
Et si la récurrence pouvait permettre une évolution psychique ?

Alain HARRAULT

Claudette HUGON

Isabelle VIGNAUD

Unité fonctionnelle TAAGS – Service du Dr A. RAULT

C.H.G. de NIORT – Secteur III -

40 Av. Ch. de Gaulle 79021 NIORT Cedex.

taags@ch-niort.fr

Résumé :

Parler de la récurrence de patients que l'on a ou que l'on a eu en soin est un sujet embarrassant voir tabou. La tendance est d'éviter le sujet ou de décréter que ce n'est pas le problème des thérapeutes

Si on veut rester soignant, ne pas rester sidéré face à ces questions et parvenir à les penser, il nous semble important d'interroger la récurrence dans une dimension transférentielle. Ce moment peut alors s'avérer décisif dans l'évolution du patient.

Pour étudier cette question nous présenterons notre compréhension du fonctionnement psychique de ces patients ainsi que les principes de notre dispositif de soin. En effet, nous considérons que:

- Les patients agissent en nous et dans le dispositif ce qui pour eux est irréprésentable,
- Nous avons alors à supporter et transformer ces agirs Le travail en groupe de soignants favorise cette élaboration. On peut nous semble-t-il assimiler ce temps au travail de passivation dont parle A.Green et B. Penot. Il ne s'agit pas d'interpréter mais de laisser advenir les effets de ces transformations au sein de la relation.
- Pour que le patient puisse s'approprier ces modifications de la relation, s'interroger sur ses agirs et les symboliser, il devra éprouver la continuité du lien et notre soutien narcissique.

Nous interrogerons l'évènement récurrence dans ses liens avec l'histoire du sujet et comme un évènement survenant dans le déroulement des soins. L'agir vient là comme une tentative pour rétablir le sentiment d'existence face à la répétition de traumatismes précoces graves. En tant que soignants, nous avons à nous questionner sur ce qui se travaillait à ce moment là des soins et sur les éléments transférentiels qui circulaient dans le dispositif ?

Nous aurons à supporter et transformer ces agirs afin de permettre aux patients d'expérimenter la continuité du lien psychique et de différencier rupture et séparation. Un espace pourra ainsi se créer où le travail de subjectivation pourra se déployer. Nous nous éloignons ainsi d'une attitude de contention sécuritaire pour aller vers une attitude de contenance psychique condition pour l'émergence d'un sujet.

Plusieurs vignettes cliniques nous permettrons d'illustrer cet exposé et de montrer les conséquences d'une telle approche sur la structuration du dispositif de soin.

Mots-clés: Récurrence, Auteurs de violences sexuelles, thérapeutique, fonctionnement psychique.

Parler de la récurrence de patients que l'on a eu en soin est un sujet embarrassant voir tabou. Habituellement, selon la position qu'occupe notre interlocuteur, nous observons différentes attitudes que l'on peut schématiser ainsi:

* Du point de vue social, la récurrence est vécue comme un échec, avec une (des) victime(s) supplémentaire(s) et un coût social élevé. En même temps elle alimente la représentation de l'auteur d'agression sexuelle comme monstre.

* Du point de vue des soignants : soit ils proclament que la récurrence ne les concerne pas... soit ils la vivent eux aussi comme un échec personnel.

Ces réactions nous semblent réductrices au regard des observations cliniques. Ne constituent elles pas une externalisation clivée d'un conflit du sujet ?

La récurrence nous semble avoir aussi un coût psychologique pour l'auteur.

Dès lors, est-il possible pour le soignant d'interroger la récurrence au regard du fonctionnement psychique du patient ? La répétition des actes couplée à l'intervention de la justice peut-elle constituer une étape dans le processus de subjectivation de ces patients ? Et, si oui, à quelles conditions ?

Les AVS ne constituent pas une entité psychopathologique et il n'existe pas un profil type. Mais nous pouvons cependant retrouver des traits de fonctionnement communs.

Nous faisons, avec A Ciavaldini, l'hypothèse qu'un trouble du lien maternel primaire a empêché que la différenciation puisse être supportable et structurante, au moins dans une partie importante de la psyché. Ainsi des espaces traumatiques sont restés enclavés. Et au niveau défensif on trouve des éléments défensifs comme le déni, l'emprise, l'affrontement, le recours à l'acte, la somatisation... Ce qui fait dire à R. Roussillon. « la psyché tente de lier de manière non symbolique ou non tout à fait symbolique, les excitations potentiellement désorganisatrices » (cf. R Roussillon).

