

Le rôle du psychiatre dans la mise en œuvre du modèle de soins à dialogue ouvert

Kari Valtanen¹

L'approche de dialogue ouvert est un modèle d'intervention précoce axé sur la famille pour les problèmes de santé mentale, développé dans le district sanitaire de Laponie occidentale, Finlande. Depuis les années 1990, le système de services psychiatriques de l'Ouest, le district de santé de Laponie, a été organisé selon les principes du dialogue ouvert et appliqué au traitement de tout problème de santé mentale. L'approche Open Dialogue considère le client et sa famille comme participants actifs plutôt que comme objets de traitement, dans la planification et mise en œuvre d'une psychothérapie adaptée. Dans le travail quotidien, la responsabilité du processus de traitement est partagée avec l'équipe spécifique de chaque cas. Le modèle des soins nécessite une orientation dialogique de tous les membres du personnel, y compris les psychiatres, pour interagir avec l'équipe et le réseau du client. Dans cet article, je décris le rôle du psychiatre dans la mise en œuvre d'un modèle de soins de dialogue ouvert dans les services psychiatriques. en m'appuyant sur mes expériences de travail clinique dans l'équipe psychiatrique des adolescents en Laponie occidentale.

Mots clés : Dialogue ouvert, rôle du psychiatre, services psychiatriques, travail d'équipe, thérapie familiale

Points clés

- 1 Il est crucial d'établir une compréhension commune de la pratique du dialogue ouvert et de la confiance entre tous les membres de l'équipe, afin de répondre de manière dialogique aux graves crises de santé mentale des individus et de leurs réseaux des proches.
- 2 Le psychiatre fait partie de l'équipe multi-professionnelle adaptée aux besoins en Dialogue Ouvert.
- 3 Le modèle de soins requiert une nouvelle orientation dialogique de la part du psychiatre.
- 4 L'orientation dialogique est basée sur la confiance partagée dans une équipe.
- 5 Il y a un processus de formation thérapeutique, dialogique, familial et orienté réseau et une supervision d'équipe continue.

. . . il y a de plus en plus de preuves que les bonnes pratiques en psychiatrie impliquent principalement un engagement avec les dimensions non techniques de notre travail tels que les relations, les significations et les valeurs.

Bracken et coll. (2012, p. 430)

Dans cet article, je décris ma propre : a) compréhension du rôle du psychiatre dans une équipe Open Dialogue, basée sur mon travail en psychiatrie ambulatoire dans le secteur adolescent, dans le district de soins de santé de Laponie occidentale et b) et réflexion à des questions plus larges liées à la psychiatrie et le travail thérapeutique avec les familles et leurs réseaux.

¹ Child and Adolescent Psychiatric Services, Western Lapland Hospital District, Finland.
University of Jyväskylä, Jyväskylä Finland

La Laponie occidentale est située au fond du golfe de Bothnie dans le nord Finlande. L'aire géographique comprend six communes, dont deux sont des villes, Kemi et Tornio. La Laponie occidentale compte environ 65 000 habitants. Il y a un hôpital psychiatrique de 20 lits à Keropudas à Tornio, et six équipes psychiatriques ambulatoires : une à l'hôpital de Keropudas, une à Tornio et à Kemi, une équipe psychiatrique hospitalier général et des équipes psychiatriques pour enfants et adolescents. Environ un tiers de tout le personnel psychiatrique (environ 150 personnes) est en poste à l'hôpital et la moitié en ambulatoire, mais de nombreux membres du personnel hospitalier font également du travail ambulatoire. Dans les plus petites municipalités de la région, il existe également des équipes locales de santé mentale qui collaborent dans un travail d'équipe autour des patients et de leurs familles.



Depuis le début des années 1980, un nouveau type de système psychiatrique a été développé, maintenant connu sous le nom de système de soins Open Dialogue. Le développement de cette approche a été basé sur l'idée de considérer le client et sa famille comme des participants actifs dans la planification et la mise en œuvre des soins, plutôt que comme des objets du traitement (Seikkula et al., 1995). C'est une prolongation et innovation d'une approche familiale pour le traitement de la psychose, l'approche adaptée aux besoins ou Need adapted treatment (NAT) développée par Alanen et son équipe (Alanen, Lehtinen, Rakkolainen, & Aaltonen, 1991).

