

Our Strategies of Influence: Everybody wants to go to Heaven, but Nobody wants to Die – Are we at an Impasse?

Claude Bergeron MD, FRCPC^{1,2}

For the longest time, we have hoped to have a bigger say in the political and administrative decisions that affect the quality of care we deliver our clientele and their families. Different strategies have been explored and certain avenues of reflection were put forth in an article printed in our news bulletin a year ago. Despite the level of our expertise, to date, seldom and only through great strain have we managed to hold any real sway as child psychiatrists. We remain a divided group where different and at times opposite outlooks exist side by side without being conducive to a synthesis and to choices that reflect the vast richness of these different points of view. As a result, our ability to participate effectively in the societal decisions that impact the quality of care we provide our clientele is largely diminished. This leaves more room for better organized groups, such as parents' lobbies dealing with specific pathologies and groups of non-medical professionals taking advantage of the vacuum created to extend their influence and their scope of intervention. The paradigm shifts and even the changes to the legal framework governing the exercise of professions surrounding PDD are a case in point.

The progress of knowledge over the past 20 years, particularly in the field of developmental neuropsychology and neurobiology, the mounting prevalence of certain diagnostic categories in the infant and youth clientele (e.g., anxiety disorders, major affective disorders, attachment disorders leading to a personality disorder) and the development of more focused therapeutic modalities (e.g., cognitive-behavioural therapy, interpersonal therapy, interventions targeting functional impairments related to attachment disorder, brief psychodynamic approach focused on the present) have rattled the conception of our field of professional expertise. For instance, some people consider ADD and associated learning disorders to be a domain sufficiently complex for child psychiatry to remain an indispensable interventionalist in problem cases that cannot be handled by primary psychosocial and

medical services, whereas others are beginning to believe that these disorders should fall within the province of general pediatrics and neuropsychiatry. Where PDD is concerned, we have gone from a time when the affective component (in the psychodynamic meaning of the term) was considered central, to today's dominant view in which the neurobiological components are key. Some even wonder whether it might not be preferable for this domain to eventually be absorbed by neurodevelopmental pediatrics and thus allow the resources and expertise of child psychiatry to focus more on diagnostic categories such as anxiety, depressive, and bipolar Axis II disorders, as well as psychotic states. Questions of the sort have also been raised about attachment disorders and emerging personality disorders. Should we relinquish these Axis-II fields more and more to the rehabilitation network rather than step up our intervention, or does the complexity of certain cases warrant that child psychiatry preserve and develop an increasingly specialized expertise in the treatment of certain complex personality disorders that seem to be giving psychosocial services a hard time?

Perceptions often differ from one generation to the next and from one era to another. Child psychiatrists who, with good reason, developed an expertise in some of these cutting-edge domains have difficulty understanding this drastic redrawing of the borders of the field of action where they played such a vital role for so many years, whereas younger members of the profession wonder whether it might not be more worthwhile to invest in developing competencies in other domains given the scarcity and precariousness of available resources. In many child psychiatry departments, different outlooks exist side by side among colleagues. In the big cities, for similar reasons, the same tension exists between institutions that have given priority to this or that expertise considered essential while others have made different choices. Instead of being part of a collective wealth that we are willing to take charge of more resolutely

¹Service de pédopsychiatrie, Centre hospitalier universitaire de Sherbrooke (CHUS), Sherbrooke, Québec

²Département de psychiatrie, Université de Sherbrooke, Québec

Corresponding email: claudio.bergeron@usherbrooke.ca

Originally published in the *Chronique du Comité de pédopsychiatrie. Journal de l'AMPQ*, 14(3)

and instead of leading us to make more relevant choices as a group, these major conceptual differences continue to divide us and to prevent us from conveying a coherent message about child psychiatry's contribution and its legitimate claim to want a say in organizational and political decisions that have a bearing on the quality of care we provide our clientele.

