



Thérapie de groupe de type résolution de problèmes avec une clientèle psychiatrique adulte

Nathalie Poirier

Special Issue, 2001

URI: <https://id.erudit.org/iderudit/1074828ar>

DOI: <https://doi.org/10.7202/1074828ar>

[See table of contents](#)

Publisher(s)

Institut Philippe-Pinel de Montréal
Service de Médecine et de Psychiatrie Pénitentiaires du Département de
psychiatrie du CHUV (Suisse)

ISSN

1702-501X (digital)

[Explore this journal](#)

Cite this article

Poirier, N. (2001). Thérapie de groupe de type résolution de problèmes avec une clientèle psychiatrique adulte. *Psychiatrie et violence*.
<https://doi.org/10.7202/1074828ar>

THERAPIE DE GROUPE DE TYPE RESOLUTION DE PROBLEMES

AVEC UNE CLIENTELE PSYCHIATRIQUE ADULTE

par

Les patients évalués présentaient alors des symptômes positifs mal gérés, et ce, malgré la présence d'une lourde médication. De plus, ils semblaient peu motivés dans le traitement et plutôt passifs dans leur demande d'aide.

NATHALIE POIRIER, PSYCHOLOGUE

INSTITUT PHILIPPE PINEL

Introduction

Les difficultés importantes d'adaptation sociale que présente la clientèle psychiatrique du Centre de psychiatrie légale de Montréal ont nécessité au cours des dernières années l'élaboration d'un traitement de groupe spécifique. Il faut se rappeler qu'un bon nombre de patients présentent des désordres perceptuels (ex.: hallucinations auditives et visuelles) et des distorsions cognitives majeures qui altèrent leur capacité à interagir avec les autres de façon adéquate. La littérature a d'ailleurs largement fait état des déficits interpersonnels importants de cette clientèle. Nous ne ferons donc pas ici un relevé exhaustif de ces difficultés.

Lorsqu'une demande de service visant à corriger ces déficits fut faite à l'automne 93, une réflexion sérieuse s'imposait quant aux besoins spécifiques de la clientèle et au choix de modalités thérapeutiques à privilégier. Les patients évalués présentaient alors des symptômes positifs mal gérés, et ce, malgré la présence d'une lourde médication. De plus, ils semblaient peu motivés dans le traitement et plutôt passifs dans leur demande d'aide. Un groupe d'entraînement aux habiletés sociales, nécessitant un haut niveau d'implication et de bonnes capacités mnésiques, nous apparaissait alors peu susceptible de répondre à leurs capacités d'apprentissage et d'assurer une généralisation dans le quotidien. Il est à noter qu'une généralisation s'effectue dans la mesure où le comportement a de multiples lieux d'exercice et que le processus cognitif est exempt de distorsions cognitives imposantes et limitatives. Des difficultés importantes à résoudre les problèmes du quotidien (interpersonnels ou autres), tout comme la présence de désordres perceptuels et cognitifs mal gérés, apparaissaient comme des besoins à cibler au niveau de l'intervention, et ce, d'autant plus que la réhospitalisation y est largement associée.

Cette réflexion est d'ailleurs appuyée par la littérature qui fait alors état de l'émergence d'une nouvelle génération d'interventions de groupe. Il faut se rappeler que la première génération de techniques d'entraînement aux habiletés sociales visait essentiellement à l'apprentissage d'habiletés de communication verbales et non verbales, subdivisées en plusieurs étapes. Des difficultés de généralisation des apprentissages ont rapidement nécessité l'introduction dans le traitement de stratégies cognitives, visant à recadrer les distorsions perceptuelles liées aux déficits sociaux et aux comportements d'évitement. Les déficits sur le plan interpersonnel sont alors davantage perçus comme étant la conséquence de distorsions cognitives plutôt que d'une piètre qualité de comportement moteur. La deuxième génération d'interventions a donc davantage mis l'accent sur les techniques de résolution de problèmes et sur l'évaluation des conséquences d'un comportement à une situation problématique donnée, plutôt que sur l'apprentissage d'habiletés spécifiques définies au préalable. Une troisième génération d'interventions s'intéresse actuellement aux processus cognitifs dysfonctionnels de la clientèle psychiatrique.

Le traitement proposé ici cherche donc à intégrer les interventions qui, à ce jour, apparaissent comme étant les plus prometteuses et à éviter les pièges

**Rédigé en
1997**

que nos prédécesseurs ont connus.

