Rétablissement et Logothérapie

Dans une prise en soins axée sur le Rétablissement, quel lien avec la Logothérapie en cabinet privé de psychothérapie ?

Elisabeth Ansen Zeder(1) ; Joëlle Gaillard Wasser(2)

(1) Dr. en psychologie clinique, Psychologue psychothérapeute ASP & Professeure en psychologie, chercheure rattachée à l'unité de recherche Didactique de l'Ethique et cultures religieuses de la Haute Ecole Pédagogique de Fribourg (URDECR-HEP/PHFR)
(2) Psychiatre et Psychothérapeute FMH, cabinet médical de psychothérapie du Mont-sur-Lausanne

Résumé : Cette contribution présente quelques illustrations cliniques du concept de Rétablissement. A l'aide d'une analyse d'un suivi issu de la clinique psychothérapeutique, elle souligne en quoi la logothérapie contribue à cette orientation d'une prise en soins axée sur le rétablissement.

Mots clés : rétablissement, logothérapie, illustrations cliniques.

1 Introduction

Le cabinet médical de psychothérapie du Mont-sur-Lausanne a mené une réflexion approfondie sur l'impact possible de la spiritualité des patients dans une prise en soin qui considère la spiritualité comme une ressource valorisant l'espoir de Rétablissement et permettant de donner du Sens et une raison de vivre afin d'aller mieux. Mais comment intégrer cette ressource dans la psychothérapie ?

2 Concept du rétablissement

2.1 Bref historique

Un mouvement « The Recovery », d'origine anglo-saxone, dès les années 1990, défend l'idée qu'il est possible, même dans les cas de maladies psychiques graves, de connaître

un rétablissement. Celui-ci est considéré non pas comme une absence de symptômes mais comme la possibilité de vivre une vie satisfaisante, malgré la survenue d'épisodes de crise et de symptômes de la maladie. Derrière ce concept se profile une prise en soins au niveau somatique, psychique, social et spirituel. Une des figures de proue du mouvement américain est Patricia Deegan (1996) dont le témoignage personnel est très touchant.

2.2 Définitions

Pour Anthony (1993), le Rétablissement est :

> « un processus foncièrement personnel et unique qui vise à changer ses attitudes, ses valeurs, ses sentiments, ses objectifs, ses aptitudes et ses rôles. C'est un moyen de vivre une vie satisfaisante, remplie d'espoir et productive malgré les limites résultant de la maladie. Le rétablissement va de pair avec la découverte d'un nouveau sens et d'un nouveau but à sa vie, à mesure qu'on réussit à surmonter les effets catastrophiques de la maladie mentale... » (p. 527)

Pour Deegan (1996) :

> « Le but du processus de rétablissement n'est pas de devenir "normal". Le rétablissement est une façon de vivre, une attitude et une façon de relever les défis de la vie de tous les jours. Ce n'est pas un processus linéaire : c'est une trajectoire qui comprend des moments de recul et des avancées. [...] C'est l'aspiration à vivre, à travailler, à aimer, et ce, dans une communauté à laquelle il est possible de contribuer significativement. » (p. 28) [1]

3 Les quatre dimensions du Rétablissement

L'expérience du Rétablissement est de plus en plus reconnue dans la prise en soins de personnes en souffrance psychique. Provencher (2002) tente d'en donner quelques perspectives théoriques. Se basant sur le travail de Perkins et Zimmerman (1995) et Zimmerman (1995), elle propose le schéma suivant pour conceptualiser les quatre dimensions du rétablissement et ses différentes caractéristiques. Nous le reprenons ci-dessous :

