

Application des réflexions de contact de la pré-thérapie aux clients en traitement pour abus de substances

Gurpreet Paul

Pre-Therapy International Network

Garry Prouty

Pre-Therapy International Network

Traduction : Marion Saly et Françoise Ducroux-Biass

Gurpreet Paul est docteur en psychologie de la *Professional School of Psychology, Argosy University*, Chicago. Elle a travaillé avec les diverses populations de consultations spécialisées dans les abus de substances, de dispensaires pour malades mentaux ou encore d'hôpitaux psychiatriques. Née en Angleterre, elle a passé la majeure partie de son enfance dans le Wisconsin où elle vit actuellement.

Garry Prouty, docteur en psychologie, nous a quittés il y a un an. C'est dans le milieu hospitalier, en travaillant avec des clients psychotiques et mentalement retardés, qu'il avait développé son approche thérapeutique personnelle, la *Pré-Thérapie*. Entre autres publications et articles, Prouty est l'auteur de *Theoretical Evolutions in Person-Centered / Experiential Psychotherapy: Applications to Schizophrenic and Retarded Psychoses*¹, et coauteur avec Dion Van Werde et

¹ (1994). Westport, Praeger Publishers.

Marlis Pörtner de *Prä-Therapie*². Par ailleurs, Garry Prouty fut le fondateur du *Pre-Therapy International Network*³, organisation internationale pour le travail avec les psychotiques. Pendant plus de vingt ans, il donna en Europe des conférences dans des cliniques, des hôpitaux et à des organismes de formation. En 2004, l'Association de Psychologie de Chicago lui conféra le *Lifetime Career Achievement Award for Pre-Therapy*, il fut aussi élu président de l'ISPS (*International Society for Psychological Study of Schizophrenia*), et *Scientific Associate to the American Academy of Psychoanalysis and Dynamic Psychiatry*.

Résumé

Cet article décrit l'application des réflexions de contact à un client rebelle et non communicatif, pendant un traitement pour abus de substances ordonné par le tribunal. Dans le cadre de ce traitement, le client fut envoyé en psychothérapie par l'éducatrice spécialisée dans les addictions. Comme il résistait à tout essai de communication, la psychothérapeute utilisa des réflexions de contact qui eurent pour résultat de restaurer la communication et de développer une relation psychothérapeutique, ce qui par la suite permit croissance et guérison.

Mots-clés: pré-thérapie, réflexion de contact, thérapie centrée sur le client, non-directivité, abus de substances, traitement sous mandat pénal, relation empathique collaborative, confiance.

La littérature s'intéresse peu à la thérapie centrée sur les clients traités pour abus de substances (Bryant-Jeffries, 2003). La raison n'en est pas claire mais pourrait être la conséquence de modalités de traitement prédominantes qui préfèrent utiliser la confrontation et «briser le déni» (Polcin, 2003). Un tournant récent dans le traitement des abus de substances a mis l'accent sur la

² (1998). Stuttgart, Klett-Cotta, republié en Anglais en 2002 par PCCS Books, Ross-on-Wye, sous le titre de *Pre-Therapy, Reaching contact-impaired clients*. La première partie de cette publication sous la plume de Prouty, est parue en français, par permission spéciale de Klett-Cotta pour un nombre restreint d'exemplaires, dans la défunte revue *Mouvance Rogérienne* en mars 2004 sous le titre: *Les Fondements de la pré-thérapie*, traduction F. Ducroux-Biass.

³ N.d.t.: réseau international de pré-thérapie.

construction d'une relation empathique collaborative à travers l'entretien motivationnel. Mais l'entretien motivationnel possède des composantes à la fois directives et non-directives et, de ce fait, demeure une modalité dirigée par le thérapeute (Miller & Rollnick, 1991). Toutefois, une récente publication de Graham, Saunders & Margaret (1995) parle du traitement d'abus de substances dans une perspective centrée sur le client, le principe essentiel de leur approche étant que le client conserve la maîtrise de son traitement.

