Document généré le 13 juil. 2025 21:59

Psychiatrie et violence

La psychothérapie de groupe avec les agresseurs sexuels adultes : approche psychodynamique et systémique

M. Tardif

Volume 4, 2004

URI : https://id.erudit.org/iderudit/1074658ar
DOI : https://doi.org/10.7202/1074658ar

Aller au sommaire du numéro

Éditeur(s)

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

ISSN

1702-501X (numérique)

Découvrir la revue

Citer cet article

Tardif, M. (2004). La psychothérapie de groupe avec les agresseurs sexuels adultes : approche psychodynamique et systémique. *Psychiatrie et violence*, *4*. https://doi.org/10.7202/1074658ar

Tous droits réservés © Institut Philippe-Pinel de Montréal, 2003

Ce document est protégé par la loi sur le droit d'auteur. L'utilisation des services d'Érudit (y compris la reproduction) est assujettie à sa politique d'utilisation que vous pouvez consulter en ligne.

https://apropos.erudit.org/fr/usagers/politique-dutilisation/

Cet article est diffusé et préservé par Érudit.

Érudit est un consortium interuniversitaire sans but lucratif composé de l'Université de Montréal, l'Université Laval et l'Université du Québec à Montréal. Il a pour mission la promotion et la valorisation de la recherche.

https://www.erudit.org/fr/

La psychothérapie de groupe avec les agresseurs sexuels adultes : approche psychodynamique et systémique

M. Tardif
Ph. D., Université du Québec à Montréal, Institut Philippe Pinel, Montréal

Qu'il s'agisse du cadre de soins en milieu interne ou externe, le programme de traitement pour les agresseurs sexuels à l'Institut Philippe-Pinel de Montréal comporte plusieurs modalités thérapeutiques se rattachant aux théories behaviorale cognitive ou psychodynamique. À cet égard, les modalités d'intervention de prévention de la rechute, de l'apprentissage des habiletés sociales, des groupes de maintien côtoient des thérapies individuelles et de groupe d'orientation psychodynamique. Dans le contexte de l'exposé, nous aborderons dans un premier temps certaines considérations liées à ce cadre particulier de soins et de clientèle. Par la suite, les fondements théoriques nous amenant à recourir aux approches psychodynamique et systémique sont développés. Les particularités de la thérapie de groupe par rapport à la thérapie individuelle sont aussi discutées. Finalement, les principaux axes d'intervention et d'analyse liés à la thérapie de groupe sont abordés. Il s'agit de l'évolution des liens affectifs, des enjeux de pouvoir et de contrôle et du travail du symptôme sexuel.

Cadre thérapeutique

La thérapie de groupe est offerte à différents types d'agresseurs sexuels, la plupart d'entre eux ayant fait l'objet de procédures judiciaires. Étant donné qu'il s'agit d'une modalité thérapeutique exigeant la participation active au travail du groupe, les sujets sont évalués en fonction de leurs capacités à se mobiliser en cours de traitement. Cette disposition personnelle des individus est alors prise en compte lors de la composition du groupe. Cela vise à préserver les objectifs thérapeutiques de l'individu à travers un processus groupal consistant à développer une relation avec les autres participants et les thérapeutes. Ainsi, l'on trouve dans un même groupe de thérapie des exhibitionnistes, des pédophiles, des violeurs, etc. Bien que le niveau de sévérité de la pathologie sexuelle et non sexuelle varie d'un individu à l'autre, l'on évite d'alourdir la dynamique du groupe en limitant à un ou deux les cas particulièrement difficiles. En effet, il faut bien évaluer la capacité de l'ensemble des participants non seulement à intervenir avec ce type de patients, mais aussi à le faire de façon appropriée. Le groupe de thérapie se compose de 7 à 9 patients se reconnaissant aux prises avec une problématique de déviance sexuelle. Il s'agit d'un groupe ouvert où des patients plus ou moins rompus au travail de groupe côtoient de nouveaux patients. L'avantage de ce type de groupe permet de préserver un noyau de patients plus expérimentés, ce qui réduit l'ampleur des résistances tout en favorisant un travail plus approfondi du matériel clinique. Chaque semaine, la séance de groupe dure une heure et demie, ce qui laisse à deux patients le temps d'aborder leur matériel.

