

ADOLESCENTS VICTIMES DE TRAUMATISME : QUELLE PRISE EN CHARGE PSYCHOLOGIQUE ?

Messaouda BOUKHAF*

Résumé

Dans le présent article, nous tenterons de présenter le vécu d'un groupe d'adolescents pris en charge pendant 14 mois au Centre d'Aide Psychologique de Sidi Moussa, zone exposée au terrorisme pendant plus d'une décennie. A travers des illustrations cliniques, nous allons démontrer que ces adolescents, victimes de traumatismes, n'ont pas pu évoluer et se développer « normalement » dans le sens rapporté par la littérature sur la thérapie de groupe d'adolescents (Van der Kolk & al., 1995 ; Wood, 2000 ; Yona, 1999).

Mots clés : traumatisme, adolescence, thérapie de groupe, PTSD.

ملخص

نحاول في هذا المقال، تقديم معاش مجموعة من المراهقين إسفادوا من العلاج الجماعي خلال أربعة عشر شهرا بمركز المساعدة النفسية بسيدي موسى التي تعتبر منطقة قد تعرضت للعنف الإرهابي لمدة أكثر من عشرية. من خلال أمثلة عيادية، سنبين أن هؤلاء المراهقون ضحايا الصدمة النفسية، لم يتمكنوا من التطور و النمو بصفة: عادية" كما هو مشار إليه في الأدبيات حول العلاج الجماعي للمراهقين.
(Van der kolk & al. 1995 ; wood, 2000 ; Yona,1999)

كلمات أساسية: الصدمة النفسية، المراهقة، العلاج الجماعي، اضطراب مابعد الصدمة (PTSD)

* SARP. Université d'Alger.

INTRODUCTION

La situation d'insécurité et les événements de violence extrême vécus par la population de Sidi Moussa et de sa périphérie pendant les années 90 ont laissé des séquelles psychologiques aussi bien chez l'adulte que chez l'enfant et l'adolescent. Depuis 1980, beaucoup de recherches se sont intéressées au traumatisme de l'enfant et de l'adolescent. Elles ont montré que ces derniers souffrent de psycho-traumatismes au même titre que les adultes quand ils ont été directement ou indirectement exposés aux événements traumatiques. Ces études ont aussi révélé que les effets du syndrome du PTSD (Post Traumatic Stress Disorder) installé à l'adolescence persistent sur le long terme sur le plan cognitif et affectif. Elles ont également montré que la thérapie du groupe est indiquée pour les adolescents en général et pour ceux qui souffrent de traumatisme en particulier. Le groupe permet l'étayage et sert de contenant protecteur sur lequel les adolescents vont s'appuyer et se renforcer.

A l'aide d'une illustration clinique, nous tenterons de présenter l'expérience d'une prise en charge psychologique d'adolescents victimes de traumatismes que ma collègue (M^{me} Arrar) et moi même avons suivis en thérapie de groupe.

Aperçu bref sur l'adolescence

L'adolescence est caractérisée par un besoin intense d'autonomie ainsi que par des conflits avec les parents, des crises, des préoccupations, un sentiment d'insécurité, des doutes sur l'identité et parfois par la remise en cause de l'ordre social respecté jusque-là.

Stanley Hall (1904) fut le premier à écrire un traité complet sur l'adolescence en deux volumes. Il la présentait comme une seconde naissance, une crise, une transformation subite et profonde provoquée par la puberté et un renouveau total et dramatique de la personnalité. D'après lui, c'est un temps d'agitation et de tempêtes (Storm and Stress), de continuels changements de l'humeur, d'éveil de la sexualité, de répugnance pour l'école et la famille.

Il est difficile de définir l'adolescence, mais il est certain que ce n'est plus l'enfance et ce n'est pas encore la maturité. Son début est plus repérable que sa fin et sa durée tend à s'allonger de plus en plus.

De nos jours, les chercheurs, comme Hector Rodriguez Tomé et al. (1997) et Gérard Lutte (1988), se sont penchés plutôt sur le rôle actif et

constructif que joue l'adolescent dans son propre développement et dans l'épanouissement de soi qui accompagne la maturation physique, intellectuelle et relationnelle.

