

Pour faire face à un fonctionnement psychotique: un travail de contact centré-sur-le-client en contexte psychiatrique résidentiel

Dion Van Werde

Traduction : Françoise Ducroux-Biass

Dion Van Werde est psychologue et psychothérapeute centré sur la personne. Il est membre et formateur de l'Institut Européen de Formation en Pré-thérapie selon Garry Prouty. Cet institut est domicilié à l'hôpital psychiatrique Sint-Camillus, près de Gand, en Belgique. Van Werde a créé, au sein même de cet hôpital, un service centré sur la personne pour des personnes psychotiques qu'il traite suivant les principes de la pré-thérapie.

Résumé

Au début des années quatre-vingt-dix se dessinait, pour le Professeur Germain Lietaer (1990), une nouvelle tendance en psychothérapie centrée sur le client/expérientielle: «Il existe maintenant, disait-il, une plus grande différenciation entre les diverses populations de clients et les contextes». C'est en suivant cette veine, après plusieurs années d'expérience et de recherche, que je vous donnerai quelques exemples de notre manière de travailler avec des personnes souffrant d'un fonctionnement psychotique.

Je commencerai par une introduction à la pré-thérapie telle qu'elle a été conçue par Prouty, notre principale source d'inspiration. Fondamentalement, Prouty définit le contact comme l'antidote de l'aliénation psychotique et il décrit une manière de restaurer un fonctionnement de contact perturbé. J'expliquerai comment, dans notre unité de soins, cette approche s'est transformée en milieu de contact pluridisciplinaire pour des personnes qui se rétablissent d'un effondrement psychotique et sont en processus de consolidation de leur fonctionnement de contact.

À l'origine, la pré-thérapie avait pour objet la perte de contact sévère et concernait différentes sortes de populations dans différents contextes (Prouty, 1976, 1994; Prouty, Van Werde et Pörtner, 2002; Krietemeyer et Prouty, 2003; Coffeng, 2001; Peters, 1999; Pörtner, 2000; Sommerbeck, 2003; Van Werde, 2002a, 2002b, 2004; Van Werde et Morton, 1999).

Mots-clés: pré-thérapie, travail de contact, milieu de contact, unité de soins, psychose.

Dans ce chapitre¹, je désire souligner que le concept et la pratique de l'Approche centrée sur le client sont applicables à un contexte résidentiel pour des clients dont la forme de perte de contact est moins sévère, comme c'est le cas des personnes qui se rétablissent d'un effondrement psychotique ou qui luttent contre ce risque. Mutatis mutandis, les idées qui fondent cette pratique sont applicables à un travail concernant d'autres formes de fonctionnement de contact à risque.

La pré-thérapie selon Prouty

Le travail de Garry Prouty peut être considéré comme une évolution de la pratique de la psychothérapie centrée sur la personne et ou expérientielle (Prouty, 1994). Rogers (1957) définit le contact comme la première des six conditions nécessaires et suffisantes pour un changement constructif de la personnalité. Or, au début de son travail clinique, Prouty s'aperçut que les clients avec lesquels il travaillait à l'époque n'étaient pas capables de s'engager dans une relation thérapeutique puisque le contact lui-même

¹ N.d.t.: In S. Joseph & R. Worsley (eds.) (2005). *Person-Centred Psychopathology. A positive psychology of Mental Health*, Ross-on-Wye, UK: PCCS Books.

faisait problème. Il lui parut alors évident qu'une sorte de travail pré-relationnel était nécessaire avant de commencer une psychothérapie rogérienne classique. Les clients de Prouty semblaient incapables d'entrer en contact avec leur expérience, même lorsque celle-ci n'était pas complètement figée au niveau affectif. Cette remarque rappelle la notion d'Eugene Gendlin selon laquelle l'experiencing² du processus du sens corporel concret est le fondement de la psychothérapie. Par la suite Prouty observa qu'un travail pré-expérientiel était nécessaire pour ranimer un fonctionnement affectif figé et ainsi permettre aux personnes d'avoir de nouveau accès à leur vie intérieure. La pré-thérapie peut donc être définie comme une activité pré-relationnelle et pré-expérientielle.

