La schizophrénie n'est pas une maladie

Pete Sanders

Traduction : Laurent Berthoud

Pete Sanders a travaillé en Angleterre en tant que thérapeute (*counsellor*), formateur et superviseur durant plus de trente ans. Il a pris sa retraite en 2003 et s'est depuis lors consacré au développement d'une maison d'édition – PCCS Books – dont il est le co-directeur avec son épouse Maggie. Il s'intéresse particulièrement au travail de quiconque est engagé dans la démedicalisation de la souffrance psychique ou développe une pratique psychosociale centrée sur la personne. Sa pensée est la croisée des chemins de la politique et de la thérapie. En tant qu'auteur, co-auteur ou éditeur, il a contribué à une quinzaine d'ouvrages et a publié de nombreux articles à propos de la santé mentale et de la psychothérapie centrée sur la personne.

Résumé

Dans son article intitulé «Une approche centrée sur la personne de la Schizophrénie», van Blarikom présente plusieurs arguments pertinents et intéressants. Toutefois, le présent article conteste un de ses thèmes centraux, à savoir que les praticiens centrés sur la personne et expérientiels devraient accepter que la schizophrénie soit une maladie. En effet, cet article présente des recherches réfutant la métaphore de la maladie prônée par la psychiatrie biologique et soutenant les modèles sociaux et psychologiques. Il est avancé que la philosophie et la théorie centrées sur la personne et

L'original de cet article est paru dans *PCEP*, 2006, vol. 6, n° 2, pp. 112-128.

expérientielles sont essentiellement en accord avec la psychiatrie sociale et la psychologie, elles-mêmes critiques du modèle pathologique de la schizophrénie, et que les thérapeutes centrés sur la personne et expérientiels se trouveraient davantage marginalisés s'ils acceptaient les conseils de van Blarikom.

Mots-clés: schizophrénie, symptomatologie psychotique, diagnostic médical, détresse, antipsychiatrie, Approche centrée sur la personne, modèle médical, étude critique.

L'intention ici n'est pas de présenter un article équilibré, mais plutôt un article *rétablissant l'équilibre*. L'omniprésence du modèle médical de la maladie mentale, et par conséquent du modèle pathologique de la schizophrénie, est devenue un fait établi: l'idéologie du *statu quo*.

Je partage de nombreux objectifs avec van Blarikom, en particulier l'effort d'analyse et de correction des facteurs qui marginalisent les thérapies centrées sur la personne et expérientielle dans les domaines professionnels concernés par le traitement de la détresse psychologique sévère et durable¹. Je suis d'accord avec van Blarikom que la contribution des psychothérapeutes centrés sur la personne ou expérientiels est précieuse et qu'elle a été trop facilement écartée. Cependant, nous ne sommes pas d'accord sur les raisons de cette marginalisation et sur les mesures correctives nécessaires pour que la théorie et la pratique centrées sur la personne retrouvent une position professionnelle active et dominante.

Van Blarikom affirme:

J'espère parvenir à expliquer que, jusqu'à présent, cette tradition [*les psychothérapies centrées sur la personne et expérientielle*] est passée à côté d'un ingrédient essentiel en ce qui concerne les personnes qui présentent une schizophrénie parce qu'elle ne veut pas la nommer comme une maladie (Van Blarikom, 2006)².

¹ N.d.t.: la notion anglaise de «distress» fait référence à la souffrance psychique, à une détresse psychologique ou détresse mentale profonde. J'utiliserai le plus souvent le terme de détresse.

² N.d.t.: van Blarikom, 2006, p. 159.

J'affirme pour ma part que les psychothérapies centrée sur la personne et expérientielle risquent d'être encore plus marginalisées si elles s'alignent sur le paradigme de plus en plus controversé de la psychiatrie biologique.

Pathologie, maladie, détresse³

Ce désaccord nécessite une explication des définitions de la nature de la pathologie et des différences entre la pathologie et la détresse.

Le modèle médical, la pathologie et l'argument de van Blarikom

On trouve chez Boyle (2002) une analyse historique, philosophique et empirique approfondie du modèle de la schizophrénie. Elle passe en revue l'histoire de la maladie depuis Platon et Aristote, en parcourant les conceptions ontologiques du XVII^e siècle (la maladie-entité) jusqu'à l'identification actuelle des schémas du syndrome. Le fil conducteur est la métaphore de la maladie/pathologie qui s'est formalisée tout au long de l'histoire pour devenir le modèle médical de la maladie mentale.

La logique de l'argumentation du modèle médical qui fait de la schizophrénie une maladie n'est pas linéaire dans le sens où la médecine allopathique est linéaire dans sa démarche (un système biologique dysfonctionnel entraîne signes et symptômes qui conduisent à un diagnostic unique qui aboutit à un traitement unique et au rétablissement des fonctions naturelles). Le modèle médical de la maladie *mentale* fonctionne exactement à l'opposé du modèle physique allopathique, c'est-à-dire qu'il fonctionne à l'inverse en inférant une cause à partir de la similitude de symptômes. La schizophrénie est considérée comme une maladie unitaire parce qu'un certain nombre de symptômes se regroupent de façon fiable (Schneider, 1959). Cette méthode de validité conceptuelle consiste pour le théoricien à vouloir révéler l'agencement des facteurs (symptômes s'organisant eux-mêmes en un tableau clinique) autour d'un *construct* diagnostique hypothétique et à rechercher des corrélations interfactorielles. La logique est que si les mêmes facteurs ou structures de facteurs apparaissent de façon répétée chez les mêmes personnes, ils doivent correspondre à une source cachée.

³ N.d.t.: en français, le mot «maladie» recouvre les termes «disease» et «illness». En anglais, ils représentent des concepts différents: «disease» est une dysfonction physiologique ou psychologique; «illness» est un état subjectif d'une personne qui ne se sent pas bien. Afin de marquer une distinction également en français, «disease» est traduit par «pathologie» et «illness» par «maladie» tout au long de cet article.

Cependant, dans le cas de la schizophrénie, le manque de preuves n'a pas perturbé l'avancée de l'indentification du *construct*. Des données qui remettent en question la validité et la fiabilité des ensembles de signes et symptômes utilisés dans les systèmes diagnostiques contemporains au sujet de la schizophrénie sont brièvement résumées ci-dessous, et les examens critiques exhaustifs sont nombreux (par exemple Bentall, 1990; Boyle, 2002; Read, Mosher & Bentall, 2004). De plus, une revue détaillée des modèles de vulnérabilité génétique révèle des failles critiques dans les données et les conclusions (Joseph, 2003, 2004).

LA PSYCHIATRIE BIOLOGIQUE ET LE MODÈLE DE LA SANTÉ MENTALE : L'IDÉOLOGIE DOMINANTE EN DÉCLIN ?

Que l'on regarde dans les communautés professionnelles ou le milieu social en général, on pourrait croire que le modèle pathologique de la détresse et de la psychiatrie biologique est de plus en plus influent. Cependant, Read & Haslam (2004) citent des études de nombreux pays qui montrent que l'opinion publique rejette les explications biologiques de la détresse :

Bien que l'opinion publique comprenne que notre santé mentale soit influencée par de nombreux facteurs, des études trouvent systématiquement *qu'elle accorde beaucoup plus d'importance aux événements de vie négatifs qu'à la biologie ou à la génétique*⁴. Néanmoins, la psychiatrie biologique, aidée par l'industrie pharmaceutique, insiste pour essayer de « démontrer » au public qu'il a tort (Read & Haslam, 2004⁵).