1. Notre traduction.

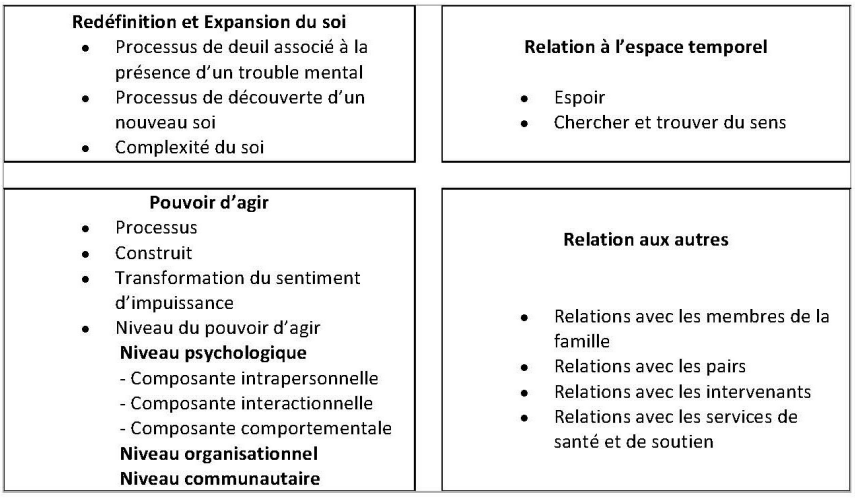


FIGURE 1 – Les quatre dimensions du rétablissement et leurs caractéristiques selon Provencher (2002, p.48)

Huguelet (2013) pense aussi que le processus de rétablissement se fonde sur l'espoir et l'autodétermination, avec quatre aspects impliqués dans ce processus, que nous relions aux quatre aspects retenus par Provencher (2002), nous les rappelons entre parenthèses :

— Trouver l'espoir (Relation à l'espace temporel).
— Redéfinir l'identité (Redéfinition et expansion du soi).
— Trouver un sens à la vie (Relation aux autres et à l'espace temporel).
— Prendre la responsabilité active du rétablissement. (Pouvoir d'agir).

En voici quelques illustrations cliniques.

3.1 Relation à l'espace temporel : Espoir et Sens

Catherine souffre d'un trouble bipolaire et a dû être hospitalisée plusieurs fois pour crises maniaques. Trouver un médicament qui la stabilise a été difficile en raison de nombreux effets secondaires. Mais actuellement, tout à fait stabilisée, mariée et mère de 3 jeunes enfants, travaillant à 40 %, elle se présente heureuse et comblée. Musicienne, elle témoigne de son parcours de Rétablissement en créant des chants qui racontent son histoire et son espérance toujours renouvelée dans sa foi chrétienne vivante, ressource quotidienne pour elle.

3.2 Un nouveau soi, l'exemple de Grégoire

Grégoire était un employé de banque performant quand la maladie psychique l'a terrassé, avec un arrêt de travail de longue durée de plusieurs mois. Licencié, Grégoire doit trouver une nouvelle orientation professionnelle. Vécue d'abord comme un deuil douloureux à cause de la diminution de ses capacités cognitives et d'endurance, son incapacité de travailler à nouveau dans une banque, l'oblige à rechercher en lui

d'autres compétences. Il peut ainsi laisser s'épanouir son côté artistique, jusque-là loisir optionnel, et développer sa créativité dans son atelier de sculpteur. Son identité professionnelle change mais le regard qu'il porte sur lui n'est plus seulement en creux, ou en perte négative : il découvre d'autres facettes dans sa personnalité qui peuvent enfin être valorisées. Au-delà du plaisir personnel de création, il se découvre de nouvelles compétences dont il peut se prévaloir.

3.3 La relation aux autres, Marie, sa communauté, son groupe de jeunes

Marie a sa vie complètement perturbée par son hospitalisation et le diagnostic de Schizophrénie. Mais, par une volonté tenace, elle acquiert son autonomie et vit en colocation, tout en gardant de bons liens avec ses parents divorcés et son frère.

Elle a sa semaine rythmée par les réunions de sa communauté religieuse où elle est très impliquée, et elle a des amitiés fortes dans le groupe de jeunes, sur lesquelles elle peut compter quand elle se sent angoissée. « J'appelle mon amie et on prie ensemble. Après je me sens mieux ».

Malgré sa réticence vis-à-vis des médicaments, elle continue son suivi psychiatrique régulièrement, pour éviter à tout prix une nouvelle hospitalisation extrêmement redoutée, et prend sa médication. Elle accuse son traitement de nuire à sa créativité, mais arrive malgré tout à finir ses études d'art avec un Certificat Fédéral de Capacité.

