

La maladie a-t-elle sa place en Approche centrée sur la personne? Une réponse à Sanders

Jan van Blarikom

Traduction: Laurent Berthoud

Jan van Blarikom est psychologue et directeur de *Zeeuwse Gronden*, aux Pays-Bas, un centre de soins intégrés dans lequel le client et la famille remplissent le rôle essentiel. Il est l'auteur d'interviews et de plusieurs articles. Bien que se situant dans le cadre de référence centré sur la personne, il propose un dispositif de soins élargi, car selon lui l'accompagnement n'est pas suffisant pour soigner les personnes vivant avec un trouble psychiatrique complexe et de longue durée. Dans son travail, il a conçu un programme destiné aux familles dans lequel il transmet des informations précises sur la signification de la schizophrénie et sur son impact dans la vie de tous les jours. Ce programme enrichit de manière positive l'expérience des membres de la famille et leur permet de mieux faire face aux défis rencontrés.

Résumé

En réponse à la critique que Sanders (2007) a faite de son article précédent, l'auteur plaide en faveur de la nécessité d'un concept de maladie mentale en Approche centrée sur la personne.

Mots-clés: schizophrénie, psychose, diagnostic médical, modèle médical, détresse, étude critique.

Mon article « Une Approche centrée sur la personne de la schizophrénie » (van Blarikom, 2006)¹ ne se veut pas une analyse des dernières avancées de la schizophrénie dans le cadre de l'Approche centrée sur la personne. Il ne s'agit pas non plus d'un plan détaillé sur la manière dont le concept de schizophrénie peut être intégré en Approche centrée sur la personne. Mon intention était de stimuler la discussion sur la façon dont l'Approche centrée sur la personne peut utiliser ses qualités spécifiques dans le travail avec les clients qui souffrent de maladies mentales graves et chroniques. En premier lieu, je voudrais donc remercier Pete Sanders pour sa réaction intitulée « La schizophrénie n'est pas une maladie » (2007)².

Sanders représente à bien des égards la tradition orthodoxe de la thérapie centrée sur le client et est, en tant que tel, un excellent antagoniste dans une polémique traitant de la psychiatrie. Cependant, la façon dont il réduit le concept de maladie aux espaces confinés du modèle médical et de la psychiatrie biologique restreint un dialogue ouvert. Le concept de maladie est beaucoup plus large que ces disciplines. Je pense que le cœur du problème n'est pas la question de l'Approche centrée sur la personne en opposition à une approche inspirée d'un modèle médical ou de la psychiatrie biologique. Telle est la suggestion faite dans l'article de Sanders: si nous allons jusqu'à accepter la schizophrénie comme une maladie, nous nous remettons simplement à un modèle médical restreint, le paradigme de la psychiatrie biologique, et même aux mécanismes de relations publiques de l'industrie psychopharmacologique.

Le véritable cœur du problème est la question suivante: y a-t-il une place pour la maladie en Approche centrée sur la personne? Dans ma réponse à Sanders, je vais d'abord clarifier quelques points concernant la maladie pour faciliter une discussion adéquate. Je répondrai ensuite à cette question qui me paraît cruciale pour l'avenir de l'Approche centrée sur la personne en ce qui concerne les maladies mentales graves.

Qu'est-ce que la maladie mentale?

La notion de maladie, et encore plus de maladie mentale, est trop large pour être réduite à une cause physique ou psychologique unique. Il y a des aspects médicaux, psychologiques et socioculturels à une maladie.

¹ N.d.e.: A Person-Centered Approach to Schizophrenia, *PCEP*, n° 5, pp. 155-173 (non paru en français).

² N.d.e.: la traduction française de cet article se trouve dans ce numéro d'*ACP Pratique et recherche*, pp. 63-86.

Lorsqu'un Iranien exprime des plaintes «dépressives», il se plaint de douleurs en son cœur. La schizophrénie est vécue dans une culture comme une irradiation envoyée par des extraterrestres, et dans une autre comme un conflit avec les dieux ou les ancêtres.