Un autre groupe scrupuleux d'universitaires et de praticiens s'interrogent sur les aspects les plus dérangeants de l'histoire de la « biologisation » de la folie, à savoir le contrôle social, l'opportunisme politique et l'impérialisme professionnel (Szasz, 1961; Parker, Georgaca, Harper *et al.*, 1995; Newnes, Holmes & Dunn, 1999; Read *et al.*, 2004). Moncrieff (1997) explique qu'associer le traitement de la souffrance psychique à la médecine lui a conféré l'objectivité scientifique et la respectabilité. Elle affirme que la médicalisation de la détresse a « servi à rendre confus les processus sociaux qui produisent et définissent la déviance en localisant les problèmes dans la biologie individuelle. Cette confusion participe à la pérennité de l'ordre établi en esquivant le défi implicite de la compréhension complexe du comportement déviant ».

⁴ N.d.t. : italiques ajoutés par Sanders dans le texte original.

⁵ N.d.t. : Read & Haslam, 2004, p. 133.

Cullberg (2006), psychiatre psychodynamicien, rejette un modèle biologique unique de la psychiatrie conventionnelle. Il adopte un modèle intégratif (son modèle *neurodynamique* est bio-psycho-social⁶) mais il reste limité dans son vocabulaire en qualifiant les psychoses de «troubles» (mais surtout pas de «maladies»). Dans son modèle de causalité, Cullberg explore la vulnérabilité environnementale, psychologique et neurobiologique de la décompensation psychotique. Bien que correct quant à un raisonnement logique, le plus important à faire reste de fournir une validation probante aux différents facteurs constitutifs d'un diagnostic. Sur ce point, Cullberg conclut: «[...] nous ne connaissons aucune corrélation biologique inhérente au concept de psychose»⁷.

L'ARGUMENT DE VAN BLARIKOM

Van Blarikom déclare d'emblée que le statut de pathologie de la schizophrénie n'est pas problématique, alors que beaucoup soutiennent que de tels *constructs* sont simplement des codifications de jugements ordinaires sur la folie et sont sans valeur scientifique (Pilgrim & Rogers, 2005a; Coulter, 1973; Bentall, 1990; Boyle, 1999, 2002). Autrement dit, comme nous le rappelle Wing (1978), les dénominations des «troubles» psychologiques sont des vocables pour les théories et non des appellations de choses qui existent dans la nature. Van Blarikom (2006) reconnaît à peine cette possibilité. Il décrit plutôt un modèle biomédical (où la «personne» est envahie par l'«entité maladie») et conclut ainsi que la personne est la maladie: «[...] la personne ne peut être séparée de la maladie»⁸.

Il reprend plusieurs fois la métaphore de la maladie dans des phrases telles que: «la schizophrénie est connue comme une pathologie chronique»⁹; «[...] c'est une maladie qui évolue avec le temps»¹⁰; «[...] les effets dévastateurs de la maladie sur la personne atteinte de schizophrénie»¹¹; «la schizophrénie est une maladie comme le diabète [...]»¹². Une telle répétition donne un ton hégémonique à la position de van Blarikom et a aussi l'effet cumulatif d'inculquer ce qui serait une réalité partagée: que la schizophrénie est en effet *connue* comme une pathologie chronique.

⁶ N.d.t. : Cullberg, 2006, p. 85.

⁷ N.d.t. : *ibid.*, p. 274.

⁸ N.d.t. : van Blarikom, 2006, p. 168.

⁹ N.d.t. : *ibid.*, p. 156.

¹⁰ N.d.t. : *ibid.*, p. 157.

¹¹ N.d.t. : *ibid.*, p. 158.

¹² N.d.t. : *ibid.*, p. 160.

Le présent article réfute cette supposition et définit son propre cadre de référence. Il ne s'agit toutefois pas d'affirmations nouvelles ou extravagantes.

La détresse et le modèle centré sur la personne et expérientiel

Le désaccord avec van Blarikom concerne son alliance avec la métaphore de la pathologie/maladie. Non seulement van Blarikom déclare que la schizophrénie est une maladie comme une autre, mais il affirme qu'il n'est pas nécessaire d'aborder la question de sa validité et de sa fiabilité en tant que catégorie diagnostique, et sous-entend que les critiques du modèle biologique des pathologies sont irresponsables et ne se préoccupent pas de la souffrance des patients. De plus, les points de vue discutés par van Blarikom quant aux limites de la littérature centrée sur la personne à propos de la schizophrénie sont dépassés et étayés par des arguments qui vont à l'encontre des valeurs de la théorie et de la pratique centrées sur la personne, et qui sont en contradiction à la fois avec certaines théories psychologiques actuelles, avec des preuves de l'efficacité des traitements relationnels de la psychose en général, ainsi qu'avec la soi-disant schizophrénie en particulier.

Van Blarikom (2006) résume ainsi sa position :

C'est seulement lorsqu'on est prêt à donner à la maladie la place qui lui revient que l'on peut voir l'interdépendance entre la maladie et la personne. Dans le cas d'une maladie mentale grave, la personne ne peut être séparée de la maladie. Il n'y a aucune raison de continuer une controverse avec la psychiatrie d'aujourd'hui.¹³

Avec cette affirmation, van Blarikom s'éloigne considérablement du paradigme centré sur la personne. Il désavoue le principe organismique de la théorie centrée sur la personne et expérientielle ainsi que l'actualisation garante du processus de guérison qui lui est associée. C'est seulement lorsqu'on est prêt à donner à *la détresse* la place qui lui revient que l'on peut voir l'interdépendance entre l'environnement et l'organisme, et que l'on peut en particulier voir que la souffrance psychique est la réaction saine de l'organisme à un environnement toxique.

Le désaccord peut se résumer de la façon suivante : la schizophrénie est-elle une *pathologie* (une entité qui envahit la personne) ou la *détresse* est-elle une réponse saine (bien qu'alarmante, désagréable et envahissante) de

¹³ N.d.t.: *Ibid.*, p. 155.

l'organisme aux éléments nocifs de l'environnement interpersonnel, social et économique? J'affirme que la théorie centrée sur la personne et expérientielle plaide en faveur de la seconde option et invite à exprimer, chaque fois que cela est possible, une résistance à la métaphore de la pathologie. Autrement dit, contrairement aux exhortations de van Blarikom, nous devons définitivement poursuivre une controverse avec la psychiatrie biologique actuelle en tant que système de pensée et de pratique. Cependant, cela ne signifie pas que nous devions entrer dans un pénible conflit avec nos collègues, mais plutôt que nous prenions le risque d'expliquer les principes centraux de la théorie centrée sur la personne et expérientielle, aussi démodés qu'ils puissent paraître dans certains contextes professionnels.

Toutefois, le présent article se concentre moins sur les thérapies centrées sur la personne et expérientielle que sur des arguments convaincants exprimés par des théoriciens adhérant à d'autres approches et qui soutiennent fortement les positions des thérapies centrées sur la personne et expérientielle. Ces arguments soulignent ce que les plus radicaux des théoriciens centrés sur la personne n'ont pas été capables de démontrer, à savoir que la psychiatrie biologique est sur le déclin, que la schizophrénie n'est pas une maladie et, le plus intéressant de tout, que les théories psychologique et sociale de la détresse convergent vers des valeurs et pratiques centrées sur la personne en matière de traitement. Les deux axes du présent article visent, premièrement, à réaffirmer le modèle de la détresse organismique en tant que réponse naturelle des thérapies centrées sur la personne et expérientielle et, deuxièmement, à examiner la littérature psychologique et psychiatrique contemporaine en lien avec cette position.

Qu'est-ce que la schizophrénie ?

Cette question reste caractéristique du paysage des professions de la santé mentale et des prestations de services pour les personnes en grande détresse psychologique dans le monde occidental. Des contributions bien argumentées et avisées dans ce domaine requièrent notre attention (voir, par exemple, Szasz, 1988; Laing, 1965; Parker, Georgaca, Harper *et al.*, 1995; Bentall, 1990, 2003; Boyler, 2002; Read, 2005; Romme & Escher, 1993; Ross, Anderson & Clarke, 1994; Leff, 2001; van Os, 2004). Les contributeurs récents ne sont certainement pas des acteurs marginaux; ils comprennent des professeurs titulaires en psychologie clinique et psychiatrie, des conseillers gouvernementaux, et dans le cas de van Os, un membre du comité sélectionné pour réviser le DSM-IV et préparer le DSM-V.

