale du principe de polyphonie est la capacité du clinicien à intégrer des paroles/remarques d'autres professionnels ou membres du réseau qui ne sont pas en accord avec une pratique dialogique. De tels commentaires incongrus n'apparaissent pas à chaque session, mais la gestion de telles remarques est un élément si important pour maintenir une conversation polyphonique que nous l'incluons ici. L'exemple ci-dessous est tiré d'une troisième famille, la famille P.

Exemple clinique : Intégrer les remarques incongrues : La famille P.

La famille P. était en demande d'aide pour leur fils Christopher de 25 ans qui avait eu un épisode psychotique aigu plusieurs années auparavant alors qu'il était dans sa dernière année de licence. Ses parents, John, 60 ans, et Sheila, 56 ans, qui traversaient un divorce difficile lorsque Christopher eut sa crise, étaient restés en mauvais termes et à distance. Sheila était professeur, avec un emploi stable, alors que John était un charpentier en recherche d'emploi. Durant l'épisode psychotique de Christopher, ses parents l'avaient fait hospitaliser sous contrainte dans un hôpital universitaire privé où son traitement principal avait été pharmacologique. Il avait eu des difficultés à garder un emploi depuis, et vivait avec sa mère. Christopher avait gardé du ressentiment et de la colère concernant son admission forcée à l'hôpital et le traitement qu'il y avait reçu.

Durant un entretien à domicile, le médecin de famille de longue date était présent pour la première fois. Il était resté le médecin et l'allié de confiance de John (le père), alors que Sheila et Christopher ne le voyaient plus comme leur médecin. Sheila, John, et Christopher étaient tous trois présents à cet entretien. Le médecin dit abruptement et immédiatement au début de l'entretien : "Une telle situation requiert trois éléments : un traitement médicamenteux, une thérapie cognitivo-comportementale, et une thérapie familiale." Christopher rougit subitement, se courba en avant et sembla se trouver en détresse. Le clinicien du dialogue ouvert savait que ce jeune homme avait eu une expérience très négative avec les médicaments alors qu'il était hospitalisé et qu'il trouvait qu'il s'en sortait mieux sans les prendre.

Par ailleurs, ses parents étaient fortement en désaccord à propos de la question des médicaments. Le clinicien répondit au médecin en disant "Pourriez-vous m'en dire un peu plus sur comment vous en êtes arrivé à cette conclusion ?" Le médecin fit une pause et réfléchit. Il s'adressa ensuite au fils, semblant sentir son inconfort : "Je suis désolé ; je pense que j'ai fait une erreur en démarrant avec ces trois éléments." Plus tard dans l'entretien, le thérapeute revint sur les idées d'une thérapie cognitivo-comportementale individuelle et d'un traitement médicamenteux et discuta ces recommandations avec la participation de tous.

La raison pour laquelle les recommandations du médecin étaient incompatibles avec une approche dialogique est qu'il démarra l'entretien à partir d'une position monologique verticale d'expertise qui générerait de l'inconfort, plutôt que d'une position d'écoute collaborative qui aurait permis à chacun d'avoir une voix.

B. S'intéresser à la polyphonie interne multiple, ou voix, du client

Le thérapeute écoute et s'intéresse aux multiples points de vue et voix du client. Ils peuvent correspondre à plusieurs points de vue, ou voix, conflictuels, exprimés par une seule personne.

L'exemple ci-dessus du médecin généraliste est en fait également un exemple d'accès à la "polyphonie interne". Au départ, le médecin s'est exprimé à partir de son rôle professionnel en tant qu'expert détenteur de la connaissance, induisant par inadvertance une brèche dans la relation empathique avec Christopher. Il a ensuite réparé cette brèche en exprimant qu'il était sensible à l'inconfort de Christopher. De cette manière, le médecin lui-même s'est exprimé avec plus d'une voix : d'abord, en tant qu'expert utilisant ses connaissances, et ensuite, en tant que clinicien empathique répondant à l'interaction présente. Ce type de mouvement est crucial dans les pratiques dialogiques.

Au cours des entretiens, les thérapeutes dialogiques posent des questions à propos des membres absents. Il s'agit d'une autre manière d'induire l'expression de la polyphonie interne. Une question habituelle est : "Si X avait été là, qu'aurait-il dit à propos du problème discuté ?" Il s'agit d'un exemple de question hypothétique. L'idée est de permettre au client d'imaginer une conversation avec une personne importante de sa vie qui n'a pas pu être présente à l'entretien. De cette manière, les voix des autres personnes importantes prennent part à la conversation externe, et le dialogue interne du client devient l'objet d'un nouvel examen et d'une nouvelle réflexion. Parfois, la question en elle-même provoque un changement spontané dans un dilemme abordé par un client en rapport avec une autre personne absente. Ci-dessous un exemple percutant, qui provient de la famille L, durant un des entretiens ultérieurs :

Exemple clinique de l'implication de membres absents : la famille L : Polyphonie interne et l'implication de membres absents en tant que voix du dialogue intérieur

Cet exemple provient de la famille L décrite précédemment : David, Tracy, et leur fils, Jack, 32 ans. Au cours du traitement, Tracy décéda subitement. David était en deuil, abattu. Au plus fort de sa douleur, il s'interrogea sur la possibilité que Tracy ait été encore vivante, si seulement il s'était davantage attaché à lui permettre de bénéficier de soins médicaux, plutôt que de se focaliser tellement sur le fait d'obtenir cette nouvelle forme de traitement en santé mentale pour Jack.