Avant d'être introduit dans le groupe, chaque patient est avisé que le respect de la confidentialité sera levé s'il fournit son autorisation écrite afin que des informations soient fournies à des tiers ou encore lorsqu'il s'agit du seul moyen d'éviter qu'il commette une autre agression sexuelle. Dans ce dernier cas, il ne saurait être question d'accorder préséance à la confidentialité, en particulier en ce qui concerne la protection des enfants. Les participants et les thérapeutes ayant participé à ces groupes de thérapie n'ont pas eu à régler de problèmes particuliers en regard de la confidentialité. Cependant, les caractéristiques de ce cadre de soins font en sorte que les participants ont des contacts entre eux en dehors du groupe de thérapie. En effet, certains participants résident dans les mêmes lieux sécuritaires ou encore se retrouvent dans la même unité de soin à l'Institut Pinel. Il est arrivé, à l'occasion, que nous ayons eu à résoudre des problématiques de résistance groupale telles que ne plus apporter de matériel pertinent au groupe ou encore d'en discuter avec des membres du groupe avant la séance. Dans d'autres circonstances, deux participants qui établissaient une relation en dehors du groupe de thérapie pouvaient avoir une pathologie complémentaire. À ce chapitre, il s'agissait la plupart du temps d'une problématique axée sur la sexualité. Le travail de ce

type de matériel se fait toujours en groupe en maintenant un principe d'ouverture et de dévoilement de tout matériel pertinent. L'application de la règle habituelle de la non-fréquentation en dehors des séances étant inapplicable, et propre à être trangressée de multiples façons, nous a incité à procéder de la sorte.

Approches dynamique et systémique

La décision d'articuler deux approches théoriques dans un modèle d'intervention de groupe repose sur la complémentarité des niveaux d'analyse des processus groupaux et individuels afin d'y assortir des interventions spécifiques. Ainsi, la théorie psychodynamique est axée presque essentiellement sur les aspects intrapsychiques et relationels intimes. En contrepartie, la thérapie de groupe offre aussi la possibilité de faire des apprentissages par le biais d'un processus de socialisation en rendant incontournable l'existence des autres patients. La possibilité de travailler parallèlement l'évolution individuelle et celle du groupe est alors mise de l'avant. L'approche systémique favorise ainsi un niveau d'interventions qui maximise l'utilisation du groupe tel un agent thérapeutique.

Sélection des participants

Le processus de sélection des participants ne doit pas s'appuyer strictement sur leur motivation au traitement. En effet, l'abuseur sexuel se présente habituellement au groupe d'abord pour répondre à des conditions légales et, jusqu'à un certain point, pour éviter l'émergence du symptôme sexuel et soulager certaines zones de souffrance dans sa vie. Les critères usuels de sélection consistent à écarter les délinquants psychotiques, déficients mentaux ou ayant des troubles organiques. Certains patients qui présentent des déficits trop importants de l'estime de soi, la présence de traits paranoïdes ou encore l'émergence d'un épisode dépressif ne peuvent bénéficier de cette modalité thérapeutique, à tout le moins en première instance.

Avantages du groupe de thérapie

D'entrée de jeu, l'abuseur sexuel est sollicité à sortir de l'univers secret qui entoure sa problématique de déviance sexuelle en constatant le travail effectué par les autres patients du groupe. Advenant un refus de travailler la problématique sexuelle, l'agresseur est alors confronté par ceux qui ont déjà admis leur comportement sexuel déviant. Habituellement, la confrontation provenant des autres participants est plus directe et mieux acceptée que celle du thérapeute représentant une figure d'autorité. Bien que certains d'entre eux se sentent plus menacés, le soulagement que procure le fait de se reconnaître dans la problématique de l'autre vient faire contrepoids.

