

Traumatisme et groupe

Federico Carminati¹

Résumé

La psychanalyse groupale (group analysis) a vu le jour pour traiter les traumatismes, en particulier ce que nous désignons aujourd'hui sous le terme de syndrome de stress post-traumatique (SSPT, ou Post Traumatic Stress Disorder, PTSD). Depuis ses prémices durant la Seconde Guerre mondiale, le groupe a été largement employé pour atténuer les traumatismes, qu'ils soient d'origine anthropique ou naturelle. Dans cet article, nous présentons une description succincte des différentes approches groupales de traitement du trauma ainsi que les connaissances actuelles sur leur efficacité. Nous concluons par une brève présentation d'une intervention de groupe menée auprès de mères d'enfants handicapés dans un institut indien.

Abstract

Group psychoanalysis originated to treat trauma, particularly what we now refer to as post-traumatic stress disorder (PTSD). Since its inception during World War II, group therapy has been widely used to address trauma, whether anthropogenic or natural in origin. In this paper, we provide a concise description of the various group approaches to trauma treatment and the current knowledge of their effectiveness. We conclude with a brief account of a group intervention conducted with mothers of disabled children in an Indian institute.

Introduction

La définition du traumatisme selon le dictionnaire de l'American Psychological Association est la suivante : « Toute expérience perturbante qui entraîne une peur, une impuissance, une dissociation, une confusion ou d'autres sentiments perturbateurs suffisamment intenses pour avoir un effet négatif durable sur les attitudes, le comportement et d'autres aspects du fonctionnement d'une personne. Les événements traumatisants comprennent ceux causés par le comportement humain (par exemple, le viol, la guerre, les accidents industriels) et la nature (par exemple, les tremblements de terre) et remettent souvent en question la vision d'un individu du monde comme un endroit juste, sûr et prévisible. » (APA, 2024).

Selon Jacques Lacan, le traumatisme représente une rencontre violente avec la réalité, une dimension de l'expérience qui échappe à la symbolisation linguistique (Lacan & Miller, 2014). Le réel est ce qui résiste à la signification et, lorsque le sujet le rencontre, est bouleversé, créant une fracture dans son identité symbolique. Cet événement traumatisant brise l'ordre symbolique, amenant le sujet à se confronter à quelque chose de radicalement étranger et incompréhensible. Le traumatisme interrompt donc la continuité du sujet dans le monde symbolique et nécessite une restructuration de son sens de soi. La répétition des symptômes post-traumatiques est une tentative de traiter cette rencontre non résolue avec la réalité.

Le traumatisme est ce qui ne peut pas être dit, l'ineffable, et la tentative de le faire entrer dans le cadre symbolique implique un « effort » psychique douloureux et invalidant qui peut conduire le sujet à des états extrêmes de stress, d'isolement social, de dépression, de

¹ Physicien, membre de l'Institut de Psychanalyse Charles Baudouin, didacticien de la Société Internationale de Psychanalyse Multidisciplinaire (SIPsyM).

toxicomanie et de suicide. La prise en charge des « survivants » de traumatismes est donc un sujet de première importance en psychiatrie et en psychologie.

La psychothérapie de groupe est née en Grande-Bretagne pendant la Seconde Guerre mondiale pour traiter les traumatismes des soldats et tenter de les réintégrer dans la société et, si possible, de les renvoyer au front. L'armée britannique a investi massivement dans la prévention et le traitement des victimes psychiatriques, et pourtant, sur les quelque 423.000 soldats congédiés pendant la guerre, 109.000 (26 %) ont été congédiés pour des raisons psychiatriques (Freeman, 1947). Les traitements les plus innovants ont été les méthodes de psychiatrie sociale utilisées dans le confort relatif des hôpitaux britanniques, dans l'unité Mill Hill de l'hôpital Maudsley à Londres et à l'hôpital Hollymoor, à Northfield près de Birmingham.

En particulier, entre 1942 et 1948, les psychiatres de l'armée travaillant à Northfield ont été les pionniers des thérapies psychologiques et sociales de groupe dans ce qui est devenu connu sous le nom d'« expériences de Northfield », bien résumées par Bloch :

« La Seconde Guerre mondiale a sans aucun doute été un grand stimulant pour l'évolution de la thérapie de groupe. La grande population de patients parmi les militaires pouvait être traitée plus efficacement si elle était traitée en groupe. L'hôpital militaire, en particulier, était un centre d'innovation, et c'est là que Bion et Foulkes ont institué des méthodes de groupe. Après la guerre, le travail de Bion a influencé les thérapeutes de l'école Tavistock, tandis que Foulkes a été la figure la plus importante derrière la création de l'Institut pour l'analyse de groupe². (Bloch, 1986)

Il est donc naturel de considérer le traitement des traumatismes comme l'un des domaines d'application privilégiés de la thérapie de groupe.

Classification des interventions de groupe en traumatologie

Les effets de l'exposition à un traumatisme sont encadrés dans le syndrome de stress post-traumatique (SSPT, ou Post Traumatic Stress Syndrome, PTSD) (Barnhill & American Psychiatric Association, 2014; NIMH, 2024). Le SSPT est un trouble mental qui peut se développer après une exposition à des événements traumatisants, tels que des violences physiques ou sexuelles, des catastrophes naturelles, des accidents graves ou des expériences de guerre. Les principaux symptômes sont les suivants :

1. Souvenirs intrusifs, tels que des flash-back, des cauchemars et des pensées pénibles liées à l'événement traumatisant.
2. Éviter les lieux, les activités ou les personnes qui se souviennent du traumatisme.
3. Altérations négatives des pensées et de l'humeur, pensées déformées sur soi-même ou sur les autres, sentiments de détachement ou d'éloignement.
4. Hypervigilance, réactions d'alarme exagérées, difficulté à dormir, irritabilité.