Au cours d'un entretien, Thérapeute 2 demanda : "Si Tracy était ici maintenant, que dirait-elle à propos de la décision d'investir vos efforts dans le fait d'obtenir de l'aide pour Jack ?" David y réfléchit, et répondit que Tracy était heureuse qu'ils aient passé la dernière année de sa vie à se rendre à ces entretiens en tant que famille. Elle avait informé David que son oncologue avait dit que si elle était restée en vie plus longtemps que prévu, c'était possiblement pour s'assurer que la situation de Jack s'améliore avant qu'elle ne quitte ce monde. Jack était présent quand David aborda l'impression de Tracy, à savoir, que l'état de Jack était en train de s'améliorer, qu'il avait maintenant un futur, et qu'il avait possiblement aidé à prolonger la vie de Tracy, plutôt que de hâter son décès.

7. Créer une perspective relationnelle au sein du dialogue

Durant les entretiens, les thérapeutes dialogiques travaillent sur les thèmes et les difficultés, dans un cadre relationnel. Par exemple, lorsqu'un membre de la famille est en colère et critique à l'égard d'un professionnel, cela n'est pas interprété comme une manifestation d'un "trouble de la personnalité", mais comme sa réponse à une relation réelle et à l'interaction spécifique avec ce professionnel, considérant ainsi sa colère comme l'une des voix au sein d'une conversation polyphonique.

Les "questions relationnelles" sont l'un des aspects de cette perspective relationnelle, et peuvent permettre d'éclaircir une situation. Ces questions peuvent, par exemple, concerner plus d'une personne, s'intéresser aux relations au sein de la famille, et accorder de l'intérêt au contexte

relationnel du problème ou du symptôme. Durant l'entretien avec la famille de Jack exposé précédemment, un des thérapeutes demanda aux parents de Jack de définir quel était le pourcentage de leur temps alloué à s'occuper de Jack, en contraste au temps alloué à leur propre relation et leurs propres vies. Cette question est relationnelle dans le sens où elle amène plusieurs participants dans une discussion au sein de laquelle les relations, au lieu de devenir plus confuses, peuvent être définies et différenciées plus clairement.

Dans le dialogue ouvert, il y a plusieurs variétés de questions orientées vers les relations, qui s'inspirent des styles d'entretien systémique, orienté-solution, narratif, et psychodynamique. Par exemple, nous pouvons poser des questions de type "circulaires", comme inventées par l'équipe systémique de Milan (Boscolo, Cecchin, Hoffman, & Penn, 1987). De telles questions mettent en lumière des différences ou abordent les relations au sein de la famille.

Dans le dialogue ouvert, nous n'utilisons pas ces questions, ou d'autres, dans le cadre d'une méthodologie d'entretien structurée, ou d'une quelconque séquence planifiée de questions qui amènerait à l'élaboration d'une intervention. De telles méthodes structurées correspondent à des séquences monologiques, plutôt qu'à des interactions dialogiques. A la place, au sein de la pratique dialogique, les questions sont amenées comme des réponses aux énoncés qui précèdent et, si possible, résonnent avec les opportunités singulières de la conversation. Utilisées d'une manière créative, improvisée, et modérée, elles créent de nouvelles ouvertures pour l'expression des voix. Nous proposons de nommer "questionnement relationnel" ce type d'investigation dialogique.

Exemple clinique de l'utilisation d'une question circulaire : la famille H.

L'exemple de question circulaire qui suit provient d'une autre famille composée de deux parents, Mike, dirigeant d'entreprise, Anna, consultante, et deux enfants, Carla, 18 ans, et Joe, 16 ans. Carla avait été hospitalisée après qu'elle ait confié à son frère qu'un criquet lui disait de se jeter dans le vide à partir du balcon de sa chambre, au 3^e étage.

Le psychiatre hospitalier annonça à la famille que leur fille avait un déséquilibre chimique dans le cerveau. Elle fut traitée avec de fortes doses de médicaments. Les médicaments éradiquèrent sa voix "psychotique", et Carla démarra un suivi psychiatrique ambulatoire. La grand-mère maternelle estimait que la famille devait aussi bénéficier de thérapie en dialogue ouvert.

Dans cet exemple, il s'agit du deuxième entretien avec la famille. Le père démarra en amenant l'idée d'un "déséquilibre chimique" et semblait irrité d'avoir à participer à des entretiens familiaux, en particulier des entretiens qui s'intéressaient au "processus" plutôt qu'à des "étapes concrètes". Après avoir écouté et validé le point de vue du père, le thérapeute posa à la famille une question circulaire à propos de l'accord et du désaccord, "Qui d'autre dans la famille est d'accord avec le père à propos des entretiens familiaux ?" Joe répondit "Eh bien, je pourrais être en train de faire autre chose." Carla répondit qu'elle pensait également qu'elle avait un déséquilibre chimique et qu'elle avait besoin de médicaments, mais estimait que le premier entretien familial l'avait aidée à se "sentir moins isolée". La mère répondit :

"Je ne suis pas d'accord avec Mike. Je crois que lorsque je pense à nous quatre ensemble, je peux comprendre pourquoi Carla entend des voix. Je pense que ses voix sont un produit de nous quatre ensemble... Je ne peux pas vraiment l'expliquer, mais je pense que nous avons besoin de nous réunir en tant que famille et de discuter des problèmes qui surviennent. Il y a beaucoup de choses à propos desquelles nous ne parlons pas, et que nous devrions discuter, pas seulement pour aider Carla, mais chacun de nous. Oui, c'est ce que je pense vraiment."