En général, l'adolescent se construit dans le groupe de pairs (Wood, 2000). La recherche de soi s'effectue avec les autres adolescents. Puisque le groupe constitue un environnement naturel où les adolescents apprennent à se connaître, se soutiennent et se font confiance, la thérapie de groupe est un occasion idéale. On peut dire que l'interaction sociale est la clef de tout le processus de développement de l'adolescent. C'est pourquoi nous pensons que le groupe remplirait la fonction d'étayage et de contenant et permettrait d'aménager un espace de pensée et de symbolisation. Leader (1991) atteste que la thérapie du groupe d'adolescents pourvoit un espace thérapeutique où les adolescents peuvent travailler leurs problèmes relationnels et examiner les quatre questions de base sur l'identité: Qui suis-je ? A qui m'identifie-je ? Crois-je en quoi ? Et où vais-je ? Ceci s'applique dans le parcours normal de développement des adolescents qui n'ont pas subi, au cours de leur évolution, des événements traumatiques tels que le décès d'un parent, des agressions physiques ou des tragédies diverses. Des recherches récentes ont montré que les enfants et les adolescents qui ont été exposés aux événements traumatogènes souffrent de psycho-traumatismes au même titre que les adultes ayant vécu ces événements (Yona, 1999; Van der Kolk & al., 1995).

A propos du traumatisme chez les enfants et les adolescents :

Le traumatisme, tel que le décrivent Janoff-Bulman (1989-1992), Brown et Bourne (1996), Bourne et Oliver (1998), est considéré comme une rupture avec le passé « qui défie les croyances des survivants et brise leur foi à propos de ce qu'ils sont, et quel genre d'univers ils habitent ». Souvent, les survivants voient leur vie séparée en deux parties : la première partie est considérée comme une version idéalisée de leur vie avant le traumatisme ; la deuxième partie est perçue comme une vie envahie par le danger, vide et sans futur (Scott & Stradling, 1998).

Des études cliniques portant sur l'impact des événements traumatiques sur les enfants et les adolescents montrent que ceux-ci accusent un retard dans le développement mental et émotionnel. Ces troubles sont les suivants : troubles d'apprentissage, pseudo-débilité, agressivité, dépression, réactions phobiques, anxiété, conduites suicidaires, dissociation, attaque de panique, troubles psychotiques, (Kelson, 1998 ; Green, 1982).

Les recherches effectuées aux USA démontrent que l'installation du PTSD (Post Traumatique Stress Disorder) à l'adolescence a des effets particulièrement endommageants, puisqu'il affecte l'acquisition des compétences nécessaires à l'indépendance et à l'autonomie. L'acquisition de ces compétences se met en place dans un temps limité et doit être atteinte afin de faire face aux demandes de la vie adulte. Si ces talents ne sont pas acquis avant l'installation de la période adulte, le dommage peut être à vie (Yona, 1999).

Les données démontrent que les symptômes du PTSD sont corrélés à une diminution de perception de l'auto-efficacité ainsi que le rendement scolaire chez l'adolescent (Yona. 1999 ; Kelson, 1998). En outre, les troubles d'évitement et d'engourdissement peuvent interférer dans les relations sociales et donc affecter la capacité de former des liens avec autrui.

Les recherches sur les conséquences des catastrophes naturelles et des accidents suggèrent que, durant la phase initiale, il peut y avoir des symptômes considérables en relation avec le traumatisme, mais ceux-ci ont tendance à s'atténuer plus rapidement que dans le cas de violence humaine.

Jusqu'à présent, la prise en charge des enfants et adolescents victimes de traumatismes, est d'ordre psychologique : prise en charge individuelle, familiale ou de groupe. Cependant, les recherches récentes ont montré que si le réseau du support social reste intact, les personnes sont relativement bien protégées contre le stress. Pour les enfants, la famille est une source efficace de protection contre le traumatisme et la plupart du temps ils sont admirablement résiliants tant qu'ils ont autour d'eux des personnes affectueuses et disponibles (Van der Kolk, 1995). Les adultes aussi ont besoin de s'étayer sur leurs familles, amis et collègues pour se protéger contre le traumatisme. Ce besoin d'affiliation comme enveloppe de protection contre le trauma a amené les experts de la santé mentale à reconnaître l'importance de restaurer d'abord le support social lors des interventions en situation de crises. L'objectif de la thérapie de groupe et des interventions communautaires est d'aider les victimes à réapprendre le sentiment de sécurité. Partant de ces données, la prise en charge psychologique de groupe est recommandée pour les victimes de traumatisme (Mitchell, 1983 ; Van der Kolk, 1995).

