

Rogers et Goldstein en retour: la personne actualisante répondant au trauma et à la perte

Ross Crisp

Traduction: Baptiste Alleaume

Ross Crisp exerce en tant que psychologue en Australie. Il possède une vaste expérience comme psychologue et consultant dans le domaine de la réhabilitation. Il a publié de nombreux articles à propos du handicap et de la réhabilitation et, plus récemment, à propos des psychothérapies centrées sur la personne et expérientielle. Il est membre de la Société Australienne de Psychologie et de l'Association Mondiale pour la Psychothérapie et le Counselling Centrés sur la Personne et Expérientiels.

Résumé

Le concept d'actualisation de Carl Rogers est discuté en relation avec le concept d'actualisation de soi du neuropsychiatre Kurt Goldstein. Ces deux concepts expliquent la capacité inhérente à l'organisme de se développer dans l'adversité. Il est avancé que la perspective organismique de Rogers est compatible avec les éléments existentiels-ontologiques de la conception holistique et biologique de l'organisme humain de Goldstein. Il existe cependant une différence fondamentale entre leurs métaphores

L'original de cet article a été publié dans *Person Centered & Experiential Psychotherapies*, 2018, vol. 17, n° 1, pp. 70-85.

de l'autoguérison, qui est le reflet de perspectives philosophico-existentielles et de milieux cliniques différents. La métaphore de l'autoguérison de Rogers renvoie à l'experiencing organismique du client dans la relation thérapeutique, tandis que celle de Goldstein fait référence au patient et à la pathologie comme une indication de variations légitimes du processus normal d'autorégulation. Leurs concepts d'actualisation sont étudiés en relation avec six dimensions existentielles-ontologiques de l'expérience humaine. Il est soutenu qu'ils fournissent une compréhension plus profonde de l'experiencing des individus que les modèles biomédicaux dominants de la maladie. Ce processus est illustré en s'appuyant sur les expériences rapportées par des personnes ayant une lésion cérébrale traumatique, au sujet de leur rétablissement et de leur évolution post-traumatique.

Mots-clés: croissance post-traumatique, actualisation de soi, résilience, traumatisme psychique, syndrome traumatique, phénoménologie, psychologie humaniste.

Dans cet article, je revisite le concept de l'actualisation de soi¹ du neuropsychiatre Kurt Goldstein (1934/1995) en regard du concept de la tendance actualisante² de Carl Rogers (1951, 1959). Le concept de Goldstein a récemment été réexaminé à la lumière de la psychologie humaniste, de la biosémiotique (Whitehead, 2017) et de plusieurs perspectives existentielles-ontologiques (Corsi, 2012; Verhoeff, 2016; Whitehead, 2015). Cependant, pour une grande partie de la littérature centrée sur la personne, les aspects existentiels-ontologiques du concept de Goldstein ont été soit rejetés (Frankel, Sommerbeck & Rachlin, 2010; Spielhofer, 2003), soit considérés comme moins essentiels que «l'autorité de l'expérience» (Tudor & Worrall, 2006)³. Je soutiendrai plutôt que la perspective organismique de Rogers est compatible avec les éléments existentiels-ontologiques de la conception holistique et biologique de l'organisme humain de Goldstein. À l'appui de cet argument, j'établirai un lien entre les concepts de tendance actualisante et d'actualisation de soi, ainsi qu'avec les récentes

¹ N.d.t.: en anglais *self actualization*.

² N.d.t.: en anglais *actualizing tendency*.

³ N.d.t.: Tudor & Worrall, 2006, p. 55.

discussions concernant les dimensions ontologiques de l'expérience humaine qui revendiquent une compréhension plus approfondie de l'expérience d'un individu que les modèles biomédicaux dominants de la maladie (Craig, 2015; Hersch, 2015; Tratter, 2015). J'utiliserai en particulier le cadre développé par Hersch (2015) pour expliquer six aspects clés de l'expérience humaine qu'il a tirés d'une ontologie existentielle.

J'examinerai ces dimensions du point de vue des récits autobiographiques des personnes ayant subi un traumatisme crânien, lesquels relatent leur vécu et l'ampleur de la croissance post-traumatique associée. J'ai sélectionné cette population de personnes en partie pour illustrer la pertinence d'une thérapie centrée sur la personne dans un cadre clinique dominé par la médecine de réadaptation, la neuropsychologie et les thérapies directives; et aussi parce qu'elle est diagnostiquement similaire au groupe d'individus pour lequel Goldstein a développé son paradigme holistique organisme-environnement. Dans le groupe de Goldstein, le trauma crânien était dû à des blessures physiques de guerre. Dans toutes les autres recherches citées dans cet article, le traumatisme crânien a été défini comme se produisant à la suite d'accidents de la route, d'agressions et de chutes dans la vie civile (et n'inclut pas la déficience cérébrale due à un accident vasculaire cérébral, à une hémorragie sous-arachnoïdienne ou à l'abus de substances). Le postulat de base de cet article est que le travail des praticiens centrés sur la personne est pertinent pour les besoins des survivants de traumatismes.

Actualisation: un concept holistique d'autoguérison organismique

Le concept de tendance actualisante de Rogers (1951, 1959), influencé par le concept d'actualisation de soi de Goldstein (1934/1995), fait référence à notre tendance inhérente, biologique et proactive à nous auto-organiser et à nous adapter à notre environnement. Rogers et Goldstein croyaient tous deux que nous sommes constamment en train de devenir, d'apprendre et de modifier notre façon d'être en fonction de nos circonstances environnementales. Contrairement à la notion téléologique de «l'actualisation de soi» de Maslow, les individus ne s'efforcent pas d'atteindre un état plus complet ou définitif d'«actualisation de soi» (Bohart, 2013; Morley, 1995; Noppeney, 2001; Whitehead, 2017). Il ne faudrait pas confondre le concept d'actualisation de soi de Rogers ni avec son concept de tendance

actualisante, ni avec le concept d'actualisation de soi de Goldstein (Bohart, 2013; Tudor & Worrall, 2006). L'actualisation de soi de Goldstein et la tendance actualisante de Rogers font toutes deux référence aux forces constantes et omniprésentes qui impliquent les processus de tous les organismes vivants pour se restructurer en fonction des conditions environnementales changeantes. Ce phénomène peut être considéré comme une capacité d'autoguérison et d'autorétablissement, et inclut les personnes dont les déficiences spécifiques ou les symptômes de maladie ne peuvent être réparés (Bohart, 2013; Brodley, 2011; Warner, 2009).

Bien que la tendance actualisante de Rogers soit similaire à l'actualisation de soi de Goldstein, il y a une différence fondamentale dans la métaphore de l'autoguérison qu'ils ont utilisée et qui reflète leurs milieux cliniques dissemblables et leurs perspectives philosophico-existentielles. La métaphore de Rogers fait appel à *l'expérience organismique du client* dans le cadre d'une relation thérapeutique. La métaphore de Goldstein, basée sur son travail clinique avec des soldats blessés au cerveau pendant la Première Guerre Mondiale, fait référence au *patient* et à la *pathologie* en tant que «indication des variations admises du processus normal de vie» (Goldstein, 1934/1995)⁴. Il considère les symptômes de la pathologie comme «des tentatives de solutions à des problèmes découlant, d'une part des exigences de l'environnement naturel, et d'autre part *des tâches spéciales imposées à l'organisme au cours de l'examen*»⁵. Il a fait valoir que les méthodes d'examen «atomistiques» ne permettaient pas de déterminer comment l'organisme entier tentait de compenser les déficiences internes et localisées. Il ne s'est pas concentré exclusivement sur des lésions neurophysiologiques ou des déficits cognitifs spécifiques, ni n'a supposé que des personnes présentant les mêmes lésions étaient affectées de la même manière. Au contraire, il a fait valoir que leurs «performances» (c'est-à-dire leurs comportements) variaient en fonction de leurs capacités particulières à s'adapter à des environnements spécifiques.