Le transfert ne peut s'articuler autour du fantasme comme c'est le cas avec des patients névrotiques. Le plus souvent, il consiste en « un déterminisme induit dans l'autre » qui commence par « court-circuiter le préconscient du thérapeute le plus expérimenté ». B Penot parle, alors, de transfert subjectal: "le seul à même de permettre un travail de subjectivation de ce qui était resté à l'état traumatique dans l'enfance et se répète à travers la compulsion de répétition". A travers la répétition des actes quelque chose du réel insiste et se propose ainsi à la symbolisation.

C'est avec ces questionnements et ces hypothèses que nous vous présentons maintenant deux vignettes cliniques de patients en situation de récurrence.

Il est à noter qu'une des thérapeutes de l'équipe de soins de secteur de psychiatrie intervient aussi en milieu carcéral. Un lien a donc pu facilement être fait entre les soins psychologiques à l'extérieur et les soins à l'intérieur de la maison d'arrêt.

CAS CLINIQUES

M.C:

Mr C est vu la première fois en 95 par l'une d'entre nous qui le présente ainsi:

Il s'assoit les épaules voûtées. Le handicap intellectuel paraît important. Il ne me regarde pas vraiment, il semble s'abriter derrière ses lunettes épaisses. Il me paraît inatteignable. Cependant, peu à peu il parvient à évoquer des épisodes de son histoire. Très vite, viennent des moments sordides de misère et de violence. J'ai l'impression d'une succession de scènes.

Il parle beaucoup de décès. Il en parle sans paraître affecté mais comme s'il allait être emporté avec. Il peut évoquer petit à petit ses terreurs - toujours sans me regarder...

Au niveau transférentiel, je suis partagée entre des moments d'agacement : M. C. nie ressentir une attirance pour les enfants, (celle-ci est pourtant manifeste dans son discours) ; et des moments d'empathie en rapport avec le désarroi dans lequel je le sens, notamment lorsqu'il parle de son histoire.

J'ai l'impression d'avoir, face à moi, un petit garçon à apprivoiser.

Il est accusé d'agressions sexuelles sur un garçon de 11-12 ans. Il ne nie pas les faits mais nie toute attirance sexuelle envers les enfants. "Il ne comprend pas ce qui s'est passé, mais ça ne se reproduira plus. Il a compris, il en est sûr. Il ne veut pas retourner en prison".

Lors de la 2^{ème} incarcération, je revois M.C : il me dit bonjour puis se tait. Je lui demande comment il va. Il ne répond pas.

Un silence s'installe. Puis il dit : "j'ai recommencé". Il poursuit : "dès que je suis sorti de prison, je savais que ça allait recommencer". Peu après il évoque avoir été violé à l'âge de 5 ans dans un foyer. La phrase semble plaquée. Il change de sujet. Il me regarde, il se tient moins voûté et précise : « je suis resté à peine 9 mois dehors ». Il m'explique qu'il était sous OS et qu'il a été suivi au Secteur III[1]. Il a vu deux soignants de l'équipe Il les nomme.

Après évaluation, ils lui ont proposé de participer à un groupe de parole. Il a accepté mais il n'y est pas allé « pourtant le courant passait bien » mais il a « peur des autres ». Il insiste « tant que je ne me ferai pas soigner, ça continuera ». Cependant, en fin de cet entretien il ne sait pas s'il veut des soins en prison. M.C semble attendre des soins une protection contre ses pulsions mais en prison il en perçoit moins l'utilité.

Trois semaines plus tard, il demande des entretiens réguliers. Il se plaint de ne « pas savoir dire non aux autres ». Cette phrase revient souvent. Il reconnaît son attirance pour les enfants pré-adolescents. Il explique rechercher leur présence car celle-ci l'apaise. Dans son discours les événements décrits sont liés entre eux.

Il reparle de ce qu'il a vécu. C'était des plus grands qui l'ont violé, ils étaient plusieurs. Ça a duré pendant longtemps avant que les adultes s'en aperçoivent. Lui n'en avait pas parlé. « Ça n'est pas passé par la justice ». Il a vu un psy.

