

LA PRE-THERAPIE

La pré-thérapie représente un développement de la méthode centrée sur le client qui a trait spécialement au travail avec des clients dont le sens du contact est perturbé ou qui sont sévèrement perturbés eux-mêmes : ceux qui sont *autistes*, ou isolés dans le monde de leur expérience psychotique, qui sont dans une détresse émotionnelle profonde; qui ont des troubles d'apprentissage, ou ceux dont la communication est déficiente à cause de problèmes organiques. On considère habituellement que ces clients sont inaccessibles à un travail psychothérapeutique ou que la psychothérapie ne leur convient pas, et les thérapeutes qui essaient d'offrir une relation thérapeutique ressentent souvent des sentiments frustrants, douloureux ou effrayants d'isolement, de rejet et peut-être même de dépersonnalisation ou d'irréalité. En termes de la théorie centrée sur la personne, la première condition pour le changement thérapeutique "Deux personnes sont en contact l'une avec l'autre" (Rogers) n'existe pas, et le client ne peut pas vivre le fait d'être compris et reçu par le thérapeute.

La pré-thérapie est un travail de "pré-relation". Elle vise à développer ou à restaurer le contact psychologique du client avec le monde, avec lui-même et avec l'autre pour qu'une relation thérapeutique puisse se développer. Elaborant le travail de Rogers et de Gendlin, Prouty a développé une méthode basée sur les principes de la non-directivité et de l'écoute empathique vigilante et sans jugement. Elle consiste en des "réflexions" concrètes et littérales du comportement pré-verbal, pré-expressif ou primitif du client, offrant aux thérapeutes une façon unique de développer et d'exprimer l'empathie avec "l'experiencing" (le flot d'expérience immédiat) du client en facilitant l'expérience du client "d'être en contact".

Une application particulière de la pré-thérapie est le travail de Prouty avec des personnes qui ont des hallucinations. Il a développé un langage théorique qui décrit les dimensions motivationnelles, symboliques et phénoménologiques de l'hallucination, utilisant la méthode de la pré-thérapie pour aider des clients à clarifier ce type d'expérience et pour explorer la signification qui s'y trouve cachée.

Gary Prouty occupe la Chaire de Santé Mentale au "Prairie State College", il est "Faculté Associate" au Nissonger Center à l'Université de Ohio State et il est "Fellow" (membre de la Corporation) du "Chicago Counseling and Psychotherapy Center". Il a publié de nombreux articles sur la psychothérapie et ses applications et son travail est très réputé au niveau international. Il a donné des conférences et animé des ateliers de formation aux Etats-Unis, au Brésil, en Italie, en Allemagne, en Belgique, en Hollande et en Grande-Bretagne. Son livre "Theoretical Evolution in Person-Centred / Experiential Therapy : Applications to Schizophrenic and Retarded Psychoses" ("Développements théoriques de la thérapie expérientielle centrée sur la personne Applications à des psychoses schizophrènes et retardées") est publié par Praeger, juin 1994.

LA THÉRAPIE DES CLIENTS RETARDES MENTAUX OU PSYCHOTIQUES

(Psychiatric aspects of mental retardation reviews Vol 7. N°10 October 1988)
Garry Prouty, M.A. Mary Ann Kubierk, M.~

La pré-thérapie est une approche psychothérapeutique spécialisée pour aider des patients psychotiques ou retardés mentaux introvertis à établir un contact psychologique. Elle est basée sur la "réflexion" ou le "reflet", technique initialement développée par Rank pour aider le thérapeute à comprendre le fonctionnement mental du patient

La pré-thérapie représente une évolution dans la méthode psychothérapeutique réflexive qui a été conçue spécialement pour le traitement de personnes retardées mentales. Le but de la pré-thérapie est d'aider le client à entrer dans sa réalité et de devenir plus accessible à des programmes de traitement et de réhabilitation.