Goldstein a observé que «la volonté de préservation de soi»⁶ dépendait d'une «relation nouvellement formée entre les performances préservées et les performances altérées [...] [laquelle] entraîne une certaine perte de la 'nature essentielle' [...] un rétrécissement ou une diminution des potentialités de performance (nature essentielle) et du milieu»⁷. Il a fait valoir que

⁴ N.d.t.: Goldstein, 1934/1995, p. 30.

⁵ N.d.t.: *ibid.*, p. 35, italiques ajoutées.

⁶ N.d.t.: *ibid.*, p. 162.

⁷ N.d.t.: *ibid.*, p. 334.

l'organisme recherche de manière répétée, et souvent de manière inconsciente, des situations qu'il peut exécuter de manière adéquate. À l'inverse, il a tendance à éviter les situations qui menacent son existence. Cela peut provenir moins d'une peur consciente d'un objet visible que d'une menace indéfinissable de non-être. Suivant les traces de philosophes tels que Heidegger et Kierkegaard, Goldstein fait une distinction entre la peur et l'anxiété, cette dernière étant existentielle-ontologique: «nous la vivons comme ne venant d'aucun endroit particulier», comme quelque chose qui «traite du néant»⁸. La peur, en revanche, est une réponse à un événement ou à un objet spécifique dans l'environnement.

Goldstein a observé que les personnes ayant subi un traumatisme crânien, lorsqu'elles étaient incapables de répondre de manière adéquate aux exigences environnementales, ont eu des réactions catastrophiques qui étaient «désordonnées, inconstantes, incohérentes et impliquant trouble physique et mental. Dans ces situations, l'individu ne se sent [...] pas libre, il est agité et vacillant [...] [et] dans un état que nous appelons habituellement l'anxiété»⁹. Cette anxiété «n'a pas de contenu correspondant et manque d'objet».¹⁰ Elle s'apparente à une menace de non-être imminent. En termes centrés sur la personne, l'anxiété est définie par un état d'incongruence entre le soi tel qu'il est perçu et l'expérience réelle: «un état de malaise ou de tension dont la cause est inconnue» (Rogers, 1959)¹¹. Goldstein (1934/1995) a fait un rapport spécifique sur les personnes cérébrolésées :

[...] chaque fois que le patient doit transcender l'expérience concrète (immédiate) pour agir – chaque fois qu'il doit se référer aux choses d'une manière imaginaire – il échoue [...] Chaque problème qui l'oblige à dépasser la sphère de la réalité immédiate pour aller vers celle du «possible» ou vers la sphère de la représentation, provoque son échec¹².

Elles sont plus performantes lorsqu'on leur confie des tâches qui exigent des réponses concrètes, immédiates et directes à des situations familières.

⁸ N.d.t. : *ibid.*, pp. 230-231.

⁹ N.d.t. : *ibid.*, p. 49.

¹⁰ N.d.t. : *ibid.*, p. 232.

¹¹ N.d.t. : Rogers, 1959, p. 204.

¹² N.d.t. : Goldstein, 1934/1995, p. 43.

Mais elles ont du mal à comprendre les métaphores, les énigmes et les situations hypothétiques. La perte d'une «capacité d'abstraction» dans un environnement imprévisible a accru leur vulnérabilité aux réactions catastrophiques.

La littérature récente sur les traumatismes crâniens suggère qu'il n'y a pas de point final clair au processus de récupération. Une récente méta-synthèse des études qualitatives de Levack, Kayes & Fadyl (2010) indique que le rétablissement est un «processus long, non linéaire et itératif»¹³ dans lequel les personnes atteintes ont tendance à signaler des changements continus dans leur narration de soi, leur perception de soi et leur place dans le monde. Leur rétablissement peut également coexister avec la détresse résiduelle du traumatisme, comme on l'observe chez les personnes qui s'adaptent à d'autres types d'événements traumatiques (Tedeschi & Calhoun, 2004).

Dans une perspective centrée sur la personne, il existe une tension permanente entre l'expérience du soi et celle de l'organisme. La tendance actualisante des personnes atteintes de traumatismes crâniens (ou d'autres déficiences) peut être faussée parce qu'elles protègent les perceptions de soi qu'elles avaient avant leur blessure ou inhibent l'assimilation des expériences qui contredisent ce sens de soi (cf. Rogers, 1959)¹⁴. Cette impasse peut être résolue grâce à une relation thérapeutique (caractérisée par les conditions nodales définies par Rogers, 1959) qui facilite le développement de leurs capacités déjà existantes à traiter les expériences organismiques. Elle nécessite un thérapeute qui adopte une vision non pathologisante de la détresse psychologique (Bohart, 2017; Carrick & Joseph, 2013; Joseph, 2015; Kriz, 2007; Quinn, 2008; Snijder, 2013; Warner, 2009). Il est certain que la capacité à traiter les expériences organismiques peut être remise en question par les séquelles de traumatismes crâniens (par exemple, altération de la pensée «abstraite», de la concentration, de la mémoire) et par leur capacité réduite de s'adapter à leur environnement immédiat. Cependant, leur capacité inhérente à traiter les expériences organismiques dans leur environnement immédiat reste profondément ancrée dans leur être malgré l'apparition des troubles neurologiques, comme nous le verrons plus loin.

¹³ N.d.t. : Levack, Kayes & Fadyl, 2010, p. 990.

¹⁴ N.d.t. : Rogers, 1959, pp. 204-205.

Dimensions ontologiques et ontiques de l'actualisation de soi de Goldstein et de la tendance actualisante de Rogers

L'actualisation de soi de Goldstein est basée sur le principe ontologique d'une relation simultanée et réciproque entre l'organisme et l'environnement (Corsi, 2012; Morley, 1995; Noppeney, 2001; Sacks, 1995; Verhoeff, 2016; Whitehead, 2015). L'actualisation de soi est un processus biologique de base dans lequel «l'essence» de l'organisme «est actualisée par les changements environnementaux qui agissent sur lui [...] [et] dépend d'un type spécifique de 'mise en relation' de l'organisme avec l'environnement» (Goldstein, 1934/1995)¹⁵. Goldstein a fourni de nombreux exemples, tirés d'études neurologiques, dans lesquels le «comportement préféré» adopté par les organismes autorégulateurs était souvent le résultat d'un processus non conscient. Il a soutenu que «les expériences subjectives ont le même effet que les changements objectifs du corps [...] la perception de l'expérience intérieure peut être modifiée par des facteurs physiologiques périphériques, qui ne sont même pas ressentis consciemment»¹⁶. Il s'agit d'un «mystérieux principe holistique d'autorégulation de l'organisme» (Corsi, 2012)¹⁷ qui peut entraîner «des changements de récupération (avec un déficit résiduel) dans divers domaines [...] dans le corps comme dans le mental» (Goldstein, 1934/1995)¹⁸. Ce principe est une constante pour une vie «normale» et pour ceux qui vivent avec une maladie, une déficience ou un handicap.