Suit une période où M.C se laisse aller sur le plan physique. Des envies de suicides apparaissent massivement par moment.

Cependant de plus en plus il parvient à mettre des mots sur ce qui se passe à l'intérieur, on observe moins de moments de sidération. Il peut montrer mais aussi nommer sa violence, son agacement, son énervement... Je découvre aussi ses capacités à penser, je ne le ressens plus comme limité intellectuellement. Je trouve qu'il s'est mis au travail mais je ressens l'intensité de l'énergie nécessaire à sa survie. Je suis saisie par l'aspect sans issue qu'il a réussi à me faire éprouver. Il semble s'accrocher à moi pour ne pas sombrer. C'est lourd, j'en parle à l'équipe de l'UCSA. A l'inverse, celle-ci le perçoit plutôt solide mais n'a pas le sentiment qu'il évolue.

A sa sortie de prison, il revient au secteur III.

Lors de l'évaluation, il nous demande de l'aider. "Il a peur de recommencer, il a besoin de soins". Il se sent en insécurité dehors. Il attend des soins une protection magique.

Une partie de l'équipe pense qu'aucun travail n'est possible et ressent un profond découragement. L'autre partie perçoit des possibilités d'évolution. Nous lui proposons un suivi en groupe de photolangage et des réunions triangulaires. Il investit ces espaces. Dans les 2 lieux, il rapporte des épisodes où il a des difficultés à se positionner par rapport aux autres.

En groupe, il est question de sa voisine à qui il a rendu service une fois et qui maintenant l'envahit de demande de bricolage. Alors, il fait semblant de ne pas être là, mais « ne parvient pas à dire non ».

Lors d'une réunion triangulaire le C.I.P. évoque l'épisode suivant : M.C avait fait part de son désir de ne plus fréquenter un individu "qui le collait" (il voulait même déménager pour ne plus être importuné par cet individu). Or le C.I.P les a croisé ensemble récemment.

Alors M.C explique que ce jour là il essayait de se débarrasser de cette personne mais n'y est pas parvenu. Il avait d'abord prétexté un rendez-vous avec son C.I.P à son bureau puis à l'hôpital, mais sans résultat. Quand il a croisé le C.I.P il n'a rien pu lui dire ni même rien pu faire. Il l'a seulement regardé d'un air suppliant.

Ainsi M.C montre son malaise sans pouvoir le verbaliser. Il attend que l'autre comprenne et agisse. Si nous le soutenons il parvient à se questionner sur cette incapacité à se positionner et sur son évitement. Mais nous ne parvenons pas à mesurer l'ampleur de son malaise.

Peu de temps après cet épisode nous apprenons qu'il est incarcéré.

Il rencontre à nouveau l'une d'entre nous: *Un silence et des regards en début d'entretien après l'échange de bonjour. Puis, il dit « j'ai recommencé ». Suit un grand silence. Moi-même je ne parviens pas à penser. Peu à peu, au cours des entretiens qui suivent, je m'aperçois que, dans cette phrase, sont condensés plusieurs aspects clefs.*

Il reprend la même formule pour :

- parler de sa répétition d'actes d'agression sexuelle sur mineur, bien sûr, même si cette fois la victime est une petite fille de seulement 2 ans (avant, les victimes étaient des garçons pré-pubères),
- pour évoquer l'apaisement qu'il ressent quand l'enfant était contre lui. Il pourra évoquer la chaleur, la vie ;
- pour parler de son incapacité à dire non;
- pour signifier la persistance du vide qui l'aspire quand il est seul.

Cette phrase, avait déjà été prononcée lors de la 2^{ème} rencontre en prison mais, alors, nous n'avions pas pu aller au-delà. Dans cette formulation ce n'est que progressivement que le « je » a pu apparaître comme tel. Avant M. était à la fois ce qu'il subissait et ce qu'il agissait.

M.V

-

Il prend contact une première fois à l'hôpital. Il a été condamné pour agression sexuelle avec menace sur mineur. Il se présente comme un grand adolescent un peu rond. Il explique avoir « pété un câble ».

Après évaluation, il accepte de participer à un groupe de parole et à des réunions triangulaires. Il dit ne plus vouloir recommencer.

En groupe, on s'aperçoit que pour lui le silence est menaçant mais prendre la parole l'est aussi. Il réussit à trouver des alliances. Il prend le rôle de leader. Il teste le cadre régulièrement, absences, retards. Il ne respecte pas les règles. On ressent une position de défi vis-à-vis du thérapeute homme.