Parmi les problèmes posés par les modalités utilisées pour définir la schizophrénie en psychiatrie, on constate que les critères diagnostiques de la schizophrénie dans le DSM peuvent être mathématiquement combinés de 114 façons différentes. La schizophrénie en tant que catégorie demeure nécessaire principalement pour satisfaire aux exigences de compagnies d'assurance ou d'autres systèmes de remboursement aux États-Unis, et des compagnies pharmaceutiques du monde entier. Van Os (2006), rapporteur au 15^e Congrès mondial de l'*International Society for the Psychological Treatments of the Schizophrenias and Other Psychoses*¹⁴ (ISPS) à Madrid, mentionna que la schizophrénie était susceptible d'être diagnostiquée selon ses dimensions plutôt que comme une catégorie distincte dans le DSM-V¹⁵. D'autres intervenants au débat lors du congrès, dans leur contribution intitulée *Le concept de schizophrénie en 2006 – pour un retour à la psychiatrie d'origine, ou que retenir et modifier?*, estimaient que le terme serait abandonné dans les vingt ans à venir. Dans le résumé du débat, van Os (2006)¹⁶ écrit: «l'utilité supposée du concept de schizophrénie a depuis longtemps cessé de prévaloir sur ses influences néfastes». En psychiatrie, la notion de schizophrénie en tant que catégorie pathologique est en train de s'effondrer, et l'utilité même de l'existence du terme est remise en question.

Les résultats présentés au symposium mentionné ci-dessus suggèrent trois voies étiologiques distinctes aux regroupements de symptômes qui pourraient actuellement faire l'objet d'un diagnostic de schizophrénie (un schéma similaire est présenté dans Cullberg, 2006):

1. Le traditionnel syndrome «kraepelinien» avec détérioration du pronostic. C'est l'affection la plus susceptible d'être qualifiée de «maladie» d'origine constitutionnelle et peut-être la plus adaptée aux traitements médicaux traditionnels.
2. Les bouffées délirantes chroniques (parfois accompagnées d'hallucinations) avec rétablissement complet entre les épisodes (dans la

¹⁴ N.d.t.: «Société internationale pour les traitements psychologiques des schizophrénies et autres psychoses».

¹⁵ N.d.t.: la véritable structure latente du spectre de la psychose reste encore à déterminer. Il existe différentes méthodes de classification afin d'en réduire l'hétérogénéité clinique. L'une est considérée comme *catégorielle*, c'est-à-dire qu'elle cherche à réduire la schizophrénie en groupes de symptômes homogènes formant ainsi des catégories exclusives (par exemple schizophrénie paranoïde, catatonique, résiduelle). L'autre est considérée comme *dimensionnelle*, c'est-à-dire qu'elle consiste à identifier les dimensions pouvant coexister (par exemple les délires, les hallucinations auditives, la désorganisation, la dépression, la manie/excitation).

¹⁶ N.d.t.: van Os, 2006, p. 9.

mesure où la personne atteinte peut reprendre son travail, sa vie familiale normale, etc.). Cette affection correspond parfaitement à une hypothèse de vulnérabilité au stress.

3. Les états dissociatifs, le fait d'entendre des voix, les délires, la paranoïa. Ces symptômes sont maintenant largement reconnus comme étant les symptômes de stress post-traumatique: le résultat d'abus et de traumatismes subis pendant l'enfance.

Continuer à affirmer qu'il n'existe qu'une seule entité «schizophrénie» et qu'il s'agit d'une maladie est insoutenable. De plus, après avoir classé les personnes présentant l'un ou l'autre de ces syndromes de symptômes dans une seule catégorie de pathologie, le système requiert alors un traitement médical (c'est-à-dire pharmacologique) plutôt que des interventions psychologiques et sociales, dont il a été démontré que l'efficacité était au moins égale (Ciompi *et al.*, 1992; McGorry, Edwards, Mihalopoulos, Harrigan & Jackson, 1996; Ciompi & Hoffman, 2004; Mosher & Hendrix, 2004). Il a été démontré que tous ces types de détresse psychologique répondent aux interventions sociales et psychologiques – le groupe de ceux bénéficiant d'interventions sociales affichant les résultats les moins positifs, mais représentant aussi le plus petit groupe de personnes bénéficiant d'une intervention et ayant reçu un diagnostic de schizophrénie. Cependant, Prouty, Van Werde & Pörtner (2002), et Prouty (2002) démontrent que c'est précisément ce groupe de patients (traditionnellement considérés comme étant hors de portée psychothérapeutique par *toutes* les approches psychothérapeutiques *et* n'étant pas aidés par la médication) que la pré-thérapie peut aider. Les thérapeutes centrés sur la personne ou expérimentiels qui espèrent obtenir une reconnaissance professionnelle devraient se tourner vers ce travail plutôt que vers la psychiatrie biologique.

Des données de la Maison Soteria¹⁷, recensées par Mosher & Hendrix (2004), sont résumées comme suit: «la psychose aiguë, dans un environnement adéquatement conçu, peut être traitée sur le plan interpersonnel, sans les contrôles mécaniques et chimiques couramment utilisés dans la plupart des milieux hospitaliers»¹⁸. D'autres communautés similaires à

¹⁷ L'approche Soteria est une structure communautaire offrant un espace aux personnes en détresse psychique ou traversant des crises émotionnelles extrêmes. Basée sur un modèle de rétablissement, elle offre principalement: la présence d'un personnel non-médical, la préservation du pouvoir personnel des résidents et de leurs réseaux sociaux, ainsi que l'établissement de responsabilités communautaires et la recherche de sens dans l'expérience subjective de la psychose en étant «avec» les résidents. Elle propose aussi l'abstinence ou un recours minimal aux antipsychotiques (tout médicament est pris librement et sans contraintes).

¹⁸ N.d.t.: Mosher & Hendrix, 2004, p. 267.

Soteria continuent à faire état de résultats comparables (Ciompi *et al.*, 1992; Ciompi & Hoffman, 2004). Read, Mosher & Bentall (2004) présentent des articles démontrant l'efficacité des interventions sociales et psychologiques. Par ailleurs, Birchwood, Fowler & Jackson (2000) ont publié une importante quantité de données soutenant l'intervention précoce de traitements psychologiques en cas de psychoses. Ce travail remet profondément en question le modèle des pathologies en psychiatrie biologique, corroborant les théories psychosociales de la détresse en général et de la schizophrénie en particulier.

La promesse de la psychopharmacologie sur le déclin

La révolution pharmacologique des années 1950 et 1960 a confirmé le statut de pathologie de la schizophrénie en commençant à administrer des «remèdes» spécifiques pour des «maladies» spécifiques, favorisant la perspective selon laquelle la psychiatrie s'inscrit effectivement dans le paradigme de la médecine physique. La prise en charge des patients et les expériences quotidiennes de nombreuses personnes en souffrance psychique se sont par conséquent améliorées. Cependant, cela n'a pas été un succès incontestable : les taux de rétablissement à long terme de la schizophrénie ne se sont pas améliorés de façon significative depuis l'avènement des traitements psychopharmacologiques (Harding & Zahnister, 1994; Sargent, 1966), tandis que Clarke (2005) décrit le point de vue d'un soignant à ce sujet et que Coleman (1999) donne un compte-rendu personnel des effets indésirables des médicaments. Un corpus reconnu et croissant de connaissances remet en question l'utilisation des psychotropes (voir Breggin, 1983; Crepez-Keay, 1999; Breggin & Cohen, 2000; Healey, 2001; Bentall & Morrison, 2002; Ross & Read, 2004). Kirsch, Scorbora & Moore (2002) et Moncrieff (2002) ont rassemblé des preuves accablantes au sujet de l'efficacité des SSRI (inhibiteurs sélectifs de la recapture de la sérotonine), et Moncrieff (2006a) explique :

Les problèmes qui surviennent après l'arrêt ou la diminution d'un traitement psychiatrique médicamenteux à long terme peuvent être causés par le processus même du sevrage, plutôt que par l'évolution de la maladie sous-jacente.¹⁹ (Voir aussi Moncrieff, 2006b.)

