

D' UN ROLE DE MERE VERS UNE PLACE DE MERE ET UNE IDENTITE DE FEMME

(Réflexion autour d'un groupe de parole pour femmes agresseurs sexuels)

GIRARD Lucie,**

HUGON* Claudette,

* Psychologue Clinicien

** Infirmière Spécialisée en Psychiatrie

Unité Fonctionnelle de Traitement des Auteurs d'Agresions Sexuelles

Centre Hospitalier de Niort – Secteur III – service du Dr RAULT

40 Av ; Ch. De Gaulle 79021 NIORT Cedex.

Mail : taags@ch-niort.fr

PLAN

PRESENTATION

INTRODUCTION

1/ Actualisation du fonctionnement psychique

- Les attitudes physiques
- La captation : le regard, le discours
- Le langage : pauvreté, placage, inefficacité
- L'inter transfert et l'évolution de la dynamique du groupe

2/ L'évolution du rôle de mère vers le positionnement maternel puis l'émergence de la place de femme

- du rôle de mère au positionnement de mère
- L'émergence d'une identité de femme

CONCLUSION

PRESENTATION

—
-
Mme R., 32 ans, est une femme de petite taille qui présente une surcharge pondérale très importante. Elle prend peu soin d'elle. Elle divorce du père de ses 4 premiers enfants.

Elle est accusée d'agressions sexuelles et d'actes de barbarie et non empêchement de crime sur ses 4 premiers enfants. Elle est condamnée à 6 ans de prison, obtient une libération conditionnelle avec obligation de soin. Elle est déchue de ses droits parentaux.

Avant son incarcération, **Mme R.** rencontre un autre homme, elle donne naissance à son 5^{ème} enfant en prison. Celui-ci est placé tout de suite.

Elle se remarie peu de temps après son arrivée dans notre dispositif.

Mme B., 45 ans, est une femme de corpulence assez forte, de taille moyenne, aux cheveux blonds platine. Elle est alcoolique abstinente, précise qu'elle a été abstinente pour ses 3 grossesses et a repris ensuite. Elle s'est arrêtée de boire pendant son incarcération. Elle est condamnée à 2 ans de sursis et 3 ans de mise à l'épreuve pour atteinte sexuelle sur mineurs de moins de 16 ans (ses enfants).

Son mari est condamné aussi pour les mêmes faits et a purgé la même peine. Ils sont tous les deux déchus de leurs droits parentaux. Ils n'ont pas revu leurs enfants depuis.

Mme A., 40 ans, est une femme mince et de taille moyenne, brune aux cheveux longs. Ce qui frappe de prime abord, c'est le contraste entre un corps de jeune fille et un visage édenté et abîmé. Elle rencontre son mari dans un foyer où ils sont tous les deux accueillis, ils ont 3 enfants qui seront placés pour maltraitance et alcoolisme du père. C'est au cours de ce placement que le second fils révélera les abus sexuels commis par sa mère. Elle est condamnée à 3 ans de prison dont 18 mois de sursis, elle fait appel et sera finalement condamnée à 6 mois de prison ferme et sera incarcérée pendant le temps du groupe.

Divorcée de son mari, elle rencontre un autre homme avec qui elle se marie pendant sa prise en charge.

Mme G., 48 ans, est une femme de taille moyenne avec une surcharge pondérale importante, elle est divorcée du père de ses 3 enfants. Actuellement, elle vit avec son compagnon qui la délaisse, elle s'occupe du père de celui-ci qui est âgé et qui ne peut se suffire à lui-même. Elle est accusée d'agressions sexuelles sur son dernier fils. Elle est condamnée à 6 mois de prison

LE TRAVAIL EN GROUPE DE PAROLE

Introduction

Nous exposerons une expérience de groupe de parole ayant réuni pendant un an et demi quatre femmes auteures d'agressions sexuelles sous obligation de soins.

Concernant ces patientes nous faisons avec A.Ciavaldini l'hypothèse qu'un lien maternel primaire a empêché que la différenciation puisse être supportable et structurante. Les tensions internes et externes vont donc être liées par l'appareil psychique de manière non symbolique ou non totalement symbolique.

Au niveau des soins un transfert particulier sera à l'œuvre. Il ne prendra pas appuis sur les fantasmes, comme habituellement mais sera agi dans le dispositif et le psychisme des thérapeutes. Le travail en équipe est nécessaire ; les groupes de paroles sont des outils spécialement indiqués. Prendre en compte l'obligation de soin est indispensable. Nous intervenons dans un dispositif répondant à ces exigences.

