

Un nouveau dispositif thérapeutique groupal pour les auteurs de violence sexuelle

Violaine Roussel

Psychologue clinicienne

Fédération des Soins aux Détenus, C.H.I. de Clermont de l'Oise

Bernard Savin

Psychologue clinicien, Docteur en Psychologie

Fédération des Soins aux Détenus, C.H.I. de Clermont de l'Oise

Qui sont ces auteurs d'agression sexuelle ? Que peut-on dire des mécanismes psychiques à l'œuvre ? Comment effectuer leur prise en charge thérapeutique ?

I. QUELQUES RAPPELS PSYCHOPATHOLOGIQUES

1) Psychopathes ou pervers ?

En psychopathologie, écrit J.P. CHARTIER, psychopathes et pervers ont en commun d'apparaître comme ceux qui seraient les plus faciles à diagnostiquer tant leur symptomatologie apparaît évidente : le pervers est contraint de mettre en acte un scénario immuable, seul susceptible de lui apporter le plaisir sexuel quelles que soient les conséquences judiciaires. Quant au psychopathe, dans sa quête de jouissance transgressive, dans son recours permanent à l'acte destructeur, il se caractérise par une absence de remord et de culpabilité.

Sont-ils vraiment si différents ?

L'agir compulsif et protecteur du risque de désorganisation du Moi, atteste la présence persistante d'un équilibre psychique archaïque basé sur la décharge motrice de toute tension psychique et est révélateur de la faillite des processus de symbolisation.

Pour J.P. CHARTIER, seul la localisation du déni (absence de pénis chez la femme ou déni de la mort) ainsi que le niveau plus ou moins profond de désinhibition pulsionnelle permettent, selon lui, de différencier ces sujets.

En se référant à C. BALIER, nous nous apercevons que de chercher à faire la distinction pervers/psychopathe est un faux débat car, quel que soit le tableau présenté, nous nous situons dans **le registre du narcissisme**, l'autre n'ayant de valeur que par sa réponse à l'attente narcissique.

Bien avant une relation d'objet, la pulsion est présente à savoir amour et destructivité mélangés. Alors que la vie dépend de la satisfaction impérieuse des besoins fondamentaux, le bébé a à faire face à un comportement maternel fait d'attitudes de rejet, d'abandon, d'hostilité. Le développement se poursuit mais le traumatisme restera inscrit sous la forme d'un manque vital avec un besoin impérieux censé être satisfait par un objet imprécis...chez les auteurs de violences sexuelles, cette recherche prendra la forme d'un viol à commettre, d'un enfant à posséder, d'un acte de cruauté à réaliser...jouir d'une toute puissance, « retrouver » l'objet nécessaire à la survie identitaire.

L'étude des processus adolescents a permis de mettre en lumière les défaillances narcissiques qui priment à cet âge. L'adolescent, coutumier du passage à l'acte, peut, en fonction des ses constructions anciennes, de son environnement actuel, s'en tenir à une symptomatologie psychopathique ou dériver vers des actes plus cruels.

2) Les comportements sexuels violents.

Ces actes plus cruels, lesquels sont-ils ? Viols en groupe ou seuls, sur femme adulte ou sur enfant ? Acte unique ou répété ?

Il nous faut revenir aux origines de l'histoire de l'agresseur et des traumatismes subis qui conduiraient à un comportement sexuel violent. Selon C. BALIER, l'identification à l'agresseur ne suffit pas à en expliquer les fondements. Cependant, évoquer la perversion en termes de structure fait sombrer le sujet dans un diagnostic suscitant répulsion et hostilité. Il est donc préférable selon lui, de parler de **mouvements pervers**. D'une part, **la perversité sexuelle**, nous préférons parler de **violence sexuée**, où ce qui est en jeu est l'affirmation phallique de toute puissance, la violence domine par rapport au plaisir érotique et d'autre part, **la perversion sexuelle** au cours de laquelle il y aurait accès au jeu, au fantasme.

3) A l'origine, la violence et ses avatars.

Au détour des avatars de la fusion-séparation des premiers moments de la vie chez les auteurs de violences sexuelles, nous retrouvons la terreur de l'intrusion et du vide. Terreur contre laquelle ils luttent au moyen de **mécanismes défensifs archaïques**.

A. CIAVALDINI dans « Psychopathologie des agresseurs sexuels » signale que la dimension psychique témoignant de scénarios semble assez peu présente. Mais ce qui précède l'acte est un état de bouleversement intérieur proche d'états crépusculaires c'est à dire un climat d'effacement du processus de représentation psychique. Dans l'après-coup, le sujet expliquera qu'il vivait soit un moment de pseudo-normalité, soit de pression interne intense. Des

émotions qui cependant n'empêcheront pas le passage à l'acte mais vont révéler **l'effet du clivage**.