Ainsi, la *rechute* dans la psychose peut être due à un syndrome de sevrage médicamenteux, et les médicaments soi-disant conçus pour cibler les

¹⁹ N.d.t. : Moncrieff, 2006a, p. 517.

systèmes de neurotransmetteurs spécifiques peuvent soit n'avoir aucun effet, soit causer les symptômes mêmes qu'ils prétendent soulager.

Les théories du *déséquilibre chimique* de la psychiatrie biologique ne résistent pas à un examen rigoureux (Moncrieff, 1997). Double (2006), dans une lettre électronique au *British Journal of Psychiatry*, écrit :

Nous souhaitons tous une guérison rapide, peu coûteuse, indolore et complète de nos problèmes de santé [...]. Cette tendance a encouragé la psychiatrie, qui affirme depuis longtemps que «les pathologies mentales sont des pathologies du cerveau» (Griesinger, 1965). Depuis le développement des psychotropes, l'une des versions actuelles de cette revendication est que la maladie mentale est due à des déséquilibres chimiques dans le cerveau. Cette hypothèse *est tout aussi dénuée de preuves et exige autant de croyance et d'aveuglement que les théories somatiques anciennes* [italiques ajoutées] qui, par exemple, dénonçaient les excès de la lobotomie et de l'intervention chirurgicale des affections chroniques.

La détresse n'est pas une maladie

En résumé, les symptômes peuvent être considérés comme les réponses organismiques humaines adéquates à un monde psychologiquement nuisible et nocif, au sens propre comme au sens figuré. Les éléments soutenant que la détresse mentale a des causes psychologiques et sociales, et non biologiques, continuent de s'accumuler (Bentall, 1990, 2003; Jablensky & al., 1992; Ross & al., 1994; Newnes & al., 1999; Read & al., 2004; Allardyce & Boydell, 2006). Bien que les psychiatres soient des médecins, argumenter contre la biologisation de l'expérience et la médicalisation de la détresse mentale ne revient pas à être «antipsychiatre». Certains psychologues, psychiatres et psychothérapeutes (bien que pratiquement aucun ne s'identifie comme centré sur la personne ou expérientiel) ont constamment résisté à la médicalisation de la souffrance psychique. Cette résistance et les arguments qui lui sont associés ne sont pas nouveaux. En fait, il semble que l'on assiste à une résurgence de cette résistance en psychiatrie sociale (voir Pilgrim & Rogers, 2005a, 2005b), qui est le berceau traditionnel d'une résistance rationnelle à la psychiatrie biologique au sein même de la profession.

De nombreux arguments soutiennent les modèles sociaux et psychologiques de la détresse psychologique, dont certains seulement peuvent être paraphrasés ici en raison des contraintes d'espace. Premièrement, il y a un grand chevauchement entre les catégories diagnostiques du DSM, tant

dans leur description que dans leur application, ce qui rend son utilisation comme «instrument» largement non valide et peu fiable (Bentall, 1990, 2003; Read, 2004; van Os & al., 1999; van Os, 2006). Deuxièmement, *contrairement* aux pathologies physiques, il n’y a pas de lien entre les symptômes et la détresse: un individu peut avoir beaucoup de symptômes mais ressentir peu de détresse et, inversement, peu de symptômes et une grande détresse (voir, par exemple, Romme & Escher, 1993). Troisièmement, l’un des principaux arguments de la psychiatrie biologique en faveur de la schizophrénie en tant que pathologie est que les symptômes de la pathologie sont qualitativement différents et déconnectés de ceux de l’expérience «normale». Bentall (2003) résume des travaux qui démontrent que l’expérience soi-disant psychotique n’est pas déconnectée de l’expérience ordinaire – plusieurs symptômes positifs de la schizophrénie surviennent sur un continuum d’expériences humaines, dont seulement certaines sont vécues comme éprouvantes. Quatrièmement, après la «décennie du cerveau»²⁰, nous ne sommes guère plus avancés quant à la base biologique du statut de la personne humaine ou de la détresse humaine (Rose, 2005). Entre le cerveau de personnes diagnostiquées psychotiques et celui de personnes non diagnostiquées, on observe peu ou pas de différences dans la distribution ou l’utilisation des neurotransmetteurs, des structures cérébrales et des niveaux d’activité et, si elles sont présentes, ces différences *ne peuvent pas non plus s’expliquer par des changements dus aux expériences issues de l’enfance*. Le cerveau des enfants traumatisés présente des changements structurels et fonctionnels semblables à ceux qui sont associés aux troubles psychotiques. Pour un résumé de cette recherche, voir Read & al., 2004. Cet axe de recherche place les symptômes sur le continuum des réactions aux traumatismes et rejoint la notion selon laquelle la détresse «schizophrénique» pourrait faire partie d’un continuum de réactions saines à des événements et circonstances nocifs. Dans une publication précédente (Sanders, 2006), je conclusais:

Le cerveau a évolué pour être affecté par l’environnement. Plus encore, le cerveau humain est l’entité biologique la plus adaptable qui soit connue. Elle modifie sa structure et son mode de fonctionnement en fonction de l’environnement et reste plastique tout au long de la vie. Lorsque vous examinez la structure et le fonctionne-

²⁰ N.d.t.: la *Library of Congress* et le *National Institute of Mental Health* des États-Unis avaient déclaré 1990-2000 comme étant la «Décennie du Cerveau».

²¹ N.d.t.: Sanders, 2006, p. 35.

ment du cerveau, vous examinez en fait l'environnement à l'aide d'un médiateur: le soi [...].²¹

D'autres indices suggèrent qu'il existe des causes sociales et environnementales à la détresse mentale (Read, 2006): des personnes qui ont été victimes d'abus sexuels sont trois fois plus susceptibles de se voir attribuer un diagnostic de schizophrénie; celles vivant dans la pauvreté et la discrimination ethnique sont trois fois plus susceptibles de se voir attribuer un diagnostic de psychose autre que la schizophrénie; la négligence et les mauvais traitements subis pendant l'enfance sont fortement corrélés à une première admission psychiatrique plus précoce et à un plus grand nombre d'admissions. Les quelques études récentes utilisant des analyses multinationales pour faire la distinction entre la *causalité* sociale de la schizophrénie et la dérive des personnes vulnérables vers des milieux socialement défavorisés suggèrent une causalité sociale, ainsi qu'une modification sociale du développement et des conséquences de la schizophrénie et autres psychoses (Allardyce & Boydell, 2006).

Les personnes en souffrance psychique sont soumises à toute une variété de traitements favorisant la chronicité (Read *et al.*, 2004; Moncrieff, 2006a, 2006b). Que l'état des personnes ainsi traitées ne s'améliore pas apporte une preuve au fait que la détresse humaine est causée par des facteurs interpersonnels, sociaux et environnementaux. Le rapport de l'Organisation Mondiale de la Santé (Jablensky, Sartorius, Ernberg *et al.*, 1992), cité par van Blarikom comme preuve que l'isolement social est un facteur causal de la schizophrénie, est une preuve solide d'une étiologie non biologique. Une conclusion alternative serait que le meilleur pronostic constaté dans les pays en voie de développement pourrait être dû au fait que la psychiatrie biologique et les médicaments associés y sont presque totalement absents.