Initialement, Graham, Saunders & Margaret (1995) avaient développé leur modèle pour les personnes âgées, celles-ci ayant des besoins spécifiques (tels ceux créés par des problèmes d'audition). De plus, ces chercheurs avaient remarqué des fossés générationnels et culturels par rapport à la jeune génération eu égard aux types de problèmes, aux choix de drogues et au manque de volonté d'entrer en traitement malgré d'éventuelles conséquences d'ordre vital d'une part, et au besoin de contrôler le rythme et l'orientation du traitement d'autre part. Toutefois Graham, Saunders & Margaret (1995) soulignèrent que ce modèle pouvait également s'appliquer aux individus plus jeunes parce que, indiquèrent-ils, de nombreuses personnes qui entrent en traitement pour abus de substances présentent des problèmes multidimensionnels, une réticence à s'engager dans un traitement, et un désir de contrôler le rythme et l'orientation du traitement. Cette approche peut être décrite comme «être là où est le client» (Graham, Saunders & Margaret, 1995). Nombre de ces clients font l'expérience de difficultés pour entrer en communication avec le thérapeute et par conséquent abandonnent le traitement. D'aucun remarqua que cela ne signifiait pas nécessairement que le client ne fût pas en contact psychologique; en tous les cas, l'intention de cet article est de convaincre les thérapeutes de ne pas faire cette supposition (Wilder, 2005).

L'approche proposée par Graham, Saunders & Margaret (1995) possède deux composantes principales: (1) l'individu qui reçoit le traitement contrôle les buts et le processus du traitement; (2) les problèmes liés aux abus de substances sont considérés dans le contexte de vie de la personne. Par conséquent le traitement de chaque personne est individualisé et varie d'un patient à l'autre. De plus, parce que le traitement est centré sur le client et considère le contexte de vie, les thérapeutes doivent se préparer à prendre en considération tous les problèmes de la vie de leur client, même ceux qui ne semblent pas liés aux abus de substances. Cela rejoint l'hypothèse selon laquelle l'individu arrive en traitement pour des conséquences négatives de l'usage de substances et non à cause des substances elles-mêmes.

Ces conséquences négatives peuvent être la cible initiale du traitement pour les clients et ensuite influencer le problème des abus de substances. Ainsi le thérapeute doit se préparer à collaborer avec le client pour résoudre ces problèmes et également avec le service qui fait le lien entre le client et le service des ressources susceptible de proposer d'autres supports (Graham, Saunders & Margaret, 1995).

Dans ce modèle, il existe des stades spécifiques au processus de traitement (Graham, Saunders & Margaret, 1995). L'élément-clé réside dans le fait que c'est le client et non le thérapeute qui définit le traitement car, d'après le paradigme, le client sait mieux les buts et orientations de son traitement. L'objectif et le traitement sont collaboratifs, posés et définis par les clients eux-mêmes (Graham, Saunders & Margaret, 1995).

Graham & Baron (1995) ont examiné différentes situations et la manière dont le traitement les affecte. Pour cela, ils ont recueilli des données collectives au moment de l'évaluation (N=91) et pendant le traitement (N=56), ainsi que des données provenant de cas individuels. Chez 38% des participants/clients on a noté des problèmes d'alcool, de modérés à extrêmes, mais aucun problème de drogue; 38% présentaient à la fois des problèmes de drogue et d'alcool et 11% uniquement des problèmes de drogue. Les situations mises en évidence au cours du traitement furent notamment des situations relatives à l'usage de drogues prescrites, la santé physique, la santé émotionnelle, les capacités cognitives, l'hygiène personnelle, les contacts sociaux, les activités de loisir, l'équilibre de l'alimentation, les conditions économiques, les conditions de logement. Dans tous ces domaines, alcool excepté, il fut constaté une amélioration chez 59,3% des clients; 8% des cas restèrent inchangés et 25,9% montrèrent une détérioration. En ce qui concerne la consommation d'alcool et problèmes associés, une amélioration a été constatée chez 45,8% des clients; dans 15,6% des cas on nota une amélioration partielle et dans 39,6% des cas aucun changement ne fut constaté (Graham & Baron, 1995).

La Pré-thérapie

La pré-thérapie est une évolution dans la thérapie centrée sur le client. Rogers (1957) suggéra que le contact psychologique était la première condition d'une relation thérapeutique. Toutefois il n'indiqua ni technique thérapeutique ni méthode de recherche. La pré-thérapie apporte une méthode thérapeutique et un modèle de contact psychologique permettant la recherche (Prouty, 1994).