L'acte s'accomplit sans lien, l'important semble être de **juguler la surcharge d'excitation**. Ces excitations provoquent une liaison trop forte avec la pulsionnalité du sujet, alors les limites ne servent plus de protection. Il y a émergence d'une confusion dedans-dehors. Pour échapper à cette surcharge, le sujet cherche l'acte qui va lui permettre d'échapper à la tourmente.

L'effacement du dedans-dehors entraîne **l'effacement de l'altérité**. Par nécessité de sauvegarde psychique, l'autre perd sa qualité d'autre au sens d'un autre sujet présentant des caractéristiques identitaires inaliénables... Le sujet va nous dire de sa victime qu'elle était « consentante » ou encore « séductrice », autant de manœuvres visant à son annulation. Cet autre devient « chose », objet partiel n'appartenant pas à un espace psychique différencié du sujet agresseur. Une annulation qui ne permet ni de reconnaître les signes de refus de la victime, ni sa propre dimension violente.

MODALITES PARTICULIERES DE LA RENCONTRE THERAPEUTIQUE EN PRISON.

Rencontre singulière car elle se situe dans un univers de contention physique et corporelle, d'autres diront un milieu de contraintes mais, c'est ce cadre carcéral qui, en imposant ses limites, a valeur de pare-excitation, et permet que les motions pulsionnelles s'expriment sans que l'autre en soit détruit. Le Moi peut y trouver un développement par un effet de restauration du narcissisme, de jeu des identifications, d'une tendance à l'harmonisation entre surmoi et idéal du moi. Il s'agit de restaurer un contenant de pensée dans le déroulement de la thérapie qui va utiliser les concepts psychanalytiques pour traiter la réalité de la violence, celle qui détruit le fantasme et toute vie psychique.

Quelle demande ?

Rappelons que les soins en milieu pénitentiaires sont libres. En effet, ils ne peuvent être soumis à une injonction de soins judiciaire qu'à l'extérieur de la prison.

Ces soins ne s'instaurent que sur la demande écrite du détenu. Pour autant, cette demande reste dans une grande ambiguïté dans la mesure où elle est fréquemment suscitée par l'avocat, le travailleur social, la famille, le juge d'application des peines qui voit dans le « suivi psy » l'une des garanties à une possible réinsertion en vue de remise de peine ou de liberté

conditionnelle.

Il convient donc d'évaluer la question de cette demande qui, bien qu'elle soit portée par le détenu, n'en reste pas moins inhabitée. Souvenons-nous que nous avons affaire à des sujets chez qui on retrouve une grande pauvreté fantasmatique, une difficulté majeure de verbaliser tout ressenti, à s'opposer à l'autre, à manier le conflit inter-individuel. Ils sont restés sous la terreur de l'intrusion et du vide. Des perturbations qui sont à entendre du côté de la relation à l'autre. Car ces sujets se sont construits sur la base d'une imago maternelle phallique toute puissante, l'imago paternelle mal différenciée n'a pu non plus être intériorisée. Le sujet agresseur sexuel dépourvu d'objets internes stables a adopté comme mode de relation à l'autre, celui de la passivation, du désinvestissement de soi au profit d'investissements massifs d'objets externes dépouillés alors, de leur existence propre.

En somme, dans cette rencontre singulière, le thérapeute se trouve rapidement face à un sujet construit sur le mode du faux self tel que WINNICOTT nous le décrivait, le clivage lui ayant permis jusque là de s'adapter à minima au champ social. Aujourd'hui, la rencontre reste colorée d'une grande passivité, le sujet déniait toute expression pulsionnelle agressive,

La difficulté d'entrer en relation.

Face à ce que le détenu laisse voir, les aménagements dans la rencontre sont nécessaires. En effet, si l'attachement semble patent, il relève bien plus du collage que d'un transfert tel qu'il est décrit traditionnellement. Le patient fonctionne sur le mode du « comme si », confondant ses pensées et celles du thérapeute, adoptant un discours de surface, et rapidement, ce transfert peut prendre la forme d'un transfert massif impliquant désir de possession, jalousie, séduction, agressivité. Comme le rappelle C. BALIER, « le problème est moins de rester neutre conformément à la recommandation traditionnelle, que d'être indestructible, c'est à dire de continuer à penser malgré la violence des affects déclenchés ». Il reproduit avec le thérapeute le seul mode relationnel disponible...celui de l'emprise qui a pour effet de faire vivre à l'autre par le mécanisme d'identification projective le vide, le chaos et les sensations qui y sont liées et que lui, ne peut éprouver.