Getting individuals to communicate and draw closer together, whether or not they belong to the same child psychiatry department, remains an arduous task. The same holds true for institutions, whether or not they are part of the same university network. Attempts at opening a dialogue, initially with the noblest of intentions, have led at times to impasses where the protagonists ended up disappointed, if not profoundly hurt. It will certainly be a delicate undertaking to find a balance and to build a synthesis from such diverse perspectives which have been invested in by highly regarded colleagues and which are sustained by institutions whose prestige and reputation are associated with them. I do not know whether a solution can be found in the short term, but it seems to me that our legitimate desire to be a force of influence is bound to amount to naught if we do not manage first to achieve greater unity and a better understanding among ourselves. Some are willing to give it a shot and get the ball rolling; others fear the damage will be too great and prefer putting off the debate. Either way, I do not think that we will be able to go any further as a professional group if we do not manage first to draw closer together within our own groups and departments and inside the university regions where several state-of-the-art centres must coordinate with one another. Will child psychiatrists and institutions that have chosen to develop a cutting-edge expertise in certain areas want to step back enough to allow a free and open exchange of ideas in order to arrive at a solution? Will the younger generations who have not

experienced the radical changes of the past two decades as much, have an easier time of it?

The structure for accomplishing these objectives has yet to be created. In my opinion, the AMPQ Child Psychiatry Committee is not suited to play this role because it is not representative enough democratically and it would rapidly be perceived from the outside as being motivated by "syndical" priorities. The *Regroupement des chefs*, for its part, comprises too many members to be truly effective. The way to go would be to create a committee that would meet on a regular basis to define specific proposals to be presented to the child psychiatry chiefs as a whole. This committee of 10-12 persons could be fairly representative at once of the regions outside the large urban centres, the urban regions and the perspectives of the various major university centres, even if these sometimes belong to a same region.

Whatever we opt for, it will be necessary to find a mechanism whereby each generation can promote or advocate the experience and richness associated with it in order to make the best possible choices. One thing is certain: We will all need to make some compromises. If no one is willing at least to accept the possibility of having to give up certain ideas or positions presently held as essential, I do not think that we will be able to drive the discussion forward and break the impasse. We will need to "die a little" if we hope to achieve the sort of unity that can lead us, if not to heaven, at least to a better world.

Admittedly, everybody wants to go to heaven, and we're no different.

Acknowledgements

Thanks to Dr. Marie-Christine Légaré for her helpful comments.

ERRATUM

Sarró S. Letter to the Psychopharmacology Section Editor. *J Can Acad Child Adolesc Psychiatry*. 2011;20(2):142.

References. It has come to the authors' attention that references for this letter were not published. The references are printed below. *The Journal of the Canadian Academy of Child and Adolescent Psychiatry* regrets the error and any inconvenience it might have caused.

Court, A., Mulder, C., Kerr, M., Yuen, H. P., Boasman, M., Goldstone, S., et al. (2010). Investigating the effectiveness, safety and tolerability of quetiapine in the treatment of anorexia nervosa in young people: A pilot study. *Journal of Psychiatric Research*, 44(15), 1027-1034.

Gupta, S., Mosnik, D., Black, D.W., Berry, S., & Masand, P. S. (1999). Tardive dyskinesia: Review of treatments past, present and future. *Annals of Clinical Psychiatry*, 11(4), 257-266.

Mehler-Wex, C., Romanos, M., Kircheiner, J., & Schulze, U. M. (2008). Atypical antipsychotics in severe anorexia nervosa in children and adolescents: review and case reports. *European Eating Disorders Review*, 16(2), 100-108.

Michaelides, C., Thakore-James, M., & Durso, R. (2005). Reversible withdrawal dyskinesia associated with quetiapine. *Movement Disorders*, 20(6), 769-770.

Peritogiannis, V., & Tsouli, S. (2009). Can atypical antipsychotics improve tardive dyskinesia associated with other atypical antipsychotics? Case-report and brief review of the literature. *Journal of Psychopharmacology*, 24(7), 1121-1125.

Nos Stratégies d'influence: Tout le monde veut aller au ciel...mais personne ne veut mourir...Sommes-nous dans une impasse?