Les objectifs concrets étaient de développer une forme de traitement psychiatrique de famille et centrée sur le réseau, à la frontière entre les systèmes de soins ambulatoire et hospitalier. Afin de soutenir le développement d'un programme de recherche et formation thérapeutique continue, des

programmes pour le personnel ont été mis en place. La formation se compose d'un programme d'introduction d'un an et d'un programme spécifique de trois ans en thérapie de famille. En outre, les membres du personnel sont encouragés à suivre d'autres formes de formation en psychothérapie, la psychodynamique individuelle ou la psychothérapie cognitive ((Aaltonen, Seikkula, & Lehtinen, 2011).

Depuis les années 1990, tout le système de services psychiatriques de la Laponie occidentale " Health Care District" a été organisé selon les principes du dialogue ouvert et appliqué au traitement de tout problème de santé mentale, pas seulement des crises psychotiques. Le but du travail consiste à répondre rapidement aux crises, tout en faisant confiance dans les ressources de la famille et d'autres membres proches. Dès le début du traitement, une attention particulière est portée à l'écoute attentive des préoccupations et des espoirs des participants impliqués dans le traitement afin de permettre une interaction dialogique. En dialogue, des nouveaux mots, compréhensions et opportunités peuvent émerger dans les situations de crise. Dans le travail au quotidien, la responsabilité du processus de traitement est partagée avec l'équipe spécifique à chaque cas. Il comprend 2 à 3 personnes de différentes professions et un psychiatre. Ce modèle des soins nécessite une nouvelle orientation dialogique de la part de tous les membres du personnel, les psychiatres inclus, pour interagir de manière congruente avec l'équipe et le réseau du client.

Je travaille à temps partiel en tant que psychiatre dans l'équipe de psychiatrie pour adolescents depuis 2003. Ma compréhension de l'approche du dialogue ouvert a été complétée par ma formation en thérapie familiale de niveau avancé en Laponie occidentale de 2002 à 2004.

L'unité psychiatrique pour adolescents accueille des jeunes de 13 à 23 ans. Ils sont environ 7150 jeunes de cette tranche d'âge dans la région (Statistics Finland, 2019). Il n'y a pas de lits d'hôpitaux désignés pour adolescents dans le district et les services sont dispensés en soins ambulatoires. Alors que nous travaillons en étroite collaboration avec les services de protection de l'enfance, parfois un jeune est placé dans une unité de protection de l'enfance, principalement en raison de problèmes de comportement de l'adolescent ou par manque de ressources parentales. Rarement mais possible, un jeune peut être référé à l'hôpital universitaire, situé à environ 100 km au sud de la Laponie occidentale, généralement sur appel des médecins généralistes des centres de santé.

L'approche du dialogue ouvert en psychiatrie

L'importance de réagir rapidement à toutes les situations de crise est soulignée. Clients et membres du réseau peuvent contacter directement les services spécialisés car le seuil d'accès au service est bas. Le modèle de soins met l'accent sur l'importance des familles et ressources du réseau pour comprendre et gérer les crises psychologiques et d'autres stress de la vie. Une réponse rapide est importante pour mobiliser les ressources du réseau. L'engagement en temps opportun du réseau utilise plus de possibilités pour gérer la crise ensemble et pour empêcher un déclin de la liberté d'action personnelle ou que les problèmes deviennent chroniques.

L'orientation de base du traitement est psychothérapeutique. Les symptômes psychiatriques sont considérés comme des réponses à diverses formes de stress - expériences traumatisantes, détresse actuelle ou passée dans la vie, ou conflits relationnels - et non comme des expressions d'une maladie mentale. On génère les conversations utiles qui cherchent à comprendre le contexte dans lequel ces «symptômes» se manifestent au lieu que les conversations qui se concentrent sur le diagnostic du problème. Ainsi, la compréhension et l'agentivité des gens sont mises en valeur et les conversations autour de la compréhension psychiatrique, de l'évaluation, de l'admission à l'hôpital, les médicaments, etc., ne sont pas le point central de la discussion.

La base du traitement est une réunion de traitement au cours de laquelle, l'équipe spécifique qui s'en occupe et avec le consentement du client, invite à la fois le client et les membres de son réseau proche pour qui la situation est problématique (p. ex., membres de la famille, infirmière scolaire, travailleur social municipal). Selon Alanen (1997), la réunion de traitement a trois fonctions :

- Recueillir des informations sur le problème ;
- Construire dans la conversation, en fonction du problème, un plan de traitement et les décisions nécessaires ;
- Générer un dialogue psychothérapeutique.

Dans les mots de Jaakko Seikkula (2003) « ... l'approche se concentre sur la construction d'un dialogue conjoint entre les participants afin de générer une nouvelle compréhension des circonstances liées à la crise réelle » (p. 90). Toutes les modalités thérapeutiques disponibles, y compris les médicaments, sont également discutées dans les réunions de traitement et les plans de traitement sont créés ensemble dans une discussion ouverte.