Quand nous parlons d'une maladie, il s'agit du fait que nous avons affaire à la souffrance. Nous sommes frappés de telle manière que nous ne pouvons pas continuer notre vie normale – parfois de manière très littérale comme quand, par exemple, une dépression grave fait qu'une personne ne quitte jamais son domicile. Il peut aussi y avoir un danger mortel en raison de pensées suicidaires. Parfois, l'élément destructeur s'infiltré dans la vie de la personne très graduellement, comme dans le cas de la schizophrénie. La personne commence à percevoir son environnement comme menaçant. L'environnement, le partenaire ou les parents voient un changement radical chez leur proche et ne savent pas ce qui se passe. Un élément essentiel de la maladie mentale est le fait qu'elle prend le contrôle de la vie d'une personne d'une manière incontrôlable et destructrice – d'une manière que nous ne choisissons pas et que nous n'aimons certainement pas.

La schizophrénie

La schizophrénie est une maladie, une maladie mentale qui existe au sens propre dans « tous les coins du monde » (Lin & Kleinmann, 1988, p. 555). Il ne s'agit pas d'une affirmation de psychiatres «biologiques» endurcis, mais d'une observation d'anthropologues, de psychiatres et de chercheurs du monde entier. Il ne fait aucun doute que le concept de schizophrénie est imparfait. La maladie a d'abord été appelée «démence précoce» (Kraepelin, 1899/1999), mais Bleuer (1908) pensait que «schizophrénie» était une meilleure option. C'est un miracle que, dans le monde agité de la psychiatrie, ce concept existe depuis presque cent ans. La discussion ne porte pas sur le nom, mais sur la maladie. Il est fort possible que, dans vingt ans, il y ait un autre nom pour la schizophrénie, ou que ce diagnostic soit différencié dans d'autres troubles psychiatriques. Mais la maladie a besoin d'un nom, elle mérite d'avoir un mot. Les personnes souffrant de schizophrénie ou d'une autre maladie mentale grave méritent particulièrement que leur maladie soit nommée – en reconnaissance de ce qu'elles ont déjà vécu. Ce processus est incontrôlable: «c'est beaucoup plus que ce que j'ai jamais demandé ou que je peux gérer».

La schizophrénie se développe partout dans le monde, mais le processus est différent, comme je l'ai décrit dans mon article. Le processus est différent en raison des facteurs socioculturels (la plupart du temps non identifiés). Il ne fait aucun doute que la schizophrénie, comme toutes les autres maladies mentales, n'est pas uniquement due à des facteurs biologiques inhérents. Il y a des facteurs qui contribuent à un bon ou à un moins bon pronostic. Malheureusement, nous en savons encore très peu sur ces facteurs. Je pense qu'il y a beaucoup à apprendre dans ce champ et les connaissances dans ce domaine pourraient contribuer à la « perspective politique » (Schmid, 2003) nécessaire de l'Approche centrée sur la personne. Au moins, c'est une question sur laquelle Sanders et moi semblons être d'accord. L'Approche centrée sur la personne est encore trop « restée au centre des psychologies individualistes » (Sanders, 2007)³ et il y a sous-estimation des « puissants déterminants sociaux » (*ibid.*).

La maladie et l'Approche centrée sur la personne

Sanders affirme qu'en donnant à « la maladie sa juste place » (van Blarikom, 2006), on « s'éloigne du paradigme centré sur la personne » (Sanders, 2007)⁴. On « 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 » (*ibid.*). C'est là un argument que je ne comprends pas. Je pense que la maladie est une chose naturelle. En ce qui concerne la schizophrénie et bien d'autres maladies mentales et somatiques, je préférerais qu'elles ne fassent pas partie de notre nature, mais elles le font. La base organismique de la théorie centrée sur la personne et expérientielle (j'espère la base organismique du fonctionnement humain) contient beaucoup de plaisir, d'intelligence, de créativité et de pouvoir pour avancer. Mais notre base organismique contient aussi des gènes mal programmés qui transmettent parfois des informations erronées dues à des facteurs de stress environnementaux et qui peuvent conduire à la maladie et à la mort. Même un corps sain peut être affligé de bien des façons : le sida est une maladie qui entraîne la perte de la capacité de notre base organismique à faire face à la maladie.

Au lieu de parler de maladie, Sanders préfère parler de détresse (Sanders, 2005, 2007): « [...] la souffrance psychique est la réaction saine

³ N.d.e. : voir article précédent, p. 79.