Claude Bergeron MD, FRCPC^{1,2}

Depuis longtemps, nous espérons avoir une meilleure influence sur les décisions politiques et administratives qui influencent la qualité des soins prodigués à notre clientèle et à leur famille. Diverses stratégies ont souvent été explorées et des pistes de réflexion ont été mises sur la table lors d'une chronique dans ce même journal il y a un an. Malgré la qualité de notre expertise, il demeure jusqu'à maintenant difficile et très occasionnel d'avoir une réelle influence comme pédopsychiatres. Nous demeurons un groupe divisé où des visions différentes, parfois contradictoires, se juxtaposent sans pouvoir conduire à une synthèse et des choix représentatifs de toute la richesse de ces différents points de vue; ainsi, notre pouvoir de participer efficacement aux choix de société touchant la qualité des soins auprès de notre clientèle est grandement diminuée. Cela laisse davantage de place aux groupes mieux organisés comme par exemple, certains lobbying de parents aux prises avec des pathologies spécifiques, certains groupes de professionnels non-médicaux utilisant le vide créé pour augmenter leur influence et leur domaine d'intervention; les changements de paradigmes et même de cadre légal pour l'exercice des professions autour des Troubles envahissants du développement en sont un exemple.

L'évolution des connaissances au cours des vingt dernières années, en particulier dans le domaine de la neuropsychologie et de la neurobiologie du développement, l'apparition d'entités diagnostiques de plus en plus reconnues chez la clientèle infantile et juvénile (troubles anxieux, maladies affectives majeures, troubles de l'attachement pouvant mener à des troubles de personnalité, etc.), le développement de modalités thérapeutiques plus ciblées (thérapie cognitivo-comportementale, thérapie interpersonnelle, interventions ciblées sur des déficits fonctionnels reliés au trouble de l'attachement, approche psychodynamique brève et centrée sur le présent, etc.) ont amené plusieurs bouleversements dans la conception de notre domaine d'expertise professionnelle. Par

exemple, certains considèrent que les troubles déficitaires de l'attention et les troubles d'apprentissage associés, sont un domaine suffisamment complexe pour que la pédopsychiatrie demeure un intervenant essentiel dans les cas problématiques n'ayant pas trouvé de réponses au niveau de la 1^{re} ligne psychosociale et médicale, alors que d'autres commencent à croire que ce domaine devrait relever davantage de la pédiatrie générale et de la neuropédiatrie. Au niveau des troubles envahissants du développement, nous sommes passés d'une époque où la composante affective (au sens psychodynamique du terme) paraissait essentielle pour arriver maintenant à une vision où les composantes neurobiologiques sont incontournables; certains se demandent même s'il ne serait pas préférable que ce domaine fasse éventuellement partie de la pédiatrie neurodéveloppementale pour que les ressources et expertises pédopsychiatriques se consacrent davantage aux entités tels que les troubles anxieux, les troubles dépressifs, les maladies bipolaires, les états psychotiques, etc. On retrouve le même questionnement par rapport aux troubles de l'attachement et aux troubles de personnalité en voie d'installation. Doit-on laisser ces domaines de l'Axe II de plus en plus au réseau de la rééducation sans intervenir davantage ou la complexité de certains cas justifie-t-elle que la pédopsychiatrie conserve et développe une expertise de plus en plus pointue pour certains traitements de troubles de personnalité complexes qui semblent donner beaucoup de fil à retordre au réseau psychosocial.

Selon les générations et les époques, les perceptions sont souvent différentes. Les pédopsychiatres ayant développé à juste titre des pointes d'excellence dans certains de ces domaines de pointe comprennent difficilement cette remise en question aussi majeure des expertises où ils ont joué un rôle aussi essentiel pendant tant d'années alors que des plus jeunes se demandent s'il ne vaut pas mieux investir le développement de compétences dans des domaines différents, puisque les

¹ Service de pédopsychiatrie, Centre hospitalier universitaire de Sherbrooke (CHUS), Sherbrooke, Québec

² Département de psychiatrie, Université de Sherbrooke, Québec

courriel de correspondance: claudio.bergeron@usherbrooke.ca

Déjà paru dans Chronique du Comité de pédopsychiatrie. *Journal de l'AMPQ*, 14(3)

ressources sont de plus en plus limitées et de plus en plus difficiles à maintenir. À l'intérieur de plusieurs services ou départements de pédopsychiatrie, des visions différentes se juxtaposent entre collègues. Dans les grandes villes, pour des raisons identiques, le même malaise se retrouve entre des institutions ayant priorisé telle ou telle expertise perçue comme essentielle alors que d'autres ont fait des choix différents. Au lieu de participer à une richesse collective mieux assumée et de conduire à des choix plus pertinents comme groupe, ces grandes différences de conception continuent de nous diviser et ne nous permettent pas d'apporter un message cohérent concernant l'apport de la pédopsychiatrie et son attente légitime de prendre part aux décisions organisationnelles et politiques qui auront une influence sur la qualité des soins auprès de notre clientèle.

