

Psychothérapies de groupe d'auteurs de violence sexuelle

Intérêt d'un traitement de groupe combiné avec un suivi individuel¹

Corinne Devaud Cornaz², Gabriela Guraiib³

Résumé Parmi les traitements psychothérapeutiques destinés aux auteurs de violence sexuelle, les psychothérapies de groupe se sont avérées d'emblée une modalité thérapeutique pertinente. Sur un plan psychodynamique, les psychothérapies de groupe sont souvent proposées en parallèle à un suivi individuel. Toutefois, les effets de la combinaison d'un suivi de groupe à un suivi individuel n'ont été que peu étudiés. Au travers de vignettes cliniques extraites de séances individuelles et de groupe, cet article a pour but de présenter les effets sur le déroulement de suivis psychothérapeutiques psychodynamiques proposés à des auteurs de violences sexuelles. Enfin, au vu de l'effet positif constaté, la pertinence et l'indication d'un tel dispositif sont discutées.

Introduction

Depuis une dizaine d'années, la prise de conscience par les différents acteurs du champ social et judiciaire de l'ampleur du phénomène de l'agression sexuelle a été croissante. Parallèlement, les psychiatres et psychothérapeutes ont été convoqués sur la scène socio-juridique afin de proposer des prises en charge permettant de traiter non seulement les victimes d'agressions sexuelles mais également les auteurs de ces actes.

Rapidement, parmi les offres de soin aux auteurs d'agression sexuelle, les psychothérapies de groupe se sont avérées une modalité thérapeutique pertinente. Tardif (1998) et Balier (1998), en étudiant le fonctionnement psychique de ces patients, ont constaté la prééminence d'aménagements défensifs rigides tels que le déni et la relation d'emprise, ceux-ci ayant fonction de recouvrir d'importantes carences d'élaboration psychique. De tels fonctionnements

psychiques rendent la conduite des entretiens individuels particulièrement ardue et nombreux sont les psychothérapeutes expérimentés qui s'étaient rendu compte de la difficulté de faire advenir, tenant compte de tels aménagements défensifs, un processus psychique initiateur de changement.

Il a aussi été recommandé sur le plan psychothérapeutique de se montrer « plus actif » – renonçant à une position de neutralité initiale – au sein des séances individuelles (Ciavaldini, 1999) et de recourir à des prises en charge en cothérapie (Gravier *et al.*, 2004).

¹ Lauréat du Prix 2010 de la Fondation pour le Développement de la Psychothérapie Médicale, spécialement de la psychothérapie de groupe.

² Psychiatre-psychothérapeute FMH, Médecin-Hospitalier, SMPP, Site de Cery, Prilly (Suisse).

³ Psychologue, Morges (Suisse).

Parallèlement, les psychothérapies de groupe, quelle que soit leur orientation théorique, ont été proposées par les équipes thérapeutiques en milieu forensique. En effet, la mise en groupe permettait non seulement de remettre en question un mode relationnel basé le plus souvent sur l'isolement social, mais aussi, au travers de l'incitation au témoignage du vécu de chacun, d'encourager les capacités d'expression et de favoriser un partage des affects, les conduisant par là à faciliter l'accès à l'empathie tant vis-à-vis d'eux-mêmes que par rapport à leur victime. En outre, la mise en groupe de sujets ayant commis des actes de nature analogue facilitait la confrontation, contribuant à atténuer les mécanismes de déni, enfin pour le thérapeute, le transfert, le plus souvent archaïque chez ces patients, s'en trouvait diffracté.

Sur le plan psychodynamique, les premières psychothérapies de groupe (Mathis et Cullens, 1971 ; Illing et Miles, 1968), prenant en charge des auteurs d'agressions sexuelles en ambulatoire, avaient établi que la motivation de leurs patients était faible, mais estimaient que cette modalité thérapeutique était intéressante.

Plus récemment, Tardif (2004) a constaté que le groupe favorisait le développement des fonctions d'ordre moïque, fonctions justement déficientes auprès de ces patients. Elle a aussi décrit les différentes résistances rencontrées en groupe et constaté qu'une bonne analyse de celles-ci leur offrait la possibilité de progresser. Béran (2002) a observé leurs difficultés à se positionner en tant que sujet et remarqué que le groupe facilitait l'accès à l'expression de leur vécu. Par ailleurs, dans le sillage des travaux de Balier (1996, 1998), Savin (1997) a conduit plusieurs groupes réunissant des agresseurs sexuels en prison. Selon lui, la psychothérapie de groupe favoriserait une meilleure perception des délimitations existant entre le dedans et le dehors, tant dans une perspective groupale institutionnelle que dans une perspective de subjectivation. En prison également, Pittet (2005) formulait l'hypothèse que la fonction du groupe consisterait à rassembler « des affects en déshérence ».

Néanmoins, la majorité de ces travaux évoqués s'attachait à décrire des changements observés au sein de ces groupes uniquement sans étudier ou analyser les effets résultant de sa combinaison avec des approches individuelles. Pourtant, la majorité des thérapies de groupe proposées aux auteurs d'agression sexuelle se font en articulation avec un

suivi individuel. En outre, dans la littérature sur le groupe, un tel dispositif a, jusqu'à présent, été déconseillé (Battegay, 1972 ; Billow, 2009). Et la question de l'impact de la combinaison des deux suivis lorsqu'ils sont de surcroît conduits par le même thérapeute n'a été que tout récemment abordée (Kauff, 2009).

Notre propos consiste à présenter le processus thérapeutique observé auprès de patients auteurs d'agressions sexuelles lorsque ceux-ci sont inclus à la fois dans un groupe et dans un suivi psychothérapeutique individuel assurés par le même thérapeute. En effet, les cheminements suivis par certains de nos patients au sein d'un tel dispositif, combinant à la fois suivi individuel et de groupe avec le même thérapeute, nous ont amenés à nous demander s'il ne s'avérerait pas indiqué. La présentation des vignettes cliniques suivantes a pour but d'illustrer notre propos.