Carla, qui était assise à côté de sa mère, prit sa main, entremêla ses doigts avec ceux de sa mère, et elles échangèrent un sourire. Ainsi, la question à propos de l'entretien lui-même permit à la voix de

la mère d'être entendue dans une famille où la perspective du père, alignée avec le discours psychiatrique dominant, était devenue trop importante. La relation entre les parents fut définie plus clairement lorsque leur conflit devint ouvertement énoncé. En partie en raison de cette conversation, une équipe thérapeutique fut constituée, comprenant un psychiatre qui rencontrait ainsi régulièrement la famille, accompagné des thérapeutes en dialogue ouvert. La famille fit des progrès importants, en particulier Carla, qui commença à se rétablir. Elle retourna à l'école et démarra un sevrage progressif de ses médicaments psychotropes. Après environ 18 mois d'entretiens dans cette configuration, les parents de Carla demandèrent à bénéficier d'une thérapie de couple à la place. Carla poursuivit le suivi avec un thérapeute individuel, tout en avançant dans sa propre vie, eut un premier petit ami et retourna à l'école.

8. Répondre aux discours ou comportements centrés sur les problèmes comme à quelque- chose ayant du sens

En pratique dialogique, l'emphase est portée sur le "discours normalisant" au lieu de discuter des problématiques en tant qu'éléments pathologiques, ce qui est souvent le point de départ. Le thérapeute prête attention aux aspects significatifs et "logiques" des réponses de chaque personne. En pratique, le thérapeute s'efforce de commenter et répondre à ce qui a été dit d'une manière qui présente les symptômes ou comportements problématiques comme faisant du sens, c'est-à-dire comme étant des réponses "naturelles" à des situations difficiles. Ce déplacement vers un discours normalisant permet aux personnes de se réaffirmer en montrant comment les comportements problématiques sont signifiants dans un contexte particulier, plutôt que "mauvais" ou "fous".

Le discours normalisant se rapproche de la technique de thérapie systémique de Milan de la "connotation positive ou logique", bien que cette technique soit utilisée comme une intervention, sous la forme d'une explication donnée à la famille. Le "discours normalisant" est un processus plus subtil de compréhension et de réponse tissé dans l'échange conversationnel. Il peut aussi apparaître via l'identification de résultats singuliers, ou exceptions, au sein "d'histoires saturées en problèmes" (Olson, 2006 ; White, 2007). (Voir aussi le chapitre X qui compare le dialogue ouvert et la thérapie familiale et décrit plus en détails les différences entre le discours normalisant et les interventions de thérapie familiale telles que le "recadrage" et la "connotation positive ou logique".)

Par exemple, dans les extraits précédents de la famille L et du couple V, un discours normalisant a remplacé un discours pathologisant dans l'émergence collaborative du sens. La toute première session décrite au-dessus permit au discours d'évoluer pour inclure l'expérience de Jack et sa famille dans une histoire d'isolation et de séparation de leurs familles d'origine, un contexte normalisé dans lequel leur expérience devenait plus compréhensible. De même, dans la session avec Margaret et Henry, les symptômes de Margaret furent connectés par le discours au contexte normalisé d'un jeune couple "entre deux familles", avec une attention particulière portée au lien de loyauté du mari à sa mère.

9. Mettre l'emphase sur les mots et histoires propres du client, pas sur les symptômes

La pratique dialogique invite au récit de ce qui s'est passé dans la vie d'une personne, ses expériences, pensées, sentiments, plutôt qu'à établir une liste de symptômes. Le récit d'histoires peut se produire spontanément, ou bien requiert parfois une recherche plus prononcée de mise en mots. Des ouvertures, sous la forme d'un mot ou d'un fragment de phrase, peuvent constituer des mots-clés amenant à des associations pertinentes en lien avec la situation qui pose problème. Le thérapeute se concentre sur ces mots singuliers qui peuvent donner accès à une narration de la souffrance de la personne. Ceci fait partie d'un processus plus large d'évolution d'un langage commun, et d'une histoire plus large.

De cette manière, des symptômes graves peuvent être vus comme des incarnations de dilemmes

non-exprimables ou indicibles. Ils s’ancrent souvent dans des expériences terribles, souvent traumatiques, qui ne sont pas accessibles au langage ordinaire et à la capacité habituelle d’exprimer les expériences sous forme narrative. Par exemple, des hallucinations peuvent être le signe d’expériences non-exprimables différemment. La personne qui manifeste les symptômes les plus sévères peut aussi être celle qui a le moins d’accès au langage. Un temps plus long peut être consacré à la personne qui manifeste les symptômes les plus aigus, dont la voix peut être la plus incohérente, et donc, la plus faible. De plus, durant les entretiens ayant lieu au cours d’une crise, les difficultés les plus importantes sont souvent indiquées dans le discours d’un participant par un mot isolé, plutôt qu’une histoire complète. Ce type d’énoncé à un seul mot, qui peut sembler bizarre, peut être répété, rendu à la personne, légèrement altéré par le thérapeute, jusqu’à ce qu’une formulation mutuelle survienne. Le but est d’atteindre une compréhension commune qui donne voix à l’expérience de la personne, la rendant plus compréhensible et ainsi, générant de nouvelles possibilités pour tous. Cela signifie souvent se focaliser sur les détails les plus ténus de la description de ce qui est arrivé, ou bien sur ce qui se produit dans la salle alors que la personne raconte l’histoire.

Exemple clinique de l’attention portée aux histoires, pas aux symptômes : La famille P.

Cet exemple provient du travail avec Christopher, 25 ans. Nous avons décrit ce suivi thérapeutique précédemment, en abordant l’entretien de réseau mené en présence du médecin de famille. Christopher était en crise depuis trois ans. Les thérapeutes se réunissaient avec les parents, John et Sheila, divorcés, et Christopher, qui avait eu un épisode psychotique à l’université, duquel il n’était pas complètement rétabli. Il lui était difficile de fonctionner depuis cette époque et il vivait avec sa mère. Thérapeute 1 avait rejoint la thérapie en tant que consultant.

Thérapeute 1 : Donc... Par où devrions nous commencer ? (Regardant Christopher) Je sais que ce n’est pas votre premier entretien, mais peut-être pourriez vous nous dire quelques mots, comment comprenez-vous toute cette situation ?

