

naturel du simple *bon sens*. En jetant un coup d'œil sur l'avenir de l'hygiène mentale, on peut espérer que les catégories professionnelles du psychiatre, de l'hygiéniste mental et du psychanalyste perdront encore de leur étanchéité, au profit d'une activité en équipe au sein de laquelle chacun adaptera sa formation spécialisée aux buts communs.

### *Zusammenfassung*

Die Bedeutung der Psychoanalyse für die geistige Gesundheit läßt sich in drei Punkte zusammenfassen: 1. Für die Entwicklung und tiefere Auffassung der Psychohygiene ist die Psychoanalyse Mutterdisziplin und Ausgangspunkt. 2. In der Praktik der Prophylaxe der geistigen Gesundheit kommt die Psychoanalyse, sei es direkt (Psychotherapie) oder indirekt durch die Ausbildung von spezialisiertem Personal und von Personal zur Überwachung der Arbeit für die geistige Gesundheit, zur Auswirkung. 3. In der Kindererziehung wacht die Psychoanalyse über die Haltung der Erzieher; ihr Einfluß spielt eine Rolle für die Erreichung eines Gleichgewichtes zwischen den antagonistierenden Faktoren, die diesen Haltungen zugrunde liegen.

Beinahe paradoxerweise hat die Psychoanalyse nach einem früheren Konformismus strikter Regeln heute zu kämpfen für die Rückkehr zum natürlich Verständlichen. Als Ausblick auf die Zukunft der geistigen Gesundheit kann man hoffen, daß die Berufspsychiater, Geisteshygieniker und Psychoanalytiker dieser Materie näherkommen werden zugunsten einer Teamarbeit, in welcher jeder seine Spezialausbildung zum gemeinsamen Wohl verwerten kann.

## **Introduction à la psychothérapie analytique de groupe**

Par *M. Barrelet* et *P. Jordi*<sup>1</sup>

### **I. Considérations théoriques**

Nous tenterons dans cet exposé de dégager les éléments essentiels constituant la dynamique des traitements analytiques de groupe ainsi que certains moments privilégiés de leur existence, à travers quelques exemples pratiques. Nous nous référerons, pour ce faire, à l'activité des groupes de traitement de la Polyclinique psychiatrique universitaire de Lausanne et à l'expérience qui s'en est dégagée petit à petit depuis leur création il y a six ans. Précisons déjà maintenant qu'il s'agit de groupes d'adultes, hommes et femmes, dont le nombre de participants est de 8 à 10 au maximum, et qui se réunissent une à deux fois par semaine, selon les groupes et les thérapeutes. La discussion est libre, aucun thème n'est imposé, et chaque membre apporte ses problèmes, qu'il expose sans contrainte, quand bon lui semble. L'attitude du psychothérapeute est inspirée de l'attitude de neutralité bienveillante de l'analyste freudien.

Précisons que ce dont nous allons parler concernera la dynamique des

---

<sup>1</sup> Auteurs: Drs Monique Barrelet, Evole 15, Neuchâtel, et Pierre Jorde, Eglantine 8, Lausanne

traitements de groupe analytiques exclusivement, groupes qui ont leur caractère propre, leur mode de vie particulier et qui se structurent selon une technique elle-même particulière.

En effet, il existe d'autres techniques de groupe, dont la plupart, prétendant à une efficacité thérapeutique durable, plongent leurs racines dans la psychoanalyse. C'est grâce à l'étendue de cette similitude, à cette base commune constituée par le transfert, la catharsis, l'interprétation et la prise de conscience que cette forme de psychothérapie collective peut revendiquer le titre d'un procédé thérapeutique efficace. L'interaction d'un certain nombre d'individus se trouvant en relation émotionnelle dynamique telle qu'elle se produit en thérapie analytique de groupe, fait naître des situations que l'on ne retrouve pas en psychothérapie individuelle.

Le traitement analytique de groupe mis à part, il existe d'autres techniques de psychothérapie collective; citons-les pour mémoire.

Certaines s'inspirent de *méthodes purement verbales* et dépendent des groupes sociaux auxquels elles s'adressent. Ces techniques ont le plus souvent un objectif précis, limité, pratique, didactique, d'entraide, telles les psychothérapies de parents d'enfants traités, ou les traitements collectifs utilisés dans le but d'aider les patients à s'adapter à un milieu hospitalier (Sivadon). Ces méthodes sont centrées sur des problèmes plus superficiels et n'entraînent pas de modifications profondes de la personnalité.