La pré-thérapie décrit le contact psychologique au moyen de trois structures : (1) les réflexions de contact (travail du thérapeute), (2) les fonctions de contact (processus du client), et (3) les comportements de contact (comportements opérationnalisés pour la recherche).

Les réflexions de contact

Les *réflexions de contact* ont pour fonction théorique de développer le contact entre le thérapeute et le client quand ce dernier est incapable de manifester des fonctions d'affectivité, de communication ou de réalité suffisantes pour la psychothérapie. Les réflexions de contact sont concrètes dans le sens où elles sont extraordinairement littérales et duplicatives. Elles sont empathiques envers la particularité spécifique et concrète de la diminution des efforts du client dans l'expression et la communication. Buber (1964) décrivait cela par « pointer du doigt le concret ». Comme l'ont affirmé Karon et Vanderbos (1981), il y a cinq catégories de réflexions de contact : réflexion situationnelle (RS), réflexion faciale (RF), réflexion mot pour mot (RMM), réflexion corporelle (RC) et réflexion réitérative (RR).

Le *contact situationnel* fait référence aux réflexions de la situation du client, de son environnement ou de son milieu, par exemple : « Tom joue avec la balle rouge » ou « Vous regardez par la fenêtre ». Ce type de réflexion aide à établir un contact de réalité pour le client.

Le *contact facial* décrit les réflexions de l'affect facial du client. Nombre de clients régressifs pour cause de médicaments ou d'institutionnalisation, se trouvent dans un état d'autisme émotionnel, d'engourdissement ou d'absence. Les réflexions faciales ont pour fonction théorique de développer le contact affectif. Exemple : « vous avez l'air triste » ou plus concrètement « vous avez les larmes aux yeux ».

Les *réflexions de contact mot pour mot* accueillent l'expression régressée des clients : les mots seuls ou les phrases isolées, les fragments de mots et, quelques fois, les sons. De tels clients alternent entre des états de cohérence et d'incohérence. Un exemple pourrait être : « le (incohérence) est rouge et (incohérence) ». Pour encourager la communication avec le client, le thérapeute reflète les mots compréhensibles.

Les *réflexions de contact corporelles* qui concernent des expressions corporelles du client sont exprimées verbalement, par exemple : « Vous avez le bras en l'air ». Quelquefois, avec des patients plus régressés, le thérapeute utilisera son propre corps pour exprimer la réflexion.

Le *re-contact ou réflexion réitérative* ne fait pas référence à une technique spécifique mais à un principe. Si la réflexion de contact a été un succès,

elle devra être répétée. Répéter la réflexion facilite la relation ou le processus d'expérimentation⁴. Il y a deux types de re-contact : le contact immédiat et le contact à long terme. Le re-contact immédiat suit directement un contact qui a eu du succès. Par exemple, si un client profondément retardé prononce le mot «serviette», le thérapeute reflète le mot «serviette»; après quoi le client produit un nouveau mot: «bonbon». Le re-contact à long terme fait référence à une période variable de temps de réflexion. Par exemple, une cliente psychotique retardée se touche le front, ce que le thérapeute reflète; plus tard dans la séance, le thérapeute se touche à nouveau le front et provoque ainsi de nouvelles verbalisations de la part de la cliente qui commence à élaborer sur de précédentes paroles.

Les *réflexions temporelles* suivent le rythme de l'expression du client. Par exemple, les dépressifs s'expriment lentement alors que les maniaques s'expriment plus rapidement.

Les *réflexions spatiales* répondent aux hallucinations. Par exemple, «vous le voyez là-bas» ou «c'est proche de vous».

Les fonctions de contact

Le *contact de réalité* est la prise de conscience des personnes, lieux, choses et événements. Le *contact affectif* est la prise de conscience des humeurs (subtiles), des sentiments (spécifiques) et des émotions (intenses). Le *contact de communication* est la symbolisation de la réalité et de l'affect. Les réflexions de contact facilitent les fonctions de contact, ce qui a pour résultat l'émergence des comportements de contact.

