

PRE-TERAPIA: UNA FORMA DE FACILITAR LA RECONEXIÓN

PRE-THERAPY: A WAY TO FACILITATE RECONNECTION

Dion Van Werde¹

Pre-Therapy International Network

Wiesenbach, Alemania

RESUMEN

En la pre-terapia formulada por el Dr. Garry Prouty (1936-2009), algunos conceptos claves son “contacto” y “funcionamiento pre-expresivo”. Estos conceptos ayudan a definir un marco en el que todo funcionamiento inusual, fuera de contacto, desconectado e idiosincrásico, generalmente etiquetado como comportamiento “sintomático” (como en la psicosis, por ejemplo), no solo se considera significativo, sino que también se toma como un punto de partida para potenciar la interacción. El método fenomenológico de dar “reflejos” de manera muy concreta y empática, puede tender un puente entre el mundo de una persona que funciona de esta manera fuera de contacto, con la realidad común presente. Por lo tanto, la pre-terapia puede verse como una invitación a reconectarse con el mundo exterior, así como con su mundo interior vivido, y con el mundo social que lo rodea. Este proceso implica el paso del funcionamiento llamado “pre-expresivo” al “expresivo”, en este caso, para restablecer el contacto. Este artículo da un ejemplo de cómo se puede utilizar el método para tratar con alguien que vive al borde del funcionamiento psicótico, en camino de perderse en su mundo privado, solitario y amenazador, y presenta una situación de crisis en el contexto de la psiquiatría residencial.

Palabras Claves: Pre-terapia, enfoque centrado en la persona, Garry Prouty, psicosis, trabajo de contacto

¹ Correspondencia a: dionysius.vanwerde@gmail.com

ABSTRACT

In Pre-Therapy as formulated by Dr. Garry Prouty (1936-2009), “contact” and “pre-expressive functioning” are key concepts. They help to define a framework in which all unusual, out-of-contact, disconnected and idiosyncratic functioning, usually labeled as, symptomatic “behavior (as in psychosis e.g.), is not only seen as meaningful, but also is taken as a starting point for empowering interaction. The phenomenological method of giving, reflections”, very concretely and empathically can bridge the world of a person functioning in this out-of-contact way, with the common reality present. Pre-Therapy can thus be seen as an invitation to reconnect with the world outside, as well as with his/her lived inner world as well as with the social world surrounding. This process implies the step from so called “pre-expressive” to “expressive” functioning, c.q. to re-establish, contact. This article gives an example of how the method can be used in dealing with somebody living on the edge of psychotic functioning, on his way to lose himself in his private, lonely and threatening world, and hereby presenting a crisis situation in residential psychiatry.

Key words: pre-therapy, person-centered approach, Garry Prouty, psychosis, contact work

PRE-TERAPIA

Mediante una combinación de su experiencia personal e historia profesional, el Dr. Garry Prouty desarrolló la pre-terapia (Prouty 1994, 1976, 2008; Prouty, Van Werde & Pörtner, 1998; Sanders 2007; Van Werde & Priels, en forma impresa; Van Werde & Prouty 2013). En su trabajo con pacientes a largo plazo en el hospital psiquiátrico estatal de Manteno, Illinois (con una estadía promedio de 30 años en un hospital de 10,000 camas), descubrió que las personas pueden ser llamadas "expresivas" incluso cuando hablan y se comportan de una manera incomprensible y extraña, como los así llamados "psicóticos". A este funcionamiento preconsciente, aún no comprensible, Prouty llamó "funcionamiento preexpresivo", reflejando su experiencia profesional trabajando con personas psicóticas y en situación de discapacidad. Reflejaba tanto su percepción como su creencia de que cuando se toman en serio y en las condiciones adecuadas, este tipo de comportamientos tenderán a moverse a un nivel "expresivo". Es decir, se vuelven sentidos afectivamente, significativos, comprensibles y comunicables.

En opinión del Dr. Prouty, cualquier comportamiento sintomático contiene y expresa implícitamente un contenido tanto relacional como experiencial. En su formulación se refiere a Carl Rogers (1957) y Eugene Gendlin (1968), quienes respectivamente trabajaron basados en la "relación" y el "experienciar" como la piedra angular de la psicoterapia centrada en la

persona. La pre-terapia, por lo tanto, puede considerarse como un trabajo pre-relacional y pre-experiencial.

