

Le mouvement du rétablissement : un développement significatif pour le champ du counselling et de la psychothérapie

Ivan Ellingham

Traduction : Jacques Grisart

Ivan Ellingham a étudié avec Cecil H. Patterson à l'Université d'Illinois, où il a obtenu son Doctorat en Psychologie du Counseling en 1984. Aujourd'hui, psychologue certifié en counselling, il travaille au sein du système de la santé publique (NHS) en Angleterre avec des patients psychiatriques suivis en ambulatoire. Pour la plupart d'entre eux, le diagnostic posé est : « Trouble de la personnalité émotionnellement instable ». L'approche d'Ivan Ellingham se fonde sur la thérapie centrée sur le client classique, avec un éclairage de la Thérapie Basée sur la Mentalisation (MBT) et de la Thérapie Dialectique Comportementale (TDC). Il est particulièrement intéressé par le développement d'une théorie et d'une pratique centrées sur la personne en relation avec ce que l'on appelle la « maladie mentale ».

L'original de cet article est paru dans *Therapy Today*, 2013, vol. 24, 6, pp. 30-32.

Résumé

Ivan Ellingham met en évidence que le mouvement du *rétablissement* partage les valeurs et les principes fondamentaux du counselling/psychothérapie selon l'Approche centrée sur la personne. Pour étayer son propos, il fait ici référence autant à une ample littérature traitant du mouvement du *rétablissement* qu'aux écrits de Rogers. S'appuyant sur ces valeurs et objectifs communs, il soutient que le counselling/psychothérapie, et non la psychiatrie, oriente de façon plus adéquate l'élaboration de programmes pour les personnes qui sont amenées à se rétablir de troubles mentaux sévères.

Mots-clés: thérapie, counselling, psychothérapie, psychiatrie, diagnostic, rétablissement, tendance actualisante, perturbation mentale, maladie mentale.

«Je ne suis pas un diagnostic, je suis un être humain avec une histoire de vie, de bonnes et de mauvaises expériences, des sentiments, des forces et des vulnérabilités.»¹

Cette poignante protestation d'Alison Faulkner, «chercheuse et formatrice indépendante, amatrice de chats et usagère de services de santé mentale» (Faulkner, 2010)², illustre à la perfection l'attitude de rébellion à l'encontre du courant dominant de la psychiatrie et des services de santé mentale traditionnels selon le «modèle médical» qui a été à l'origine du puissant mouvement contemporain dans le domaine de la santé mentale connu sous le nom de «Mouvement du rétablissement» (Davidson & White, 2007).

Il s'agit d'un mouvement qui, au cours des deux dernières décennies, a pris une importance majeure dans les pays occidentaux (Royaume Uni inclus) en raison de la prise de conscience croissante que ceux qui sont taxés de «fous» ne sont pas nécessairement en proie à une maladie dégénérative irréversible; point de vue axiomatique de la psychiatrie traditionnelle, lequel a pour source la définition en vigueur de la schizophrénie selon Kraepelin, en tant que «*dementia praecox*», démence précoce. Des études longitudinales par des personnes telles que Courtney Harding (Harding, Brooks, Ashikaga, Strauss, Breier, 1987), combinées avec des

¹ Faulkner, 2010, p. 15.

² *Ibid.*

récits autobiographiques impressionnants de ceux qui se sont *rétablis* de formes profondes et durables de perturbations ou de maladies mentales sévères (P/MMS)³ (Chamberlin, 1978), ont démenti le credo de Kraepelin.

Avec l'abondante production écrite au cours de cette période, sur la nature et la forme d'un tel «rétablissement», la mise en œuvre des principes du rétablissement est aujourd'hui centrale dans les prestations de services de santé mentale de par le monde, notamment au Royaume Uni et dans le NHS. Le bilan de la caractérisation du rétablissement dans la littérature en met les raisons en évidence; pourquoi, en particulier, le mouvement du rétablissement a eu, et continue à avoir, un profond impact dans le domaine de la psychiatrie, la discipline dominante en santé mentale.

Cependant, ce dont il faut déjà prendre conscience, c'est que le mouvement du rétablissement peut potentiellement avoir un impact tout aussi profond dans le domaine du counselling⁴ et de la psychothérapie.