De même, le concept de processus de valorisation de l'organisme de Rogers (1959, 1961) fait référence à notre capacité corporelle innée à ressentir le degré de confort ou d'inconfort que nous éprouvons en interaction avec notre environnement social et physique. Des cognitions explicites peuvent émerger d'un ressenti corporel implicite qui est à la fois interne et vécu dans un contexte social. La nature de l'expérience fait référence à «tout ce qui se passe dans l'enveloppe de l'organisme à un moment donné et qui est potentiellement disponible pour la prise de conscience. Elle comprend les événements dont l'individu n'a pas conscience, ainsi que tous les phénomènes qui sont dans la conscience» (Rogers, 1959)¹⁹.

¹⁵ N.d.t.: Goldstein, 1934/1995, p. 101.

¹⁶ N.d.t.: *ibid.*, p. 279.

¹⁷ N.d.t.: Corsi, 2012, p. 60.

¹⁸ N.d.t.: Goldstein, 1934/1995, p. 333.

¹⁹ N.d.t.: Rogers, 1959, p. 197.

Les premiers sont potentiellement disponibles à la conscience et comprennent les expériences qui sont pressenties, conceptuellement vagues ou à la limite de la conscience (et peuvent ne pas correspondre au concept de soi d'une personne). Ce matériel pressenti peut devenir accessible à la conscience lors de l'interaction avec d'autres personnes qui sont réceptives de manière empathique et qui ne portent pas de jugement.

La relation thérapeutique représente le «déploiement du dialogue» qui vise à «réaliser la qualité de guérison et de remise en question du *Nous humain essentiel*» (Schmid, 2013)²⁰. Nous sommes fondamentalement sociaux dans notre essence : «nous ne sommes pas seulement dans des relations – en tant que personnes, nous sommes des relations»²¹. Le dialogue est une «donnée ontologique» et nous «ne sommes pas seulement en dialogue, nous sommes le dialogue»²².

Le thérapeute et la personne sont toujours intrinsèquement et indissociablement liés à un monde ; ils sont simultanément sujet-objet et intégrés ou enracinés dans le monde (Hersch, 2015 ; Moreira, 2012). Ils sont déjà «des êtres du monde qui se constituent et sont constitués par l'existence de l'autre» (Craig, 2015)²³. Du point de vue de Moreira (2012), adapté de celui de Merleau-Ponty, la psychothérapie fonctionne lorsque le thérapeute tente de comprendre de manière empathique le *Lebenswelt* (monde vécu) du client à l'intersection de la relation thérapeute-client-monde. La tâche du thérapeute est d'essayer de comprendre le «monde vécu» du client qui est «simultanément subjectif et objectif, conscient et inconscient, individuel et social» (Moreira, 2012)²⁴.

L'aspect le plus important d'un fondement ontologique pour une relation thérapeutique est que le thérapeute et le client sont égaux dans leur humanité commune. Ici, un client en détresse est compris comme un être humain qui peut faire preuve de compassion dans la compréhension de soi et réaliser qu'il est une personne qui est fondamentalement comme toutes les autres (Craig, 2015). L'accent est mis sur les significations du client qui sont exprimées par un dialogue avec un thérapeute plutôt que par des théories préexistantes et des protocoles de traitement standardisés. Client et thérapeute se concentrent sur les phénomènes émergents et les possibilités du client au-delà des limites de la pathologie (Hersch, 2015 ; Tratter, 2015).

²⁰ N.d.t. : Schmid, 2013, p. 73 ; original en italique.

²¹ N.d.t. : *ibid.*, p. 68.

²² N.d.t. : *ibid.*, p. 73.

²³ N.d.t. : Craig, 2015, p. 89.

²⁴ N.d.t. : Moreira, 2012, p. 57.

Contrairement à l'ontologie, le mode d'existence ontique se réfère au quotidien de l'individu, aux préoccupations préréflexives sur les aspects concrets et spécifiques de la vie quotidienne; à ses tacites hypothèses et croyances non examinées sur l'utilité de ses rôles et situations sociales (Craig, 2015). Dans un contexte clinique, un thérapeute peut participer à une relation dialogique (ontologique) de plusieurs façons, par exemple en restant activement à l'écoute de l'expérimentation d'un client, ou en se désintéressant, ou en ne se préoccupant pas, de ses propres préoccupations. À son tour, un client peut communiquer ouvertement ou prudemment avec le thérapeute et percevoir l'étendue (ou l'absence) de l'authenticité, du regard positif et de la compréhension empathique du thérapeute. Le thérapeute et/ou la personne peuvent se rapprocher ou s'éloigner l'un de l'autre. Un thérapeute peut se préoccuper du processus et un client de son récit ontique (par exemple, isolement social ou relations problématiques). Quelles que soient leurs préoccupations, elles existent sur le terrain ontologique de l'être-avec-l'autre, de l'être-dans-le-monde (Craig, 2015). Je vais maintenant aborder les dimensions ontologico-ontiques des expériences *d'actualisation* vécues par les personnes touchées par un traumatisme crânien.

Six caractéristiques essentielles de l'expérience humaine

La pensée ontologique des philosophes existentialistes-phénoménologiques (par exemple Heidegger, Merleau-Ponty, Sartre) fournit un cadre qui peut nous aider à diriger notre attention vers des domaines qui sont cruciaux pour comprendre l'expérience humaine (par exemple Craig, 2015; Hersch, 2015; Tratter, 2015). J'utiliserai en particulier le cadre existentiel-ontologique développé par Hersch (2015) pour expliquer six caractéristiques clés de l'expérience humaine. L'objectif de Hersch était de fournir une compréhension plus approfondie du monde expérientiel d'un individu que les modèles biomédicaux dominants des maladies psychiatriques (par exemple, l'examen de l'état mental; voir Hersch, 2015)²⁵. Il a défini six dimensions clés de l'ensemble de l'expérience intégrée d'une personne, à savoir la relation avec un monde, la temporalité, l'interprétation et la perspective, le «prendre soin»²⁶, l'incarnation et l'être-avec-les autres. J'aborderai ces six dimensions du point de vue de l'expérience relatée par des personnes qui ont vécu avec un traumatisme crânien depuis plus de 25 ans et dont les

²⁵ N.d.t.: Hersch, 2015, p. 116.

²⁶ N.d.t.: guillemets ajoutés.

autoévaluations ont été publiées dans des études de recherche qualitative (voir, par exemple, une récente étude de Levack *et al.*, 2010).

Relation au monde

Ce concept, lié à celui de Heidegger (1927/1962) d'être-au-monde, «renvoie à la notion que *l'expérience humaine est toujours vécue comme se déroulant dans le contexte d'être déjà au monde*» (Hersch, 2015)²⁷. Nous évaluons nos possibilités d'être au monde en fonction des personnes que nous rencontrons et des circonstances de ces rencontres. Goldstein (1934/1995) a défini *l'actualisation* comme la réponse «primaire» de l'organisme aux «forces opposées de l'environnement»²⁸, dans laquelle l'organisme et l'environnement sont simultanément imbriqués. Il en va de même pour Rogers (1959) qui considère ces «forces opposées» comme les *conditions de valeur*, communiquées par les proches référents et intériorisées par les personnes pour indiquer leurs qualités de soi, qu'elles soient appropriées ou non. De telles conditions de valeur tendent à être omniprésentes dans nos environnements passés et actuels (Bohart, 2017).