Dispositif thérapeutique

Les vignettes cliniques présentées ci-dessous proviennent d'un des trois groupes thérapeutiques de la Consultation Ambulatoire du SMPP. Quatre des cinq patients du groupe étudié étaient sous obligation de traitement judiciaire. Tous ont commis des infractions à caractère sexuel. Leur reconnaissance du délit était totale ou partielle. Pour être admis dans le groupe, ils avaient effectué un entretien d'admission et s'étaient engagés contractuellement à respecter la confidentialité du groupe. Les consignes données s'étaient appuyées sur la règle de libre association et celle de restitution. Il leur était demandé d'évoquer ce qui leur venait à l'esprit et les préoccupait, ainsi que d'écouter et respecter la parole d'autrui. Le groupe avait débuté depuis deux ans, était semi-ouvert, les nouveaux ou les anciens étant intégrés à la fin des semestres d'hiver ou d'été. Les séances duraient une heure, étaient conduites par deux cothérapeutes, le compte rendu des séances transcrit par une observatrice, assise dans le cercle dans le groupe mais demeurant silencieuse. Tandis que dans les séances de psychothérapie individuelle, l'observatrice devenait cothérapeute à part entière. En effet, tous les patients du groupe bénéficiaient en parallèle d'un suivi psychothérapeutique individuel, mensuel ou à quinzaine, avec la thérapeute principale du groupe et l'observatrice.

Vignettes cliniques

Séance individuelle de M. P., précède la séance de groupe

M. P. a abusé de sa belle-fille, la fille de sa seconde épouse alors en voyage d'affaire, depuis plusieurs semaines. Cette séance est la première suite aux vacances d'été et la première aussi en présence de la nouvelle cothérapeute.

M. P., qui a grandi et qui vit aujourd'hui encore dans la campagne, parle de son travail auprès d'une famille de forgerons qu'il décrit comme des amis : il ressent « celle-ci comme sa propre famille, ils ont toujours une assiette à table pour lui ». Le couple a plusieurs enfants, dont la dernière âgée de 3 ans, selon les propos de M. P., « s'entend bien avec lui ». La thérapeute principale demande à M. P. s'il lui arrive d'être seul avec cette enfant. M. P. s'énerve et répond « qu'il n'est pas un monstre », et que « ce qui s'est passé pour lui, est du passé », maintenant il a « retrouvé une famille ». Il n'a « pas de sentiments » envers cette petite fille, il la voit souvent dénudée « parce qu'elle se promène comme ça », et cela « ne lui fait rien ».

Il parle ensuite des adolescentes qui fument et qui font des « trucs » dans des chalets avec des garçons. « Celles-là, il les évite », dit-il avec une expression de dégoût tout en précisant qu'il ne leur fait pas de reproches. Puis il parle de sa victime. Celle-ci était une fille pré-pubère, « formée, presque comme une femme, presque comme la nouvelle cothérapeute », dit-il en se tournant vers elle. Cette dernière lui demande si l'apparence physique de sa victime l'aurait rendu confus et dans quelle mesure cette confusion aurait été source de son passage à l'acte. M. P. ne dit rien mais se montre fortement irrité. La cothérapeute le sollicite à nouveau : s'est-il senti attaqué ou jugé ? M. P. répond par l'affirmative et ajoute qu'il n'est « pas un pervers » et demande : « Est-ce que c'est bien de laisser un pervers tout seul ? ».

La cothérapeute revient ensuite sur la séquence des faits dont il nie la violence. M. P. répond en insinuant que sa victime aurait eu précédemment des rapports avec un petit copain. Toutefois, il reconnaît s'être livré à des attouchements sur sa belle-fille à deux reprises et avoir été séduit par elle. La cothérapeute commente : il lui était peut-être difficile de gérer ce sentiment de séduction. Et la thérapeute principale d'insister : même s'il s'était senti séduit, c'était à lui de maintenir son rôle d'adulte et

de préserver l'enfant, quand bien même il s'agissait d'une enfant qui l'aime. Elle lui recommande aussi de ne pas se mettre dans des situations ambiguës et le met en garde : il ne doit pas rester seul avec cette petite fille. M. P. répond qu'il n'est jamais seul avec elle, il y a toujours un adulte avec lui et ajoute qu'il n'est pas attiré par des petits enfants.

Séance de groupe

Le groupe évoque d'abord la maladie de certains de leurs proches avant de parler des fêtes de fin d'année. Presque tous se remémorent leurs vécus autour de ces fêtes, la discussion devient animée et vivante mais M. P. demeure silencieux. Après que chacun se soit exprimé, sauf lui, la thérapeute principale l'interpelle en lui demandant comment lui et sa famille vivent ces fêtes. M. P. répond brusquement. Pour lui, « les fêtes de Noël réveillent des mauvais souvenirs », et il se tait. La cothérapeute et les autres participants lui redemandent aussi comment Noël se passe chez lui et, soudainement, il évoque le décès, des suites d'une poliomyélite, de son petit frère alors âgé de 6 ans. Lui-même avait 10 ans. Les thérapeutes l'incitent à développer. M. P. raconte ainsi comment sa famille, qui n'avait que peu de moyens, a dû rapatrier, depuis l'hôpital cantonal, le corps du petit frère sur une simple charrette avant de pouvoir l'enterrer de la manière la plus simple qui soit. Les thérapeutes et les autres membres du groupe ressentent une grande tristesse mais celle-ci n'est pas verbalisée par M. P. Il continue de parler et raconte ensuite la mort d'un autre enfant. Il s'agissait du fils, alors nourrisson, d'un autre frère. Ce dernier avait été voir son fils à minuit, celui-ci dormait. La mère de M. P. était venue le voir ensuite, à 5 heures du matin, et l'avait trouvé « mort au fond du lit, il s'était étouffé... ».