Prouty - tocado por el sufrimiento de las personas debido a la conciencia perturbada de su entorno material, el funcionamiento afectivo congelado y la falta de comunicación social adecuada, definió el “contacto psicológico” como una condición previa para cualquier trabajo (psicoterapéutico) y la pre-terapia como una forma de restablecer el contacto cuando este ausente o frágil.

Prouty describe una técnica no directiva para invitar a la persona a reconectarse con su sí mismo afectivo, el mundo circundante y las personas presentes. Ofrece cinco tipos de reflejos: (1) reflejando la realidad muy concreta de personas, lugares, eventos y cosas, (2) reflejando las características visuales de la cara, (3) reflejando la postura y movimientos corporales, (4) reflejando palabra por palabra para decir lo que se dice verbalmente, y (5) repetir cualquier reflejo que haya producido contacto. Prouty postuló que estos reflejos permiten al terapeuta conectarse con el cliente en su nivel de funcionamiento, fomentando una mayor conciencia de las áreas mencionadas, provocando así un contacto/conexión/anclaje con el mundo, uno mismo y los otros (denominado: contacto con la realidad, contacto afectivo y contacto comunicativo, respectivamente). Esto da como resultado un funcionamiento menos psicótico y más libertad psicológica al tomar decisiones propias.

REFLEJOS DE CONTACTO

En Pre-Terapia, el terapeuta utiliza cinco tipos de reflejos a través de las cuales se invita al cliente a (re) contactar con la realidad, el afecto y otras personas, los reflejos de contacto son extraordinariamente literales y concretos que tienen como objetivo llegar al cliente severamente retraído o regresivo. A través de la técnica del reflejo, las realidades del mundo, de uno mismo y de los demás se ofrecen de una manera no directiva, pero muy concreta, sin prejuicios, sin evaluaciones ni interpretaciones, los reflejos de la pre-terapia están en sintonía con el bajo nivel de funcionamiento del contacto del cliente, el cual permite que el facilitador y la realidad pasen a su mundo idiosincrásico. Si el cliente se permite entrar en contacto con la realidad que se menciona en un reflejo ('estás parado en el pasillo', 'te ves asustado', 'me miras a los ojos y me preguntas si los escucho'), esto significa que él ya ha salido un poco de

su idiosincrática y protegida posición y ha dejado entrar al mundo y a quien lo verbaliza. Ha reconocido que está en el pasillo de la sala, que se está dirigiendo a la enfermera y que, al hacerlo, ha estado mostrando y compartiendo parte de su funcionamiento psicótico por primera vez. La pre-terapia individual, para tratar el funcionamiento psicótico, se realiza principalmente de manera intensiva y sistemática. Básicamente, esto genera que el cliente pueda elegir libremente permanecer en su realidad o participar en la realidad compartida.

Esta última realidad puede tratarse de realidades externas y "objetivas", como personas, lugares, eventos y cosas, o puede tratarse de la comunicación con los demás, pero también puede tratarse de contactar con sus propios sentimientos internos. Los cinco tipos de reflejos de contacto definidos por Prouty (1976) son:

1. Reflejo Situacional (RS) refleja la situación, y el entorno del cliente. Las personas, los lugares, los eventos y las cosas se reflejan para facilitar el contacto con la realidad: por ejemplo, "una silla de madera", "el sol está brillando", "Bea está entrando en la habitación".
2. El reflejo facial (RF) refleja el sentimiento pre-expresivo incorporado en el rostro para facilitar el contacto activo: por ejemplo, "tus ojos están mojados", "Céline sonrío".
3. Reflejo Corporal (RC) refleja con palabras o mediante la mímica con su propio cuerpo, los movimientos o posicionamientos de los clientes, los ayuda a integrar la expresión corporal dentro del sentido de sí mismos: por ejemplo, "estás cerrando el puño", o haciendo y sosteniendo un puño, tal como lo hace el cliente, o combinando las dos formas.
4. Reflejo palabra por palabra (RPP) refleja palabras sueltas, fragmentos de oraciones y otras desorganizaciones verbales, para desarrollar el contacto comunicativo: por ejemplo, cliente: '(murmullo), madera, (murmullo), tres, (murmullo)' - el terapeuta refleja 'madera, tres ', incluso si el significado no está claro.
5. Reflejo Reiterativo (RR) repite reflejos anteriores que demostraron hacer contacto, ayuda a volver a contactar al cliente.