Une autre catégorie de méthodes s'inspire du jeu dramatique: *les méthodes dramatiques*. Le *psychodrame* de Moreno pratiqué à Vienne durant la première guerre introduit la notion de spontanéité. Le groupe est constitué par le thérapeute, 15 à 20 malades et le public. Le sujet est aidé à exprimer sa vie réelle ou sa vie fantasmagique par le thérapeute, soutenue par d'autres malades, qui jouent à tour de rôle. Le public représente la pression sociale et ses réactions. L'extériorisation des affects, dans ces conditions, est considérée à elle seule comme curative, mais n'apporte en réalité pas de changements sérieux dans la structure du patient.

Le *psychodrame analytique de groupe* utilise les principes de Moreno. (Ecole de Paris que dirigent les Drs Evelyne Kestenberg, Lebovici et Diatkine.) Le groupe se compose du malade et de l'analyste, meneur de jeu, auxquels s'adjoignent 6 ou 7 autres thérapeutes; le meneur organise le jeu. Le malade choisit l'un ou l'autre de ces thérapeutes, appelés « moi auxiliaire », qui joueront des scènes de la vie courante, imaginées par le patient. L'analyste commente, et interprète les scènes ainsi dramatisées. Cette méthode pratiquée en particulier avec des adolescents, des pubertaires et des psychotiques est d'un effet thérapeutique plus profond que les techniques précitées.

Il existe également des *groupes de travail*. Ceux-ci sont centrés autour d'une activité donnée et n'ont d'autre but qu'une augmentation du rendement professionnel par la discussion en commun de certains problèmes affectifs inhé-

rents à de telles communautés. Un thérapeute fait figure de leader; 15 à 20 patients participent à ces réunions.

Si nous essayons de définir ce qu'un traitement de groupe apporte à la médecine, il est intéressant de revenir aux premiers essais de psychothérapie collective, et en particulier aux groupes de tuberculeux qu'institua Pratt tout au début du 20e siècle. Pratt réunissait ses malades en grand nombre, sous forme de classes, et faisait des discours sur la maladie tuberculeuse, les mesures thérapeutiques, l'attitude profonde des patients, les forces psychiques allant à l'encontre de leur guérison. Il invitait certains malades à décrire leurs efforts et ceux qui avaient progressé étaient admis aux côtés des médecins. Bien que ces réunions ne paraissent avoir que le caractère d'un « témoignage » de meeting religieux, il y a dans cette première expérience déjà certains éléments dynamiques propres à la situation du groupe. A côté d'une influence sthénique et suggestive, l'effet dynamisant qu'implique toute mise en commun de problèmes personnels, l'*émulation*, joue un rôle important.

D'autres éléments interviennent aussi dans ces premiers essais: des sentiments d'acceptation, comme « appartenir », « être entouré, compris » par le thérapeute et les autres patients; des possibilités d'identification au chef de groupe et aux malades – réaliser que d'autres ont des problèmes semblables aux siens a certes un effet déculpabilisant et rassurant – ainsi que des sentiments de valorisation et de sécurisation.

Si cette technique comporte la mise en action de forces dynamiques positives et utiles, sans doute à la cure du tuberculeux, l'attitude de leader de Pratt a un effet curatif limité sur le plan psychothérapique. Une attitude de chef de groupe à caractère autoritaire et actif favorise chez les malades des situations de dépendance, des régressions à un stade infantile, dans lesquelles ils trouvent satisfaction à des besoins profonds, tels qu'être aimé, plaire au médecin, se soumettre. Cette situation de dépendance va à l'encontre du but recherché dans toute psychothérapie analytique, dont l'objectif est au contraire une maturation de la personnalité, représentée par une plus grande autonomie de la part du malade à l'égard de l'entourage et de ses problèmes personnels, ainsi qu'une prise de conscience de ses peurs et de ses revendications.

Une attitude autoritaire de la part du thérapeute, décidant à chaque début de séances des sujets à traiter, intervenant dans la discussion, donnant des avis personnels ou des conseils généraux d'hygiène mentale, a pour résultat de maintenir les membres dans un état de dépendance; elle facilite les comportements de passivité et de soumission infantile et recrée des rapports affectifs semblables à ceux existant au sein de la famille, rapports généralement pathogènes, favorisant la répétition de comportements inadéquats.

Toute psychothérapie quelle qu'elle soit réside dans un déconditionnement des distorsions affectives profondes, qu'il s'agisse de symptômes névrotiques

ou de comportements liés à des traits caractériels; cette règle est également valable en psychothérapie de groupe.

Pour éviter la répétition de situations de dépendance et en faciliter le déconditionnement, une attitude plus effacée de la part du thérapeute, entraînant ipso facto un climat de plus grande liberté dans le groupe et de «laisser faire», s'est avérée la plus adéquate. Cette attitude s'inspire de la *neutralité bienveillante de l'analyste freudien*; elle est à la fois le fruit de l'expérience issue des traitements individuels et celle aussi des traitements de groupe qui ont pris naissance aux U. S. A. il y a une vingtaine d'années déjà. Il est bien entendu que le thérapeute de groupe n'atteindra jamais à la stricte neutralité de l'analyste classique, parce qu'il se trouve face à face avec ses malades, au milieu d'eux; mais il tendra cependant à investir l'attitude la plus neutre possible.