Permettez-moi de préciser.

D'une manière générale, dans la littérature sur le rétablissement, le terme a été principalement employé de deux façons (Slade, 2009):

1. pour désigner des personnes qui ont précédemment souffert de P/MMS, mais dont l'expérience personnelle est maintenant complètement dénuée de ce qui relève significativement de la «folie». Ces personnes sont diversement décrites comme «guéries», comme ayant atteint un rétablissement «clinique» / «objectif» / «complet» / «plein», ou encore un «rétablissement du P/MMS».
2. pour désigner des personnes en souffrance qui ne sont pas autant libérées de ce qui relève significativement de la «folie», mais qui mènent néanmoins des vies significatives et chargées de sens dans la société. En ce qui concerne ce groupe, des termes tels que «rétablissement personnel» / «social» / «partiel» ont été employés, et la personne est alors considérée comme étant *en cours de rétablissement*.

Cependant, sachant que le rétablissement personnel inclut la guérison clinique comme finalité, et compte tenu de l'information fournie par des «usagers» des services de santé mentale eux-mêmes, c'est la seconde de ces descriptions qui est devenue prédominante, ainsi qu'en atteste la définition largement acceptée du rétablissement de Bill Anthony:

³ J'emploie le terme Perturbation/Maladie Mentale Sévères (P/MMS) pour désigner les formes d'expériences qui se retrouvent sous des étiquettes telles que «psychose», «schizophrénie», «trouble bipolaire». Je préfère l'appellation «perturbation», mais je retiens le terme «maladie» en raison de son usage généralisé dans la littérature sur le *rétablissement*.

⁴ N.d.t.: les termes counselling et psychothérapie sont interchangeables.

«en tant que processus profondément personnel, unique, de changement des propres attitudes, valeurs, sentiments, objectifs, compétences, et/ou rôles. C'est une manière de vivre une vie satisfaisante, pleine d'espoir et épanouissante, en dépit des limites dues à la maladie. Le rétablissement suppose le développement de sens et d'objectifs nouveaux dans la vie de quelqu'un qui grandit malgré les effets catastrophiques de la maladie mentale (Anthony, 1993).»

Ce que la définition d'Anthony indique est qu'en ce qui concerne la P/MMS, le rétablissement est un processus psychologique de croissance personnelle qui impliquant la réalisation de sens et objectifs nouveaux.

D'emblée, cela suggère le chevauchement, si ce n'est une équivalence, avec les caractéristiques des effets thérapeutiques sur la croissance personnelle telle qu'elle est exposée par diverses théories en counselling et en psychothérapie, en particulier par celles du courant humaniste, notamment celle de Carl Rogers. En d'autres termes, le processus de rétablissement d'une maladie mentale, tel qu'il est caractérisé par la littérature sur le rétablissement, ferait partie intégrante du processus général de changement personnel en psychothérapie tel qu'il a été décrit par plusieurs théories du counselling et de la psychothérapie.

Points principaux de convergence entre les principes du *rétablissement* et les idées de Rogers

Pour venir étayer une telle conclusion, considérons la concordance tels qu'en témoignent les points suivants de convergence entre les caractérisations du processus du rétablissement dans la littérature sur le rétablissement et celles du processus psychothérapeutique général selon Rogers.

– Le rétablissement est considéré être «une approche centrée sur la personne» dans laquelle «un plus grand nombre de personnes devraient comprendre l'idée du rétablissement selon les usagers de ces services» (Rethink, 2011). Pour sa part, Rogers décrivait également son approche comme «centrée sur la personne» et il donnait une importance primordiale à l'idée que le client a lui-même une idée de ce qui l'aiderait sur le plan psychothérapeutique. Son hypothèse de base était que «c'est le client qui sait ce qui fait souffrir, dans quelle direction aller, et quels sont les problèmes cruciaux» (Rogers, 1961).

– J'ai déjà fait allusion au fait que la littérature sur le rétablissement considère le processus de rétablissement comme un processus de croissance,

se trouvant ainsi en phase avec la définition de Rogers sur le processus psychothérapeutique général. Rogers, comme c'est bien connu, considérait que l'impulsion pour une telle croissance était soutenue par une «tendance actualisante» au sein de la personne, «une tendance naturelle vers la plénitude, vers l'actualisation de ses potentialités» (Rogers, 1980), «un besoin d'un plus grand degré d'indépendance, le désir d'une intégration déterminée par soi-même» (Rogers, 1951).