Le recours à ce type d'aide psychologique a connu un grand essor ces dernières décennies, d'où l'apparition de plusieurs approches, nous nous inscrivons dans la thérapie de groupe d'inspiration psychanalytique.

Quelques éléments théoriques sur la thérapie de groupe d'inspiration psychanalytique

Les psychothérapies d'inspiration psychanalytique (PIP) en face à face, se sont basées sur les principes psychanalytiques (importance de l'inconscient, de la sexualité, du refoulement, des traumatismes infantiles, du transfert), mais elles s'inscrivent dans un cadre plus souple, les séances sont moins fréquentes, et la durée totale est de quelques années.

Les thérapies de groupe d'inspiration psychanalytique fonctionnent sur la communication verbale pour devenir une "libre discussion", selon le principe psychanalytique de la "libre association". C'est le groupe qui est l'objet du traitement et qui devient le principal agent thérapeutique. Les thérapies de groupe actuelles (PIP) se sont développées grâce aux travaux de W.Bion, S.H.Foulkes, D.Anzieu, R.Kaës et bien d'autres auteurs. Ces thérapies convergent vers l'idée que le groupe est un ensemble psychique autonome et cohérent, il est un lieu d'une dynamique structurante propre, une entité psychique spécifique dotée de lois d'organisation de processus et de contenus propres (N. Kacha).

Tout en maintenant l'idée d'un inconscient individuel, Anzieu (1985) dégage des effets groupaux concernant l'activité partagée des fantasmes originaires, des imagos archaïques et des vécus régressifs d'indifférenciation. Dans cette même perspective, il propose le concept d'enveloppe groupale comme métaphore du "Moi-peau" : « un groupe est une enveloppe qui fait tenir ensemble des individus. Tant que cette enveloppe n'est pas constituée, il peut se trouver un agrégat humain, il n'y a pas de groupe ». Selon Anzieu, l'enveloppe groupale permet l'établissement d'un état psychique trans-individuel qu'il appelle un Soi. Ce Soi est imaginaire et il fonde la réalité imaginaire du groupe. Il est le contenant à l'intérieur duquel une circulation fantasmatique et identificatoire va s'activer entre les personnes (Anzieu, 1985).

Kaës, quant à lui, pense que les effets de l'intersubjectivité rendent compte des processus mêmes de la formation de l'inconscient. Les éléments constitutifs des processus intrapsychiques seraient ordonnés par une structure de groupe : « la psyché structurellement organisée comme un groupe ». D'après Kaës, le travail groupal porte sur « les alliances inconscientes, les pactes dénégatifs, les communautés de déni, les emplacements transférentiels pris en charge, les renoncements collectifs en vue d'un objectif commun » (Kaës 2000). Ce dernier parle d'un appareil psychique groupal qui articule et étaye les effets de l'inconscient de tous les individus rassemblés. Cet appareil psychique est doté d'une enveloppe

délimitant un dedans et un dehors, d'où la notion fondamentale de contenant.

Le groupe permet aux personnes traumatisées de réapprendre à échanger, à retisser des liens et à se repérer dans le temps (continuité des séances, horaires réguliers), et dans l'espace (même lieu). Il va aussi lui donner la capacité de retrouver la continuité entre le passé, le présent et le futur; et de redéployer ses investissements objectaux vers des objets extérieurs et intérieurs. Pour les personnes victimes de traumatismes, l'ébranlement narcissique et l'effraction psychique vont de pair, l'espace groupal est un espace contenant, il va les aider à se restaurer narcissiquement et leur permet de reconstruire de nouvelles identifications narcissiques et symboliques. Il va aussi rétablir la circulation fantasmatique entre les individus. Les mécanismes du groupe vont faciliter pour chaque membre la reconnaissance de son propre vécu. Les membres vont retrouver un contenant protecteur et un contenu ré-assemblé, et ils vont pouvoir se reconstruire en s'étayant sur le groupe (N. Kacha).