Los reflejos de contacto (lo que hace el terapeuta) facilitan las funciones de contacto (proceso del cliente), que resultan en la aparición de conductas de contacto (que pueden medirse). Para una revisión de la investigación, consultar Dekeyser, Prouty & Elliot, (2008).

Una vez que se (re) establece el contacto general, las personas pueden cambiar a una psicoterapia más clásica, o disfrutar del contacto restaurado tal como está y beneficiarse de las posibilidades que ofrece. Para obtener información completa sobre el método, la praxis, la investigación y las aplicaciones de la pre-terapia en numerosos entornos, grupos de clientes y profesiones, consultar Van Werde, Sommerbeck y Sanders (2015) y en "referencias" en www.pre-therapy.com.

VIÑETA CLÍNICA

En un espacio centrado en la persona donde el autor trabajó durante más de 30 años, el objetivo es practicar una forma de contacto multidisciplinario, que, por un lado, coincida con las ideas y la práctica expresadas por Prouty sobre el trabajo con personas de bajo nivel de contacto, y en por otro lado, se ajuste a las tareas y responsabilidades del contexto médico (Van Werde 2002a & 2002b; 2007). Constantemente, especialmente en el contexto de enfermería, uno tiene que unir un enfoque más centrado en el individuo y orientado a la experiencia con las preocupaciones cotidianas y más generales de la limpieza, motivación de los clientes, recepción de visitas, organización de actividades de ocio, administración de medicamentos, etc. (véase también Pörtner 2000, Peters 1999). La siguiente viñeta ilustra dramáticamente una forma de hacer esto en una situación de intervención de crisis de una manera que está alineada con el enfoque fenomenológico existencial formulado. Representa el uso de reflejos de contacto en lo que llamamos "trabajo de contacto de enfermería".

Existe una diferencia entre la conocida "pre-terapia" y el "trabajo de contacto", el cual acuñamos para incluir todo el trabajo que realizan los cuidadores y otros profesionales, que se diferencia de utilizar los reflejos sólo de manera sistemática e intensiva con un funcionamiento claro y a menudo crónicamente pre-expresivo, como documenta abundantemente Prouty. Por ejemplo, en un medio psiquiátrico, la atención multidisciplinaria a menudo no se trata solo de restablecer el contacto. Paralelamente, y una vez que vuelva a ser posible, también se trata de fortalecer el funcionamiento del contacto. Esto se puede hacer mediante ejercicios grupales, excursiones, haciendo tareas domésticas juntos, terapias no verbales, etc. (véase Van Werde 2002b, para ver ejemplos concretos y creativos de este tipo de trabajo de contacto).

En la siguiente viñeta, por ejemplo, vemos a un paciente funcionando en lo que llamamos el nivel de la “zona gris”, para decir que también está presente su funcionamiento pre-expresivo, así como un anclaje relativo en la realidad cotidiana.

Una combinación de estas realidades (de ahí llamada "gris") a menudo es difícil de manejar, tanto para el cliente / paciente / persona, como para el cuidador, ya que las realidades vividas (idiosincrásicas y compartidas), ambas se influyen mutuamente. Esto hace que el funcionamiento sea bastante complejo, confuso y nada transparente.

¿Cómo manejar esto?, la idea es servir estas dos realidades al mismo tiempo, utilizando reflejos de contacto cuando se presenta el funcionamiento idiosincrásico (como cuando hay contenido delirante o cuando el cuidador siente que algo en particular está sucediendo dentro del cliente sin expresarlo claramente), mezclado con conversación “normal” cuando se demuestra o se puede esperar un anclaje en la realidad compartida. De este modo, se puede ayudar al cliente a llegar lentamente a una modalidad expresiva con este tipo de apoyo.

Cuando aumenta el contacto, el cuidador pasa de los reflejos pre-terapéuticos a la escucha empática tradicional y/o hacer preguntas o sugerencias, en tales circunstancias, para no amenazar el contacto con y dentro del cliente que está en construcción, es importante mantenerse lo más concreto posible y lo más cercano posible a las realidades dadas.

En los diálogos, entre paréntesis, escrito como comentario, podrá leer las consideraciones del terapeuta en las situaciones dadas, para aclarar qué sucedió exactamente y por qué elige reflejar un momento determinado y cuándo pasar a preguntas o comentarios.