3.4 Un pouvoir d'agir, illustré par Simone

Lors de la première consultation, Simone vient de faire une tentative de suicide et doit être hospitalisée. Après la sortie de la 1ère crise et l'équilibre du traitement médicamenteux, la psychothérapie lui permet de déverser toute sa plainte et son sentiment de victime injuste de la vie, par rapport à sa famille d'origine (mère décrite comme maltraitante, père adoré mais décédé, frère égoïste ayant subi un grave accident) et aussi par rapport à sa famille actuelle (plusieurs fausses couches, enfant autiste). Des rechutes nécessitent de nouvelles hospitalisations. Nous établissons alors ensemble le Plan de Crise Conjoint, qui permet d'analyser les facteurs déclenchants, la conduite à tenir en cas de rechute, et impliquer ses proches. Ceci permet à Simone de progresser en faisant une démarche de pardon auprès de sa mère âgée, démarche accompagnée par un aumônier, et petit à petit sortir de son vécu de victime impuissante. Après une cérémonie de deuil pour ses enfants morts avec une diacre, Simone commence à créer un espace ressourçant et valorisant pour elle : elle s'inscrit dans une chorale et ainsi participera à plusieurs concerts de comédie musicale. La situation reste cependant très frustrante à la maison entre son mari accaparé par son travail et son fils autiste. Finalement, elle décide de voyager en camping-car. Elle loue une place dans un camping et y passe l'été. Ses besoins d'espace et de contacts sociaux ne sont pas partagés par les deux hommes de la maison mais tout à fait acceptés et elle arrive à rester en lien avec eux depuis son camping, en continuant de leur assurer les tâches ménagères à l'appartement. Puis, elle décide de partir plusieurs mois pour un tour d'Europe et en revient comblée, et admirée par sa famille et ses amis pour le courage et l'efficience de toutes ses découvertes.

4 L'apport de la logothérapie

4.1 L'ontologie dimensionnelle de la personne

« Pour Frankl, c'est le refoulement ou la répression de l'aspiration spirituelle qui est à l'origine de la souffrance psychique » (Sarfati, 2018, p.59). En effet, la vie mentale ne se réduit pas au psychisme mais s'étend à l'esprit que Frankl appelle : « la *noésis* » (Sarfati, 2018, p. 62).

4.2 Les postulats de base de la logothérapie

La logothérapie suppose ainsi, une anthropologie distincte de la dimension psychosomatique (axe horizontal de déterminisme) qui caractérise la psychanalyse de Freud et Adler. Elle y ajoute l'axe vertical de la « *noésis* », du libre arbitre.

La logothérapie affirme deux caractéristiques spécifiquement humaines :

— L'auto-transcendance c'est-à-dire l'aptitude de l'être humain à se dépasser, à chercher au-delà de lui-même ce qui justifie son projet de vie.
— L'auto-distanciation qui désigne cette qualité qui consiste à prendre du recul par rapport aux situations, pour laquelle le recours à l'humour peut être une aide efficace.

Elle postule ainsi la liberté de volonté qui permet à chaque personne de se décider en toute liberté contre n'importe quelle norme, culture, socialisation. En effet, l'idée émise est que la conscience est plus qu'une simple soumission à un sur-moi déterminé par la socialisation. A cette liberté de volonté, la logothérapie définit comme prérequis de base pour chaque personne, la volonté de sens qui constitue l'identification pour chaque personne de ses raisons de vivre. Enfin, cette volonté de sens nécessite un horizon que chaque personne détermine pour elle-même et qui constitue le sens de la vie. Cette quête est indissociable de la finitude caractérisée par la condition humaine. Or la conscience de cette finitude renvoie chaque personne à « la triade tragique » de l'existence, constituée par la souffrance, la culpabilité et la mort. La recherche du sens de sa vie, s'inscrit à l'aune de ces épreuves ou de la conscience de ces épreuves (Lukas, 2004 ; Sarfati, 2009).

5 Vignette clinique : Jean

5.1 Présentation de Jean et contexte de vie

Né en septembre 1959, il a 54 ans quand nous le voyons la première fois, en 2013.

Marié, il a deux filles jumelles nées en 1990, l'une d'elle est devenue fleuriste et travaille. L'autre a fait deux apprentissages (cuisinière puis pâtissière-confiseure), alors en chômage.

Jean a travaillé comme indépendant dans le bâtiment, réfection de logements, touchant à tous les corps de métier (sauf le sanitaire), fier des cuisines qu'il crée. Lorsqu'il vient nous consulter en décembre, il se trouvait en incapacité de travail depuis janvier.