Le modèle de soins a été développé sur 35 ans d'expérience accumulée selon une recherche action continue en rétroaction selon les résultats obtenus. La collaboration avec les familles et autres les membres du réseau de la région ont joué un rôle crucial dans le développement du modèle.

Les recherches qui se sont particulièrement concentrées sur le traitement de la psychose aiguë ont fait récemment l'objet d'une étude de suivi de 20 ans (Bergström et al., 2017 ; Bergström et al., 2018). Sur l'ensemble, les chiffres sont restés nettement inférieurs avec le groupe Open Dialogue : les durées de traitement hospitalier, les allocations d'invalidité et les besoins en neuroleptiques. Les résultats indiquent des nombreux résultats positifs. Les dialogues ouverts est un traitement avec des effets durables sur une longue période.

Le travail d'équipe est au cœur de l'approche de dialogue ouvert

Après le premier contact avec les services psychiatriques, une équipe spécifique responsable de l'ensemble du processus de traitement se forme autour de la situation du client et son réseau. Le travail repose sur des soins adaptés aux besoins spécifiques et évolutifs des clients en collaboration avec le réseau plus large (comme l'école, la médecine du travail, les services sociaux, etc.). (P.ex., Alanen, 2009). Soutenir l'individu et l'agentivité de la famille dès le début du travail est priorisé au-dessus de l'évaluation professionnelle de la situation ou du diagnostic de l'individu. Les conclusions ou interprétations trop rapides de la situation ou des décisions d'un client prises par les

professionnels peuvent conduire à une réduction de la participation du client, de la famille et du réseau.

Le travail en équipe ne met pas l'accent sur les différences entre les parcours professionnels car l'objectif commun est de promouvoir le dialogue et de construire des compréhensions communes. L'accent de l'expertise de l'équipe s'est déplacé pour faciliter la collaboration et le processus de dialogue. (Par exemple, Anderson, 1997; Laitila, 2009). Un défi commun à tous est d'écouter les différentes voix de chacun et y répondre et en savoir plus sur les contextes uniques de chaque énoncé de chaque client. La pratique d'une équipe dialogique exige essentiellement une participation égale de chaque membre de l'équipe dans la gestion de la complexité des crises et de l'écoute de chaque voix (par exemple, Haarakangas, Seikkula, Alakare et Aaltonen, 2007). Tous les professionnels ont leur propre voix professionnelle et ses voix personnelles, mais elles sont égales à toutes les autres voix dans la polyphonie de la situation. Travailler en équipe permet d'écouter tous les membres de la famille et du réseau dans la mesure que les membres de l'équipe prêtent attention aux différents énoncés.

Le rôle d'un psychiatre est d'être un membre dans une équipe dialogique spécifique à un cas. Selon la loi finlandaise sur les soins de santé (ministère des Affaires sociales et de la Santé, Finlande, 2010), un médecin supervise l'initiation et l'arrêt des soins médicaux spéciaux et par exemple, le transfert du client à l'hôpital. Ces tâches peuvent également être déléguées à une équipe. Dans les situations de crise grave, le psychiatre est nécessaire pour évaluer la sécurité du client et la nécessité d'un éventuel traitement involontaire. Il est souvent possible de mener cette évaluation en collaboration et la décision est prise dans le cadre d'un processus de dialogue plutôt que de manière isolée. Tandis que la décision finale revient au psychiatre, il respecte la perspective et l'apport des autres.

Les perspectives et pratiques thérapeutiques familiales ont grandement contribué au développement du modèle. Afin de mettre en place un dialogue, familial, axé sur le réseau, l'organisation a souligné l'importance de formation en thérapie familiale dialogique pour tous les membres du personnel. L'éducation conjointe à travers les disciplines professionnelles ont permis d'avoir une compréhension commune de, pour exemple, les objectifs du travail, les pratiques dialogiques et la collaboration mutuelle. L'insécurité et l'inconfort des situations de crise difficiles se calment lorsqu'une équipe est capable de travailler ensemble en se soutenant mutuellement, en s'appuyant sur l'écoute de tous pour assurer le soin nécessaire du processus.