Tirita para prevenir cicatrices

(el autor describe en primera persona)

En la pequeña oficina de cuidados físicos (para actividades como, por ejemplo, poner inyecciones, medir la presión arterial, etc.) al lado de la enfermería, la situación parece estar fuera de control. Un miembro del personal viene a buscarme, el psicólogo de la sala, ya que es necesaria una intervención en caso de crisis. En la pequeña habitación, sobre la mesa regulable para los exámenes médicos, un joven está sentado con las piernas al costado muy agitado por su rodilla derecha, que ya tiene varios parches curitas pegados. Una enfermera, que se unió recientemente a nuestro equipo y que no tiene mucha experiencia profesional, ni ningún entrenamiento formal en pre-terapia todavía, está con él en la habitación. Ella está

claramente intimidada por su fuerte insistencia en un curita extra. Hasta ahora, ella ha cedido a sus exigencias de aplicar cuatro de ellos en su rodilla, aunque no puede entender por qué los quiere. Ella no está dispuesta a ceder a su exigencia de que se le aplique una quinta curita. Él los quiere allí para evitar cicatrices, ha dicho. La enfermera no ve las heridas o cicatrices, por lo que su demanda proviene claramente de cómo vive de manera preexpresiva su mundo privado y trata de comunicarse desde él, más que de la realidad "objetiva". La enfermera esperaba que él estuviera satisfecho con una curita y luego estuviera dispuesto a unirse a los demás para almorzar, pero ha seguido pidiendo más. Cuando ahora exige que le afeiten la rodilla y que le apliquen una quinta curita, ella ha llegado a su límite. Ella ha decidido no aceptar eso. Ella piensa que usar una navaja es demasiado arriesgado, además de ser totalmente innecesario, y después de todo, quiere terminar con este enfrentamiento. Cuando entró en la habitación, la enfermera se hace a un lado y me entrega la curita. Empiezo a hacer trabajo de contacto.

En la transcripción, las palabras pronunciadas por el cliente están en cursiva. Consulte la sección anterior sobre "reflejos de contacto" para obtener una explicación de las abreviaturas del tipo de reflejos utilizados. El cliente, aquí llamado "Chris", dio su consentimiento para la publicación de la interacción siempre que cambiemos su nombre.

(Comenzando con una pregunta común para estimar el nivel de funcionamiento).

T. Hola Chris, ¿Cuál parece ser el problema?

C. *Debo tener un par de tijeras* (Esto parece una respuesta a mi pregunta, pero al mismo tiempo es una repetición de lo que ha estado diciendo todo el tiempo. Estimo su nivel de funcionamiento entre congruente y psicótico y empiezo a aplicar los reflejos de preterapia)

T. (RPP) Debes tener un par de tijeras. (RS) Veo tus pantalones en el suelo, tú sentado en la mesa, cuatro curitas en la rodilla.

C. *¡La curita debe ir aquí!* (ordenando y mirando su rodilla)

C. *¡Me deben quitar el pelo!* (alzando la voz)

T. (RPP) El cabello debe afeitarse y colocar una curita

C. *¡Pegue la curita!* (dirigiéndose a mí directamente)

Aquí parece que su nivel de contacto ha aumentado un poco, puedo entenderlo. Recojo el lado afectivo de la comunicación y doy una especie de resumen de lo que ha estado sucediendo, ya sea de forma muy concreta y breve.

T. Parece algo muy importante para ti, la curita. Escuché que también le pediste a la enfermera que lo pegara allí (y señalo la rodilla).

Parece escucharme, en consecuencia, cambio el nivel de comunicación hacia arriba e intento una pregunta:

T. ¿Por qué la curita?

C. *¡Tiene que irse!*

De nuevo, esta es una comunicación poco clara, así que vuelvo a reflejar para que coincida con su nivel preexpresivo:

T. (RPP, RC) Tiene que irse y usted apunta a su rodilla.

C. *Sin cicatrices.*

T. (RC, RPP) Veo una mancha roja y dices "sin cicatrices".

C. *El cabello está creciendo a través de él.*

T. (RS) (de nuevo muy concreto) Veo cuatro tiritas en tu rodilla. Veo una pequeña mancha roja allí, algo de enrojecimiento allí ...

C. *Tiene que irse.*

T. (RPP)... eso tiene que irse (empieza a sonreír) (FR) y tú sonríes.

T. (RR, RS, RR) Sonríes, me miras a los ojos y sonríes.

C. (luego muy serio otra vez) *Debe continuar.*

T. (RS) Estoy parado aquí con la curita en la mano y quieres que me la pegue. No sé exactamente por qué, pero escuché que quieres que lo haga.