Reflétant une telle conception, la littérature du rétablissement parle d'une croyance «dans les capacités et le potentiel de la personne» (Reppers & Perkins, 2003), de permettre aux individus atteints de «maladies (psychiatriques) sévères [...] de faire un usage optimal de leurs parties restées saines et de leur compétence»; un processus qui «implique de susciter le mouvement de la personne vers l'autodétermination» (Davidson & Roe, 2003).

– Plus spécifiquement, la littérature sur le rétablissement décrit le processus de rétablissement comme un processus de changement du *soi* par la croissance. Ainsi, Patricia Deegan rapporte comment elle et d'autres «ont vécu le rétablissement comme un processus de transformation dans lequel l'ancien soi s'éloigne progressivement et où un nouveau sens du soi émerge» (Deegan, 2001), tandis que Larry Davidson et John Strauss affirment: «le processus de redécouverte et de reconstruction d'un sens durable du soi, comme agent actif et responsable, fournit une source de croissance importante, peut-être cruciale, dans le processus de rétablissement» (Davidson & Strauss, 1992). Nous y voyons à nouveau une similitude avec Rogers, pour qui le processus thérapeutique implique «une réorganisation de la structure du soi» (Rogers, 1951) par laquelle «le concept de soi des clients devient plus positif et réaliste», et «ils s'expriment davantage et deviennent plus autonomes» (Raskin & Rogers, 1995).

– La thèse du rétablissement et la théorie de Rogers sont également en harmonie de par l'identification des conditions psychologiques majeures qui facilitent une telle croissance personnelle. Rogers est connu pour postuler que la croissance de soi survient «lorsque les clients sont accueillis avec congruence, un regard positif inconditionnel et de l'empathie» (Raskin & Rogers, 1995) – et, en effet, il soutient en particulier que ces trois «conditions nodales» entraînent ce changement du soi chez «la personne mal ajustée et névrosée qui vient en consultation, et chez les personnes psychotiques hospitalisées en phase régressive» (Rogers, 1966/1990).

Par comparaison, la littérature sur le rétablissement ne cesse de faire encore et encore référence à une ou à toutes les conditions nodales de Rogers comme essentielles à la facilitation du processus de rétablissement. Ainsi, par exemple, quand Julie Repper et Rachel Perkins font référence «aux compétences relationnelles de base» capables «d’insuffler l’espoir qui est essentiel pour le rétablissement», elles soulignent comment «la traditionnelle ‘triade thérapeutique’ de l’empathie, du non-jugement chaleureux et de l’authenticité décrite par Rogers [...]» a été élaborée et développée par de nombreux auteurs (Reppers & Perkins, 2003). Alain Topor rend compte de recherches dans lesquelles «les gens qui se sont rétablis de troubles mentaux sévères ont signalé plusieurs qualités clés chez ceux qui les ont aidés dans leur rétablissement»: dans les relations interpersonnelles quotidiennes, ces qualités représentent «une approbation tolérante [...], une attitude non-jugeante»; dans les relations avec les thérapeutes, «acceptation et authenticité», «qualités humaines et empathiques», autant qu’être «accepté [...] inconditionnellement» (Topor, 2001).

– Une attitude holistique envers la personne, comme critique du diagnostic psychiatrique, est à la fois caractéristique du encore et encore et de la pensée rogérienne. La littérature sur le encore et encore préconise de «voir la personne et non uniquement le diagnostic et les symptômes» (Woodward, 2010) en se basant sur la primauté de ce que Anthony nomme «le principe de personne», le «principe transcendant» pour le domaine du rétablissement, selon lequel «les personnes souffrant d’une maladie mentale sont des personnes» (Anthony, 2004). Rogers reflète une position similaire en critiquant «une approche diagnostique, prescriptive, professionnellement impersonnelle» des clients (Raskin & Rogers, 1995). «La personne du client est dissimulée derrière l’étiquette diagnostique», déclare-t-il, et «en adoptant une posture professionnelle, la personne du thérapeute est dissimulée» (Raskin & Rogers, 1995). En accord avec le principe transcendantal d’Anthony, il soutient que «derrière les rideaux de silence, l’hallucination, le discours étrange, l’hostilité et l’indifférence, il y a dans chaque cas une personne» (Rogers, 1962).