Alors que l'observatrice ressent une douleur sourde, de la méfiance, voire de la haine vis-à-vis de la mère de M. P., la thérapeute, dans un mouvement d'identification à celle-ci, nomme la souffrance possiblement éprouvée : cette mère a, en quelque sorte, dû affronter le décès successif de deux enfants, le sien propre et celui d'un de ses petits-fils. Elle reprend ce que M. P. avait dit précédemment, à savoir que sa mère était morte à 50 ans, ce à quoi il répond que « sa mère était très fatiguée », qu'elle vivait à une époque « où les femmes devaient beaucoup travailler ».

La thérapeute lui renvoie qu'il a dû, durant son enfance, affronter des événements très difficiles et digérer plusieurs chocs. M. P. admet qu'il s'est beaucoup occupé « pour oublier », notamment « dans le sport ». Il est aussi devenu plus proche de sa mère suite à ce décès et ce, jusqu'à la naissance de son « autre » petit frère. La cothérapeute demande alors quelles étaient les émotions qui accompagnaient le souvenir de sa mère. M. P. répond qu'il conserve un « merveilleux souvenir de sa maman ». Et rajoute qu'il a ressenti « toutes les mamans du village comme des mamans ».

M. C., un autre participant, demande à M. P. s'il en voulait à son père. Celui-ci répond négativement. Mais il ajoute n'avoir jamais compris pourquoi il était devenu alcoolique comme son père. Il raconte alors que celui-ci le battait enfant et qu'il n'aidait jamais sa mère au ménage, « c'était plutôt le contraire ». Il raconte comment sa mère devait porter des sacs lourds sans que son mari ne lève le petit doigt alors qu'il rentrait à la maison avec des bottes sales, pleines de boue, sans faire attention.

La cothérapeute réitère que M. P. a de la peine à évoquer des émotions et fait appel ensuite au ressenti de tristesse du groupe. Elle encourage M. P. à reconnaître sa propre tristesse. Celui-ci répond qu'« à la ferme ce n'était pas Noël » et ne se rend compte que dans l'après-coup de la double signification de cette phrase. Depuis le décès de son frère, sa mère n'a en fait plus jamais fêté Noël et lorsque lui-même a eu des enfants, « il lui a fallu changer cela ».

M. C. s'excuse: il n'aurait jamais dû parler de Noël. Les thérapeutes expriment qu'il faut aussi pouvoir parler des choses difficiles ou tristes. M. P. reconnaît alors que la mort de son petit frère l'a fait réfléchir et prendre conscience que sa mère avait un cœur « parce qu'il l'avait vue beaucoup pleurer ». Voir cette souffrance l'a conduit à la protéger car son père à lui était « méchant avec elle ». C'est suite à la mort de son frère qu'il s'est rendu compte que ce qu'il vivait à la maison n'était « pas normal ».

La cothérapeute demande s'il s'agissait de protéger ou de consoler. M. P. répond qu'en tout cas il l'a protégée au niveau physique. Mais reconnaît avoir pensé qu'il « buvait avec son père pour lui faire plaisir ». Survient un silence. M. P. prend la parole et dit: « J'ai fini ». Les membres du groupe sourient. La thérapeute clôt la séance.

Séance individuelle de M. J., après le groupe

M. J. souffre d'un surpoids important ainsi que d'une hernie discale dont il doit se faire opérer avant de commencer un stage de réorientation professionnelle. Il informe les thérapeutes de sa situation. Il devrait se faire opérer le mois suivant, ce pourquoi il a dû perdre du poids. Il veut que les choses « se mettent en route » pour retrouver une vie active.

Il parle ensuite de sa mère avec qui il a tenu une épicerie durant plusieurs années, avec qui aussi il partage son appartement aujourd'hui. Il se fait des soucis pour elle, c'est difficile de « la faire se soigner ». Depuis le décès des suites d'un cancer, à l'âge de 38 ans, du frère de M. J., sa mère éprouve une grande méfiance vis-à-vis des médecins et M. J. doit faire le médiateur pour elle. Il se tient au courant des traitements de sa mère et veille à ce qu'elle suive les recommandations médicales: « Ma mère a tout de même 77 ans ! »

Séance individuelle de M. B., après le groupe également

M. B. parle aussi spontanément de sa mère: « Elle va bien, elle aura 80 ans cette année » et malgré son grand âge, elle est venue travailler pour lui quelquefois: elle est « travailleuse comme la maman de M. P. ». L'année passée, elle s'était fait opérer suite à une chute et ajoute que « comme elle habite dans la dépendance, située à une dizaine de mètres de là où il habite », il ne l'avait découverte que le lendemain. M. B. affirme que la discussion avec M. P. au groupe l'a touché. S'il devait perdre sa mère, il serait fortement éprouvé.

M. B. parle ensuite de sa relation avec les autres membres de sa famille: ses sœurs, ses filles et son fils. Depuis dix ans, M. B., père incestueux, n'a pas revu ses filles, ses victimes. Il a purgé 40 jours de préventive, mais à sa sortie de prison, on l'a laissé revenir dans son village. Il lui arrivait de voir sa fille cadette de loin, quand elle sortait de l'école: « C'était dur de voir son enfant de loin sans pouvoir le prendre dans les bras ».

La thérapeute demande comment il a été arrêté. M. B. explique que c'était sa fille aînée, sa principale victime, qui, accompagnée de son copain, l'avait dénoncé. Il y a eu une enquête et après, « tout s'est fait très vite ». M. B. signale qu'il a pu revoir ses filles au jugement, « mais c'était pas du tout la même chose ».

Analyse des séances

Lors de la séance individuelle de M. P., celui-ci se présente comme une victime et met en avant, face à ses thérapeutes, la relation idéalisée qu'il entretient avec sa famille d'accueil comme une preuve de son humanité. Dans cette famille, où il paraît à la recherche d'affects et où il présume qu'il est un de leurs membres parce qu'on lui donne à manger, il affirme, avec un certain plaisir, qu'il s'entend très bien avec les enfants. Toutefois, lorsqu'il est renvoyé au risque de ne pas être adéquat avec la cadette, il affirme ne pas éprouver de « sentiments » pour celle-ci. Ensuite, dans un mouvement projectif, il attribue ses propres pulsions sexuelles aux jeunes adolescents du Chalet. Ce serait eux, à l'instar de sa victime et de la cothérapeute, qui porteraient les pulsions sexuelles et les provoqueraient chez lui.