Christopher : D’accord. Eh bien, depuis environ cinq ans, il y a cinq ans, je me suis senti en quelque sorte, embrouillé dans ma tête, hm, j’avais pensé que c’était juste de la dépression, hm mais, en fait hm, j’avais du mal à me concentrer, après être revenu d’un semestre à l’étranger en (pays X), toute ma vie je m’en étais bien sorti, vous savez, avant ça, hm, ensuite quand je suis allé en première année à l’étranger, au semestre d’automne de ma première année de fac, au semestre d’automne, à la fac, j’ai vingt-cinq ans, oui, et j’ai été à la fac pendant quatre ans, hm, après mon retour j’ai commencé à avoir des problèmes, de la dépression, juste des difficultés à me concentrer en classe, et puis j’étais juste malheureux en général, avec mon état mental, hm, beaucoup de pensées qui circulaient, la meilleure manière dont je pourrais le décrire c’est, flou, de la pensée floue, donc hm, comme, hm, c’était comme ça durant les cinq dernières années, donc hm, oui hm...

Thérapeute 1 : Vous avez dit que vous étiez “malheureux” ? Christopher : Oui, malheureux... Le thérapeute demanda ensuite à chacun des deux parents comment ils comprenaient la situation. Ils avaient chacun des perspectives différentes. (Ce qui est aussi un exemple de polyphonie externe.) La mère décrivit comment elle vivait avec Christopher et observait sa “peur” de la vie. D’après elle, la “loi du silence” dans leur famille, durant l’enfance de Christopher, avait entraîné la situation actuelle. Par “loi du silence”, elle voulait dire que les problèmes étaient rarement discutés ouvertement au sein de la famille. Le père exprima son désaccord, disant que les problèmes actuels de Christopher venaient de ses difficultés durant l’enfance, notamment de difficultés de longue date pour interpréter la “communication sociale”.

Christopher remet en cause le point de vue de son père. Le thérapeute retourna à Christopher et lui demanda d'en dire davantage à propos de sa propre compréhension de la situation. Christopher répondit : "la brisure du cœur". "Brisure du cœur" était la formule de Christopher, que le thérapeute répéta. La réponse du thérapeute invita Christopher à raconter son histoire d'amour avec une jeune femme lors d'un semestre à l'étranger, puis le fait qu'il ait dû la quitter à son retour aux Etats-Unis. Il pensait que cette expérience était à l'origine de tout ce qui s'était produit par la suite et l'avait rendu, pour utiliser le mot de sa mère, "paralysé" dans la vie. Les voix et points de vue différents de chacun des membres de la famille restèrent distincts au sein de la conversation polyphonique, et les thérapeutes ne favorisèrent pas explicitement une perspective plutôt qu'une autre. Néanmoins, les thérapeutes consacèrent un temps important durant la session à aider Christopher à détailler l'histoire de la "brisure du cœur".

10. Conversations entre professionnels au sein des entretiens thérapeutiques : le processus réflexif, la prise de décision concernant le traitement, la demande de feedback

A chaque entretien, un temps doit être accordé aux conversations entre professionnels. Durant cette conversation, ils doivent préférentiellement se regarder et se parler l'un à l'autre, et pas à la famille ou tout autre participant.

Les conversations devant les familles se divisent en trois parties. Les deux premières sont interchangeables, tandis que la troisième a systématiquement lieu après le dialogue entre professionnels. Premièrement, a lieu un processus réflexif, durant lequel les thérapeutes participent à des réflexions autour de leurs propres idées/images/associations, en présence du client et la famille. Deuxièmement, les thérapeutes ont une conversation avec les autres professionnels durant l'entretien à propos de la planification du traitement, de l'analyse du problème, et ils discutent ouvertement les recommandations concernant le traitement médicamenteux et les décisions d'hospitalisation. Troisièmement, la famille commente la discussion des professionnels. C'est-à-dire qu'après les réflexions des professionnels, un des thérapeutes invite la famille et les autres membres du réseau à répondre à ce qui a été dit.

A et B. Les réflexions en tant qu'idées/images/associations, et la planification

C'est Tom Andersen (1991) qui fut le pionnier des "conversations réflexives" entre professionnels au sein d'un entretien thérapeutique, devant la famille. Seikkula & Arnkil (2006) en ont également proposé une version. Ces deux types de réflexions sont des formats acceptables au sein des pratiques dialogiques. Le processus réflexif se déroule parmi les professionnels, en présence de la famille. Andersen a initialement proposé des modifications bien définies de la conversation thérapeutique, avec l'introduction d'une "équipe réfléchissante" (*reflecting team*), habituellement composée de 3 professionnels installés dans la même salle, à l'écart du groupe, ou bien derrière un miroir sans tain. Tom Andersen et l'équipe finlandaise ont finalement transformé ce processus, le rendant plus spontané au sein de la conversation, en appliquant l'idée des processus réflexifs d'une manière moins structurée, prenant place dans le flux naturel de l'entretien.

Comme indiqué, la conversation entre professionnels comprend des réflexions aussi bien sur les idées, images, sentiments, et associations qui ont été suscités dans leur propre esprit en écoutant les discussions autour de la planification thérapeutique. L'intention est de créer un espace, au sein de l'entretien, où les thérapeutes peuvent s'écouter eux-mêmes et ainsi avoir accès à leurs propres dialogues intérieurs. Cela permet aussi aux clients d'écouter sans ressentir la pression de répondre à ce que les professionnels sont en train de dire. En suivant les recommandations de Tom Andersen (1991), les aidants utilisent un langage ordinaire, et non pas du jargon, et doivent rester spéculatifs, en partant des thèmes introduits par la famille. On nomme ceci "parler en tant que sujet

écoutant plutôt qu'en tant qu'auteur" (Lyotard, cité dans Seikkula et Olson, 2003).