– La littérature sur le rétablissement et les écrits de Rogers s’accordent à nouveau en considérant l’implication du processus psychothérapeutique de croissance personnelle dans la découverte de sens et de finalité, même à un profond niveau spirituel. Ainsi, comme l’atteste Fallot, «beaucoup d’individus comprennent et décrivent leur rétablissement comme le processus spirituel ou voyage le plus fondamental, qui s’appuie fortement sur la notion de sens et de finalité» (Fallot, 2008). De son côté, Rogers parle

d'individus s'appropriant le sens du «cours de l'évolution» en se sentant «en harmonie avec le cosmos» (Rogers, 1980). Il témoigne, à la fois en thérapie individuelle et de groupe, de «croissance et guérison profondes» (Rogers, 1980) prenant place là où il y a un profond sentiment d'unité. «Il est clair», affirme Rogers, que ces expériences «impliquent la transcendance, l'indescriptible, le spirituel» (Rogers, 1980).

Un processus commun

Il y a d'autres points de convergence entre les principes du rétablissement et les idées de Rogers que je n'ai pas inclus par manque de place. Dans l'ensemble, cependant, je crois que ces points de convergence témoignent d'une étroite correspondance entre les idées de Rogers et les idées du rétablissement. Et non seulement cela, mais aussi dans la mesure où les théories du counselling et de la psychothérapie tendent en général à interpréter le changement personnel positif comme un processus psychothérapeutique de changement personnel, et aussi dans la mesure où elles tendent à considérer les «conditions nodales» de Rogers comme des caractéristiques cruciales pour une relation psychothérapeutique facilitatrice. Je crois qu'il y a là un sérieux argument pour considérer que, de leurs points de vue respectifs, la littérature sur le rétablissement et les différentes théories du counselling constituent différentes tentatives pour donner un sens conceptuel au même processus *psychologique* de base de croissance personnelle, et sont en plein accord sur les moyens de sa réalisation.

Implications

Dans une telle conclusion, il y a de profondes implications pour le domaine du counselling et de la psychothérapie. Il serait crucial, parce qu'il s'agit d'un processus psychologique *psychothérapeutique*, que le domaine du rétablissement soit totalement et scrupuleusement considéré comme faisant partie intégrante du domaine du counselling et de la psychothérapie, et seulement ensuite en lien avec le domaine médical de la psychiatrie.

C'est-à-dire que : (a) les efforts pour donner un sens au rétablissement devraient à juste titre être de la compétence des théoriciens et des chercheurs dans le champ du counselling et de la psychothérapie ; (b) tous ceux qui, de par leur profession, ont la responsabilité de faciliter le processus de rétablissement chez des individus souffrant de P/MMS devraient

avoir une formation professionnelle en tant que conseillers ou psychothérapeutes, qu'ils soient psychiatres, psychologues, travailleurs sociaux, infirmiers, aides-soignants ou superviseurs; (c) ceux ayant une formation en counselling ou en psychothérapie devraient jouer un rôle de premier plan dans le développement de programmes permettant aux individus atteints de P/MMS de se rétablir.

Cependant, cela ne veut pas dire que là où un médecin ou une infirmière ne sont pas formés en counselling ou en psychothérapie il n'y aurait aucun rôle à jouer dans la facilitation du processus du rétablissement. La littérature sur le rétablissement témoigne du fait que beaucoup d'individus, pas tous, ont constaté que certaines prescriptions médicales les ont aidés dans leur rétablissement (Sullivan, 1997). Il semblerait cependant que cette aide agisse en supprimant les «symptômes» et qu'ainsi le processus positif de rétablissement puisse entrer en jeu, un peu comme un désherbant permet à certaines plantes prisées de se développer (Johnstone, 2013; Lavretsky, 2008; Moncrieff, 2009).

De telles conclusions peuvent être controversées, mais je crois qu'elles sont parfaitement logiques. Et j'invite les praticiens en counselling et en psychothérapie non familiarisés avec la littérature sur le rétablissement à en prendre connaissance et à voir s'ils ne parviendraient pas aux mêmes conclusions que moi.