Ce n'est pas en s'attachant à leur parole en elle-même que nous avons pu travailler avec ces femmes.

C'est en faisant d'abord attention à leur allure, à leur regard, à la forme de leurs récits que nous avons mesuré le décalage entre le discours, les angoisses et les tensions qui circulaient dans le groupe. Nous nous sommes intéressés particulièrement à cet écart. Des représentations sont apparues. Le langage ne permettait pas de nous comprendre, il n'avait pas sa fonction de code commun.

Nous avons donc choisi d'être vigilants à ce qui était actualisé de leur fonctionnement psychique dans le groupe. Ce sera notre première partie.

Dans une seconde partie nous verrons comment la dynamique de groupe s'est organisée autour de l'idéal social de la fonction maternelle.

Le travail thérapeutique groupal a permis à des éléments traumatiques d'émerger et d'accéder à la représentation. Nous nous apercevons ensemble comment parallèlement ces femmes ont évolué d'un positionnement maternel vers une identité de femme.

1. Actualisation du fonctionnement psychique

Comment les différents éléments du fonctionnement psychique à l'œuvre sont-ils apparus dans le groupe ? Comment, où, les avons-nous perçus, vécus ? Nous avons choisi de vous les présenter dans l'ordre où ils nous sont apparus. En effet, après coup, celui-ci nous a semblé significatif en lui-même. Envahissement, rejet, effondrement était agis, nullement mis en mots. Nos tentatives en ce sens se heurtaient au déni, au clivage fortement à l'œuvre. Les attitudes corporelles portaient des traces de ces éprouvés et c'est d'abord à cet endroit que nous les avons perçus.

Les attitudes physiques :

Des exemples :

Mme A. changeait d'apparence suivant les séances, elle semblait à chaque fois jouer un rôle : sa tenue vestimentaire, son attitude, sa mimique pouvaient être celles d'une petite fille sage (socquettes, jupe plissée...), celles d'une femme jeune attirante (pantalons en cuir, talons...) ou encore celles de la parfaite maîtresse de maison...

Chacun de ces rôles exprimait bien sur quelque chose de ses préoccupations du moment, de son humeur... mais chaque épisode était amené indépendamment du précédent et semblait comme détaché.

Mme G. était toujours habillée avec grand soin dans des tenues aux couleurs assorties. Par contre, elle ne semblait pas « rentrer » à l'intérieur, chemisiers trop étroits, jupes trop serrées. Elle essayait parfois de réajuster le tout avec une disgrâce qui contrastait avec l'apparence qu'elle semblait vouloir donner.

Deux d'entre elles, Mme B. et Mme G., avaient le ventre proéminent à la manière d'une femme dans la dernière phase de grossesse. Mme V. et Mme M. avaient régulièrement la posture d'une femme enceinte, ventre en avant, mains sur le ventre, etc... (nous reviendrons ultérieurement sur cet aspect).

Les tensions internes ne semblaient, pour chacune d'elles, pouvoir être contenues qu'au prix d'une déformation corporelle et/ou d'une désolidarisation entre le corps et le discours.

En tant que soignantes, nous avons, lors des premières séances, été toutes les deux très sollicitées au niveau de notre image corporelle.

Nous avons eu besoin de nous sentir marcher, parler, vivre.

En animant des groupes d'hommes, nous avons aussi pu nous sentir menacées psychiquement et physiquement mais c'était à travers ou suite à quelque chose de l'ordre de l'affrontement. Ici, avec ce groupe de femmes c'était plus du registre de la confusion et semblait plus venir de l'intérieur. Nous étions plus décontenancées.

La captation : le regard, le discours.

Rapidement, après les attitudes physiques, c'est la captation d'abord puis la captivation, qui nous sont apparues dans le groupe, bien sûr par certaines attitudes décrites mais aussi à travers le regard, puis le discours.

Pour certaines, avant de prendre la parole, leur **regard** devenait adhésif.

- **Mme A.**, par exemple, plongeait son regard dans celui de l'une d'entre nous avant de prendre la parole. Ce regard amenait à la confusion entre soi et l'autre mais permettait aussi le dépôt de quelque chose d'insupportable et donnait accès à une prise de parole.