Les comportements de contact

Ce sont les contacts de réalité, affectifs et de communication opérationnalisés. Le contact de réalité est la verbalisation des personnes, lieux, choses et événements. Le contact affectif est la verbalisation des mots et des expressions faciales et corporelles qui expriment des sentiments. Le contact de communication est la verbalisation de tout langage social. La *Pre-Therapy Rating Scale*⁵ (PTRS) (Prouty, 1994) et l'*Evaluation Criterion for the Pre-Therapy Interview*⁶ (ECPI) (Dinacci, 1997) sont les deux premiers instruments de

⁴ N.d.t.: *experienting*: «lorsque, dans une relation thérapeutique, un individu fait l'expérience complète et sans réticence de la prise de conscience d'un sentiment jusqu'ici refoulé, non seulement il perçoit un changement psychologique mais, un nouvel état de compréhension (insight) s'étant formé, il ressent également un changement physiologique concomitant». In Tudor, K. & Merry, T., (2006), *Dictionary of Person-Centred Psychology*, Ross-on-Wye, PCCS Books. (Trad. F. Ducroux-Biass).

⁵ N.d.t.: en français «Echelle d'évaluation de la pré-thérapie».

⁶ N.d.t.: en français «Critère d'évaluation de l'entretien en pré-thérapie».

mesure de la pré-thérapie. Certaines informations en ont confirmé la validité, la fiabilité et ont constaté l'augmentation des comportements de contact (Dekeyser, Prouty et Elliott, 2008).

Cas clinique

Présentation

J est un jeune caucasien de 15 ans hospitalisé pour dépendance à la cocaïne. Son éducatrice spécialisée dans les addictions, demanda une évaluation psychologique. Le rapport indiquait des passages à l'acte sous le coup de la colère et un refus de se plier au traitement. Le rapport stipulait également une éventuelle histoire d'abus sexuel et d'allumage de feux. Finalement, le rapport indiquait aussi que J déclarait qu'il aimait encourager sa petite amie à boire pour avoir des rapports sexuels avec elle.

Anamnèse (transmise par le centre de traitement)

J a été élevé par sa mère biologique qui a quitté son père biologique très tôt après sa naissance. L'enquête sociale a relevé que son père était dépendant au crack et à la cocaïne et qu'il abusait d'elle. Depuis un an, J est parti de chez sa mère parce qu'il avait le sentiment qu'elle était folle. Il dit qu'il ne lui parlait pas, même quand il aurait voulu le faire, parce qu'elle se mettait trop en colère pour qu'il arrive à lui parler. D'après les rapports de l'enquête, J est parti de chez sa mère parce qu'elle était alcoolique et abusait de lui. Il déclara également que son père n'avait jamais été présent pour lui (même si le père a essayé d'être en contact avec lui). Actuellement, J vit dans une famille d'accueil mais il souhaiterait pouvoir aller vivre avec son père et sa demi-sœur. Il a déjà vécu dans cette famille pendant un an et, pendant deux ans, il a entretenu une relation avec la fille biologique de ses parents d'accueil qui tomba enceinte et attend aujourd'hui le fils de J.

D'après le résumé de ce rapport, J déclare avoir eu sa première relation sexuelle à l'âge de six ans avec une nièce de dix ans. Cependant, il le nia au cours de sa première rencontre avec la thérapeute. Les registres font également mention d'un problème d'abus sexuels, ce que J nia aussi. Il déclara que son grand-père avait agressé sa jeune sœur pendant huit ans mais que, lui, il ne l'avait jamais touché⁷; J nia également avoir essayé d'enivrer sa

⁷ «d'après l'enquête du Département du service de la famille et de l'enfance (*DCFS: Department of Child and Family Service*)».

petite amie pour des raisons sexuelles. Il déclara qu'il souhaitait seulement qu'ils s'alcoolisent ensemble pour faire une expérience. Par ailleurs, sa petite amie était enceinte de 6 mois.