La réunion triangulaire est difficile, il dit ne pas comprendre, pourquoi on l'oblige à venir. Son

rapport aux soins semble surtout dans le registre de l'affrontement.

Parallèlement sur le plan social il est en grandes difficultés. Son aspect physique change : il prend du poids.

Il alterne entre une attitude menaçante et une allure de « gros nounours ».

A la fin de l'OS, il demande à continuer mais veut fixer son cadre : entretien individuel uniquement avec le thérapeute homme du groupe. Il ne revient pas.

Quelques mois après, il essaie de joindre la CIP anciennement chargé de son dossier. Il n'y parvient pas (sa demande d'entretien est bloquée par la secrétaire). Elle ne l'a pas cru quand il a dit qu'il avait absolument besoin de lui parler.

Peu après, il est réincarcéré pour récidive.

Dès son arrivée à la maison d'arrêt, il demande aux infirmières un entretien avec la psychologue.

Je le reçois. Sans même me dire bonjour, il me dit « vous êtes du secteur III », plusieurs fois. Je me sens fortement agacée. J'ai du mal à penser. En effet, il est allé au secteur III, mais malgré mes sollicitations il ne va pas au delà... Il souhaite un suivi, il « a compris que jamais ça ne s'arrêtera ».

Il semble s'accrocher à moi pour ne pas disparaître en lien avec mon appartenance au lieu de soins précédent. Je sollicite mes collègues de cette équipe et échange aussi avec l'équipe soignante de la M.A.

Plus tard il évoque les 2 soignants hommes auxquels il a eu affaire. Concernant l'un d'entre eux, M. V. exprime avoir eu particulièrement du mal à le supporter. Avec les deux, "il s'engueulait". Malgré tout, ils étaient toujours là.

Il me dira s'être aperçu que tant qu'il s'affrontait avec eux, il pensait moins aux enfants ou adolescents, et que s'il y pensait, il ne ressentait pas monter la nécessité du passage à l'acte.

Visiblement, il cherchait à retrouver avec moi quelque chose de cet apaisement mais, pour se faire, il avait besoin de m'assimiler à mes collègues.

Il me parle de son histoire de façon pêle-mêle (son enfance, la vie en prison, sa vie juste avant son incarcération). Ces éléments semblent juxtaposés. Apparaît rapidement la condensation de plusieurs deuils : son oncle, un ami... Bien qu'il les évoque sans affects, je le ressens comme aspiré par eux.

Il évoque aussi avoir été victime de viol de la part de son frère aîné. Il exprime avoir ressenti un mal-être seulement à partir du moment où cette relation a cessé. Son frère aîné abusait maintenant son frère cadet. M.V a, alors, prévenu sa mère qui ne l'a pas cru. Il est à noter que actuellement et bien que M.V lui ait avoué sa culpabilité elle persiste à le penser innocent.

Petit à petit M.V parvient à se reconnaître comme victime de son frère. Il exprime clairement qu'il ne veut plus recommencer. Mais régulièrement il rêve de relation avec des pré-adolescents (12-13 ans) et il se réveille quand il prend plaisir ou juste après. Ces rêves le mettent mal à l'aise. Des envies suicidaires intenses apparaissent périodiquement.

Pendant mes vacances un événement important se produit. De sa fenêtre de cellule M. V aperçoit son demi-frère (âgé de 8 ans). Il ressent une très vive émotion, se met à transpirer, devient confus et perd connaissance. Il sera emmené à l'infirmerie pour malaise cardiaque. Interrogé sur cet événement, il ne fait d'emblée aucun lien. Plus tard lors des entretiens il apparaît qu'il a imaginé prendre son petit frère dans ses bras et qu'il a ressenti un grand bien-être. Il est à noter, à propos de cet épisode que M. a toujours soutenu : "j'ai des attirances pour les enfants mais mon petit frère jamais ! Quand même je ne suis pas comme ça !"

CONCLUSION

Ces deux cas, représentatifs des situations que nous rencontrons, illustrent un même mouvement : les tensions internes sont d'abord agies dans le dispositif. Les thérapeutes vivent le "transfert subjectal" puis travaillent à partir de ce qui est agi en prenant appui sur une élaboration en équipe.