Une des raisons de ce comportement, nous l'avons vu, est d'éviter l'investissement, par le thérapeute, d'images autoritaires, rappelant les parents ou leurs substituts. La non-intervention du thérapeute, induisant un climat de «laisser faire», permet également une plus grande liberté dans l'expression des sentiments agressifs, favorisant ainsi leur défoulement. De plus, il est nécessaire, dans les premiers mois de traitement tout au moins, que les membres prennent conscience qu'ils peuvent exprimer leurs sentiments agressifs, sans que pour autant ces réactions déclenchent les habituelles attitudes répressives. Le rôle permissif du thérapeute est donc nécessaire au travail de déconditionnement.

Il est encore un autre aspect de la neutralité du thérapeute, le plus important nous semble-t-il; en effet, si ce dernier, par son attitude bienveillante concourt au climat de «laisser faire» et à une certaine facilitation dans l'expression des sentiments, il frustré en revanche le patient par sa position non-interventionniste. Cette frustration mobilise chez le malade d'anciennes situations traumatisantes et fait ressortir les affects s'y rattachant; il se produit ce qu'on appelle «une régression» à des stades anciens de l'existence du patient. A ce moment du processus thérapeutique, le patient s'en prendra à son thérapeute et «transférera» sur lui des sentiments liés à des expériences infantiles; il y aura transfert de sentiments du patient au thérapeute. Un malade très dépendant par exemple, luttera contre le sentiment d'être abandonné, par une plus grande dépendance vis-à-vis du thérapeute, et verra en lui un être tout-puissant, bénéfique, mais en même temps étouffant et paralysant; en fait, ce malade revivra dans le transfert la situation pathogène qui a dominé son enfance.

Si ce processus est celui que l'on trouve dans un traitement analytique individuel, il se réalisera également dans un traitement de groupe, avec cette différence, que les régressions chez chaque membre mobiliseront à la fois des problèmes avec les parents (le thérapeute) et avec les frères et sœurs (les autres membres du groupe). A cause des sentiments très violents qui sont liés aux

positions régressives, les membres du groupe, chacun selon sa personnalité et ses problèmes, revivront intensément des situations traumatisantes de l'enfance que le thérapeute ou les autres malades pourront interpréter.

Une psychothérapie analytique de groupe ne saurait donc se réduire ni à une association de gens venus discuter intellectuellement leurs problèmes, ni à un apprentissage de comportements socialisés, permettant une meilleure adaptation. Mais elle est avant tout un traitement où des comportements infantiles inadéquats sont revécus en groupe, commentés, interprétés et modifiés par ce même groupe.

## II. Considérations pratiques

*L'indication à un traitement de groupe* a été réservée, à Lausanne tout au moins, aux personnes présentant des troubles du contact, tant sur le plan professionnel que familial. Il s'agit, ou de personnes isolées, à la vie relationnelle quasi inexistante, qui, par crainte de ne pas être acceptées et de se voir repoussées, préfèrent leur solitude, ou de malades présentant une très forte labilité affective et qui ont toujours exigé, tant de leur entourage que du thérapeute, d'incessantes preuves d'amour. Chez ces personnes, le traitement individuel s'était peu à peu enlisé dans une relation de dépendance, véritable impasse thérapeutique. Nous avons également pris dans nos groupes des cas psychosomatiques (asthme, affections cutanées, troubles fonctionnels graves, céphalées, vertiges) dont la structure et la personnalité, par bien des aspects, se rapproche de celles des patients présentant des troubles du contact.

Pour ces malades, le groupe représente un milieu particulièrement favorable : Il leur évite l'affrontement inter-individuel et leur permet la satisfaction de profonds besoins d'affection.

Quant aux *contre-indications*, elles existent également : il s'agit tout d'abord de personnalités présentant de graves troubles caractériels et qui risqueraient de perturber le groupe par leur comportement asocial. Les psychoses sont exclues, ainsi que les délinquants et les perversions sexuelles telles que l'exhibitionisme, l'homosexualité, qui sont peu touchées, par un traitement de groupe parce que représentant des éléments peu adaptables, rapidement rejetés par les autres membres. Les débiles mentaux ne peuvent être intégrés dans un traitement collectif, les malades devant disposer d'un niveau intellectuel normal pour être à même de bénéficier des avantages de cette forme de traitement.