C. *Y necesita ungüento extendido adecuadamente, de lo contrario se derretirá y goteará por debajo. ¡Póntelo! Sin cicatrices.*

Debido a que está describiendo el cuidado que quiere, tengo la impresión de que su nivel de contacto ha vuelto a subir y decido correr el riesgo de poner la realidad 'compartida' con suavidad junto a su realidad 'privada' de las cicatrices y el cuidado deseado. De nuevo crucial es la necesidad de estar muy cerca de la realidad concreta que se da. Aquí no hay interpretaciones, juicios, órdenes, apoderándose del proceso de mi parte. Mientras tanto, su gravedad parece menor. Se está comenzando a formar un puente entre diferentes realidades.

T. (RS) Chris, no veo cicatrices. Veo algo de enrojecimiento, como una pequeña herida que se está recuperando.

C. *El cabello crece a través de él y debe cortarse.*

T. (Inspecciono de cerca el punto rojo y digo en modo de conversación, RS) Oh, sí, veo pequeños pelos creciendo en él (y luego como una enfermera que presentaría las realidades de cómo cuidar una herida) parece que se está recuperando. No necesita ungüento ni Curita. Lo siento, no puedo seguirte en eso.

C. (Me mira de nuevo, parece sin palabras por un momento, luego sonrío y dice) *Póntelo* (... en un tono menos duro).

Repito para así anclarlo en la realidad de una situación anterior ese día. Había entrado en la oficina de enfermeras con un tubo de ungüento propio, exigiendo a la enfermera que le pusiera un poco de ungüento en la sien. Más tarde escuché que él también se había quejado de que le aplicaran a las dos rodillas [sic] ... De nuevo manteniéndome muy cerca de lo que había sucedido y nuevamente formulando de manera muy concreta digo:

T. (RR) Hace un rato, usted vino a por ungüento en la sien y la enfermera se los colocó, aquí en la habitación, frente al espejo ... (al decirlo, no limito mi comprensión a esta situación) ... parece que están pasando muchas cosas, Chris.

C. (probablemente se sienta comprendido y su contacto afectivo se profundice) *¡Sí, claro!* (esto crea un espacio psicológico y presento la realidad compartida, del contexto)

T. Por cierto, ¿ya almorzaste? (RS) Ya son las doce y diez ...

C. (responde congruente, claramente se restablece el contacto con la realidad y el contacto comunicativo) *No, no he almorzado todavía.*

T. ¿Está bien lo del curita y puedes ir a almorzar?

C. (Vuelve a mirarme directamente a los ojos y dice) *No quiero parecer un monstruo...*

T. (RPP) No quieres parecer un monstruo, te escucho

Después, esto me pareció el quid de lo que había estado sucediendo. En su estado pre-expresivo, ¡había querido que se hiciera todo lo posible para evitar que pareciera un monstruo!

Luego, haciendo algo de espacio y un puente a otro momento para abordar estas cosas, le digo:

T. Si quieres, podemos hablar de esto más tarde. (Y de nuevo, ofreciendo la realidad de la comida) ¿Está bien que te pongas los pantalones de nuevo, Chris, y vayas a almorzar?

Baja de la mesa, se pone los pantalones y va a almorzar.

La viñeta de la interacción ilustra que el "contacto" es la condición previa de cualquier trabajo (psicoterapéutico), la situación había llegado a una intensidad insoportable que incluía ira, gritos y una agresión potencialmente abierta. Como se hipotetizó en pre-terapia, cuando el contacto aumenta, la sintomatología, conceptualizada como pérdida de contacto, disminuye, una vez que Chris se sintió visto y escuchado, una vez que se conectó con la otra persona presente y la realidad circundante, pudo decidirse a sí mismo para cruzar el puente hacia el otro y la realidad compartida nuevamente. Dejó ir sus demandas pre-expresivas y psicóticamente expresadas, en consecuencia, volvió a conectarse con la estructura de la vida cotidiana y se fue a almorzar.

Obviamente, ha habido un funcionamiento pre-relacional y pre-experiencial problemático, sin embargo, este hombre se había estado dirigiendo (pre-expresivamente) a otra persona y había pedido ayuda. Fue solo a través de la oferta de contacto hecha, que se evitó una mayor escalada del comportamiento "no ajustado", al final, y por su propia elección, incluso encajó en la estructura, no había que utilizar la violencia, no había necesidad de hacerse cargo de su proceso psicológico.