La neutralité bienveillante ne convient pas au risque pour le thérapeute d'en être détruit. Et bien au-delà, plutôt que d'attendre des éléments qui ne peuvent émerger, il convient d'adopter une démarche active permettant d'obtenir des précisions sur les actes commis, le vécu qui les accompagne, l'histoire de vie de notre patient...

LE DISPOSITIF GROUPAL

Pour toutes les raisons que nous venons de détailler, la thérapie de groupe s'impose.

Notre dispositif se compose de deux temps, un temps de groupe et un temps de reprise en entretien individuel avec le thérapeute principal du groupe. C'est en ce sens que ce dispositif constitue une nouveauté voire pour certains groupalistes orthodoxes, une hérésie...

1) Le temps de groupe se décompose, en fin de compte en trois temps :

- la pré-séance où les thérapeutes se retrouvent pour évoquer les souvenirs de la séance précédente et où le thérapeute principal qui a réalisé les entretiens individuels fait part à ses co-thérapeutes de la teneur de ces entretiens. Nous travaillons en général à deux ou trois thérapeutes, un collègue psychologue et lorsque cela est possible un psychologue en formation.
- La séance proprement dite avec les patients. Les règles classiques de thérapie groupale sont énoncées lors de la présentation et de la première participation d'un patient à la thérapie.
 - o Règle de libre association : <<ici, on doit pouvoir dire tout ce qui vient à l'esprit>>
 - o Règle du secret particulièrement importante dans la mesure où nous sommes dans une institution fermée, s'il en fut. Cette règle est énoncée comme suit : <<Pour que la parole puisse être libre, il est nécessaire que ce qui se dit en séance ne soit pas divulgué à l'extérieur de la séance>> et nous ajoutons <<si entre les différents membres du groupe certains thèmes abordés dans le groupe étaient évoqués en dehors de celui-ci, il est souhaitable que cela soit rapporté dans le groupe à la séance suivante>> ce qui constitue :
 - o La règle de restitution
 - o La règle d'abstinence est énoncée comme suit : <<nous n'interviendrons pas dans la réalité de votre parcours pénitentiaire sous la forme de rapport ou d'information divulgué à qui que ce soit, administration pénitentiaire, juge, avocat même si vous nous le demandez, nous nous engageons uniquement à vous fournir, à votre demande, une attestation de présence au sein du dispositif thérapeutique>>.
- La post-séance où les thérapeutes du groupe échangent "à chaud", les éprouvés, les pensées contre transférentielles et intertransférentielles.

2) L'entretien de reprise individuelle

Chaque participant au dispositif thérapeutique est rencontré individuellement afin de pouvoir évoquer ce qu'il a éprouvé, vécu pensé pendant le temps du groupe et le mettre en lien avec

son histoire personnelle. N'oublions pas que nous sommes en prison et que se découvrir en groupe est parfois prendre un risque mais ce n'est certainement pas la raison principale de cet aménagement technique.

Il faut entendre "reprise", non seulement comme reprendre ce qui s'est pensé, éprouvé pendant le temps de groupe mais aussi comme "repriser", comme nos grands-mères reprisaient les chaussettes, c'est-à-dire tisser, retisser, réparer ce qui à pu être éprouvé, vécu dans le temps de groupe avec l'histoire du patient remis en scène transférentiellement.

Comme il a été évoqué précédemment, nos patients souffrent d'un déficit de la fonction préconsciente, les mécanismes de liaison intrapsychique sont défailants. Cette topique particulière de notre dispositif permet que soient objectivement liés deux espaces, deux espaces d'un même dispositif. Ils ne sont pas totalement différents dans l'espace du groupe et dans l'espace de la reprise et ce qui se travaille dans un espace est "repris" dans l'autre et vice versa. Le public et l'intime vont peu à peu se différencier, ce qui se dit dans un espace peut s'évoquer dans l'autre ou, au contraire, il y a des choses qui peuvent être dites en individuel et non en groupe ou le contraire. Mais quoi qu'il en soit, cette dynamique entre le groupal et l'individuel permet un travail de différenciation et de liaison.

Les reprises individuelles doivent donc être centrées sur les éprouvés et les pensées transférentiels activés par le temps de groupe.

Chaque reprise commencera donc, rituellement par une phrase du type : «<Alors, et le groupe ? >».

V. PRESENTATION CLINIQUE

Je vais, maintenant vous présenter une séance de groupe et la teneur des entretiens de reprise qui ont suivi. Cette séance est que l'on pourrait qualifier de banale, elle n'a rien de particulier et nous servira à illustrer et à travailler autour des spécificités de ce dispositif.