Son épouse est coiffeuse indépendante dans son propre salon. Elle est inquiète de l'évolution de la santé de son mari, malgré tout son soutien actif.

Jean prend des anxiolytiques depuis trois mois, prescrits par son médecin traitant. Il manifeste des troubles anxieux paniques avec symptômes somatiques gênants : tachycardie et « endormissements des bras », sentiment de mourir.

Des symptômes de dépression majeure avec troubles du sommeil accompagnent le tableau. Enfin, les antécédents psychiatriques de son père souffrant d'alcoolisme, entraînant le divorce du couple parental, la faillite et la perte de la maison familiale, constituent des souvenirs d'enfance malheureuse.

Nous posons un diagnostic d'épisode dépressif sévère, avec idéation suicidaire, selon la Classification Internationale des Maladies CIM-10 : F32.2. Se rajoute, des problèmes de tabagie et consommation à risque et parfois excessive d'alcool. Il se plaint en outre d'un épuisement professionnel.

Jean a une sœur mariée, dont le mari est décédé des suites d'un infarctus à l'âge de 46 ans en 2012. « C'était plus qu'un ami, un confident. Il habitait le même immeuble, l'appartement du dessus. » raconte-il. Il s'agit donc d'une perte douloureuse. Il avait également entretenu des relations amicales avec un autre beau-frère qui lui aussi décède à 56 ans, en 2012. Avant ces deux deuils, Jean lui-même avait été suivi pour un mélanome en 2011-2012 qui lui causa beaucoup d'inquiétudes.

Nous faisons l'hypothèse d'une prise de conscience de sa propre finitude à l'instar de ses deux beaux-frères, et la découverte d'un cancer chez lui, ce qui est très anxiogène.

Son père avait été quincailler, mais il avait fait faillite, aux dires du patient parce qu'il « festoyait de trop et qu'il se servait dans la caisse ». Il est décédé en 1993, suite à un accident de ski.

Cela permet de souligner que le père savait s'occuper à autre chose qu'à boire et s'amuser. Jean, au décès de son père, a 33 ans. Les parents de Jean ont divorcé lorsqu'il avait 20 ans. Le fils avait alors fait le choix de rester avec son père, parce qu'il voulait le « surveiller » pour qu'il ne mette pas le feu à la maison et qu'il ne se laisse pas trop aller. Cela durera 6 ans. Malgré cela, le fils ne pourra pas « empêcher la faillite » ni la perte de la maison familiale, un chalet de 200 ans, qui sera vendu pour payer les dettes de jeu du père.

Grande désillusion.

Jean est alors parti en Algérie, mais a dû rentrer parce qu'il souffrait d'une hépatite. Il retrouve du travail et se met à son compte en 1990. Cela correspond à la naissance des filles.

Son objectif est d'économiser de l'argent pour ses filles et pour racheter le chalet familial, ce qu'il fait ! Ce sont ses deux principales motivations qui donnent un sens à sa vie.

Sa mère vit toujours, mais fâchée avec sa fille, la sœur de Jean. Lui-même entretient des relations avec sa sœur et avec sa mère. La mère a fait une dépression grave après

la séparation avec le père. Elle est dépendante de l'Assurance Invalidité. Elle est soucieuse, maniaque, comme moi, dit Jean.

5.2 Suivi thérapeutique et éléments saillants

Jean est très introverti. Il parle peu. L'alliance thérapeutique se met en place très lentement. Jean semble très déprimé et très en colère, contre la société, car son assurance perte de gain lui signifie la fin prochaine de cette aide financière. Il se souvient de son père avec le sentiment que personne ne l'avait aidé à s'en sortir. Le sentiment d'une répétition, de reperdre le chalet qu'il a acquis et restauré, malgré tout le travail et tous les efforts consentis par lui-même est très présent. Il semble prisonnier de l'idée d'un déterminisme inexorable.