La littérature, par son enseignement, nous a poussées avec l'autre collègue, à constituer un groupe mixte d'adolescents victimes de traumatisme, âgés entre 12 et 15 ans, pour une thérapie de groupe au Centre d'Aide Psychologique (CAP) situé à Sidi Moussa, zone qui est considérée comme massivement touchée par la violence extrême.

Présentation du Groupe

Nous avons d'abord effectué des investigations individuelles (3 à 4 séances) avant de mettre en place un groupe ouvert. Nous avons intégré les membres au fur et à mesure que se termine l'investigation. Ce n'est qu'au bout de 3 mois que nous sommes parvenues à un effectif de 8 personnes. Nous avons alors fermé le groupe que nous présentons comme suit :

– Wahiba, 12ans, est en 7^e année fondamentale (7^e AF). Elle refuse de croire que son père est réellement mort suite à un acte terroriste. Wahiba souffre d'énurésie secondaire, de cauchemars et son rendement scolaire est faible.

– Hassan, 14 ans, est en 7^e AF. Son père est décédé, sa mère s'est remariée, il vit avec sa tante maternelle dans une précarité extrême. Hassan a été témoin de plusieurs actes terroristes.

– Abdu, 15 ans, est 5^e AF. Il souffre de perte de connaissance, d'angoisse intense, d'amnésie, de fatigue et d'énurésie secondaire depuis l'explosion d'une bombe à laquelle il a échappé de justesse. Son rendement scolaire est très faible. Son père nous rapporte qu'il ne s'intéresse pas à l'école.

– Ahmed, 14ans, est en 9^e AF. Quand il avait 8 ans, une bombe avait explosé devant lui, il était blessé au dos et avait perdu une tante maternelle qu'il aimait beaucoup. Depuis cet événement, il est devenu très agité, nerveux et agressif et a développé des allergies. Ahmed rêve souvent de la bombe et des événements de Rais(massacre collectif du 28 Août 1997), et des terroristes venant égorger toute sa famille. Il a de bons résultats scolaires.

– Fatiha, 14 ans, est en 7^e AF. Elle est énurétique, et présente des champignons au cuir chevelu , elle est très nerveuse et souffre de maux de tête. Fatiha a été témoin de plusieurs actes terroristes (attentats, incendies, accrochages, explosions de bombes).

– Karim, 12ans, est en 4^e AF. Il est très angoissé et inquiet suite au décès du père puis de la mère (suicide). Il a des insomnies et rêve toutes les nuits de ses parents. Ses résultats scolaires sont très faibles.

– Hamid, 14ans, est en 7^e AF. Il a peur la nuit depuis qu'il a été témoin d' actes terroristes. Il a peur des terroristes qui l'ont interrogé plusieurs fois sur son frère patriote.

– Wahid, 14 ans, est en 7^e AF. Il souffre d'allergie (grippe répétée, santé fragile, angine). Son rendement scolaire est au-dessous de la moyenne.

Motifs de consultation

Nous pouvons résumer les symptômes qui ont amené les parents à demander de l'aide pour leurs adolescents comme suit, les symptômes varient d'un cas à un autre. Il faut noter que ce sont les parents qui font la demande et qui amènent au début leurs adolescents.

– Plaintes somatiques diverses (vomissements, douleurs au ventre, maux de tête, etc.) ;

– Peur de sortir seul, surtout le soir ;

– Oublis, amnésie ;

– Inhibition ;

- Trouble de la concentration ;
- Echec scolaire ;
- Repli sur soi ;
- Enurésie secondaire ;
- Angoisse ;
- Agitation, agressivité.

Présentation du cadre

Nous avons mis à la disposition des membres du groupe un matériel varié qui se compose de jeux éducatifs, de feuilles de dessins, de pâte à modeler, de livres de contes et de bandes dessinées, de poupées et d'animaux.

Les adolescents sont disposés en demi cercle en face des co-thérapeutes, séparés par une table basse. Les règles internes du groupe ont été expliquées lors des investigations individuelles :

- la durée et la périodicité des séances : 45 minutes, une fois par semaine, dans le même lieu ;
- la régularité des présences (nous notons au passage que d'après Privat, la régularité est plus importante que dans le traitement individuel, car ce n'est pas le patient qui est seul concerné, mais le groupe dans son ensemble) ;
- la discretion et la confidentialité : ce qui se passe et ce qui se dit dans le groupe ne concerne que les personnes réunies ;
- l'association libre : chacun peut exprimer dans la séance ce qui lui vient à l'esprit. Il est proposé de ne pas censurer ses pensées, ses sentiments, ses émotions et de les exprimer dans un libre échange avec les autres.