Apparaissent des phrases ou morceaux de phrases qui résument la problématique du patient de manière condensée et confuse. Cette association de mots est répétée et insiste. (Cela peut faire penser à des holophrases)

Un long travail thérapeutique sera nécessaire pour "décondenser" ces propos et ainsi aider le patient à soutenir une position de sujet ; sujet à la fois de ce qui a fait traumatisme dans son histoire mais aussi sujet de ce qu'il a fait subir à ses victimes.

Ce travail ne pourra se réaliser qu'en prenant appui sur l'histoire que nous créons avec le patient. Celle-ci est constituée à partir de ce que nous sommes amenés à vivre dans l'espace des soins. Il est nécessaire que nous ayons pu expérimenter, supporter ce qui était agi dans le dispositif et dans notre psychisme (angoisse, confusion, affrontement). Il faut que le patient puisse expérimenter sa survie et la notre à ce qui a été actualisé et éprouvé de part et d'autre.

Ceci est facilité par l'articulation de différents espaces. Articulation entre les espaces de soins utilisés successivement par le patient (M.A., C.D., ambulatoire), articulation entre les différents espaces de soins à un même moment et articulation entre espace soignant et espace d'insertion et de probation.

Ainsi, le patient est inscrit comme sujet dans une histoire. Il est inscrit dans la durée. C'est sur ce support que le conflit projeté à l'extérieur peut progressivement s'intérioriser et qu'un mouvement de subjectivation peut advenir.

Ce mouvement se retrouve aussi dans l'évolution du rapport aux soins où l'on observe différents moments :

Les soins « pourquoi faire ? Ca ne sert à rien ! »

Les soins magiques "j'ai besoin de soins soignez-moi"

Les soins «Maintenant il faut que je m'y mette !»

Et la récurrence au regard de ces mouvements ?

A travers l'évolution décrite, il est question d'accession au symbolique, de faire cheminer l'irreprésentable vers le représentable. Les mots parviennent progressivement à lier les émotions ... On observe également des transformations au niveau corporel (posture, allure regard... modification du rapport à la douleur physique...) Mais il est aussi question de déstabilisation narcissique, d'éprouvés nouveaux chez des personnes où le bon objet interne est très fragile...

Parfois le coût du changement est tel qu'il est empêché : Le passage entre les différents stades est un moment difficile, des stratégies sont mises en place pour échapper à une angoisse massive.

Pourront apparaître alors :

Des recours à l'acte (et la récurrence entre autre : se réduire momentanément à la pulsion pure pour échapper à la catastrophe psychotique dit C. Balier ou être confronté à une réalité

extérieure pour se sentir exister),

Des idées de suicides ou tentatives de suicides pour échapper à un conflit psychique insupportable.,

Des épisodes de somatisation (la souffrance y est interne, reconnue mais déplacée, le conflit s'y exprime mais son origine psychique n'accède pas à la conscience).

S'il advient une récurrence, celle-ci intervient dans une histoire, celle du patient bien sûr mais aussi celle créée entre lui et les soignants. C'est nous semble-t-il le support de cette histoire qui permet au patient de poursuivre son cheminement vers la subjectivation et au soignant de pouvoir continuer à le soutenir dans cette voie.

La récurrence – répétition plus intervention judiciaire - intervient ainsi à un moment du processus de soin et peut devenir l'élément déclenchant le franchissement d'une étape. L'expérimentation de la continuité du lien constitue un support narcissique important. Être positionné comme sujet peut alors constituer un soulagement plus fort que l'angoisse que cela représente. Parmi les conséquences concrètes on trouve une meilleure reconnaissance des faits, de sa propre dangerosité, des conséquences sur la victime...

Comprendre ainsi les mécanismes de l'évolution des patients permet d'être particulièrement vigilants aux moments charnières, à faire des liens avec les autres soignants pour essayer d'éviter au patient le recours à des solutions le mettant ou mettant les autres en danger. Il s'agit ainsi de construire un dispositif de soins qui puisse s'adapter aux expressions de la problématique des patients et non l'inverse. La dimension étayante et l'aspect diachronique introduit par l'histoire créée avec les patients en constituent les deux piliers essentiels.

[1] La consultation spécialisée pour les auteurs de violences sexuelles se tient au sein d'un secteur de psychiatrie : le secteur 3.