On recense un nombre considérable d'effets négatifs de la pathologisation, y compris la stigmatisation de la «schizophrénie» ou des «troubles de la personnalité» (pour d'autres références, voir ci-dessus et Read & Haslam, 2004). Les approches déconstructives en thérapie narrative ont également illustré la nature et la puissance des identités chronifiées induites par la psychiatrie (Madigan, 1999).

Le diagnostic: utile, bénin ou nuisible?

De nombreuses objections à la thèse de van Blarikom, dont celles qui ont été inspirées par les valeurs et la théorie centrées sur la personne,

prétendent que la catégorisation et le diagnostic sont antithérapeutiques et stigmatisants. Depuis sa création, la thérapie centrée sur la personne a soulevé de fortes protestations au sujet du diagnostic, à commencer par Rogers (1951) qui l'a rejeté pour des raisons à la fois cliniques et éthiques. Cette position découle de la théorie de la tendance actualisante (Rogers, 1959), de la non-directivité implicite (Levitt, 2005) et du holisme organique inhérent à cette approche (Rogers, 1951)²².

Dans *The Problem of Diagnosis* (Rogers, 1951)²³, Rogers décrit la distinction entre un modèle de pathologie pour les *maladies organiques* et un modèle pour la *psychopathologie*. Toutefois, son argument en faveur d'une «logique du diagnostic» centrée sur le client²⁴ a été avancé alors qu'il était encore possible d'espérer un avenir où les psychothérapeutes ne seraient pas tenus de pratiquer à l'ombre du modèle médical, sous peine de perdre leur droit d'exercer. En ce qui concerne la nature phénoménologique de la théorie centrée sur la personne, il y a à la fois une redondance inhérente et des dommages presque inévitables dans le diagnostic détaillé.

Parmi les auteurs centrés sur la personne, Patterson (1948/2000) et Shlien (1989/2001) ont tous deux continué à réfuter l'utilité du psychodiagnostic et ont critiqué ceux qui préconisaient la révision du modèle médical pour fournir un système diagnostique alternatif, plus «compatible» avec l'Approche centrée sur la personne. Shlien est intransigeant dans son opposition:

[...] le diagnostic n'est pas bon, pas même neutre, mais mauvais.
[...] Les faits sont peut-être des amis, mais quels sont les faits ?
[...] Cela [...] nuit à la relation et à l'autodétermination du client.
[...] Ils étiquettent et contrôlent les individus d'une manière difficile à contredire ou à éviter (Shlien, 1989)²⁵.

L'émancipation, l'autodétermination et la croissance vers l'épanouissement sont au cœur du processus de guérison identifié par Rogers (1951, 1959, 1978) et sont de plus en plus considérées par d'autres approches comme importantes dans la santé psychologique (par exemple Bentall, 2003; Mosher & Hendrix, 2004; Romme & Escher, 1993). Cependant, l'utilisation du modèle médical exige qu'une personne déjà vulnérable se soumette à

²² N.d.t.: Rogers, 1951, p. 486.

²³ N.d.t.: *ibid.*, p. 219.

²⁴ N.d.t.: *ibid.*, p. 233.

²⁵ N.d.t.: Shlien, 1989, pp. 160-161.

l'autorité arbitraire et préjudiciable de l'expert et à l'effet stigmatisant de l'étiquette «schizophrénie». Bien que de nombreux professionnels d'autres approches s'opposent à la psychiatrie biologique et au diagnostic, la thérapie centrée sur la personne et expérientielle est la seule approche qui déclare le droit du client à parvenir à la guérison sans sacrifier son pouvoir personnel (Sanders, 2005, p. 34). Sommerbeck (2003) démontre comment cette position peut être maintenue en collaboration avec le système psychiatrique.

Il n'y a pas que les thérapeutes centrés sur la personne et expérientiels qui s'opposent au diagnostic pour ces raisons. Bentall (2003), Boyle (1999, 2002), McGorry & collaborateurs (1995) et Brockington (1992), entre autres, avancent tous des critiques substantielles et évidentes du psychodiagnostic fondées sur le manque de fiabilité et de validité statistique, les désaccords et les applications incohérentes chez les praticiens, la stigmatisation et les effets iatrogènes de l'étiquetage. Brockington (1992) rapporte que sur 85 patients diagnostiqués schizophrènes au Netherne Hospital à Londres, seulement 65 répondaient aux critères de la CIM-8²⁶ et 19 seulement à ceux du DSM-III. Van Os et collaborateurs (1999) ont comparé trois instruments diagnostiques (RDC²⁷, DSM-III-R2 et la CIM-10) utilisés par les psychiatres sur 706 patients. Van Os et ses collègues ont constaté d'importantes divergences dans les diagnostics à travers ces trois instruments: dans le cas de la schizophrénie, elles variaient de 268 patients selon les critères du RDC à 387 en utilisant ceux de la CIM-10, et dans le cas de la manie, elles variaient de 18 patients d'après les critères du RDC à 87 en cas d'utilisation du DSM-III. De tels problèmes de consistance sur l'ensemble des instruments de diagnostic peuvent refléter un problème inhérent au diagnostic lui-même.

La profession psychiatrique elle-même est sensible aux effets néfastes du psychodiagnostic. La *World Psychiatric Association*²⁸ a lancé en 1996 son *Programme Mondial contre la Stigmatisation et la Discrimination liées à la Schizophrénie*. Le programme exhorte les membres de l'association à être «constamment conscients du danger de l'étiquetage, qui pourrait nuire à leurs patients» (Kadri & Sartorius, 2005). L'étiquette «schizophrénie» est donc reconnue par les psychiatres eux-mêmes comme étant potentiellement iatrogène.

²⁶ N.d.t.: la *Classification Internationale des Maladies* de l'Organisation Mondiale de la Santé (OMS). Le chiffre représente la révision, par exemple la CIM-8 est la 8^e révision.

²⁷ N.d.t.: le *Research Diagnostic Criteria* (Spitzer, Endicott & Robbins, 1978).

²⁸ N.d.t.: «Association mondiale de psychiatrie».

Une position bien argumentée contre le psychodiagnostic soulagerait les thérapeutes centrés sur la personne de tout fardeau associé à «toutes sortes de diagnostics et d'explications psychologiques douteux», que van Blarikom (2006)²⁹ déclare être plus dérangent qu'un diagnostic médical. Le présent article postule qu'une telle position peut être justifiée en termes de philosophie, de théorie et d'efficacité, et les praticiens centrés sur la personne ou expérientiels seraient en bonne compagnie professionnelle si elle pouvait être exprimée ouvertement.

Pendant, une telle position n'est pas acceptable pour certains et il n'est pas possible de la soutenir en public, étant donné les circonstances professionnelles. Alors que de nombreux professionnels pourraient souhaiter se passer de diagnostic, ils sont liés à une pratique quotidienne où le diagnostic est au cœur même de l'accès au traitement de leurs clients. Ne pas avoir recours au diagnostic ne serait pas seulement un suicide professionnel, mais priverait aussi les usagers de leurs droits. D'autres, par exemple Warner (cité dans Sanders, 2005)³⁰, proposent un cadre de diagnostic phénoménologique, et d'autres encore, par exemple Van Werde (dans Prouty *et al.*, 2002)³¹ et Sommerbeck (2003), *peuvent* faire respecter la pratique centrée sur la personne et expérientielle dans un système pourtant hostile. Plus les protocoles professionnels continueront à faire débat, plus les praticiens centrés sur la personne et expérientiels pourront envisager de faire part de leur méfiance justifiée au sujet du diagnostic.

Qu'en est-il de la thérapie centrée sur la personne ?