Ce travail groupal est basé essentiellement sur l'échange verbal. L'accent est mis sur la communication par la parole et non par des actes pour se faire comprendre. Nous avons dit aux membres qu'ils sont libres de parler d'un thème qui les préoccupe ou les intéresse.

*Illustration clinique de quelques séances***Première Séance**

Nous rappelons les règles internes nécessaires à la gestion du groupe et nous les invitons à se présenter. Il faut noter que nous avons démarré le groupe avec trois adolescents et que les autres ont rejoint au fur et à mesure. Fatiha se présenta brièvement tandis que Hamid et Wahid demeurèrent silencieux. Nous avons souligné l'importance de la parole pour exprimer et comprendre ce qui se passe en eux et entre eux, après avoir expliqué que ce qui les réunit ce sont des difficultés d'ordre personnel et scolaire. Silence. Nous avons constaté une grande inhibition à parler et à dire des choses pendant cette 1^{ère} séance. Peut-être parce qu'ils n'étaient que 3 et que le début est toujours difficile. D'après la littérature (Gunther et Grandles, 1998), les adolescents sont méfiants et ne désirent pas s'exposer avant d'être rassurés.

Nous avons essayé de les amener à parler du sens de ce silence et de ce qu'il voulait dire : Wahid dit "je n'aime pas le silence", Hamid ajoute : "le silence m'angoisse, me perturbe". Ainsi, nous avons appelé cette 1^{ère} rencontre : **"la séance du silence"**.

Selon Kaës, « les événements de silence ne sont pas systématiquement des événements de non-parole: au dit, de la parole ne s'oppose pas systématiquement le non-dit du silence » (R. Kaës, 1994). Le silence peut être considéré comme un retrait nécessaire pour que les représentations puissent advenir. Il est parti intégrante du travail de l'attente, des moments de rêverie et leur effet de rassemblement des représentations au plus près du préconscient. Ce silence de la solitude en présence de l'autre est un temps fondamental dans la singularisation du processus associatif. Il est le prélude à des silences pendant lesquels le sujet se reconnaît, comme penseur de ses pensées et, peut-être, des généalogies de ses pensées : « c'est bien moi qui pense et parle, dans le mouvement des pensées des autres, contemporains et prédécesseurs » (R. Kaës, 1994).

Pour que cette expérience advienne chez l'individu, il faut que les membres le laissent en silence et qu'ils le soutiennent par leur silence. Ce dernier devient donc un "facteur d'intégration" que S. Nacht (1965) a décrit comme une condition dans la cure individuelle.

Le silence peut donc avoir des valeurs curatives.

2^e Séance :

Wahid est absent. Ne sont présents que Hamid et Fatiha.

Hamid nous dit que le silence l'angoisse et qu'il a décidé que ça sera une séance de parole. Il y a un moment de silence. Nous rappelons qu'ils sont libres de choisir un thème de discussion. Il y a encore un autre silence avant que Hamid décide de parler de l'école. Il parle du laxisme des responsables de l'école et des enseignants, du manque de discipline, de la démission des parents envers leurs enfants. Fatiha, quant à elle, parle surtout de la maltraitance des enseignants envers les élèves du CE M, à savoir la violence physique, les insultes, les humiliations, etc.

Les séances suivantes

La discussion autour de la violence à l'école et en particulier au CEM continue pendant quelque temps. Wahid a eu trois absences consécutives en raison du décès de son grand-père. Le groupe s'est enrichi de nouveaux membres jusqu'à arriver à un effectif de 8 personnes. Cependant, dans chaque séance, il y a des absents. Rares sont les séances où les membres sont tous présents. Il faut noter que les absences des uns et des autres perturbent le déroulement des séances, elles sont vécues comme des abandons, des pertes, surtout que la plupart de ces adolescents ont perdu un parent ou un proche. Ces absences réactivent la douleur de chacun.