- **Mme B.**, elle, évitait soigneusement tout regard lorsqu'elle s'exprimait verbalement. Comme si, cette fois, le regard était menaçant.

Dans un premier temps, la force de ces regards ou de leurs absences était telle que nous étions

fascinées et incapables de penser. Nous les vivions, c'est tout.

Petit à petit, nous avons pu accepter les regards captivants sans nous y sentir engloutis. Notre regard bienveillant a pu être toléré et ont pu alors devenir étayants.

Nous avons également pu proposer un regard tranquille bienveillant après des interventions évitant à tout prix notre regard et celui-ci est, dans ce cas aussi, devenu peu à peu étayant.

Le travail sur l'inter-transfert et l'élaboration avec nos collègues intervenants dans les autres espaces de soins de notre dispositif ont permis cette évolution.

Autre domaine de captivation et de sidération : certains thèmes amenés, la mort, la violence, la disparition, ceux-ci sont restés présents tout au long du groupe avec des moments de paroxysmes. Cependant, leur présentation a été modifiée. Au début, c'est le côté abrupt, le langage cru qui nous sidéraient et sidéraient le groupe. Il était question de violence subie, de crainte de décès, d'avortement.

Cette **actualisation de l'angoisse d'anéantissement** pouvait s'appuyer sur des faits imaginaires ou des faits réels. Dans tous les cas, c'était très confus et difficilement compréhensible mais toujours très intense à vivre dans le groupe.

Mme A. : lors d'une séance, nous raconte que sa fille, placée en famille d'accueil, est dans le coma après une chute. Une autre fois, son mari a fait un coma diabétique. Sa belle-mère aurait aussi fait un coma lors d'une maladie.

Mme G. s'occupait du père âgé de son ami. Là aussi, la mort de ce vieux monsieur était présente, soit cette mort aurait pu « soulager », soit effondrer Mme G., car sa place auprès du fils en dépendait.

Nous avons, face à ces angoisses massives, eu envie de rassembler ces femmes de façon physique, de les envelopper pour ne pas qu'elles éclatent. Petit à petit, nos mots ont pu être réconfortants, comme une mélodie reprise par le groupe ensuite.

Un rythme du groupe est peu à peu apparu avec des rituels (façon d'entrer, de s'asseoir, de prendre la parole...)

Le langage : pauvreté, placage, inefficacité.

-

Après l'importance du regard et la sidération c'est l'inefficience du langage à lier des émotions qui s'est imposée à nous.

Le vocabulaire était pauvre, des erreurs de syntaxe étaient fréquentes, des barrages, des passages du coq à l'âne empêchaient la compréhension. Parfois, le débit était tel que l'on ne pouvait suivre... Souvent les impressions qui en résultaient étaient la confusion, l'envahissement, la sidération, l'impuissance.

Concrètement :

Mme B., possède peu de repères de temps et d'espace ce qui prend une grande place dans son discours, les détails sont mis en avant, au détriment des faits et encore plus des émotions.

Mme A., a des expressions très enfantines : « je vais me faire gronder », « j'ai fait une bêtise », son discours est très captivant et toujours dramatisé à l'extrême, presque scénarisé. Elle laisse place à beaucoup de sous-entendus, laissant l'interlocuteur avec ses questions et ses doutes.

Au début du groupe, le discours était plaqué. C'est à travers les maladresses que l'on pouvait percevoir à la fois l'existence d'un sujet et le clivage entre le ressenti et le langage.

Pour réussir à y entendre quelque chose, nous avons dû nous écarter de notre compréhension de leurs mots pour être à l'écoute.

Nous avons pu remarquer parfois qu'elles semblaient plus se comprendre entre elles que nous les comprenions...

Peu à peu, nous avons pu percevoir qu'elles parlaient de différenciation, d'angoisse d'anéantissement, d'abandon mais comme elles le disaient elles-mêmes sans être entendues.

Mme R. disait : « je l'ai dit aux AS que nos enfants étaient en danger, je l'ai dit, elles n'ont rien compris ». Peu à peu, elle a rajouté « c'est normal, je suis normande alors ici elles ne comprennent pas ce que je leur dis.

Mme A. a fortement ému le groupe un jour après plusieurs mois de séances. Elle évoquait avec émotion s'être sentie au fond d'un puits. Elle appelait, appelait mais personne n'entendait ou alors ne comprenait comme si ses mots étaient déformés par l'écho. Ces images ont été plusieurs fois reprises par la suite dans le groupe.

