

L'approche centrée sur la personne dans le travail avec des personnes ayant des besoins spécifiques

Marlis Pörtner

Traduction : Françoise Ducroux-Biass

Marlis Pörtner vit à Zürich, en Suisse alémanique. Elle est psychothérapeute en libéral. Elle est également consultante et superviseur pour plusieurs institutions de service social.

Note de l'auteur: Cet article, originellement écrit en allemand, a été publié en anglais sous le titre «Person-Centred Approach in Working with People with Special needs», in *Person-Centred Practice, Vol. 9, No. 1.*, Llangaron, PCCS Books, 2001, et sous le titre «Der personzentrierte Ansatz in der Arbeit mit geistig behinderten Menschen», in *Die vielen Gesichter personzentrierter Psychotherapie*, Keil, W & Stumm, G. (ed.), Wien, New York, Springer 2002.

L'expression «personnes avec des besoins spécifiques» est utilisée ici pour désigner des personnes ayant une incapacité mentale. Cependant cette dénomination générale ne convient pas à tous les contextes. C'est pourquoi plus de clarté et de précision s'imposent dans ce que je désire exprimer. Pour des raisons de compréhension je prends la liberté d'utiliser des termes plus spécifiques tels que «handicapé» ou «infirmes». J'espère que le lecteur comprendra que ces termes n'ont pas un caractère désobligeant mais qu'ils correspondent à une attitude de profonde acceptation et de respect pour les êtres humains concernés.

Dans la traduction française (2006), basée sur le texte anglais, quelques mises à jour ont été apportées par mes soins.

Résumé

Les principes fondamentaux de l'approche centrée sur la personne et leur mise en pratique font de cette approche une manière efficace de travailler avec des personnes mentalement handicapées. Dans cet article sont décrits les circonstances particulières, les problèmes et l'objectif principal de la psychothérapie avec cette catégorie de clients. Une attitude centrée sur la personne n'est pas seulement pratiquée pendant la séance de psychothérapie mais, dans la mesure où les structures et les tâches de l'institution ou de la communauté où elles vivent sont prises en compte, elle est aussi adéquate dans les soins quotidiens que requièrent ces personnes. Les éléments du travail centré sur la personne qui sont essentiels à ce champ d'activité en particulier seront abordés, de même que la manière efficace dont peuvent se compléter la psychothérapie centrée sur le client et le travail centré sur la personne dans les soins quotidiens.

Mots-clés: handicap mental, soins quotidiens, centré sur la personne, pré-thérapie.

Psychothérapie centrée sur la personne pour les personnes ayant des besoins spécifiques

La psychothérapie pour des personnes avec des besoins spécifiques est relativement récente et en plein développement. Les principes de base et les approches pratiques de la psychothérapie centrée sur la personne répondent à ses exigences spécifiques et peuvent contribuer à ses développements futurs. Ce n'est qu'à partir des années huitante que l'intérêt pour la psychothérapie des personnes handicapées mentales fit progressivement son apparition dans les conférences et dans la littérature. Des auteurs d'approches diverses se sont penchés sur la question: Henniscke et Rothaus (dir.), 1993; Lotz, Koch et Stahl (dir.), 1994; Lotz, Stahl et Irblich (dir.),

1996; Sinason, 1992. Il y eut aussi des psychothérapeutes centrés sur le client comme Badelt, 1984, 1990, 1991; Peters, 1986, 1992, 1993, 1996b, 1999; Pörtner, 1984, 1990, 1996a, 2003; Prouty, 1997, 1990, 1994. Mais finalement les psychothérapeutes qui travaillent dans ce domaine sont très peu nombreux.

Pendant des années il est allé de soi, en psychiatrie comme en éducation spécialisée, que les troubles du comportement des «personnes avec des besoins spécifiques» étaient la conséquence d'une lésion cérébrale et qu'ils ne pouvaient être ni compris, ni améliorés. Pour cette catégorie de gens une seule chose était considérée comme nécessaire: subvenir à leurs besoins essentiels. Plus tard, l'idée fut émise que les troubles du comportement pourraient être aussi la conséquence de circonstances de vie défavorables. En supposant que leur organisme réagirait de manière positive à des situations favorables et qu'ainsi leurs troubles disparaîtraient, des éducateurs progressistes en vinrent à faire sortir les handicapés mentaux des hôpitaux et à normaliser leurs conditions de vie. Cette conclusion est apparue comme erronée. Parfois même, les troubles apparurent avec davantage d'évidence car ces théories nouvelles et plus libérales permettaient aux individualités des personnes infirmes de se manifester plus ouvertement. Il s'est avéré que les personnes ayant des besoins spécifiques souffrent plus fréquemment de troubles mentaux que la moyenne de la population (Gaedt, 1987, Lotz et Koch, 1994).

Si l'on considère les biographies et les conditions de vie de beaucoup de ces personnes, les conclusions précédentes ne sauraient surprendre. La psychologue allemande Barbara Senckel explique de manière très plausible les raisons pour lesquelles «ces personnes [...] déjà limitées par leur incapacité et leur ego relativement faible [...] sont particulièrement vulnérables et blessées.» Elle décrit des expériences traumatiques telles que «le manque fondamental d'acceptation et d'estime; l'expérience répétée de l'abandon et de la séparation; le mépris, la négligence, l'isolement; l'hétéronomie, la contrainte de se conformer, de se contrôler; le manque d'autodétermination (même là où cela serait possible) et de perspectives» (Senckel, 1938, p. 37). Lorsqu'on regarde la vie des personnes mentalement handicapées on se rend compte comment de telles expériences ont pu donner forme à des comportements qui paraissent étranges et incompréhensibles et ne sont ni reconnus ni appréciés par leur environnement, ce qui a pour effet de renforcer involontairement le comportement indésirable: un cercle vicieux se met alors en place qu'il n'est pas facile d'interrompre. Socialement la vie devient difficile. Ces personnes sont perturbées par

de l'agressivité, de l'insécurité, des tensions et des sentiments diffus de culpabilité. La qualité de vie est considérablement détériorée pour elles et leur entourage.

Il est indubitable que le besoin de psychothérapie pour les personnes ayant des incapacités mentales existe. Mais comment la psychothérapie peut-elle s'accommoder des exigences spécifiques que requiert le travail avec ce genre de clients? Bien que l'approche centrée sur la personne réponde à ces exigences, les psychothérapeutes ne peuvent plus simplement travailler selon leur habitude. Il leur faut considérer ce qui, du point de vue de l'objectif et des conditions, pourrait être différent et modifier leur travail thérapeutique sans abandonner les principes centrés sur la personne.

