

Dialogue ouvert : une approche de traitement psychothérapeutique de la psychose dans le nord de la Finlande

KAUKO HAARAKANGAS, JAAKKO SEIKKULA, BIRGITTA ALAKARE, AND
JUKKA AALTONEN 2007

Le dialogue ouvert est une approche constructionniste sociale¹, du traitement des maladies mentales graves qui a été développée à l'hôpital de Keropudas en Finlande, où elle continue d'évoluer et de s'étendre. C'est plus une façon de penser et de travailler dans des contextes psychiatriques qu'une méthode définie. Dans ce chapitre, nous décrivons cette approche du traitement, en mettant l'accent sur les réunions de traitement en tant que principal forum pour générer un dialogue. Nous décrivons d'abord l'histoire du projet et identifions sept lignes directrices pour l'organisation du traitement. Nous détaillons ensuite les fondements pragmatiques et théoriques des séances de traitement, qui sont au cœur de la démarche de dialogue ouvert.

Contexte

La zone de traitement d'Uinsi-Pohja, située en Laponie occidentale et à la frontière de la Suède à l'ouest, dessert une population de 68 500 habitants, qui est homogène sur les plans national, ethnique et religieux. Situé à Tornio, l'hôpital de Keropudas abrite l'unique établissement de traitement psychiatrique de la zone et accueille cinquante-cinq patients, dont trente cas aigus. Bien que la superficie totale d'Uinsi-Pohja soit de 7 000 kilomètres carrés, 80% de la population est concentrée dans deux grandes villes : Tornio et Kemi.

La répartition de la population est problématique comme en témoigne le taux de chômage de la Laponie occidentale qui est supérieur à 15% contre 8% au niveau national. Le passage rapide d'une économie agraire à une économie de services urbaine plus centralisée a eu un impact significatif sur la population en termes de santé mentale. L'incidence de la schizophrénie était extrêmement élevée avant le milieu des années 80, avec une moyenne annuelle de trente-cinq nouveaux patients schizophrènes pour 100 000. Le milieu des années 90 a vu un déclin rapide de ce nombre à 7 pour 100 000 en raison du développement des nouveaux systèmes de traitement centrés sur la famille et le réseau, à savoir les approches de dialogue ouvert et adaptées aux besoins (Aaltonen et al., 1997).

De l'approche adaptée aux besoins au dialogue ouvert. Le traitement psychiatrique de la schizophrénie en Finlande a commencé à évoluer au début des années 80 avec les travaux du Projet national finlandais sur la schizophrénie et l'introduction de l'approche adaptée au besoin (Alanen, Lehtinen, Rakkolainen et Aaltonen, 1991). L'approche adaptée aux besoins a mis l'accent sur (a) une intervention précoce rapide; (b) la planification du traitement pour répondre aux besoins changeants et spécifiques du cas de chaque patient et famille; (c) attention à l'attitude psychothérapeutique tant dans l'évaluation que dans le traitement; (d) considérer le traitement comme un processus continu, intégrant ainsi différentes méthodes thérapeutiques; et (f) une surveillance cohérente du processus de traitement et des résultats (Alanen, Lehtinen, Rillolainen et Aaltonen, 1991; Alanen, 1997).

¹ La culture, la société a une influence sur ce que nous pensons, nos attitudes, opinions, etc., les idées et théories scientifiques et surtout en sciences sociales et humaines, n'échappent pas à cette influence.

L'approche adaptée aux besoins s'est développée davantage dans les années 1980 en dialogue ouvert par l'unité psychiatrique de la Laponie occidentale finlandaise (Lansi-Pohja). Ce modèle d'intervention organise le traitement psychothérapeutique dans des unités de traitement composées d'équipes mobiles de crise, de patients et de leurs réseaux sociaux. Au milieu des années 1990, ce type de traitement psychothérapeutique était disponible pour tous les patients au sein de leurs systèmes de soutien social particuliers. Actuellement, les cinq cliniques ambulatoires de santé mentale, ainsi que l'hôpital Kero Pudas, utilisent des équipes mobiles d'intervention en cas de crise. Tous les membres du personnel (hospitalisés et ambulatoires) peuvent être tenus de participer à ces équipes ; par conséquent, tous ont la possibilité de participer à une thérapie familiale de 3 ans ou à un programme similaire. De 1989 à 2003, 94 professionnels ont participé au programme de thérapie familiale et se sont ainsi qualifiés pour pratiquer la psychothérapie en vertu de la loi finlandaise, portant le nombre de psychothérapeutes par habitant dans ce domaine au plus élevé de Finlande.

