

Réflexions sur la psychothérapie des adolescents victimes de violences extrêmes

Messaouda saadouni

Université de Alger 02

Résumé :

La littérature devient abondante autour du traumatisme psychologique induit par différents évènements traumatogènes. Notre travail clinique avec les victimes de violence intentionnelle nous a éclairée sur certaines réalités en relation avec la prise en charge des adolescents. Nous présentons dans cet article le vécu d'un groupe d'adolescents victimes de violences extrêmes, pris en charge au Centre d'Aide Psychologique de Sidi Moussa (située à 20km d'Alger), zone exposée au terrorisme pendant la décennie 1990. 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 psychologique, violence intentionnelle, thérapie de groupe.

تأملات حول التكفل النفسي بالمرهقين ضحايا العنف المكثف

ملخص

أصبحت البحوث غزيرة حول الصدمة النفسية الناتجة عن الأحداث الصادمة المختلفة. إن عملنا العيادي مع ضحايا العنف المقصود قد أبرز لنا بعض الوقائع فيما يخص التكفل النفسي بالمرهقين. نقدم في هذه الورقة المعاش النفسي للمراهقين الذين استفادوا من العلاج الجماعي بمركز التكفل النفسي و الاجتماعي بسيدي موسى، و الذي ينتمي إلى SARP حيث تبعد المسافة بحوالي عشرين كلومتر عن الجزائر العاصمة. كانت منطقة سيدي موسى و ضواحيها معرضة لأعمال العنف المكثف خلال العشرية التي عاشتها الجزائر في التسعينيات. سنبين من خلال عرضنا لحالات، أن المراهقين ضحايا العنف المقصود لم يتمكنوا من التقدم و الشفاء بطريقة "عادية" كما تنص الأدبيات حول علاج الصدمات. **الكلمات المفتاحية:** الصدمة النفسية، العنف المقصود، العلاج الجماعي.

Reflexions about psychotherapy for adolescents victims of extreme violence

Abstract:

Studies are becoming very spread over the world about psychological trauma induced by various traumatic events. Our clinical work with victims of man-made violence has given us some clarifications with regards to the psychological treatment of adolescents. We present in the current article what adolescents, victims of extreme violence; have lived through in group therapy at the Social-Psychological Help Center of SARP at Sidi Moussa (an area situated within twenty kilometers from Algiers) which has been exposed to terroristic attacks during the National Tragedy in 1990's.

We will show that these adolescents, despite the fact that they had benefited from psychological treatment, they did not really recover and progress normally as it is stated by the literature with regard to group therapy for adolescents.

Key words: Psychological trauma, man-made-violence, group therapy.

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-traumatisme au même titre que les adultes quand ils ont été directement ou indirectement exposés aux événements traumatogènes. Ces études ont 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 de 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 présentons l'expérience d'une prise en charge psychologique d'adolescents victimes de traumatismes que nous avons suivis en co-thérapie de groupe avec une collègue.

Développement de l'article :

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 Hall¹ 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 tempête (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.

Les chercheurs, comme Hector Rodriguez Tomé et al.² et Gérard Lutte³, 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 pair⁴. 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 une 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 atteste que la thérapie de 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 psychotraumatisme au même titre que les adultes ayant vécu ces événements^{5 6}

A propos du traumatisme chez les enfants et les adolescents

Le traumatisme, tel que le décrivent^{7, 8, 9} 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, tant dis que la deuxième partie est perçue comme une vie envahie par le danger, vide et sans futur¹⁰.

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^{11, 12}

Les recherches effectuées aux USA démontrent que l'installation du PTSD (Post Traumatic Stress Disorder) à l'adolescence a des effets particulièrement endommageant, 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 pourrait être à vie¹³

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^{14, 15}. 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 résiliant tant qu'ils ont autour d'eux des personnes affectueuses et disponibles¹⁶. 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 crise¹⁷. 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^{18 19}.

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 »²⁰. C'est le groupe qui est l'objet de 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. Cette thérapie converge 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 propres²¹.

Tout en maintenant l'idée d'un inconscient individuel, Anzieu (1985) dégage des effets groupaux concernant l'activité partagée des fantasmes originaires, des images 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 »²².

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 groupes : « 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 »²³. 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 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 aller à se restaurer narcissiquement et 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 réassemblé, et ils vont pouvoir se reconstruire en s'étayant sur le groupe²⁴.