Quelques réserves

Il s'élève des voix qui, non sans de bonnes raisons, font certaines réserves quant à la psychothérapie pour les personnes souffrant de handicap mental. Pour elles, ces personnes devraient être «acceptées» et non «traitées» (Stahl, 1996, p. 20).

Pourtant, du point de vue centré sur la personne, il n'y a pas de contradiction entre psychothérapie et acceptation des êtres humains. Dans la psychothérapie centrée sur le client, au contraire, accepter les êtres humains comme ils sont est considéré comme une condition essentielle à la croissance de la personne. Accepter une personne handicapée telle qu'elle est ne signifie pas qu'elle soit incapable de poursuivre son développement. Il est à la fois nécessaire d'accepter la personne comme elle est sans vouloir la changer et de la croire capable de faire des pas de croissance. Nous devons être très attentifs aux moments où ces pas semblent se manifester et les soutenir avec empathie. C'est pourquoi je dirai, en fait, que nous devons accepter la personne handicapée, ne pas essayer de la changer mais lui offrir les conditions qui rendent possible le changement. Car il s'agit bien ici d'un aspect fondamental de la psychothérapie centrée sur le client. Nous ne considérons pas la psychothérapie comme quelque chose «à faire» avec le client, mais comme l'ouverture d'espaces dans lesquels le client pourra découvrir ses propres ressources de croissance.

Sylvia Görres, auteur d'orientation psychanalytique, écrit: «la psychothérapie est peut-être la première relation non évaluative et dépourvue de jugement que les personnes avec des incapacités mentales ont avec

une autre personne qui les prend au sérieux» (Görres, 1996, p. 30). Ceci correspond exactement à ce que la psychothérapie centrée sur la personne considère comme l'élément essentiel du processus thérapeutique. Les psychothérapeutes de toute orientation – ainsi que toute personne ayant à faire avec des gens mentalement handicapés – devraient prendre très sérieusement en considération le fait que, selon Görres, ces personnes sont «plus démunies que nous devant un pouvoir autoritaire et qu'elles ne sont pas en mesure de se protéger contre les transgressions émotionnelles non contrôlées comme, par exemple, un transfert négatif.» (Görres, 1996, p. 30). Ceci rappelle un principe de base de la psychothérapie centrée sur la personne et indique de manière explicite que les attitudes d'empathie, d'acceptation et de non-jugement sont également et particulièrement indispensables dans la relation avec les personnes mentalement handicapées. Il est essentiel de vouloir entrer dans leur monde, aussi difficile que puisse paraître l'acte de l'approcher et de le comprendre.

Les aspects spécifiques et les difficultés

L'attitude envers les personnes mentalement handicapées est essentiellement la même qu'envers les autres clients. Toutefois les conditions ne sont pas tout à fait les mêmes.

Pour la plupart des personnes ayant des besoins spécifiques, la décision de consulter un psychologue ne leur appartient pas. Elle est généralement le fait d'un parent ou d'un coordinateur. Même les clients qui peuvent parler sont très rarement capables de dire ce qu'ils ressentent et ils ne l'expriment que d'une manière totalement indirecte. Absence de langage, troubles du langage et manières bizarres de s'exprimer peuvent être cause d'incompréhension. Il n'est pas toujours facile de s'adapter au rythme de la personne handicapée. Dans la majorité des cas, celui-ci est ralenti, souvent erratique, parfois précipité. Des comportements spécifiques du handicap ou de symptômes de maladie mentale sont une autre source de difficultés pour les thérapeutes, qui doivent faire preuve de flexibilité dans leur organisation. En effet, il n'est pas toujours possible de bénéficier des meilleures conditions requises pour la pratique de la psychothérapie.

Certains des éléments que, d'une manière générale, je considère comme essentiels en psychothérapie centrée la personne (Pörtner, 1994) deviennent particulièrement importants dans le travail avec des personnes ayant des besoins spécifiques. Il s'agit d'avancer pas à pas, d'apprécier les «petits pas»,

de comprendre que la route est aussi importante que la destination, de se centrer sur les ressources et non pas sur les déficiences et, finalement, de reconnaître que c'est hors des séances de thérapie que le plus important se passe.

A de très rares exceptions près, la demande de psychothérapie ne relève pas de la propre initiative des personnes ayant des besoins spécifiques. Pour la plupart d'entre elles le terme n'a pas de sens. Chez d'autres cependant, en raison de leurs expériences précédentes en psychiatrie, tout ce qui est en lien avec le terme «psy» suscite des craintes diffuses. En général c'est la famille ou le coordinateur qui pense que la personne a besoin d'une psychothérapie. (Comme c'est d'ailleurs le cas pour la majorité des thérapies d'enfants ou d'adolescents). Parfois ces autres personnes ont des idées très nettes sur les effets que la thérapie doit produire. Il faut alors que le thérapeute fasse très attention à ne pas se laisser entraîner par le désir des autres et rester entièrement à l'écoute de ce qui préoccupe les clients. C'est de cette manière seulement que peut-être la confiance pourra s'instaurer, une relation thérapeutique se développer et le désir du client de s'impliquer personnellement se manifester. Ce changement n'apparaît pas toujours immédiatement. Cela demande du temps, un temps plus ou moins long suivant les clients. Mais sans le désir du client de s'impliquer, la thérapie n'aura pas lieu. Pour le thérapeute il s'agit d'un acte d'équilibre. En effet, contrairement à ce qui se passe avec les autres clients, il dépend de la coopération et des échanges avec les coordinateurs. Nous reviendrons sur ce point plus tard; la psychothérapie n'a jamais pour but de remodeler les personnes handicapées selon les désirs des coordinateurs mais de faciliter leurs pas de croissance personnelle et leur autonomie.