Afin d'évaluer l'efficacité du modèle et de le développer davantage, plusieurs recherches ont été menées (Seikkula, 1991; Keranen, 1992; Seikkula et al., 1995; Aaltonen et al., 1997; Haarakangas, 1997; Seikkula, Alakare et Aaltonen, 2000, 2001a, 2001b). Dans un suivi - étude de résultat de la psychose du premier épisode, après 2 ans de traitement - 83% de personnes avaient repris leur emploi ou leurs études ou étaient à la recherche d'un emploi, et 77% n'avaient plus de symptômes psychotiques.

Dans certains cas, des problèmes réapparaissent, 21% ayant au moins une rechute (Seikkula et al., 2000; Seikkula, 2002).

En comparant ces résultats avec un traitement plus traditionnel en Finlande, il y a eu plus de réunions de famille, moins de jours d'hospitalisation, une utilisation réduite de médicaments neuroleptiques et une réduction des symptômes psychotiques (Lehtinen et al., 2000). Nous avons constaté que faciliter la communication dialogique au sein des systèmes de traitement est une approche très efficace.

Dialogue ouvert: le modèle de travail

L'expérience clinique et les études de recherche avec ce modèle ont identifié sept principes clés, pertinents sur le plan pratique et contextuel, qui peuvent être appliqués à toutes les crises psychiatriques, quel que soit le diagnostic spécifique.

1. Intervention immédiate. La première rencontre est organisée dans les 24 heures suivant le premier contact établi par le patient, un proche ou une agence de référence. Cette intervention immédiate permet à l'équipe de traitement de capitaliser sur les opportunités offertes par la crise, notamment en mobilisant les réseaux de soutien social du patient et de sa famille. La crise libère des ressources autrefois inexploitées et met au grand jour des problèmes jusqu'alors non discutés, offrant un potentiel de traitement unique. A ce stade, toutes les possibilités sont ouvertes.

2. Le réseau social et les systèmes de soutien. Membres de la famille et autres personnes importantes pour le patient sont invités à participer à la réunion de traitement et au traitement de suivi comme convenu. D'autres membres d'organismes de soutien tels que les travailleurs sociaux, l'employeur du patient, les travailleurs de l'assurance maladie et d'autres employés ou superviseurs de l'hôpital sont également invités à prendre part au traitement.

3. Flexibilité et mobilité. Le traitement est adapté aux spécificités et l'évolution des besoins du patient et de sa famille. Nous modifions nos pratiques de travail et intégrons des thérapies spécialisées et des interventions au besoin. Par exemple, dans une situation de crise, nous suggérons de se réunir quotidiennement au domicile du patient plutôt que d'adhérer à des protocoles traditionnellement prescrits qui définissent de manière rigide la fréquence, la forme et le cadre du traitement.

4. Travail d'équipe et responsabilité. Le membre du personnel contacté initialement est responsable de l'organisation de la première réunion de traitement. Une équipe est construite en fonction des besoins du patient avec la possibilité d'inclure à la fois du personnel ambulatoire et hospitalier. Dans le traitement de la psychose, par exemple, une équipe de trois personnes est particulièrement adaptée: un psychiatre de la clinique de crise, un psychologue de la clinique externe du patient et une infirmière du service de l'hôpital. Tous les membres de l'équipe assument la responsabilité de l'ensemble du processus de traitement.

5. Continuité psychologique. Les membres de l'équipe restent cohérents tout au long du processus de traitement, que le patient soit à domicile ou à l'hôpital, et quelle que soit la durée du traitement. Par exemple, une crise du premier épisode peut durer de deux à trois ans (Jackson et Birchwood, 1996) nécessitant un engagement à long terme. La continuité psychologique est également essentielle dans l'intégration des différentes modalités thérapeutiques - une intégration qui peut être accomplie grâce à une conversation ouverte dans les réunions de traitement.

6. Tolérance de l'incertitude. En cas de crise aiguë, le thérapeute garde tout des voies s'ouvrent et évitent les conclusions hâtives ou les solutions de traitement, telles que l'hospitalisation et les médicaments neuroleptiques. L'équipe doit avoir foi et confiance en son propre travail afin de favoriser l'espoir et la confiance dans la famille. Il faut suffisamment de temps pour créer un environnement de travail sûr pour le patient, la famille et les membres de l'équipe.

7. Dialogue. Notre objectif est principalement de générer un dialogue lors de la réunion de traitement entre tous les participants. Le dialogue crée de nouvelles significations et explications qui introduisent des possibilités et une coopération pour tous les participants. Il est essentiel que l'équipe de traitement crée un environnement sûr afin que tout ce qui doit être dit puisse être discuté ouvertement, ce qui permet de générer une nouvelle compréhension collective de la nature du problème. Le dialogue est considéré comme un forum dans lequel le patient, la famille et les membres de l'équipe peuvent créer de nouvelles significations pour le comportement et les symptômes du patient (Anderson, 1997; Anderson & Goolishian, 1988; Haarakangas, 1997), aidant la famille et le patient à acquérir plus dans leur propre vie en discutant des problèmes (Holma et Aaltonen, 1997).