Dans l'après-coup, M. P. justifie son acte d'agression sexuelle ; ce serait le corps « formé » de sa victime qui aurait provoqué ses désirs sexuels. Par là, il démontre qu'il ne reconnaît ni sa victime, ni la barrière générationnelle qui les sépare, elle est sa belle-fille et, par déplacement dans le cadre de l'entretien, ni la barrière professionnelle et la personne de la cothérapeute.

De l'autre côté, dans un mouvement contre-transférentiel, la cothérapeute le confronte. Mais M. P. ne se laisse pas démonter et se remet en scène en tant que victime. Ce n'est qu'avec l'aide de la thérapeute principale qu'elle invite M. P. à reconsidérer sa façon de voir ses relations à sa famille d'accueil. Par ces interventions, elle l'amène également à se questionner sur ce qu'il semble remettre en jeu transférentiellement.

En effet, dans ce mouvement transférentiel, M. P. semble se remettre en scène comme victime d'un autre, tout-puissant et tyrannique. Mais dans le contenu de ses propos et par l'interpellation de la cothérapeute, il fait preuve de sa confusion, du débordement de ses affects et de sa recherche d'étayage. Au vu de l'intensité et de l'inadéquation du débordement, il est impossible pour les thérapeutes de déployer une fonction pleinement contenante et bienveillante. Il s'agissait d'abord de répondre à la « mise à mal » des limites en faisant appel à l'ordre symbolique pour réinstaurer les différences de sexe et de génération. Ce n'est que dans la séance de groupe survenant après la séance individuelle que M. P. semble pouvoir s'apaiser. En effet, grâce aux interventions empathiques des autres participants

et de la cothérapeute de groupe et grâce à leur soutien, la thérapeute principale peut à nouveau se montrer compréhensive, démontrant qu'elle demeure, malgré les attaques de M. P., un bon objet. C'est donc cette continuité entre la séance individuelle et de groupe qui permet à M. P. d'atteindre les affects liés à son vécu et à ses représentations familiales.

Dans cette séance de groupe, on peut observer les fonctions du groupe en tant que lieu d'échange social et intersubjectif (Foulkes, 2004). Les patients amènent des préoccupations de leur réalité actuelle – les fêtes de fin d'année – qui les resituent dans ce qu'ils ont en commun mais aussi dans leur histoire individuelle. En outre, dans cette séquence en particulier, M. P. vient déposer sa contrariété dans le groupe et réitère son déni. Les autres patients et les thérapeutes, alors qu'ils reconnaissent la détresse de M. P., l'incitent à nommer son mal-être qui transparaît dans son attitude et par son silence. Mais comme les autres membres du groupe ont parlé d'eux, M. P. est aussi obligé de parler de lui et de son histoire. Alors que dans l'entretien individuel le déni et la confusion de M. P. ont empêché tout dialogue, dans le temps du groupe il peut se retrouver dans les repères que celui-ci lui propose.

Par ailleurs, dans la séance de groupe, M. P. nous indique, dans ce qu'il évoque de son passé, ce que ses parents n'ont pu contenir. Il a aussi jusqu'ici nié leur négligence et avec elle sa propre souffrance. Il a contre-investi ces relations pour se donner l'illusion d'une proximité : il s'est approché de sa mère en la protégeant mais buvait avec son père pour lui faire plaisir. De la même manière, il se déclare proche de sa famille d'accueil parce qu'il partage une assiette avec eux. Ainsi, le groupe par son questionnement et sa contention permet la reconnaissance de sa subjectivité, car M. P. répond aux sollicitations de la thérapeute et de la cothérapeute. Il démontre, à notre avis, son besoin de se sentir accueilli dans ce groupe qui revêt aussi une fonction de famille. Famille où les thérapeutes fonctionnent comme objets parentaux qui transforment et rendent assimilables des affects trop douloureux. Famille où les autres membres du groupe, à l'instar d'une fratrie, travaillent également sur leurs représentations familiales et leurs vécus de tristesse. L'intervention de M. C., un des patients les plus anciens, démontre par ailleurs la capacité du groupe à remettre en question le transfert « tyrannique » joué par M. P. à l'encontre des thérapeutes,

puisqu'il l'incite à reconsidérer son vécu vis-à-vis de son père. Alors que la présence bienveillante et continue de la thérapeute principale assure un étayage, le groupe permet « un remodelage » du transfert, celui-ci devenant selon Kauff (2009) « plus étalé et moins menaçant ».

M. J.

Relevons que celui-ci conteste régulièrement l'« utilité » des séances de groupe. Il y demeure le plus souvent silencieux, immobile, quasi figé, ostensiblement à l'écart. Il intrigue et inquiète par la fixité de son regard tourné soit vers l'intérieur, soit sur un objet environnant de la salle, tableau d'enseignement, supports techniques, vidéo. Malgré sa stature imposante, il ne paraît jamais là, comme c'est le cas de la séance que nous venons de détailler. Ainsi, le fait que, dans la séance qui suit le groupe, M. J. reprenne le sujet abordé lors de cette séance – préoccupation pour sa mère et la santé de celle-ci – nous paraît intéressant. En effet, en apportant ce matériel, il nous montre qu'il a tout de même été touché par les thèmes abordés, ceux-ci ayant vraisemblablement ravivé ses angoisses de perte ou d'abandon de la mère idéalisée. Toutefois, M. J. ne se permet de faire part de ses préoccupations qu'en séance individuelle.