Après quelques semaines, certains adolescents sortent de leur inhibition et s'expriment de plus en plus, mais toujours sur le sujet de l'école. Quelques uns préfèrent utiliser l'humour, le rire ou l'agitation pour passer le message de l'agressivité qui règne dans des établissements scolaires.

Plusieurs séances ont été consacrées (selon le choix des membres) à la violence à l'école. Ce thème épuisé, les séances deviennent lourdes à supporter. Un jour, le sujet sur la famille a été effleuré. Les adolescents pensent que leurs parents donnent toujours raison aux enseignants. Nous avons senti qu'ils veulent nous dire que leur parole n'est pas prise en considération et que ce manque de confiance est vécu comme une autre forme de violence.

Ensuite un phénomène apparaît : les adolescents (Karim commence le premier) ramènent avec eux du chewing-gum, des bonbons, une fois des chips, mais surtout le chewing-gum. Certains remplissent leurs bouches. Nous leur faisons remarquer qu'il y a peut-être beaucoup de tension et d'angoisse et pour ne pas parler de leur douleur, certains se remplissent la

bouche de chewing-gum et de bonbons. Il est clair que les adolescents sont dans l'inhibition et qu'ils évitent d'aborder les thèmes traumatiques. Cela a duré pendant 4 séances où il y a eu beaucoup de chahut, de l'expression par le comportement (par exemple : se toucher, se mettre trop près de l'autre...), de l'agitation, des éclats de rire de certains et parfois de l'agressivité et des taquineries. Il y a eu aussi recours au jeu avec les poupées comme moyen de décharger l'agressivité puisque les adolescents savent qu'ils ne peuvent pas s'exprimer « avec les mains ». Une fois, Hassan a utilisé la poupée pour taquiner Wahiba.

Selon D. Wood (2000), les adolescents utilisent le comportement pour libérer la tension. Le thérapeute peut trouver qu'ils sont agités, font du bruit, se touchent, etc., surtout quand certaines problématiques deviennent trop lourdes à supporter. Ces mouvements peuvent aider à libérer la tension et permettent aux membres de continuer dans l'interaction des uns et des autres.

Le chewing-gum était un moyen pour eux de maîtriser leur angoisse et de rendre les séances plus supportables. Une fois il n'y eut pas de chewing-gum. Un membre dit : « dommage ! Il n'y a pas avec quoi enlever la colère ». Les séances de groupe sont perçues comme un lieu où ils doivent parler de leurs douleurs, et puisque c'est très difficile, ils ont recours à cette stratégie de mâcher, ruminer de la gomme pour contrôler l'angoisse parce qu'ils sont toujours dans l'inhibition et dans l'évitement concernant les thèmes sur les événements traumatiques. Cependant, lors des intempéries du 10 Novembre 2001, Hassan n'a pas arrêté presque durant toute une séance de donner des situations de personnes coincées par les événements mais qui n'ont pas pu s'échapper, et tout cela dans l'humour et le rire qui ont entraîné Hamid et Fatiha, les autres sont restés muets et étonnés par le récit de Hassan. Voici quelques exemples de situations : Un homme a voulu sauver quelqu'un, celui-ci l'a tiré par le pied et il a été englouti. Les pêcheurs sont partis pêcher et ils ont pêché des morts. Certaines personnes ont sauvé d'autres personnes, mais elles-mêmes ont été dévalisées. Hassan s'identifie aux voleurs ; ce qui l'intéresse, c'est une voiture. Puis il se pose la question : et s'il leur arrive la même chose ? Il dit qu'il enchaînerait sa voiture et la défendrait si le déluge arrive. Les autres l'écoutent avec beaucoup d'intérêt, et semblent avoir participé d'une manière ou d'une autre à la situation. La séance suivante, la discussion sur les inondations continue. Cette fois-ci, Hassan parle des moyens de sauvetage, mais rapidement, il annule : « ça ne suffit pas, il n'y a pas moyen de rester vivant, le déluge est trop puissant ». Il

pense à un tracteur avec des chaînes, mais tout de suite, il ajoute qu'il y a un pneu crevé. Le problème des vols est encore abordé ; il maintient qu'il prendra une voiture qu'il attachera avec des chaînes pour qu'elle ne soit pas emportée par les flots. Quant à Hamid, il dit qu'il prendra des bijoux. Il y a beaucoup de rire et de l'agitation, le reste du groupe se contente d'écouter attentivement Hassan et Hamid. Ce dernier pense que leur tour n'est pas arrivé et que Sidi Moussa « doit aussi payer, il faut qu'on parle de nous ». Il y a ici le besoin de reconnaissance de la victime ainsi que la médiatisation comme moyen de renarcissisation. Nous avons aussi relevé la culpabilité du survivant (Lopez & Seguin, 1998).