J consomma de l'alcool pour la première fois à l'âge de 5 ans en buvant quelques gorgées de la bière de sa mère. Il déclara qu'il ne s'enivrait jamais de peur de finir comme sa mère. Par contre, il commença à consommer de la marijuana à l'âge de 10 ans. Il dit avoir commencé parce que ses voisins lui ont présenté la drogue. Bien que J admit fumer 3 à 4 joints par jour, il déclara avoir arrêté la marijuana deux semaines avant son admission au centre de réhabilitation de Gateway et, en conséquence, ne croyait pas avoir de problème de drogue. De fait, il a précisé qu'il n'avait pas le sentiment de consommer de la drogue pour gérer ses problèmes personnels comme le suggérait son éducatrice. Les rapports indiquent que J a été arrêté pour détention de cocaïne, mais il affirme qu'il gardait la drogue pour un ami et n'avait pas l'intention de la consommer. Il n'a jamais été en traitement pour abus de substances.

J a été admis en hôpital psychiatrique deux fois. D'après les comptes rendus hospitaliers, il fut hospitalisé une fois pour tentative d'incendie et une autre fois pour avoir porté un couteau de boucher à la gorge de sa sœur. Diagnostiqué avec des troubles bipolaire et déficitaire de l'attention, il fut prescrit du Seroquel, du Concerta et de la Ritaline⁸. J nia avoir jamais, d'hier à aujourd'hui, ressenti les symptômes de ces troubles. De plus, il nia les facteurs ayant précipité son hospitalisation et affirma qu'il s'agissait juste de malentendus. Il nia également avoir été envoyé chez un psychiatre.

Processus de la thérapie

Au cours du premier rendez-vous, J était très en colère et hostile envers la thérapeute. Il déclara être en colère parce que tout le monde pensait qu'il avait un problème de drogue et qu'en conséquence on insistait pour qu'il vienne se faire soigner dans ce centre. Il insistait sur le fait qu'il n'avait aucun problème et qu'il ne prenait pas de cocaïne. Il souhaitait qu'on puisse croire qu'il gardait la cocaïne pour un ami. Il se sentait incompris et impuissant. Qui plus est, il avait le sentiment que le personnel du centre s'en prenait à lui et en rajoutait. Plus important, J souffrait de fréquents maux de dos et avait le sentiment que l'équipe médicale ne l'entendait pas, ni

⁸ N.d.l.r.: les dénominations ici reprises sont celles des marques commerciales des médicaments prescrits. Le Seroquel est un antipsychotique dont le principe actif est la quétiapine. Le Concerta et la Ritaline sont des médicaments psychostimulants connus pour leur action sur le système cognitif et dont le principe actif est le chlorhydrate méthylphénidate.

même ne le croyait. Il dit à la thérapeute qu'il n'était même pas certain de vouloir être en thérapie parce qu'il pensait qu'elle utiliserait mieux son temps en travaillant avec quelqu'un d'autre. De fait, J pensait qu'il devrait être lui-même thérapeute en train d'aider les autres patients. Ayant réalisé cela, il déclara à la thérapeute qu'elle n'avait plus besoin de le voir. La thérapeute dit à J qu'elle respectait sa décision et que s'il changeait d'avis elle serait d'accord pour le revoir. Cependant, elle précisa bien qu'elle ne cherchait pas à l'influencer et qu'elle n'attendait rien de lui.

L'éducatrice de J ne fut pas d'accord avec sa décision de ne pas continuer la thérapie; elle lui donna donc le choix entre voir la thérapeute ou être éliminé du programme de réhabilitation. Pour éviter d'être envoyé en prison, J commença à voir la thérapeute à raison d'une heure par semaine. Pendant le premier mois, il ne parla pas et resta assis en silence tout le temps des séances. Au cours de la première séance, au bout de 20 minutes environ, la thérapeute essaya de proposer différentes hypothèses telles que: «Je me demande pourquoi vous ne parlez pas. Je me demande si vous vous sentez obligé d'être ici alors que vous ne voulez pas me parler ou que vous êtes en colère, ou s'il n'y a rien dont vous auriez envie de parler. Ou peut-être est-ce autre chose?». J ne répondit pas à ses interrogations et resta silencieux. Afin de maintenir le contact avec lui, la thérapeute commença à utiliser des réflexions de contact. Les réflexions de contact comprennent les réflexions situationnelles (RS), faciales (RF), corporelles (RC), mot pour mot (RMM) et réitératives (RR).

Réflexions de contact de la première séance

J: [croise les jambes].