Van Blarikom commente le manque de contributions théoriques centrées sur la personne pour comprendre la détresse grave et durable (c'est-à-dire la psychose). Il affirme qu'il n'y a que quelques contributions centrées sur la personne dans ce domaine de la théorie et de la pratique (Teusch, 1990; Berghofer, 1996; Binder, 1998; Prouty, 2002; Sommerbeck, 2003; Warner, 2002, 2006). Alors que van Blarikom soutient que les thérapeutes centrés sur la personne ou expérientiels sont absents des milieux professionnels les plus impliqués dans le traitement des personnes en grande détresse parce qu'ils refusent d'accepter que la schizophrénie est une maladie, cet article affirme qu'il n'y a aucune preuve pour appuyer cette vision. En effet, certains éléments permettent de tirer la conclusion inverse: les deux

²⁹ N.d.t.: van Blarikom, 2006, p. 167.

³⁰ N.d.t.: Sanders, 2005, pp. 36 & 38.

³¹ N.d.t.: Prouty *et al.*, 2002, pp. 77-114.

modèles psychologiques qui ont connu le plus de succès dans les milieux professionnels sont historiquement la psychanalyse et, plus récemment, les thérapies cognitives. À l'heure actuelle, les deux élaborent activement des théories pour comprendre la schizophrénie et les procédures psychologiques de traitement. Ces approches majeures dans le traitement psychologique de la psychose s'opposent à la psychiatrie biologique sans l'exclure totalement. Les deux reconnaissent les puissants déterminants sociaux de la détresse ainsi que les facteurs psychologiques, aucune n'a approuvé sans critique le modèle médical (pour les thérapies cognitives, voir Wykes & al., 1998; pour la psychodynamique, voir Gottdiener, 2004; Silver & al., 2004), et c'est ici que peut se trouver une explication concernant l'absence de contributions des thérapies centrées sur la personne et expérientielles dans ce champ.

Mis à part quelques efforts (Mearns & Thorne, 2000; Moodley, Lago & Talahite, 2004; Sanders & Tudors, 2001; Tudor & Worrall, 2006), la théorie et la pratique centrées sur la personne et expérientielles sont restées au centre des psychologies individualistes, exhortant l'individu à surmonter les effets des environnements sociaux, économiques et matériels nuisibles. Les intérêts cliniques d'autres approches thérapeutiques renforcent progressivement la théorie *psychosociale* pour aborder les effets de la dislocation, de la discrimination, de l'ethnie, du genre, de la sexualité, de la violence physique, émotionnelle et sexuelle, du traumatisme, de la pauvreté et de la précarité. Les cliniciens cognitifs et psychanalytiques comprennent que ces facteurs sont les corrélats les plus constants pour un diagnostic de psychose (voir Read & al., 2004).

Les thérapies centrées sur la personne et expérientielle sont, dans le monde entier, sous-représentées dans les secteurs de la psychiatrie, de la psychologie clinique et de la psychothérapie qui ont le plus de contacts avec les personnes en grande détresse mentale. Lors du récent Congrès Mondial de l'ISPS à Madrid, parmi les centaines de délégués (psychiatres et psychologues), la majorité se consacrait à la démedicalisation de la détresse et le groupe le plus important était celui des psychanalystes, suivi des praticiens cognitivistes. Cinq représentants de la psychologie centrée sur la personne étaient présents. Les thérapeutes cognitivistes et psychanalystes qui écrivent sur le sujet et font de la recherche, qui font campagne et inspirent une pratique radicale dans la promotion de la démedicalisation de la détresse et des traitements psychosociaux non-médicaux, sont largement plus nombreux que les thérapeutes centrés sur la personne ou expérientiels. Le ratio est de plusieurs centaines pour un.

La suggestion de van Blarikom selon laquelle les approches centrées sur la personne et expérientielle sont marginalisées parce qu'elles ne reconnaissent pas le statut pathologique de la schizophrénie n'est pas corroborée par ces faits. Au contraire, nous trouvons, toutes théories confondues, des thérapeutes qui revendiquent que *c'est la relation qui guérit*. La 3^e Conférence nationale norvégienne de l'ISPS à Hamar, en 2007, est intitulée *L'importance des relations dans le traitement des psychoses*. L'une des conférences plénières est *La relation thérapeutique dans la thérapie cognitive basée sur la personne pour la psychose*; des six ateliers annoncés, deux ont pour thème *La thérapie psychanalytique des psychoses* et deux autres portent sur *Les développements de la thérapie cognitive pour la psychose*. Ailleurs (Sanders, 2005)³², j'observe qu'un groupe important de psychologues critiques, d'académiciens et de psychiatres ont découvert que le meilleur moyen d'aider les personnes en détresse chronique était de leur offrir:

Des relations [...] caractérisées par des interventions phénoménologiques interpersonnelles [...] proposées par le personnel [...] qui se rapportent au client en tant que personne et ne sont pas prodiguées à la manière d'un expert distant et puissant [...] où le personnel aide les clients à comprendre le sens implicite de leurs expériences et [...] valorise leurs expériences en les traitant avec respect.

Les praticiens de ces autres approches réinventent les thérapies centrées sur la personne et expérientielle alors que celles-ci ont simultanément perdu leur position de leader d'une thérapie radicalement relationnelle. Pour reconquérir cette position, les théoriciens et thérapeutes centrés sur la personne ou expérientiels doivent développer et intégrer la conscience psychosociale dans leur théorie et leur pratique. Dave Mearns (2006b) a récemment exhorté les thérapeutes centrés sur la personne à exploiter leurs forces et à forger des alliances avec des praticiens *partageant des objectifs et des valeurs similaires*. Ce sont des conseils opportuns.

³² N.d.t. : Sanders, 2005, pp. 29-30.

Conclusion

Soutenir que la schizophrénie n'est pas une maladie ne revient pas à contester que les expériences des personnes en détresse sévère et persistante soient terrifiantes, envahissantes et troublantes. Les thérapeutes centrés sur la personne ou expérientiels croient-ils qu'être effrayé, submergé ou confus, c'est être «malade» ou avoir une «pathologie»? Le présent article remet en question les données selon lesquelles la schizophrénie est une maladie et soutient que la théorie centrée sur la personne et expérientielle va à l'encontre d'un modèle de psychose et de schizophrénie. Il suggère que l'expérience des personnes diagnostiquées différemment que comme souffrant de schizophrénie est plutôt considérée comme de la détresse mentale: une réponse saine à un monde malsain en termes de relations interpersonnelles, structures sociales et conditions économiques. Le modèle centré sur la personne et expérientiel est potentiellement un modèle psychosocial où les facteurs biologiques ne sont pas niés, mais présentés comme des constituants émergeant avec une influence probablement moindre (selon les meilleures données). De plus, les effets des facteurs biologiques présumés peuvent être au moins atténués par des interventions psychologiques et sociales.

Il y a des praticiens en santé mentale qui partagent des valeurs avec les praticiens centrés sur la personne ou expérientiels et avec lesquels ils peuvent s'allier pour mieux comprendre la grande détresse, plutôt que de s'aligner sur un modèle de pathologie qui ne correspond pas à la philosophie et à la théorie des approches centrée sur la personne et expérientielle. Si les théoriciens centrés sur la personne ou expérientiels concentrent leurs efforts sur le développement de la théorie et de la pratique psychosociales, les thérapies centrées sur la personne et expérientielle pourraient être rétablies comme fondamentales, humanistes et orientées sur les relations.

Dave Mearns (2006a) a conclu la Conférence Mary Kilborn à Strathclyde par un dilemme pour les thérapeutes centrés sur la personne en demandant: «l'humanité du praticien corrompra-t-elle le modèle médical de santé mentale? Ou le modèle médical de santé mentale corrompra-t-il l'humanité du praticien?» Si nous suivons les conseils de van Blarikom, cette dernière possibilité devient la plus probable.