Il est souvent difficile de discerner si tel comportement est la conséquence d'un handicap ou s'il doit être considéré comme un symptôme de problèmes psychologiques. C'est peut-être l'une des raisons pour lesquelles pendant longtemps ces problèmes n'ont pas été reconnus. Nous savons que les personnes ayant des besoins spécifiques peuvent souffrir des mêmes difficultés mentales que quiconque, mais nous savons aussi que «ces difficultés peuvent revêtir une apparence clinique différente suivant l'évolution du handicap» (Senckel, 1998, p. 22). En outre, «il est difficile de dire si certains symptômes conduisent aux mêmes conclusions chez les personnes avec des handicaps mentaux que chez les personnes qui n'ont pas ces handicaps» (Senckel, 1998, p. 21). C'est la raison pour laquelle les catégories diagnostiques traditionnelles ne s'appliquent ici que partiellement. Dans ce contexte, l'approche centrée sur le client, dont l'objectif premier n'est pas

de se centrer sur le diagnostic mais d'essayer de comprendre le monde subjectif du client, est un avantage. Ceci est particulièrement important avec les personnes ayant des incapacités mentales car «elles n'ont qu'un spectre limité de comportements et de réactions pour exprimer toutes sortes d'états d'esprit» (Senckel, 1998, p. 21). La notion de niveau «pré-expressif» de Prouty (Prouty, 1994, Prouty, Pörtner et Van Werde, 1998, p. 21), à savoir le niveau où quelque chose essaie de s'exprimer alors qu'il n'est pas encore prêt à le faire, permet d'entrer plus profondément dans la compréhension de certains comportements et expressions qui, de prime abord, ne semblent pas être compréhensibles.

«Un œil exclusivement diagnostique» qui ne se centre que sur les déficiences brouille l'image des possibilités de la personne avec des besoins spécifiques et la fixe sur ce qu'elle ne peut pas faire. Ce qui manque figure tellement au premier plan que l'on peut à peine voir ce qui existe. À défaut d'être reconnu et soutenu, ce bagage ne peut pas se développer et finira par dépérir. Or ce n'est pas dans les manques que se trouve le potentiel de changement mais dans les ressources qui sont à dépister, nourrir et utiliser.

L'absence d'expression verbale, les troubles du langage, les comportements bizarres sont autant de barrières à la compréhension qu'il nous faut franchir. Le langage parlé de beaucoup de personnes ayant des besoins spécifiques est très pauvre, voire inexistant. La relation se situe à un niveau non verbal ou préverbal très subtil que bien des thérapeutes doivent commencer par découvrir. La pré-thérapie de Prouty constitue une aide inestimable dans l'approche de ces personnes «sans langage» (Prouty 1994, Prouty, Pörtner, Van Werde 1998). Qu'il soit verbal ou non, nous devons trouver le «langage» de l'autre personne. Et quand nous y arrivons, l'expérience est précieuse tant pour notre développement personnel que pour notre compétence thérapeutique.

Beaucoup de personnes légèrement handicapées souffrent de divers troubles du langage qui rendent la compréhension empathique difficile pour le thérapeute. Dans ces cas l'un des éléments pratiques (parfois injustement ridiculisé) de la psychothérapie centrée sur la personne s'avère utile. Il consiste à répéter ce que l'on a compris. Bien des personnes qui ont des difficultés à s'exprimer verbalement s'entendent répondre continuellement «oui, bien sûr» par les personnes auxquelles elles s'adressent alors que celles-ci n'ont absolument pas compris ce qu'elles avaient essayé de dire. Ce genre d'expérience ne fait qu'ajouter à l'isolement de la personne ayant des besoins spécifiques. Or faire l'expérience – souvent pour la première fois – que quelqu'un continue à répéter jusqu'à ce qu'il ait vraiment

compris provoque chez la personne concernée un réel soulagement qu'elle manifeste par un profond soupir. C'est avec l'une de mes premières clientes ayant des besoins spécifiques que j'ai réalisé à quel point ceci était important. En effet, bien qu'ayant appris quel était son monde d'expression et qu'il ne me semblât plus nécessaire de répéter chaque phrase qu'elle prononçait, elle insistait avec obstination pour que je le fasse. Il était évident qu'elle avait besoin de cette confirmation pour être sûre que je l'avais bien comprise (Pörtner 1984, 1990).

D'autres personnes qui semblent tout à fait capables de s'exprimer verbalement utilisent souvent des stéréotypes imités de « personnes normales » auxquelles elles voudraient tellement ressembler. Ces phrases toutes faites ne sont pas, ou ne sont que très indirectement, le reflet de ce que ces personnes éprouvent. Mais comme elles les relient à l'idée « d'être normales », elles s'accrochent à ces phrases et ont de grandes difficultés à trouver des expressions plus personnelles pour s'exprimer. Le thérapeute doit être sensible à la qualité cachée ou seulement très indirectement exprimée de ce que la personne éprouve qui, en surface, ressemble à un banal stéréotype. En outre, il doit faire preuve de patience et de constance en reflétant toujours et encore la qualité des expériences et sentiments de ce que l'autre personne est en train d'exprimer afin de l'aider lentement et prudemment à prendre davantage conscience de ce qu'elle éprouve et ressent. Ceci est encore l'un des éléments bien connus de la psychothérapie centrée sur la personne.

Il est parfois difficile pour le thérapeute de s'ajuster au rythme de la personne mentalement handicapée. Une lenteur prononcée et des sauts erratiques d'un sujet à l'autre peuvent éprouver sa patience. Dans ce contexte, la durée des séances et leur fréquence doivent être considérées avec attention. Pour certaines personnes avec des besoins spécifiques, mais pas pour toutes, des sessions d'environ 20 à 30 minutes sont adéquates. Dans certains cas, l'intervalle entre les sessions, ne serait-ce que d'une semaine, représente un fossé qu'elles ont de la peine à franchir alors que pour d'autres plus de temps semble nécessaire. Là encore nous sommes au début de nos expériences et nous devons être flexibles et adapter la durée et la fréquence des séances aux besoins et aux capacités de chaque client.

Avec les personnes ayant des besoins spécifiques, il existe des phases en psychothérapie où rien ne semble bouger. Ceci est également le cas avec les autres clients, mais avec les personnes mentalement handicapées ces phases sont plus prononcées. Il nous faut donc être d'autant plus attentifs

aux petits pas, des pas quelquefois minuscules et à peine visibles mais qui existent malgré tout. C'est pourquoi il peut être utile de se retourner de temps en temps. Avec du recul, malgré une immobilité apparente, le chemin parcouru, parfois considérable, saute aux yeux. Lorsqu'on regarde en arrière, ce qui semblait tourner en rond apparaît comme une spirale qui s'ouvre imperceptiblement mais sûrement. Tout est question de nuances : la cliente pourra encore éprouver de la rage vis-à-vis de l'une de ses camarades de chambre, mais elle se calmera plus rapidement ; le client dont le groupe redoutait les agressions pourra encore se mettre en colère, mais la plupart du temps il l'exprimera verbalement, rarement physiquement. De tels changements comptent, même s'ils ne représentent que des petits pas.