Réunions de traitement

Le principal forum d'interaction thérapeutique est la réunion de traitement, à laquelle participent le patient et les personnes directement associées au problème. Tous les plans de gestion et les décisions sont prises avec tous les assistants. Au début des années 80, Alanen et ses collègues ont invité les patients et les membres de leur famille à participer à la réunion. Ils ont appelé ces réunions répondent Ings « thérapie » parce qu'ils avaient des

effets thérapeutiques documentés. Selon Alanen (1997), la réunion de traitement a trois fonctions:

- recueillir des informations,
- construire un plan de traitement basé sur le diagnostic réalisé dans la session, et
- la génération d'un dialogue psychothérapeutique.

En 1984, les patients de l'hôpital de Keropudas ont été invités à participer à la réunion au cours de laquelle leurs problèmes ont été discutés et le plan de traitement a été élaboré. Dans tous les cas, les membres de la famille ont également été invités dès que possible après l'hospitalisation du membre de la famille.

En 1987, l'hôpital a créé une équipe de crise qui a organisé des réunions de traitement avant l'admission pour décider si l'hospitalisation était l'option la plus appropriée. Bien que ces réunions aient été initialement appelées «réunions d'admission», les solutions de rechange à l'hospitalisation, y compris les visites de soins à domicile, ont été soigneusement étudiées. Des recherches (Seikkula, 1991; Keranen, 1992) ont depuis conclu que les visites à domicile sont une alternative efficace à l'hospitalisation.

Égalité dialogique dans les réunions de traitement

Le traitement psychiatrique est traditionnellement très hiérarchisé. Les psychiatres ont pris des décisions de traitement critiques qui ont ensuite été prises par des infirmières. Les psychiatres ont généralement pris des décisions en se fondant strictement sur leur expérience médicale, des tests psychologiques et / ou des opinions d'autres experts. Bien qu'il y ait eu un certain niveau de collaboration entre divers professionnels, les voix avisées du personnel infirmier en particulier n'ont pas participé de manière égale aux conversations sur le traitement. Le psychiatre a adopté une position hiérarchique autoritaire que peu d'infirmières ont osé contester.

Une fois sont organisées les réunions de traitement et de traitement axées sur la famille, la participation du patient et de ses proches est centrale dans le processus de traitement. Alors que la thérapie familiale gagnait sa place aux côtés de la thérapie individuelle, un nouveau groupe de spécialistes - thérapeutes familiaux - apparut. Au début, de nombreux membres du personnel ont vu les méthodes et les interventions des thérapeutes familiaux avec appréhension et incertitude, créant un sentiment de division et augmentant ainsi la réticence des infirmières à jouer un rôle actif dans la réunion.

Dans ce contexte, tous les membres du personnel ayant participé au traitement ont été encouragés à exprimer ses observations et opinions à propos du traitement.

Les réunions à l'hôpital de Keropudas ont été encouragées pour exprimer leurs observations et opinions concernant le traitement d'un patient. Plus particulièrement, les thérapeutes familiaux ont commencé à demander aux infirmières de décrire leurs impressions sur la situation, notant qu'il n'y a pas une seule vérité mais plutôt de nombreux points de vue qui, lorsqu'ils sont communiqués, créent un sentiment d'expertise partagée au sein d'une équipe de traitement.

Ainsi, le savoir tacite des infirmières a été mis en parallèle avec celui des psychiatres et des thérapeutes, permettant enfin à leur voix de se faire entendre.

Bien que les infirmières de l'hôpital de Keropudas aient atteint une certaine influence et l'hôpital recherchait une atmosphère de démocratie, les attitudes hiérarchiques semblaient ancrées et difficiles à changer. Une infirmière expérimentée en santé mentale a commenté sa transition difficile du rôle traditionnel non expert au rôle d'expert collaboratif :

- «Je me suis demandé pourquoi il [le psychologue thérapeute familial] m'a demandé [un avis]. Je ne sais pas ce genre de choses, n'est-ce pas? »

Pour faciliter la participation active au processus de dialogue ouvert, l'infirmière en chef a constamment encouragé les infirmières à communiquer leurs opinions individuelles même si ce n'était pas traditionnellement leur rôle. L'estime de soi professionnelle des infirmières s'est améliorée et leurs connaissances sont devenues une ressource thérapeutique.

Le patient a longtemps été davantage considéré comme un objet de traitement que comme un sujet en traitement. Les patients n'ont pas participé aux conversations et à la prise de décision concernant leurs traitements. Une fois que les professionnels ont décidé d'un plan de traitement, les patients ont été appelés à entendre leur décision. Les membres de la famille ont eu un rôle encore plus marginal. Leur participation peut avoir été uniquement en tant que nom ou note dans un dossier concernant des proches parents ou en tant qu'informateur dans une situation d'admission. Jusqu'à la fin des années 80, de nombreux hôpitaux n'acceptaient pas les visites familiales en raison du stress exercé sur le personnel.