LA SELECTION DES CLIENTS

Les clients sélectionnés pour la pré-thérapie le sont généralement parce qu'ils présentent des caractéristiques psychotiques. Le thérapeute les oriente vers la pré-thérapie parce qu'ils manquent de contact avec la réalité; ne peuvent pas établir un contact affectif ni communiquer.

De tels clients ne sont pas en mesure de s'exprimer au sujet de réalités de base, à savoir: des personnes, des lieux ou des événements concrets et particuliers. Les clients qui n'ont pas de contact affectif ne peuvent pas exprimer leurs sentiments que ce soit verbalement ou par la mimique ou le geste. Souvent ils montrent un affect "aplati" ou bizarre et inadéquat. Les clients qui n'ont pas de contact sur le plan de la communication ont souvent un langage perturbé où apparaissent des schémas de langage psychotique tel que l'écholalie, une salade de mots, et des néologismes. Ces types de comportements peuvent se manifester seuls ou en combinaison avec d'autres comportements.

LE CADRE

La pré-thérapie a été appliquée dans des hôpitaux psychiatriques publics, dans des institutions d'état pour retardés mentaux, dans des hôpitaux privés, dans des appartements thérapeutiques et dans des ateliers de travail et de réhabilitation pour retardés et malades mentaux. Dans certains cas le traitement peut aussi être utilisé hors institution. Le traitement est cependant plus habituellement restreint à des cadres plus structurés pouvant contenir la régression, des passages à l'acte ou autre symptomatologie bizarre.

Les séances peuvent avoir lieu une ou deux fois par semaine. Ce qui détermine la fréquence est la capacité du client à se concentrer et à contrôler son comportement, elle dépend de sa volonté de participer, du degré de sa violence et du dosage de la médication qu'il reçoit. La longueur des séances peut aussi varier selon ces facteurs.

L'expérience pratique indique que les séances devraient avoir lieu dans une pièce réservée à la thérapie pour minimiser ce qui pourrait détourner l'attention, tels le téléphone ou les intrusions d'autrui.

Il faudrait insister, auprès du personnel, pour les informer, qu'il y aurait à prévoir très probablement une période de perturbation émotionnelle et comportementale plus intense dû au fait que la thérapie touchera à du matériel psychotique.

DEVELOPPER UNE RELATION

Rogers considérait la relation comme étant le facteur thérapeutique central du travail avec un client. Dans le cas de clients qui n'ont pas de contact avec la réalité, de contact affectif et de contact par la communication, il se peut pourtant, qu'ils ne puissent pas développer assez de contact psychologique avec le thérapeute pour créer une relation thérapeutique complète. Avec de tels clients, le développement de la relation thérapeutique constitue le but total du traitement de la pré-thérapie. En bref, la pré-thérapie est la "pré-relation" ! Les interactions dans la pré-thérapie différentes de celles du traitement classique. A cause de leurs troubles de l'expression, les clients peuvent être profondément introvertis, bizarres, isolés etc... Cette incapacité de créer une relation pose des problèmes particuliers pour le thérapeute, qui doit donc subir des expériences qui t'exposent à l'isolement pendant des périodes de temps prolongées à cause du processus mental psychotique du client.

Dans de telles circonstances, le traitement peut provoquer de l'anxiété chez le thérapeute à l'égard de la possibilité d'être "avalé" dans l'espace psychotique du client et de perdre son propre contact avec la réalité. Le thérapeute peut vivre des sentiments de désresponsabilisation et d'irréalité au milieu de telles interactions.

Le thérapeute rencontrera aussi la douleur; la frustration et peut-être la colère face aux barrières relationnelles que lui impose le client. La solution à ces problèmes de relation est le développement du contact psychologique avec ces clients.