Il raconte ses journées de douze heures de travail, dimanches compris, pour restaurer son chalet. Il raconte la tentative de suicide de son père quand lui-même avait 16 ans et la faillite de son père. Il évoque un scénario suicidaire pour lui-même et finit par accepter d'augmenter sa dose d'antidépresseur proposée en conséquence par la psychiatre. Compte-tenu de ses problèmes somatiques associés, qui l'empêchent de travailler, il accepte d'adresser une demande d'aide auprès de l'assurance invalidité. Il s'engage à ne pas attenter à sa vie et essaie doucement d'apprendre à prendre soin de lui. Alors qu'il commence à se sentir mieux, nous pouvons aborder sa propre consommation d'alcool. Il n'imagine pas une abstinence totale, mais renonce aux alcools forts et s'engage à une consommation contrôlée. Il reprend une activité sportive et s'implique dans les relations avec ses proches.

Cependant, la peur de perdre le chalet familial alimente ses ruminations et son anxiété. Ce chalet n'a pas qu'une dimension matérielle mais revêt une dimension bien plus importante puisqu'il matérialise « une forme de restauration » pour échapper à la « honte » de la faillite. Il constitue aussi une valeur esthétique et historique. Dans cette situation, la dimension noétique qui donne sens se situe dans « la possibilité de transmettre » ce chalet familial.

L'été, il reprendra contact avec une tante, sœur de son père qu'il n'avait pas revue depuis longtemps et qui habite en Italie. Il y passera ses vacances d'été avec son épouse. A ce moment, il se montre capable de renouer avec sa propre histoire.

En septembre nous essayons de travailler sur ses valeurs. Pour Jean, les plus importantes sont la tolérance, la fiabilité, l'autonomie, la poursuite d'un but et la solitude. Si ces valeurs l'ont aidé jusqu'ici, l'idée de se retrouver dans une situation qui ressemble à celle de son père fait écho en lui. Quel but Jean pouvait-il encore poursuivre ? Alors se révèle ce qui fera Sens pour lui : que veut-il mettre en œuvre pour ne pas perdre le chalet ?

Jean attache encore de l'importance à la justice, la serviabilité, la loyauté, l'honnêteté, le réalisme, l'amour reçu, le savoir-faire, le travail. Il se voit là aussi en difficulté car l'une de ses filles se retrouve au chômage et la seconde ne travaille qu'à mi-temps. Cela malgré leur savoir-faire, l'honnêteté, l'amour reçu et la serviabilité. Que pouvait-il encore mettre en œuvre pour ses filles ? Malgré son sentiment d'impuissance et son

inquiétude vis-à-vis d'elles ? Qu'est-ce qui dans son inquiétude empêchait ses filles de prendre leurs responsabilités propres ?

Dans le travail sur ses valeurs, Jean nomme ce qui n'est pas important pour lui : le savoir, la passion, l'excitation, la réussite, la richesse, le pouvoir, l'authenticité, l'engagement, le changement, le développement, la spiritualité. Découvrir qu'il pourrait être important de prendre en compte ce qu'il avait négligé et réaliser que malgré les valeurs qu'il avait mises en œuvre dans son existence, il se retrouvait à l'instar de son père « en faillite » professionnelle et personnelle fut très douloureux.

Pendant tout le mois suivant, il ne viendra plus aux rendez-vous. Il n'a pas d'agenda, et reconnaît ses problèmes cognitifs (mémoire, attention, concentration). Il se plaint de son humeur très labile. Enfin, il reconnaît sa difficulté avec l'alcool qui s'est aggravée. Avec la réapparition d'idéations suicidaires, il acceptera une hospitalisation pour un sevrage. Ce fut dira-t-il plus tard, le meilleur moment de son existence ! Une expérience de prise en charge totale, de nursing et d'un groupe porteur, dont il dira avoir appris beaucoup de choses, notamment la solidarité et l'authenticité. Cette authenticité dont il avait dit que ce n'était pas important, a pu être expérimentée. Jean a accepté durant son hospitalisation une abstinence alcoolique et est décidé par la suite de faire usage d'une consommation contrôlée.

A partir de là, ses problèmes personnels peuvent être abordés plus librement. L'alliance thérapeutique se renforce. Au printemps 2015, il prendra du plaisir à jardiner à son chalet et découvre une joie de vivre qu'il n'avait jamais connue, selon ses dires. Il prend en charge ses problèmes somatiques : consulte le pneumologue, le physiothérapeute, le rhumatologue, le gastro-entérologue. Fin 2015, il participera à un programme de réinsertion où il pourra effectuer un stage en entreprise et une formation avec des cours en bureautique, pour une activité d'intégration en lien avec la vente. Il retrouve confiance et imagine une autre vie possible. Il pourra être « employé » à 40% dans une activité d'insertion, dans le cadre de l'activité indépendante de sa fille fleuriste qui se lance dans une activité à son compte en 2016. Cette activité prend tout son sens car il peut se situer dans la transmission de son expérience d'indépendant et soutenir l'installation du commerce de sa fille.