Lorsque la famille et le patient ont finalement été invités à être un partenaire de coopération, les réunions de traitement sont devenues un forum pour une conversation thérapeutique égale. Le changement vers une culture de traitement «polyphonique» n'a pas été facile, où les pensées et les opinions de différentes personnes pouvaient s'entremêler en tant que voix indépendantes et égales sans qu'une seule voix ne domine ou n'accompagne simplement d'autres voix (Bakhtin, 1984).

Multiples voix dans la réunion de traitement

La polyvalence fait naturellement partie du traitement centré sur la famille et le réseau. Une «voix» dans ce contexte est une métaphore qui représente les points de vue variés et spécifiques exprimés dans le contexte de la réunion de traitement concernant le thème de la conversation (Bakhtin, 1981; Haarakangas, 1997). Par exemple, les points de vue des travailleurs d'une clinique externe sont différents de ceux des travailleurs d'une salle d'hôpital. Les points de vue professionnels, l'idéologie du traitement et l'orientation psychothérapeutique varient selon le niveau et le type d'éducation, de formation et d'expérience.

De plus, les voix du patient et des membres de la famille représentent généralement le lien le plus intime avec les thèmes de conversation lors des réunions de traitement, étant donné que les membres de la famille sont les meilleurs experts de leur propre vie. La voix de chaque personne reflète les multiples positions que chaque personne occupe simultanément dans la vie. Étant donné que les agents de traitement sont des enfants de parents, de parents eux-mêmes et éventuellement de grands-parents, ces positions variées et contradictoires améliorent leurs chances d'avoir des relations empathiques avec leurs clients.

Une conversation à plusieurs voix lors de la réunion de traitement contribue à atteindre des compréhensions significatives et des objectifs thérapeutiques, car elle permet une image thérapeutique plus complète et multiforme. Par exemple, dans le traitement d'un patient psychotique, l'expérience et l'inquiétude de la famille et des membres de l'équipe doivent être considérés d'un point de vue biomédical, psychologique et social. La propre voix du patient, y compris les pensées et les mots délirants, doit être considérée comme une clé importante pour comprendre le monde psychotique dans lequel le patient habite. Les membres de la famille peuvent grandement aider à établir des liens entre les événements de la vie du patient et les expériences psychotiques. Si nécessaire, divers autres points de vue psychothérapeutiques ou rééducatifs peuvent également être intégrés aux séances de traitement. Du point de vue des thérapeutes, la polyvalence dans les réunions de traitement est un défi. Comment créer l'égalité entre les différentes voix? Comment créer une atmosphère sûre où les questions difficiles peuvent être discutées librement?

Créer une atmosphère sûre lors des réunions de traitement

La première tâche dans l'organisation d'une réunion de traitement est de fixer une heure et un lieu et d'identifier les participants. Lorsque ces détails sont bien pris en compte, les clients ont le sentiment que leurs préoccupations sont prises au sérieux, qu'ils sont écoutés et qu'ils sont pris en charge. Dans une situation de crise aiguë, la première réunion de traitement doit être organisée dans les 24 heures suivant le premier contact.

Une visite à domicile est souvent une alternative qui augmente le sentiment de sécurité des membres de la famille parce que les clients sont sur leur propre terrain et que les membres de l'équipe de traitement sont les visiteurs. Un avantage des visites à domicile est la possibilité de voir et d'expérimenter le contexte de la vie du patient plus directement que dans une salle de thérapie de l'hôpital ou de la clinique psychiatrique. Dans d'autres cas, la structure et le personnel de l'hôpital ou du centre de santé peuvent assurer la sécurité physique et psychologique et les limites nécessaires non disponibles dans le domicile. La présence de membres de la famille et de professionnels familiaux du traitement est particulièrement importante lors des réunions de traitement d'un patient psychotique. La responsabilité des membres de l'équipe de traitement est de s'assurer que personne ne subit de menace physique ou psychologique.

Il faut se donner suffisamment de temps pour discuter lors d'une réunion de traitement. Il a été démontré que la durée convenable est d'une heure et demie, ce qui offre suffisamment de temps pour trouver la compréhension et créer un «espace sûr» pour que chacun puisse participer à la conversation.

Au début de la réunion de traitement, il y a une phase de couplage mutuel² (Haarakangas, 1997) au cours de laquelle les participants font connaissance et développent une connexion qui permet à la conversation de se dérouler. La poignée de main habituelle et les autres gestes sociaux sont une partie importante des réunions de traitement. Lors de la première réunion et lorsque de nouveaux participants s'impliquent, il faut organiser une série de présentations, y compris les noms des participants et leur relation avec le patient, ainsi qu'une orientation sur le processus de traitement. Après les présentations, le thérapeute demande au patient et à sa famille de parler de leurs préoccupations.