La thérapie de groupe favorise aussi un travail des capacités à socialiser en sortant l'abuseur sexuel de l'isolement social où il se trouve et lui offre la possibilité d'établir un dialogue avec les autres participants et les thérapeutes. De plus, les progrès thérapeutiques réalisés par les autres aident le nouveau patient à trouver des sources nouvelles de motivation ou à approfondir sa motivation initiale.

Des résultats thérapeutiques valables ont été obtenus avec des abuseurs qui présentent des déficits du Moi, des troubles du caractère, des traits oraux ou narcissiques. En effet, le groupe peut faire évoluer ces patients parce qu'il impose des limites au désir d'une relation fusionnelle avec le thérapeute et les oblige à tenir compte de l'existence de l'autre. Progressivement, chacun des membres du groupe est appelé à mobiliser ses fonctions du Moi afin de gérer ses frustrations, ses anxiétés, son évitement de l'autre et sa tendance à recourir tant au symptôme sexuel qu'au passage à l'acte de façon générale pour résoudre ses conflits. De plus, cette modalité thérapeutique dilue l'intensité des réactions de transfert, ce qui rend le processus thérapeutique tolérable à certains patients qui auraient peine à soutenir l'intimité d'une thérapie individuelle.

Limites de la thérapie de groupe

Les limites inhérentes à la thérapie de groupe avec les abuseurs sexuels doivent être prises en compte. En premier lieu, la tendance à pervertir le processus thérapeutique se joue lorsque le matériel se rapportant au symptôme sexuel est récupéré et utilisé par un patient pour stimuler et diversifier sa production de fantasmes sexuels déviants. Il peut aussi arriver qu'un patient parle de son symptôme sexuel de façon complaisante sur un mode exhibitionniste voyeur, la parole faisant alors office de passage à l'acte. Bien que ces manifestations fassent partie du processus thérapeutique de groupe et que des interprétations appropriées soient effectuées, il demeure possible que l'ampleur du phénomène conduise le groupe à l'impasse. En effet, le phénomène de contagion émotionnelle peut survenir et pervertir le processus thérapeutique. Le clinicien tente alors de rétablir le processus thérapeutique en interprétant la dimension perverse et en réévaluant les dispositions des patients les plus vulnérables à contrer les effets pervers. Pour les cas extrêmes, le suivi de certains patients sera orienté vers d'autres modalités.

Lors de la sélection des patients pour la thérapie de groupe, le clinicien vérifie si le participant éventuel traverse une phase dépressive, ce qui requiert un suivi plus étroit des risques suicidaires et des interventions de soutien. Les délinquants sexuels se montrent peu empathiques et font preuve d'une tolérance limitée aux affects plus dépressifs. Habituellement, les éléments dépressifs chez le délinquant sexuel sont reliés aux pertes entraînées par le dévoilement du délit et la mise en marche des procédures judiciaires. Cette phase dépressive se résorbe assez rapidement au cours d'un accompagnement thérapeutique individuel. Par la suite, le patient est intégré à la thérapie de

groupe.
Un suivi thérapeutique individuel est aussi réservé aux patients qui sont aux prises avec des traits paranoïdes trop importants. Par ailleurs, des entrevues individuelles sont aussi proposées lorsqu'un patient traverse une situation de crise nécessitant un encadrement thérapeutique plus étroit. Dans ce cas, le patient maintient sa participation au groupe de thérapie.

Le travail clinique effectué en psychothérapie de groupe s'adresse de façon privilégiée aux forces du Moi et connaît, en raison de la capacité d'introspection du groupe, des limites dans la résolution des conflits intrapsychiques. La fonction interprétative porte donc habituellement sur le prototype relationnel actuel ainsi que sur les éléments phénoménologiques des zones problématiques.