Par la suite, il obtiendra une reconnaissance d'incapacité de travailler de la part de l'assurance invalidité. Celle-ci apaisera la colère éprouvée face à un sentiment de non-reconnaissance de ses problèmes qui faisaient écho aux difficultés de son père. L'engagement auprès de sa fille va dans le sens d'une restauration des liens familiaux et d'une logique d'entreprise autonome dans un cadre où la solidarité intergénérationnelle est reconnue et opérante. En effet, la mère de Jean, soutient également le projet de sa petite-fille financièrement. Cela participe à un réel rétablissement qui permet un détachement de l'idée de la répétition de la perte, telle qu'il l'avait éprouvée, jeune adulte quand sa famille semblait tout perdre. Il peut vivre autrement, sortir des déterminismes, en reconnaissant ses vulnérabilités « je réalise qu'on est peu de chose » dira-t-il.

5.3 Evolution

Jusqu'en 2018, fin du suivi, l'évolution est positive avec une consolidation effective du rétablissement.

6 Conclusion

Les quatre dimensions du rétablissement peuvent servir de guide pour l'élaboration de notre analyse clinique. Ainsi, dans la perspective du Rétablissement la vignette clinique de Jean montre la valorisation de transformations orientées vers un devenir et l'amélioration du bien-être et de la qualité de vie de la personne, sans recherche de « normalisation ».

La logothérapie offre un paradigme d'ancrage pour le rétablissement en s'appuyant sur l'ontologie dimensionnelle de la personne. Chez Jean, nous relevons :

- Une liberté de la volonté, retrouvée avec la question : *que peut-il mettre en œuvre pour garder le chalet* ?
- Une prise de conscience de ses limites et l'acceptation de parler de ses deuils, ses peurs, ses difficultés et pertes
- Une volonté de sens, en lien avec le sentiment d'impuissance vécue vis-à-vis de son père, dont il redoute la répétition. Il réalise qu'il peut choisir autrement et sortir de l'idée d'un déterminisme.
- La capacité à se reconnecter à ce qui fait sens dans son être profond « la transmission familiale du chalet » lui permettra de retrouver un pouvoir d'agir et de renouer des relations familiales.
- Un sens de la vie retrouvée grâce à l'accompagnement de sa fille dans son activité et une capacité à se dépasser pour se situer dans la transmission, et l'exercice de sa responsabilité (réparation narcissique par rapport au vécu d'échec face à son père).

7 Bibliographie

Anthony, William A. (1993), « Recovery from mental illness : the guiding vision of the mental health service system in the 1990s », Psychosocial rehabilitation journal, Vol. 16, No. 4, p. 521-538.

Deegan, Patricia (1996), « Recovery as a journey of heart », Psychiatric Rehabilitation Journal, Vol. 19, No. 3, p. 11-23. doi : https://psycnet.apa.org/doi/10.1037/h0101301

Frankl, Viktor, Nos raisons de vivre : à l'école du sens de la vie, Inter Editions, Dunod, Paris, 2009.

Huguelet, Philippe (2013), « Le rôle des valeurs et du sens de la vie dans le rétablissement des troubles mentaux sévères », Swiss Archives of Neurology and Psychiatry, Vol. 164, No. 3, p.90-98. doi : https://doi.org/10.4414/sanp.2013.00135

Lukas, Elisabeth, La logothérapie : théorie et pratique, Éditions Pierre Téqui, Paris, 2004.

Provencher, Hélène (2002), « L'expérience du rétablissement : perspectives théoriques, *Santé mentale au Québec* », Vol. 27, No. 1, Revue santé mentale au Québec, Montréal, pp 35-64. doi : 10.7202/014538ar

Sarfati, Georges-Elia (2009) « Introduction », in Frankl, Viktor, Nos raisons de vivre : à l'école du sens de la vie, Inter Editions, Paris, 2009.

Sarfati, Georges-Elia, Manuel d'analyse existentielle et de logothérapie, Dunod, Paris, 2018.