- Les thérapeutes³ alignent ses paroles sur celles du patient et de sa famille et respecte le définitions et langage exprimé par chacun. Le thérapeute peut le faire en utilisant ses mots et expressions. Le thérapeute peut demander à une personne «d'en dire plus» sur un sujet ou une histoire générale et peut également poser des questions plus spécifiques axées sur les détails. Au tout début, il est important d'élucider l'apparition de l'inquiétude, ce qui l'a exacerbée, qui l'a remarqué, qui s'en inquiète le plus et quelles mesures ont été prises pour soulager l'inquiétude. La tâche du thérapeute lors de la réunion de traitement est de créer une atmosphère psychologiquement sûre dans laquelle tous les membres se sentent libres d'exprimer ce qu'ils veulent dire et d'explorer leurs inquiétudes, douleurs et angoisses individuelles. Et, il n'y a pas de hâte. Le thérapeute peut partager des expériences personnelles ou comment d'autres clients ont bien fait malgré les difficultés auxquelles ils sont confrontés. Ces histoires peuvent susciter la confiance et l'espoir. Ce qu'il faut, c'est du temps et une conversation significative avec la famille en tant que partenaire coopératif dans le processus de traitement.

Maintenir la conversation et générer un dialogue lors de la réunion de traitement s'accomplit mieux dans une équipe thérapeutique de trois; deux thérapeutes en dialogue tandis que le troisième prend la position réflexive. L'approche d'équipe aide les thérapeutes à faire face à la détresse et à l'anxiété d'un patient et de sa famille. Les attentes et les espoirs élevés de soulager la souffrance du patient sont imposés à l'équipe, et les thérapeutes individuels supportent et endurent souvent l'incertitude et l'impuissance occasionnelle à mesure que le processus de traitement progresse. En équipe, les thérapeutes entretiennent l'espoir et la confiance avec leurs clients.

«Dialogicalité» dans la réunion de traitement

La conversation lors de la réunion de traitement vise à acquérir une compréhension de la situation du patient et de sa famille. Les participants recherchent ensemble un sens et, grâce au partage mutuel d'expériences et de perspectives différentes, ils trouvent une compréhension. Personne - pas même le psychiatre en chef - n'a besoin de savoir, et il

² J'ai entendu de Kari V. l'expression "danse". Comme allons nous danser ?

³ Dans notre contexte et pour simplifier, ce terme est générique pour désigner la (les) personnes qui accueillent une personne ou groupe qui cherche du soutien, l'accompagnement ou l'aide thérapeutique. Le terme n'est pas réservé donc à l'usage traditionnel d'une profession.

n'est pas possible de savoir à l'avance quelle pourrait être exactement la «bonne» solution pour les symptômes du patient ou les difficultés de la famille. Cette position de «ne pas savoir», décrite par Anderson et Goolishian (1992), permet à la connaissance et à la compréhension de changer et de se développer au cours des conversations dans le processus de traitement. La base épistémologique de cette position est le constructionnisme social (Berger Et Luckmann, 1966; Gergen, 1985; McNamee et Gergen, 1992).

Les thérapeutes s'efforcent de générer une conversation dans laquelle les voix variées des participants apportent des significations différentes; chacun à partir d'un lieu participatif unique mais égal. Selon la théorie de Bakhtine sur la philosophie du langage (Bakhtine, 1981; Voloshinov, 1996), le propre mot de l'orateur et le mot de «l'autre» (un mot «étranger») se rencontrent, se pénètrent et se changent. En écoutant le discours de l'autre, nous sommes capables d'intégrer leurs pensées dans notre propre pensée et de considérer les choses du point de vue de l'autre. Notre prochain énoncé aura incorporé une nouvelle signification du discours de notre interlocuteur et à partir des significations qu'ils ont liées au thème de la conversation. Dans ce processus, les significations changent, les choses peuvent être considérées dans un nouveau contexte et de nouvelles compréhensions peuvent évoluer.

Bakhtin (1986) dit que "pour le mot (et, par conséquent pour un humain être), il n'y a rien de plus terrible que le 'manque de réponse' "(p. 127). Chaque mot et chaque être humain désire compréhension et réponse. Lors d'une réunion de traitement, la responsabilité du thérapeute, en tant que membre de l'équipe de traitement, est de faire en sorte que chacun se sente entendu, répondu et finalement compris.

Bien que cela puisse être déroutant et pénible pour l'auditeur, le langage délirant d'un patient psychotique cherche également à être entendu, compris et répondu. Si le patient ressent menacés, il est souvent important pour les thérapeutes d'assurer au patient psychotique qu'il sera protégé contre la menace. Avec ces mots, les thérapeutes s'alignent en tant que co-partenaires contre la menace. Les membres de la famille du patient doivent également être assurés qu'ils ont le soutien de l'équipe de traitement également.