«Clara», une femme qui a vécu pendant 21 ans avec un traumatisme crânien sévère, a rapporté l'expérience de se sentir «abandonnée par tout le monde et par tout ce que je connaissais – *j'étais engloutie dans un vide immense [...] j'avais un sentiment de solitude et d'isolement total [...] qui ne m'a jamais quittée*» (Padilla, 2003). Son expérience d'être «engloutie dans un vide immense», d'être isolée, existait sur le plan ontologique de *l'être-dans-le-monde*. Sa «solitude et son isolement total» étaient juxtaposés à des contacts fréquents avec sa famille qui la soutenait mais ne la comprenait pas : «je pense que tout le monde ne voit encore qu'un corps tordu et suppose que j'ai un esprit tout aussi tordu [...]. Il a fallu des années à mon père pour qu'il ait enfin confiance sur le fait que je faisais bien mon travail au magasin.»²⁹

D'autres personnes atteintes de lésions cérébrales ont signalé une perte d'autonomie dans leurs rôles familiaux (par exemple financiers) et professionnels (Jumisko, Lexell & Soderberg, 2005; Lennon *et al.*, 2014; O'Callaghan, Powell & Oyebode, 2006). Ils se sont interrogés sur leur utilité et sur le but de leur existence. Une personne a demandé : «Pourquoi suis-je encore ici ? Tout ce que je peux faire m'a été enlevé. Quelle est mon

²⁷ N.d.t. : *ibid.*, original en italique.

²⁸ N.d.t. : Goldstein, 1939/1995, p. 239.

²⁹ N.d.t. : Padilla, 2003, p. 418 ; italiques ajoutées.

utilité?» (O’Callaghan *et al.*, 2006.)³⁰ Je suggère que la préoccupation ontique de cette personne sur l’insignifiance et la déconnexion sociale est inhérente au fondement ontologique de l’être-dans-le-monde qui est «déjà plein de sens», puisque cette personne est en coexistence mutuelle avec le monde (Craig, 2015)³¹.

Temporalité

Hersch (2015) parle de la temporalité comme de notre expérience d’un «processus de devenir continu, nécessairement incomplet [...] où le passé, le présent et le futur s’impliquent mutuellement comme une totalité»³². De nombreuses personnes cérébrolésées ont fait état d’une lutte perpétuelle avec leurs préoccupations concernant leur soi passé (avant la blessure), présent et futur potentiel (par exemple Howes, Benton & Edwards, 2005; Muenchberger, Kendall & Neal, 2008; Nochi, 1998, 2000; Padilla, 2003).

Clara (Padilla, 2003) s’est souvent concentrée sur son soi passé, d’avant sa blessure. Elle a également fait l’expérience de ce que Heidegger (1927/1962) avait observé à propos de notre état général: «nous nous en tenons à une compréhension du ‘est’, bien que nous soyons incapables de définir conceptuellement ce que ce ‘est’ signifie»³³. Bien que Clara se soit souvent exprimée par des phrases commençant par «j’étais» et qu’elle ait fait des déclarations sur son soi (passé) plus heureux, avant de se blesser, elle se rendait de plus en plus compte qu’elle devait laisser le passé de côté et découvrir qui elle était: «je n’essaie plus de revenir à mon ancienne vie et de reprendre là où je me suis arrêtée. J’essaie simplement de trouver qui je suis vraiment et ce qu’est ma vie.»³⁴ Rogers (1959) suggérerait que les souvenirs du passé de Clara étaient actifs dans le moment présent et qu’elle était dans un processus d’évaluation de son avenir. De nouvelles perceptions ont remplacé les anciennes; son «temps personnel» n’était plus «arrêté» par le passé (cf. Merleau-Ponty, 1945/1962)³⁵ et sa prise de conscience croissante de la nécessité de renoncer au passé pour l’avenir «contenait un sentiment d’espoir et de sens, bien que vague et non explicite» (Padilla, 2003). Elle reconnaissait également que sa concentration sur le passé était quelque chose qu’elle vivait dans le présent comme «un vide

³⁰ N.d.t.: O’Callaghan *et al.*, 2006, p. 586.

³¹ N.d.t.: Craig, 2015, p. 90.

³² N.d.t.: Hersch, 2015, p. 117; original en italique.

³³ N.d.t.: Heidegger, 1927/1962, p. 25.

³⁴ N.d.t.: *ibid.*, p. 419.

³⁵ N.d.t.: Merleau-Ponty, 1945/1962, p. 83.

effrayant, une obscurité dans laquelle j'ai eu peur de devoir ramper si je devais en sortir de l'autre côté»³⁶, «l'autre côté» étant une vie future imaginaire et meilleure.

Son récit souligne le point de vue de Heidegger (1927/1962) selon lequel notre «potentialité d'être» est «principalement futuriste»³⁷ et une source d'anxiété anticipée. Du point de vue de Rogers (1959) et de Goldstein (1934/1995), il s'agit d'un processus qui augmente principalement la tension et qui propulse l'organisme à s'actualiser. Il implique une transition allant de la peur et de la défensive à «l'adoption d'une position ouverte de traitement de l'information» (Bohart, 2013)³⁸.

Interprétation et perspective

Nous sommes «*toujours en train d'interpréter et de réinterpréter [...] des situations déjà interprétées*» (Hersch, 2015)³⁹. Notre expérience vécue est «*un processus fluide et changeant dans lequel rien n'est fixé*» (Rogers, 1961)⁴⁰. Un élément essentiel de ce processus est notre conscience (souvent partielle) de notre propre perception corporelle immédiate d'instant en instant (qui sera examinée plus loin).

Dans son dialogue avec Clara, Padilla (2003) rapporte qu'elle et Clara ont toutes deux réalisé qu'elles se posaient la même question sur l'expérience de Clara, à savoir «est-ce que c'est vraiment comme cela qu'est l'expérience?». Elles étaient toutes deux plongées dans un processus d'interprétation dans lequel Clara a réalisé qu'elle réfléchissait sur le sens existentiel de sa vie. Elle avait changé sa vision d'elle-même, passant de «quelqu'un qui ne pouvait pas faire beaucoup de choses» à «quelqu'un dont les handicaps révèlent mon âme»⁴¹.

Les personnes atteintes de troubles cérébraux ont relaté des récits de soi négatifs et positifs dans lesquels le processus de reconstruction du soi, caractérisé par l'alternance d'identités positives (élargies) et négatives (contractées), était un processus continu (Lennon *et al.*, 2014; Muenchberger *et al.*, 2008). Pour d'autres, ce type de blessure représentait une «seconde chance» dans la vie (Lawson, Delamere & Hutchinson, 2008; Lennon *et al.* 2014; Muenchberger *et al.* 2008; Nochi, 1998, 2000).

³⁶ N.d.t. : Padilla, 2003, p. 419.

³⁷ N.d.t. : Heidegger, 1927/1962, p. 387.

³⁸ N.d.t. : Bohart, 2013, p. 93.

³⁹ N.d.t. : Hersch, 2015, p. 117; original en italique.

⁴⁰ N.d.t. : Rogers, 1961, pp. 202-203; original en italique.

⁴¹ N.d.t. : Padilla, 2003, p. 421.