Le rôle du psychiatre dans la mise en œuvre de l'approche de dialogue ouvert. Principes

L'approche du dialogue ouvert est guidée par sept principes clés qui ont émergé des programmes de recherche et de la formation en psychothérapie : soins immédiats ; orientation familial et de réseau ; responsabilité ; flexibilité et mobilité ; continuité psychologique ; tolérance de l'incertitude ; et dialogue (Seikkula, Alakare et Aaltonen, 2001). Une manière d'examiner le rôle d'un psychiatre dans un modèle de soins de dialogue ouvert est d'examiner leur rôle dans la mise en œuvre de l'approche et ses principes. Dans les paragraphes suivants, Je décris chaque principe et réfléchis sur mes observations du rôle du psychiatre, selon principalement mon expérience vécue pendant mes années de pratique du dialogue ouvert.

Aide immédiate

L'individu ou tout membre du réseau peut contacter directement les services. Le premier contact se fait généralement par téléphone, à une infirmière de garde, chargée d'organiser une première réunion de traitement. La nécessité de commencer un processus de traitement est décidée dans une conversation commune dans cette réunion. Le psychiatre n'est pas souvent en première ligne pour rencontrer un client et son réseau, mais s'implique plutôt en cas de besoin ou lors de crises graves. L'évaluation médicale ou le diagnostic n'est pas considéré comme l'objectif principal de la réunion ; au lieu de cela, l'équipe écoute les diverses préoccupations et perspectives et y répond. Le psychiatre s'appuie sur la capacité des membres de l'équipe à consulter facilement le psychiatre quand ils voient un besoin, par exemple, d'examen, de médicaments, de soins hospitaliers, etc. Si le psychiatre devrait rencontrer chaque client en premier lieu, en raison du petit nombre de psychiatres, les services deviendraient encombrées et l'accès difficile à une première réunion.

Orientation famille et de réseau

La famille et les autres membres proches du réseau social sont considérés comme une ressource clé pour comprendre et accompagner les individus en situation de crise. Le réseau local est activement pris en compte et invité à collaborer en cas de besoin. Les crises affectent souvent la famille et d'autres relations, de sorte que le groupe de travail devra peut-être tenir compte des besoins de soutien de tous les membres du réseau. Parfois, travailler avec le réseau commence au niveau de l'imagination, par exemple, en réfléchissant à ce qui concernerait ou penserait dans la situation, les membres de la famille non-présents. Travailler avec les familles et les réseaux nécessite différents types d'orientation et de compétences par rapport à l'individu et les relations médecin-patient qui sont enseignées dans la formation spécialisée en psychiatrie traditionnelle. Les psychiatres de nos services ont une formation complémentaire au travail avec les familles et les réseaux, car cela leur permet de tirer parti des ressources, collaborer avec le réseau et contribuer à des conversations dialogiques significatives.

Responsabilité

L'équipe responsable prend en charge l'ensemble du processus de soins adaptés aux besoins. Partager la responsabilité signifie que tous les membres de l'équipe prennent en considération divers problèmes pendant le processus, (par exemple, la sécurité autour de différentes décisions de traitement, les préoccupations concernant la probabilité de tentative de suicide, la sécurité pendant les séances) pour que toutes les personnes puissent exprimer leurs propres voix, même opposées, etc., et que toutes les questions soulevées reçoivent une réponse. En crises, souvent des problèmes surgissent qui nécessitent une réponse rapide de l'équipe. La responsabilité et des soins flexibles sont possibles lorsque l'équipe a le soutien du psychiatre et les autres membres du personnel. La disponibilité du psychiatre est importante, pour une brève consultation en équipe par téléphone ou présenteielle, pour soutenir l'équipe et créer un sens de sécurité pour tous. La confiance nécessaire entre les membres de l'équipe et le psychiatre est également développé en travaillant ensemble et en formation thérapeutique familiale commune et approfondi dans les supervisions d'équipe et les réunions d'équipe hebdomadaires où les problèmes concernant la collaboration sont ouvertement discutées.

Souplesse / Flexibilité

Chaque client et famille a besoin du traitement le plus appropriée et adaptée aux besoins. Au début du traitement, les rendez-vous peuvent être quotidiens. Le lieu et l'heure de la réunion suivante, ainsi que les participants à inviter, sont convenus à chaque rendez-vous. Cette approche adaptée aux besoins nécessite de la flexibilité de la part de l'équipe. Sur plusieurs fois, plusieurs membres de l'équipe doivent reprogrammer leur emploi du temps afin de permettre le travail en situation de crise. Le psychiatre participe également lors des visites à domicile et s'efforce d'être flexible pour la consultation avec l'équipe.

Souvent dans des situations de crise difficiles, le psychiatre doit également prioriser son travail. Cependant, une équipe expérimentée peut, avec le réseau local, trouver les solutions dans les situations de crise et par exemple, convenir d'un traitement hospitalier de courte durée ou des somnifères ou des anxiolytiques ponctuels avec l'accord du psychiatre de l'équipe.