Vue sous cet angle, la notion de fonctionnement pré-expressif (Prouty, 1998) s'avère d'une importance considérable. Il s'agit d'un concept intuitif et heuristique qui a sa source aussi bien dans l'expérience personnelle de Prouty que dans l'étude des cas cliniques et quantitatifs de la pré-thérapie. Ce concept indique qu'un experiencing désorganisé et incohérent est potentiellement transformable en un pattern³ qui a du sens. Prouty considère tout comportement symptomatique comme l'expression d'une relation ou de tentatives de ressentis, même s'ils ne sont pas encore développés à un niveau expressif. Si le soignant est capable de travailler avec ces formes de fonctionnement, il se peut que la personne puisse être capable de développer quelque expressivité et donc avoir accès à un développement relationnel et un fonctionnement expérientiel. L'utilisation de la notion «pré» indique une vision hautement thérapeutique, puisqu'elle souligne la capacité téléologique de la symptomatologie, à savoir que les symptômes ont en eux-mêmes la clé du sens et de la compréhension. Prenons, par exemple, un homme qui se tient debout dans le couloir, le regard apeuré, les yeux fixés au plafond et qui s'adresse à vous en disant quand vous passez : «Vous les entendez?». On peut penser qu'il s'agit de quelqu'un qui, en vous posant une question, essaie d'entrer en communication avec vous et essaie aussi d'exprimer sa peur d'une façon pré-expérientielle par son expression faciale, le ton de sa voix et la proximité physique. Même si cet homme n'est pas conscient de son apparence, ni de la manière dont, par son expression et son comportement, il livre quelque chose de son monde intérieur, il est évident qu'il se débat au milieu d'étranges expériences et de leurs

² N.d.t.: le terme «Experiencing» signifie être en train de faire une expérience intérieure personnelle. Pris isolément, il est intraduisible en français.

³ N.d.t.: pattern signifie «modèle simplifié d'une structure, en sciences humaines». In *Petit Robert* 2010.

conséquences qui le font souffrir. Le fait qu'il vous contacte est un moment significatif dans le processus possible du dévoilement de tout ce qui est enfermé dans la symptomatologie aliénante de l'expérimentation des hallucinations auditives.

En pré-thérapie, le thérapeute utilise cinq formes de réflexions au moyen desquelles le client est invité à (re)contacter la réalité, l'affectivité et les gens. Ces réflexions de contact sont des réflexions extrêmement littérales et concrètes dont le but est de rejoindre les clients les plus sévèrement isolés ou en état de régression. Avec la technique du reflet, les réalités du monde, du Self et des autres sont présentées d'une manière non-directive et pourtant très concrète, sans jugement, sans évaluation ni interprétation. Les réflexions pré-thérapeutiques sont à l'unisson du faible niveau de fonctionnement de contact du client. Le soignant et la réalité sont ainsi autorisés par le client à se rejoindre dans son monde idiosyncratique⁴. Si c'est le client lui-même qui s'autorise à contacter la réalité qui est présente dans une réflexion – «vous êtes debout dans le couloir; vous semblez avoir peur; vous me regardez dans les yeux et me demandez si je les entends» – cela signifie qu'il est déjà sorti de la position idiosyncratique dans laquelle il s'était quelque peu réfugié; qu'il est ouvert au monde et à celui qui le verbalise. Il a reconnu qu'il se trouve dans le couloir de son unité de soins, qu'il adresse la parole à l'infirmier, et que ce faisant – peut-être pour la première fois – il a donné à voir et il a partagé quelque chose de son fonctionnement psychotique. C'est cela la pré-thérapie individuelle. Fondamentalement le client peut choisir librement entre rester dans sa réalité ou s'engager dans une réalité partagée. La réalité partagée peut concerner la réalité extérieure et objective telle que des gens, des lieux, des événements, toutes sortes de choses. Il peut encore s'agir de la communication avec d'autres, voire du contact avec ses propres sentiments intérieurs. Les cinq formes de réflexions de contact définies par Prouty (1976) sont les suivantes :

1. *Les réflexions situationnelles* [RS] reflètent la situation concrète du client, son environnement ou son milieu. Les gens, les lieux, les événements et les choses sont reflétés pour faciliter le contact avec la réalité; par exemple, «une chaise en bois», «le soleil brille», «Bea entre dans la pièce».

2. *Les réflexions faciales* [RF] reflètent les sentiments pré-expressifs du visage pour faciliter le contact affectif; par exemple, «vos yeux sont mouillés», «Céline sourit».

⁴ N.d.t. : idiosyncrasie : «Disposition personnelle particulière, généralement innée», In *Petit Robert* 2010.

3. *Les réflexions corporelles* [RC] reflètent avec des mots ou des imitations avec son propre corps des mouvements, des postures ou des gestes du client. Ces réflexions aident le client à intégrer l'expression corporelle au sens du self; par exemple, dire: «vous levez le poing», ou encore montrer le poing comme fait le client, ou faire les deux en même temps.

4. *Les réflexions mot pour mot* [RMM] reflètent des mots isolés, des fragments de mots ou de phrases, afin de développer le contact de communication; par exemple: «(marmonnement), bois, (marmonnement), arbre, (marmonnement)»; le thérapeute reflète «bois, arbre», même si le sens n'est pas évident.

5. *Les réflexions répétitives* [RR] répètent des réflexions ayant déjà permis au thérapeute d'instaurer le contact: ces réflexions aident à (re)contacter le client.