Si un participant ne parle pas lors d'une réunion de traitement, il peut être invité dans la conversation en leur demandant s'ils veulent dire quelque chose sur les images qui leur viennent à l'esprit en écoutant la conversation. Ceux qui parlent beaucoup pourraient ne pas être entendus malgré le volume des mots ou peut-être à cause de cela. Dans ce cas, il peut être souhaitable de convenir qu'ils peuvent parler assez longtemps pour être entendus pendant que les autres participants écoutent. Cependant, ils devraient passer le même temps à écouter pendant que les autres parlent.

Écouter attentivement pendant qu'une autre personne parle et maintenir son intérêt pour ce que l'autre dit est une compétence difficile mais importante. Entendons-nous et digérons-nous les paroles de l'autre même si elles peuvent avoir un goût étrange?

En écoutant le discours de l'autre, nous filtrons les mots à travers notre propre système de significations construit par notre histoire personnelle. Nos filtres personnels modifient l'acceptabilité, le confort ou la confrontation, et nous identifions rarement les idées préconçues, les habitudes de pensée et les défenses que nous avons érigées pour modifier ou rejeter ce que nous avons entendu. Prendre conscience de ses propres préjugés et réactions prévisibles permet de réfléchir et de «suspendre» les blocages à une écoute réelle. Cette clarté s'accompagne d'une maturité en tant que personne et en tant que thérapeute - en tant que personne capable d'une véritable empathie - capable de prendre la position et le point de vue de l'autre. C'est une façon «suspensive» d'être en interaction avec d'autres personnes (Bohm, 1996; Ellinor & Gerard, 1998; Isaacs, 1999).

Ce que nous avons proposé jusqu'ici est caractéristique d'un «dialogue» et d'une «conversation dialogique». Yankelovich (1999) présente trois caractéristiques distinctives du dialogue qui le différencient des autres formes de conversation. Premièrement, dans le dialogue, tous les participants doivent être traités sur un pied d'égalité. Lors d'une réunion de traitement, il est possible de générer une coopération entre les participants à partir d'une position d'égalité parce que tous, même les membres de la famille, sont des experts. Tous sont au même niveau de «ne pas savoir» et leur objectif collectif est de créer la compréhension. La deuxième caractéristique est d'écouter avec empathie. Au lieu de défendre ses propres opinions, le dialogue se caractérise par la compréhension du point de vue et des sentiments d'un interlocuteur. La troisième caractéristique met en lumière des hypothèses sous-jacentes. Le but ici est de prendre conscience de ses propres hypothèses et fondements de pensée et d'enquêter sur eux et de les faire entrer dans un dialogue ouvert. La tentative de prouver son propre point ou de réfuter celui d'un autre passe carrément à côté. Le but du dialogue ouvert est de parvenir à une compréhension commune.

Le mot "Dialogue" est dérivé du mot grec *dialogesthai*, qui est la racine des dialogos (Graumann, 1990). Il se réfère à la fusion de la parole et de la réflexion, au partage des significations «entre» deux ou plusieurs partenaires. Graumann présente une métaphore du passage de deux ou plusieurs positions vers le même endroit, même s'il y a «accord pour ne pas être d'accord» sur ce que devrait être cet endroit. La métaphore de Bohm (1996) est que le dialogue est comme un «courant de sens» qui coule entre nous, à travers et entre nous. Ce qu'il faut, c'est un espace pour la libre circulation des significations. Nous devons donner aux gens un espace pour parler et aussi pour réfléchir à ce qu'ils ont entendu. Lors de la réunion de traitement, cela signifie que nous ne devons pas nous dépêcher de penser, car le processus de réflexion est unique au rythme et à la préparation de l'individu.

Activité de réflexion de l'équipe de traitement

Lors de la réunion de traitement, les thérapeutes se tiennent jusqu'aux genoux dans un flot de significations.

Dans le dialogue, les mots émergent et disparaissent, puis réapparaissent et changent. Certains mots ont un poids spécial; ils peuvent être tellement chargés émotionnellement que le simple fait de les dire affecte le langage corporel, et l'orateur a du mal à contrôler sa passion. Parfois, des sentiments font surface pour lesquels les mots semblent indisponibles. Lorsqu'ils écoutent avec empathie, les thérapeutes sont sensibles aux messages émotionnels à la fois entièrement formulés et muets.