Les individus qui tentent de se rétablir d'un P/MMS sont des personnes qui essaient de s'engager dans un processus psychologique psychothérapeutique.

Et qui est celui qui sait le mieux comment faciliter un tel processus?

Références

- Anthony, W. A. (1993). Recovery from mental illness, *Psychosocial Rehabilitation Journal*, 16, 4, pp. 11-23.
- Anthony, W. A. (2004). The principle of personhood: the field's transcendent principle, *Psychiatric Rehabilitation Journal*, 17, p. 205.
- Chamberlin, J. (1978). *On our own*. New York: Hawthorn Books.
- Davidson, L., Roe, D. (2007). Recovery from versus recovery in serious mental illness, *Journal of Mental Health*, 16, 4, pp. 1-12.
- Davidson, L., Strauss, J. S. (1992). Sense of self in recovery from severe mental illness, *British Journal of Medical Psychology*, 65, pp. 131-145.
- Davidson, L., White, W. (2007). The concept of recovery as an organizing principle for integrating mental health and addiction services, *Journal of Behavioral Health Services & Research*, 34, 2, pp. 109-120.

- Deegan, P. (2001). Recovery as a self-directed process of healing and transformation. In C. Brown (Ed.), *Recovery and wellness*. New York, Haworth Press, pp. 5-21.
- Fallot, R. D. (2008). Spirituality and religion, in K. T. Mueser, D. V. Jeste, (Eds). *Clinical Handbook of Schizophrenia*. New York, The Guilford Press, pp. 592-603.
- Faulkner, A. (2010). *Outside the box*. Mental Health Today, November.
- Harding, C. M., Brooks, G. W., Ashikaga, T., Strauss, J., Breier, A. (1987). The Vermont longitudinal study of persons with severe mental illness, *American Journal of Psychiatry*, 144, pp. 718-726.
- Johnstone, L. (2013). Minding our medication language, *The Psychologist*, 26, 2, pp. 78-79.
- Lavretsky, H. (2008). The history of schizophrenia, in K. T. Mueser, D. V. Jeste (Eds.), *Clinical handbook of schizophrenia*. New York, The Guilford Press, pp. 3-13.
- Moncrieff, J. A. (2009). *Straight talking introduction to psychiatric drugs*. Ross-on-Wye, PCCS Books.
- Raskin, N. J., Rogers, C. R. (1995). Person-centered therapy. In R. J. Corsini & D. Wedding, (Eds). *Current psychotherapies* (5th ed.). Itasca, F.E. Peacock, pp. 128-161.
- Repper, J., Perkins, R. (2003). *Social inclusion and recovery*. Edinburgh, Ballière Tindall.
- Rethink Recovery* (2011). [Http://www.rethink.org/applications/recovery](http://www.rethink.org/applications/recovery) (accessed 17 September 2012).
- Rogers, C. R. (1962). Some learnings from a study of psychotherapy with schizophrenics, *Pennsylvania Psychiatric Quarterly*, Summer edition, pp. 3-15.
- Rogers, C. R. (1980). *A way of being*. Boston, Houghton Mifflin.
- Rogers, C. R. (1951). *Client-centered therapy*. Boston, Houghton Mifflin.
- Rogers, C. R. (1966/1990). Client-centered therapy. In H. Kirschenbaum, V. L. Henderson (Eds). *Carl Rogers: dialogues*. London, Constable.
- Rogers, C. R. (1961). *On becoming a person*. Boston, Houghton Mifflin.
- Slade, M. K. (2009). *Personal recovery and mental illness*. Cambridge, Cambridge University Press.
- Sullivan, W. P. (1997). A long and winding road. In I. Spaniol, C. Gagne, M. Koehler, (Eds). *Psychological and social aspects of psychiatric disability*. Boston, Center for Psychiatric Rehabilitation.
- Topor, A. (2001). *Managing the contradictions: recovery from severe mental disorders*. *Stockholm Studies of Social Work*, 18. Stockholm, Stockholm University.
- Woodward, J. (2010). *Recovery – for all times and places*. Lecture. Hatfield, University of Hertfordshire.