Les interventions de groupe pour les patients souffrant de SSPT peuvent être classées en différentes familles :

1. Groupes de soutien.
2. Groupes psychodynamiques.
3. Groupes cognitivo-comportementaux pour adultes.
4. Groupes pour enfants et adolescents.
5. Groupes de débriefing psychologique

² Traduction de l'auteur.

En général, un traitement de groupe du traumatisme comporte trois moments fondamentaux (Corey, 2022; Herman, 1992; Maguire, 1991; Yalom & Leszcz, 2020):

1. Phase initiale de l'établissement du groupe comme un lieu sûr, sans jugement, empathique et strictement confidentiel.
2. Travail sur le traumatisme des participants. Cette partie se déroule selon le type de groupe : débriefing de soutien, psychodynamique, cognitivo-comportemental, pour adolescents ou psychologique.
3. Une phase finale dans laquelle la mise en œuvre des notions acquises est discutée et la fin du groupe est élaborée (« deuil du groupe »).

Dans ce qui suit, après avoir présenté un aperçu des avantages de la thérapie de groupe, nous décrirons brièvement ces différents types d'intervention. À la fin, nous offrirons un aperçu de l'état actuel des connaissances.

Avantages de la thérapie de groupe pour les traumatismes

Les situations traumatisantes sont caractérisées par un sentiment d'impuissance, d'horreur et de solitude. Les autres sont perçus comme dangereux – dans le cas de la violence – ou indifférents à nous et impuissants à nous aider – dans le cas des catastrophes naturelles. Ces émotions peuvent amener les survivants à se demander si les autres sont vraiment disponibles pour les aider et les soutenir en cas de besoin urgent, et peuvent conduire à une rupture de confiance. La rupture de la confiance interpersonnelle si fréquemment observée chez les survivants de traumatismes se reflète dans la réaction d'évitement post-traumatique classique, le sentiment de détachement profond ou d'éloignement des autres.

La thérapie de groupe permet de renouer avec les autres et de reconstruire un sentiment de confiance dans la société. Rencontrer et échanger avec des personnes qui ont vécu des expériences similaires dans un cadre thérapeutique favorable peut être une étape clé pour regagner la confiance. Pour certains groupes, comme les vétérans de guerre ou les violences sexuelles, le groupe peut aider à surmonter la stigmatisation qui accompagne parfois ces expériences. Le traitement de groupe offre un avantage économique évident, mais aussi une alternative lorsque la thérapie individuelle n'est pas indiquée (Klein & Schmermer, 2000).

Les thérapies de groupe pour les adultes atteints de SSPT (de soutien, psychodynamique ou cognitivo-comportementale) diffèrent dans leurs modèles théoriques mais partagent les caractéristiques suivantes :

1. Création d'un environnement sûr, respectueux, sans jugement et confidentiel
2. Rencontre avec des personnes qui ont subi un traumatisme similaire.
3. Partage et validation de l'expérience traumatique et des réactions et conséquences liées au traumatisme.
4. Partage et validation des « comportements de survie » pendant et après l'épisode traumatique.
5. Acceptation qu'un thérapeute qui n'a pas vécu les mêmes expériences traumatisantes puisse aider.

L'accent n'est pas mis sur la compréhension et le traitement de la dynamique interpersonnelle au sein du groupe lui-même, mais plutôt sur les objectifs thérapeutiques. Dans le cas des thérapies psychodynamiques ou cognitivo-comportementales, l'évocation des traumatismes est encouragée, tandis que dans le cas de la thérapie de soutien, l'évocation est évitée et l'accent est mis sur le « coping »³ et l'adaptation quotidienne.

³ « Coping » en anglais désigne les méthodes que les individus utilisent pour gérer le stress et les situations

Thérapie de groupe de soutien

Ces groupes profitent des qualités thérapeutiques intrinsèques aux groupes, telles que la normalisation et la cohésion (Yalom & Leszcz, 2020), pour tirer parti des ressources des membres du groupe et faire face aux symptômes post-traumatiques qui peuvent interférer avec les activités de la vie quotidienne. La thérapie de groupe de soutien a tendance à se concentrer sur la validation par le groupe de l'impact de l'expérience traumatisante, encourageant l'expression d'affects tels que la douleur, la déception, la frustration ou le bonheur, jusqu'à la terreur et la colère. Les demandes aux participants sont limitées et il n'y a pas d'analyse psychodynamique.

Menés en milieu clinique et communautaire, ces groupes peuvent être « ouverts » (les participants peuvent rejoindre ou quitter le groupe dans n'importe quelle session) et durent généralement de 10 à 15 sessions une fois par semaine (Forbes, 2020). Ces groupes sont souvent utilisés en parallèle avec des thérapies individuelles ou en préparation à d'autres interventions de groupe psychodynamiques ou cognitivo-comportementales. La littérature souligne l'efficacité de la thérapie de groupe de soutien pour le bien-être des personnes atteintes de SSPT, bien qu'il n'y ait pas d'études spécifiques sur la rémission spécifique du SSPT (Forbes, 2020).