L'inter-transfert et l'évolution de la dynamique de groupe.

Dans un premier temps, nous nous sommes retrouvées femmes dans un groupe de femmes. C'est d'abord l'indifférenciation, l'assujettissement au groupe qui ont dominé. Très vite cependant, nous avons éprouvé en tant que soignantes le besoin de nous distinguer, sur le plan psychique bien sûr mais surtout avant tout de façon physique. Comme nous l'avons mentionné plus haut, nous avons d'abord pris appui sur les écarts de poids et d'allures entre elles et nous. Nous avons alors pu éprouver, supporter et, petit à petit, donner sens à ces angoisses d'anéantissement et de déformation qui s'imposaient à nous.

Ensuite, nous avons pu nous différencier l'une de l'autre. Cependant, chacune était assignée à un rôle. L'une était dépositaire de la partie adaptée du Moi, l'autre de la partie souffrante.

En faisant le lien entre nous, en parvenant à en parler aux autres soignants de l'équipe, nous avons pu relier les deux parties et, peu à peu, il a pu y avoir circulation des positionnements.

D'abord, elles ont cherché à attirer l'attention des thérapeutes, par les thèmes amenés, par leur attitude. Ce n'est qu'ensuite qu'une solidarité fraternelle a pu apparaître et qu'elles ont pu nous positionner en tant que parents.

Parallèlement à cette évolution, les femmes du groupe ont pu quitter leur pseudo consensus et se différencier. Un travail de subjectivation a pu s'amorcer en prenant appuis sur l'assujettissement de départ.

Au début, c'était à qui aurait subi les choses les plus graves. Elles étaient victimes : de leur mari, des travailleurs sociaux, de leurs parents...

Petit à petit, elles sont sorties de cette position de victime en prenant appui sur leur corps : Il a été question de perte de poids, de régime, d'arrêt d'alcool, de se sentir bien dans son corps. Elles ont pu se soutenir.

C'est en se recentrant autour de ces préoccupations corporelles actuelles, autour de l'image du corps comprenant la dimension du ressenti, que le discours a pu s'écarter de la maternité, que la représentation des hommes a pu apparaître autrement que menaçante, qu'il a pu être question de sexualité.

Ces de ces aspects de la dynamique groupale que nous allons maintenant vous entretenir.

Au niveau transférentiel, il nous semble que nous avons sans cesse navigué entre, nous n'avons rien à voir avec elles et elles sont des femmes comme nous. Ces mouvements que chacune ne vivait pas au même moment, autour desquels nous avons échangé, nous ont aidé à chercher la mère et la femme en nos patientes en deçà de leurs apparences et des rôles qu'elles tentaient de tenir.

2. L'évolution du rôle de mère vers le positionnement maternel puis l'émergence de la place de femme.

Du rôle de mère au positionnement de mère

Comme nous l'avons déjà mentionné, le groupe s'est constitué autour de l'illusion groupale : nous sommes toutes mères en prenant appuis sur l'Idéal social lié à la maternité, donc sur une dimension trans-psychique.

Toutes souffraient d'être séparées de leurs enfants, c'était intolérable.

Cet éloignement ne pouvait être rapproché des faits délictueux.

Elles savaient toutes prendre soin de leurs enfants, elles les aimaient, les aiment toujours...

Elles nous ont parfois donné des leçons sur comment être mère.

Au niveau des représentations de la maternité, il était question d'un rôle. Il n'y avait pas plusieurs façons d'être mère. Il y avait ce qui était bien et ce qui était mal. La maternité était idéalisée.

Se saisir d'un idéal maternel, vouloir y être reconnue et s'y reconnaître les rassurait. Elles recherchaient un étayage narcissique au lieu même où elles avaient été inculpées, comme pour contre balancer l'image négative associée.

Il était question de leur conformité aux concepts médiatiques de mère et ainsi de leur appartenance à l'humain.

Pour nous, ce discours était difficilement supportable. Il nous semblait contenir leur propre aliénation.

- Elles avaient été condamnées pour inceste accompagné ou non de mauvais traitements. L'écart entre l'idéal annoncé et la réalité était immense et ne pouvait être interrogé. Plus elles s'accrochaient à un idéal, plus elles s'écartaient de ce qu'elles avaient vécu ou pourraient vivre.