⁴ N.d.e. : *ibid.*, p. 68.

de l'organisme à un environnement toxique »⁵. Je pense qu'il y a beaucoup de maladies que l'on peut considérer comme une réponse saine à des influences stressantes, par exemple la grippe dans la plupart des cas, un mal de tête après avoir travaillé trop longtemps (ou trop bu). Le concept de *coping* est une notion très pratique qui a fait ses preuves en médecine somatique et sûrement aussi en psychiatrie. Davidson et Strauss (1995) soulignent à ce propos les publications originales et intéressantes d'Engel (1960, 1977, 1980). Mais ce concept a ses limites, comme tout autre. Comme déjà mentionné, nous pouvons difficilement décrire le sida, ou le cancer, ou d'autres pathologies graves comme des réponses saines. La maladie dans sa forme essentielle nous confronte à nos limites. Le processus actualisant de guérison de la personne a ses limites. La souffrance signifie l'expérience d'une incapacité à un fonctionnement sain. Cette expérience doit avoir sa place en Approche centrée sur la personne (voir aussi Swildens, 2002). Si ce concept de maladie est nié, je ne peux que me demander s'il y a une place pour la souffrance, la maladie et la mort – et pour la *condition humana* (Schmid, 2003) dans la thérapie centrée sur la personne.

Y a-t-il des arguments pour interpréter le concept de maladie d'une manière différente lorsqu'il s'agit de maladies mentales graves? Je pense qu'il n'y en a pas. Il est évident que la maladie mentale n'est pas seulement une maladie somatique ordinaire. La schizophrénie et les troubles de l'humeur menacent l'intégrité personnelle de la personne qui en souffre au niveau le plus profond. Pour cette raison, je crois que l'Approche centrée sur la personne est obligée de se préoccuper de ces graves afflictions mentales. Il y a beaucoup de troubles psychiatriques et de problèmes psychologiques qui s'intègrent bien dans un modèle de gestion du stress. Les formes légères de dépression et de troubles anxieux sont la plupart du temps correctement expliqués en termes de stress psychologique et de facteurs environnementaux stressants. Mais il y a une limite. Je ne peux vraiment pas concevoir 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 » (Sanders, 2007)⁶. En effet, il y a beaucoup de réponses saines chez les personnes atteintes de schizophrénie ou d'autres troubles mentaux graves – la personne fait du mieux qu'elle peut. Cependant, sauter d'un immeuble

⁵ N.d.e.: voir article précédent, p. 68.

⁶ N.d.e.: *ibid.*, p. 81.

parce que des voix vous disent de le faire, est-ce une réponse saine à un monde malsain? Nul doute que cette personne a vécu des événements stressants, mais elle était plus vulnérable à la psychose que la plupart des autres personnes et c'est cela qu'est le concept de schizophrénie.

Références

- Bleuer, E. (1908). Die Prognose der Dementia praecox (Schizophreniegruppe). *Allgemeine Zeitschrift für Psychiatrie*, n° 65, pp. 436-464.
- Davidson, L. & Strauss, J. S. (1995). Beyond the biopsychosocial model: Integrating disorder, health and recovery. *Psychiatrie*, n° 58, pp. 44-55.
- Engel, G. L. (1960). A unified concept of health and disease. *Perspectives in Biology and Medicine*, n° 3, pp. 459-485.
- Engel, G. L. (1977). The need for a new medical model: A challenge for biomedicine. *Science*, n° 196, pp. 129-136.
- Engel, G. L. (1980). The clinical application of the biopsychosocial model. *American Journal of Psychiatry*, n° 137, pp. 535-544.
- Kraepelin, E. (1899/1999). Psychiatrie. Ein Lehrbuch für Studierende und Aerzte. Sechste Auflage. Monumenta neurologica ac psychiatrica. Nijmegen: Arts & Boeve.
- Lin, K-M. & Kleinman, A. (1988). Psychopathology and clinical course of schizophrenia: A crosscultural perspective. *Schizophrenia Bulletin*, n° 14, pp. 555-567.
- 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. (2007). Schizophrenia is not an illness — A response to van Blarikom. *Person-Centered and Experiential Psychotherapies*, n° 6, pp. 112-128.
- Schmid, P. (2003). The characteristics of a person-centered approach to therapy and counseling: Criteria for identity and coherence. *Person-Centered and Experiential Psychotherapies*, n° 2, pp. 104-120.
- Swildens, H. (2002). Where did we come from and where are we going? The development of person-centered psychotherapy. *Person-Centered and Experiential Psychotherapies*, n° 1, pp. 118-131.
- Van Blarikom, J. (2006). A person-centered approach to schizophrenia. *Person-Centered and Experiential Psychotherapies*, n° 5, pp. 155-173.