Les réflexions de contact (ce que fait le thérapeute) facilitent les fonctions de contact (processus du client) dont le résultat est l'émergence de comportements de contact (mesurables).

Lorsque le contact est établi ou rétabli, les personnes peuvent passer à des formes de psychothérapie plus classiques ou profiter de ce contact restauré pour en explorer les possibilités. Prouty, dans une communication personnelle, me disait qu'une jeune femme, dont l'état nécessitait des soins particuliers, avait été autorisée à retourner en week-end chez sa mère à la suite d'un traitement psychothérapeutique. En effet, ce n'est qu'après avoir pu contacter ses sentiments de colère et même les exprimer, qu'elle parvint à éviter le risque de ces explosions de sentiments non prévisibles qui, à plusieurs reprises, avaient été la cause de comportements inattendus et de problèmes d'organisation au sein de cette famille monoparentale.

L'application de la pré-thérapie à un contexte résidentiel

Étant donné que nous travaillons dans une unité de soins accueillant des personnes ayant une problématique psychotique, la question s'est posée de comment traduire, dans notre cadre de travail et pour notre population spécifique, la méthode individuelle de Prouty. Dans un environnement médical assez traditionnel, nous avons créé l'espace nécessaire pour que l'Approche centrée sur la personne y soit exprimée de manière explicite et que la pré-thérapie soit utilisée lorsqu'elle est indiquée. Bien évidemment, la plus grande partie des activités de notre unité de soins ressemble tout à fait à celle d'autres unités partout ailleurs. Il faut distribuer les médicaments, motiver les gens, faire les lits, organiser les soins thérapeutiques, faire des séances d'information, recevoir des visiteurs, etc. Par contre, l'Approche

centrée sur le client et l'aptitude au travail selon la pré-thérapie de Prouty, exigent une qualité de soins différente et concernent de la même manière les interactions, l'atmosphère générale et la façon de concevoir la thérapie. Les effets sont comparables à ceux du levain dans la pâte. Même en faible quantité, cet élément ajouté a un effet considérable sur la qualité du produit final. Fondamentalement, environ soixante-dix pour cent du travail reste le même, quelle que soit l'approche thérapeutique que vous suivez, quelle que soit la «mélodie thérapeutique» que vous chantez. En soi, l'élément «Approche centrée sur le client» ne représente peut-être que trente pour cent, peut-être même moins, du travail dans son ensemble. Or, ce sont bien ces trente pour cent qui font la différence. Dans notre situation, ceci implique que le personnel soit formé en pré-thérapie et à la facilitation de contact. Ceci nous amène à dire qu'un nouveau concept peut être intégré sans trop bousculer les activités journalières alors que son impact est pourtant considérable et déterminant sur l'essence et la façon dont les soins sont prodigués.

Dans notre unité de soins, le niveau de fonctionnement des clients peut se situer dans la zone grise. Nous utilisons ce terme pour décrire un niveau de fonctionnement qui se situe entre un fonctionnement psychotique «en l'air» et un fonctionnement bien enraciné, que nous appelons «ancré». Les caractéristiques pré-expressives et expressives du comportement se succèdent rapidement voire apparaissent simultanément, ce qui est typique de ce niveau de fonctionnement. Un client me décrit, par exemple, son week-end à la maison de la manière suivante : «...et cætera M. Diable, et puis moi sommes allés dans un magasin pour acheter des trucs pour le souper. M. Diable et ma femme disaient...». Il est évident que de temps à autre il mélange la réalité quotidienne avec sa réalité psychotique idiosyncratique. Une autre cliente, d'une voix très lente et monotone, demandait à l'infirmière «Est-ce qu'ils viennent me chercher?». D'un côté, elle parlait de la réalité de l'heure qui avait été fixée pour aller chez elle, mais en même temps, elle était psychotiquement anxieuse à l'idée d'être emmenée par Dieu sait qui pour être assassinée. Chaque réalité voilait l'autre, mais ensemble, elles étaient présentes. Une histoire d'inceste traînait dans la famille; il est probable que ce soit l'incertitude de l'heure à laquelle ses parents (son père?) devaient venir chercher la cliente, qui ait déclenché le souvenir de l'autre réalité, celle d'une éventuelle visite impromptue ou d'un enlèvement. Ainsi elle a été propulsée au niveau de fonctionnement «zone grise» par une question réaliste mélangée à un *experiencing* psychotique paranoïde.

En général, les deux faces de cette zone transitoire ont besoin qu'on s'occupe d'elles; il faut donc que soit proposé un contact. Les personnes

avec lesquelles nous travaillons se remettent de la phase la plus aiguë de leur perte de contact après un effondrement psychotique. Elles se battent pour que soient restaurées leurs fonctions de contact. Ainsi, n'ont-elles pas seulement besoin de notre soutien continu pour faire face à une psychose encore menaçante, mais aussi d'une offre de contact fortifiante pour renforcer leur fragile ancrage, nouvellement recouvré, dans une réalité partagée, afin d'atteindre un sain fonctionnement.