Il s'agit d'un groupe ouvert, des patients peuvent y être admis à n'importe quel moment au gré des départs des membres du groupe. En général, les départs du groupe sont liés aux libérations des participants. Ce groupe fonctionne depuis une dizaine d'années et la durée de participation des patients est très variable, de quelques mois à plusieurs années. Il compte six patients et se déroule dans le service médical du Centre de Détention. Les entretiens de reprise ont lieu dans un autre bureau, ils sont assurés par le thérapeute principale et une co-thérapeute psychologue en formation. Leur durée est de 20 minutes.

1) Présentations des patients

M. C. est un homme de 72 ans condamné pour des faits de pédophilie. Il est condamné à une très lourde peine et est incarcéré depuis 10 ans. Il participe au groupe depuis 3 ans et demi. Avant d'arrivée dans ce Centre de Détention, il avait participé à d'autres dispositifs groupaux dans d'autres prisons. Il est né avant la dernière guerre et a vécu l'exode, il considère la famille qui l'a recueilli pendant cette période comme sa vraie famille et y est toujours très attaché. Les relations avec sa mère ont été proches jusque sa mort alors qu'avec son père, les rapports ont toujours été très difficiles, il a toujours eu le sentiment qu'il ne comptait pas.

Infirmier, il a fait toute sa carrière dans l'humanitaire dans des situations particulièrement dangereuses. Au Cambodge, quant il a du en partir à l'arrivée des Khmers rouges, il adopte une famille entière et rentre en France après bien des péripéties avec la mère et quatre enfants qui deviendront ses enfants.

Même si des scénarii pédophiliques ne l'ont jamais quitté, il dira que les passages à l'acte ne débiteront qu'après la mort de sa mère et l'arrêt de sa profession dans l'humanitaire.

M. G. est un homme de 70 ans, il a abusé pendant plusieurs années de son neveu et a perpétré sur deux de ses petites filles des attouchements. Né lui aussi avant guerre, il restera seul avec sa mère pendant la durée du conflit et ne verra son père qu'à la Libération mais celui-ci ne restera pas et partira très rapidement. Sa mère se remariera et aura d'autres enfants. Il sera envoyé chez ses grands-parents paternels puis en pension et vivra peu avec sa famille. Durant son enfance, il se vivra comme celui dont il faut se débarrasser. Il participe au groupe depuis deux ans et demi.

M.L. a 55 ans, il est condamné pour le viol de deux fillettes, les filles d'une de ses concubines, les faits se sont déroulés, il y a une plus d'une vingtaine d'années. Plusieurs ruptures marquent sa petite enfance puis toute sa vie sera aménagée sous forme de séquences tant au niveau professionnel qu'au niveau affectif. Il a été agressé sexuellement par un prêtre lorsqu'il avait une dizaine d'années mais ne s'en souvient pratiquement pas. Il a déjà lors d'un mise en liberté provisoire sous contrôle judiciaire fait une psychanalyse sur divan qui a duré 2 ans, <<avec mon analyste, nous nous sommes quittés d'un commun accord>> dira-t-il. Sa demande lorsqu'il arrive dans le groupe, est simple, il dira : <<Je voudrais être entier>>. Il participe au groupe depuis un peu plus de deux ans.

M. R. à 45 ans, il est condamné pour le viol de deux jeunes garçons. Confié à l'assistance publique à sa naissance, il sera placé dans une famille d'accueil dans laquelle il sera maltraité.

Retiré de cette famille, il sera ensuite confié à la garde de sa grand-mère paternelle jusque 12 ans puis ira de foyers en foyers. Il subira des violences sexuelles dans l'un de ces foyers. Sa mère se suicidera en hôpital psychiatrique, il a alors une douzaine d'années, il ne verra son père que très épisodiquement, il dira que de toutes façons il ne s'est jamais occupé de lui. A 18 ans, il aura un très grave accident de la circulation qui le laissera handicapé. Il aura ensuite une vie très instable. Il est dans le groupe depuis 9 mois.

M. T. est un homme d'une quarantaine d'années. Il est condamné pour le viol avec arme d'une femme. Il dit qu'il ne savait pas que cela ne se faisait pas de forcer une femme. Juif tunisien, il mènera une vie d'une grande instabilité entre la France où il est clandestin et la Tunisie. Il décrit son enfance comme merveilleuse, avec des parents parfaits. Il a un frère très lourdement handicapé mental qui monopolisera toute l'attention de sa mère. Ce frère est mort, il y a quelques années. Il participe au groupe depuis 3 mois.