Les tentatives de communication et de rapprochement, entre les individus faisant partie ou non des mêmes services de pédopsychiatrie et entre les institutions d'un même réseau universitaire ou non, demeurent difficiles à mettre en place. Les dialogues, se voulant pourtant constructifs au départ, ont conduit parfois à des impasses où les protagonistes se sont retrouvés déçus et parfois profondément blessés. Il sera effectivement délicat de trouver l'équilibre et de faire une synthèse à partir de visions aussi différentes, investies par des collègues reconnus et soutenues par des institutions y ayant associé leur prestige et leur rayonnement. J'ignore s'il existe une solution à court terme, mais il me semble que notre désir légitime d'influence sera voué à l'échec si nous ne réussissons pas cet exercice d'une meilleure cohésion et d'une meilleure entente entre nous. Certains nous disent vouloir tenter l'exercice et entamer la discussion; d'autres craignent que les blessures soient trop grandes et préfèrent attendre un peu avant de faire le débat. Quel que soit le choix que nous ferons, je pense que nous ne pourrions pas aller plus loin comme groupe professionnel, sans avoir réussi à mieux nous rapprocher à l'intérieur de nos propres services et départements, de même qu'à l'intérieur des régions universitaires où plusieurs centres de pointe ont à se coordonner. Les pédopsychiatres et les institutions ayant

choisi le développement de certaines expertises de pointe voudront-ils prendre le recul nécessaire pour permettre une communication suffisamment ouverte pour en arriver à une solution? Les générations plus jeunes ayant moins connu les bouleversements majeurs des deux dernières décennies auront-elles plus de facilité?

La structure pour atteindre ces objectifs demeurerait à inventer. À mon avis, le Comité de pédopsychiatrie à l'AMQP ne pourrait remplir ce rôle car il n'est pas suffisamment représentatif démocratiquement et il serait rapidement perçu par l'extérieur comme trop près des priorités «syndicales»; le Regroupement des chefs comporterait un trop grand nombre de membres pour être vraiment efficace. Il faudrait penser à un Comité se réunissant sur une base régulière pour définir des propositions précises à présenter à l'ensemble des chefs de pédopsychiatrie; ce Comité de 10–12 personnes pourrait représenter équitablement à la fois les régions en dehors des grands centres urbains, les régions urbaines et aussi les visions de chacun des principaux centres universitaires, même si ces derniers peuvent parfois faire partie d'une même région.

Quel que soit le mécanisme choisi, il faudra trouver un mécanisme où chaque génération puisse faire valoir l'expérience et la richesse qui lui sont associées pour faire les meilleurs choix possibles. Cependant, nous aurons tous des compromis à faire. Si chacun d'entre nous n'accepte pas au moins l'éventualité de devoir faire certains deuils sur des idées ou positions lui apparaissant actuellement comme essentielles, je ne crois pas que la discussion pourra avancer davantage et que nous pourrions nous sortir de l'impasse. Il faudra «mourir un peu» si on veut se rapprocher davantage d'une cohésion nous laissant entrevoir un «ciel meilleur»...

Avouons le ... Tout le monde veut aller au ciel ... et nous autres itou

Remerciements

Merci au Dr Marie-Christine Légaré pour ses judicieux commentaires.

ANNOUNCEMENTS

Dr. Khrista Boylan, MD, has graciously accepted to step into the role of Assistant Editor while Dr. Amy Cheung is on leave. Dr. Boylan holds BSc (Biology and Psychology) and MD degrees and obtained her FRCPC in Psychiatry. Dr. Boylan also holds a PhD in Health Research Methodology and is currently an Assistant Professor in the Department of Psychiatry and Behavioural Neurosciences at McMaster University. We welcome Dr. Boylan to the Journal.