Exemple clinique d'une conversation réflexive entre professionnels : la famille L.

Nous retournons au premier entretien avec la famille L (David, Tracy, et Jack) décrit plus haut. Les professionnels ont eu une conversation devant la famille, au cours de laquelle ils ont initié une réflexion et discuté des questions liées au traitement.

Thérapeute 1 démarra le dialogue en demandant à la famille, "Cela vous dérange-t-il si j'échange avec mon collègue ?" Les parents répondirent que cela ne les dérangeait pas.

Thérapeute 2 démarra en reflétant sur ce qu'elle avait entendu et toutes les choses positives que les parents avaient énoncées à propos de Jack en utilisant leurs propres mots : "sensible", "aimant", "brillant", "protecteur", etc. Elle répéta également des fragments des histoires positives.

Thérapeute 1 poursuit en disant qu'il avait apprécié la manière qu'avait Jack de participer à l'entretien, en restant un peu à l'écart et en écoutant.

Thérapeute 1 continua en discutant les questions liées au traitement et observa que les parents semblaient "partagés" entre trouver un lieu de vie institutionnalisé à Jack ou bien lui faire bénéficier de la thérapie en dialogue ouvert. Cet énoncé mena à une conversation plus longue entre les thérapeutes qui se chevauchait avec des réflexions sur les relations entre membres de la famille et sur les décisions à prendre en pratique. Jack et ses parents décidèrent qu'ils voulaient tous trois poursuivre les rencontres avec ces thérapeutes.

C. Les commentaires de la famille sur les réflexions

Après que les thérapeutes ont partagé leurs réflexions, la famille doit avoir un espace pour pouvoir dire ce qu'ils pensent de cette discussion. Proposer à la famille de commenter la conversation entre les professionnels leur offre une voix pour leur propre futur.

Ainsi, thérapeute 2 demanda à la famille L : "Je me demande ce que vous pensez de nos commentaires ? Qu'est-ce qui vous a frappé ? Avec quoi étiez-vous d'accord ? Y'avait-il des éléments avec lesquels vous étiez en désaccord ?"

Tracy répondit : "Je crois que vous avez touché juste. Lui (Jack), qui s'occupe de nous. Je n'avais pas réalisé que nous voyions Jack d'une manière si positive. (Jack rit) Mais, c'est ainsi que nous le voyons." Jack et Tracy échangèrent des regards et rirent. David répondit au mot "partagé" utilisé par Thérapeute 1, et discuta les différentes options pratiques avec les thérapeutes.

11. Être transparent

Toutes les discussions thérapeutiques sont partagées avec tous les participants. Chacun, au sein de l'entretien de réseau, est également informé de toutes les discussions et informations partagées. En particulier, toutes les discussions concernant une hospitalisation, les médicaments, les alternatives thérapeutiques, ont lieu en présence de tous. Cette transparence est souvent mise en œuvre par les échanges réflexifs. Comme vu ci-dessus dans la session avec la famille L, les décisions thérapeutiques étaient initialement discutées au cours du dialogue entre les thérapeutes. Par exemple, comme indiqué précédemment, le thérapeute refléta sur les différentes options qu'il envisageait pour la planification du traitement, laissant ses idées ouvertes à la discussion, plutôt que de donner une recommandation en tant qu'expert.

Exemple clinique de transparence : La famille L.

Thérapeute 1 : “J’ai eu une sorte d’impression que les parents [David et Tracy] sont très partagés à propos de ce qu’il faudrait faire... partagés entre la nouvelle idée de venir ici et peut-être avoir des entretiens dialogiques, etc. Et en même temps, tout ça est un peu incertain. Dans quelle mesure est-ce aux parents, à Jack, aux thérapeutes ou autres professionnels de prendre cette décision? Et il semble y avoir des problématiques lourdes au même moment, qui créent peut-être de la confusion...”

Ce commentaire, qui illustre également le dernier élément, la tolérance de l’incertitude, amena à une réponse du père permettant de clarifier la position des parents, qu’ils définirent ensuite comme “univoque”. Les deux parents et Jack choisirent l’option d’avoir des entretiens dialogiques, et d’explorer par la suite les autres alternatives au fil du temps.

À la fin du premier, et souvent des autres entretiens également, les thérapeutes dialogiques s’adressent aux participants pour planifier la structure de l’entretien suivant. Ceci en utilisant des questions ouvertes telles que : “Voudriez-vous que nous nous rencontrions à nouveau ? Quand ? Savez-vous qui pourrait venir la prochaine fois ?” Si la famille semble hésitante, les thérapeutes peuvent proposer “Voudriez-vous prendre le temps d’y réfléchir et nous recontacter ?” Bien évidemment, si l’identité des participants et la fréquence des entretiens ont déjà été déterminées précédemment, ces questions peuvent être superflues.

12. Tolérer l’incertitude

La tolérance de l’incertitude est l’un des sept principes de base du dialogue ouvert et l’un des éléments-clés de la pratique dialogique. La tolérance de l’incertitude est au cœur du dialogue. Il s’agit donc d’un élément spécifique, et d’un élément qui définit également les autres.

En dialogue ouvert, on s’attache fondamentalement à créer une compréhension organique de la crise, en mêlant les contributions de chacun (polyphonie). Cette posture est basée sur l’assomption, ainsi que sur notre expérience, que chaque crise a des caractéristiques singulières. On évite les décisions hâtives et les conclusions rapides sur la nature de la crise, le diagnostic, le traitement médicamenteux, et l’organisation de la thérapie. De plus, nous ne proposons pas de solutions toutes-faites telles que des interventions thérapeutiques spécifiques et planifiées, ni à la famille ni à l’individu en crise.