L'importance des petits pas, dont j'ai parlé ailleurs (Pörtner, 1994), est d'autant plus grande lorsqu'il s'agit de personnes infirmes mentalement. Ces personnes, tout comme leurs coordinateurs d'ailleurs, sont à ce point rivées sur leurs incapacités qu'elles ne sont pas capables de reconnaître les pas qu'elles viennent de faire, petits, peut-être, mais tellement significatifs. C'est la raison pour laquelle ces pas doivent être reconnus et vivement encouragés, non seulement par les psychothérapeutes pendant les séances, mais également par ceux que les personnes handicapées côtoient dans la vie de tous les jours. Et ceci parce que «chaque pas, aussi petit soit-il, est en soi la preuve que la personne est capable de faire un pas qui porte en lui le potentiel de pas futurs» (Pörtner, 1996, p. 38, 2000, p. 20).

Que la route soit aussi importante que la destination est particulièrement vrai pour les personnes ayant des besoins spécifiques. Leur concept de soi est marqué par des expériences du genre : «je ne suis pas capable de faire ceci ; je suis nulle ; je ne peux rien faire de bien». Faire par elles-mêmes l'expérience qu'elles sont capables de faire des pas, ne plus être bloquées mais être dans une position de changer quelque chose et «de bien le faire» ouvre de nouvelles perspectives pour leur concept de soi. Et ceci est bien plus important pour la personne que d'atteindre un but spécifique – surtout lorsque ce but a été défini par d'autres.

Les principaux aspects du processus thérapeutique

Pourquoi donc une psychothérapie avec des personnes ayant des besoins spécifiques, si ce n'est pas pour délibérément changer leurs comportements indésirables ?

Changer le concept de soi, tel est le but de la psychothérapie. Pour la plupart des personnes ayant des besoins spécifiques (et pour d'autres aussi), il s'agit surtout d'améliorer leur estime de soi et de trouver une autre attitude vis-à-vis d'elles-mêmes qui soit plus acceptante, plus positive, et par là même de permettre à d'autres changements de se faire jour. Bien des personnes ayant des besoins spécifiques ont de la difficulté à s'accepter elles-mêmes parce qu'elles sont sans cesse confrontées à leur incompetence et à leurs incapacités. Elles souffrent d'être différentes et s'évaluent à l'aune de ce qu'elles croient être «normal». Elles ont généralement une très faible estime de soi, et la surévaluation dont elles font parfois preuve n'est pas en contradiction avec ce qui précède. Développer davantage la confiance en soi d'une part, et mieux reconnaître ses propres limites d'autre part, voici ce à quoi la psychothérapie peut contribuer; l'attitude empathique, acceptante et congruente qui est la base essentielle de l'approche centrée sur la personne est un facteur fondamental. Être accepté par le thérapeute aide le client à mieux s'accepter lui-même avec toutes ses incapacités. La conscience de vivre s'améliore, les énergies se libèrent, ouvrant ainsi sur de nouvelles perspectives et facilitant de nouveaux pas de croissance.

Etablir, restaurer et renforcer les fonctions de contact est un autre aspect essentiel de la psychothérapie avec les personnes mentalement handicapées. Prouty définit ainsi les fonctions de contact: contact avec la réalité, contact émotionnel et contact de communication (Prouty, 1994; Prouty, Pörtner & Van Werde, 1998, 2002; Pörtner, 1999, 2000). Chez la plupart des personnes handicapées ces fonctions sont détériorées ou insuffisamment développées. Avec ces personnes le concept de Prouty – qui repose entièrement sur les fondements de l'approche centrée sur la personne – devient un support précieux. Il n'est pas utile en psychothérapie seulement; il peut s'appliquer aux situations de tous les jours (Prouty, 1994; Prouty, Pörtner & Van Werde, 1998, 2002).

Il est évident que de mieux s'accepter, d'être plus en contact avec la réalité, avec ses propres sentiments et avec les autres a des conséquences sur le comportement des personnes et élargit leur rayon d'action. Même si notre but n'est pas explicitement de changer les comportements, ceux-ci changent lorsque le concept de soi change et que l'estime de soi augmente. Lorsque quelqu'un découvre en lui-même des ressources jusque-là en friche et qu'il fait ses propres pas – même si ces pas ne sont pas ceux que les coordinateurs attendaient – la différence est bien plus grande que s'il avait été poussé dans une direction déterminée. Ceci est encore un élément essentiel de

l'approche centrée sur la personne, qui n'est d'ailleurs pas limité aux personnes ayant des besoins spécifiques. Bien des personnes handicapées sont parfaitement capables de changements dans leur concept de soi et, pour ce faire, elles utilisent des images incroyablement expressives. Mais leur changement se manifeste surtout dans leur comportement: une plus grande assurance de soi, une plus grande confiance en soi, dans leur façon de faire et dans leurs opinions – dans la vie de tous les jours aussi bien que dans leur relation avec leur thérapeute.

On n'insistera jamais assez sur le fait que ce qu'il y a de plus important se passe en dehors de la thérapie (Pörtner, 1994). Cela est particulièrement vrai des personnes avec des besoins spécifiques. Les expériences les plus intéressantes qui se passent en séance n'auraient pas grande utilité pour le client si, dans la vie de tous les jours, il ne pouvait faire des expériences nouvelles et différentes en ce qui le concerne et concerne les autres. C'est l'une des raisons pour laquelle il est nécessaire que les thérapeutes coopèrent avec les coordinateurs.

La coopération avec les coordinateurs

Les personnes ayant des besoins spécifiques ne peuvent généralement pas transposer dans la vie commune l'expérience qu'elles ont faite pendant la thérapie. Elles ne s'en croient pas capables et se découragent vite. C'est alors que les coordinateurs doivent être en mesure de comprendre qu'un processus psychologique est en train de sourdre, afin d'éviter que celui-ci ne soit perdu dans la routine journalière mais, au contraire, qu'il puisse être encouragé. Certains comportements qui pourraient sembler troublants sont souvent les premiers indices d'un pas de croissance significatif. Lorsque les coordinateurs y sont sensibles, ils sauront réagir de façon appropriée. Par ailleurs c'est parfois grâce à leur information que le thérapeute apprendra l'apparition de changements positifs dans la vie quotidienne du client ou au contraire celle de nouveaux problèmes.