Travail des résistances

La pression exercée par les mesures légales concernant une condition de suivi thérapeutique n'est pas étrangère à l'ampleur des résistances que nous rencontrons avec ce type de clientèle. Les abuseurs sexuels manifestent de façon diversifiée des résistances au suivi thérapeutique de groupe. Ainsi, bien que certains d'entre eux demandent à être suivis, ils tentent de se soustraire à cette condition légale en s'absentant ou en se présentant en retard afin de se réserver un rôle d'observateur. Il apparaît aussi difficile aux participants de se reconnaître "abuseur sexuel" au même titre que les autres participants. Au début de son intégration dans le groupe, un patient peut entretenir les autres exclusivement des événements traumatiques dont il se dit victime. Qu'il s'agisse d'un trauma réel ou construit, ces propos font souvent office de souvenirs écrans. Le désir de garder les échanges à un niveau superficiel se manifeste par le rapport d'événements circonstanciels ou encore le fait d'aborder uniquement une zone problématique plus ou moins associée afin d'écarter le travail de la problématique sexuelle. L'anticipation de bénéfices secondaires en ce qui regarde les conditions de visite d'un enfant et le désir de préserver une relation de couple sous-tendent des attitudes de pseudo-motivation ou de conformisme.

D'autres manifestations de résistances peuvent découler de sentiments hostiles envers autrui. Par exemple, il s'agit d'une attitude égocentrique où le patient ramène constamment le discours de l'autre à ses propres préoccupations, se montrant incapable d'accepter l'existence des autres. Chez certains, des attitudes de contre-dépendance se profilent derrière des affirmations d'autosuffisance et d'un refus des interventions provenant de tiers. Finalement, des propos chargés d'hostilité ont souvent pour effet de mettre les autres à distance en tentant de figer ainsi les échanges. Il faut inclure dans le registre de ces interventions des tentatives visant à modifier et compromettre le processus thérapeutique. Selon la théorie générale des systèmes, il est alors nécessaire de concevoir que ce symptôme sert à la stabilité ou à une fonction du système groupe.

Axes d'intervention

Évolution des liens affectifs

La sphère relationnelle demeure un axe privilégié d'intervention dans la thérapie de groupe. Le développement de liens affectifs, que l'on pourrait qualifier de primaires, demeure essentiel. Au premier chef, des interventions et des interprétations visant à favoriser l'acceptation de l'altérité sont ciblées. La capacité à tolérer l'autre dans ses différences est nécessaire afin d'aider les patients à résoudre les éléments de conflits suscités par les échanges dans le groupe ou ceux provenant du monde extérieur. La majorité des abuseurs sexuels font état d'une histoire familiale où les déficits des mécanismes d'identification sont attribuables à l'absence de modèle valable d'identification. À leur entrée dans le groupe, ils sont peu enclins à se rallier aux autres et à créer un sentiment d'appartenance. Toutefois, un patient pourra chercher à se rapprocher de tel autre sur la base d'éléments projectifs ou de séduction. Bien que comportant de grandes limites, ce désir relationnel offre pourtant un appui à l'établissement de liens privilégiés plus matures. En effet, le fait de se reconnaître dans l'autre et de pouvoir lui témoigner de l'empathie représente souvent pour la plupart d'entre eux un niveau d'intimité qu'ils atteignent rarement dans leur vie quotidienne. Certains échanges ne manquent pas de susciter des sentiments ambivalents qu'ils doivent apprendre à gérer afin de préserver le lien. Ainsi, ils parviennent à une perception plus nuancée d'autrui tout en développant des relations plus matures. À la fin de sa thérapie, le patient se voit confronter à la séparation. Des patients qui ont réussi à investir le groupe seront accompagnés lors de la fin de leur thérapie. Pour d'autres, incapables d'y faire face, la fin de la thérapie est escamotée par un arrêt prématuré. Toutefois, il arrive plus fréquemment que l'alliance thérapeutique ait suiffisamment d'ancrage pour inciter le patient à consulter s'il se sent de nouveau vulnérable et incapable de gérer la situation.