Continuité

La relation thérapeutique et la compréhension partagée créées entre le réseau et l'équipe sont des facteurs clés importants dans le processus de traitement. Une attention particulière est donnée pour maintenir la continuité psychologique du traitement. Les relations formées ne doivent pas être interrompues et par exemple, le remplacement des les membres de l'équipe doivent être évités et discutés ouvertement. Les processus de traitement peuvent durer plusieurs années, les membres du personnel doivent donc s'engager dans le traitement aussi longtemps que nécessaire.

L'équipe responsable crée la relation thérapeutique avec le client et les membres du réseau, et prend en charge le processus de soins et favorise continuité. Habituellement, le psychiatre ne trouve pas le temps de travailler aussi étroitement avec une partie du processus de traitement. Par conséquent, le psychiatre responsable doit être prévenant et non perturber cette relation de travail entre les membres de l'équipe et la famille, et assurer la continuité du traitement dans les milieux hospitaliers et communautaires. Si la le client a besoin d'une hospitalisation temporaire, l'équipe de soins ambulatoires doit rester en charge du traitement, bien que l'équipe soit temporairement complétée par un équipe d'hôpital.

Tolérance d'incertitude

Les situations de crise suscitent facilement de l'anxiété parmi les membres de l'équipe, ainsi que chez la famille. Cela peut conduire les membres de l'équipe à fournir à la hâte des solutions pour résoudre la situation, comme isoler la personne de sa famille ou commencer immédiatement la prise d'un médicament. Les psychiatres se sentent souvent obligés de prendre une gestion de crise « sur leurs propres épaules ». Il existe un risque de paralyser les ressources et potentiel d'autogestion du client et du réseau et ignorer leurs propres connaissances et compétences pour améliorer la situation.

Nous considérons la famille et le réseau proche comme une clé potentielle de ressources, de compréhension et de soutien pour la personne dans la vie de tous les jours (p.ex., McPherson et al., 2014). Afin de restaurer le pouvoir d'agir de l'individu et du réseau, il est important pour un psychiatre, ainsi que les autres membres de l'équipe, de ne pas se précipiter vers des solutions de traitement ou tomber dans "la compréhension" des participants trop rapidement. Un traitement

souvent involontaire ou un début soudain de traitement peut être déroutant et même traumatisant pour les individus.

Écouter attentivement les membres du réseau et réfléchir à différentes pistes de solution permet d'aller vers des solutions qui soutiennent les propres capacités des membres du réseau et à agir dans ces situations de crise. Lors de l'examen de la prise de médicaments à long terme, il serait bon d'envisager avoir cette conversation plusieurs fois pour réfléchir et peser ensemble les différents problèmes liés aux médicaments : nécessité globale, alternatives, effets possibles et effets secondaires, peurs et autres significations possibles qui y adhèrent, l'influence des médicaments sur l'identité, l'auto-agence, les relations, etc.

Dialogisme

L'objectif principal du traitement est de créer un dialogue entre les participants et leurs différentes voix internes (Seikkula, 2008; Seikkula et al., 2001). Les membres de l'équipe doivent avoir les compétences nécessaires pour favoriser les conversations dialogiques. Lors des réunions dialogiques, un espace interactionnel partagé est créé et la possibilité de changement évolue par l'échange d'énoncés et des réponses. C'est important pour les membres de l'équipe d'écouter attentivement les différents mots et expressions lors d'une réunion de réseau, et répondre à l'expression des émotions. L'utilisation de mots, de langage et des expressions devrait être ajusté à ceux utilisés par les membres du réseau, les termes ou jargon médical ou psychologique doivent être évités. Le psychiatre contribue à l'écoute de toutes les perspectives et participe à une discussion multiforme sur les thèmes auxquels attachent de l'importance les membres du réseau. Dans les discussions et les réflexions, le psychiatre apporte sa propre compréhension. Les opinions professionnelles et personnelles du psychiatre sont des voix et des points de vue parmi d'autres voix et perspectives.

Le psychiatre peut être curieux de connaître les points de vue controversés et contribuer de manière transparente à élucider les idées de fond des opinions.

Réflexions

La collaboration est une valeur importante et le point de départ de mon propre travail de psychiatre. Je ne peux saisir le monde qu'à partir de mes propres expériences, et je ne peux jamais comprendre totalement une autre personne. Il est important pour moi d'écouter les gens réfléchir sur leurs propres expériences et dans notre partage mutuel, de construire une compréhension partagée.