C'est en supportant ce discours mais en essayant d'écouter au-delà que nous avons pu avoir accès à leur vécu maternel.

La maternité était omniprésente dans leur aspect physique et dans leur réalité.

Mme G., Mme A. et Mme B. semblaient pouvoir être enceintes d'un moment à l'autre bien qu'elles n'étaient pas en mesure d'avoir des enfants.

- Mme A. nous a même fait vivre son angoisse et sa joie d'être peut-être enceinte ; la séance suivante, elle est arrivée évoquant une fausse couche.

- Mme R., au bout de quelques mois, a été réellement enceinte et a accouché.

↳ A partir de la grossesse de Mme R., l'enfant à venir a eu plusieurs places dans le groupe.

Il a été l'enfant qui rend la mère toute puissante, Mme R. a pris de l'importance dans le groupe, elle captivait l'attention.

On pouvait bien lui enlever des enfants, elle pouvait en avoir d'autres. Il représentait alors pour Mme R. mais aussi pour les autres du groupe les enfants placés.

Il a été aussi l'enfant réparateur, celui dont elle(s) s'occupera(en)t parfaitement. Elles pourraient se racheter.

En même temps, cet enfant à naître dérangeait. Mme R. était enviée mais aussi critiquée, les autres se sont par instant positionnées en donneuses de leçons. Il est devenu source de conflits et a été vécu comme menaçant.

Cet enfant était aussi en quelque sorte l'enfant du groupe, que serait-il ? qu'amènerait-il ?

Mme R. est diabétique, sa grossesse a nécessité une surveillance particulière. Le groupe a été inquiet. Allait-elle mourir pour l'accouchement ? Le bébé allait-il vivre ? Si elle mourait, qui s'occuperait de l'enfant.

A circulé alors l'impression qu'au moment de la séparation corporelle (cordon coupé), un seul de la mère ou de l'enfant pourrait survivre.

Séparation, rupture, abandon, mort ne semblaient pas différenciés et formaient un amalgame terrifiant.

Le groupe a cependant pu recevoir, vivre et supporter cette angoisse.

Mme R. a accouché et est revenue (elle a été absente une séance).

Son enfant, un garçon, était handicapé. Il n'avait qu'un rein et était entre la vie et la mort.

Comme dans tout groupe les alliances inconscientes, les interactions entre les dimensions inter et intra psychiques à l'œuvre s'étaient saisies de cette naissance comme support de réactivation d'angoisses archaïques. Mais au lieu de la circulation de fantasmes de meurtre, d'anéantissement, nous nous sommes retrouvées avec la réalité d'un enfant entre la vie et la mort.

La confusion imaginaire et réalité était agie dans le dispositif groupal.

Au début, Mme R disait ne pas vouloir quitter son enfant, elle s'en occuperait. Puis, il y a eu une alternance entre investissement massif (sans différenciation) et désinvestissement tout aussi massif du nourrisson.

Il y a eu aussi des moments de confiance magique dans la science, dans les médecins qui savaient ce qu'il fallait faire. La place de l'affectif était absente.

Dans le groupe, la sidération, puis l'empathie du début ont alterné avec un agacement, puis du rejet.

Dans le groupe toujours, le bébé a été tour à tour idéalisé, menaçant, tué avant d'être investi. De l'émotion et de la tristesse ont circulé.

L'enfant a pu vivre à l'extérieur, même s'il devait venir à l'hôpital pour des dialyses.

Là encore, Mme R. a alterné entre vouloir s'en occuper... et s'en désintéresser...

Dans le groupe se travaillait l'acceptation de l'enfant réel si différent de l'enfant imaginaire....

Puis, Mme R. a pu décider avec beaucoup de tristesse de confier son enfant à une famille d'accueil. « C'est trop lourd, je ne peux pas m'en occuper ».

A la même période en groupe, elle a pu évoquer la difficulté à être disponible lors des visites médiatisées avec son autre fils, le seul fils qu'elle était autorisée à voir. Elle a pu aussi dire ne pas se sentir prête à voir les aînés alors qu'elle réclamait plus de visites pour le petit et des rencontres avec les plus grands.

↳ Mme A. s'est présentée à une séance de groupe en disant qu'elle était enceinte en nous énonçant tous ses symptômes, son désir, son angoisse. Elle se présentait physiquement comme une femme attendant un enfant. La séance suivante, elle est arrivée, blanche fatiguée évoquant une fausse couche.