Enjeux de pouvoir, de contrôle et de leadership

Au cœur même de toute problématique sexuelle se profilent des enjeux de pouvoir et de contrôle. Lorsque le groupe en est à ses premières étapes de maturation, les participants ne s'intéressent qu'au pouvoir du thérapeute perçu de façon menaçante. Cette perception suscite chez certains l'envie du pouvoir du thérapeute. Chez d'autres, elle suscite le désir de détruire ce pouvoir ou de le neutraliser. Il ne faut pas oublier que, de façon symbolique ou réelle, tout délit sexuel comporte un désir de contrôle sur la victime, l'objectif étant de trouver un exutoire aux senti-

ments d'impuissance engendrés par les situations de la vie quotidienne ou encore de rechercher une excitation en agressant une victime.

La notion de domination qui est rattachée au pouvoir compromet l'établissement d'un pouvoir plus socialisé par une saine compétition entre les participants, l'exercice des influences ou l'émergence d'un leadership. L'établissement du leadership est donc soutenu par un apprentissage de socialisation qui doit être mis au premier plan lors des échanges. Ainsi, le développement de la capacité à tolérer une certaine rivalité entre les pairs fait l'objet d'interventions spécifiques où l'expression des divergences demeure possible sans toutefois verser dans l'attaque hostile. Au cours de ce processus, des participants tenteront de s'octroyer avec plus ou moins d'habileté un statut particulier dans le groupe. Une fois encore, la non-acceptation de l'existence des autres et le manque d'appui à la requête de certains participants ne manquent pas de soulever des phénomènes groupaux très chargés émotivement. Avec les délinquants sexuels, l'intensification des pulsions agressives au sein du groupe se lie souvent au désir de dominer l'autre. Étant donné la nature sexuelle et agressive de la problématique, il n'est pas surprenant d'observer une sexualisation du pouvoir. En effet, la notion de l'intrication des pulsions sexuelles et agressives constitue la pierre angulaire de tout délit sexuel et offre en cela une voie privilégiée au travail d'interprétation et de perlaboration. Progressivement, il y a une reconnaissance du pouvoir du clinicien par les participants. En contrepartie, le clinicien favorise l'expression adéquate des tentatives d'influencer les autres ou le processus afin de parvenir à l'établissement d'une hiérarchie du pouvoir partagé avec les participants.

Travail clinique des symptômes sexuels déviants

En premier lieu, le clinicien doit conduire les séances de groupe de façon à favoriser la reconnaissance de la problématique sexuelle de chacun des membres. À ce titre, il doit surmonter les obstacles à la communication en aidant les participants à moduler le recours à la projection, les préoccupations narcissiques, l'identification massive à l'autre et le fait de court-circuiter l'exploration en édictant des conseils. Afin de reconnaître sa problématique sexuelle, le patient doit augmenter sa capacité d'écoute tout en étant en mesure de supporter l'atteinte narcissique que cela comporte. Le travail du clinicien s'exercera donc, entre autres, sur les fonctions défensives de chacun d'entre eux. À cet égard, les verbalisations visant à démontrer qu'ils ont été victimes de quelqu'un ou de quelque chose, à intimider les autres par l'expression directe ou indirecte d'hostilité ou à attribuer la responsabilité de leur problème au monde extérieur constituent les manifestations les plus courantes des fonctions défensives.