M. D. a 68 ans, il est condamné pour viol sur ses deux filles. Il se décrit comme alcoolique et les faits se sont en général passés lorsqu'il était très fortement alcoolisé. Il n'a pas connu son père et sera élevé par sa mère et un beau-père qu'il considérera comme son père. Sa mère était très violente et il sera maltraité. A 18 ans, il se marie, sa femme qu'il aime passionnément mourra trois mois après le mariage d'une méningite foudroyante. Il s'engagera alors en Indochine pour y mourir. A son arrivée dans ce pays, il sera violé par deux autres militaires; En rentrant en France, il deviendra routier. Il se mariera ensuite 3 fois. Il y a plus d'une dizaine d'années suite à une demande de ses enfants, il fera une cure de désintoxication et deviendra abstinent. Il s'engagera dans une association d'anciens alcooliques et deviendra responsable départemental. Il participe au groupe depuis 2 mois.

2) La séance de groupe

A son arrivée, sur le pas de la porte; M. G. m'annonce que sa mère est décédée hier et qu'il m'en parlera jeudi matin. Il ne souhaite pas en parler dans le groupe.

Le groupe débute et M. L. annonce l'absence de M. C. extrait pour des examens médicaux.

M. G. évoque une information qu'il a vue à la télévision où à la sortie d'un procès, les parents de la victime assassinée qui n'ont pas exprimé de désir de vengeance ni de haine vis-à-vis des assassins.

Puis il enchaîne sur la souffrance des victimes et dit qu'elles n'ont pas droit comme les agresseurs à un suivi psychologique, que ses victimes n'ont pas eu de suivi psychologique pour les aider à se reconstruire.

Un silence suit cette intervention, je demande à quoi cela fait penser.

M. L. dit ne pas très bien comprendre le sens de l'intervention de M. G.

Celui-ci dit alors que c'est pour reprendre ce qu'avait dit M. T. la séance précédente en ce qui concerne les victimes.

M. T. fait alors remarquer qu'il n'est pas français et qu'il n'arrive peut-être pas à rendre compte parfaitement de ce qu'il veut dire. Puis il reprend ce qu'il avait développé la semaine précédente : <<Lorsque l'agresseur est en prison, il devient alors victime de la société>>

M. G. lui fait remarquer qu'il est surtout victime de lui-même et que c'est son crime qui l'a amené là.

M. T. revient sur le fait qu'il n'arrive pas à s'expliquer.

M. L. dit que lui n'arrive pas à le comprendre.

M. T. insiste, il y a des agresseurs qui peuvent être victime.

M. L. agacé répond : <<tu as été jugé comme agresseur, donc tu n'es pas victime. Quelle drôle de semoule !>>

M. T. dit alors qu'il ne parle pas des agressions sexuelles mais d'autres délits comme l'escroquerie ou le cambriolage. <<Le cambrioleur peut être tué par le propriétaire, il devient alors victime>>

M. D. dit que tout de même au départ, c'était lui l'agresseur.

Je fais remarquer, qu'en ce qui concerne le sentiment d'être victime en prison, peut-être s'agirait-il d'une manière de dire une souffrance.

M. L. reprend et dit que ce qui l'étonne le plus c'est l'absence d'affect de M. T. <<C'est dans la tête que tu as de la semoule>> reprend-il. Il enchaîne : <<Que tu subisses mal la détention, je comprends mais que tu sois victime, non. Tu centres tout sur toi. Que tu sois victime de ton affaire, non.

M. T. dit qu'il n'est pas victime de son affaire mais que la prison l'a traumatisé puis enchaîne sur sa claustrophobie qui le fait énormément souffrir depuis toujours et que son début d'incarcération a été de ce fait très difficile.

M.G. revient sur les victimes : <<Il y a une différence entre notre souffrance et celle des victimes, elles n'ont pas demandé ce qu'il leur est arrivé, c'est sans comparaison>>

Je dis : <<on parle là de souffrance qui pouvait être masquée avant l'incarcération, face à quelque chose qu'on ne contrôle plus, tout s'effondre>>

M. T. revient sur sa claustrophobie et donne de nombreux exemples.

M. R. conteste ces exemples et revient à la réalité.

M. D. dit alors que lui aussi est claustrophobe et évoque la salle de thérapie qui est très petite
<<Je ne pourrais y tenir 3 heures>>.

La discussion se poursuit sur la claustrophobie puis M. T. dit : <<Chaque personne pense différemment, on n'est pas pareil. C'est peut-être pour ça que je me suis dit victime, j'ai vu la mort devant les yeux. Pour moi, ma peine, c'est 100 fois plus que ce que j'ai fait, c'est pour ça que je commence à me victimiser. Avant je pouvais pas rester dans une pièce fermée comme ça, ça m'a peut-être aidé à guérir de ma claustrophobie ?>>

M. G. : <<La seule chose qui soit commune à tous les membres du groupe, c'est ce qui nous amène ici, après, chacun analyse à sa façon>>.