Enfin, il est préférable de réunir des gens possédant des affinités affectives, sociales et culturelles plus ou moins communes, ceci afin de rendre possible les identifications réciproques, sans lesquelles toute thérapie de groupe se verrait rapidement vouée à l'échec. Dans le même ordre d'idées, il est également nécessaire de prendre des gens du même âge, soit des adolescents, soit des adultes entre 25 et 35 ans, ou alors des groupes de gens plus âgés ; le mélange des âges

ne s'est jamais révélé favorable, vu la différence des centres d'intérêt et des investissements affectifs respectifs.

Les indications sont posées généralement par un psychiatre, qui, au cours de 4 ou 5 entretiens, posera un diagnostic et proposera au thérapeute de groupe de prendre le malade en traitement.

Avant son entrée dans un groupe, le malade accepte d'y faire un essai de 3 mois, afin d'une part de ne pas trop perturber la vie du groupe par des allées et venues, d'autre part pour permettre au nouveau membre de se faire une opinion durant un temps suffisamment long, pour que, s'il se décide à quitter le groupe, il puisse le faire en connaissance de cause. On explique également au malade que tout se discute durant la séance de groupe, aussi bien ce qui concerne ses problèmes que les décisions intéressant la vie du groupe (départ d'un membre, inclusion d'un nouveau, etc.). Le patient est lié par le secret professionnel au même titre que le médecin et les autres membres du groupe. A notre connaissance, des difficultés résultant d'une divulgation du secret professionnel ne se sont présentées ni en Angleterre, ni en Amérique, pas plus que dans les expériences que nous avons faites en Suisse jusqu'ici. Certains patients tiennent à garder secret le fait qu'ils se font traiter. Les malades du groupe sont toujours très respectueux de cette prise de position. Ainsi, une patiente ayant manifesté le désir de ne pas être saluée à l'occasion de quelque rencontre que ce soit par les membres du groupe, ceux-ci se sont très naturellement soumis à cette consigne.

Ces quelques remarques préliminaires faites, que se passe-t-il pratiquement dans un groupe constitué et en quoi celui-ci se différencie-t-il d'un traitement individuel?

Prenons par exemple un groupe à ses débuts, formé de 7 membres, 4 femmes et 3 hommes; ils se voient tous pour la première fois; deux psychothérapeutes le dirigent. Notons ici qu'en général un seul médecin suffit à mener un traitement de groupe; mais, lors de la création des groupes à Lausanne, en 1954, ayant commencé avec deux thérapeutes, nous avons maintenu cette formule jusqu'à ce jour. Si elle nécessite une parfaite entente entre les deux thérapeutes, elle représente par ailleurs certains avantages: contrôle mutuel du travail, possibilité de confier le groupe à un thérapeute-femme et à un thérapeute-homme, à l'image du couple parental, etc. Les expériences faites jusqu'ici se sont révélées très fructueuses et ont contribué à maintenir parmi les thérapeutes un esprit d'équipe. Revenons toutefois à notre groupe de malades.

La gêne que représente le fait de devoir parler de soi-même devant d'autres personnes, n'est pas aussi importante que l'on pourrait le croire au premier abord. En effet, les malades, ceux surtout qui dans un traitement individuel se sentent infériorisés par la personnalité toute-puissante du thérapeute, prennent rapidement conscience qu'ils ne sont pas les seuls à avoir des problèmes. Les difficultés des autres contribuent à dédramatiser et à relativiser les leurs.

L'angoisse initiale d'affrontement, qui, pour des personnalités fragiles, représente souvent un handicap infranchissable dans les débuts du traitement individuel, est ainsi sensiblement réduite.

Les premières prises de contact des membres entre eux permettent l'élaboration d'un sentiment de solidarité, la plupart du temps inconscient, concourant à rapprocher les membres, en même temps qu'il leur permet de faire front au thérapeute. En effet, ce dernier, à cause de son attitude neutre, est ressenti d'emblée comme frustrant; il sera assez rapidement l'objet de l'agressivité du groupe, qui manifestera ses revendications infantiles, par des réactions de dépit, de bouderie ou d'explosions de franche colère, chaque membre exprimant ses sentiments à sa manière.

Le thérapeute, sortant de sa réserve, peut alors interpréter, soit globalement, soit individuellement le sens profond de ce que le groupe vient de vivre. En fait, il est une règle que nous observons dans tout début de traitement de groupe, dans les premières séances tout au moins: nous demeurons sur la réserve, dans une attitude d'expectative, évitant le plus possible toute remarque ou interprétation pour prévenir l'établissement d'une relation trop étroite entre un des patients et le thérapeute. Cette attitude nous permet de prendre connaissance de chacun des membres, en observant son comportement, sa façon de s'exprimer, en un mot ce qui constitue sa personnalité aussi bien dans ce qu'elle a d'inadapté que dans ce qu'elle a de normal; de plus, cette attitude favorise la régression du groupe à des positions infantiles.