Le travail clinique des symptômes sexuels déviants comporte deux niveaux d'intervention sur les éléments fondamentaux de l'agressivité, du pouvoir et de la sexualité : d'une part, les éléments phénoménologiques qui y sont associés et, d'autre part, les éléments d'interprétation symbolique. Étant donné que les abuseurs sexuels se situent habituellement dans le registre de la pensée concrète, le travail du groupe porte davantage sur les éléments phénoménologiques. La reconnaissance d'une problématique sexuelle commune entre les participants les enjoint à interagir, l'objectif étant de poser des questions pour amorcer un début d'exploration et viser une meilleure compréhension de la problématique sexuelle de chacun. À ce stade, le groupe s'interroge sur les aspects phénoménologiques entourant le passage à l'acte sexuel. Les participants au groupe de psychothérapie sont aptes à reconnaître les enjeux motivationnels liés au délit, tel un exutoire aux frustrations, à la solitude, aux blessures narcissiques, aux pertes et aux échecs. Certaines interventions provenant des autres participants font état de la structuration progressive de la problématique sexuelle et des éléments de perversion en s'appuyant sur l'histoire personnelle de l'individu. Finalement, les problèmes à investir les relations, à dénouer des relations pathologiques ou conflictuelles, à établir des relations interpersonnelles stables et à vivre une intimité affective et sexuelle avec un partenaire adulte sont identifiés et interprétés au patient qui en vient à dégager son prototype relationnel.

Les mêmes éléments du symptôme — l'agressivité, le pouvoir et la sexualité — font l'objet d'un travail d'interprétation de la part du thérapeute, en particulier lorsque ceux-ci sont en lien avec des enjeux intrapsychiques. Ce niveau de travail clinique s'avère inaccessible aux participants du groupe en raison des dimensions symboliques et hautement personnalisées qui sont en cause. En effet, le même symptôme ou le même acte sexuel peut masquer des fonctions et des significations différentes d'un individu à l'autre. Afin de se sortir d'une impasse à l'exploration, le thérapeute doit raccorder au moment opportun la réalité externe du symptôme à la réalité interne des fantasmes et des enjeux psychiques. Les thèmes psychiques suivants ont donc été identifiés tels des facteurs déterminants au travail d'interprétation du symptôme : le maintien du secret, une relation d'objet partiel, le contrôle masqué de la victime, une expression hostile, une excitation sexualisée liée à la transgression des interdits et la mise en scène d'une réalité illusoire (omnipotence, bisexualité et posséder un enfant). Cependant, l'omission et le maintien du secret ajoute au sentiment de contrôle de l'abuseur en lui donnant la liberté de dévoiler certains éléments qu'il est le seul à connaître. Une telle manifestation de résistances au travail de la problématique doit faire l'objet d'interventions en sollicitant les forces du Moi de l'individu. En contrepartie, le rôle symbolisé des figures parentales, ainsi que celui de la victime dans la scène du délit, sont souvent méconnus. Ce matériel doit donc être analysé en tentant

d'identifier et de comprendre les déterminismes de ce choix d'objet. Outre la dimension du contrôle sur la victime, l'abuseur sexuel introduit l'un ou l'autre de ces enjeux relationnels, soit le dénigrement de la victime ou, au contraire, une identification massive et idéalisée. Le recours à la réalité illusoire et symbolique transposée par le délit constitue alors un expédient pour triompher des souffrances du passé. Comme nous l'avons déjà mentionné, le clinicien exerce son jugement clinique afin de déterminer le niveau d'interprétation à effectuer pour chacun des patients en prenant en compte les limites inhérentes à cette modalité thérapeutique. Un patient ayant besoin d'un travail d'interprétation plus approfondi se voit alors offrir un suivi thérapeutique individuel.

Rôle du clinicien

L'établissement du cadre thérapeutique de groupe exige que le clinicien maintienne une certaine distance avec le groupe afin d'aider les participants à devenir des agents thérapeutiques actifs et efficaces. L'interaction entre les membres est donc privilégiée en évitant la polarisation des échanges avec le clinicien ou un autre participant. La sollicitation de tel individu est aussi requise afin de surmonter sa tendance à l'évitement de la relation et de favoriser une collaboration active au travail d'exploration. Bien que le clinicien doive être actif lorsque la situation l'exige, il laisse au groupe une autonomie suffisante. Progressivement, le groupe améliore son processus de communication et sa capacité à travailler cliniquement les zones problématiques et, en particulier, les symptômes sexuels. Cela implique que le rôle du clinicien se module en fonction de l'interaction entre un individu et le groupe et parfois entre le clinicien et le groupe. Lorsque le travail du groupe ne s'effectue pas normalement, régresse ou stagne, il faut interpréter les résistances et responsabiliser le groupe relativement à la thérapie. Tout au long de ce processus, il demeure important que la valeur accordée par le clinicien à la recherche de sens envers les comportements de chacun, et au travail de liaison que cela sous-tend, soit perçue par tous.