LES INTERVENTIONS THERAPEUTIQUES

Il y a cinq techniques appelées "réflexions de contact", qui concernent des niveaux pré-expressifs, pré-verbaux et primitifs du comportement du client. Ces techniques sont conçues pour aider le client à établir des interactions plus appropriées avec le monde extérieur. Elles sont intentionnellement littérales, duplicatives et concrètes.

1-Réflexions de la situation (RS)

Elles sont centrées sur l'environnement, la situation ou le milieu immédiat du client. Leur fonction psychologique est le développement ou la restauration du contact avec la réalité.

Exemple: "Tu regardes par terre"

2-Réflexion du visage (RV)

En utilisant ces réflexions, le thérapeute verbalise l'affect implicite ou explicite qui apparaît sur le visage du client. en fonction psychologique est le développement ou la restauration du contact affectif du client.

Exemple: "Ton visage a l'air triste"

3. Réflexions Mot pour Mot (MM)

Celles-ci sont des réflexions de langage cohérent dans un flot incohérent de paroles. Ces réflexions développent ou restaurent la parole sociale et aident le client à se vivre

prototypiquement en tant que personne qui exprime et qui communique. Leur fonction psychologique est de faciliter le contact de la communication.

Exemple: - client: "Télé, oranges, ha, ha, ha, voix"

Exemple: - thérapeute "Télé, orange, ha, ha, ha, voix"

4-Réflexion du corps (RC)

Celles-ci sont des réflexions littérales ou verbales des mouvements bizarres du client ou ce que fait son corps. Ces réflexions ont pour but de développer un "moi corporel" et d'aider le client à établir un contact avec la réalité de "l'ici et maintenant"

Exemple: " tu balances ton corps d'un coté à l'autre"

5- Réflexions de réitération (RR)

C'est l'utilisation de réflexions qui ont déjà réussi à provoquer un contact. Leur fonction psychologique est de développer la remise en contact. Elles renforcent l'effet interactif du contact et de "l'experiencing".

Exemple:

"Tout à l'heure tu balançais ton corps d'un côté à l'autre".

ETUDE DE CAS

Cette vignette démontre l'application de la technique de contact lors d'une intervention au moment de la crise d'une cliente vivant un épisode psychotique. La cliente était une femme de 33 ans, qui habitait une résidence ouverte d'insertion pour clients malades mentaux. D'après le diagnostic elle était retardée mentale et schizophrène hébéphrénique. Cette vignette décrit la résolution de la symptomatologie de crise et le processus d'intégration de la réalité chez elle.

La cliente participait à une sortie avec six autres résidents d'une maison d'insertion. Elle était assise à l'arrière du car. En jetant un coup d'œil au rétroviseur, je remarquai que la cliente était accroupie sur le siège, un bras tendu en l'air au-dessus de sa tête. Le visage de la cliente était rempli de terreur et sa voix se gonflait de cris de plus en plus aigus. Je garai le bus sur le bas-côté et demandai au bénévole d'en faire sortir les autres.

Je me suis assis près de la cliente, partageant le même siège. Les yeux de la cliente étaient fermés et son visage se crispait de peur.

Type de réflexions

Contenu

C: La voix qui s'amplifie. "Ça m'attire en dedans".

Th (MM): "Ça m'attire en dedans".

C: La patiente continue à glisser plus bas encore sur le siège, le bras gauche tendu. Ses yeux toujours fermés.

Th (RC) "Ton corps glisse plus bas sur le siège. Ton bras est en l'air".

Th (RS).. "Nous sommes dans le Car. Tu es assise à côté de moi".

C: La patiente poussait des cris.