L'établissement d'un premier contact est nécessaire pour permettre le développement du fonctionnement à un niveau plus pratique, comme par exemple celui de participer aux activités de groupe, faire des projets pour le prochain week-end, prendre le café avec les autres, mettre la table ou la débarrasser, vider le lave-vaisselle, etc.

Je vais maintenant mettre en exergue quelques applications de la pré-thérapie telle que notre unité de soins la pratique dans les cas de psychose. J'espère que j'arriverai aussi à expliquer ce que signifie «créer un milieu de contact».

Dans notre offre de contact, nous faisons la différence entre l'utilisation spontanée et informelle des réflexions de contact telles que décrites plus haut et le travail de contact plus formel et structuré dans une unité de soins. Inutile de dire que le fait de regarder les gens avec des verres de «contact» a eu une grande influence sur la façon dont nous concevons et offrons nos services. Il n'est pas facile de communiquer aux autres la nature de ce travail. En général, lorsque nous parlons de la pratique de la pré-thérapie et surtout quand nous la décrivons, ces réflexions ont l'air de simples répétitions mécaniques du client. Les beaux moments d'une interaction délicate, la réceptivité d'une situation existentielle, la discipline et la concentration que cela requiert, ainsi que le ton badin relativement distant, combiné à une compassion proche et sincère sont difficiles à traduire sur papier. La poésie et l'art ont tendance à se perdre. C'est pourquoi nous recommandons d'allier la lecture de textes comme celui-ci à des exposés sur la pré-thérapie faits par des thérapeutes passionnés et expérimentés, qui ont eux-mêmes bénéficié des retours de Prouty, qui présentent régulièrement leur travail à la supervision de leurs pairs – membres du *Pre-Therapy International Network* – et qui participent chaque année à la réunion de celui-ci pour se tenir au courant des développements de la pré-thérapie dans le monde.

Le chapitre qui suit essaie d'illustrer combien il est important de comprendre la pré-thérapie et de savoir utiliser les réflexions pré-thérapeutiques, spécialement lorsqu'on est face à des personnes en cours de rétablissement d'une psychose ou qui essayent d'éviter de retomber dans le tourbillon

de la psychose elle-même. Je l'appellerai «travail de contact» plutôt que psychothérapie ou pré-thérapie. Je donnerai quelques exemples pratiques de la manière dont ce travail de contact peut être considéré comme un concept-clé dans les séances individuelles et comment les réflexions pré-thérapeutiques peuvent s'intégrer quotidiennement aux interactions soignants-soignés.

Comprendre le travail de contact lors d'une consultation individuelle

Tina est une ancienne patiente de notre unité de soins. Elle vient à l'improviste dans mon bureau pour demander un avis. Elle me pose une question directe: «Qu'est-ce que je peux faire pour ne pas redevenir psychotique?». Un fonctionnement psychotique précédent semble refaire surface et cela lui fait peur. Les mêmes préoccupations tendent à envahir son fonctionnement quotidien: elle fantasme sur les médias et souffre de sentiments de culpabilité par rapport à des choses qui ont eu lieu dans le passé. En même temps, elle semble relativement ancrée dans la réalité: elle est capable de poser une question; elle comprend qu'elle ait dû attendre une demi-heure avant que je la reçoive du fait que j'avais un autre rendez-vous; elle est en contact avec le risque croissant de perdre le contact, etc. Le fonctionnement simultané à ces deux niveaux est typique de la population que nous essayons d'aider.

Elle me reparle de son premier épisode psychotique. Elle avait été formée dans les médias, avait un don pour le dessin et désirait beaucoup travailler dans le monde audiovisuel. Un jour, elle tomba amoureuse d'un homme ressemblant fort à un présentateur de télévision (l'homme-ancrage). Elle commença à lui envoyer des CDs, lui écrire des lettres et lui téléphoner fréquemment. Puis ce comportement s'intensifia. Finalement, l'homme la poursuivit en justice pour harcèlement. Le jugement ordonna à Tina d'arrêter ce genre de comportement. Effrayée par le verdict, elle abandonna. Plus tard, elle tomba amoureuse du présentateur des informations d'une chaîne nationale alors qu'il lisait une note sur la juridiction. Elle commença à envoyer à la chaîne des paquets contenant toutes sortes de graphiques, de CDs et autres messages. Au travail – elle est dessinatrice de sites web – elle se sentit continuellement espionnée par les gens de la télévision et commença à craindre pour sa vie. Son fonctionnement devint problématique. Un soir, chez son frère, elle dit que le présentateur de télévision avait demandé à un journal de presse ce qu'elle avait dans la tête.