M. L. évoque le manque d'attention dont les détenus sont l'objet. <<Quand on vit en société, on a la reconnaissance des autres, sinon, on vit seul sur une montagne. >>

Puis, il reprend sur ce que disait M. T. : <<Jusqu'à présent, dans ton discours, je n'avais pas entendu ça. Tu disais jusqu'à présent que tu n'avais pas conscience de la gravité de ton acte>>.

M. D. : <<Si on nous avait dit que c'était mal, on aurait pas été là>>.

M. T. : <<Je suis victime de mon ignorance, en fait. Je ne suis pas fou>>.

Le discours du groupe se poursuit sur les barrières qui n'ont pas été mises en place...

M.T. : revient sur l'évolution du droit par rapport au viol : <<Il y a quelques années, ce n'était pas aussi condamné>>.

Je demande si ça change quelque chose à la souffrance de la victime.

M. D. : <<Pour la victime, c'est perpette. >>

Le groupe se demande ensuite si l'agresseur peut être l'objet de pitié de la part des victimes après que M. G. eut dit que ses victimes avaient pleuré après l'énoncé du verdict.

M. L. pense que la victime doit d'abord éprouvé de la colère, de la haine mais pas de pitié.

M. D. : <<Moi, je n'ai pas ressenti de pitié envers mes agresseurs et mes victimes, je crois pas qu'elles aient ressenti de la pitié>>.

M. R. : <<Moi, c'est pas de la colère, ni de la haine mais c'est : pourquoi moi ? La colère ce serait aussi faire du mal à l'autre mais moi c'est ce pourquoi qui m'a beaucoup travaillé>>.

M. L. : <<J'ai plus de frustrations de ne pas me souvenir de cette période>>.

M. R. : <<Pour moi, cette période c'est un calque, je pourrais tout dessiner. Pour mon frère, c'est différent, il était plus petit de 2 ans, le ressenti est pas le même>>.

M. T. : <<Pourquoi, on nous a pas appris à l'école que le crime sexuel, c'était gravissime ? Je peux dire : je suis pas responsable, je savais pas. Ma mère m'a dit de ne pas toucher à la drogue, c'est mal, j'y ai pas touché>>.

La co-thérapeute intervient : <<M. T. vous parlez du crime sexuel, mais on peut aussi parler d'une atteinte à l'autre et ça, s'est mal>>.

M.T. : <<Je sais que le viol c'est interdit mais, je ne sais pas que c'est grave>>.

M. L. encore excédé : <<On n'apprend pas ça, tu le ressens, ça s'apprend pas avec des mots, c'est des choses que tu ressens avec ton corps. On n'apprend pas le sentiment amoureux, tu le ressens avec ton corps, merde. Tu me fais perdre mes moyens>>.

M. R. : <<Si tu n'avais pas été conscient, tu ne serais pas passé à l'acte. Il était conscient de ce qu'il faisait mais sa victime, c'était un bout de bidoche>>.

<<En tout cas, le groupe ça fait éprouver des choses, nous devons nous arrêter aujourd'hui>> dis-je.

3) Les entretiens de reprise

Ils ont lieu deux jours après la séance de groupe.

M. D. Il revient d'emblée sur la question des "victimes" dont a parlé M. T. Il insiste sur le débat animé que cela a suscité et pour une fois, il s'est senti bien dans ce débat, il a pu dire ce qui lui venait à l'esprit. Il fait le lien avec sa fonction d'animateur de l'association d'ancien buveur où dans ce cadre, il n'avait aucun mal à prendre la parole, mais c'était lui l'animateur. Dans ce groupe c'est différent, il est un des participants. Il évoque que dans le groupe tout le monde est là pour la même chose et que la règle du secret protège la parole, ce qui se dit ne sort pas du groupe. *La question des limites est ainsi posée.*

Il est très content de son évolution dans le groupe où il se sent plus à l'aise et arrive mieux à parler même si, parfois, il a du mal à saisir tout ce qui se dit; il est un peu sourd et souffre d'acouphènes, il remarque que, cependant il n'ose pas demander à certains des participants de répéter lorsqu'il n'entend pas. Puis, il associe sur un parloir où sa fille aînée est venue samedi dernier (cette fille fut une de ses victimes). Elle l'a trouvé changé, il a remarqué qu'il parle plus au cours de ces parloirs. Monsieur D. ressent maintenant le besoin de parler avec elle de ce qui s'est passé. Sa fille est elle-même en psychothérapie depuis plusieurs années. Mais les passages à l'acte, pour l'instant, restent un sujet tabou.