Ainsi, pour M. J., la combinaison du groupe avec la thérapie individuelle lui permet d'une part de gérer ses angoisses paranoïaques réactivées lorsqu'il s'expose au regard des autres dans le groupe – car il peut parler enfin de ses ressentis de la séance de groupe dans le cadre plus intime des séances individuelles – et d'autre part de tolérer ses angoisses d'intrusion suscitées par la relation duelle de la cothérapie individuelle. Ce mouvement d'un espace à l'autre, soutenu par la présence de la même thérapeute, fonctionne à notre avis comme objet contenant mais comporte aussi, en obligeant M. J. à « partager » ses thérapeutes, une dimension incitative à faire part de son vécu et de ses représentations de l'imaginaire maternelle. Ici, l'effet « mirroring »⁴ décrit par Foulkes (2004) semble avoir aidé M. J. à décrire ses liens à sa propre mère.

En effet, à l'instar de M. P., M. J. a dû faire face au décès d'un frère. Comme M. P., il semble endosser un rôle « protecteur » vis-à-vis de sa mère qui,

elle aussi, a été victime de violence conjugale. M. J. ne peut en parler que dans l'après-coup du groupe, en séance individuelle, avec un ton d'ailleurs différent de celui qu'on lui connaît lorsqu'il se réfugie dans ses attitudes hautaines et maniérées. Dès lors, le groupe a permis à M. J. de mobiliser ses affects alors qu'en séance individuelle, les mécanismes d'isolation des affects prévalent et verrouillent la relation. En outre, la dynamique de groupe lui apporte des pensées que M. J. s'approprie sans les ressentir comme imposées ou étrangères à lui. Alors que dans un entretien individuel, les interventions actives visant à initier un processus de pensée n'auraient abouti qu'à des réponses abstraites, intellectualisées, mettant à distance les thérapeutes.

Enfin, la mise en groupe permet aussi de travailler certains aspects de sa socialisation douloureuse et inachevée.

M. B.

Contrairement à M. J., M. B., depuis le début de sa prise en charge, a toujours su mobiliser les affects chez son interlocuteur. Sa difficulté principale réside dans sa tendance récurrente à exposer tous les faits qui le concernent en se victimisant. Ici, M. B. est non seulement capable de reconnaître les émotions qui ont été verbalisées et reconnues dans le groupe, mais aussi de parler de ses filles qui ont été ses victimes. Est-ce dû au fait qu'au travers du témoignage de décès d'enfants, le groupe a mobilisé ses angoisses de perte et d'abandon et que par là s'ébauche une prise de conscience de ce sentiment ? Est-ce que, au travers de ce mouvement, M. B. a pu commencer à se rendre compte de ce qu'il a perdu en commettant un tel passage à l'acte ? Et la perception du regard différent que ses filles portent sur lui depuis le jugement, ainsi que leur prise de distance, annonce-t-elle la reconnaissance par M. B. de leur subjectivité ?

On peut estimer que quelque chose de l'ordre d'une dépressivité a pu être abordé par le groupe alors que le patient ne peut la reconnaître tout seul. Le groupe est là pour la vivre à sa place et avec lui. Pour M. B., la séance individuelle lui permet en quelque sorte de revivre une relation très proche, trop proche, à l'objet et par là très peu frustrante. Mais ici ce dispositif révèle avec M. B. ses limites. En effet, la présence du même thérapeute en individuel et en groupe semble amplifier l'aspect fusionnel que M. B. voudrait rejouer dans la relation,

⁴ Effet par lequel les participants du groupe voient chez autrui, comme dans un miroir, des parts d'eux-mêmes souvent non reconnues consciemment.

rendant impossible toute tentative, en individuel, de donner sens à ce qui a été abordé en groupe.

Par ailleurs, M. B., en parlant de la chute de sa mère, aborde indirectement ses propres pensées agressives vis-à-vis de celle-ci. Toutefois, il est impossible de lui faire reconnaître cette ambiguïté fondamentale intrinsèque à toute relation. Cette agressivité resurgira d'ailleurs bien des mois plus tard dans sa prise en charge, celui-ci déversant sa colère à l'encontre de sa thérapeute principale lorsqu'il comprendra qu'il ne lui était pas possible de la gagner à sa cause. Et ce n'est encore que bien des mois plus tard, lorsqu'une nouvelle thérapeute entrera en scène qui nommera les sentiments de haine de M. B. à l'encontre de sa première thérapeute, qu'il se calmera, pouvant intégrer cette ambiguïté et pouvant également réintégrer le groupe – qu'il avait d'ailleurs quitté entre-temps – toujours conduit par la thérapeute, celle dont il avait justement contesté l'auto-réité thérapeutique.

Discussion

Combinaison des approches individuelles et de groupe

Dans ce travail, nous avons sélectionné des extraits de séances individuelles qui précédaient ou suivaient le groupe avec pour objectif d'analyser l'impact de ce dispositif sur le déroulement des psychothérapies de patients fonctionnant dans des registres entre la psychose et les états-limites et ayant commis des actes transgressifs d'ordre sexuel.

A notre connaissance, la conduite par un même thérapeute de séances individuelles combinées à des séances de groupe a été contre-indiquée dès les débuts de la psychothérapie de groupe (Battegay, 1971). Par ailleurs, les écoles françaises de formation sur le groupe n'ont que peu discuté cette question, et ce n'est que tout récemment que les écoles anglaises l'ont réactualisée (Billow, 2009).

Pourtant, l'évolution de la clinique et des conditions actuelles de soin nous oblige à reconsidérer ce postulat particulièrement en ce qui concerne les auteurs de violence sexuelle. Peu demandeurs, ils se caractérisent par un fonctionnement psychique rigide, les modifications sur le plan psychique étant lentes et minimes, surtout au début de la prise en charge, ce qui peut être décourageant sur le plan thérapeutique. L'ensemble de ces facteurs, surajou-

tés à d'autres d'ordre institutionnel, comme la nécessité de prendre en charge des patients hors-secteur parcourant de grandes distances, nous ont amenées à proposer cette combinaison. Peut-être avons-nous favorisé le maintien de certaines résistances, notamment au début de la prise en charge, mais nous pensons avoir permis que le processus thérapeutique perdure au long cours là où un psychothérapeute seul se serait essouffé. D'ailleurs, R. Battegay (1972), après avoir excellemment détaillé les différents inconvénients à combiner thérapie individuelle et de groupe, concède finalement que cette modalité peut être envisagée à condition que les thérapeutes en mesurent bien les implications !