Es importante señalar que la importancia de este ejemplo bastante complejo de intervención en crisis no se limita a trabajar con personas con niveles bajos o límite de funcionamiento psicótico. Se puede transferir fácilmente este tipo de situaciones al cuidado de personas con otros tipos de funcionamiento deteriorado por contacto, como personas con necesidades especiales, hasta cierto punto incluso al cuidado de personas con demencia, en una situación crónica, con funcionamiento disociativo, en cuidados paliativos y así sucesivamente.

CONCLUSIÓN

Ofrecer "contacto" mediante la Pre-Terapia puede considerarse como un antídoto contra el aprisionamiento en un mundo idiosincrásico, que con demasiada frecuencia implica un

enorme sufrimiento caracterizado por perder el contacto con los propios sentimientos, con el mundo material y social exterior.

El punto de partida es radical, tomar en serio el funcionamiento sintomático y la libertad individual, y nunca olvidar "que siempre hay alguien allí", la pre-terapia ha demostrado ser una evolución a la teoría y práctica del enfoque centrado en la persona y experiencial.

REFERENCIAS

- Dekeyser, M., Prouty, G., & Elliott, R. (2008). Pre-Therapy process and outcome: a review of research instruments and findings. *Person-Centered and Experiential Psychotherapies*. 7, 37–55.
- Gendlin, E.T. (1968). The Experiential Response. In A. Hammer (Ed.). *In Use of interpretation in treatment*, (pp. 208-228). Grune and Stratton.
- Krietemeyer, B., & Prouty, G. (2003). The art of psychological contact: the psychotherapy of a mentally retarded psychotic client. *Person-Centered and Experiential Psychotherapies* 2, 151–161.
- Peters, H. (1999). Pre-therapy: a client-centered experiential approach to mentally handicapped people. *Journal of Humanistic Psychology*. 39, 8–29.
- Pörtner, M. (2000). *Trust and Understanding: the person-centered approach to everyday care for people with special needs*. Ross-on-Wye: PCCS Books.
- Prouty, G. (1976). Pre-Therapy – a method of treating pre-expressive psychotic and retarded patients. *Psychotherapy: Theory, Research and Practice*. 13, 290–295.
- Prouty, G. (1994). *Theoretical Evolutions in Person-Centered/Experiential Therapy. Applications to schizophrenic and retarded psychoses*. Praeger.
- Prouty, G. (2008). *Emerging Developments in Pre-Therapy: a Pre-Therapy reader*. P Ross-on-Wye: PCCS Books
- Prouty, G., Van Werde, D., & Pörtner, M. (2002). *Pre-Therapy: reaching contact-impaired clients*. Ross-on-Wye: PCCS Books.
- Rogers C (1957). The necessary and sufficient conditions of therapeutic personality change. *Journal of Consulting Psychology*. 2, 95–103.
- Sanders P (Ed) (2007). *The contact work primer*. Ross-on-Wye: PCCS Books.

- Van Werde D (2002a). *Prouty's Pre-Therapy and contact-work with a broad range of persons' pre-expressive functioning*. In: Wyatt G, Sanders P (eds). *Rogers' Therapeutic Conditions: evolution, theory and practice*. Volume 4: contact and perception. Ross-on-Wye: PCCS Books, 168–181.
- Van Werde D (2002b). Pre-Therapy applied on a psychiatric ward. In: Prouty, G., Van Werde, D., Pörtner, M. (Eds). *Pre-Therapy: reaching contact-impaired clients*. Ross-on-Wye: PCCS Books, 61–120.
- Van Werde D (2007). *Contact work in a residential psychiatric setting: bridging person, team and context*. In: Sanders, P. (ed). *The contact work primer*. Ross-on-Wye: PCCS, 60-71.
- Van Werde, D., & Priels, J-M (in print). *Pré-Thérapie*. In: *La thérapie centrée sur la personne et expérientielle*. De Boeck Supérieur.
- Van Werde, D., & Prouty, G. (2013). *Clients with contact-impaired functioning: Pre-Therapy*. In: Cooper M, O'Hara M, Schmid P, Bohart A (eds). *The Handbook of Person-Centered Therapy* (2nd edition). Palgrave, 327–342.
- Van Werde, D., Sommerbeck, L., & Sanders, P. (2015). Introduction to the special issue on Pre-Therapy. *Person- Centered and Experiential Psychotherapies*. 14 (4), 263–267.