Le fonctionnement de notre dispositif nous a permis d'apprendre qu'il en était rien.

Elle a agi en groupe la confusion réel - imaginaire réalité ce qui a permis après coup de travailler à travers les alliances inconscientes à la transformation « d'un qui va être anéanti » qui circulait par un « qui menace qui et qui prend soin de qui ? ». Progressivement il y a eu « dé-confusion » entre désir d'enfant, désir de mort, naissance et meurtre d'enfant.

Petit à petit, de la reconnaissance de la souffrance des enfants dans ce système familial est apparue (Mme B. parlait de la réaction des enfants face à leur alcoolisme de parents). Il n'était pas encore question de culpabilité.

Mme A., toujours, nous a également amené un pseudo accident suivi d'un coma concernant sa fille handicapée mentale. Outre le parallèle avec le nouveau-né de Mme R. et donc dans le groupe une dimension de rivalité fraternelle, Mme A. a vécu et nous a fait vivre la peur de perdre son enfant, puis une différenciation d'avec celui-ci. Comment communiquer avec un enfant dans le coma ? Il est là mais semble hors d'atteinte. Comment vivre le fait d'être mère sans pouvoir communiquer avec ses enfants... Comment communiquer dans le groupe et être entendue, avec ses propres blessures.

Ce n'est qu'ensuite que Mme A. a pu imaginer, agir réellement en vue de revoir ses enfants.

L'expression de sa peur de les revoir a pu émerger du même coup...

D'autres éléments amenés par l'une ou l'autre des patientes de ce groupe ont participé à cette évolution. Ce qui nous a interpellé à chaque fois, c'est la nécessité de faire vivre au groupe les angoisses, les menaces, les illusions en prenant appui sur des faits réels actuels ou amenés comme tels.

Comme si il n'existait pas de fantasmes, ou de souvenirs efficients pour travailler à partir de leurs angoisses comme si celles-ci avaient besoin d'être rattachées à un support réel actuel pour être à nouveau proposées dans le groupe à une représentation appropriable.

L'étayage du groupe a, cependant, pour toutes, permis un mouvement du rôle social de mère qu'elles tentaient en vain de jouer vers un positionnement maternel, tentative de vivre le fait d'être mère en lien avec leurs souffrances, leur sensibilité, leur histoire. Positionnement permettant à l'enfant d'être et de se différencier.

Au début, dans ce groupe, il nous semblait rencontrer des enfants à la recherche d'une image maternelle alors que notre désir était de rencontrer des femmes. Ce désir de notre part a sans doute participé à l'évolution du rôle de mère vers le positionnement maternel mais aussi a-t-il sans doute aidé à l'émergence d'une identité de femme.

L'émergence d'une identité de femme

Les hommes ont longtemps été absents des représentations du groupe, comme s'ils n'existaient pas, comme si nous pouvions exister sans eux (le fait d'être un groupe de femmes encadré par des soignantes femmes n'y est pas étranger).

Au départ, c'est l'ambiance incestueuse qui s'est actualisée avec indifférenciation des sexes et des générations.

* La différenciation des sexes

Lorsqu'elles évoquaient le couple, on ne savait pas bien qui était qui, les fonctions et places de chacun n'étaient pas différenciées. Souvent les concubins et les maris n'étaient même pas prénommés.

Les hommes sont ensuite apparus comme menaçants, violents ou insignifiants. La différence sexuée ravivait vivement l'angoisse d'anéantissement. La violence était très présente, même si parfois celle-ci était atténuée grâce à un recours à un discours social bien séant qui permettait de nous sentir toutes appartenir au même genre (féminin).

Par exemple, Mme A. s'est mariée, elle est venue la séance suivante dans le groupe avec les chaussures blanches de son mariage (trop grandes) et nous décrivait une attitude très paternelle de son mari. Celui-ci semblait rassurant, cependant très vite de la violence est apparue dans l'attitude de celui-ci. Et Mme A. a pu nous rapporter avoir demandé à son mari de la frapper pour l'aider à ce calmer lors d'une de ses « crises ».

Mme R. entamait un processus de divorce. Elle annonçait une séparation sans histoire, ils resteraient de « bons amis ». Sauf que M. est parti sans laisser d'adresse avec une amie de Mme R. en qui elle avait entièrement confiance.