Thérapie psychodynamique de groupe

Dans une perspective psychodynamique, le travail de groupe vise à clarifier l'image de soi intériorisée et les relations avec les autres impliqués dans l'expérience et les conséquences du traumatisme. La situation de groupe permet d'accéder à la source consciente et inconsciente des symptômes résultant d'un traumatisme tel que les réactivations de conflits précoces refoulés, les complexes psychiques, les relations d'objet du soi et les expériences d'attachement précoce (Rutan et al., 2014; Schottenbauer et al., 2008).

Le groupe fournit un contexte régressif et sûr dans lequel se souvenir de l'événement traumatisant, des interactions importantes avant et après l'événement traumatisant. En racontant leurs histoires traumatisantes, les membres peuvent éprouver des réactions affectives allant de l'anxiété à propos de la discussion, à la peur et au chagrin intense lorsqu'ils décrivent l'événement traumatisant, à un sentiment ultérieur de libération ou de calme lorsque la confiance de raconter l'histoire en groupe est intériorisée. Le chef de groupe doit veiller à ce que les membres du groupe ne soient pas submergés par les émotions. Un sentiment commun des victimes de traumatismes est la culpabilité. Cela peut sembler absurde, mais il s'agit en fait d'un élément défensif. Face à « l'absurdité » du traumatisme, en assumer la responsabilité permet de retrouver un sentiment de contrôle sur la réalité et d'« éviter » la récurrence de l'événement traumatique en introduisant une vision rationnelle et causaliste du monde. Cependant, cette « défense » a un coût émotionnel élevé et rend plus difficile de surmonter les blessures du traumatisme. Le traitement psychodynamique permet d'analyser ces mécanismes de défense et, en expliquant leur nature, de réduire la souffrance psychique qu'ils provoquent.

Les études sur l'efficacité du traitement psychodynamique de groupe des traumatismes montrent une certaine variabilité dans la rigueur méthodologique et le choix de la population, il est donc difficile de faire des méta-analyses (Foy et al., 2001; Schwartze et al., 2019). En général, une amélioration globale de la détresse des membres du groupe est rapportée, tant en ce qui concerne les symptômes du trouble de stress post-traumatique que l'anxiété et la dépression.

difficiles. Cela inclut des stratégies centrées sur le problème, visant à résoudre la source de stress, et des stratégies centrées sur l'émotion, visant à gérer les sentiments associés. C'est un concept clé en psychologie.

Thérapie cognitivo-comportementale de groupe

L'approche cognitivo-comportementale de groupe vise à fournir aux survivants des traumatismes des outils efficaces pour faire face aux symptômes des traumatismes et minimiser leur recrudescence. Ceci est réalisé grâce à une exposition prolongée aux techniques de restructuration cognitive (Foy et al., 2002). Chaque membre du groupe a l'occasion de présenter son expérience et ses stratégies d'adaptation, renforçant ainsi la cohésion et la contenance du groupe.

Le partage des succès et des échecs de l'application des outils appris lors des séances cognitivo-comportementales augmente la cohésion de groupe, diminue le sentiment de frustration et d'échec des membres face à la difficulté de surmonter le traumatisme et crée une « compétence collective » dans l'utilisation du matériel psychoéducatif concernant la prévention des rechutes et les capacités d'adaptation. La simple reconnaissance de la détresse chronique et de la nature souvent intraitable des symptômes du SSPT est parfois une source considérable de réconfort (Foy & Larson, 2006).

Certains groupes cognitivo-comportementaux ont des approches spécialisées, par exemple de nature féministe, pour les femmes qui ont été violées ou incestées (Chard et al., 2020; Morgan & Cummings, 1999; Resick et al., 1988; Stalker & Fry, 1999). Morgan et Cummings (Morgan & Cummings, 1999) ont rapporté que les membres d'un traitement de groupe de 20 semaines selon le modèle féministe présentaient une diminution significative de la dépression, de l'inadaptation sociale, de l'auto-blâme et des symptômes de stress post-traumatique par rapport à un échantillon témoin communautaire.

Thérapie de groupe pour les enfants et les adolescents exposés à des traumatismes

Les avantages de la thérapie de groupe pour les adolescents et les enfants sont les mêmes que pour les autres types de thérapie de groupe pour les traumatismes. À cela s'ajoute le fait que se retrouver parmi les « pairs » facilite l'utilisation d'un langage différent de celui des « adultes » pour parler des traumatismes. Une méta-analyse récente (Bougard et al., 2016; Reeker et al., 1997) confirme l'efficacité de cette approche.

Les groupes intégrés utilisent une variété de techniques telles que l'exploration des sentiments, l'art-thérapie, la thérapie par le jeu, le travail des marionnettes, le yoga, provenant de différentes écoles théoriques.

Les groupes cognitivo-comportementaux sont basés sur la psychoéducation, les capacités d'adaptation, l'exposition et la restructuration cognitive (Stauffer & Deblinger, 1996).

La thérapie comprend 8 à 24 séances une fois par semaine. Les groupes sont souvent du même sexe, sauf pour les plus jeunes, où ils sont mixtes. On a tendance à créer des groupes homogènes en ce qui concerne les stades de développement, bien qu'il y ait des expériences avec des groupes allant de la petite enfance à l'adolescence.