Dans le champ de la psychiatrie pénitentiaire, V. Roussel et B. Savin (Roussel, 2008) ont pensé ce dispositif au moment de la constitution de leur groupe. Ici, les séances individuelles ont pour but de « reprendre » le matériel de la session de groupe. Selon eux, cette « reprise », qui survient deux jours plus tard, permet « l'expression des éprouvés activés sur le temps du groupe ». Dans notre dispositif au contraire, ce sont les séances de groupe qui font écho, facilitant par là leur lecture et leur interprétation, aux problématiques personnelles esquissées dans la relation duelle par les patients.

Mais sur le modèle de Kauff (2009) qui, par contre, travaille avec une patientèle non délinquante, nous constatons que le groupe favorise, au travers des identifications réciproques entre patients, la prise de conscience des diversités individuelles et atténue les phénomènes de déni. En outre, ce type de dispositif permet que le transfert se déploie de manière différente grâce à la pluralité des espaces et des objets investis, facilitant par là l'exploration du monde interne du patient. De fait, son avantage réside dans la confrontation possible de la réalité interne du patient avec la réalité interrelationnelle du groupe. Qui plus est, cette dernière, permettant l'atténuation des transferts négatifs des auteurs de violence sexuelle dont l'intensité, en séance individuelle, s'explique, entre autres, par leurs représentations surmoïques primitives exacerbées par l'obligation de soin (Stuckenberg, 2001).

Effet sur le transfert et le contre-transfert

En effet, sur le plan contre-transférentiel, le dispositif permet aux thérapeutes non seulement de se déprendre d'une relation duelle sous-tendue de

nombreux processus primaires, mais aussi de surmonter l'effet de sidération si souvent expérimenté lorsqu'ils sont confrontés aux attaques – attaques de la pensée, du cadre thérapeutique et de son sens, attaques de l'altérité – de patients dont la perversion, il ne faut pas l'oublier, constitue avant tout un aménagement défensif.

Cependant, lorsque les patients sont suivis par des thérapeutes différents, il s'agit pour eux d'être attentifs aux clivages. Si le thérapeute de groupe ne connaît pas le patient en relation individuelle, sa relation plus lointaine, « loin de la fournaise » selon les termes de Balier (1998), mais aussi plus neutre, autorise un regard probablement plus objectif que celui du thérapeute individuel. Mais charge à chaque thérapeute d'examiner la nature différente des transferts qui leur sont déposés et de prendre en compte leur impact sur leur relation de l'un à l'autre. Inversement, lorsque le thérapeute de groupe est aussi le thérapeute individuel, la relation revêt davantage les atours d'une relation « privilégiée » (Hubbes Uhlmann, 2002) dont les effets sur la dynamique de groupe – rivalités, abandon – ne sont pas à négliger.

Ainsi, la façon dont sont vécues ces différentes configurations relationnelles donne de précieuses indications sur les enjeux transférentiels. Dans notre cas, notre groupe avait, à l'instar de celui décrit par Stukenberg (2001), présenté des projections du registre paranoïaque, les patients assimilant les thérapeutes à la justice. En endossant cette fonction persécutoire, ceux-ci étaient alors identifiés, sur un mode syncrétique, pour reprendre la terminologie de Bleger (1966), au cadre répressif, celui de la sanction. Toutefois, aussi contraignant qu'il paraisse d'abord, c'est justement ce cadre qui a autorisé la confrontation empathique des thérapeutes aux différents ressentis des patients, puis permis de départager leurs parties rejetantes et/ou mauvaises en eux (Stukenberg, 2001). Dans notre situation, ce n'est qu'après plusieurs mois que les patients ont pu se déprendre progressivement de telles figures et éprouver des ressentis différents à l'égard de leur thérapeute, ressentis desquels ont émergé progressivement des mises en lien avec leurs ébauches de représentations de leurs imagos parentales. Ainsi, des attaques contre le sens du groupe et de son cadre, nous sommes passés aux attaques contre le mauvais père ou la mauvaise mère.

Intérêt et pertinence de la combinaison du groupe avec un suivi individuel

Chez nos patients, la relation primaire à la mère apparaît comme défaillante, surexcitante et donc intrusive et violente (Cornet, 2007). Toutefois, l'ambiguïté qui pourrait sous-tendre leur représentation à l'égard de l'imagos maternelle ne peut être élaborée. Le clivage du moi prévaut dans leur constitution, leur évitant le conflit probablement trop violent qui serait suscité par le dépassement de leur attirance de la dépendance et passivité à l'égard de l'imagos maternelle. Celle-ci est multi-potente, elle menace à la fois leur existence, mais leur est aussi nécessaire.

C'est ainsi que C. Balier (1996) s'explique le passage à l'acte des auteurs de violence sexuelle qui, selon lui, serait l'éclosion de forces aux prises avec un conflit identitaire primaire, forces qui, trop violentes et menaçantes, se transposeraient sur la scène réelle. Ce passage à l'acte n'est donc pas une répétition d'un conflit en difficulté de remémoration, comme pour les actings out en analyse, mais une rupture de sens qui annule tout travail psychique.

De ce fait, le sens à donner à l'acte ne peut venir du patient seul. Il lui est inaccessible car clivé pour préserver son existence. Il doit donc venir des thérapeutes. Comme le travail d'interprétation, tel que proposé dans un setting classique, ne peut être effectif avec ce type de problématique, le thérapeute doit se positionner autrement, endosser un rôle actif dans la recherche de sens avec son patient. Ciavaldini (1999, 2004) décrit cet effet comme « un forçage de la parole » ou « une violence symbolique » qui amènerait le patient à prendre conscience, dans une sorte de transfert en miroir, de sa propre violence, celle qui, en n'ayant pu être reconnue en lui, a été source du passage à l'acte. Cet effet est illustré par la confrontation de la cothérapeute en séance individuelle et se retrouve dans la séance de groupe par l'interpellation de la thérapeute principale. De fait le groupe stimule le contact, oblige les sujets à considérer ce qu'ils ont de partageable, ainsi qu'à se confronter à leurs relations actuelles qui s'y rejouent.