Références

- Allardyce, J., & Boydell, J. (2006). Environment and schizophrenia: Review: The wider social environment and schizophrenia. *Schizophrenia Bulletin*, 32, pp. 592-598.
- American Psychiatric Association. (1980). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders* (3rd ed.). Washington DC: American Psychiatric Association.
- American Psychiatric Association. (1994). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders* (4th ed.). Washington DC: American Psychiatric Association.
- Bentall, R.P. (Ed.) (1990). *Reconstructing schizophrenia*. London: Routledge.
- Bentall, R.P. (2003). *Madness explained: Psychosis and human nature*. London: Allen Lane/Penguin.
- Bentall, R.P., & Morrison, A. (2002). More harm than good: The case against using anti-psychotic drugs to prevent severe mental illness. *Journal of Mental Health*, 11, pp. 351-356.
- Berghofer, G. (1996). Dealing with schizophrenia: A person-centered approach providing care to long-term patients in a supported residential service in Austria. In R. Hutterer, G. Pawlowsky, P. F. Schmid, & R. Stipsits, (Eds.). *Client-centered and experiential psychotherapy: A paradigm in motion* (pp. 481-494). Frankfurt am Main: Peter Lang.
- Binder, U. (1998). Empathy and empathy development with psychotic clients. In B. Thorne & E. Lambers (Eds.) *Person-centred therapy: A European perspective* (pp. 216-230). London: Sage.
- Birchwood, M., Fowler, D., & Jackson, C. (Eds.) (2000). *Early intervention in psychosis: A guide to concepts, evidence and interventions*. Chichester: Wiley.
- Boyle, M. (1999). Diagnosis. In C. Newnes, G. Holmes & C. Dunn (Eds.) *This is madness* (pp. 75-90). Ross-on-Wye: PCCS Books.
- Boyle, M. (2002). *Schizophrenia: A scientific delusion?* (2nd ed.) London: Routledge.
- Breggin, P. (1983). *Psychiatric drugs: Hazards to the brain*. New York: Springer.
- Breggin, P. & Cohen, D. (2000). *Your drug may be your problem: How and why to stop taking psychiatric medications*. Cambridge MA: Da Capo Press.
- Brockington, I. F. (1992). Schizophrenia: Yesterday's concept. *European Psychiatry*, 7, pp. 203-7.
- Ciampi, L., Duwalder, H.-P., Maier, C., Aebi, E., Trutsch, K., Kupper, Z., & Rutishauser, C. (1992). The pilot project «Soteria Berne»: Clinical experiences and results. *British Journal of Psychiatry*, 161 (Suppl. 18), pp. 145-153.
- Ciampi, L. & Hoffman, H. (2004). Soteria Berne: An innovative milieu therapeutic approach to understanding and treatment of schizophrenia based on the concept of affect-logic. *World Psychiatry*, 3, pp. 140-146.
- Clarke, C. (2005). A carer's experience of the mental health system. In S. Joseph & R. Worsley (Eds.) *Person-centred psychopathology: A positive psychology of mental health* (pp. 9-20). Ross-on-Wye: PCCS Books.

- Coleman, R. (1999). *Recovery: An alien concept*. Gloucester: Handsell Publications.
- Coulter, J. (1973). *Approaches to insanity: A philosophical and sociological study*. New York: Wiley.
- Crepaz-Keay, D. (1999). Drugs. In C. Newnes, G. Holmes & C. Dunn (Eds.), *This is madness* (pp. 91-96). Ross-on-Wye: PCCS Books.
- Cullberg, J. (2006). *Psychoses: An integrative perspective*. London: Routledge.
- Double, D. (2006). Electronic correspondence. *British Journal of Psychiatry*. Retrieved from <<http://bjp.rcpsych.org/cgi/eletters/188/4/301>>.
- Gottdiener W.H. (2004). Psychodynamic psychotherapy for schizophrenia: Empirical support. In J. Read, L.R. Moshier, & R.P. Bentall, (Eds.), *Models of madness* (pp. 307-318). London: Brunner-Routledge.
- Harding, C., & Zahnister, J. (1994). Empirical correction of seven myths about schizophrenia with implication for treatment. *Acta Psychiatrica Scandinavia*, 90 (Suppl. 384), pp. 140-146.
- Healy, D. (2001). The SSRI suicides. In C. Newnes, G. Holmes & C. Dunn (Eds.) *This is madness too* (pp. 59-70). Ross-on-Wye: PCCS Books.
- Jablensky, A., Sartorius, N., Ernberg, G., Anker, M., Korten, A., Cooper, J. E., Day, R., & Bertelsen, A. (1992). Schizophrenia: Manifestations, incidence and course in different cultures. A World Health Organization ten-country study. *Psychological Medicine, Monograph Supplement 20*.
- Joseph, J. (2003). *The gene illusion: Genetic research in psychiatry and psychology under the microscope*. Ross-on-Wye: PCCS Books.
- Joseph, J. (2004). Schizophrenia and heredity: Why the emperor has no genes. In J. Read, L. R. Moshier, & R. P. Bentall, (Eds.) *Models of madness* (pp. 67-84). London: Brunner-Routledge.
- Kadri, N., & Sartorius, N. (2005). The global fight against the stigma of schizophrenia. *Public Library of Science Medicine*, 2, e136. Downloaded from <<http://www.pubmedcentral.nih.gov/articlerender.fcgi?artid=1181868>>.
- Kirsch, I., Scorbora, A., & Moore, T. J. (2002). Antidepressants and placebos: Secrets, revelations, and unanswered questions. *Prevention and Treatment*, 5, Article 33.
- Laing, R. D. (1965). *The divided self*. Harmondsworth: Penguin.
- Leff, J. (2001). *The unbalanced mind*. New York: Columbia University Press.
- Levitt, B. E. (Ed.) (2005). *Embracing non-directivity: Reassessing person-centered theory and practice for the 21st century*. Ross-on-Wye: PCCS Books.
- Madigan, S. (1999). Inscription, description and deciphering chronic identities. In I. Parker (Ed.) *Deconstructing psychotherapy* (pp. 150-163). London: Sage.
- McGorry, P. D., Mihalopoulos, C., Henry, L., Dakis, J., Jackson, H. J., Flaum, M., Harrigan, S., McKenzie, D., Kulkarni, J., & Karoly, R. (1995). Spurious precision: Procedural validity of diagnostic assessment in psychotic disorders. *American Journal of Psychiatry*, 152, pp. 220-223.