Un moment de dialogue peut passer sans préavis ou être capturé par un thérapeute qui identifie et réfléchit sur un mot qui semble d'une grande importance pour l'orateur. Par exemple, lorsqu'un patient nomme une peur en utilisant un mot particulier, un thérapeute explore les autres mots contenus dans ce mot et les différents sentiments qui y sont liés. «Le cancer est un mot sérieux et effrayant pour beaucoup de gens. Quels mots y associez-vous»? Comme en témoigne la question, cette méthode est appliquée avec habileté et sensibilité par le professeur Tom Andersen de Tromsø Université spécialisée dans la capture de moments dialogiques éphémères et mettre en conversation ces mots qui définissent la vie d'un client.

Les thérapeutes ne flottent pas comme des morceaux de bois flotté dans un courant de sens. La compétence thérapeutique consiste à identifier les problèmes thérapeutiquement significatifs dont les clients ne peuvent pas encore parler. Conversation mutuellement réfléchiée entre thérapeutes avec un patient, avec une famille à l'écoute, est une méthode dans laquelle les thérapeutes prennent en conversation des questions difficiles mais importantes et les rendent moins menaçantes pour la famille. Le concept de Vygotsky (1992) de la zone de développement proximal dans l'éducation est similaire à l'idée de «discours en thérapie» potentiel (Haarakangas, 1997) ou de la parole créée par les thérapeutes dans le «dialogue réflexif».

Dans un dialogue de réflexion, les membres d'une équipe de traitement s'engagent dans un dialogue mutuel sur les observations, les pensées et les images qui sont soulevées lors de la réunion de traitement et, en réfléchissant, s'adressent à d'autres membres de l'équipe plutôt qu'au patient et à sa famille. Le patient et sa famille ont ainsi la possibilité d'écouter la conversation du thérapeute sans y se sentir contraints à prendre part, ni prendre position, ni y répondre. Du point de vue du patient et de sa famille, la conversation entre thérapeutes peut être un contexte thérapeutique dans lequel ils clarifient leurs propres expériences et significations.

L'habileté thérapeutique des membres de l'équipe s'exprime dans leur capacité à maintenir le respect du patient et de la famille, en équilibrant soigneusement leurs commentaires afin de ne pas offenser ou gravement être en désaccord avec les observateurs (Andersen, 1991). Au mieux, le dialogue réflexif est relié de manière flexible à d'autres conversations pour garantir que le patient et sa famille ne le vivent pas comme étant étranger ou embarrassant. En reflétant des images subjectives, les membres de l'équipe aident à façonner la conversation de la réunion de traitement sous une forme que le patient et la famille comprennent comme une opinion personnelle et une vérité psychiatrique définitive et non fixe.

Les questions des thérapeutes au patient et à la famille peuvent également être reflectives concernant leurs objectifs. Certaines questions thérapeutiquement efficaces suggérées par Tom Andersen sont les suivantes : si votre poing prêt à frapper pouvait parler, que dirait-il? Que voudraient dire vos larmes? Quels autres sentiments la douleur que vous avez mentionnée contient-elle? Les membres de la famille peuvent également être interrogés sur les pensées suscitées par la conversation ou invités à commenter les opinions des autres participants.

La conversation lors des réunions de traitement est un processus de réflexion continu où alternent les dialogues intérieurs et extérieurs. Un thérapeute devrait maintenir un dialogue intérieur avec son esprit et son corps pendant le processus en se demandant, par exemple : Pourquoi est-ce que je pense et me sens comme ça maintenant? Pourquoi est-ce que je me sens si mal à l'aise maintenant ? Est-ce à cause de cette conversation ou est-ce à cause de mes antécédents ou de mes hypothèses ? Un thérapeute peut transformer son dialogue intérieur ou son expérience émotionnelle en conversation avec d'autres membres de l'équipe de thérapie pendant la réunion de traitement. Dans un dialogue de réflexion entre thérapeutes, les différences et les similitudes dans les observations et les expériences peuvent être explorées. Telle qu'elle se manifeste et se modélise dans la pensée et le comportement des thérapeutes, la réflexivité cherche à susciter chez les patients une relation réflexive à leur situation.

Réflexions de clôture

Depuis le début des années 80, nous développons notre travail vers un dialogue ouvert. Dans le processus, nous sommes passés du statut d '«experts» à celui de «dialogueurs». Cette position actuelle nous permet plus de flexibilité, augmentant ainsi nos options. La méthode du dialogue ouvert a également transformé le patient en collègue et les thérapeutes en auditeurs actifs. En finnois, nous appellerions le travail de soutien aux familles prises dans une crise de santé mentale «marcher ensemble».