Thérapeute: [croise les jambes]. (RC)

J: [regarde la thérapeute directement dans les yeux].

Thérapeute: [regarde J directement dans les yeux]. (RF)

J: [se frotte les mains].

Thérapeute: [se frotte les mains]. (RC)

J: [il s'assied les jambes croisées et regarde la thérapeute pendant le reste de la séance. Quand la fin de la séance est indiquée par l'annonce du déjeuner, J sourit à la thérapeute, hoche la tête et quitte la pièce].

La deuxième séance fut très similaire à la première, la thérapeute continuant de maintenir le contact avec J à travers des réflexions corporelles. Au début J sembla ne pas être certain que les mouvements de la thérapeute étaient

une réponse qui lui était adressée. C'est pour cette raison qu'il bougea d'une manière très évidente pendant quelques minutes, puis parut se détendre.

J: [lève le bras et le secoue très vite].

Thérapeute: [lève le bras et le secoue très vite]. (RC)

J: [se racle la gorge].

Thérapeute: [se racle la gorge]. (RC)

J: [se lève puis s'assied].

Thérapeute: [se lève puis s'assied]. (RC)

J: [s'adosse à son siège et se croise les bras sur la poitrine].

Thérapeute: [s'adosse à son siège et se croise les bras sur la poitrine].
(RC)

J: [regarde la thérapeute pendant 5 minutes].

Thérapeute: [regarde J pendant 5 minutes]. (RC)

J: [croise les jambes et se frotte le visage avec les mains].

Thérapeute: [croise les jambes et se frotte le visage avec les mains].
(RC)

J: [recommence à regarder la thérapeute pendant le reste de la
séance].

Thérapeute: [regarde J pendant le reste de la séance]. (RC)

Quand il quitta la pièce, J remercia la thérapeute et dit que ça avait été bon d'être là.

Lors de la troisième rencontre, J parla pendant quelques minutes; la thérapeute utilisa des réponses de compréhension empathique. Mais ces réponses empathiques provoquèrent la colère de J, ce qui indiqua à la thérapeute qu'elle n'était pas en contact avec lui. La thérapeute continua donc avec les réflexions de contact et répondit à J par des réflexions mot pour mot quand celui-ci parlait.

J: Ils s'en prennent à moi. Ils me reprennent mes points⁹, ils refusent mon passe, ils le font exprès. Je ne l'ai même pas mérité.

Thérapeute: c'est comme s'ils vous punissaient sans raison. (Réponse empathique traditionnelle)

J: NON! Vraiment, ils s'en prennent à moi.

Thérapeute: ils s'en prennent vraiment à vous. (RMM)

J: ouais! [silencieux pendant dix minutes, croise les jambes].

Thérapeute: [croise les jambes]. (RC)

⁹ Il s'agit de points distribués aux résidents pour bonne conduite.

J: ils m'ont enlevé mon passe.

Thérapeute: ils vous ont enlevé votre passe. (RMM)

J: ils m'ont repris mes points, même que je n'ai rien fait.

Thérapeute: ils vous ont repris vos points, même que vous n'avez rien fait. (RMM)

Pendant le mois qui suivit, les séances continuèrent de même.

J: je n'ai même pas de problème de drogue.

Thérapeute: vous n'avez même pas de problème de drogue. (RMM)

J: je déteste cet endroit. Personne ne me croit.

Thérapeute: vous détestez cet endroit. Personne ne vous croit. (RMM)

J: ouais. [Il commence à pleurer].

Thérapeute: vous pleurez. (RF)

J: je veux partir parce qu'ils n'arrêtent pas de s'en prendre à moi.

Thérapeute: vous voulez partir parce qu'ils n'arrêtent pas de s'en prendre à vous. (RMM)

J: [pleure, la tête dans les mains].

Thérapeute: vous pleurez et vous tenez votre tête dans les mains. (RS)

Finalement, J demanda à rencontrer la thérapeute deux fois par semaine. Au bout d'un mois, la thérapeute commença à répondre à J par des réponses empathiques plutôt que par des réflexions de contact. Il ne se mit pas en colère et continua de venir aux séances.