C'est par une identification au thérapeute principal et le retour à sa place d'enfant dans le transfert que M. D. peut se sentir bien dans une confrontation fraternel avec les autres participants au groupe. Le transfert latéral (transfert sur les co-thérapeutes ou sur les autres membres du groupe), permet une reprise de la problématique du fraternel dans un climat de

sécurité car la position paternel est incarné par le thérapeute principal. Ce qui suscite naturellement une interrogation sur sa place de père vis-à-vis de ses filles et de resituer les violences sexuelles dans leur relation.

M. T. me dit que comme les autres fois, il va nous raconter une histoire. Je l'encourage d'abord à évoquer ce qu'il a ressenti lors de la séance de groupe. Il évoque un phénomène curieux qui l'a surpris lui-même. Lorsque la co-thérapeute s'est adressée à lui, il ne l'a pas entendu et il ajoute qu'en y réfléchissant, lorsque dans le groupe quelqu'un s'adresse à lui personnellement, il n'entend pas car, il pense en même temps à ce qu'il devra répondre et cela l'empêche d'écouter ce qui lui est dit. Cela explique dit-il qu'il répond souvent à côté. Par contre lorsque je m'adresse au groupe, là il écoute sans problème.

Puis revenant à sa première idée, il nous raconte une histoire où suivant le schéma habituel, une femme l'a humilié. Ces humiliations à répétition, des centaines de fois dit-il, expliquent d'après lui son passage à l'acte où il s'est vengé de toutes les humiliations. Nous évoquons avec la co-thérapeute la fonction de ces histoires, et nous réévoquons comme nous l'avons déjà fait les contes de mille et une nuits ou Shéhérazade, pour sauver sa vie raconte un nouveau conte chaque soir au sultan.

La rencontre directe à l'autre est vectrice d'une grande angoisse et met en route un mécanisme de protection paradoxale. Pour pouvoir répondre, il ne peut plus écouter la question ou l'interpellation. Le groupe, la dilution dans le groupe protège et permet alors d'écouter sans se sentir nécessairement mis en cause. Ce qui ne peut être encore dans les entretiens de reprise et qui nécessite ce que nous avons appelé le syndrome de Shéhérazade qui consiste à tenter de mettre sous emprise l'interlocuteur à l'aide d'un conte, d'une histoire, pour sauver sa vie, ici sa vie psychique! Ces histoires assez peu variées visaient essentiellement à tenter de faire éprouver au thérapeute de la compassion. Elles tournaient toujours autour de l'évocation d'humiliation qu'il avait eu à subir et essentiellement de la part de femmes. Ce qui peu à peu fut mis en lien avec son enfance et ses relations à sa mère et surtout à ses grandes sœurs qui l'ont élevé, sa mère étant occupée à peu près à temps plein par un frère plus âgé gravement handicapé mental.

M. R. frappe très fort à la porte et nous fait sursauter la co-thérapeute et moi-même. Il entre en disant : <<Je ne vous laisse aucun répit>>.

Comme à l'ordinaire dit que le groupe ne lui apporte pas grand-chose et qu'il n'en a pas besoin pour faire son auto analyse déjà bien entamée lors de ses psychothérapies précédentes

et surtout grâce à la lecture des ouvrages de Boris Cyrulnik qui lui avait vécu comme lui des moments de vie très difficile. Il y a quelques entretiens de reprise, il nous avait d'ailleurs menacé de lui écrire pour se plaindre de la psychothérapie et lui dire à quel point cela ne lui servait à rien et que nous ne comprenions rien. Pendant quelques semaines ensuite, il avait multiplié les actions de réparation, m'attendant par exemple dans la cour lorsque j'arrivais le matin pour me saluer en s'étonnant qu'il soit toujours là quand j'arrivais, ce devait être le hasard.

Il évoque très vite lors de cet entretien de reprise, la question qui le taraude actuellement : est-ce que ses victimes ont une psychothérapie ? Lui, n'en a pas eu lorsqu'il était enfant ni lors de son accident. Il pense que si quelqu'un lui avait tendu la main dans ces moments là, il n'aurait peut être pas commis ses crimes. Mais, ajoute-t-il l'aurait-il saisie ?

Puis, il enchaîne sur le fait que lorsqu'il buvait, il arrivait en pleurant à parler de lui à ses amis. Ensuite, il s'en voulait beaucoup et ne les revoyait plus. Dans le groupe cela lui arrive de vivre les mêmes choses mais comme il en est de même pour les autres participants cela lui est plus tolérable même s'il pense toujours qu'il n'aurait pas dû parler et garder ce qui est "personnel" pour les entretiens de reprise.

La souffrance narcissique est telle qu'il est nécessaire de disqualifier le dispositif thérapeutique et, bien sûr, les thérapeutes. En faisant appel à une image idéalisée de thérapeute, en miroir, un thérapeute qui jouit d'une grande notoriété mais qui a, surtout, vécu les mêmes drames dans son enfance. L'identification héroïque narcissique fonctionne à plein. Les thérapeutes auront à résister à ces attaques sans exercer de représailles, à les accueillir.