Ainsi, plutôt que de se centrer sur les désirs du patient en se référant à la théorie des pulsions, le traitement consiste ici à mettre l'accent sur la relation d'objet et donc sur la fonction du thérapeute en tant qu'objet externe et objet d'étayage. Car ce n'est que dans un deuxième temps, après avoir accepté de demeurer un objet solide, qui « survive à la

destructivité» (Balier, 1996), que le thérapeute pourra devenir représentant d'un objet interne du sujet. Nous nous trouvons donc devant une thérapeutique qui vise la réparation des processus psychiques. D'ailleurs Balier, en se référant à Winnicott (1965), l'avait très bien énoncé : « La crainte de l'effondrement à venir est en fait quelque chose qui se situe dans le passé mais qui n'a pas pu être intégré par un moi encore trop fragile. Elle résulte de la destruction de l'objet primaire sous l'effet des attaques de l'enfant. Il est donc nécessaire que l'objet survive afin que puisse advenir une issue psychique différente de l'effondrement ressenti alors ».

Il s'agit donc, pour le thérapeute, de se centrer sur la fonction de l'objet qu'il représente vis-à-vis du patient. Autrement dit, cet objectif thérapeutique ne peut se constituer qu'au travers du déploiement d'un processus transférentiel mettant en jeu un lien patient (sujet)/thérapeute (représentation maternelle) solide, plus contenant que ce que le patient a expérimenté par le passé et qui lui permettrait par là d'initier un processus de mentalisation.

Et c'est bien ce dispositif combinant séances individuelle et de groupe conduites par le même thérapeute qui semble, à notre avis, favoriser ce processus de mentalisation au travers d'un travail de remodelage du transfert ; un tel dispositif assure une constance de l'objet/thérapeute d'un espace à l'autre là où les représentations de l'objet peuvent varier, le thérapeute étant presque toujours perçu comme omnipotent et menaçant dans la relation duelle, mais autrement plus accessible au sein de la relation partagée et plurielle qu'impose le groupe.

Ici, le jeu transférentiel, compte tenu des caractéristiques particulières du groupe, est en quelques sorte transformé, atténué tant par le phénomène de diffraction – sur les autres participants – que par l'éloignement suscité par la mise en groupe. Ainsi, le sujet se trouve sous le regard mais « à distance » de celui ou celle qui représente son imago maternelle. Toutefois, en continuant de regarder « de loin » ces sujets lorsqu'ils sont dans le groupe, le thérapeute offre la possibilité de recréer une modalité relationnelle qu'ils n'ont pu expérimenter. Car, sous ce regard, le sujet peut aussi se comporter, se montrer différemment et se proposer en tant que sujet de façon différente, et souvent, en groupe, les sujets se montrent plus aimables, faisant appel à leurs ressources personnelles et essayant plus volontiers d'entamer un processus de réflexion. Mais ce qui est aussi

souvent observé dans le groupe est la satisfaction des sujets de constater ou d'expérimenter que les thérapeutes, ceux qui portent la relation, demeurent toujours là. De fait, lors de la combinaison du suivi individuel et du groupe, le regard du thérapeute, qui est présent à la fois en individuel et en groupe, les porte et se continue, semble endosser une double fonction. D'abord en repérant et verbalisant le langage du corps – attitudes de retrait ou d'ouverture –, il semble faire, comme Ciavaldini (2004) l'a évoqué, office de contenance.

Ensuite, il semble revêtir également une fonction d'émancipation vis-à-vis du thérapeute et de son imago maternelle. En effet, comme l'a évoqué Savin (Roussel et Savin, 2009), les sujets pervers n'ont justement jamais pu se « décoller » de l'objet et ce « collage à l'objet » n'est toléré que sous les apparences d'une relation fusionnelle. Souvent, celle-ci ne peut être vécue de façon aussi égocentrique qu'un sujet psychotique, la menace d'une disparition d'une telle relation ne s'envisage que sous l'angle de l'attaque ou de la manipulation de l'objet : du « je suis contre toi », qui signifie « je me colle à toi » dans la relation duelle, nous passons au « contre » qui équivaut à « je t'attaque si je dois m'éloigner de toi » pour le sujet pervers.

Et lorsqu'il s'agit de s'éloigner, ce n'est qu'au prix d'un arrachement qui les laisse démunis, sans processus secondaires, pour trier les perceptions et reconnaître les émotions. La séance individuelle leur procure un sentiment d'existence primaire tout juste acquis mais si fragile qu'il s'agit de s'étayer sur l'objet pour vivre, lequel objet – en l'occurrence le thérapeute – doit trouver les ressources internes suffisantes pour « supporter » – ce terme étant retenu dans toutes ses acceptions – ce processus. Celui-ci d'ailleurs semble souvent si fragile que même si le thérapeute a rempli sa fonction, ce n'est souvent que le groupe qui offre la possibilité d'une continuité au travers de cet espace différent partagé par tous deux. Toutefois, pour que cette continuité soit opérante, il faut que le jeu autour de ces différents espaces et la confidentialité qui leur est inhérente soient respectés. Dès lors, charge au thérapeute qui conduit à la fois des séances individuelles et de groupe de se proposer comme objet permanent et constant malgré l'éloignement. Charge au thérapeute toujours d'apprécier à tout instant ce qui relève de l'espace intime et de l'espace « public », et de ne pas trahir dans le groupe ce qui a été confié dans une séance

individuelle, comme de préserver l'intimité de sa relation à chaque patient. Ce ne sera qu'à ces conditions que, au travers de ce dispositif combinant suivi individuel et groupe, celui-ci offrant tant une fonction de permanence de l'objet qu'une fonction d'émancipation, le message leur sera donné du respect de leur espace personnel, sans que celui soit cloisonné, et par là dans un effet de miroir leur indiquant comment respecter celui d'autrui.