Les preuves expérimentales d'efficacité sont rares, en raison de la difficulté d'utiliser des groupes témoins randomisés. Les méta-analyses existantes indiquent des effets positifs de ces types de groupes (Reeker et al., 1997; Weisz et al., 1995).

Débriefing psychologique après une catastrophe

Le débriefing psychologique immédiatement après l'événement traumatisant a été introduit par l'armée américaine dans les années 1970 (A. Shalev & Ursano, 1990). Sur la base de ces

expériences, le débriefing psychologique immédiat est de plus en plus utilisé selon différents modèles et la population, comme le personnel des services d'urgence (Dyregrov, 1989; Mitchell, 1983; Raphael, 1986) ou les groupes d'enfants et d'adolescents (Raphael & Wilson, 2000).

Le débriefing psychologique est une intervention de groupe précoce (1 à 3 jours après les faits) qui partage avec les thérapies de groupe la reconstitution, la validation et la normalisation des réactions. Il n'existe pas de modèle normalisé de débriefing psychologique, et une définition possible est la suivante : (Bisson et al., 2000): « Une intervention de crise semi-structurée en une seule séance conçue pour réduire et prévenir les séquelles psychologiques indésirables après des événements traumatisants, en favorisant le processus émotionnel par l'expression et la normalisation des réactions, et la préparation aux expériences futures⁴. » (p. 555).

Bien que largement utilisé, et généralement décrite comme très utile par les receveurs, l'absence de protocole précis et l'impossibilité d'utiliser des groupes témoins ont rendu très difficiles les méta-études sur l'efficacité de cette pratique (Bisson et al., 2000; Neria & Solomon, 1999; Rose et al., 2003).

En dépit des nombreux témoignages positifs sur le débriefing psychologique, certains auteurs le jugent non seulement inutile mais potentiellement nocif (Bonanno, 2004; Gist & Woodall, 1998; Litz et al., 2002; Marmar et al., 1996; McNally et al., 2003; D. L. Shalev, 2000). Une réponse définitive ne peut être fournie que par des essais randomisés rigoureux, si ceux-ci sont possibles.

Une vignette clinique

L'Institut Lebenshilfe⁵ de Visakhapatnam (Andhra Pradesh, Inde) est spécialisé dans l'accueil et l'accompagnement éducatif des jeunes déficients intellectuels et physiques. Lebenshilfe India porte le nom de l'Institut Lebenshilfe en Allemagne, fondé en 1958 par Tom Mutters⁶. Après avoir étudié l'éducation spécialisée en Amérique, la fondatrice de Lebenshilfe India, le Dr Saraswathi Devi Tallapragada (Sarah, 1944-2018), a suivi une formation intensive à Lebenshilfe, en Allemagne. À son retour en Inde, avec le soutien de l'institut allemand, Sarah a fondé Lebenshilfe India en 1980. Aujourd'hui, le Centre accueille environ 350 jeunes, dont 100 résidents, et compte un personnel de 110 enseignants, éducateurs et assistants.

L'un des problèmes rencontrés par le personnel d'encadrement est la gestion des impulsions et des comportements inappropriés des jeunes au début de la puberté. Cela doit être vu dans le contexte culturel de la société à prédominance hindoue et de la tradition de la civilisation télougou de l'Andhra Pradesh (Raghunadha Rao, 2020).

Dans la tradition hindoue, la sexualité (Kama) est reconnue comme l'un des quatre principaux objectifs de la vie humaine (Purushartha), aux côtés du Dharma (devoir), de l'Artha (prosperité) et du Moksha (libération) (Basham, 1991). Les histoires mythologiques hindoues incluent souvent des éléments de sexualité, tels que les relations divines entre Shiva et Parvati ou Krishna et Radha, qui reflètent une vision complexe de la sexualité au-delà du simple acte physique. Cependant, dans les sociétés indiennes contemporaines, en particulier dans les sociétés plus traditionnelles, la sexualité peut être un sujet tabou, les discussions ouvertes limitées et les normes sociales très conservatrices.

⁴ Traduction de l'auteur

⁵ <http://lebenshilfeindia.org>

⁶ <https://lebenshilfe-wiesloch.de/index.php/tms-ueber-uns>

Les comportements sexuels inappropriés et les changements d'humeur des adolescents mentalement retardés ont provoqué des malaises et des scandales dans les familles et la communauté. Il faut également tenir compte du fait qu'en raison des conditions économiques et climatiques, les appartements sont minuscules, les familles sont nombreuses et les fenêtres sont toujours ouvertes. L'intimité n'est garantie que par le respect d'« étiquettes » sociales assez rigides. L'éducation des enfants est confiée aux mères, qui portent souvent la responsabilité sociale et familiale et la stigmatisation non seulement de leur comportement déviant mais aussi de leur handicap. Il n'est pas rare qu'une mère « coupable » d'avoir donné naissance à un enfant handicapé soit rejetée par la famille et laissée sans moyens de subsistance. Il arrive aussi que des jeunes handicapés soient abusés sexuellement ou kidnappés (et parfois estropiés) par des mendiants professionnels afin de mieux susciter la compassion et la générosité des passants et des touristes.