Certaines personnes avaient, par exemple, reconstitué l'expérience comme facilitant un changement de leurs attitudes, croyances et comportements, dans lequel elles ont corrigé leur mode de vie pré-lésionnel mal adapté (Lennon *et al.*, 2014; Nochi, 1998). D'autres ont eu le sentiment d'acquiescer une meilleure connaissance de soi et des autres (Nochi, 2000).

Ces rapports suggèrent un phénomène de croissance post-traumatique (dont il sera question plus tard) et un processus d'actualisation qui, pour Rogers (1951, 1959, 1961), allait dans une direction généralement constructive. Ils peuvent également refléter un aspect de l'actualisation de soi de Goldstein, à savoir la «nécessité de compléter des actions incomplètes», dans laquelle «la force motrice est donnée par l'expérience de l'imperfection» (Goldstein, 1934/1995)⁴².

Prendre soin pleinement⁴³

Le terme *care-fullness* de Hersch (2015), dérivé du concept de soin de Heidegger (1927/1962), suggère que «*la présence d'un certain degré d'émotion, d'imagination et d'anticipation est une caractéristique essentielle de tout acte de perception humaine*» (Hersch, 2015)⁴⁴. Pour Heidegger, l'anxiété est l'état d'esprit fondamental de l'existence humaine que nous fuyons souvent et qui se situe en dessous du seuil de la conscience mais qui, néanmoins, précède et influence la conscience. De même, Goldstein considérait l'anxiété ontologique comme porteuse d'une menace de non-être, de néant, de vide. Elle peut se produire lorsqu'une personne atteinte de lésions neurologiques subit un «choc» alors qu'elle ne peut pas faire face aux exigences de son environnement immédiat, et n'étant pas immédiatement consciente de ces exigences, elle ne peut pas comprendre pourquoi elle ressent une menace (c'est-à-dire une réaction catastrophique) (Goldstein, 1934/1995). C'est ce qui est illustré dans la réponse de Clara à la demande d'un chercheur de développer son utilisation fréquente du mot «abandon». Clara lui répond :

Votre demande [...] m'a fait tressaillir. Je n'avais pas réalisé que j'avais utilisé le mot [...] Penser à cela a réveillé quelque chose en moi – je ne sais pas si c'est la peur de revivre le passé ou d'ouvrir une blessure que j'ai encore. Au début, le mot «abandon» m'a mise très mal à l'aise – comme si j'avais en quelque sorte révélé quelque

⁴² N.d.t. : Goldstein, 1934/1995, p. 168.

⁴³ N.d.t. : *care-fullness*, en anglais dans l'article original.

⁴⁴ N.d.t. ; Hersch, 2015, p. 117 ; original en italique.

chose sur lequel je n'avais aucun contrôle et auquel je ne voulais pas vraiment penser. Je l'ai ressenti dans mon corps, comme si je devais me préparer à un combat [...]. Même maintenant, alors que j'écris, j'ai les mains moites (Padilla, 2003)⁴⁵.

Clara avait intuitivement senti ou perçu la subception d'un sentiment corporel implicite qui avait émergé dans le dialogue avec le chercheur. D'autres ont déclaré avoir eu l'impression d'avoir perdu quelque chose d'eux-mêmes, généralement quelque chose d'émotionnel, sans pouvoir le définir (Jumisko *et al.*, 2005)⁴⁶. Une personne a parlé d'un « sentiment profond de dégradation [...]. J'ai un sentiment de crainte mais il est en arrière-plan [...] faire du sport est une façon de combattre ce sentiment » (Crisp, 1993)⁴⁷. D'autres ont fait état d'une prise de conscience pénible de la perte de mémoire, d'une « incapacité à comprendre comment ils sont devenus comme ils le sont maintenant » et d'un sentiment « opaque » de leur nouvelle identité (Nochi, 1998)⁴⁸. Leur expérience peut être comprise comme une incongruence, une divergence entre le soi tel qu'il est perçu et l'expérience réelle de l'organisme, et comme une expérience de l'organisme « potentiellement disponible à la conscience » (Rogers, 1959)⁴⁹. Je développerai ce propos ci-dessous et conclurai par la question connexe de l'être-avec-autrui.

Incarnation

L'incarnation renvoie à la notion selon laquelle « toute perception humaine est phénoménologiquement vécue dans une perspective incarnée, celle du corps vécu » (Hersch, 2015)⁵⁰. Le terme de Hersch, qui doit plus à Merleau-Ponty et Sartre qu'à Heidegger, est conforme aux vues de Goldstein (1934/1995) et des thérapeutes centrés sur la personne (par exemple Gendlin, 1978/2006; Madison, 2010; Moreira, 2012) selon lesquelles nous sommes ontologiquement une interaction corps-environnement, et toujours intégrés au monde.

Un thème récurrent signalé chez les personnes cérébrolésées est l'expérience de la perte de connexion et de contrôle de leur corps (Levack *et al.*, 2010). Elles peuvent faire état de déficits cognitifs (par exemple, lenteur

⁴⁵ N.d.t. : Padilla, 2003, p. 418.

⁴⁶ N.d.t. : Jumisko *et al.*, 2005, p. 46.

⁴⁷ N.d.t. : Crisp, 1993, p. 399.

⁴⁸ N.d.t. : Nochi, 1998, pp. 871-872.

⁴⁹ N.d.t. : Rogers, 1959, p. 197.

⁵⁰ N.d.t. : Hersch, 2015, p. 118; original en italique.

mentale, troubles de la mémoire, de la concentration) et de changements physiques (par exemple, problèmes d'équilibre et de conscience spatiale, fatigue, changement de poids, maux de tête, vertiges). Leur corps peut être perçu comme peu familier, comme un obstacle effrayant et comme une chose à laquelle ils ne peuvent pas faire confiance (Jumisko *et al.*, 2005).

Du point de vue de Merleau-Ponty, le corps déficient possède des «zones de silence» à partir desquelles une personne «se rend compte de son handicap précisément dans la mesure où elle l'ignore, et l'ignore précisément dans la mesure où elle le connaît» (Merleau-Ponty, 1945/1962)⁵¹. La partie altérée du corps d'une personne est vécue comme «hors de portée sans disparaître» mais «objectivement discernable *pour les autres*» qui «informent» et/ou diagnostiquent le corps altéré (Sartre, 1943/1992)⁵². C'est aussi avec le corps qu'une personne «ressent l'approche de l'Autre» (Merleau-Ponty, 1945/1962)⁵³ et possède, selon Sartre, une connaissance a priori de l'aliénation par rapport à l'Autre; par exemple, Sartre observe:

Le médecin écoutant les sons de mon corps, sentant mon corps avec son corps, et immédiatement le vécu-désigné devient désigné comme *une chose hors de ma subjectivité*, au milieu d'un monde qui n'est pas le mien. Mon corps est désigné comme aliéné [...]. C'est mon corps tel qu'il est pour l'Autre qui peut m'embarrasser (Sartre, 1943/1992)⁵⁴.

Rogers et Goldstein étaient tous deux d'accord sur ce point de vue. Rogers (1959, 1961), en particulier, a défini une attitude dans laquelle il considérait que l'expérience du client était inconditionnelle et comme une compensation aux conditions de valeurs que le client introjecte des personnes significatives et plus largement de la communauté. Goldstein était cependant équivoque sur ce point car il pensait qu'un «organisme malade» ne pouvait s'actualiser qu'avec le soutien d'autres organismes (voir Goldstein, 1934/1995)⁵⁵. Qu'entendait-il par «soutien»? J'y reviendrai plus loin.