Ainsi, dans le groupe précité, les premiers contacts établis entre les membres, ceux-ci montrèrent une assez forte angoisse quant à ce qui allait se passer; plusieurs membres réclamèrent des directives aux deux thérapeutes. Ces derniers expliquèrent aux membres qu'ils les laissaient libres d'agir comme ils l'entendaient. Cette situation amena une recrudescence d'angoisse, qui fut toutefois rapidement réduite, quand le groupe décida que chacun parlerait à tour de rôle des difficultés qui les avaient amenées à consulter. Quelques séances se passèrent à ce travail; elles approfondirent encore les liens entre les membres, grâce à une meilleure connaissance réciproque.

L'énumération de leurs problèmes actuels et le récit des souvenirs d'enfance se faisaient cependant sur un ton neutre et sans grande participation affective, chacun relatant des souvenirs épars; ceci jusqu'au moment où les différents membres eurent l'impression d'avoir épuisé le sujet, attendant des thérapeutes de nouvelles directives, que ceux-ci ne donnèrent point, gardant toujours le silence.

La réaction fut immédiate, et chacun manifesta à sa manière le sentiment qu'il était abandonné:

– Une jeune femme, à la fois dépendante de sa mère et très abandonnée, expliqua au groupe la séance suivante, qu'elle avait rencontré un pasteur de ses anciennes connaissances, qu'elle n'avait revu depuis 6 ans; elle lui demanda

de la revoir, afin qu'il l'aide. Sans s'en douter, cette patiente avait réagi à la situation frustrante du groupe exactement comme elle le fit toujours dans le passé, fuyant une situation frustrante, pour s'adresser à plus donnant, dans une perpétuelle quête, jamais satisfaite.

– Une autre jeune femme revint à la séance suivante, prétendant parfaitement bien se porter et n'avoir plus aucun problème; elle se demandait même ce qu'elle faisait encore dans le groupe. Cette patiente nous montrait également la façon dont elle avait lutté jusqu'ici contre les situations frustrantes, en les minimisant ou en les niant tout simplement.

– Une autre patiente manqua tout simplement la séance suivante et nous avoua par la suite l'avoir fait pour se venger des thérapeutes et des autres membres, qui ne l'aidaient pas suffisamment à son gré. Cette malade dévoilait ainsi son comportement-type, tout d'agressivité, que les situations frustrantes de son enfance déclenchaient régulièrement.

– Un malade-homme enfin, apparemment mieux adapté que les trois autres, s'adressa tout simplement aux thérapeutes, leur demandant de l'aide, en son nom et au nom du groupe. Ce que firent les thérapeutes, en montrant à chacun d'eux, d'une part l'aspect pathologique de leurs réactions, d'autre part l'intensité affective avec laquelle ils avaient vécu ces premières séances.

Ces quelques interprétations eurent pour effet de diminuer la tension dans le groupe et favorisèrent, dans un climat de plus grande détente, la mobilisation de souvenirs anciens bien blus vivants et plus authentiques, parce qu'intimement lié au « vécu » des dernières séances. A partir de ce moment-là, les séances de groupes devinrent moins rigides et les rapports entre les membres plus naturels, ce qui permit l'expression de sentiments assez directs, entre eux et avec les médecins.

Ce court aperçu d'un moment de l'existence d'un groupe nous permet d'approcher quelques mécanismes de base, spécifiques à la dynamique de groupe. Si nous voulions résumer schématiquement ce que nous venons de décrire, nous dirions qu'entre les membres s'est créé tout d'abord *un sentiment de solidarité*, par *identifications réciproques*; ensuite, à cause de l'attitude neutre des thérapeutes, il se produisit une *régression massive*, intéressant tous les membres du groupe, régression à des positions plus ou moins infantiles. Les affects et l'agressivité grandirent en intensité, en fonction directe du degré de régression.

Pareil processus se retrouve également dans tout traitement individuel; mais alors que dans ce genre de traitement le malade est *seul* à assumer la violence de son agressivité, de ses affects infantiles, dans le groupe, chacun se vent solidaire des difficultés de l'autre, et les sentiments pénibles (agressivité, abandon) sont ainsi mieux supportés, leur expression facilitée. Ce sentiment de cohésion ou d'*appartenance* propre à tout groupe et qui se constitue dès les premières séances, est à même de sécuriser suffisamment les personnalités affectivement fragiles, afin qu'elles puissent assumer leur agressivité au cours du

traitement, sans trop d'angoisse. Dans ce sens, la psychothérapie de groupe recèle des possibilités de sécurisation qu'aucun autre traitement individuel ne saurait réaliser de façon aussi satisfaisante.