References

- Aaltonen, j., Seikkula, j., Alakare, B., Haarakangas, K., Keranen, j., & Sutela, M. (1997). Western Lapland project: A comprehensive family- and network-centered community psychiatric project. *ISPS Abstracts and Lectures October 12-16, 1997*. London.
- Alanen, Y. (1997). *Schizophrenia. Its origins and need-adapted treatment*. London: Karnac.
- Alanen, Y.O., Lehtinen, K., Rakkolainen, V., & Aaltonen, j. (1991). Need-adapted treatment of new schizophrenic patients: Experiences and results of the Turku Project. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 83, 363-372.
- Andersen, T. (1991). *The reflecting team: Dialogues and dialogues about the dialogues*. New York: Norton.
- Anderson, H. (1997). *Conversation, language and possibilities: A postmodern approach to therapy*. New York: Basic Books.
- Anderson, H. & Goolishian, H. (1988). Human systems as linguistic systems: Preliminary and evolving ideas about the implications for clinical theory. *Family Process*, 27, 371-393.
- Anderson, H. & Goolishian, H. (1992). The client is the expert: A not-knowing approach to therapy. In S. McNamee & K. Gergen (Eds.), *Therapy as social construction* (pp. 25-39). London: Sage.
- Bakhtin, M. (1981). *The dialogic imagination: Four essays*. (M. Holquist, Ed., and C. Emerson & M. Holquist, Trans.) Austin, TX: University of Texas Press.
- Bakhtin, M. (1984). *Problems of dostoevsky's poetics*. (C. Emerson, Ed., and Trans.) Minnesota: University of Minnesota Press.
- Bakhtin, M. (1986). *Speech genres and other late essays*. (C. Emerson and M. Holquist, Eds., & V. McGee, Trans.) Austin, TX: University of Texas Press.

- Berger, P. & Luckmann, T. (1966). *The social construction of reality: A treatise in the sociology of knowledge*. New York: Doubleday.
- Bohm, D. (1996). *On dialogue*. (L. Nichol, Ed.) London and New York: Routledge.
- Ellinor, L. & Gerard, G. (1998). *Dialogue: Rediscover the transforming power of conversation*. New York: John Wiley & Sons.
- Gergen, K. (1985). The social constructionist movement in modern psychology. *American Psychologist*, 40, 266-275.
- Graumann, C. (1990). Perspectival structure and dynamics in dialogues. In I. Markova & K. Foppa (Eds.), *The dynamics of dialogue* (pp. 105-126). London: Harvester Wheatsheaf.
- Haarakangas, K. (1997). Hoitokokouksen ainet. The voices in treatment meeting: A dialogical analysis of the treatment meeting conversations in family-centered psychiatric treatment process in regard to the team activity. English summary. *Jyväskylän Studies in Education, Psychology and Social Research*, 130.
- Holma, J. & Aaltonen, J. (1997). The sense of agency and the search for a narrative in acute psychosis. *Contemporary Family Therapy*, 19, 463-477.
- Isaacs, W. (1999). *Dialogue and the art of thinking together*. New York: Doubleday.
- Jackson, C. & Birchwood, M. (1996). Early intervention in psychosis: Opportunities for secondary prevention. *British Journal of Clinical Psychology*, 35, 487-502.
- Keranen, J. (1992). The choice between outpatient and inpatient treatment in a family centred psychiatric treatment system. English summary. *Jyväskylän Studies in Education, Psychology and Social Research*, 93.

- Lehtinen, V., Aaltonen,), Koffert, T., Riikkoliinen, V., & Syviiilähti, 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.
- McNamee, S. & Gergen, K. (Eds.) (1992). *Therapy as social construction*. London: Sage.
- Seikkula,). (1991). Family-hospital boundary system in the social network. English summary. *Jyviiskylä Studies in Education, Psychology and Social Research, 80*.
- 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*, 263-274.
- Seikkula,), Aaltonen,), Alakare, B., Haarakangas, K., Keranen,), & Sutela, M. (1995). Treating psychosis by means of open dialogue. In S. Friedman (Ed.), *The reflective process in action: Collaborative practice in family therapy* (pp. 62-80). New York: Guilford.
- Seikkula,), Alakare, B., & Aaltonen,). (2000). A two year follow-up on open dialogue treatment in first episode psychosis: Need for hospitalization and neuroleptic medication decreases. [In Russian, English manuscript from the authors] *Social and Clinical Psychiatry, 10*, 20-29.
- Seikkula,), Alakare, B., & Aaltonen,). (2001a). Open dialogue in psychosis I: An introduction and case illustration. *Journal of Constructivist Psychology, 14*, 247-265.
- Seikkula,), Alakare, B., & Aaltonen,). (2001b). Open dialogue in psychosis II: A comparison of good and poor outcome cases. *Journal of Constructivist Psychology, 14*, 267-284. Voloshinov, V. (1996). *Marxism and the philosophy of language* (6th ed.). MA: Harvard University Press.
- Vygotsky, L. (1992). *Thought and language* (6th ed.). (A. Kozulin, Ed.). Cambridge, MA: MIT.
- Yankelovich, D. (1999). *The magic of dialogue: Transforming conflict into cooperation*. New York: Touchstone.