L’idée première que les professionnels doivent garder en tête durant les crises est de se comporter d’une manière qui augmente la sécurité au sein de la famille et du reste du réseau social. Parmi les pratiques spécifiques en rapport avec cela, il est important de se mettre en relation avec chaque personne, assez tôt dans l’entretien, et ainsi de valider et légitimer leur participation. Une telle validation réduit l’anxiété et accroît la connexion, et ainsi le sentiment de sécurité. La possibilité de proposer immédiatement des entretiens avec l’équipe à une fréquence adaptée durant la crise permet aussi au réseau de tolérer l’incertitude de la crise, alors que l’ensemble des participants travaille conjointement à une compréhension partagée de ce qui les effraie et les met en détresse. Une telle compréhension partagée peut aboutir à de nouvelles formes d’agentivité (*agency*).

Dans le même esprit, le point de départ d’un entretien dialogique est que la perspective de chacun est importante et acceptée sans conditions. Ainsi, les thérapeutes se réfèrent de transmettre la notion que les clients devraient penser ou ressentir différemment. Nous ne suggérons pas, non plus, que nous pourrions savoir mieux que les participants eux-mêmes ce qu’ils cherchent à signifier par leurs énoncés.

Cette position thérapeutique constitue un changement fondamental pour de nombreux professionnels, étant donné que nous sommes fréquemment habitués à penser que nous devons interpréter le problème et arriver à une intervention qui contrecarre les symptômes, en induisant un changement chez la personne ou la famille.

Exemple clinique de tolérance de l'incertitude

Hélène, 46 ans, et son mari, Ben, ont démarré les entretiens avec une équipe de dialogue ouvert à domicile durant une crise aiguë au cours de laquelle Hélène traversait son deuxième épisode psychotique. L'équipe comprenait un psychiatre, une infirmière, et un thérapeute. Durant l'un des entretiens, Hélène dit :

“C'est vraiment différent de mon premier épisode psychotique il y a un an. A cette époque, avec ma famille, nous avons rencontré un docteur qui cherchait principalement à demander aux membres de famille à quel point j'étais folle. Comme si je n'étais pas là. Maintenant c'est complètement différent. Je suis là, et on me respecte. J'apprécie particulièrement quand le docteur parle avec mon mari et je me rends compte à quel point mon mari me respecte.”

Elle avait été hospitalisée dans une unité psychiatrique traditionnelle un an auparavant. Un entretien familial avait eu lieu à l'hôpital, mais apparemment l'objectif principal de l'entretien avait été d'établir le bon diagnostic. Les questions du médecin étaient orientées vers la collecte d'informations diagnostiques, plutôt que vers l'écoute et l'établissement d'une relation. Cette expérience avait été déconcertante pour la patiente (“comme si je n'étais pas là”). Elle décrit la différence entre la prise en charge précédente et l'expérience du dialogue ouvert. L'entretien psychiatrique mené un an auparavant l'avait laissée avec un sentiment d'impuissance à gérer sa propre vie et à prendre ses propres décisions thérapeutiques. Le dernier entretien dialogique avec l'équipe permit à sa voix d'être entendue et lui permit de se sentir acceptée.

D'autre part, le psychiatre de l'équipe, qui n'était pas familier avec cette manière de travailler, dit qu'il était parfois incertain à propos de ce qui se passait durant ce processus. Dans cet exemple, c'était donc pour le psychiatre que l'incertitude était la plus intense, car le traitement ne suivait plus des étapes concrètes et planifiées, prescrites et contrôlées par un expert.

Dans le processus du dialogue ouvert, les changements sont attribuables au fait que le point de vue de chacun est impliqué dans l'entretien. La responsabilité revient aux thérapeutes de conduire l'entretien d'une manière qui crée un espace où chacun peut s'exprimer en sécurité, comme nous l'avons décrit plus haut. Enfin, les thérapeutes, facilitant la polyphonie, n'effacent pas leur propre voix. Ils expriment également leurs perspectives, mais sous la forme de réflexions qu'ils s'échangent en présence de la famille. Leurs idées sont donc comme “entendues par inadvertance” et peuvent être commentées –et critiquées– par le réseau, plutôt que constituer des “vérités” imposées de façon verticale.

Dans l'ensemble, au cours d'un dialogue fructueux, les cliniciens participent d'une manière humaine, avec sentiment, compassion, et remplissent leurs rôles professionnels tout en étant chaleureux. Ceci favorise l'établissement d'une connexion thérapeutique et évite d'être trop distant, ou de donner aux clients l'impression qu'ils sont scrutés ou réifiés.

LA CONDUITE DE L'ENTRETIEN THÉRAPEUTIQUE : LE CONTEXTE DU DIALOGUE OUVERT ET DE LA PRATIQUE DIALOGIQUE

En dialogue ouvert, l'entretien thérapeutique forme le contexte pour la pratique dialogique. Un entretien thérapeutique doit constituer une réponse immédiate, en ayant lieu dans les 24 heures après le contact initial effectué par une personne demandant de l'aide au cours d'une crise. Avant toute décision concernant une hospitalisation ou une thérapie, cet entretien réunit la personne se trouvant en détresse aigue ainsi que toute autre personne importante, à savoir d'autres professionnels, les membres de la famille, et toute autre personne impliquée. La responsabilité d'organiser l'entretien incombe au professionnel ayant répondu à l'appel initial, avec la contribution du (des) client(s).