Être avec les autres

L'expression *être avec les autres* de Hersch (2015) désigne toute expérience humaine «*essentiellement sociale*» et «*inscrite dans un contexte interpersonnel*,

⁵¹ N.d.t.: Merleau-Ponty, 1945/1962, p. 82.

⁵² N.d.t.: Sartre, 1943/1992, pp. 466-447; original en italique.

⁵³ N.d.t.: Merleau-Ponty 1945/1962, p. 206.

⁵⁴ N.d.t.: Sartre, 1943/1992, pp. 462-463; original en italique.

⁵⁵ N.d.t.: Goldstein, 1934/1995, p. 161.

culturel et socio-historique»⁵⁶. Cette perspective est conforme à celles de Rogers et Goldstein qui divergent néanmoins sur la manière dont ils définissent leurs propres relations avec leurs clients/patients. Rogers a identifié le client comme un expert de sa propre expérience, tandis que Goldstein a conservé son rôle d'expert malgré un certain malaise quant à ses décisions qui empiétaient nécessairement sur la liberté de ses *patients*.

Goldstein (1934/1995) considérait la «relation médecin-patient» comme un «accord entre deux personnes» dans lequel l'expertise du clinicien correspond, autant que possible, à la «nécessité pour le *patient* de réaliser sa nature par une décision libre»⁵⁷. Bien que cette déclaration ait une saveur centrée sur la personne, il estime que les personnes atteintes de lésions cérébrales ont besoin d'être guidées pour accéder à un nouveau milieu social adapté à leur état modifié. Il s'attendait à ce que les patients acceptent «la nécessité de prendre certains médicaments indéfiniment, de respecter un certain mode de vie, d'éviter les situations ou les complaisances dans le domaine somatique ou psychologique, de renoncer à certaines relations humaines ou d'y entrer, etc.»⁵⁸. Selon lui, ils sont souvent confrontés à un choix «entre un plus grand manque de liberté et une plus grande souffrance»⁵⁹. Il estime que les interventions thérapeutiques peuvent améliorer leur souffrance en leur apprenant à s'adapter à leur environnement immédiat, ce qui, en même temps, diminue leur liberté.

Goldstein continue d'être cité dans la littérature contemporaine sur les troubles neurologiques par des auteurs (par exemple, Prigatano, Borgaro & Caples, 2003) qui préconisent un rôle directif actif pour les psychothérapeutes étant donné la prévalence des «problèmes d'impulsivité, de troubles de la mémoire, de difficultés de raisonnement abstrait et de capacité réduite des patients à faire des choix dans leur meilleur intérêt» (Prigatano *et al.*, 2003)⁶⁰. Ils soulignent l'importance des compétences du thérapeute pour développer une alliance de travail efficace à partir de laquelle le patient peut apprendre à faire de meilleurs choix grâce à une rééducation cognitive et comportementale (par exemple Coetzer, 2007; Judd & Wilson, 2005; Prigatano, 2013; Prigatano *et al.*, 2003) et à s'engager dans la divulgation des problèmes existentiels d'isolement social,

⁵⁶ N.d.t. : Hersch, 2015, p. 118; original en italique.

⁵⁷ N.d.t. : Goldstein, 1934/1995, p. 342.

⁵⁸ N.d.t. : *ibid.*, p. 338.

⁵⁹ N.d.t. : *ibid.*, p. 341.

⁶⁰ N.d.t. : Prigatano *et al.*, 2003, p. 377.

d'insignifiance et de manque de but (par exemple Patterson & Staton, 2009; Prigatano *et al.*, 2003).

Bien entendu, ces activités peuvent être utiles et les thérapeutes centrés sur la personne peuvent fournir ces services à la demande du client comme «expression d'une compréhension empathique de l'orientation du client» (Joseph, 2015)⁶¹. Mais ils n'ont pas besoin d'agir comme des «gardiens» dans les établissements de soins (Martin, Levack & Sinnott, 2015) ou comme des thérapeutes qui imposent leur expertise pour soulager la détresse, comme le préconise Goldstein.

Alors, qu'est-ce qui a attiré Rogers vers le style de pensée de Goldstein? C'était principalement la croyance de Goldstein que tous les organismes possèdent la capacité d'autorégulation dans le sens d'une homonomie et d'une autonomie accrues (cf. Angyal, 1951; Rogers, 1951). Goldstein pensait, comme Rogers, que tous les organismes sont engagés dans un «processus d'équilibre» dans lequel ils cherchent à trouver leur sens du soi et leur milieu social, et que ce processus d'équilibre (c'est-à-dire d'actualisation) < de la vie. Ils auraient accueilli favorablement le concept de croissance post-traumatique récemment développé (Tedeschi & Calhoun, 2004), car il met davantage l'accent sur la résilience personnelle et l'intégration sociale que sur le handicap et la détresse psychologique.

La croissance post-traumatique fait référence à un changement positif qui a tendance à se produire spontanément et de manière inattendue sans que ce soit nécessairement le but conscient d'une personne, et qui peut coexister avec la détresse résiduelle d'un traumatisme (Tedeschi & Calhoun, 2004). Comme pour d'autres types de traumatismes, des recherches récentes sur les lésions cérébrales (voir Grace, Kinsella, Muldoon & Fortune, 2015) suggèrent que la croissance post-traumatique est associée à la résilience (une nouvelle perception de la force intérieure pour surmonter l'adversité), à des changements dans la philosophie de vie (une recherche de sens, un changement positif de perspective) et à un comportement prosocial. Dans une étude, des personnes ayant vécu avec des troubles neurologiques pendant 11 ans ont déclaré: «j'accorde beaucoup plus d'importance à mes relations maintenant [...]; je suis plus compréhensif et tolérant maintenant [...]; j'accorde plus d'importance aux autres maintenant [...]; je suis plus déterminé à réussir dans la vie maintenant» (Hawley & Joseph, 2008)⁶². Les auteurs de cette étude ont conseillé la prudence dans

⁶¹ N.d.t.: Joseph, 2015, p. 186.

⁶² N.d.t.: Hawley & Joseph, 2008, p. 432.

l'interprétation de ces déclarations étant donné que les personnes cérébro-lésées sont susceptibles de présenter des problèmes de conscience de soi. Néanmoins, un thérapeute centré sur la personne est susceptible d'accepter leurs témoignages tels qu'ils sont racontés sur le moment et de les considérer comme des expressions de leur *experiencing* plutôt que de mettre en doute leur véracité (voir, par exemple, Carrick & Joseph, 2013; Kriz, 2007; Snijder, 2013).

Des études de suivi à long terme ont montré que la croissance post-traumatique est plus fréquente chez les personnes atteintes de lésions cérébrales qu'on ne le pensait auparavant et qu'elle est associée à un délai d'apparition plus long après la survenue de la blessure, à un âge plus avancé, au fait de retrouver un emploi et un soutien social satisfaisant, à la formation de nouvelles relations (post-blessure) stables et intimes, et à des niveaux de dépression plus faibles (Grace *et al.*, 2015). Il se peut que les personnes faisant l'expérience de croissance post-traumatique soient plus ouvertes à la formation de nouvelles relations interpersonnelles que celles qui ne font pas cette expérience de croissance, ou que le fait d'être dans une nouvelle relation facilite le développement d'un nouveau sens de soi et le rejet du soi d'avant la blessure (Grace *et al.*, 2015). Il est probable que leur motivation intrinsèque à grandir ait été facilitée par un environnement social favorable ou accommodant (Joseph & Linley, 2005), ou par une relation thérapeutique dans laquelle le thérapeute offre une attitude authentique, empathique et acceptante (Carrick & Joseph, 2013; Joseph, 2015).