L'identification aux victimes se fait sur le même mode, une identification narcissique mais nous pouvons constater que cette foi, il peut envisager qu'un autre puisse apporter de l'aide. Nous pouvons considérer cela comme une évolution. Il peut imaginer qu'il soit possible d'avoir besoin d'un autre et que cela peut être salutaire.

Cet entretien se termine par une évocation de la différenciation des espaces et par la contenance du groupe.

M. G. évoque d'emblée la mort de sa mère, sa tristesse. Puis, il nous lit une lettre de l'un de ses fils en réponse à sa demande que ses enfants soient un peu plus proches de son épouse. Son fils fait état de tout ce qu'il fait déjà et lui renvoie qu'il n'est peut-être pas le mieux placé pour faire des reproches. Cela le touche et entame encore un peu plus son idéal de bon père et de bonne famille.

Enfin, il revient sur ce qui a été évoqué dans le groupe autour de la pitié envers les agresseurs et sur la nécessité pour les victimes d'être suivies. Il associe sur le fait que lors du jugement, ses petites filles ont pleuré à l'annonce du verdict et que certainement, elles se sentaient coupables d'envoyer leur "papi" en prison pour tant de temps.

Monsieur G. dans ce moment très difficile de sa vie retrouve des émotions vraies. Il est un modèle de faux-self : bon fils, bon père, bon mari, bon travailleur, bon grand-père qui pourtant avait une vie parallèle lorsqu'il abusait de son neveu ou de ses petites filles. L'emprise sur ses petites filles est reconnue à travers le lien très fort qui les unissait à leur grand-père, à partir de là, a pu se travailler une déconstruction de ce faux-self, en étayage sur la dynamique transférentielle tant centrale que latérale. Ce qu'il prenait pour de l'affection et des moments "d'égarement" a pu être pensé en termes de violence.

M. C. n'était pas présent à la séance de groupe. Je lui demande ce qu'il imagine du discours du groupe. Il pense que cette séance a certainement été le prolongement de la précédente et qu'il a été question des victimes, de la réparation et de la nécessaire reconnaissance par le procès. Il associe sur la reconnaissance de l'enfant lorsqu'il était infirmier. Il associe ensuite sur le poids d'un enfant mort, il en a porté des dizaines voire des centaines lorsqu'il travaillait dans l'humanitaire. Et, malgré tout, dit-il, <<j'ai abusé d'enfants>>. Il évoque ensuite ses deux personnalités et que c'était soit l'une, soit l'autre. Il a le sentiment que les deux coexistent toujours mais ensemble et l'une en arrière de l'autre. Sa personnalité pédophile existe toujours mais <<avec des barrières>> dit-il.

Même lorsqu'un participant n'est pas présent à la séance de groupe, le travail en entretien de reprise a lieu, cela permet de faire appel à sa fonction imaginaire. Cette évocation de ce qu'il pense qu'a été la teneur du discours groupal lui permet d'associer sur sa propre violence qui s'est exprimé lors des passages à l'acte. Violence qui avait été contre investie pendant de nombreuses années grâce à son engagement dans l'humanitaire. La reconnaissance de ses deux personnalités et la reconnaissance de leur coexistence signe le fonctionnement de liaison interne qui les fait reconnaître maintenant dans un rapport spatial, l'une en arrière de l'autre. Réduction du clivage ?

Nous pouvons constater comment ce dispositif permet tout un travail de liaison entre le groupal et l'individuel. Le travail psychique autour du lien est particulièrement convoqué et peut se déployer dans la forme même de ce dispositif. La dimension topique présentant des espaces thérapeutiques différenciés et en lien peut être considérée comme un analogon mis en

scène du fonctionnement psychique. Nous avons vu que c'est bien le fonctionnement préconscient des sujets auteurs de violences sexuelles qui est en défaut. Comme Claude Balier nous l'a brillamment montré, il est nécessaire de mettre en scène dans la réalité les fonctionnements en souffrance dans la psyché de nos patients. Il est nécessaire de présenter un processus pour que puisse naître une représentation du processus psychique.

Ce fonctionnement préconscient externe, pourrais-t-on dire, doit pouvoir être peu à peu être introjecter et faire le lit au fonctionnement préconscient interne. Certains ont parlé chez les sujets dont le passage à l'acte ou la somatisation sont les principaux modes de fonctionnement, de manque "d'épaisseur" du préconscient. Notre dispositif vise donc à donner un peu d'épaisseur à ce qui permet les processus de liaison et de conflictualité interne. N'est-ce pas là le but de toute psychothérapie ?