L'entretien se déroule dans un forum ouvert où tous les participants s'assoient en cercle. Les membres de l'équipe qui ont organisé l'entretien portent la responsabilité de favoriser le dialogue. L'équipe peut décider à l'avance quelle sera la personne qui conduira l'entretien, et quel rôle sera donné aux autres membres de l'équipe. Habituellement, si l'équipe est expérimentée, l'entretien démarre sans plan préconçu, sans déterminer à l'avance quel sera le thérapeute qui posera les questions. Tous les membres de l'équipe peuvent participer à l'interview. Les "deux questions" initiales évoquées précédemment invitent le réseau à parler des questions qui sont le plus pressantes à l'instant présent. L'équipe ne prévoit pas les thèmes à discuter à l'avance. Dès le début, les thérapeutes écoutent avec attention et suscitent l'expression de toutes les voix, mots, histoires, comme esquissé dans ce document. Si la personne au centre des préoccupations ne souhaite pas participer à l'entretien ou sort soudainement de la salle d'entretien, une conversation a lieu avec les membres de la famille afin de déterminer si oui ou non l'entretien doit être poursuivi. Si la famille souhaite poursuivre, un des cliniciens informe la personne qu'elle peut revenir si elle le souhaite.

Chaque personne présente a le droit de donner ses commentaires dès qu'elle le souhaite. Il est recommandé de se référer au thème qui est en train d'être discuté, sauf si un thème alternatif peut être clairement proposé. Cela signifie, pour les professionnels, qu'ils peuvent soit répondre en s'enquérant davantage à propos du thème discuté, soit répondre en démarrant un dialogue réflexif entre eux, dans lequel ils se montrent ouverts et disponibles. Les thérapeutes se parlent et se regardent, utilisent un langage ordinaire, non-pathologisant, évitent de critiquer les membres de la famille, et s'engagent dans un échange dialogique. Au cours de chaque entretien, un temps doit être accordé aux discussions réfléchissantes entre professionnels, car ce format est crucial, aussi bien pour générer de nouveaux mots pour parler de la crise, que pour permettre un processus ouvert et partagé, qui encourage les sentiments de confiance et de sécurité. Il est également essentiel que les membres du réseau puissent partager leurs commentaires sur ce que les professionnels se disent.

Toutes les décisions concernant une hospitalisation ou un traitement médicamenteux sont faites avec la contribution de chacun. De telles questions sont généralement discutées après que les membres de la famille ont eu une opportunité d'exprimer leurs préoccupations les plus pressantes. Après que les questions les plus importantes pour l'entretien ont été traitées, un des membres de l'équipe suggère habituellement de lever la séance. Néanmoins, il est important de clore l'entretien en se référant aux mots propres du client et en demandant, par exemple : "Je me demande si nous pourrions envisager de clore progressivement cet entretien. Avant cela, cependant, y'a-t-il autre chose que nous devrions discuter ?" Ainsi, les clients ont le contrôle, concernant la décision de mettre fin à la session. À la fin de l'entretien, il est utile de faire un bref résumé des thèmes abordés, en particulier de mentionner si des décisions ont été prises ou non, et de les énumérer.

Il est également important de déterminer la structure de l'entretien suivant, en particulier discuter qui doit être présent, et quand il doit avoir lieu. La durée des entretiens est variable, et 90 minutes sont habituellement suffisantes.

RÉSUMÉ

Le dialogue ouvert désigne à la fois un système de traitement communautaire, et la forme des conversations thérapeutiques qui se déroulent au sein de ce système, en particulier au cours de l'entretien thérapeutique. Ces deux niveaux du dialogue ouvert sont guidés par sept principes, parmi lesquels le "dialogue (polyphonie)" et la "tolérance de l'incertitude" constituent les deux boussoles fondamentales de la conversation thérapeutique, ou pratique dialogique. La pratique dialogique dans le dialogue ouvert est utilisée aussi bien pour les crises aiguës que pour les situations à long-terme, répétitives, "chroniques".

Ce document s'est attaché à définir la pratique dialogique en identifiant et en décrivant douze éléments-clés. Au cours de l'entretien thérapeutique, l'objectif principal des thérapeutes est de favoriser un dialogue dans lequel la voix de chacun est entendue et respectée. Le point de départ est le langage que la famille utilise pour décrire sa situation. La posture du thérapeute est différente de celle de la psychothérapie traditionnelle, dans laquelle le thérapeute effectue des interventions et ne révèle pas d'éléments personnels. Bien que de nombreuses écoles de thérapie familiale se concentrent sur des formes particulières d'interview, le thérapeute dialogique s'attache davantage à écouter et répondre à ce qui l'a touché.

Dans le dialogue ouvert, les possibilités de transformations sont contenues dans ces échanges "vivants" où l'un des participants a été touché par quelque chose de nouveau. Dans la discussion précédente, nous avons donné des exemples de ces "moments frappants" (voir aussi Shotter & Katz, 2007). Par exemple, lorsque Christopher utilisa le mots "la brisure du cœur", il fut, tout comme les thérapeutes, visiblement touché. Une exploration plus avant lui permit de raconter l'histoire de ce qui lui était arrivé, de placer son expérience dans un contexte, et mena à un profond changement de perspective. Certaines révélations soudaines, des moments positifs en direction de l'auto-guérison et de la complétude, au cours de ce processus, peuvent être profondément source de connexion et d'émerveillement. Ces possibilités de transformation semblent reposer sur une posture thérapeutique du rester présent et engagé, accordé avec son propre dialogue intérieur et attentif au dialogue extérieur, partagé, en répondant, énoncé par énoncé, alors que l'échange se déroule. Pour cette raison, les professionnels tiennent leur savoir et leur expertise légèrement à l'écart, dans leur répertoire de réponses. Cette approche des "moments frappants" est en contraste avec l'approche des "méthodes structurées" de Roger Lowe (2005), qui se réfère aux séquences unidirectionnelles, étape par étape, guidées par des théories externes et des hypothèses.