Ce fut trop pour elle. N'en pouvant plus et voulant savoir ce qui se passait, elle décida de se faire hospitaliser.

Nous continuons à examiner ce qui se passe maintenant pour elle. Elle raconte comment son passé lui revient et comment cela la déstabilise. Elle se demande, par exemple, ce que les gens ont fait des paquets qu'elle avait envoyés il y a un an. «Je ne sais pas ce qu'ils ont fait de mon mail. J'y avais mis tout moi-même», dit-elle. «C'était plein de pensées très personnelles et de mes espoirs». Elle voit aussi des choses à la télévision que personne ne peut voir. «Parfois, ils regardent ailleurs que dans la caméra. Je leur fais peur». Elle se sent coupable du mail et «tend à vouloir tout examiner avec soin». Il est évident qu'elle souffre du mélange des réalités dans lesquelles elle vit: son passé psychotique et la psychose actuelle.

Pour finir de regarder à quoi ressemble sa vie à l'heure actuelle, nous décidons de faire un inventaire des choses qui ne la dérangent pas, voire de celles qui lui procurent un certain plaisir et réconfort. Pêle-mêle voici ce qu'elle dit: dormir, se réveiller le matin, manger, aller au solarium, écrire des cartes de Noël, décorer le sapin de Noël, acheter des cadeaux. Elle aime également les travaux de la maison comme faire la vaisselle et faire sa chambre. Son travail lui donne aussi beaucoup de satisfaction. Elle trouve que faire du sport comme d'aller à la piscine avec les autres est aussi agréable. Quand elle ne se dispute pas avec son amie, elle aime bien ce contact. Elle fait même des plans pour l'avenir – chercher un endroit de stage, développer son CV, faire un travail bénévole – cela l'aide. En considérant l'ensemble de ces éléments, nous pouvons reconnaître le niveau de fonctionnement dit pré-expressif, le niveau intermédiaire ou «zone grise» et le niveau ancré. Respectivement ils semblent répondre à des questions telles que: «d'où venez-vous et qu'en était-il pour vous avant? Qu'est-ce qui vous menace? Quels sont vos doutes et vos peurs maintenant? Quelles sont vos ressources?». Après avoir examiné ses niveaux de fonctionnement de contact passés et présents, elle arrive à la conclusion que le fait d'en parler lui permet de sentir clairement la différence entre les actions et les contenus sains et constructifs et ceux qui présentent plus de difficultés. Elle dit notamment: «Il vaut mieux que j'arrête de me laisser prendre par des sujets qui vont me rendre à nouveau psychotique, il vaut mieux que je me centre sur ce qui m'accroche à la réalité et que je m'y dirige». Cette conversation l'a aidée à renforcer sa fonction de contact et a eu pour résultat de réduire la symptomatologie psychotique. Tina a pu faire la part des choses, ce qui lui permit de décider par elle-même dans quelle direction aller. Elle choisit d'investir dans le développement de ses forces et de se tenir à l'écart des sables mouvants de l'idéation psychotique. En termes de contact,

on pourrait dire que la cliente a compris d'elle-même que l'ancrage et la perte de contact sont directement et inversement liés. Investir dans le développement de ses forces l'a empêchée de redevenir psychotique.

Les soignants: une passerelle entre le processus individuel et la vie communautaire

Les vignettes cliniques qui suivent sont tirées d'une présentation audiovisuelle réalisée par le personnel infirmier pour illustrer comment la pré-thérapie a influencé leur travail au quotidien, en particulier leur travail avec des clients qui se situent dans la «zone grise», entre un niveau de contact ancré et un niveau de contact psychotique idiosyncratique. Pour initier un contact à ce niveau, il faut être capable d'estimer le niveau de contact du client afin de travailler à ce niveau, puis une fois que le contact est établi et devient plus solide, de tendre lentement vers une communication adéquate. À la différence de l'exemple précédent, le personnel infirmier vit une réalité «objective» et partagée qu'il doit gérer à tout moment. En termes concrets, cela veut dire qu'outre le souci d'entrer en contact avec les clients, il doit également prendre soin de l'organisation de l'unité de soins pour notamment aider les clients à accepter cette organisation et à y participer, même s'ils ont peur, ne comprennent pas, restent repliés sur eux-mêmes, semblent bizarres ou non motivés. Cela implique de créer constamment des passerelles, en particulier lorsque les personnes sont en cours de ré-ancrage au monde dont ils avaient perdu le contrôle ou dont ils s'étaient éloignés.

L'idée est donc d'établir d'abord le contact et ensuite de considérer l'ensemble de la réalité environnante.