Beaucoup de personnes ayant des besoins spécifiques font certainement l'expérience de changements mais elles ne les perçoivent pas comme tels. Elles vivent tellement dans le moment présent qu'elles ne se souviennent pas de ce qui s'est passé précédemment. D'autres sont pleinement conscientes des changements mais sont incapables de les verbaliser ou de les communiquer. En outre, elles ont souvent de la difficulté à parler de choses qui se sont passées quelques jours auparavant, ce qui crée une

difficulté supplémentaire. Très rapidement elles oublient un conflit, un problème, ou même une expérience positive. En l'absence d'une urgence réelle, elles ne savent pas trop quoi faire de la séance de thérapie. Il serait peut-être alors utile que le thérapeute puisse poser une question ou mentionner un événement dont il aurait eu connaissance par quelqu'un d'autre.

Pour bien des personnes ayant des besoins spécifiques, il est préférable qu'elles puissent parler immédiatement de ce qui leur arrive. Les thérapeutes qui travaillent en institution ont à cet égard l'avantage de pouvoir organiser des séances lorsque cela est nécessaire ou quand le client le demande. De surcroît, ils ont à leur disposition une salle de thérapie adéquate alors que le thérapeute extérieur doit souvent se contenter de ce qui se présente, à savoir un coin de la salle de séjour ou un hall d'entrée bruyant, avec de fréquentes entrées et sorties. Mais par ailleurs, ne pas faire partie de l'institution présente l'avantage inestimable d'une plus grande neutralité et de plus de distance. Il est désirable, voire nécessaire que, de temps en temps et dans le strict respect de la confidentialité du contenu des séances, des échanges de points de vue aient lieu avec les coordinateurs. Ce délicat équilibre demande de la subtilité, de la transparence et un esprit clair de la part du thérapeute. En effet, communiquer au coordinateur l'impression que le thérapeute a du client sur le moment, sans rien dévoiler de ce que qui lui a été confié, peut aider le coordinateur à mieux comprendre cette personne. Toutefois, il peut arriver que ce soit à la demande explicite du client que le thérapeute communique au coordinateur quelque chose dont il lui a parlé pendant la séance mais qu'il ne se sent pas capable d'exprimer clairement dans la vie quotidienne. En tout état de cause, il est indispensable que le client soit informé des conversations qui ont lieu à son sujet entre le coordinateur et le thérapeute et qu'il puisse être entièrement assuré que sera respectée la limite de ce qui peut être dit et de ce qui doit rester confidentiel.

Cette coopération est d'autant plus nécessaire que les personnes ayant des besoins spécifiques sont déconcertées lorsque l'écart est trop grand entre ce qui se passe en psychothérapie et ce qui est demandé ou toléré dans leur environnement.

Le coordinateur et le thérapeute ne doivent en aucun cas travailler dans des directions opposées; ce serait le client qui en supporterait les conséquences. Le thérapeute doit donc communiquer avec le coordinateur, favoriser sa compréhension du travail thérapeutique et du processus d'évolution du client. Mais il faut également qu'il se montre empathique envers lui, le prenne au sérieux et reconnaisse son cadre de référence. Comme il a été

dit ailleurs, le thérapeute n'accepte jamais de transmettre des ordres. Cependant, dans certaines situations, il peut lui paraître utile d'expliquer, sans l'endosser, la position du coordinateur pour que le client puisse mieux la gérer. Les conditions de coopération sont particulièrement positives lorsqu'elles concernent des personnes travaillant dans une institution qui a adopté les principes de l'approche centrée sur la personne. Et c'est le mérite de l'approche centrée sur la personne que d'offrir des concepts qui permettent de travailler dans des domaines différents de celui de la psychothérapie.

L'approche centrée sur la personne dans les soins journaliers aux personnes ayant des problèmes spécifiques

En reconnaissant que le plus important se passe en dehors des séances de thérapie, on met le doigt sur l'influence fondamentale que les expériences de la vie de tous les jours peuvent avoir sur la santé mentale des personnes ayant des besoins spécifiques. Dion Van Werde explique clairement comment les modes de vie quotidienne dans un hôpital psychiatrique peuvent renforcer ou endommager les fonctions de contact des patients. Les concepts qu'il a développés avec son équipe à l'hôpital psychiatrique Sint-Camillus de Gand, en Belgique, concernent aussi bien la vie quotidienne dans le service que la thérapie occupationnelle, les programmes récréatifs, etc. (Van Werde, 1994; Van Werde & Van Akoleyen, 1994; Pörtner, 1996, 2000; Prouty, Pörtner & Van Werde, 1998, 2002). Ce sont des exemples qui indiquent bien ce qui est nécessaire aux institutions dans lesquelles vivent les personnes ayant des besoins spécifiques.

Dans l'optique centrée sur la personne, l'expérience revêt une signification essentielle. Les personnes mentalement handicapées n'ont généralement que peu de contact avec leurs propres sentiments et expériences. Les occasions de répondre à ce qu'éprouvent les clients et de stimuler leur contact sont davantage offertes par la vie de tous les jours que par une séance de thérapie. En utilisant des réflexions de contact décrites par Prouty cela est possible même avec des individus qui ne parlent pas, qui ont de la difficulté à s'exprimer ou ne s'expriment que d'une manière bizarre et rudimentaire. Des coordinateurs qui ont appris à s'en servir reconnaissent qu'ils sont plus souvent en contact avec ces personnes, qu'ils comprennent mieux ce qu'elles ressentent et ce dont elles ont besoin.