Paradoxalement, cette place de victime a semblé rassembler Mme R. Elle a alors pu parler plus authentiquement du lien avec cet homme. Une angoisse profonde d'anéantissement apparaissant en même temps.

Pour M. B., la violence était présente dans la communication du couple à travers des passages à l'acte (bouteille de vin coupée avec de l'eau, non réponse de la part de M...). La communication semblait agie. Très souvent, il nous a semblé que c'était à travers les ressentis engendrés par la violence, dans des relations d'emprise, qu'apparaissait la reconnaissance de l'autre, et la différenciation sexuée.

Parallèlement à l'absence de différenciation des sexes, on observait une non-différenciation des générations. Leur père, leur mari, leurs enfants, leur beau-père étaient situés au même niveau. Mme G. parlait de son lien avec son beau-père, elle semblait le considérer en même temps comme son fils, son mari, son père. Les places n'alternaient pas, elles étaient amalgamées. Ces amalgames entraînaient des vécus d'abandon, de trahison, du déni d'altérité et de la violence.

Nous ressentions de la confusion dans leur discours, celle-ci nous mettait mal à l'aise et nous conduisait à tenter de préciser avec elles l'identité et la place des personnes évoquées.

Plus tard, les hommes ont pu être objet de désir mais il était encore question de déni d'altérité et de toute puissance féminine.

Ce n'est que progressivement en prenant appui sur une complicité de femme avec nous (donc appui sur une dimension trans-psychique) qu'elles ont pu appréhender le désir de l'autre, d'abord avec des hommes extérieurs à leur couple.

Dans un premier temps, elles étaient plutôt maladroitement et « brutales » mais nous pouvions en sourire en groupe.

Chacune trouvait un peu plaisir par procuration à ce que l'une d'entre nous ait pu malmener un homme.

Parallèlement, elles ont pu s'intéresser à ce que pouvait ressentir leur compagnon et à en tenir compte. Un changement de leur relation de couple à pu s'amorcer.

Dans le même temps l'imaginaire a pu aussi fonctionner. Nous avons d'abord pris plaisir à imaginer maltraiter des hommes sans qu'il n'y ait des conséquences dans la réalité intérieure et extérieure au groupe.

Conclusion générale

Au niveau transférentiel, il nous semble que nous avons sans cesse navigué entre, nous n'avons rien à voir avec elles et elles sont des femmes comme nous. Bien sûr de la projection, du clivage au-delà de l'alternance rejet et fusion, ces mouvements que chacune ne vivait pas au même moment, autour desquels nous avons échangé, nous ont aidé à chercher la mère et la femme en nos patientes en deçà de leurs apparences et des rôles qu'elles tentaient de tenir.

Il a été nécessaire de prendre appui sur la maternité dans une dimension trans psychique pour que dans le groupe puisse être actualisée une dimension inter psychique où les patientes ont rejoué des positionnements mère-filles permettant l'émergence d'éléments à valeur traumatiques.

A partir de ceux-ci a pu avoir lieu un travail groupal où le jeu des alliances inconscientes, la circulation des affects et des identifications ont permis un travail au niveau intra psychique pour chaque patiente. Un mouvement de subjectivation a été amorcé ou réamorcé.

La maternité a été centrale voire envahissante au début du groupe. Nous avons notamment perçu comment se saisir d'un Idéal maternel semblait être investi du pouvoir de contrebalancer l'image négative véhiculée par l'accusation.

Ayant récemment lu un magazine retraçant l'histoire du diable à travers des âges, nous n'avons que pu faire le rapprochement avec la représentation des femmes qui y étaient exposées et ce que nous avons vécu dans notre travail dans ce groupe de parole de femmes AAS. En effet, depuis des siècles, la femme est décrite soit comme succombant à la tentation, elle est alors diabolisée, elle représente le diable sur terre, soit toujours comme succombant à la tentation mais pouvant se racheter par la maternité (Eve). Le summum étant la maternité sans avoir succombé à la tentation (la Vierge Marie) ce qui permet ensuite d'y succomber, d'oublier).

Nos patientes n'ont-elles pas fait de même, diabolisées par leurs actes et la représentation sociale associée. N'ont-elles pas tenté de se racheter en brandissant une représentation sociale de la maternité.

Nous-mêmes, soignantes femmes, en les faisant travailler dans une évolution du rôle de mère à un positionnement de mère n'avons-nous pas cherché à nous réhabiliter en tant que femmes.