En tant que professionnel de la santé, je connais ma position de pouvoir (par exemple, UN Human Conseil des droits - juin 2017) et dans quelle mesure mon évaluation pourrait influencer mes clients. Un pouvoir substantiel est utilisé lorsque les expériences de vie des gens sont interprétées et défini par des professionnels. Il est essentiel que mes propres interprétations (bienveillantes) ne sous-estiment pas la propre expérience des gens, leur propre agence ou leurs ressources.

Lorsqu'un expert se charge de définir les préoccupations de la vie d'un individu, l'agentivité et le pouvoir de soi s'éloignent de la personne concernée : ils sont objectivés. Il est cependant possible réfléchir avec les membres de l'équipe et apporter nos propres compréhensions comme des «Voix» ouvertes parmi les voix, à un examen partagé avec le réseau concerné.

Dans l'approche médicale, le rôle du médecin est central. Le médecin souvent prend en charge l'évaluation des symptômes, la formulation d'un diagnostic initial et la planification, les examens et

les traitements. Cette approche pourrait convenir assez bien au traitement de la maladie somatique; cependant, avec des problèmes que relèvent des expériences de vie et des difficultés à être indépendant, cette approche ne favorise pas le rétablissement du fonctionnement et du sens de l'autonomie. Les maladies psychiatriques sont difficiles à démontrer empiriquement, il n'y a pas des tests biologiques tels que des tests sanguins ou des scanographies cérébrales qui peuvent être utilisés pour fournir des données objectives à l'appui de tout diagnostic psychiatrique, à l'exception de la démence et certains troubles chromosomiques (Council for Evidence-based Psychiatry, 2014). Selon Thomas Insel, ancien directeur de l'Institut national de la santé mentale des États-Unis: «Les diagnostics du DSM reposent sur un consensus sur des groupes de symptômes cliniques, et non sur une mesure objective de laboratoire. Dans le reste de la médecine, cela équivaldrait à créer des systèmes de diagnostic basés sur la nature de la douleur thoracique ou la qualité de la fièvre » (Insel, 2013). Les mécanismes de médication sont également non spécifiques ; les mêmes médicaments sont utilisés pour soulager de nombreux symptômes psychologiques. L'aide et l'accompagnement thérapeutique relationnel pour le fonctionnement quotidien sont des éléments clés dans tous les soins psychiatriques pour toutes les conditions.

Le point de départ de l'aide thérapeutique dialogique n'est pas de commencer à catégoriser les problèmes et symptômes présentés par les personnes dans des « casiers » diagnostiques et fournir des thérapies "type" généralisées par des procédures standard selon ces catégories. Le but est créer un processus de traitement qui répond aux préoccupations et aux besoins de chaque personne et membre du réseau. Les expériences de vie, les contextes sociaux, les problèmes de santé, etc. de chaque être humain sont uniques, multidimensionnelles et complexes. C'est important que les gens soient écoutés dans leurs situations de vie uniques et que les cliniciens n'essaient pas de comprendre trop vite. Il est important de comprendre progressivement et aller continuellement dans le processus de traitement spécifiquement adapté aux besoins du client et leur réseau plutôt que priorisé le diagnostic.

Dans la société finlandaise, de nombreuses prestations de réadaptation ou psychothérapies sont accordées uniquement par un certificat médical qui met fortement l'accent sur le diagnostic médical. L'implication active des utilisateurs de services dans la réflexion sur le diagnostic le plus adéquat est important pour le rendre vraiment utile et aussi le plus proche possible de la description que la personne fait de son situation. Les diagnostics peuvent être perçus comme peu informatifs ou de la désinformation, stigmatisant ou autrement nuisibles (Callard, Bracken, David et Sartorius, 2013; Pitt et al., Welford, Nothard et Morrison, 2009). Une discussion partagée sur le diagnostic est importante car les diagnostics peuvent causer beaucoup de confusion. Les utilisateurs des services ont décrit le diagnostic comme initialement une explication apaisante, mais plus tard, cela peut devenir problématique ou limiter son identité sociale.