La littérature, par son enseignement, nous a poussées avec l'autre collègue, à constituer un groupe mixte d'adolescents victimes de traumatismes, 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 des années 1990 en Algérie.

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, 12 ans, est en 7^{ème} année fondamentale (7^e A.F). 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 A.F. 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.

- Abdou, 15 ans, est en 7^e A.F. 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 plus à l'école.

- Ahmed, 14 ans, est en 9^e A.F. 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 évènement, il est devenu très agité, nerveux et agressif et a développé des allergies. Ahmed rêve souvent de la bombe et des évènements 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 A.F. 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, 12 ans, est en 4^e A.F. 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, 14 ans, est 7^e A.F. Il a peur la nuit depuis qu'il a été témoin d'actes terroristes. Il a peur des terroristes qui l'ont interrogé plusieurs sur son frère, patriote.

- Wahid, 14 ans, est en 7^e A.F. Il souffre d'allergies (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 l'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 dessin, de pâte à modeler, de livres de contes, 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 discrétion 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 les 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 trois (3) et que le début est toujours difficile. D'après la littérature²⁵, les adolescents sont méfiants et ne désirent pas s'exposer avant d'être rassurés.

Nous avons essayé de les ramener 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 évènements de silence ne sont pas systématiquement des évènements de non-parole : au dit, de la parole ne s'oppose pas systématiquement le non-dit du silence ». Le silence peut être considéré comme un retrait nécessaire pour que les représentations puissent advenir. Il est partie 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 »²⁶.

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.Nacht²⁷ a décrit comme une condition dans la cure individuelle. Le silence peut donc avoir des valeurs curatives.

Deuxième 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 C.E.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 C.E.M 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 des adolescents ont perdu un parent ou un proche. Ces absences réactivent les douleurs 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 les 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 quatre (4) séances où il y a beaucoup de chahut, de l'expression par le comportement (par exemple : se toucher, se mettre 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. Wood²⁸, 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 du 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 de l'inhibition et dans l'évitement concernant les thèmes sur les événements traumatiques. Cependant, lors des intempéries du 10 Novembre 2001 à Bab El

Oued (Alger Centre)²⁹, Hassan n'a pas arrêté presque durant toute une séance de donner des situations de personnes coincées par les événements et qui n'ont pas pu s'échapper, et tout cela dans l'humour et le rire qui ont entraîné Hamid et Fatiha à le suivre dans son «show hystérique». 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 par les eaux qui déversaient à haut débit* ». « *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 il 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 sauvegarde, 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 d'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 survivant³⁰.

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 et à l'impact des absences sur le groupe. D'ailleurs, certains ont peur de venir et de se retrouver seuls. Fatiha s'est retrouvée deux 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, ils sont exclus), ils s'arrangent pour s'absenter une ou deux fois, pas trois fois.

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 quatre 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, préfère le groupe, mais il n'est jamais revenu. Fatiha est restée avec nous en thérapie individuelle pendant vingt mois, à raison d'une fois tous les quinze 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 règnent 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.

CONCLUSION

Notre expérience clinique avec les victimes de traumatismes liés à la violence terroriste nous a amenées (nous deux thérapeutes) à nous interroger sur la mise en place d'autres techniques que celles que nous avons utilisées jusque-là³¹.

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 Roisin³², ou faire glisser la thématique qui tourne autour du traumatisme afin qu'ils puissent élaborer le deuil. Quelles 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 ? Fallait-il associer les parents en mettant en place un groupe parallèle comme l'indiquait Privat pour les groupes d'enfants ?

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.