Conclusion

Carl Rogers et Kurt Goldstein ont tous deux réfléchi de manière ontologique à la capacité inhérente de l'organisme humain à s'adapter aux traumatismes et aux pertes. J'ai soutenu que leurs concepts respectifs de *tendance actualisante* et d'*actualisation de soi* correspondent aux dimensions ontologiques de l'expérience humaine définies par Hersch (2015).

Je pense que certains lecteurs ne seront pas convaincus de la pertinence de l'ontologie pour la pratique des thérapies expérientielle et centrée sur la personne. Les aspects existentiels-ontologiques de l'actualisation peuvent être considérés comme moins importants que «l'autorité de l'expérience» (Tudor & Worrall, 2006)⁶³. Certes, Goldstein s'intéressait plus

⁶³ N.d.t. : Tudor & Worrall, 2006, p. 55.

manifestement aux questions existentielles-ontologiques que Rogers, mais l'un comme l'autre comprenaient l'ontologie de l'actualisation; c'est-à-dire qu'ils croyaient tous deux que, dans de bonnes conditions, l'organisme humain est *toujours* biologiquement poussé à s'autoguérir, à s'auto-organiser et à s'adapter aux circonstances environnementales. Cependant, ils divergeaient sur la manière de faciliter les «bonnes conditions». Rogers a maintenu une attitude non-directive alors que Goldstein a consciemment empiété sur «la libre décision du patient [...] [qui] doit choisir entre un plus grand manque de liberté et une plus grande souffrance» (Goldstein, 1934/1995)⁶⁴. C'est sur ce point que Goldstein peut être considéré comme appartenant à l'histoire ancienne par certains thérapeutes centrés sur la personne.

Goldstein, cependant, reste important parce qu'il demeure un exemple d'intégration des neurosciences à la psychologie humaniste (Morley, 1995; Whitehead, 2017). Considérés ensemble, les héritages de Goldstein et Rogers couvrent la biologie et la phénoménologie, la philosophie existentielle et la psychologie humaniste. Ils continuent à offrir des alternatives radicales à l'objectivisme dominant et au modèle biomédical centré sur la maladie des prestations de services.

L'utilité d'une approche phénoménologique au modèle a été illustrée en s'appuyant sur les expériences rapportées par des personnes atteintes de troubles cérébraux concernant l'envergure de leur guérison et de leur croissance post-traumatique. Une telle recherche humanise l'expérience des personnes sans ignorer la lutte que représente le fait de vivre avec un traumatisme et une perte. Dans cet esprit, les psychothérapies centrées sur la personne et expérientielle peuvent donner aux personnes cérébrolésées (ou atteintes d'autres types de traumatismes) la possibilité d'être reconnues comme des «personnes entières» qui peuvent exprimer leurs aspirations, leurs pensées et leurs sentiments concernant les aspects difficiles de leur vie. Cela s'applique aux personnes cérébrolésées vivant dans la communauté avec leur famille ou seules, et à celles qui vivent dans des établissements de soins de longue durée.

⁶⁴ N.d.t.: Goldstein, 1934/1995, p. 341.

Références

- Angyal, A. (1951). A theoretical model for personality studies. *Journal of Personality*, 20, pp. 131-142.
- Bohart, A. C. (2013). The actualizing person. In M. Cooper, M. O'Hara, P. F. Schmid & A. C. Bohart (Eds.), *The handbook of person-centered psychotherapy and counselling* (2nd ed.). Basingstoke, UK: Palgrave Macmillan, pp. 47-63.
- Bohart, A. C. (2017). A client-centered perspective on 'psychopathology'. *Person-Centered & Experiential Psychotherapies* 16, 1, pp. 14-26. [Voir en français: Bohart, A. C. (2018). Une perspective centrée sur la personne de la « psychopathologie ». *ACP Pratique et recherche*, n° 26, pp. 5-22.]
- Brodley, B. T. (2011). The actualizing tendency concept in client-centered therapy. In K. A. Moon, M. Witty, B. Grant, & B. Rice (Eds.), *Practicing client-centered therapy: Selected writings of Barbara Temaner Brodley*. Ross-on-Wye, UK: PCCS Books, pp. 153-170. (Originally published in 2000.)
- Carrick, L. & Joseph, S. (2013). Working with traumatized clients and clients in crisis. In M. Cooper, M. O'Hara, P. F. Schmid, & A. C. Bohart (Eds.), *The handbook of person-centered psychotherapy and counselling* (2nd ed.). Basingstoke, UK: Palgrave Macmillan, pp. 359-370.
- Coetzer, R. (2007). Psychotherapy following traumatic brain injury: Integrating theory and practice. *Journal of Head Trauma Rehabilitation*, 22, pp. 39-47.
- Corsi, L. (2012). Organismic self-regulation in Kurt Goldstein's holistic approach. *International Body Psychotherapy Journal. The Art and Science of Somatic Praxis*, 11, pp. 57-65.
- Craig, E. (2015). The lost language of being: Ontology's perilous destiny in existential psychotherapy. *Philosophy, Psychiatry, & Psychology*, 22, pp. 79-92.
- Crisp, R. (1993). Personal responses to traumatic brain injury: A qualitative study. *Disability, Handicap & Society*, 8, pp. 393-404.
- Frankel, M., Sommerbeck, L. & Rachlin, H. (2010). Rogers' concept of the actualizing tendency in relation to Darwinian theory. *Person-Centered & Experiential Psychotherapies* 9, 1, pp. 69-80.
- Gendlin, E. T. (2006). *Befindlichkeit: Heidegger and the philosophy of psychology*. http://www.focusing.org/gendlin_befindlichkeit (Retrieved 27th May, 2014). (Originally published in 1978-79 in *Review of Existential Psychology & Psychiatry: Heidegger and Psychology, XVI*.)
- Goldstein, K. (1995). *The organism: A holistic approach to biology derived from pathological data in man*. New York: Zone Books. (Originally published 1934.)
- Grace, J. J., Kinsella, E. L., Muldoon, O. T. & Fortune, D. G. (2015). Post-traumatic growth following acquired brain injury: A systematic review and meta-analysis. *Frontiers in Psychology*, 6, pp. 1-16.
- Hawley, C. A. & Joseph, S. (2008). Predictors of positive growth after traumatic brain injury: A longitudinal study. *Brain Injury*, 22, pp. 427-435.