J: Je voudrais qu'ils me laissent sortir avec mon passe. Même que je n'ai rien fait. S peut sortir avec son passe et il continue à se mettre en colère. Ouais, je m'énerve, mais j'explose au nez de personne. Mais ils continuent à s'en prendre à moi et à me prendre mon passe.

Thérapeute: il semble vraiment injuste que S puisse sortir avec son passe et pas vous. Vous ne vous mettez même pas en colère comme lui. (Réponse empathique traditionnelle)

J: ouais, parfois j'ai l'impression qu'ils sont plus durs avec moi. Tout le monde s'en sort avec beaucoup plus, et si je fais quoi que ce soit de travers, j'ai des problèmes.

Thérapeute: il semble qu'ils sont plus durs avec vous qu'avec tous les autres. (réponse empathique traditionnelle)

J: ouais, je déteste ça.

Pendant les trois mois qui suivirent, J parla de son désir d'assumer la responsabilité de ses actes et commença à admettre ses problèmes de drogue et de colère. À sa demande, il collabora avec la thérapeute et travailla sur les moyens de gérer sa colère et les facteurs déclenchant l'usage de drogue. Ils collaborèrent également sur les compétences parentales que J voudrait développer pour son futur enfant. Peu à peu il sembla plus satisfait de lui-même et dit se sentir moins seul et moins déprimé. De plus, ses maux de dos devinrent moins fréquents. En outre, d'après son éducatrice, il passait moins à l'acte et faisait preuve de comportements positifs. Par ailleurs, il participait pleinement au traitement et avait même commencé à assister de lui-même à des traitements ambulatoires libres.

Discussion

Le processus de la thérapie semble avoir été facilité par l'approche non-directive inhérente non seulement à l'approche centrée sur le client mais également à la pré-thérapie. De fait, la pré-thérapie est exceptionnellement non-directive puisqu'elle n'introduit pas d'autres mots que ceux du client ; par conséquent la seule réalité explorée est celle du client. Dans le travail avec J, il semble que la non-directivité de cette thérapie vint à bout de la résistance si commune à cette population. En d'autres termes, dans le travail de la thérapeute avec J, la pré-thérapie ainsi utilisée par la thérapeute n'a pas favorisé de résistance.

Le processus de la thérapie fut également facilité par le développement de la relation thérapeutique à travers la confiance. La thérapeute pose l'hypothèse que J avait initialement des difficultés à lui faire confiance parce que, souvent, le traitement pour abus de substances effectué sous mandat est particulièrement directif. En outre, il avait mentionné des difficultés de communication avec sa mère qui lui criait après chaque fois qu'il parlait. De plus, son père était habituellement indisponible. Ainsi, elle suppose également que, intrinsèquement, J peut ne pas lui avoir fait confiance au début de la relation thérapeutique, parce que très tôt, il avait appris à être contredit ou à ne pas être reçu positivement. À certains moments dans la thérapie, elle a eu l'impression que J vérifiait si elle voulait bien aller «là» avec lui. En d'autres termes, elle a eu le net sentiment qu'il s'assurait qu'elle était suffisamment digne de confiance pour rester avec lui dans son expérience. Elle a souvent ressenti cette intention lorsqu'il effectuait des gestes de la main particuliers et peu communs, puis la regardait pour voir si elle allait le suivre. Par exemple, une fois, il leva à demi son bras droit et agita

le coude d'avant en arrière. Quand elle en fit autant, il sourit et s'adossa à sa chaise, comme si elle lui avait prouvé que rien ne la déconcerterait. À travers ces réflexions de contact, elle développa une relation thérapeutique avec J.

Il fut difficile, pour la thérapeute, de noter chez J un changement majeur entre les réflexions de contact et les réponses empathiques traditionnelles. La méthode de contact fonctionna graduellement et il n'y eut pas de tournant visible que la thérapeute pu discerner avec précision. Cela semble indiquer que la thérapeute répondait de manière intuitive plutôt que selon une technique apprise. L'utilisation de cette méthode indique par ailleurs que la thérapeute est restée non-directive avec J pendant le travail qu'ils firent ensemble. Il est également important de noter que J ne remarqua jamais les changements de sa manière de refléter, ce qui pourrait indiquer qu'il ressentit la cohérence de ses réponses.