La gamme de thérapies adaptées aux besoins comprend également des médicaments. Dans une phase aiguë et temporaire les médicaments peuvent aider à réduire l'anxiété excessive et / ou les problèmes de sommeil prolongés. En cas de crise grave de santé mentale, la situation peut être apaisée par l'utilisation des somnifères ou des anxiolytiques. Dans la pratique de la Laponie occidentale, nous préférons dispenser des médicaments au client un ou deux jours pendant les visites au lieu de donner des ordonnances. Cela garantit une aide thérapeutique efficace et un soutien relationnel là où des dépendances aux médicaments peut être évitée si possible. Lors de la possibilité d'utiliser des médicaments à long terme, il est nécessaire de passer du temps à discuter

des avantages potentiels et des désavantages et de considérer les diverses préoccupations et significations liées au médicament. Les médicaments ne doivent pas détériorer la fonction cognitive, entraîner une toxicomanie, causer des dommages physiques / sociaux ou réduire d'une autre manière le libre arbitre de l'individu. Le psychiatre s'est vu confier un rôle central dans les soins psychiatriques et les attitudes et les actions du médecin peuvent influencer considérablement le fonctionnement du groupe de travail. Le remplacement du psychiatre, les différentes approches d'un nouveau psychiatre peuvent rendre confus le travail de l'équipe. Les psychiatres doivent être conscients de leur rôle et éviter de mettre en place une position hiérarchique et monologique qui peut faire taire les culture dialogique et polyphonique de l'équipe. Travailler en dialogue et partager les responsabilités par rapport aux processus de traitement, faire part d'une culture démocratique sur le lieu de travail est un prérequis important. Le psychiatre a un rôle central pour établir et entretenir cette atmosphère démocratique.

Dans l'approche dialogique, les principaux objectifs sont d'écouter les différentes préoccupations et les points de vue des clients et des membres du réseau sur les questions qui les intéressent, pour y répondre à leurs expressions, espoirs et besoins. Les soins adaptés aux besoins et les méthodes uniques adaptés au client et le réseau commenceront à évoluer si les préoccupations peuvent être examinées sous de nombreux angles. Ce qui est crucial dans le traitement est de garder au centre les clients, les membres de la famille et leur sens de l'action. L'agence ou les définitions des professionnels, y compris le psychiatre, ne sont pas l'essentiel.

Que signifie pour moi personnellement l'approche du dialogue ouvert ?

Le plus important et le plus vivifiant pour moi dans mon travail est de rester attaché à mes valeurs et mes rêves. La partie centrale de mon travail est d'écouter attentivement mes clients, de collaborer, et de créer un dialogue autour des problèmes qui ont un sens pour eux, et non pour évaluer ou analyser les gens ou leurs expériences dans la vie. En essayant de comprendre les difficultés de la vie des gens, je peux aussi réfléchir à mes expériences de vie personnelles, ce qui fait de mon travail plus une vraie rencontre humaine. Quand je peux disposer autant de mon expérience professionnelle et des expériences de vie personnelles, mon rôle professionnel est moins limité.

Les activités thérapeutiques sont collaboratives et la responsabilité de rechercher de nouvelles formes de compréhensions, partagées à la fois avec les clients et les membres de l'équipe, fait que je me sens moins chargé et seul dans mon travail. La relation avec les membres de mon équipe est plus ouverte et simple. Il est essentiel de pouvoir faire confiance à votre équipe et avoir le sens la sécurité, car travailler avec des crises difficiles peut souvent évoquer de l'anxiété ou des souvenirs douloureux chez tous les professionnels.

Grâce à la formation et mon expérience de travail, J'ai développé un nouveau type de curiosité à écouter les différentes voix et à trouver de nouvelles perspectives dans des situations de crise déroutantes. Lorsque nous allouons suffisamment de temps aux dialogues polyphoniques, les expériences initialement incohérentes commencent à se connecter à leur relations, histoires de vie et contextes, et deviennent plus compréhensibles en tant qu'énoncés plutôt que comme des symptômes de maladies psychiatriques.

La pensée dialogique a également enrichi ma vie personnelle et relationnelle. Comprendre que toute personne interprète le monde de son propre point de vue, fait que je ressens moins de la

concurrence à « avoir raison ou être dans le correct versus le faux ». Ça me permet aussi d'être plus curieux sur les différents points de vue des autres.

Acknowledgements

I would like to thank Birgitta Alakare, Kristof Mikes-Liu, and Campbell Thorpe for their helpful comments on earlier drafts of the article.