Références

- ¹ Hall G.S. (1976). « Adolescence: Its psychology and its relations to psychology, anthropology, sociology, sex, crime religion and education », in *Journal of adolescent Research*, July 1997,(12), 3, 389-409.
- ² Rodriguez Tomé et al. (1997), *Regards actuels sur l'adolescence*, Paris, Presses Universitaires de France.5-10.
- ³ Lutte G. (1998). *Libérer l'adolescence*, Liège-Bruxelles, Belgique, Pierre Mardaga.
- ⁴ Wood R.N. (2000) « Group therapy for adolescents: clinical paper. *Journal of Child and Adolescent Psychiatric Nursing*, 13 (1), 17-31.
- ⁵ Yona E. (1999). « Posttraumatic stress disorder in children and adolescence : a review », National Center for Posttraumatic Stress Disorder, V.A. Medical Center, Boston, Massachussets. 3-7.
- ⁶ Van der Kolk B.A. (1995). « Group psychotherapy with post traumatic stress disorder », in H. Kaplan, B. Sadock (ed.), *Comprehensive Group Psychotherapy*, Williams, Wilkins.
- ⁷ 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://www.leforum.com/impact.
- ⁸ Bourne L., Olivier B. (1998). « A model for counseling survivors of trauma ». *The Family Journal* April 1, 2014 22: 179-185.
- ⁹ Brown A., Bourne L. (1996). « The social work supervisor », in L. Bourne and B. Olivier (1998). *A model for counseling survivors of trauma. The Family Journal* April 1, 2014 22: 179-185. Ency ; Medi. Chir (Editions Scientifiques et Médicales SAS, Paris) *Psychiatrie*, 37-817.
- ¹⁰ Scott M.J., Stradling S.G. (1998). *Brief group counseling*, Chichester, John Wiley & Sons.21-30.
- ¹¹ Kelson H. (1998). *Enfants victimes de la guerre*. Paris, Presses Universitaires de France
- ¹² Green M.(1982).*Conséquences à long terme des traumatismes de l'enfance précoce*. psydoc-fr.broca.inserm.fr/bibliothq/sallelec/textselect/Green.html
- ¹³ Yona E.(1999) Op.ct.
- ¹⁴ Keslson H.(1998).Op.ct.
- ¹⁵ Van der Kolk B.A. (1995). « Group psychotherapy with post traumatic stress disorder », in H. Kaplan, B. Sadock (ed.), *Comprehensive Group Psychotherapy*, Williams, Wilkins.550-559.
- ¹⁶ Van Der Kolk BA.(1995). Op.ct.
- ¹⁷ Sadouni Ghediri M. (2010). *Le cas d'une adolescente qui est revenue de très loin : entre résilience et traumatisme en cours (ongoing trauma)*, Dirrassat Fi El-ôloum El-insania oua El-ijtimaiya ; n° 16 ; Alger, Université d'Alger2. 69-88.
- ¹⁸ Mitchell,JT.(1983). *When disater strikes...The critical incident stress debriefing process. Journal of Emergency Medical Services*, 8,(1), 36-39.
- ¹⁹ Van der Kolk,(1995) Op.ct.
- ²⁰ Privat P.(1988). *Les psychothérapies de groupes d'enfants au regard de la psychanalyse*, Paris, Editions Clancier Guenaud. 7-9.
- ²¹ Nadia Kacha(2012). « Psychologie clinique en Algérie, le nécessaire combat », *Dialogue*, (196), p. 107-114
- ²² Anzieu D. (1985). « Le groupe et l'inconscient », in P. Privat et al. *De l'analyse de groupe à la psychothérapie*. Ency. Medi. Chir (Editions Scientifiques et Médicales SAS, Paris) *Psychiatrie*, 37-817.
- ²³ Kaës R. (2000). « L'appareil psychique », in P. Privat et al. *De l'analyse de groupe à la psychothérapie*. Ency. Medi. Chir (Editions Scientifiques et Médicales SAS, Paris) *Psychiatrie*, 37-817.
- ²⁴ Kacha N.(2012). Op.ct.

- ²⁵ Kaës R. (1994). La parole et le lien, Paris, Dunod.
- ²⁶ Wood R.N. (2000). Op.ct.
- ²⁷ Lopez G., Sabouroud-Seguin A. (1998). Psychothérapie des victimes. in : Jehel L., Lopez G. et al. (2006), Psycho traumatologie, Paris, Dunod.pp.114-120.
- ²⁸ Anzieu D. (1985). Op.ct.
- ²⁹ Le 10 novembre 2001, de dévastatrices inondations alimentées par un violent orage ont dévalées, en flots puissants et continus, des hauteurs du quartier de Bab El Oued, tout le long de la route du Frais Vallon, emportant sur leur passage des centaines de véhicules, des habitations, des locaux commerciaux, et se soldant par la mort de plus d'un millier de personnes et des centaines de disparus.
- ³⁰ Roisin J. (1995). Considération sur le traumatisme. La Revue Nouvelle, Tome CI, (3), 68-77.
- ³¹ سعدوني غديري، م. (2011)، مصير الأطفال المصدومين من جراء العنف: ماذا بعد التكفل النفسي؟ عين مليلة، دار الهدى للطباعة و النشر و التوزيع، 376-375.