Modèle clinique

Le modèle d'intervention utilisé consiste en une intégration d'interventions inspirées de l'approche éducative, cognitive et interpersonnelle. Tout comme l'approche éducative, la thérapie de groupe favorise l'apprentissage de stratégies adaptatives face aux stressors du quotidien, et ce, à partir d'un processus de résolution de problèmes. Tout comme l'approche cognitive, la thérapie de groupe utilise largement le questionnement socratique et le "testing empirique" au niveau du recadrage des distorsions. La gestion des symptômes psychotiques y est d'ailleurs largement travaillée. Enfin, tout comme le modèle interpersonnel, la thérapie de groupe encourage les patients à améliorer leurs relations avec les autres à travers les discussions de groupe et les interactions dans le "ici et maintenant".

Toutes les interventions sont exemptes d'interprétations qui génèrent trop d'anxiété chez le patient. Nous n'utilisons que la formulation d'hypothèses susceptibles d'amener le patient à une vérification dans le quotidien. L'hypothèse pouvant être vraie ou fausse, est généralement moins anxiogène pour le patient.

But de la thérapie

La thérapie de groupe vise l'atteinte de plusieurs objectifs à différents niveaux. Dans un premier temps, les interventions visent à offrir du support au patient. Elles consistent à supporter le patient au niveau de la gestion de ses

symptômes et de ses difficultés quotidiennes tout comme à offrir de l'empathie face aux pertes associées à la maladie. La thérapie de groupe cherche donc à briser le sentiment d'isolement. Le patient quitte la session en ayant le sentiment de ne plus être seul à vivre de tels symptômes ou difficultés.

La thérapie de groupe vise également l'apprentissage de stratégies adaptatives face aux symptômes de la maladie. Le patient est appelé à identifier les situations qui activent les symptômes, à recadrer les perceptions distorsionnées et à explorer diverses stratégies alternatives. L'amélioration de l'autocritique face à la maladie y est donc constamment visée.

La thérapie de groupe vise également à améliorer les relations interpersonnelles. La forme interactionnelle du groupe permet non seulement au patient d'explorer les sentiments d'isolement vécus et les solutions possibles aux difficultés relationnelles du quotidien, mais également de nouvelles habiletés de communication dans un environnement sain.

La thérapie de groupe vise aussi à augmenter l'engagement dans le processus thérapeutique. Les interventions visent à augmenter l'autocontrôle des pensées, des sentiments et des comportements et cherchent, par le fait même, à briser la passivité et la dépendance aux intervenants.

La thérapie de groupe permet également d'évaluer l'état du patient. Les observations dans le groupe fournissent des informations précieuses sur les difficultés du patient, sur son répertoire comportemental tout comme sur son état clinique. Les observations hebdomadaires permettent des interventions préventives (sociales, médicales ou autres) et l'évitement, dans certains cas, de la réhospitalisation.

Enfin, de façon générale, la thérapie de groupe vise à espacer les périodes d'hospitalisation ou encore à en réduire la durée. Elle vise également à favoriser la stabilisation du patient, prérequis nécessaire à sa sectorisation.

Processus thérapeutique

Les patients sont appelés à prendre la parole à tour de rôle sur un thème de leur choix. Les perceptions, les émotions et les comportements qui y sont associés font l'objet d'exploration dans le groupe. Les autres participants sont encouragés à

aider le patient à clarifier ce qu'il vit tout comme à explorer différentes alternatives généralement efficaces pour eux-mêmes. Étant donné la présence de symptômes paranoïdes et de comportements d'évitement chez certains patients, le thérapeute peut solliciter directement la participation de certains patients, tant au niveau de ce qu'il vit que de ses opinions face aux confidences des autres participants.

Les patients apprennent donc, en cours de thérapie, par l'exploration des stratégies alternatives expérimentées par d'autres, par le renforcement et la confrontation des pairs (généralement mieux acceptée que ceux des thérapeutes), mais également par l'apprentissage d'habiletés saines de communication à l'intérieur du groupe même.

Rôle du thérapeute

Dans un premier temps, le thérapeute doit créer un environnement sûr et supportant, susceptible de promouvoir la discussion. Il doit donc contrôler le niveau d'anxiété ressenti dans le groupe en évitant certains sujets de discussion ou encore, en réorientant la conversation vers d'autres thèmes moins anxiogènes.