Lebenshilfe offre un environnement sain, empathique, sûr et propre, où on s'efforce à éduquer et à réintégrer ces jeunes dans la société. Le centre a diverses classes scolaires et organise un large éventail d'activités communautaires telles que des spectacles de théâtre et de danse, de la musique (raga), du yoga, etc. Chaque famille paie plus ou moins ce qu'elle peut se permettre. Pour les mères moins aisées et sans abri, Lebenshilfe offre également un logement et la nourriture en échange des services qu'elles peuvent offrir tels que cuisiniers, nettoyeurs, assistants, éducateurs ou enseignants. Les mères dont les enfants atterrissent au « havre de paix » de Lebenshilfe ont pour la plupart « traversé l'enfer ». Mais même lorsque leurs enfants sont à Lebenshilfe, avec la puberté, leur comportement devient socialement honteux, incompréhensible et ingérable. Certains membres du personnel ont également du mal avec ces jeunes.

En 2010, les auteurs et deux collègues genevois ont été invités par Sarah pour l'aider à gérer la situation. Nous avons organisé une série de séminaires sur la pédagogie et la psychologie sexuelle (Gougeon, 2009) au Centre et à l'Université de l'Andhra Pradesh. Les auteurs connaissaient bien le Centre parce que y avaient passé plusieurs périodes de quelques semaines à la fois en travaillant avec eux.

Le message de nos séminaires était qu'on ne devait ni ne pouvait réprimer les attitudes des jeunes, mais qu'on devait les « canaliser », en leur apprenant, par exemple, à ne pas s'exposer et à s'isoler pour se masturber et à ne pas le faire – ou essayer de le faire – en public. S'ils étaient incapables de se masturber, il fallait leur apprendre les gestes appropriés pour éviter qu'ils ne se blessent. Pour les parents et les éducateurs, le conseil était de respecter la vie privée de ceux qui n'étaient plus des enfants mais de jeunes adultes, malgré leurs handicaps. La réaction des pères et des mères a été, en partie, différente. Les pères avaient tendance à s'opposer à notre approche, qui était en contradiction avec leur culture, tant sur le fond que sur la forme, en rendant le discours sur le sexe explicite et public. Les mères étaient prêtes à écouter tous ceux qui pouvaient les aider à soulager une situation de grande souffrance.

L'attitude envers nous était complexe. D'un côté, il y avait une révérence pour les experts internationaux qui venaient aider. D'autre part, une profonde méfiance – parfois un dédain – envers la société dont nous sommes issus, considérée comme décadente et immorale. Et encore, le sentiment que leur position considérée par l'Occident comme économiquement et technologiquement inférieure n'était pas méritée face à leur supériorité morale. Tout cela s'accompagne d'un profond ressentiment pour le colonialisme, considéré comme la principale raison de cette situation. Ce n'est pas le lieu de discuter ou de juger ces sentiments, qui sont partiellement compréhensibles. Malgré cette toile de fond, l'accueil était, sur le plan personnel, excellent et chaleureux.

Nous nous étions adaptés au rythme « indien », de longues attentes oisives suivies de périodes de travail continu pendant des heures dans un tourbillon d'« efficacité » sans compromis. Les déjeuners sur la table en béton avec le personnel, en mangeant avec les mains l'excellente nourriture végétarienne préparée par les « mères » dans la cuisine. Les rires de nos différences culturelles et de notre humanité commune. Les excursions au marché nocturne aux épices et aux légumes dans les « bidonvilles » de Visakhapatnam avec des membres du personnel qui ne parlaient que le télougou mais avec qui nous « bavardâmes » des courses et des prix absurdes demandés aux touristes pour les souvenirs. La colline de Kailasagiri et la nuit indienne.

L'autorité morale de Sarah se « portant garante » pour nous a été un élément décisif. Fille d'un grand yogini indien, Sarah était une brahmane de haut rang – bien que pas riche – élevée, comme elle le dit, comme une « déesse guerrière ». ⁷ Les débuts de son aventure avaient été quatre enfants sous une hutte de feuilles de palmier. Avec une énergie inépuisable, elle avait trouvé des fonds principalement privés pour agrandir son centre, qui pouvait désormais accueillir jusqu'à 400 élèves, et qu'elle dirigeait d'une « main de fer ». Son travail et le fait qu'elle « osait toucher » – en effet embrasser avec affection – des enfants de toutes castes faisaient d'elle une figure en odeur de sainteté.

Sarah avait le pragmatisme presque cynique de ceux qui se sont vraiment mis au service des autres. Lorsque ma femme a interrompu l'une de ses fréquentes tirades sur Dieu et la spiritualité en lui disant : « Tu sais que je suis athée ! » Sarah a rétorqué sans hésitation : « Pour moi, tu es dieu. » Ce n'est que plus tard, en étudiant Spinoza, que j'ai compris la profondeur de la réponse.

Les séminaires ont été donnés à un public mixte de centaines de personnes à la fois. Pour une action plus efficace et plus « ciblée », nous avons eu l'idée d'organiser des groupes de parole. Sarah a accepté et a organisé des groupes mixtes de parents et de membres du personnel. Compte tenu du grand nombre de patients au Centre, nous avons pu mener une seule séance d'environ 90 minutes avec chaque groupe d'une vingtaine de personnes, pendant quatre jours et neuf heures par jour sans interruption. Le niveau social et d'éducation des participants était inégal, et nous avons donc décidé qu'ils pouvaient parler télougou avec l'un des éducateurs qui agissait comme traducteur du télougou vers l'anglais et vice versa.