Avoir conscience de ce qu'un individu éprouve, y répondre et essayer de le comprendre est l'un des principaux objectifs du soin centré sur la personne. Et pourtant les coordinateurs se préoccupent généralement davantage de ce qui se passe plutôt que de *comment* cela se passe, et *comment* cela est vécu. Or dès que ceux-ci deviennent sensibles à ce qu'une autre personne éprouve et ressent, de nouveaux aspects de relation et de communication s'ouvrent à eux. Cela peut même les aider à éviter bien des escalades d'agressivité. En tous les cas – et ceci en soi est important – cela ne renforce pas davantage chez la personne handicapée l'aliénation de ses propres sentiments. A partir des fondements de l'approche centrée sur la personne on peut déduire des directives pour le travail journalier en institution. Ces directives ne sont pas des diktats de ce qu'il faut faire, mais elles offrent une orientation sur ce dont il faut tenir compte dans ce travail. Le concept centré sur la personne «faire confiance, prendre au sérieux et comprendre» (Pörtner, 1996, 2000), résultat d'une longue expérience en tant que superviseur et consultante d'institutions sociales, repose sur les mêmes principes fondamentaux que la thérapie mais tient compte de la différence des tâches incombant aux deux domaines. Il a été spécifiquement conçu pour le travail dans les institutions que sont les maisons ou les foyers pour les personnes ayant des besoins spécifiques ou encore les personnes âgées. Il offre au personnel des suggestions concrètes de travail quotidien centré sur la personne (Pörtner, 1996, 1996a, 2000). Même si les fondements sont les mêmes, j'ai toujours insisté pour que soit clairement définie la différence entre la psychothérapie centrée sur la personne et l'approche centrée sur la personne au sens large du terme (Pörtner, 1994, pp. 99-105.), en fonction des tâches et des conditions des différents domaines d'application. En particulier lorsqu'ils se chevauchent – et cela arrive souvent lorsqu'on travaille avec des personnes mentalement handicapées – il est important de reconnaître ces différences et d'établir une frontière à respecter, ou à franchir consciemment si cela s'avère nécessaire. Les coordinateurs doivent parfois réagir de manière thérapeutique pour désamorcer une situation de crise. De même les psychothérapeutes qui travaillent avec des personnes mentalement handicapées doivent parfois agir suivant une ligne que je ne nommerai pas psychothérapie dans le strict sens du terme, mais plutôt accompagnement ou consultation centrée sur la personne. Quand le travail dans les deux domaines repose sur les mêmes principes, ces domaines se complètent utilement et offrent une continuité bénéfique pour le bien-être et la vie sociale de toutes les personnes concernées. Le milieu dans lequel vivent ces personnes doit favoriser leur indépendance, leurs

prises de décisions personnelles, éviter d'inhiber leur croissance personnelle, et leur permettre de faire autant que possible l'expérience de l'autodétermination. Or comment cela est-il possible si, à bien des points de vue, leur profil ne correspond pas à ce que cela implique et qu'elles dépendent de l'aide qu'elles reçoivent ?

A ce niveau-là, l'équilibre entre structure et liberté est très important et constitue l'un des facteurs principaux de la vie quotidienne. C'est aux professionnels que revient la tâche de trouver cet équilibre et de le maintenir, en tenant compte des besoins des individus et des circonstances particulières. La structure n'est utile que si elle inclut la liberté de prises de décisions et d'initiatives personnelles. Or une personne ne pourra bénéficier de cette liberté que si cette liberté est protégée par des limites définies et que la personne pourra évaluer. Dans ce contexte, ce que j'appelle « offrir un support à l'agir indépendant » est très utile. Souvent il ne manque qu'une petite pièce de connexion, un simple lien que la personne ne peut faire pour être capable d'agir indépendamment. Si les coordinateurs perçoivent avec justesse ce qui manque, ils seront à même de donner à la personne le support dont elle a besoin sans restreindre son autonomie au-delà du nécessaire.

De nos jours « favoriser l'autonomie » des personnes ayant des besoins spécifiques est un postulat largement répandu. Or la plupart du temps, ce postulat contient des notions explicites sur ce que ces personnes sont censées faire d'une manière autonome. C'est ainsi que ce qui devrait encourager l'autonomie tourne fréquemment à l'opposé et prend l'apparence de conseils et parfois même de manipulation. Je parlerai donc plutôt de favoriser les façons de faire qui sont propres à la personne même. Ce qui signifie que parfois les personnes avec des besoins spécifiques n'agiront pas comme les coordinateurs l'auraient désiré. Les coordinateurs ne devraient pas s'en formaliser, ne pas le sanctionner mais plutôt l'accueillir comme une impulsion propre à la personne qui doit être encouragée chaque fois que les circonstances le permettent. Les personnes dont la vie est largement déterminée par les autres ressentent impérieusement le besoin d'agir à leur guise ; même celles qui semblent être particulièrement bien, même peut-être être trop bien adaptées. Si ce besoin ne trouve pas un espace suffisant pour s'exprimer, il peut se manifester par une réaction de la personne qui se cramponnera obstinément à un détail, insignifiant pour le coordinateur mais important pour elle. Les personnes ayant des besoins spécifiques ressentent souvent un désir diffus d'autonomie qu'elles expriment par un comportement rebelle et étrange que les coordinateurs ne comprennent pas.

Si ceux-ci cessaient de considérer ce comportement comme une gêne à éliminer mais essayaient de le comprendre comme une expression de la manière d'être propre à la personne, non seulement ils éviteraient bien des luttes de pouvoir inutiles, mais ils découvrirait aussi de nouvelles perspectives de changement et de croissance.

Dans la vie quotidienne, le rythme de la personne doit être respecté, ses petits pas remarqués et encouragés. Les pas de croissance ne peuvent être intégrés que si la personne peut les faire à son propre rythme. Les personnes souffrant d'un handicap mental sont généralement plus lentes que nous le sommes et leur visée est plus courte que la nôtre. Dans une vie largement déterminée par le rythme des gens dits «normaux» elles se sentent constamment dépassées et laissées à la traîne. Certaines d'entre elles, en particulier celles qui ne sont que légèrement handicapées, trouvent avec dextérité le moyen de cacher ce ressenti. Souvent les coordinateurs ne s'en aperçoivent même pas et les accablent davantage. Être inadéquates et incapables de suivre le rythme est pour ces personnes une expérience omniprésente et si envahissante que c'est à peine si elles remarquent les petits pas qu'elles font ici et là. Il est important que les coordinateurs regardent ces petits pas à la loupe et les encouragent, même s'ils conduisent dans une direction différente de celle qu'ils attendent.

Des buts appelés éducatifs et comportementaux sont habituellement définis à l'intention des personnes ayant des besoins spécifiques. Le problème crucial est que ces buts ne considèrent le succès qu'en termes de but à atteindre. Les yeux sont tellement rivés sur le but qu'ils ne voient pas ce qui se passe sur la route; des impulsions qui pointent dans une autre direction sont ignorées. Si les coordinateurs ne restaient pas collés à leur but bien défini, ces impulsions pourraient ouvrir sur d'autres perspectives. Depuis des années certains professionnels progressifs de l'éducation spécialisée déconseillent de définir des buts pour les personnes en situation de handicap. Ils demandent «un changement d'orientation vers le paradigme de l'autodétermination» et mettent en garde contre «une objectivation de la personne handicapée par la médecine, la thérapie et l'éducation» (Niehaus, Sack & Walther, 1998, p. 7). La pratique générale, hélas, est encore loin de suivre ces concepts.