1. Faire des projets de week-end

L'infirmière entre dans la chambre d'An – une patiente – pour lui dire qu'elle est attendue à la pause-café. Une passerelle doit être jetée entre la vie de l'unité de soins et la patiente qui est seule dans sa chambre. D'un certain côté, la patiente semble figée, elle ne montre pas d'émotion, ne dit rien de ce qui lui traverse l'esprit, ne réagit pas aux questions directes et reste assise dans sa chambre pendant des heures. De l'autre côté, le fait d'aller dans la salle commune signifierait pour An de faire certaines choses comme prendre le café avec les autres, participer aux activités de l'unité de soins, répondre aux questions de l'infirmière concernant ses projets de week-end.

L'infirmière essaie de créer des passerelles entre ces deux côtés de la situation. Elle instaure d'abord le contact avec An, puis, poursuivant son

programme, elle cherche à savoir à quelle heure An désire quitter l'hôpital pour le week-end et quand elle sera de retour.

Pour ce faire, l'infirmière reste dans le concret. Au début, elle n'utilise que de simples réflexions de contact pré-thérapeutiques. Par la suite, quand le niveau de fonctionnement le permet, délicatement elle pose des questions. Elle ne cesse d'estimer le niveau de fonctionnement de contact de la cliente et de l'élever, lorsque c'est approprié, par des questions concrètes ou des remarques adéquates. Mais l'infirmière reste toujours centrée sur l'ici et maintenant afin de ne pas perdre le contact avec la cliente.

Les réflexions ou les tentatives de questions ont un rapport avec ce qu'elles voient par la fenêtre (*réflexion situationnelle* [RS]: «dehors, il y a des gens qui se promènent»; «il recommence à pleuvoir»), ou encore avec quelque chose qui s'est passé juste avant la rencontre (*réflexion répétitive* [RR]: «à midi, quand je suis venue vous chercher vous étiez assise exactement dans la même position que maintenant»; ou qui a eu lieu hier: «est-ce que c'est votre fils qui vous a donné son petit teddy-bear que vous avez dans les mains, pour l'emporter avec vous à l'hôpital?»). Parfois, elle s'adresse directement à la cliente, en fonction de sa position corporelle (*réflexion de contact* [RC]: «vous avez le coude sur la table»; «vous êtes assise comme vous l'étiez à midi»), de l'expression de son visage (*réflexion faciale* [RF]: «vous soupirez... c'est comme si vous pensiez...»); en fonction des mots qu'elle commence à utiliser (*réflexions mot pour mot* [RMM]: «lâcher prise, ça fait mal...; je n peux pas lâcher; j dois jamais lâcher ça»). La réflexion faciale «vous soupirez» éveille le sens de contact et d'expression de la patiente. Elle se détend un peu et contacte l'infirmière en la regardant. Son niveau de contact s'améliore et rend possible une interaction question-réponse. Finalement, elles peuvent parler des arrangements du week-end. La cliente est maintenant prête à quitter le coin de son lit. Ensemble elles vont au salon prendre le café.

2. Un rire incongru dans la salle de télévision

Tine et Freya regardent la télévision. Christophe, l'infirmier, vient s'asseoir cinq minutes auprès d'elles et leur demande si elles accepteraient de l'aider à mettre la table pour le dîner plus tard. De temps en temps, sans raison apparente, Freya fuse en rires soudains, et marmonne quelque chose en elle-même. L'infirmier parle à Tine du programme de télévision qu'elle regarde et en même temps fait des réflexions destinées à Freya quand elle rit et marmonne. Ainsi, la situation semble contrôlée. D'une part, la forme est respectée: Christophe parle à Tine; en même temps, il entend les rires et

marmonnements de Freya et il en prend soin en les reflétant. Par ailleurs, le contact empathique, acceptant, sans jugement ni interprétation, offert à Freya, l'aide à entrer en contact avec le tourbillon de ses affects, à prendre conscience de là où elle est et de la manière dont elle est perçue par sa voisine et le personnel infirmier. Une fois qu'elle sera en contact avec tout ça, elle pourra peut-être maîtriser la situation et se maîtriser elle-même.

Quand finalement, l'infirmier demande leur collaboration, Tine accepte d'aider et même Freya, sortant quelque peu de son monde privé, semble comprendre que Tine accepte d'aider Christophe.

3. Surmonter un fonctionnement embrumé par le délire

Une femme d'âge moyen se remet d'une dépression avec des caractéristiques psychotiques. La pauvreté est son délire : tout est parti, vide, cassé, fini. Pendant un certain temps elle croit son mari mort, bien que ce ne soit pas le cas.

À un autre moment, elle s'aperçoit que le lave-vaisselle est plein et reste figée devant la machine, ne sachant pas quoi faire des trois tasses qu'elle tient dans la main.