Citons rapidement quelques situations spécifiques au groupe, permettant aux personnalités particulièrement anxieuses et abandonniques de se préserver des affrontements inter-individuels par trop directs :

– Ainsi, il arrive que des sentiments agressifs ne soient pas adressés à la personne intéressée (un membre du groupe, le thérapeute le plus souvent) et qu'une autre personne en fasse les frais; le malade a ainsi fait l'économie d'un affrontement direct, mais a tout de même pu exprimer son agressivité. Il appartient au thérapeute d'interpréter ce *mécanisme de déplacement*.

– Il y a également possibilité pour un membre de se retirer pendant plusieurs séances consécutives, dans une attitude de mutisme complet; ce laps de temps où il participe passivement, permet au malade de mûrir un de ses problèmes tout en bénéficiant, par identification, des problèmes des autres, souvent très proches de ses difficultés présentes.

– Il est enfin une position au sein du groupe qu'utilisent fréquemment les malades, celle consistant à s'occuper des autres, en posant des questions ou en essayant de résoudre leurs conflits, pour ne pas avoir à parler de leurs propres difficultés. Cette position, outre qu'elle autorise un repli momentané, contient des possibilités de valorisation particulièrement gratifiantes.

Ces situations de retrait peuvent également être utilisées à des fins de fuite devant l'engagement dans le groupe; ici aussi, c'est au thérapeute de veiller. En général cependant, ces attitudes d'exclusion par l'expectative sont très mal supportées par les autres membres du groupe, et ce sont ces derniers qui vont rechercher celui qui s'isole.

Il existe encore d'autres situations ou mécanismes spécifiques à la vie de groupe, que nous n'aborderons pas ici, afin de ne pas allonger cet exposé. Nous voulions simplement, par cet exemple clinique consacré aux toutes premières séances d'un groupe, montrer quelques aspects de la dynamique inhérente à cette technique de thérapie collective.

La psychothérapie de groupe contient par la seule existence de sa dynamique propre des possibilités de gratification que n'offrent pas dans la même mesure les autres techniques de psychothérapie d'inspiration analytique. C'est en ce sens que ce genre de traitement s'adresse essentiellement, à notre avis, à des personnalités sensibles aux frustrations, sous quelque forme que ce soit. Et ainsi que nous l'avons vu, ce climat gratifiant permet à chacun d'« aménager » ses relations affectives avec les autres membres du groupe, donnant ainsi une plus grande souplesse à l'affrontement inter-individuel.

Quand nous parlons d'affrontement inter-individuel, il ne s'agit pas de n'importe quel affrontement, mais presque toujours d'un affrontement sous-tendant une situation conflictuelle entre deux membres du groupe, rappelant

ou répétant une situation traumatisante infantile avec les parents ou les frères et sœurs. C'est donc à travers ce « transfert » de sentiments que le patient revit tout ce qu'il y a de pathologique dans son attitude; cette situation est immédiatement interprétée, ou par le thérapeute ou par les autres membres du groupe, ce qui permet au patient de prendre conscience des causes profondes de sa souffrance.

Il est bien entendu que ces prises de conscience ne se font pas à chaque séance, et que, si elles sont en soi particulièrement bénéfiques, nécessitent des temps de maturation assez longs. C'est pour cette raison que la participation à une psychothérapie de groupe peut s'étendre sur plusieurs années. En général, c'est le patient qui, s'étant rendu compte des progrès acquis, demande lui-même à quitter le groupe. Cette décision, si elle lui appartient en propre, est toujours discutée par les autres membres du groupe et le thérapeute, qui peuvent, s'ils la trouvent prématurée, mettre en garde le patient.

Notre expérience n'a malheureusement qu'un recul de 6 ans; disons toutefois, qu'à côté de quelques échecs (départs après quelques mois de traitement, départs prématurés, etc.) nous avons enregistré, sinon des cas de guérison complète, tout au moins des améliorations suffisantes pour permettre à des êtres socialement et affectivement désinsérés de reprendre une vie normale et plus adaptée.

Ainsi cette jeune énurétique de 24 ans, souffrant de son affection depuis plus de 20 ans, affection qui l'avait réduite à une vie relationnelle quasi nulle, après deux ans de traitement, pu quitter le groupe et se marier, son énurésie étant définitivement guérie. Cette jeune patiente a non seulement guéri son énurésie, mais a réussi, grâce au groupe, à résoudre ses difficultés de contact, conséquences de l'affection somatique, et à réduire des troubles de caractère inhérents à sa personnalité abandonnique.

Cette autre jeune femme, dépendante de sa mère, infantile, jalouse de ses trois sœurs aînées, vivant exclusivement entre son travail et son milieu familial, put, après une année et demie de traitement, acquérir dans le groupe une autonomie suffisante pour quitter les siens et se marier.

Il est d'autres cas, où les résultats ont été moins spectaculaires, mais chez qui la résolution de certains problèmes affectifs a permis des prises de position plus autonomes et a entraîné une presque complète disparition des symptômes névrotiques.