Les groupes commençaient par une brève introduction de Sarah, puis la parole était donnée aux mères. Pour compliquer les choses, on était obligés d'utiliser le microphone (« la glace ») d'un jouet « karaoké » en raison du bruit constant des climatiseurs. Les mères commençaient leurs histoires submergées par l'embarras, se couvrant partiellement le visage avec leur voile. Le voile hindou traditionnel n'est pas obligatoire et se porte de manière plutôt décontractée. Au début, la conversation était plutôt « fragmentée » en raison de la traduction-retraduction de chaque intervention. Petit à petit, la cohésion de groupe prenait le dessus. Les mères évidemment sentaient que le groupe était un « endroit sûr » dans lequel partager leurs expériences, cherchant de l'aide et du réconfort au-delà de la pudeur et des traditions. L'émotion envahissait le groupe. Les mères n'essayaient plus de cacher leur visage, et l'histoire coulait mêlée aux larmes d'une manière naturelle – et déchirante.

D'une certaine manière, la barrière de la langue est devenue une aide à la compréhension. La charge émotionnelle des histoires nous frappait sans interférence sémantique, nous n'avions pas besoin de savoir ce que ces gens disaient pour comprendre. Ensuite, la traduction permettait d'élaborer les émotions et de fournir des réponses rationnelles. Nous étions – en termes

⁷ Devī (Devanagari : देवी) est un mot sanskrit signifiant « Celle qui brille », un terme utilisé pour désigner une divinité féminine. Sarasvatī est vénérée depuis l'ère védique comme la déesse de la connaissance et des arts, de la littérature, de la musique, de la peinture et de la poésie, mais aussi de la vérité, du pardon, de la guérison et de la naissance.

Lacaniens –en équilibre entre le réel – le traumatisme subi –, l’imaginaire – les faits décrits – et le symbolique – notre intervention interprétative et « éducative », si complexe linguistiquement parmi les langues utilisées : télougou, anglais, italien et français (entre nous).

Un aspect important était l’alternance – et le conflit – des points de vue « émique » et « éthique » (Triandis & Marin, 1983), respectivement la perspective interne de la culture locale et la perspective externe, qui utilise nos catégories et concepts. Un exemple pour clarifier. Une jeune femme ayant une déficience intellectuelle modérée, fille d’une des participantes du groupe et suivie à Lebenshilfe, s’était mariée et avait eu un enfant. Avec le soutien de la famille, les choses se passaient raisonnablement bien. C’est une tradition locale pour une jeune mère de retourner dans sa famille d’origine pendant six mois après l’accouchement. On comprend facilement l’origine de cette tradition, qui vise à aider la femme qui vient d’accoucher et à éviter une grossesse immédiatement après la précédente. Malheureusement, la jeune femme se trouvait dans un équilibre fragile qui reposait en grande partie sur la présence de son mari, dont elle était sincèrement amoureuse. Incapable de comprendre la séparation soudaine et complète de son mari, elle avait décompensé, avec de graves conséquences sur sa capacité à s’occuper de son fils. Ce qui avait semblé à tout le monde être le résultat inattendu et heureux d’un long calvaire, s’était effondré, créant une situation de grande souffrance et d’embarras envers la famille du marié. D’un point de vue éthique, nous aurions aimé recommander des « compromis » avec la tradition, pour permettre à la jeune femme de voir son mari, peut-être avec des mesures contraceptives adéquates. Mais nous nous sommes rendu compte que, d’un point de vue émique, c’était inconcevable. Nous avons donc recommandé une intervention de soutien et d’éducation pour la jeune femme, avec l’aide du Centre.

Il est évidemment impossible d’évaluer l’efficacité, voire l’impact, d’une intervention ponctuelle à cheval entre le soutien et le cognitivo-comportemental. L’expérience a été intense et sincère, et les mères ont pu – peut-être pour la première fois – partager et valider leurs expériences communes dans un environnement sûr et empathique. Ils ont certainement pleinement profité de l’opportunité qui leur était offerte. Le langage de leurs histoires était parfois explicite au point d’embarrasser le traducteur et de nécessiter l’intervention de Sarah pour « valider » leur droit d’échanger même sur les aspects les plus scabreux.

Nous avons eu l’impression que notre « altérité » contribuait à l’effet thérapeutique des groupes. De leur point de vue, le fait que des gens comme nous soient descendus de leur « piédestal » d’experts pour s’intéresser à leur humanité, comprendre et compatir – non pas pour leur montrer notre pitié mais dans le vrai sens étymologique de « ressentir avec eux » – a validé leur expérience à un niveau « universel » et leur a donné de l’espoir.

Pour l’essentiel, la « fermeture » du groupe se faisait de manière naturelle. L’intensité des émotions exprimées conduisait naturellement à un moment de « pudeur » retrouvée où chacun « reprenait ce qu’il appartenait », et le groupe se recomposait naturellement. Les pistes pratiques que nous avons suggérées, validées par Sarah, semblaient donner espoir et réconfort aux mères et aux éducateurs.

Pour nous, ces groupes sont restés une expérience interculturelle unique et précieuse.

Conclusions

La littérature sur les interventions de groupe pour les survivants de traumatismes est riche et intéressante. Le soutien empirique à ces interventions est considérable et ne cesse de croître. La multiplicité des protocoles et des approches théoriques et pratiques, ainsi que la quasi-impossibilité de mener des essais randomisés rigoureux, font que le débat sur l’efficacité de ces interventions est encore ouvert (Ruzek et al., 2022; Schwartz et al., 2019).