Dans cette séquence, Jo, l'infirmière, la contacte en reflétant ce qu'elle est en train de faire : « Vous êtes en train de mettre la table » [RS] ; « vous êtes là debout avec une petite boîte et des cuillères dans les mains » [RC et RS] ; vous dites : « il n'y a pas assez de cuillères dans la boîte ! » [RMM]. Elle lui reflète également ce dont elle a l'air : « Vous semblez perplexe, c'est comme si vous vouliez poser une question » [RF]. Ces réflexions permettent à cette femme d'entrer plus en contact avec elle-même et par conséquent d'être plus dans l'ici et maintenant, même si le contact est encore fragile. Quand le premier contact est établi, l'infirmière passe à la réalité de ce qui doit être fait. Elle lui demande de vérifier tasse par tasse si chaque tasse a sa cuillère ; la patiente se rend alors compte que chaque tasse a déjà une cuillère. Ainsi, l'idée délirante de ne pas avoir assez de cuillères pour chaque tasse diminue pas à pas et tasse par tasse au contact de la réalité et par l'ancrage dans cette réalité. De cette manière seulement cette femme put saisir l'ensemble de la situation, voir et conclure que tout était en ordre. L'infirmière poursuit ensuite le travail de renforcement de contact et demande à la femme d'aller chercher du lait et du sucre à la cuisine pour les mettre sur la table.

Discussion

En faisant constamment porter notre attention sur le niveau de contact du client, nous avons découvert à quel point le progrès thérapeutique peut être

complexe. Nous en arrivons maintenant à faire l'hypothèse qu'il peut y avoir une distinction entre les niveaux de contact avec la réalité, de contact avec l'affect et de contact avec les autres (contact de communication). Il est probable que ces trois fonctions de contact n'évoluent pas de manière identique au cours du processus psychothérapeutique. Au point où nous en sommes, ce qui est important pour nous, c'est peut-être que les contacts de réalité, d'affectivité et de communication puissent être influencés séparément. Ceci est, en effet, particulièrement important, quand on pense aux conditions d'une unité de soins qui offre quotidiennement aux infirmiers l'opportunité de se centrer sur la réalité et de travailler avec la réalité et la communication. Il est possible de travailler avec le contact. Sur le plan théorique, ce constat vient aussi combler le soi-disant fossé dont on se plaint souvent dans les soins centrés sur la personne, à savoir, choisir entre suivre le processus individuel («être avec») ou travailler avec la réalité («faire avec»). Dans le cadre de notre situation spécifique, sans nous départir de l'attitude centrée sur la personne et en prenant toujours le très concret comme point de départ de toute action, ces deux réalités opposées sont synthétiquement reliées par notre travail. On reflète pour restaurer ou on pratique pour renforcer un fonctionnement de contact pauvre.

En permanence nous essayons de tenir les patients (et nous-mêmes) à l'écart de l'interaction thérapeute-patient caractérisée par l'interprétation, la prise de pouvoir, le contrôle, la catégorisation, le résultat, le jugement et l'autoritarisme; de les tenir (et nous-mêmes) à l'écart des activités répétitives, superficielles, vides, ennuyeuses, obligatoires; nous essayons de leur éviter un niveau de fonctionnement psychotique, inhibé, bizarre, isolé, non-accessible, insécure, végétatif, figé. En revanche, nous essayons de leur offrir l'accès à un fonctionnement expérientiel, ancré, en contact, partagé, décidé, actif, créatif, varié, concentré, agréable et en processus.

Ce que nous avons choisi comme traitement consiste à chercher le contact avec cette partie de la personne qui est encore (ou déjà) ancrée et opérationnelle et de travailler avec elle, si petite fut-elle. Nous faisons alliance avec cette partie qui est capable de gérer des situations de façon adéquate ou qui jouit encore de quelque force. En tant que psychothérapeutes ou facilitateurs de contact, nous essayons d'instaurer le contact, de renforcer l'ancrage et d'aider la personne à maîtriser graduellement et de nouveau la situation. «Quand le contact augmente, les symptômes diminuent», telle est la base de notre raisonnement. Nous nous efforçons de communiquer aux patients et à leurs familles notre façon de voir les choses, ce que nous faisons et pourquoi. Ainsi, par exemple, nous expliquons aux clients

pourquoi il est important qu'ils participent à toutes sortes d'activités thérapeutiques : cela les aide à renforcer leur fonctionnement de contact et indirectement diminue leur psychose.

Parfois, il est difficile de saisir le pattern de changement chez un patient. Il se peut qu'à un moment donné, il soit aux prises à plus de chaos et menace la structure de l'unité. Lorsque les vieux patterns psychologiques sont bousculés, un nouveau processus d'expérimentation problématique se déclenche et un nouvel équilibre personnel doit être trouvé. Mais travailler sur le renforcement des fonctions de contact ne nous fait pas perdre de vue qu'une de nos responsabilités est de considérer le patient individuel et l'unité de soins comme un tout. Nous travaillons avec la réalité présente même si cela veut dire se confronter au patient ou lui imposer des limites temporaires. La pré-thérapie et le travail de contact en général aident à palier ces deux aspects du problème. Comme il est dit plus haut, quand le contact augmente, les symptômes diminuent, et le patient s'adapte mieux à la structure.