### III. Résumé et conclusions

Nous avons brièvement exposé les différentes méthodes de psychothérapie collective et décrit la psychothérapie analytique de groupe, plus particulièrement la dynamique de cette technique dont les bases sont analogues à celles de la psychanalyse freudienne. L'attitude de neutralité bienveillante du théra-

peute de groupe, par opposition à l'attitude du leader autoritaire, attitude qui tend à favoriser la persistance d'états de dépendance et va à l'encontre des processus de maturation du patient, but de tout procédé psychothérapeutique efficace, ainsi que les conséquences de cette attitude de neutralité, ont été mises en évidence par un exemple pratique, soit la description d'un moment particulier de la vie d'un groupe. Usant de cet exemple, nous avons également démontré les principaux éléments dynamiques propres à la situation de groupe: l'émulation, les mécanismes d'identification, de sécurisation, de valorisation, d'acceptation, ainsi que les possibilités de gratification et l'établissement non seulement d'une relation patient-thérapeute, mais de relations entre les différents membres du groupe.

Si nous voulions schématiser ce qui distingue une psychothérapie de groupe d'une psychothérapie individuelle, nous dirions tout d'abord que les mécanismes transférentiels ne se jouent pas sur le thérapeute seulement, mais aussi sur les autres patients. Il y a possibilité de plusieurs transferts. Ces relations ambiguës avec les autres membres du groupe modifient la situation transférentielle. Les relations qui s'établissent dépendent de l'organisation névrotique des sujets, des bénéfices qu'ils peuvent en retirer. Le groupe en lui-même représente un milieu affectif réel, substitut de la cellule familiale, assistant le Moi du malade dans ses décharges émotionnelles, dans la reviviscence des conflits parentaux et fraternels; il crée également des possibilités d'identification, est générateur de gratifications. En ceci, il peut devenir pour les patients une réalité nouvelle, où peuvent se développer des liens nouveaux qui permettent une réparation d'un passé par trop frustrant. Ces éléments en eux-mêmes n'ont pas une valeur thérapeutique suffisante, l'interprétation des phénomènes de transfert est indispensable et conditionne la modification de la structure névrotique ou des traits caractériels.

L'indication à un traitement analytique de groupe paraît favorable chez les personnes sensibles aux frustrations et présentant des troubles de la vie relationnelle: abandonniques, dépendants-revendicants, malades atteints d'affections psychosomatiques peu aptes à supporter l'angoisse initiale d'affrontement du traitement individuel.

Ajoutons que l'évolution des malades se fait apparemment sur un mode plus lent que dans le traitement individuel. En général, ce sont les malades qui, conscients de leurs progrès, devenus plus autonomes, se sentant à même de faire face seuls à leurs problèmes, demandent à quitter le groupe. Dans quelques cas, les patients prennent conscience que seule une thérapie plus profonde leur permettrait une meilleure liquidation de leurs conflits névrotiques. Dans ce sens, une psychothérapie analytique de groupe peut être assimilée à une préparation de la cure analytique classique. De même, il arrive qu'un traitement individuel peut être complété par une tranche de psychothérapie collective. Ces questions, ainsi que le problème plus général des indications sont au-

jourd'hui encore à l'étude. Seuls l'expérience clinique et les résultats obtenus permettront de résoudre ces problèmes, particuliers à la psychothérapie analytique de groupe.

Enfin, un des avantages inhérent à cette technique consiste d'une part dans l'économie des thérapeutes qui dans le même temps peuvent s'occuper de plusieurs malades, d'autre part dans la possibilité d'offrir un traitement en profondeur à des malades, économiquement faibles qui ne seraient pas à même d'assumer les frais d'un traitement individuel.

Cette démocratisation de la psychothérapie, à l'heure où le nombre des malades adressés au spécialiste en psychiatrie devient de plus en plus grand, où les indications à un traitement sont toujours plus fréquentes, est certes un des aspects les plus importants de cette nouvelle forme de psychothérapie.

De tels groupes existent à la Polyclinique psychiatrique universitaire de Lausanne depuis 6 ans, et demeurent ouverts à l'admission de nouveaux malades. Les thérapeutes, anciens collaborateurs du Professeur P. B. Schneider, qui se sont formés à cette nouvelle technique, pratiquent également en privé la psychothérapie de groupe, à Lausanne, Genève et Neuchâtel.

#### *Résumé*

Faisant suite à une brève énumération des différentes techniques de psychothérapie collective, méthodes purement verbales, méthodes dramatiques, groupes de travail, les auteurs ont décrit dans une première partie théorique les éléments dynamiques essentiels de la *Psychothérapie analytique de groupe*. Ils ont particulièrement insisté sur l'attitude du psychothérapeute de groupe qui s'inspire de la neutralité bienveillante de l'analyste freudien et sur les conséquences de cette attitude. Dans une seconde partie réservée à des considérations pratiques, ils ont passé en revue les indications et contre-indications à la psychothérapie analytique de groupe, décrit la formation d'un groupe et cité à titre d'exemple un premier moment de l'existence d'un groupe. Dans leurs conclusions, ils ont relevé les avantages de cette nouvelle forme de psychothérapie collective, pratiquée depuis 1954 à la Polyclinique psychiatrique de Lausanne.