Pendant les 14 mois de prise en charge, seuls Hassan, Hamid et Fatiha ont été relativement réguliers. Nous rappelons de temps à autre au début des séances l'importance que nous accordons à la régularité à l'impact des absences sur le groupe. D'ailleurs, certains ont peur de venir et de se retrouver seuls. Fatiha s'est retrouvée 2 fois toute seule. Ce fut très pénible pour elle, mais elle a tenu le coup jusqu'à la fin. La première fois, elle était restée silencieuse, nous souriait de temps à autre tout en nous fixant de ses grands yeux. A la fin, elle nous dit que c'est une séance de silence. La deuxième fois, elle avait pu, après un long moment d'hésitation, parler de ses problèmes personnels pour lesquels elle est venue consulter. Elle nous a dit qu'elle avait toujours des champignons au cuir chevelu malgré le traitement prescrit par le dermatologue, mais son énurésie est levée pour le moment. Quant à Karim, il s'est retrouvé une fois seul, il en a souffert et a vécu la séance comme une perte, un abandon ; d'autant plus qu'il a perdu ses deux parents. Il a d'ailleurs vécu la situation avec le même sentiment. Karim n'est plus revenu depuis. Les autres membres s'absentent mais jamais trois fois consécutives. Connaissant la règle (après 3 absences successives, ils sont exclus), ils s'arrangent pour s'absenter une ou deux fois, pas trois.

Il faut remarquer que la reprise après les vacances (arrêt au mois d'août) est toujours difficile.

Après avoir constaté que pendant un moment, il ne reste que Fatiha, Hamid et Hassan qui sont eux-mêmes irréguliers, et après discussion avec eux, on a convenu d'arrêter le groupe (après 4 semaines). S'ils le désiraient, ils seraient orientés vers la thérapie individuelle chez l'une de nous ou attendre qu'un autre groupe se constitue. Hamid décide d'arrêter la prise en charge. Quant à Hassan, qui a initié le jeu du chewing-gum, il préfère le groupe, mais il n'est jamais revenu. Fatiha est restée avec nous en thérapie individuelle pendant une année et 8 mois, à raison d'une fois

tous les 15 jours. Nous notons au passage que les adolescents que nous avons suivis nous « envoient » le bonjour avec leurs mères qui viennent au Centre et demandent de nos nouvelles régulièrement.

Il faut signaler que durant les 14 mois de prise en charge psychologique, le groupe s'est exprimé surtout sur la violence à l'école de la part des enseignants et même des directeurs, sur l'injustice qui régnent dans les écoles et même dans la famille (rappelons nous le discours autour des parents qui donnent raison aux enseignants) et aussi sur l'injustice sociale, l'absence de limites ; les élèves rentrent avec des cigarettes, sautent par-dessus le mur ou décident ensemble de faire l'école buissonnière.

Durant toute la durée de la thérapie, le groupe a vécu dans l'inhibition qui a engendré des déperditions, ce qui n'a pas pu permettre la construction d'une enveloppe psychique groupale. Celle-ci est un facteur organisateur. Comme l'appareil psychique individuel, il y a nécessité pour l'appareil psychique groupal de constituer une enveloppe qui le contienne, qui le délimite, le protège et lui permette les échanges avec l'extérieur. Ce facteur organisateur instaure une différence entre un dedans et un dehors (Anzieu, 1985).