Conclusion

Les avantages de la psychothérapie de groupe avec les abuseurs sexuels reposent sur l'efficacité de la modalité à contrer la faible motivation au traitement, l'incapacité à tolérer l'anxiété et la dimension syntone des symptômes sexuels. De façon privilégiée, cette modalité thérapeutique offre la possibilité de travailler les relations interpersonnelles. Les buts thérapeutiques s'avèrent multiples et doivent cibler non seulement la problématique sexuelle, mais aussi les relations conflictuelles et les zones de souffrance dans leur vie. Une attention particulière est portée aux limites inhérentes à cette modalité thérapeutique afin d'en préserver le caractère thérapeutique.

Un canevas d'analyses, construit à partir des approches psychanalytique et systémique, potentialise les effets thérapeutiques de la psychothérapie en groupe. Ce modèle conceptuel incite le clinicien à conduire les séances de façon à ce que les participants deviennent plus engagés et actifs en devenant des agents thérapeutiques. Bien que des résistances tant individuelles que groupales ne manquent pas de se manifester tout au long du processus, il demeure possible de moduler les interventions à partir de trois axes d'analyse : l'évolution des liens affectifs, les enjeux de contrôle, de pouvoir, de leadership et les symptômes sexuels déviants. Le travail d'exploration des zones problématiques et des éléments phénoménologiques revient en bonne partie au groupe, alors que le travail de liaison et d'interprétation entre le passé, la problématique sexuelle et la situation actuelle est habituellement dévolu au clinicien.

Bibliographie

• Bormann E.G. *Discussion and group methods, theory and practice*. New York, Harper & Row, 2e éd., 1975.
• Costell R., Yalom I. "Institutional group therapy" in Resnik H.P.L., Wolfgang M.E. (dir.), *Sexual behaviours : Social, clinical and legal aspects*, Boston, Lille, Brown, 1972, p. 305-330.
• Durkin H. *Le groupe en profondeur. Source et analyse des thérapies de groupe*. Paris, Épi, 1973.
• Elkaïm M. *Si tu m'aimes, ne m'aime pas*. Seuil, Paris, 2001.
• Fram D.H. *Group methods in the treatment of substance abusers*. Psychiatric Annals, 1990 ; 20 (7) : 385-388.
• Marshall W.L. *Intimacy, loliness and sexual offenders*. Behaviour Research and Therapy, 1989 ; 27 (5) : 491-503.
• Pedigo J.M., Singer B. *Group process development. A psychoanalytic view*. Small Group Behavior, 1982 ; 13 (4) : 496-517.
• Resnik H.L.P., Peters J.J. *Outpatient group therapy with convicted pedophiles*. International Journal of Group Psychotherapy, 1967 ; 17 : 151-158.
• Roether H.A., Peters J.J. *Cohesiveness and hostility in group psychotherapy*. American Journal of Psychiatry, 1972 ; 128 (8) : 128-131.
• Tardif M. "Les thérapies psychodynamiques. La psychothérapie individuelle" in Aubut J. (dir.), *Les agresseurs sexuels. Théorie, évaluation et traitement*, Montréal, éd. de la Chenelière, 1993, p. 155-175.
• Tardif M. "Les thérapies psychodynamiques. La psychothérapie de groupe" in Aubut J. (dir.), *Les agresseurs sexuels. Théorie, évaluation, traitement*, Montréal, éd. de la Chenelière, 1993, p. 176-205.
• Von Bertalanffy L. *Théorie générale des systèmes*. Paris, Dunod, 1973. ■