#### *Zusammenfassung*

Auf Grund einer kurzen Aufzählung der verschiedenen Methoden der *kollektiven Psychotherapie* beschreiben die Autoren in einem ersten theoretischen Teil die essentiellen dynamischen Elemente der analytischen Gruppen-Psychotherapie. Sie weisen besonders auf die Haltung des Gruppen-Psychotherapeuten hin, die aus der neutralen Einstellung des Freudschen Analytikers zum Patienten hervorgeht. In einem zweiten, praktischen Erwägungen gewidmeten Teil stellen sie Indikation und Gegenindikation der analytischen Gruppen-Psychotherapie einander gegenüber. Als Beispiel beschreiben sie die Bildung und ersten Ansätze der Entstehung einer Gruppe. In ihren Schlussfolgerungen weisen sie auf die Vorteile dieser neuen Form der kollektiven Psychotherapie hin, wie sie seit 1954 in der Psychiatrischen Poliklinik in Lausanne praktiziert wird.

#### **Bibliographie**

*Diatkine R., Socarras F. et Kestemberg E.*: Le transfert en psychothérapie collective. *Encéphale* 1950 No 3, 248-274. - *Dreikurs R.*: La psychothérapie de groupe. *Communi-*

cation au Congrès mondial de Psychiatrie 1950. C. R. Section V, Herman éditeurs, Paris (1952). – *Ezriel H.*: La psychothérapie de groupe. Communication au Congrès mondial de Psychiatrie 1950, C. R. Section V. Hermann éditeurs, Paris (1952). – *Foulkès S. H.*: Introduction à la Psychothérapie analytique de groupe. Heinemann éditeurs, Londres (1948). – *Hinckley R. G.* et *Hermann L.*: Gruppenbehandlung in der Psychotherapie. Rascher Verlag, Zürich (1954). – *Lewin K.*: Psychologie dynamique. P. U. F. (1959). – *Moreno J. L.*: La psychothérapie de groupe. Communication au Congrès mondial de Psychiatrie 1950. C. R. Section V. Hermann éditeurs, Paris (1952). – *Slavson G. R.*: Psychothérapie analytique de groupe. P. U. F., Paris (1952).

Aus der psychiatrischen Universitäts-Poliklinik Basel (Direktor: Prof. Dr. P. Kielholz. Leitender Arzt: PD Dr. C. Haffter)

## **Verkehrssicherheit als präventivmedizinische Aufgabe**

von *H. Peter*, Basel

Die Verhütung zivilisationsbedingter Gesundheitsschäden ist heute eines der dringlichsten Ziele geworden, auf das hin Ärzte und Behörden zusammenarbeiten. Wohl am akutesten zeigt sich diese Aufgabe an der ständig wachsenden Bedrohung von Leben und Gesundheit durch Straßenverkehrsunfälle. Allein in der Schweiz werden annäherungsweise jeden Tag drei Menschen auf der Straße getötet. Wir stellen uns hier die Frage, wieviel präventivmedizinische Maßnahmen zur Verhütung von Straßenverkehrsunfällen beitragen können und welcher Gebrauch von diesem Beitrag gemacht wird bzw. gemacht werden könnte.

Es ist eine erwiesene Tatsache, daß die Ursache der allermeisten Straßenverkehrsunfälle bei den Verkehrsteilnehmern selber und nicht in technischen Mängeln von Straße und Fahrzeug zu suchen ist. «Menschliches Versagen» wird in mehr als vier Fünftel aller Verkehrsunfälle als Hauptursache angeführt. Das ist ganz natürlich, wenn man sich vor Augen hält, daß der Verkehr auf der Straße ursprünglich Umgang, Begegnung, eben «Verkehr» vom Menschen unter sich bedeutet und damit wesensmäßig bereits Konfliktmöglichkeiten und Konkurrenzprobleme in sich birgt. Beim heutigen Stand der technischen Entwicklung werden diese mitmenschlichen Grundprobleme des Verkehrsverhaltens allgemein in den Hintergrund gedrängt von den augenfälligeren Gefahren, welche durch die Dichte und die Rasanz des Verkehrs zusätzlich geschaffen wurden. Man kann ruhig sagen, daß moderne Motorfahrzeuge bedeutend zuverlässiger funktionieren als ihre Lenker, und zwar wird die menschliche Anpassung an die maschinelle Fortbewegung um so fragwürdiger, je weiter