CONCLUSION

Notre expérience clinique avec les victimes de traumatismes liés à la violence terroriste nous a amenée à nous interroger sur la mise en place d'autres techniques que celles que nous avons utilisées jusque-là. Nous nous posons aujourd'hui la question suivante : N'aurait-il pas fallu procéder autrement avec le groupe d'adolescents ? Au lieu d'être dans la neutralité bienveillante et utiliser l'association libre, il aurait fallu, peut-être, avoir recours à d'autres techniques comme celle qui consiste à les pousser à « élaborer », comme dit Roisin (1995), ou faire glisser la thématique qui tourne autour du traumatisme afin qu'ils puissent élaborer le deuil. Quels sont les facteurs qui ont entravé l'évolution du groupe et empêché la construction de l'enveloppe psychique groupale ? Les préoccupations des adolescents concernant les besoins vitaux, en l'occurrence la nourriture, l'habillement, le logement, la reconnaissance, la réparation ont empêché les adolescents de mentaliser. Peut-être aurait-il fallu opter en premier lieu pour une prise en charge individuelle ?

Ces questions nous poussent à aller plus loin dans notre réflexion clinique. Nous comptons y réfléchir dans les années à venir pour pouvoir

apporter des éclairages nouveaux à la prise en charge psychologique des adolescents victimes de traumatismes.

BIBLIOGRAPHIE

- Anzieu D. (1985). "Le groupe et l'inconscient", in P. Privat et al. De l'analyse de groupe à la psychothérapie. Ency. Medi. Chir (éditions Scientifiques et Médicales SAS, Paris) *Psychiatrie*, 37-817.
- Bourne L., Olivier B. (1998). "A Model for counseling survivors of trauma", Website : <http://www.leforum.com/impact>.
- Brown A., Bourne L. (1996). "The Social work supervisor", in L. Bourne and B. Olivier (1998). A model for counseling survivors of trauma. Website : <http://www.leforum.com/impact>.
- Ency. Medi. Chir (éditions Scientifiques et Médicales SAS, Paris) *Psychiatrie*, 37-817.
- Hall G.S. (1976). "Adolescence : Its psychology and its relations to psychology, anthropology, sociology, sex, crime religion ad education", in J.F. Adams, *understanding adolescence*, (3rd ed), Boston, Massachusetts, Ally and Bacon, Inc.
- Janoff-Bulmann (1992). "Shattered assumptions : toward a new psychology of trauma" in L.Bourne, B. Olivier (1998). A Model for counseling survivors of trauma. Website : <http://www.leforum.com/impact>.
- Kaës R. (1994). *La parole et le lien*, Paris , Dunod.
- Kelson H. (1998). *Enfants victimes de la guerre*, Paris, Presses Universitaires de France.
- Kaës R. (2000). "L'appareil psychique", in P. Privat et al. De l'analyse de groupe à la psychothérapie. Ency. Medi. Chir (éditions Scientifiques et Médicales SAS, Paris) *Psychiatrie*, 37-817.
- Kacha, N. Histoire et intérêt des psychothérapies de groupe. Le modèle psychanalytique. Article non publié.
- Lutte G. (1988). *Libérer l'adolescence*, Liège-Bruxelles, Belgique, Pierre Mardaga.
- Leader E. (1991). "Why adolescent group therapy"? *Journal of Child and Adolescent Group Therapy*, 1, 81-93.
- Lopez G., Sabouroud-Seguin A.(1998). *Psychothérapie des victimes*, Paris, Dunod.

- Privat P. (1988). *Les psychothérapies de groupes d'enfants au regard de la psychanalyse*. Paris, Editions Clancier Guenaud.
- Roisin J. (1995) Considération sur la traumatisme. *Le bulletin freudien* n°25.
- Rodriguez Tomé et al. (1997), *Regards actuels sur l'adolescence*, Paris, Presses universitaires de France.
- Privat P. Quélin Souligoux D., Rouchy J.C. (2001). "De l'analyse de groupe à la Psychothérapie".
- Scott M.J., Stradling S.G. (1998). *Brief group counseling*, Chichester, John Wiley & Sons.
- Van der Kolk B.A.(1995). "Group psychotherapy with post traumatic stress disorder", in H. Kaplan, B. Sadock (Ed.), *Comprehensive Group Psychotherapy*, Williams, Wilkins.
- Wood R.N. (2000) "Group therapy for adolescents : clinical paper", <http://www.mental-health-matters.com/>
- Yona E. (1999). "Posttraumatic stress disorder in children and adolescence : a review", *National Center for Posttraumatic Stress Disorder*, V.A. Medical Center, Boston, Massachussets.