Vers la fin du travail qu'ils firent ensemble, J collaborait activement avec la thérapeute sur des sujets qui le préoccupaient personnellement. Il demanda également de lui-même, sans incitation de la part de la thérapeute ou du centre de traitement, qu'une fois libéré par le tribunal, ils puissent poursuivre ensemble le travail commencé. Ceci fait ressortir un net contraste avec le début de la thérapie, quand il se sentait forcé d'être avec elle et restait assis en silence. En outre, au début de leur travail, il était plutôt inflexible sur le fait qu'il n'avait pas besoin de traitement et avait le sentiment qu'on s'en prenait à lui. En revanche, vers la fin du traitement, il recherchait activement les moyens de contrôler sa colère, de développer ses compétences parentales et de s'abstenir de consommer de la cocaïne. Il semble évident qu'avant le traitement J n'avait aucune structure mais qu'avec la thérapie, il en acquit une au point de rechercher activement un traitement.

Si J n'avait pas poursuivi le traitement, il aurait été éliminé du programme de réhabilitation comme l'avait décidé son éducatrice spécialisée. Si la thérapeute n'avait pas établi de contact avec lui, il aurait été exclu du programme et renvoyé en prison. Au contraire, à travers le travail de contact et la thérapie centrée sur le client, il acquit la structure qui lui manquait et évolua activement dans une direction positive.

Conclusion

L'application de la pré-thérapie (soit les réflexions de contact) à un client consommateur abusif de substances, replié sur lui-même et rebelle, peut

être un acteur de changement positif considérable. Comme l'étude de cas l'a démontré, le client devint davantage capable de communiquer avec la thérapeute et de rechercher, de son propre chef, une thérapie traditionnelle. Il participa plus fréquemment aux séances et dit se sentir moins seul et moins déprimé. En outre, il admit avoir un problème de drogue. Sans l'utilisation de la pré-thérapie, le client aurait pu être envoyé en prison. Comme le montre cette étude, l'application de la pré-thérapie a le potentiel de devenir un outil de valeur pour atteindre des patients non communicatifs.

Références

- Bryant-Jeffries, R., (2003), *Problem drinking: A person-centered dialogue*. Oxford, UK: Radcliffe Medical Press.
- Buber, M., (1964), Phenomenological analysis of existence versus pointing to the concrete. In M. Friedman (Ed.), *The worlds of existentialism* (p. 547). New York: Random House.
- Dekeyser, M., Prouty, G., & Elliott, R., (2008), Pre-Therapy process and outcome: A review of research instruments and findings. *Person-Centered and Experiential Therapies*, 7(1), pp. 39-55.
- Dinacci, A., (1997), Ricerca sperimentale sul trattamento psicologico dei pazienti Schizophrenie con la Pre-Therapia Dr. G. Prouty. *Psychologia Della Persona*, 2(4), pp. 3-8.
- Graham, K., & Baron, J., (1995), *Client-Centered and holistic approach for older persons with addiction problems*. Comparative Treatments of Substance Abuse. New York: Springer Publishing Company.
- Graham, K., Saunders, S.J., & Margaret, C., (1995), *Addictions treatment for older adults: Evaluation of an innovative client-centered approach*. New York: Routledge.
- Karon, B. & Vanderbos, G., (1981), *Psychotherapy of schizophrenia* (p. 31). New York: Aaronson.
- Miller, W.R., & Rollnick, S., (1991), *Motivational interviewing. Preparing people to change addictive behavior*. New York: Guilford Press.
- Polcin, D. L., (2003), Rethinking confrontation in alcohol and drug treatment: Consideration of the clinical context. *Substance Use and Misuse*, 38, pp. 165-184.
- Prouty, G., (1994), *Theoretical evolutions in person-centered / experiential therapy: Applications to schizophrenic and retarded psychoses*. Westport: Praeger.
- Rogers, C.R., (1957), The necessary and sufficient conditions for therapeutic change. *Journal of Consulting Psychology*, 21 (2), pp. 95-103.
- Wilder, S., (2005), *An exploration of Non-Directive work with drug and alcohol users: Embracing Non-directivity*. Ross-on-Wye, UK: PCCS Books.