L'idée qui a prévalu lors de l'introduction du paradigme de contact dans la mise en place d'un milieu centré sur la personne fut d'essayer de ne pas nier la psychose, de ne pas la cacher, ni de traiter le client avec condescendance. Dans la veine de la pensée de Garry Prouty, nous concevons le comportement psychotique comme un comportement pré-expressif. Cela signifie que nous considérons ce genre de comportement comme la manière qu'utilise le client pour dire des choses qui sont bien là, mais encore en état de processus, donc inaccessibles au client.

Chaque fois que cela est adéquat, notre principale source d'inspiration et notre outil de référence pour les interactions concrètes patients-soignants consiste à penser en termes de «contact» et utiliser les réflexions pré-thérapeutiques. Le but de nos interventions est de restaurer le contact absent ou de renforcer le contact nouvellement recouvré mais encore fragile. Il est intéressant de noter que ces efforts sont possibles sans négliger les autres tâches qui incombent à une unité de soins. Penser en termes de contact facilite une observation plus adéquate, reposant sur une attitude phénoménologique, à savoir d'observer sans immédiatement étiqueter, interpréter ou juger les patients ou leurs comportements. Cela devient une manière naturelle de regarder, de penser, d'interagir et de travailler avec les patients. Rassembler tous ces éléments dans le contexte pluridisciplinaire d'une unité de soins peut être considéré comme une évolution importante de l'Approche centrée sur la personne et un développement de la pratique de la pré-thérapie.

Références

- Coffeng, T., (2001), Contact in the therapy of trauma and dissociation. In: G. Wyatt and P. Sanders (eds.) *Rogers' Therapeutic Conditions: Evolution, theory and practice. Volume 4: contact and perception* (pp. 153-67). Ross-on-Wye, UK: PCCS Books.
- Krietemeyer, B., and Prouty, G., (2003), The art of psychological contact: The psychotherapy of a mentally retarded psychotic client. *Person-Centered and Experiential Psychotherapies*, 2, pp. 151-161.
- Lietaer, G., (1990), The client-centered approach after the Wisconsin project: A personal view of its evolution. In: G. Lietaer, J. Rombauts and R. Van Balen (eds.) *Client-Centered and Experiential Psychotherapy in the Nineties* (pp. 19-45). Leuven: Leuven University Press.
- Peters, H., (1999), Pre-Therapy: a client-centered experiential approach to mentally handicapped people. *Journal of Humanistic Psychology*, 39, pp. 8-29.
- Pörtner, M., (2000), *Trust and Understanding: The Person-Centered Approach to everyday care for people with special needs*. Ross-on-Wye, UK: PCCS Books.
- Prouty, G., (1976), Pre-Therapy – a method of treating pre-expressive psychotic and retarded patients. *Psychotherapy: Theory, research and practice*, 13, pp. 290-95.
- Prouty, G., (1994), *Theoretical evolutions in person-centered/experiential therapy. Applications to schizophrenic and retarded psychoses*. New York: Praeger.
- Prouty, G., (1998), Pre-therapy and the pre-expressive self. *Person-Centered Practice*, 6, pp. 80-8.
- Prouty, G., Van Werde, D. and Pörtner, M., (2002), *Pre-Therapy: Reaching contact-impaired clients*. Ross-on-Wye, UK: PCCS Books.
- Rogers, C., (1957), The necessary and sufficient conditions of therapeutic personality change. *Journal of Consulting Psychology*, 2, pp. 95-103.
- Sommerbeck, L., (2003), *The Client-Centred Therapist in Psychiatric Contexts: A therapists' guide to the psychiatric landscape and its inhabitants*, Ross-on-Wye, UK: PCCS Books.
- Van Werde, D., (2002a), Prouty's Pre-Therapy and contact-work with a broad range of persons' pre-expressive functioning. In: G. Wyatt and P. Sanders (eds.) *Rogers' Therapeutic Conditions: Evolution, theory and practice, volume IV: Contact and Perception* (pp. 168-81). Ross-on-Wye, UK: PCCS Books.
- Van Werde, D., (2002b), The falling man: Pre-Therapy applied to somatic hallucinating. *Person-Centred Practice*, 100, pp. 101-7.
- Van Werde, D., (2004), Cliëntgericht werken met psychotisch functioneren. In: M. Leijssen and N. Stinckens (eds.) *Wijsheid in Gespreksterapie* (pp. 209-24). Leuven: Universitaire Pers Leuven.
- Van Werde, D., and Morton, I., (1999), The relevance of Prouty's Pre-Therapy to dementia care. In: I. Morton (ed.) *Person-Centred Approaches to Dementia Care* (pp. 139-66). Bicester, Oxon: Winslow Press.