Conclusion

Parmi l'ensemble des thérapeutiques destinées aux auteurs de violence sexuelle, les psychothérapies de groupe demeurent une modalité thérapeu-

tique pertinente. Par ailleurs la combinaison, de façon concomitante, d'un suivi individuel au suivi de groupe ne nous apparaît pas constituer une contre-indication mais semble révéler des effets synergiques. En effet, compte tenu de certains aspects particuliers de la psychopathologie présentée par ces patients – carences d'élaboration psychique, défaillances primaires narcissiques, relation fusionnelle à l'objet – elle favorise la mise en route d'un processus de mentalisation, permet un remodelage du transfert et assure une continuité du lien thérapeutique. En cela, les effets d'un tel dispositif devraient continuer à être étudiés et documentés. ■


Date de réception de l'article: 12.6.2010

Summary Among psychotherapeutic treatments destined to perpetrators of sexual violence, group psychotherapies proved immediately to be appropriate methods. The psychodynamic treatment plan often proposes that, parallel to group psychotherapy, individual treatment be personal. However the effects of the combination of group and individual therapy have not been studied. By extracting clinical vignettes from individual and group therapies this article's aim is to present their effects on the unfolding of the psychodynamic in psychotherapeutic treatments proposed to authors of sexual violence. Finally, in view of the positive effects the relevance and indication for this dispositive is discussed.

Bibliographie

- Balier C. (1996): *Psychanalyse des comportements sexuels violents*. PUF, Paris.
- Balier C. (1998): De la délinquance sexuelle à la psychopathologie. *L'Information Psychiatrique*, 74 (5): 451-454.
- Battegay R. (1972): Individual psychotherapy and group psychotherapy as single methods and in combination. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 48 (1): 43-48.
- Beran C., de Vargas D. (2002): Chronique d'une session de groupe avec des auteurs d'abus sexuels. *Psychiatrie et violence*: www.pinel.qc.ca/psychiatrie_violence. Mars 2002.
- Billow R. M. (2009): The radical nature of combined psychotherapy. *Int. J. Group Psychother.*, 59 (1): 1-28.
- Bleger J. (1966): Le groupe comme institution et le groupe dans les institutions, in: Kaës R. et coll.: *L'institution et les institutions*. Paris, Dunod, 1988, rééd. 2000, pp. 47-61.
- Ciavaldini A. (1999): Passivation et mobilisation des affects dans la pratique analytique avec le délinquant sexuel. *Rev. Franç. Psychanal.*, 63 (5): 1775-1783.
- Ciavaldini A. (2004): Prise en charge thérapeutique des pédophiles en milieu ouvert, in: A. Ciavaldini et C. Balier (dir.): *Agressions sexuelles: pathologies, suivis thérapeutiques et cadre judiciaire*. Paris, Masson, pp. 149-163.
- Cornet J.-P. (2007): *Représentations parentales et styles d'attachement dans une population de sujets délinquants sexuels*. Thèse de doctorat en Sciences Psychologiques. Université de Liège, Faculté de Psychologie et des Sciences de l'éducation, Liège.
- Gravier B., Legoff V., Devaud C. (2004): Les thérapies actives, in: A. Ciavaldini et C. Balier (dir.): *Agressions sexuelles: pathologies, suivis thérapeutiques et cadre judiciaire*. Masson, Paris, pp. 219-226.
- Foulkes S.H. (1964): *La groupe-analyse, psychothérapie et analyse de groupe*. Payot, Paris, 2004.
- Hubbs Ulmann K. (2002): The ghost in the group room: countertransference pressures associated with conjoint individual and group psychotherapy. *Int. J. Group Psychother.*, 52 (3): 387-407.
- Illing H., Miles J. (1968): Outpatient group psychotherapy with sex offenders. *Int. J. Social Psychiat.*, 14 (1): 258-263.
- Kauff P.F. (2009): Transference in combined individual and group psychotherapy. *Int. J. Group Psychother.*, 59 (1): 29-46.
- Kaës R. (1999): *Les théories psychanalytiques du groupe*. PUF, Paris.
- Mathis J., Cullens M. (1971): Enforced group treatment of exhibitionists. *Current Psychiat. Ther.*, 11: 139-145.
- Pittet M. (2005): Auteurs d'agressions sexuelles et travail de groupe. Et si le groupe était le lieu d'inscription des affects en déshérence? www.pinelqc.ca/psychiatrie_violence, vol. 5, n° 3.

- Roussel V., Savin B. (2008): Groupe de parole pour des auteurs d'agression sexuelle incarcérés. *Rev. Psychothér. Psychanal. de Groupe*, 50: 97-112.
- Savin B. (1997): *Abord analytique groupal dans le traumatisme de l'inceste*. Monographies de la Psychiatrie de l'Enfant, PUF, Paris, pp. 223-238.
- Stukenberg K. W. (2001): Object relations and transference in the group treatment of incest offenders. *Bull. Menninger Clin.*, 65 (4): 471-488.
- Tardif M. (1998): Le déterminisme de la carence d'élaboration psychique dans le passage à l'acte, in: Millaud F. (dir.): *Le passage à l'acte*. Masson, Paris, pp. 25-40.
- Tardif M. (2004): La psychothérapie de groupe avec les agresseurs sexuels adultes: approche psychodynamique et systémique. *Psychiatrie et Violence*, 4 (1): 10-14.
- Winnicott D.W. (1965): *Processus de maturation chez l'enfant: développement affectif et environnement*. Payot, Paris, 1970.

 Correspondance:
Dr Corinne Devaud Cornaz
SMPP – Site de Cery
1008 Prilly
Suisse
corinne.devaud@chuv.ch