Le soutien empirique au débriefing psychologique est moins cohérent et le débat plus animé. Les futures études de débriefing, ainsi que les études de psychothérapie de groupe, devront intégrer dans leurs protocoles des groupes de contrôle et un contrôle de l'uniformité des participants au traitement.

Références

- APA. (2024). *APA Dictionary of Psychology*. <https://dictionary.apa.org/>
- Barnhill, J. W. & American Psychiatric Association. (2014). *DSM-5 clinical cases*. <https://dsm.psychiatryonline.org/doi/book/10.1176/appi.books.9781585624836>
- Basham, A. L. (1991). *The origins and development of classical Hinduism* (K. G. Zysk, Éd.). Oxford University Press.
- Bisson, J., McFarlane, A. C., & Rose, S. (2000). Psychological debriefing. In E. B. Foa, T. M. Keane, & M. J. Friedman (Éds.), *Effective treatments for PTSD: practice guidelines from the International Society for Traumatic Stress Studies*. Guilford Press.
- Bloch, S. (1986). Group psychotherapy. In P. Hill (Éd.), *Essentials of postgraduate psychiatry* (2. ed, p. 739-757). Grune & Stratton.
- Bonanno, G. A. (2004). Loss, trauma, and human resilience : Have we underestimated the human capacity to thrive after extremely aversive events? *American Psychologist*, 59(1), 20-28. <https://doi.org/10.1037/0003-066X.59.1.20>
- Bougard, K. G., Laupola, T. M. T., Parker-Dias, J., Creekmore, J., & Stangland, S. (2016). Turning the Tides : Coping with Trauma and Addiction through Residential Adolescent Group Therapy. *Journal of Child and Adolescent Psychiatric Nursing*, 29(4), 196-206. <https://doi.org/10.1111/jcap.12164>
- Chard, K. M., Resick, P. A., & Wertz, J. J. (2020). Group treatment of sexual assault survivors. In *Group Treatment for Post Traumatic Stress Disorder* (p. 35-50). Routledge.
- Corey, G. (2022). *Theory and Practice of Group Counseling* (10^e éd.). Cengage Learning.
- Dyregrov, A. (1989). Caring for helpers in disaster situations : Psychological debriefing. *Disaster management*, 2(1), 25-30.
- Forbes, D. (Éd.). (2020). *Effective treatments for PTSD: practice guidelines from the international society for traumatic stress studies* (Third edition). The Guilford Press.
- Foy, D. W., & Larson, L. C. (2006). Group therapies for trauma using cognitive-behavioral therapy. *Cognitive-behavioral therapies for trauma*, 388.
- Foy, D. W., Ruzek, J. I., Glynn, S. M., Riney, S. J., & Gusman, F. D. (2002). Trauma focus group therapy for combat-related PTSD: An update. *Journal of clinical psychology*, 58(8), 907-918.
- Foy, D. W., Schnurr, P. P., Weiss, D. S., Wattenberg, M. S., Glynn, S. M., Marmar, C. R., & Gusman, F. D. (2001). Group psychotherapy for PTSD. *Treating psychological trauma and PTSD*, 183-202.
- Freeman, J. (1947). *Discharges (Psychiatric Cases)—Hansard—UK Parliament*. [https://hansard.parliament.uk/commons/1947-05-13/debates/f02f9765-b77e-4dae-8e59-08e85852c70e/Discharges\(PsychiatricCases\)](https://hansard.parliament.uk/commons/1947-05-13/debates/f02f9765-b77e-4dae-8e59-08e85852c70e/Discharges(PsychiatricCases))
- Gist, R., & Woodall, S. J. (1998). There are far better alternatives : A rejoinder to the debriefing critics. *International Journal of Emergency Mental Health*, 1(1), 55-58.