- Heidegger, M. (1962). *Being and time*. (Trans. J. Macquarie & E. Robinson). New-York: Harper. (Originally published 1927.)
- Hersch, E. L. (2015). What an existential ontology can offer psychotherapists. *Philosophy, Psychiatry & Psychology*, 22, pp. 107-119.
- Howes, H., Benton, D. & Edwards, S. (2005). Women's experience of brain injury: An interpretative phenomenological analysis. *Psychology & Health*, 20, pp. 129-142.
- Joseph, S. (2015). A person-centered perspective on working with people who have experienced psychological trauma and helping them move forward to posttraumatic growth. *Person-Centered & Experiential Psychotherapies*, 14, pp. 178-190. [Voir en français: Joseph, S. (2019). L'Approche centrée sur la personne au profit des individus traumatisés. *ACP Pratique et recherche*, n° 27, pp. 24-41.]
- Joseph, S. & Linley, P. A. (2005). Positive adjustment to threatening events: An organismic valuing theory of growth through adversity. *Review of General Psychology*, 9, pp. 262-280.
- Judd, D. & Wilson, L. (2005). Psychotherapy with brain injury survivors: An investigation of the challenges encountered by clinicians and their modifications to therapeutic practice. *Brain Injury*, 19, pp. 437-449.
- Jumisko, E., Lexell, J. & Söderberg, S. (2005). The meaning of living with traumatic brain injury in people with moderate or severe traumatic brain injury. *Journal of Neuroscience & Nursing*, 37, pp. 42-50.
- Kriz, J. (2007). Actualizing tendency: The link between person-centered and experiential psychotherapy and interdisciplinary systems theory. *Person-Centered & Experiential Psychotherapies* 6, 1, pp. 30-44.
- Lawson, S., Delamere, F. M. & Hutchinson, S. L. (2008). A personal narrative of involvement in post-traumatic brain injury rehabilitation: What can we learn for therapeutic recreation practice? *Therapeutic Recreation Journal*, XLII, pp. 236-250.
- Lennon, A., Bramham, J., Carroll, A., McElligott, J., Carton, S., Waldron, B. & Benson, C. (2014). A qualitative study of how individuals reconstruct their sense of self following acquired brain injury in comparison with spinal cord injury. *Brain Injury*, 28, pp. 27-37.
- Levack, W. M. M., Kayes, N. M. & Fadyl, J. K. (2010). Experience of recovery and outcome following traumatic brain injury: A meta synthesis of qualitative research. *Disability & Rehabilitation*, 32, pp. 986-999.
- Madison, G. (2010). Focusing on existence: Five facets of an experiential-existential model. *Person-Centered & Experiential Psychotherapies* 9, 3, pp. 189-204.
- Martin, R., Levack, W. M. M., & Sinnott, K. A. (2015). Life goals and social identity in people with severe acquired brain injury: An interpretative phenomenological analysis. *Disability & Rehabilitation*, 37, pp. 1234-1241.
- Merleau-Ponty, M. (1962). *Phenomenology of perception*. (Trans. C. Smith). London: Routledge & Kegan Paul. (Originally published 1945.)

- Moreira, V. (2012). From person-centered to humanistic-phenomenological psychotherapy: The contribution of Merleau-Ponty to Carl Rogers's thought. *Person-Centered & Experiential Psychotherapies* 11, 1, pp. 48-63.
- Morley, J. (1995). Holistic biology and the organismic foundations of humanistic psychology. *The Humanistic Psychologist*, 23, pp. 358-364.
- Muenchberger, H., Kendall, E. & Neal, R. (2008). Identity transition following traumatic brain injury: A dynamic process of contraction, expansion and tentative balance. *Brain Injury*, 22, pp. 979-992.
- Nochi, M. (1998). 'Loss of self' in the narratives of people with traumatic brain injuries: A qualitative analysis. *Social Science & Medicine*, 46, pp. 869-878.
- Nochi, M. (2000). Reconstructing self-narratives in coping with traumatic brain injury. *Social Science & Medicine*, 51, pp. 1795-1804.
- Noppeney, U. (2001). Kurt Goldstein – A philosophical scientist. *Journal of the History of the Neurosciences*, 10, pp. 67-78.
- O'Callaghan, C., Powell, T. & Oyebode, J. (2006). An exploration of the experience of gaining awareness of deficit in people who have suffered a traumatic brain injury. *Neuropsychological Rehabilitation*, 16, pp. 579-593.
- Padilla, R. (2003). Clara: A phenomenology of disability. *The American Journal of Occupational Therapy*, 57, pp. 413-427.
- Patterson, F. L. & Staton, A. R. (2009). Adult-acquired traumatic brain injury: Existential implications and clinical considerations. *Journal of Mental Health Counseling*, 31, pp. 149-163.
- Prigatano, G. P. (2013). Challenges and opportunities facing holistic approaches to neuropsychological rehabilitation. *Neuro Rehabilitation*, 32, pp. 751-759.
- Prigatano, G. P., Borgaro, S. & Caples, H. (2003). Non-pharmacological management of psychiatric disturbances after traumatic brain injury. *International Review of Psychiatry*, 15, pp. 371-379.
- Quinn, A. (2008). A person-centered approach to the treatment of combat veterans with post-traumatic stress disorder. *Journal of Humanistic Psychology*, 48, pp. 458-476.
- Rogers, C. R. (1951). *Client-centered therapy*. London: Constable.
- 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 science, Vol. 3. Formulations of the person and the social context*. New York: McGraw-Hill, pp. 184-256.
- Rogers, C. R. (1961). *On becoming a person*. London: Constable.
- Sacks, O. (1995). Foreword. In K. Goldstein (Eds.), *The organism: A holistic approach to biology derived from pathological data in man*. New York: Zone Books, pp. 7-14.
- Sartre, J.-P. (1992). *Being and nothingness: A phenomenological essay on ontology*. (Trans. H. E. Barnes.) New York: Washington Square Press. (Originally published 1943.)

- Schmid, P. F. (2013). The anthropological, relational and ethical foundations of person-centred therapy. In M. Cooper, M. O'Hara, P. F. Schmid & A. C. Bohart (Eds.), *The handbook of person-centered psychotherapy and counselling* (2nd ed.). Basingstoke, UK: Palgrave Macmillan, pp. 66-83.
- Snijder, A. (2013). Trauma in context. Working with traumatic experiences and recollections from the factual and immediate context. *Person-Centered & Experiential Psychotherapies* 12, 2, pp. 100-111.
- Spielhofer, H. (2003). Organism and subjectivity – 1: The concept of 'organism' and 'actualizing tendency'. *Person-Centered & Experiential Psychotherapies* 2, 2, pp. 75-88.
- Tedeschi, R. G. & Calhoun, L. G. (2004). Posttraumatic growth: Conceptual foundations and empirical evidence. *Psychological Inquiry*, 15, pp. 1-18.
- Tratter, A. M. D. (2015). A place for existential ontology? Emblems of being and implicit world-projection. *Philosophy, Psychiatry & Psychology*, 22, pp. 133-146.
- Tudor, K. & Worrall, M. (2006). *Person-centred therapy: A clinical philosophy*. London: Routledge.
- Verhoeff, B. (2016). Kurt Goldstein on autism; exploring a person-centered style of psychiatric thought. *History and Philosophy of the Life Sciences*, 38, pp. 117-137.
- Warner, M. (2009). Defence or actualization? Reconsidering the role of processing, self and agency within Rogers' theory of personality. *Person-Centered & Experiential Psychotherapies* 8, 2, pp. 109-126.
- Whitehead, P. M. (2015). Overcoming parallelism: Naturalizing phenomenology with Goldstein and Merleau-Ponty. *Progress in Biophysics and Molecular Biology*, 119, pp. 502-509.
- Whitehead, P. M. (2017). Goldstein's self-actualization: A biosemiotic view. *The Humanistic Psychologist*, 45, pp. 71-83.