Le thérapeute doit aussi constamment favoriser le "testing" de la réalité par un questionnement socratique menant à une expérimentation empirique dans l'environnement. Les interactions verbales entre les patients tout comme le contact visuel doivent constamment être sollicités.

Le thérapeute se doit également de favoriser la cohésion dans le groupe en faisant ressortir les thématiques communes entre les participants. Il peut, à l'occasion, fournir de l'information lorsque cela s'avère nécessaire (ex.: la maladie, les symptômes, le rôle de la médication, etc.).

Le thérapeute doit également être constamment à l'affût de tout changement de l'état mental du patient. Il se doit d'informer les autres partenaires de l'équipe lorsque l'état du patient le nécessite.

Enfin, l'orchestration du groupe ne peut se faire que par des interventions claires, constantes et concrètes de la part du thérapeute.

Aspects structurels

Le Centre de psychiatrie légale de Montréal offre actuellement deux groupes de thérapie de type résolution de problèmes. La psychothérapie de groupe consiste en une rencontre hebdomadaire d'une durée de 90 minutes entrecoupée d'une pause de 10 minutes. Le nombre optimal de patients dans chaque groupe est de six. Ce nombre permet à tous les patients de s'exprimer à chaque rencontre. Le groupe est ouvert et permet une intégration de patients tout au cours de l'année. La durée du traitement est actuellement variable pour chaque patient. Elle s'avère tributaire de la motivation, des objectifs de traitement et de la capacité d'apprentissage de chacun.

Sélection des patients

La thérapie de groupe s'adresse aux patients qui présentent à la fois une maladie schizophrénique et des difficultés d'adaptation sociale. Le patient doit toutefois être à même de tolérer la présence d'autres patients dans un même local pour toute la période de la thérapie. Le patient peut être activement psychotique dans la mesure où il peut demeurer sur un sujet et qu'il n'est pas trop dérangent pour les autres participants. Les symptômes psychotiques peuvent faire alors l'objet d'exploration et peuvent stimuler la discussion dans le groupe tout comme le testing de la réalité. Les patients

présentant une prépondérance importante aux symptômes négatifs peuvent également être inclus dans le groupe. Le patient peut simplement écouter, dans un premier temps, les confidences des autres patients présentant des problèmes similaires aux siens.

Le groupe doit idéalement présenter une certaine homogénéité tant au niveau de la symptomatologie que du fonctionnement cognitif. Une certaine hétérogénéité dans l'autocritique face à la maladie et dans la capacité à contrôler les symptômes peut toutefois stimuler la discussion et maximiser les possibilités d'apprentissage. Une hétérogénéité de diagnostics, tel que schizophrénie et trouble de la personnalité, ne peut se faire que dans la mesure où les participants sont stables sur le plan symptomatique et que les sujets abordés sont exempts d'anxiété importante. Le thérapeute se doit toutefois alors d'être extrêmement vigilant.

Bilan de la thérapie de groupe

La thérapie de groupe de type résolution de problèmes est offerte au Centre de psychiatrie légale de Montréal depuis plus de trois ans. Quarante-deux patients de la clientèle psychiatrique adulte y furent d'ailleurs référés au cours de cette période. Les patients présentent, pour la plupart, une maladie schizophrénique et sont sous ordonnance de la commission d'examen. La période d'utilisation moyenne de ce service est d'un peu plus d'une année.

Il est actuellement difficile de se prononcer de façon exhaustive sur l'efficacité d'un tel type d'intervention, étant donné l'absence de mesures évaluatives. Néanmoins, les patients se disent satisfaits de ce genre de traitement. Pour un bon nombre, ils se sentent davantage supportés dans le combat qu'ils mènent face à la maladie. Ils y associent d'ailleurs une diminution de leur détresse psychologique et un meilleur fonctionnement social. Les recherches actuellement en cours aux Etats-Unis confirment nos impressions cliniques et la rétroaction des patients. Selon certaines études, ce type de service réduirait les coûts associés aux services médicaux par une diminution des hospitalisations et de leur durée.

Nous pensons que ce type de traitement devrait faire l'objet de réflexions continues et d'améliorations et devrait être appuyé, dans l'avenir, par des mesures évaluatives. Les résultats, à ce stade-ci, nous apparaissent toutefois encourageants.