Travailler avec des personnes ayant des besoins spécifiques demande une imagination créatrice et des savoir-faire professionnels. Mais pour utiliser ces deux qualités de manière intelligente, les coordinateurs doivent d'abord écouter fidèlement les personnes handicapées, les considérer avec attention, entrer dans leur monde avec empathie, reconnaître leurs besoins

et les prendre au sérieux. Les personnes en situation de handicap ont souvent de la difficulté à exprimer ce qu'elles veulent ou, surtout si elles ne parlent pas, le font de façon indirecte.

Pour cette raison nous devons prêter d'autant plus d'attention aux réactions tranquilles, délicates, à peine perceptibles. Si nous y sommes sensibles nous pouvons dire si quelqu'un est hésitant, effrayé, intéressé, nerveux, tendu ou content. Cette perception sensible, cette ouverture à l'existence de l'autre personne, est l'une des demandes les plus importantes qui soit faite à quiconque s'occupe des personnes ayant des besoins spécifiques. Ce n'est que s'ils reposent sur cette base que les concepts théoriques, les connaissances diagnostiques et les savoir-faire éducationnels (sur lesquels les programmes de formation insistent généralement) pourront porter des fruits.

Favoriser la croissance des personnes en situation de handicap est encore pour moi un aspect central de ce travail. Cela n'implique pas de définir des buts pour ces personnes (quelque utiles que ceux-ci puissent paraître), mais de leur offrir des conditions qui, sans imposer, facilitent leur croissance personnelle. Favoriser signifie offrir de l'espace aux manières d'être propres à la personne et l'aider à les vivre de manière constructive. Favoriser signifie croire que les personnes avec des besoins spécifiques sont capables de grandir et faciliter avec réalisme leurs propres expériences avec elles-mêmes comme avec les autres. Favoriser implique encore que des limites soient reconnues : les leurs, celles des autres et celles de l'institution. Cette attitude est le terrain commun sur lequel les psychothérapeutes comme les coordinateurs doivent baser leur travail s'ils veulent être centrés sur la personne. Reposant sur ces fondements communs, les deux domaines peuvent intelligemment se compléter.

Perspective

Il y a quelque vingt ans, alors que j'étais encore en formation de psychothérapeute centrée sur la personne, j'ai commencé à travailler avec deux femmes mentalement handicapées (Pörtner, 1984, 1990). Il s'agissait d'un domaine nouveau, non seulement pour moi mais aussi pour les formateurs et le groupe de supervision qui m'accompagnait. Ce fut pour moi une expérience clé, un élément essentiel de ma formation de psychothérapeute. Elle a eu une influence capitale sur ma compréhension de la psychothérapie centrée sur la personne, voire de la psychothérapie en soi. Depuis, j'ai toujours

eu dans ma pratique des clients mentalement handicapés. C'est à eux que je dois des expériences et des découvertes qui se sont révélées significatives pour tout mon travail thérapeutique. Plus avec eux qu'avec d'autres clients je fais l'expérience qu'en tant que thérapeute, je ne suis pas en position de «faire» mais de «rendre possible» et que le facteur le plus fondamental est que j'entre empathiquement et avec congruence dans leur monde. Mes activités de consultante pour des foyers de personnes avec des besoins spécifiques sont un complément précieux de cette expérience car elles me permettent de voir de l'intérieur les conditions externes qui entourent ces mondes individuels. Cela m'aide à rester les pieds sur terre et à ne pas me laisser emporter par des idéaux thérapeutiques irréalistes. Ceci est essentiel dans notre travail et pas seulement avec des personnes handicapées.

Lorsque j'ai dit, plus haut, qu'il nous fallait une loupe pour percevoir les pas de croissance dans le processus thérapeutique des personnes ayant des besoins spécifiques, je pense que l'inverse est également vrai : travailler avec des personnes mentalement handicapées est comme une loupe qui nous permet de voir distinctement ce qui est essentiel dans la psychothérapie centrée sur le client et ce que signifie le terme «centré sur la personne.»

Considérer l'autre personne avec sérieux, respecter le fait qu'elle soit différente, entrer empathiquement dans son monde (même si à première vue ce monde semble étrange et incompréhensible), essayer de comprendre son «langage» (même s'il n'est pas verbal ou ne consiste que de sons ou de fragments de mots) et aller à son rythme sur sa route, voici des éléments indispensables à la compétence professionnelle d'un psychothérapeute centré sur le client. Rencontrer les mondes des personnes infirmes mentalement est une chance très particulière pour l'acquisition de ces compétences. C'est encore une raison pour laquelle je fais le vœu que davantage de thérapeutes centrés sur le client saisissent l'opportunité de travailler avec ce genre de personnes. Le besoin de psychothérapie pour des personnes ayant des besoins spécifiques existe, de même qu'existe le besoin de psychothérapeutes compétents dans ce domaine. Il est temps que les organisations centrées sur le client, en particulier dans leurs programmes de formation, consacrent plus d'attention à ce sujet.