- McGorry, P. D., Edwards, J., Mihalopoulos, C., Harrigan S. M., & Jackson H. J. (1996). EPPIC: An evolving system of early detection and optimal management. *Schizophrenia Bulletin*, 22, 2, pp. 305-326.
- Mearns, D. (2006a). *The humanity of the counsellor*. The Mary Kilborn Lecture, Strathclyde University, Glasgow, 17 May.
- Mearns, D. (2006b). *Person-centred therapy: Looking back and looking forward*. Lecture for the British Association for the Person-Centred Approach at the School for Oriental and African Studies, 9 September.
- Mearns, D. & Thorne, B. (2000). *Person-centred therapy today*. London: Sage.
- Moncrieff, J. (1997). Psychiatric imperialism: The medicalisation of modern living. Downloaded from <<http://www.academyanalyticarts.org/moncrieff.htm>>.
- Moncrieff, J. (2002). The antidepressant debate. *British Journal of Psychiatry*, 180, pp. 193-194.
- Moncrieff, J. (2006a). Why is it so difficult to stop psychiatric drug treatment? It may be nothing to do with the original problem. *Medical Hypotheses*, 67, pp. 517-523.
- Moncrieff, J. (2006b). Does antipsychotic withdrawal provoke psychosis? A review of the literature on rapid onset psychosis (supersensitivity psychosis) and withdrawal related relapse. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 114, pp. 3-13.
- Moodley, R., Lago, C. & Talahite, A. (Eds.) (2004). *Carl Rogers counsels a black client: Race and culture in person-centred counselling*. Ross-on-Wye: PCCS Books.
- Mosher, L., & Hendrix, V. (2004). *Soteria: Through madness to deliverance*. Philadelphia: Xlibris.
- Newnes, C., Holmes, G. & Dunn, C. (Eds.) (1999). *This is madness*. Ross-on-Wye: PCCS Books.
- Parker, I., Georgaca, E., Harper, D., McLaughlin, T. & Stowell-Smith, M. (1995). *Deconstructing psychopathology*. London: Sage.
- Patterson, C. H. (1948/2000). Is psychotherapy dependent upon diagnosis? In C. H. Patterson (2000). *Understanding psychotherapy: Fifty years of client-centred theory and practice* (pp. 3-9). Ross-on-Wye: PCCS Books.
- Pilgrim, D., & Rogers, A. (2005a). The troubled relationship between psychiatry and sociology. *International Journal of Social Psychiatry*, 51, pp. 228-241.
- Pilgrim, D., & Rogers, A. (2005b). Social psychiatry and sociology. *Journal of Mental Health*, 14, pp. 317-320.
- Prouty, G. (2002). Humanistic psychotherapy for people with schizophrenia. In D. Cain & J. Seeman (Eds.) *Humanistic psychotherapies. Handbook of research and practice* (pp. 579-601). Washington, DC: American Psychological Association.
- Prouty, G., Van Werde, D. & Pörtner, M. (2002). *Pre-Therapy: Reaching contact-impaired clients*. Ross-on-Wye: PCCS Books.
- Read, J. (2004). Does «|schizophrenia» exist? Reliability and validity. In J. Read, L.R. Mosher & R.P. Bentall, (Eds.) *Models of madness* (pp. 43-56). London: Brunner-Routledge.

- Read, J. (2005). The bio-bio-bio model of madness. *The Psychologist*, 18, pp. 596-597.
- Read, J. (2006). Untitled presentation at the 15th ISPS Conference, Madrid, June 12-16.
- Read, J., & Haslam, N. (2004). Public opinion: Bad things happen and can drive you crazy. In J. Read, L.R. Moshier, & R.P. Bentall, (Eds.) *Models of madness* (pp. 133-145). London: Brunner-Routledge.
- Read, J., Moshier, L.R., & Bentall, R. P. (Eds.) (2004). *Models of madness*. London: Brunner-Routledge.
- Rogers, C. R. (1951). *Client-centered therapy. Its current practice, implications and theory*. Boston: Houghton Mifflin.
- Rogers, C. R. (1959). A theory of therapy, personality and interpersonal relationships as developed in the client-centered framework. In S. Koch (Ed.), *Psychology: A study of a science, Vol. 3* (pp. 184-256). New York: McGraw-Hill.
- Rogers, C. R. (1978). *Carl Rogers on personal power: Inner strength and its revolutionary impact*. London: Constable.
- Romme, M., & Escher, S. (1993). *Accepting voices*. London: Mind Publications.
- Rose, S. (2005). *The 21st century brain: Explaining, mending and manipulating the mind*. London: Jonathan Cape.
- Ross, C. A., Anderson, G., & Clark, P. (1994). Childhood abuse and positive symptoms of schizophrenia. *Hospital and Community Psychiatry*, 45, pp. 489-491.
- Ross, C. A. & Read, J. (2004). Antipsychotic medication: Myths and facts. In J. Read, L. R. Moshier & R. P. Bentall (Eds.) *Models of madness* (pp. 85-100). London: Brunner-Routledge.
- Sanders, P. (2005). Principled and strategic opposition to the medicalisation of distress and all of its apparatus. In S. Joseph & R. Worsley (Eds.) *Person-centred psychopathology: A positive psychology of mental health* (pp. 21-42). Ross-on-Wye: PCCS Books.
- Sanders, P. (2006). Why person-centred therapists must reject the medicalisation of distress. *Self and Society*, 34, pp. 32-39.
- Sanders, P., & Tudor, K. (2001). This is therapy: A person-centred critique of the contemporary psychiatric system. In C. Newnes, G. Holmes & C. Dunn (Eds.) *This is madness too* (pp. 147-60). Ross-on-Wye: PCCS Books.
- Sargent, W. (1966). *Recovery rates from schizophrenia prior to the introduction of neuroleptic medication*. Présentation donnée devant le Royal College of Psychiatrists.
- Schneider, K. (1959). *Clinical psychopathology*. New York: Grune and Stratton.
- Shlien, J.M. (1989/2001). Response to Boy's symposium on psychodiagnosis. *Person-Centered Review*, 4, pp. 157-62. Reprinted in D. J. Cain (Ed.) *Classics in the person-centered approach* (pp. 400-402). Ross-on-Wye: PCCS Books.
- Silver, A.-L., Koehler, B., & Karon, B. (2004). Psychodynamic psychotherapy of schizophrenia: Its history and development. In J. Read, L. R. Moshier & R. P. Bentall (Eds.), *Models of madness* (pp. 209-222). London: Brunner-Routledge.

- Sommerbeck, L. (2003). *The client-centred therapist in psychiatric contexts*. Ross-on-Wye: PCCS Books.
- Spitzer R. L., Endicott, J., Robins, E., (1978). *Research Diagnostic Criteria (RDC) for a selected group of functional disorders* (3rd ed.). New York State Psychiatric Institute.
- Szasz, T. (1961). *The myth of mental illness*. New York: Harper and Row.
- Szasz, T. (1988). *Schizophrenia*. Syracuse, NY: Syracuse University Press.
- Teusch, L. (1990). Positive effects and limitations of client-centered therapy with schizophrenic patients. In G. Lietaer, J. Rombauts, & R. van Balen (Eds.) *Client-centered and experiential psychotherapy in the nineties* (pp. 637-644). Leuven: Leuven University Press.
- Tudor, K., & Worrall, M. (2006). *Person-centred therapy: A clinical philosophy*. Hove: Routledge.
- Van Blarikom, J. (2006). A person-centered approach to schizophrenia. *Person-Centered and Experiential Psychotherapies*, 5, pp. 155-173.
- Van Os, J. (2004). Does the urban environment cause psychosis? *British Journal of Psychiatry*, 184, pp. 287-288.
- Van Os, J. (2006). The diagnosis of «schizophrenia.» *Acta Psychiatrica Scandinavia Supplementum*, 431, p. 9.
- Van Os, J., Gilvarry, C., Bale, R., van Horn, E. Tattan, T., White, I., & Murray, R. (1999). A comparison of the utility of the dimensional and categorical representations of psychosis. *Psychological Medicine*, 29, 595-606.
- Warner, M. (2002). Luke's dilemmas: A client-centered/experiential model of processing with a schizophrenic thought disorder. In J. Watson, R. Goldman, & M. Warner (Eds.) *Client-centered and experiential psychotherapy in the 21st century* (pp. 459-472). Ross-on-Wye: PCCS Books.
- Warner, M. (2006). Toward an integrated person-centered theory of wellness and psychopathology. *Person-Centered and Experiential Psychotherapies*, 5, pp. 4-20.
- Wing, J. K. (1978). *Reasoning about madness*. Oxford: Oxford University Press.
- World Health Organization. (1965). *International classification of diseases: Manual of the international statistical classification of diseases, injuries and causes of death, 8th revision*. Geneva: World Health Organization (Organisation Mondiale de la Santé).
- World Health Organization. (1992). *The ICD-10 classification of mental and behavioural disorders: Clinical descriptions and diagnostic guidelines*. Geneva: World Health Organization (OMS).
- Wykes, T., Tarrier, N. & Lewis, S. (1998). *Outcome and innovation in psychological treatment of schizophrenia*. Chichester: Wiley.