- Gougeon, N. A. (2009). Sexuality education for students with intellectual disabilities, a critical pedagogical approach : Outing the ignored curriculum. *Sex Education*, 9(3), 277-291.
- Herman, J. L. (1992). *Trauma and recovery*. BasicBooks.
- Klein, R. H., & Schermer, V. L. (2000). Introduction and overview : Creating a healing matrix. In R. H. Klein & V. L. Schermer (Éds.), *Group psychotherapy for psychological trauma* (p. 3-46). Guilford Press.
- Lacan, J., & Miller, J.-A. (2014). *Les quatre concepts fondamentaux de la psychanalyse*. Éd. Points.
- Litz, B., Gray, M. J., Bryant, R. A., & Adler, A. B. (2002). Early intervention for trauma : Current status and future directions. *Clinical Psychology: Science and Practice*, 9(2), 112-134. <https://doi.org/10.1093/clipsy/9.2.112>
- Maguire, L. (1991). *Social support systems in practice : A generalist approach*. National Association of Social Workers.
- Marmar, C. R., Weiss, D. S., & Pynoos, R. S. (1996). Dynamic psychotherapy for post-traumatic stress disorder. In B. A. van der Kolk, A. C. McFarlane, & L. Weisaeth (Éds.), *Traumatic Stress : The Effects of Overwhelming Experience on Mind, Body, and Society* (p. 495-518). Guilford Press.
- McNally, R. J., Bryant, R. A., & Ehlers, A. (2003). Does early psychological intervention promote recovery from posttraumatic stress? *Psychological Science in the Public Interest*, 4(2), 45-79. <https://doi.org/10.1111/1529-1006.01421>
- Mitchell, J. T. (1983). When disaster strikes : The critical incident stress debriefing process. In *Journal of emergency medical services* (p. 36-39).
- Morgan, T., & Cummings, A. L. (1999). Change experienced during group therapy by female survivors of childhood sexual abuse. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 67(1), 28-36. <https://doi.org/10.1037/0022-006X.67.1.28>
- Neria, Y., & Solomon, Z. (1999). Prevention of post- traumatic reactions : Debriefing and frontline treatment. In P. A. Saigh & J. D. Bremner (Éds.), *Posttraumatic stress disorder : A comprehensive text* (p. 309-326). Allyn and Bacon.
- NIMH. (2024). *Post-Traumatic Stress Disorder (PTSD)—National Institute of Mental Health (NIMH)*. <https://www.nimh.nih.gov/health/statistics/post-traumatic-stress-disorder-ptsd>
- Raghunadha Rao, P. (2020). *History and culture of Andhra Pradesh : From the earliest times to 2019*. Sterling Publishers Pvt. Ltd.
- Raphael, B. (1986). *When disaster strikes : How individuals and communities cope with catastrophe*. Basic Books.
- Raphael, B., & Wilson, J. P. (2000). Children and debriefing : Theory, interventions and outcomes. In *Psychological debriefing : Theory, practice, and evidence*. New York : Cambridge University Press.
- Reeker, J., Ensing, D., & Elliott, R. (1997). A meta-analytic investigation of group treatment outcomes for sexually abused children. *Child Abuse & Neglect*, 21(7), 669-680. [https://doi.org/10.1016/S0145-2134\(97\)00024-0](https://doi.org/10.1016/S0145-2134(97)00024-0)
- Resick, P. A., Jordan, C. G., Girelli, S. A., Hutter, C. K., & Marhoefer-Dvorak, S. (1988). A comparative outcome study of behavioral group therapy for sexual assault victims. *Behavior Therapy*, 19(3), 385-401. [https://doi.org/10.1016/S0005-7894\(88\)80011-X](https://doi.org/10.1016/S0005-7894(88)80011-X)

- Rose, S., Bisson, J., & Wessely, S. (2003). A systematic review of single-session psychological interventions ('debriefing') following trauma. *Psychotherapy and psychosomatics*, 72(4), 176-184.
- Rutan, J. S., Stone, W. N., & Shay, J. J. (2014). *Psychodynamic group psychotherapy* (5. ed). The Guilford Press.
- Ruzek, J. I., Yalch, M. M., & Burkman, K. M. (Éds.). (2022). *Group Approaches to Treating Traumatic Stress : A Clinical Handbook*. Guilford Press.
- Schottenbauer, M. A., Glass, C. R., Arnkoff, D. B., & Gray, S. H. (2008). Contributions of Psychodynamic Approaches to Treatment of PTSD and Trauma : A Review of the Empirical Treatment and Psychopathology Literature. *Psychiatry: Interpersonal and Biological Processes*, 71(1), 13-34. <https://doi.org/10.1521/psyc.2008.71.1.13>
- Schwartz, D., Barkowski, S., Strauss, B., Knaevelsrud, C., & Rosendahl, J. (2019). Efficacy of group psychotherapy for posttraumatic stress disorder : Systematic review and meta-analysis of randomized controlled trials. *Psychotherapy Research*, 29(4), 415-431. <https://doi.org/10.1080/10503307.2017.1405168>
- Shalev, A., & Ursano, R. (1990). Group debriefing following exposure to traumatic stress. In J. E. Lundberg, U. Otto, & B. Rybeck (Éds.), *Wartime Medical Services. Second International Conference : Stockholm, Sweden, 25-29 June 1990. Proceedings* (p. 192-207). Forsvarets Forskningsanstalt. <https://books.google.ch/books?id=aJUlygAACAAJ>
- Shalev, D. L. (2000). Stress management and debriefing : Historical concepts and present patterns. In B. Raphael & J. P. Wilson (Éds.), *Psychological Debriefing : Theory, Practice and Evidence* (p. 17-31). Cambridge University Press.
- Stalker, C. A., & Fry, R. (1999). A Comparison of Short-Term Group and Individual Therapy for Sexually Abused Women. *The Canadian Journal of Psychiatry*, 44(2), 168-174. <https://doi.org/10.1177/070674379904400208>
- Stauffer, L. B., & Deblinger, E. (1996). Cognitive Behavioral Groups for Nonoffending Mothers and their Young Sexually Abused Children : A Preliminary Treatment Outcome Study. *Child Maltreatment*, 1(1), 65-76. <https://doi.org/10.1177/1077559596001001007>
- Triandis, H. C., & Marin, G. (1983). Etic plus emic versus pseudoetic : A test of a basic assumption of contemporary cross-cultural psychology. *Journal of Cross-Cultural Psychology*, 14(4), 489-500.
- Weisz, J. R., Weiss, B., Han, S. S., Granger, D. A., & Morton, T. (1995). Effects of psychotherapy with children and adolescents revisited : A meta-analysis of treatment outcome studies. *Psychological bulletin*, 117(3), 450.
- Yalom, I. D., & Leszcz, M. (2020). *The theory and practice of group psychotherapy* (Sixth edition). Basic Books.