La pratique dialogique du dialogue ouvert s'attache à "être avec" plutôt qu'à "faire à". C'est une quête ouverte qui se centre sur le moment présent. Les mots et histoires des clients y sont considérés comme précieux, et l'attention du thérapeute s'y porte avec soin, tout autant qu'aux silences et à toute la gamme des gestes, émotions, et autres énoncés ancrés dans le corps. Les thérapeutes répondent aux expressions des clients en répétant leurs mots et en écoutant avec soin, cherchent à comprendre sans imposer leur couche de jargon, d'interprétations, et de conclusions hâtives. Si une personne est difficile à comprendre, une recherche continue de mots peut permettre d'aboutir à une expression plus claire de ce qui cherche à être dit. On part du présupposé que la situation porte du sens, et que chacun cherche à faire sens de ce qui se passe.

De nouvelles possibilités, produites en commun, émergent sous la forme de nouveaux mots et de nouvelles histoires dans le discours commun. L'entretien crée un contexte favorable au changement en générant des échanges parmi les multiples voix, qui sont toutes valorisées et considérées comme importantes. Un langage et une compréhension commune peuvent aider à dénouer la confusion et les ambiguïtés, et permet de retrouver direction et agentivité.

Dans le cadre de nos rencontres de supervision, formation Genève 2021

Ce texte vous orientera et permettra considérer vos pratiques dialogiques. Ces divers points seront traités dans les ateliers de manière pratique.

REMERCIEMENTS

Nous souhaiterions exprimer notre gratitude à l'égard des familles qui nous ont tant enseigné. Nous les remercions pour leur permission de décrire ces exemples de notre travail ensemble. Nous avons modifié ces exemples à visée de protection de la confidentialité, et retiré toute information permettant l'identification. Nous souhaitons également remercier nos collègues pour leur feedback précieux : Jukka Aaltonen, Volkmar Aderhold, Magnus Hald, Lynn Hoffman, Peter Rober, Markku Sutela, et le groupe de recherche de la Faculté de Médecine de l'Université du Massachusetts, incluant notamment Daniel Breslin, Nancy Byatt, Robert Clyman, Jon Delman, Daniel Fisher, Christopher Gordon, Stephanie Rodrigues, et Makenzie Tonelli.

Merci – Mary, Jaakko, et Doug.

RÉFÉRENCES

- Aaltonen, J., Seikkula, J., & Lehtinen, K. (2011). Comprehensive open-dialogue approach I: Developing a comprehensive culture of need-adapted approach in a psychiatric public health catchment area in Western Lapland Project. *Psychosis*, 3, 179-191.
- Alanen, Y. (1997). *Schizophrenia: its origins and need-adapted treatment*. London: Karnac.
- Andersen, T. (1991). *The reflecting team: Dialogues and dialogues and dialogues*. New York: Norton. Boscolo, L., Cecchin, G., Hoffman, L., & Penn, P. (1987). *Milan systemic family therapy: Conversations in theory and practice*. New York: Basic Books.
- Hald, M. (2013). *The treatment web*. Presentation at the International Meeting for the Treatment of Psychosis Network. Tromsø: Norway.
- Hoffman, L. (2007). The art of "witness." In H. Andersen and D. Gehart [Eds.], *Collaborative therapy: Relationships and conversations that make a difference*. New York: Routledge.
- Lowe, R. (2005). Structured methods and striking moments: Using question sequences in "living" ways. *Family Process*, 44, 65-75.
- Olson, M. (2006). Family and network therapy for a system of care: A pedagogy of hope. In A. Lightburn & P. Sessions, *Handbook of community-based practice*. New York, NY: Oxford University Press.
- Olson, M., Laitila, A., Rober, P., & Seikkula, J. (2012). The shift from monologue to dialogue in a couple therapy session: Dialogical investigation of change from the therapists' point of view. *Family Process*. 51, 420-435.
- Rober, P. (2005). The therapist's self in dialogical family therapy. *Family Process* 44, 479-497.
- Seikkula, J. (2002). Open dialogue with good and poor outcomes for psychotic crises. Examples from families with violence. *Journal of Marital and Family Therapy* 28: 263-274.
- Seikkula, Aaltonen, J., Alakare, B., Haarakangas, K., Keranen, J., Sutela, M. (1995). Treating psychosis by means of open dialogue. In S. Friedman, *The reflecting team in action: collaborative practice in family therapy*. New York, NY: The Guilford Press.
- Seikkula, J. & Arnkil, T. (2006). *Dialogical meetings in social networks*. London: Karnac.
- Seikkula, J. & Arnkil, T. (2014). *Open dialogues and anticipations: Respecting the otherness in the present moment*. Helsinki: THL publications.
- Seikkula, J. & Olson, M. (2003). The open dialogue approach to acute psychosis. Its poetics and micropolitics. *Family Process* 43, 4103-418.
- Shotter, J. (2004). *On the edge of social constructionism. "Witness-thinking" versus "aboutness-thinking"*. London: KCC Foundation Publications.
- Shotter J, & Katz, A. (2007). "Reflecting talk," inner talk," and "outer talk:" Tom Andersen's way of being. In H. Andersen and D. Gehart [Eds.], *Collaborative therapy: Relationships and conversations that make a difference*. New York: Routledge
- White, M. (2007). *Maps of narrative practice*. New York: Norton.
- Ziedonis, D.M. (2004) Integrated treatment of co-occurring mental illness and addiction: clinical intervention, program, and system perspectives. *CNS Spectrum* 9(12):892-904, 925.
- Ziedonis, D.M., Smelson, D.A., Rosenthal, R.N., Batki, S.L., Green, A.I., Henry, R.J., Montoya, I., Parks, J., Weiss, R.D. (2005). Improving the care of individuals with schizophrenia and substance use disorders: consensus recommendations. *J Psychiatric Practice* 11(5):315-39.
- Ziedonis, D.M., Fulwiler, C, Tonelli, M. (2014). Integrating mindfulness into your daily routine. *Vital signs*, A publication of the Massachusetts medical society. 19:2, 6.