Références

- Badelt, I. (1984): Selbsterfahrungsgruppen geistig behinderter Erwachsener, in *Geistige Behinderung*, 4 (Fachzeitschrift der Bundesvereinigung Lebenshilfe).
- Badelt, I. (1990): Client-Centred Psychotherapy with Mentally Handicapped Adults, in Lietaer, G., Rombauts, J., Van Balen, R. (eds.), *Client-Centred and Experiential Psychotherapy in the Nineties*, pp. 671-681, Leuven, University Press.
- Badelt, I., (1991), Die klientenzentrierte Gesprächspsychotherapie mit geistig behinderten Erwachsenen, in Görres, S. & Hansen, G. (eds.), *Psychotherapie bei Menschen mit geistiger Behinderung*, pp. 15-26, Bad Heilbrunn, Klinkhardt.
- Gaedt, Ch. (eds.), (1987): *Psychotherapie bei geistig Behinderte*, 2. Neuerkeröder Forum, Neuerkeröder Anstalten, Eigenverlag.
- Görres, S. (1996): Ethische Fragen in der Psychotherapie mit geistig behinderten Menschen. In: Lotz, W., Stahl, B. & Irblich, D. (eds.): *Wege zur seelischen Gesundheit für Menschen mit geistiger Behinderung – Psychotherapie und Persönlichkeitsentwicklung* (29-39). Bern, Hans Huber.
- Hähner, U., Niehoff, U., Sack, R., & Walther, H. (eds.) (2. Aufl. 1998): *Vom Betreuer zum Begleiter. Eine Neuorientierung unter dem Paradigma der Selbstbestimmung*. Marburg, Lebenshilfe-Verlag.
- Hennicke, K. & Rotthaus, W. (eds.) (1993): *Psychotherapie und Geistige Behinderung*. Dortmund, verlag modernes lernen.
- Lietaer, G., Rombauts, J., Van Balen, R. (eds.) (1990): *Client-Centred and Experiential Psychotherapy in the Nineties*. Leuven, University Press.
- Lotz, W. & Koch, U. (1994): Zum Vorkommen psychischer Störungen bei Personen mit geistiger Behinderung. In: Lotz, W., Koch, U. & Stahl, B. (eds.): *Psychotherapeutische Behandlung geistig behinderter Menschen – Bedarf, Rahmenbedingungen, Konzepte* (13-39). Bern, Hans Huber.
- Lotz, W., Koch, U. & Stahl, B. (eds.) (1994): *Psychotherapeutische Behandlung geistig behinderter Menschen – Bedarf, Rahmenbedingungen, Konzepte*. Bern, Hans Huber.
- Lotz, W., Stahl, B. & Irblich, D. (eds.) (1996): *Wege zur seelischen Gesundheit für Menschen mit geistiger Behinderung - Psychotherapie und Persönlichkeitsentwicklung*. Bern, Hans Huber.
- Peters, H. (1986): Client-Centred Benaderingswijzen in de Zwaksinigenzorg. In: Van Balen, R., Leijssen, M. & Lietaer, G. (eds.): *Droom en Werkelijkheid in Client-Centred Psychotherapie*.
- Peters, H. (1992): *Psychotherapie bij geestelijke gehandicapten*. Amsterdam / Lisse, Swets & Zeitlinger. German edition to be published 2001, Stuttgart, Klett-Cotta.
- Peters, H. (1992a): Personzentriertes Handeln in der Therapie geistig Behinderter. In: *GwG Zeitschrift* 86 (15-21).
- Pörtner, M. (1984): Gesprächstherapie mit geistig behinderten Klienten. In *Brennpunkt* 18 (6-23) und in: *GwG-info* 56 (20-30).

- Pörtner, M. (1990): Client-Centred Therapy with Mentally Retarded Persons: Catherine and Ruth. In: Lietaer, G., Rombauts, J., Van Balen, R. (eds.): *Client-Centred and Experiential Psychotherapy in the Nineties* (659-69). Leuven, University Press.
- Pörtner, M. (1993): Klientenzentrierte Therapie mit geistig Behinderten und Schizophrenen - Garry Proutys Konzept der Prä-Therapie. In: *Brennpunkt 54* (15-22).
- Pörtner, M. (1994): *Praxis der Gesprächspsychotherapie - Interviews mit Therapeuten*. Stuttgart, Klett-Cotta.
- Pörtner, M. (1996): *Ernstnehmen, Zutrauen, Verstehen - Personzentrierte Haltung im Umgang mit geistig behinderten und pflegebedürftigen Menschen*. Stuttgart, Klett-Cotta. Edition anglaise (2000): *Trust and Understanding - the Person-Centred Approach to everyday care for people with special needs*. Ross-on-Wye, PCCS Books.
- Pörtner, M. (1996a): Working with the Mentally Handicapped in a Person-Centred Way - is it possible, is it appropriate and what does it mean in practice? In: Hutterer, R., Pawlowsky, G., Schmid, P.F., Stipsits, R. (eds.): *Client-Centred and Experiential Psychotherapy. A Paradigm in Motion* (513-27). Frankfurt a. M., Peter Lang, Europäischer Verlag der Wissenschaften.
- (1996 b): Garry Proutys Konzept der Prä-Therapie. In: Lotz, W., Stahl, B. & Irblich, D. (eds.): *Wege zur seelischen Gesundheit für Menschen mit geistiger Behinderung - Psychotherapie und Persönlichkeitsentwicklung* (216-26). Bern, Hans Huber.
- Pörtner, M., Badelt, I. (1984): Selbsterfahrungsgruppen geistig behinderter Erwachsener. In: *Geistige Behinderung, 4* (Fachzeitschrift der Bundesvereinigung Lebenshilfe).
- Pörtner, M. (1990): Client-Centred Psychotherapy with Mentally Handicapped Adults. In: Lietaer, G., Rombauts, J., Van Balen, R. (eds.): *Client-Centred and Experiential Psychotherapy in the Nineties* (671-81). Leuven, University Press.
- Pörtner, M. (1991): Die klientenzentrierte Gesprächspsychotherapie mit geistig behinderten Erwachsenen. In: Görres, S. & Hansen, G. (eds.): *Psychotherapie bei Menschen mit geistiger Behinderung* (15-26). Bad Heilbrunn, Klinkhardt.
- Prouty, G. (1977): Protosymbolic method: A phenomenological treatment of schizophrenics. In: *Journal of Mental Imagery*, 1, 2 (339- 42).
- Prouty, G. (1990): Pre-Therapy: A theoretical evolution in person-centred / experiential psychotherapy of schizophrenia and retardation. In: Lietaer, G., Rombauts, J., Van Balen, R. (eds.): *Client-Centred and Experiential Psychotherapy in the Nineties* (645-58). Leuven, University Press.
- Prouty, G. (1994): *Theoretical Evolutions in Person-Centred / Experiential Therapy - Applications to Schizophrenic and Retarded Psychoses*. Westport, Praeger.
- Prouty, G., Pörtner, M. & Van Werde, D. (1998): *Prä-Therapie*. Stuttgart, Klett-Cotta. Edition anglaise (2002): *Pre-Therapy. Reaching contact-impaired clients*. Ross-on-Wye, PCCS Books.
- Senckel, B. (1998): *Du bist ein weiter Baum - Entwicklungschancen für geistig behinderte Menschen durch Beziehung*. München, Beck.

- Sinason, V. (1992): *Mental Handicap and the Human Condition, New Approaches from the Tavistock*. London, Free Association Books.
- Stahl, B. (1996): Zum Stand der Entwicklung in der Psychotherapie mit geistig behinderten Menschen. In: Lotz, W., Stahl, B. & Irblich, D. (eds.) (1996): *Wege zur seelischen Gesundheit für Menschen mit geistiger Behinderung - Psychotherapie und Persönlichkeitsentwicklung* (14-28). Bern, Hans Huber.