Th(Rv): "Tu pousses des cris, Carole".
C: "Ça m'attire en dedans".
Th (MM): "Ça t'attire en dedans".
Th (RS) "Carole, nous sommes dans le bus. Tu es assise à côté de moi".
Th<RV): "Quelque chose te fait peur. Tu pousses des cris".
C: La patiente pousse des cris. "Ca m'attire en dedans".
Th (MM) "Ça t'attire en dedans".
Th (RC) (RS) "Nous sommes dans le car, Carole. Tu es assise à côté de moi Ton bras est en l'air".
C: La patiente commence à sangloter très profondément. Ses bras retombent sur ses genoux~ "C'était l'aspirateur".
Th (MM): "C'était l'aspirateur".
C: La patiente me regarde dans les yeux et dit: "Elle l'a fait avec l'aspirateur".
 D'un ton de voix normal, la patiente dit: "Je pensais que c'était parti. Elle mettait l'aspirateur en marche quand j'étais méchante et elle mettait le tuyau sur mon bras. Je pensais que ça l'avalait".
 Moins de sanglots.

Il faudrait noter que tous les jours cette patiente s'embrassait le bras jusqu'au coude et qu'elle te caressait d'une façon continue.

Th(MM) "Ton bras est encore là. Il n'a pas été aspiré par l'aspirateur.
C : La patiente sourit et le thérapeute la tient dans ses bras.

Plus tard dans l'après midi, s'est tenue la séance de thérapie et la cliente a commencé à explorer ses sentiments par rapport à la punition qu'elle a subi étant enfant. Il faudrait aussi noter que le comportement "de s'embrasser et de se caresser" le bras cessa.

Cette vignette clinique illustre l'application des techniques de pré-thérapie dans le but de gérer une crise aiguë chez une cliente psychotique et retardée mentale. Cela aide la cliente à gérer ce moment d'exacerbation aiguë et à comprendre comment ses symptômes étaient liés à une expérience de son enfance négative. La mère qui menaçait avec l'aspirateur. La cliente a pu utiliser ces expériences pleines de perspicacité qu'elle venait d'acquérir comme base pour une thérapie ultérieure. Qui plus est la signification du comportement symptomatique (*s'embrasser le bras*) s'est révélée liée à un traumatisme ! Ce comportement s'est également arrêté.

Des problèmes rencontrés au cours du traitement.

Des différences philosophiques entre un comportementalisme directif et une philosophie centrée sur le client et non-directive peuvent surgir. Par exemple, la demande du service est souvent que le thérapeute change des comportements spécifiques, tels l'écholalie, cracher, se cogner la tête etc. La pré-thérapie, selon son approche non-directive ne sélectionne pas de comportements spécifiques à changer. Des changements de comportement spécifiques ont lieu spontanément comme résultat du traitement par la pré-thérapie.

La situation peut empirer temporairement

L'état de nombreux clients en traitement semble empirer au début. Il se produit des régressions, des passages à l'acte, etc. Ceci reflète généralement le fait que le client rentre davantage en contact avec des expériences mal formées qui n'ont pas été intégrées dans la structure de l'ego. Dans un cas, par exemple, une cliente a commencé à tirer sur ses cheveux et à se cogner la tête contre le mur. Ce schéma de comportement n'offrait aucun indice par rapport à son origine ou sa signification. Le traitement a révélé pourtant que ce comportement était une réaction au fait que des rats sont entrés dans son berceau alors qu'elle était un enfant en bas âge. Le comportement avait une origine et une signification qui n'était tout simplement pas comprises par la cliente, la famille ou le personnel.

L'inceste ou l'abus sexuel est révélé

Un problème majeur qui surgit dans notre travail clinique est celui de l'inceste ou de l'abus sexuel. Il n'est pas rare de découvrir une sexualité ou la famille est impliquée dans des cas où des clients ont été abusés sexuellement avec l'idée qu'en raison de leur handicap personne ne les croira ou ne les comprendra. Très souvent le matériel est caché profondément dans des expressions psychotiques et ne devient clair qu'après beaucoup de travail thérapeutique. De telles situations ont souvent un effet angoissant sur l'équipe soignante par rapport à un litige éventuel, ou parce que cela peut déclencher des dynamiques familiales intensément perturbatrices qui nécessitent un travail de thérapie familiale.