References

- Aaltonen, J., Seikkula, J., & Lehtinen, K. (2011). The comprehensive Open-Dialogue approach in Western Lapland: I. The incidence of non-affective psychosis and prodromal states. *Psychosis: Psychological, Social and Integrative Approaches*, 3(3), 179–191.
- Alanen, Y. (1997). *Schizophrenia: Its Origins and Need-Adapted Treatment*. London: Karnac.
- Alanen, Y.O. (2009). Towards a more humanistic psychiatry: Development of need-adapted treatment of schizophrenia group psychoses. *Psychosis*, 1(2), 156–166.
- 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*, 1991(83), 363–372.
- Anderson, H. (1997). *Conversation, Language and Possibilities: A Postmodern Approach to Therapy*. New York, NY: Basic Books.
- Bergström, T., Alakare, B., Aaltonen, J., Mäki, P., Kongs-Saviaro, P., Taskila, J.J., & Seikkula, J. (2017). The long-term use of psychiatric services within the Open Dialogue treatment system after first-episode psychosis. *Psychosis*, 9(4), 310–321.
- Bergström, T., Seikkula, J., Alakare, B., Mäki, P., Kongs-Saviaro, P., Taskila, J.J., & Aaltonen, J. (2018). The family-oriented Open Dialogue approach in the treatment of first-episode psychosis: Nineteen-year outcomes. *Psychiatry Research*, 270, 168–175.
- Bracken, P., Thomas, P., Timimi, S., Asen, E., Behr, G., Beuster, C., Bhunnoo, S., Brown, I., Chhina, N., Double, D., Downer, S., Evans, C., Fernando, S., Garland, M.R., Hopkins, W., Huws, R., Johnson, B., Martindale, B., Middleton, H., Moldavsky, D., Moncrieff, J., Mullins, S., Nelki, J., Pizzo, M., Rodger, J., Smyth, M., Summerfield, D., Wallace, J., & Yeomans, D. (2012). Psychiatry beyond the current paradigm. *The British Journal of Psychiatry*, 201, 430–434.
- Callard, F., Bracken, P., David, A., & Sartorius, N. (2013). Has psychiatric diagnosis labelled rather than enabled patients? *British Medical Journal (online)*, 347, f4312. <https://doi.org/10.1136/bmj.f4312>
- Council for Evidence-based Psychiatry (2014). *Noknownbiologicalcauses*. Retrieved from <http://cepuk.org/unrecognised-facts/no-biological-causes/>
- Haarakangas, K., Seikkula, J., Alakare, B., & Aaltonen, J. (2007). Open Dialogue: An approach to psychotherapeutic treatment of psychosis in northern Finland, in H. Anderson & D. Gehart (Eds.), *Collaborative Therapy: Relationships and Conversations That Make a Difference* (pp. 221–233). New York, NY: Routledge.
- Insel, T. (2013). Post by former NIMH director Thomas Insel: Transforming diagnosis. Retrieved from <https://www.nimh.nih.gov/about/directors/thomas-insel/blog/2013/transforming-diagnosis.shtml>
- Laitila, A. (2009). The expertise question revisited: Horizontal and vertical expertise. *Contemporary Family Therapy*, 31, 239–250.
- McPherson, K.E., Kerr, S., McGee, E., Morgan, A., Cheater, F.M., McLean, J., & Egan, J. (2014). The association between social capital and mental health and behavioural problems in children and adolescents: An integrative systematic review. *BMC Psychology*, 2, 7.
- Ministry of Social Affairs and Health, Finland (2010). *Health Care Act*. Retrieved from https://www.finlex.fi/en/laki/kaannokset/2010/en20101326_20131293.pdf
- Pitt, L., Kilbride, M., Welford, M., Nothard, S., & Morrison, A.P. (2009). Impact of a diagnosis of psychosis: User-led qualitative study. *Psychiatric Bulletin*, 33, 419–423. <https://doi.org/10.1192/pb.bp.108.022863>
- Seikkula, J. (2003). Dialogue is the change: Understanding psychotherapy as a semiotic process of Bakhtin, Voloshinov, and Vygotsky. *Human Systems: The Journal of Systemic Consultation & Management*, 14(2), 83–94.
- Seikkula, J. (2008). Inner and outer voices in the present moment of family and network therapy.

Journal of Family Therapy, 30, 478–491.

Seikkula, J., Aaltonen, J., Alakare, B., Haarakangas, K., Keranen, J., & Sutela, M. (1995). Treating psychosis by means of Open Dialogue, in S. Friedman (Ed.), *The Reflecting Team in Action* (pp. 62–80). New York, NY: The Guilford Press.

Seikkula, J., Alakare, B., & Aaltonen, J. (2001). Open Dialogue in psychosis I: An introduction and case illustration. *Journal of Constructivist Psychology*, 14(4), 247–265.

Statistics Finland 2019. Population structure. Retrieved from http://pxnet2.stat.fi/PXWeb/pxweb/en/StatFin/StatFin__vrm__vaerak/statfin_vaerak_pxt_11re.px/

UN Human Rights Council 2017. Report of the Special Rapporteur on the right of everyone to the enjoyment of the highest attainable standard of physical and mental health. Retrieved from <https://reliefweb.int/sites/reliefweb.int/files/resources/G1707604.pdf>