Le mouvement de la pré-thérapie vers la thérapie

La pré-thérapie se définit comme permettant la restauration ou le développement des fonctions psychologiques qui sont nécessaires pour qu'un traitement puisse être entrepris. Ces fonctions sont la capacité d'établir des contacts ; à savoir : le contact avec la réalité, le contact affectif et le contact par la communication. Lorsque le client arrive à s'exprimer par rapport à la réalité des gens, des lieux, des événements et des choses, alors on considère que le contact avec la réalité se restaure. Au fur et à mesure qu'il peut s'exprimer avec les mots du ressenti (par exemple : "Je me sens triste") et/ou avec un langage non-verbal approprié, le contact affectif devient opérant finalement, à mesure que le handicap du langage diminue et qu'il y ait davantage de mots ou de phrases, le contact de communication est établi.

D'un point de vue théorique et idéal ces critères marquent la fin de la pré-thérapie et une aptitude pour la thérapie. Dans la pratique actuellement, le fait de restaurer le flux de la communication marque souvent la transition vers une thérapie du type classique. Ces processus de restauration et de développement peuvent prendre de 6 mois à 2 ans.

On peut remarquer que le client est prêt pour la thérapie classique quand il passe beaucoup plus de temps dans des activités de type secondaire (c'est à dire des interactions non psychotiques avec son environnement) et moins de temps dans une activité de type primaire. Les clients ignoreront souvent les réflexions de contact, ou ils mettront l'accent sur le fait d'être compris au niveau de la communication. Les clients montreront moins de comportements bizarres et plus de socialité, conduisant à une prise en charge améliorée.

Quand le client arrive à l'aptitude pour la thérapie, la transition vers la thérapie centrée sur le client ou expérientielle est la plus facile, à cause de la continuité des réponses empathiques et non-directives.

Les avantages et les désavantages de la pré-thérapie.

L'avantage théorique spécifique de la pré-thérapie est qu'elle conceptualise et définit des déficiences qu'il faut traiter avant que la thérapie ne démarre. En plus, elle offre des techniques permettent de restaurer et de développer des fonctions psychologiques. Un autre avantage est l'offre de réponses empathiques à des formes très isolées et régressives de l'expérience humaine, qui ont besoin de contact pour pouvoir être humanisées et intégrées.

Même si le client n'arrive pas à la psychothérapie au sens classique du terme, beaucoup de clients peuvent bénéficier d'une qualité de vie améliorée grâce à une communication restaurée. Ces clients sont alors capables de profiter de projets thérapeutiques institutionnels supplémentaires..

Un autre avantage de la pré-thérapie est son coût modéré car le personnel para médical peut être formé à l'utilisation de techniques de pré-thérapie (avec une supervision adéquate).

Le désavantage majeur de la pré-thérapie est son conflit avec la prise en charge traditionnelle de la gestion du comportement, particulièrement en rapport avec des domaines de l'autonomie du client.

La pré-thérapie n'a pas d'orientation vers un symptôme spécifique, même si les comportements symptomatiques diminuent. Dans certaines circonstances. La pré-thérapie pourrait poser problème à cause de la phase d'augmentation des symptômes (passage à l'acte), et la pré-thérapie n'agit pas dans les domaines de l'apprentissage à la vie pratique. Son pouvoir est au plus fort quand il y a un élément psychotique. Ses limitations existent par rapport à l'apprentissage de la vie pratique.

CONCLUSION

La pré-thérapie est une technique psychothérapeutique qui aide les clients qui ne sont pas encore prêts pour la psychothérapie, à avoir un contact psychologique. Elle peut s'appliquer dans une variété de contextes et le personnel para-professionnel peut être formé à la pré-thérapie s'il y a une supervision adéquate. La pré-thérapie peut aider des clients psychotiques et introvertis d'évoluer pour pouvoir profiter de traitements thérapeutiques et de projet de réhabilitation.