

Comment soigner des auteurs d'inceste si nous admettons que seule la pulsion de mort est l'aboutissement de leurs actes ?

Mes différents lieux de formation, ma pratique et mon expérience clinique en prison puis en milieu psychiatrique pour adultes m'ont amené à mettre en place des thérapies de groupe pour auteurs de violences sexuelles depuis 15 ans dans les LANDES à MONT DE MARSAN. L'un des quatre groupes de parole est spécifique à la prise en charge des patients incestueux.

Le dispositif psychanalytique de groupe décuple les processus qui s'expriment dans l'entretien clinique entre le patient et son thérapeute. Le groupe est à mi-chemin entre l'individu et la société. Chaque membre doit composer avec l'autre en respectant les règles posées par les co-animateurs. Le groupe permet de sortir du sentiment de toute-puissance d'un individu isolé avec sa victime pour intégrer un espace de parole et d'affects partagé en créant sa place qui est déjà là... comme l'objet transitionnel de D.W. WINNICOTT. C'est pourquoi, nous sommes toujours étonnés avec la rapidité et la facilité avec lesquelles un nouvel auteur s'insère dans un groupe. Cet espace intermédiaire entre injonction ou obligation de soin posée par la Justice et contrat thérapeutique proposé par le psychologue traitant constitue un espace contenant les pulsions, les angoisses et les fantasmes. Après la solitude de la jouissance mortifère de l'agir vient la possibilité de faire émerger un désir de parole et de compréhension de soi avec d'autres.

Le constat est édifiant : très souvent, la commission d'un acte incestueux est le moyen de lutter contre une angoisse de perte d'objet voire contre l'angoisse d'éclatement. Dans un cas comme dans l'autre, le sentiment de toute-puissance pour l'auteur en exerçant une relation d'emprise sur la victime, concerne tous les membres de la famille lorsque le déni psychique est à l'œuvre collectivement. La victime désignée aurait donc, dans l'inconscient familial, une fonction sacrificielle pour ne pas penser la dépression, la mort ou la folie.

Dans les groupes de parole pour patients incestueux, la pulsion de mort se trouve dans les coins de la salle mais aussi à l'extérieur, chez les professionnels qui ont en charge ce type de public. L'absentéisme pour les patients probationnaires est à la fois l'expression de leur transgression vis-à-vis de la loi par rapport à leur obligation ou injonction de soin et la manifestation de l'attaque de lien, à l'instar du recours à l'acte au sein des familles. On n'a de cesse de fabriquer, comme venant avant tout, du pouvoir politique, plus que des patients ou de leurs victimes, une sorte de demande sociale paradoxale : « *Madame, Monsieur, vous êtes libre d'avoir des soins sous contrainte* »... qui devient rapidement contraignante pour les auteurs de violences sexuelles. L'absentéisme produit parfois, sans concertation de patients, la suspension de séance et non pas son annulation, car dans nos règles, un ou deux patients présents ne constituent plus un groupe, si vous désirez que les mots aient un sens.

Cette désertion met en évidence l'angoisse de vide ou de perte d'objet signant ainsi l'angoisse de mort, la dissolution du groupe, pure projection de la propre dissolution du patient.

Il s'agit de vider de leur sens les mots et les pensées pour éviter de penser, justement là où les m. a. u. x. et les angoisses pouvaient se vider au sein du groupe puis être l'objet d'une élaboration. Une fois de plus, l'acting out ou l'agir, c'est-à-dire, la non-résolution de l'angoisse de mort (par rapport au passage à l'acte, selon LACAN) s'est déchargée y compris en posant le clivage du type : « *Je ne peux pas venir au groupe car je travaille et je n'ai pas dit à mon employeur que j'étais en injonction de soin.* » Cette jouissance est un manque à être. Le paradoxe est le suivant : être absent pour ne pas disparaître.

Autre expression de la pulsion de mort, la figure du monstre. Nous entendons dans les premiers entretiens cliniques ceci : « *Je ne veux pas faire de groupe car j'ai peur d'eux ou de ce que je suis* ». Cette figure tératogène est largement répandue dans la société et surtout en prison, ainsi l'auteur de violence sexuelle dit « le pointeur » en détention, est la personne la plus dénigrée, détestée, violentée. A l'hôpital, nous devons donc, dans notre contre-transfert, accueillir avec bienveillance le patient pour déconstruire la figure du monstre. Avoir peur du groupe ou faire peur, c'est pour l'auteur, manifester encore un sentiment de toute-puissance vis-à-vis de la violence destructrice de ses actes comme si dans son imaginaire, nous avions la possibilité de dépasser le réel – ne plus être un homme, en s'affranchissant du symbolique – les termes qui lui sont posés par la loi. Or, le réel, c'est ce qui nous résiste. En sortir, c'est être dans la psychose.

Troisième manifestation de la pulsion de mort dans le discours groupal : la dévitalisation de la victime par les processus de banalisation, de minimisation, de vulgarisation, de dénégation, d'annulation et finalement de déni des actes commis, à tel point que certains patients par défaillance de l'empathie, nient la sidération de la victime au moment de l'acte. La clinique de l'agir nous demande une part d'interventionnisme : nous devons (re-)signifier à l'auteur en présence des autres membres du groupe l'existence complexe mais bien réelle de l'Autre.

Enfin, nous pouvons identifier la relation d'emprise comme libre circulation de la pulsion de mort accompagnée du déni, au sein des thérapies de groupe et dans les familles incestueuses. A la différence de ces dernières, dans le soin groupal, cette relation est diffractée sur le plan du transfert et surtout encadrée par les co-thérapeutes, garants des règles du fonctionnement. A cette fin, nous différencions l'intime du privé pour faciliter le passage du réel à l'imaginaire par le symbolique. L'objet intermédiaire est le jeu de rôles qui vient après le débat tenu en séance. Deux ou trois patients désignés par d'autres membres du groupe vont au milieu du cercle où nous prenons place pour jouer une scène à partir d'une consigne fournie par les co-thérapeutes. Le but est de répondre au désir d'autrui en tenant compte de son propre désir, le tout dans la peau d'un personnage. Cette mise à distance de soi et de l'autre est 'caravagesque', entre clair-obscur où l'on peut passer de la tension dysphorique à l'euphorie, entre réel et imaginaire, la chair se verbalise, la mise en acte devient une élaboration.

Le jeu de rôle permet au patient de distinguer l'espace intime qui relève du secret (parfois absolu et indicible), lieu du conflit psychique individuel entre le ça et le moi, de l'espace privé qui correspond à la discrétion, au tact, au secret partagé mis au travail à plusieurs en thérapie de groupe comme lieu de conflictualité (le groupe, la famille, l'institution).

En conclusion, face à ces tentatives d'attaque de cadre et des différents membres, que doit-on faire ? C'est l'échec de la demande sociale et de l'autocontrôle. Comment faire émerger la responsabilité des patients lorsqu'une partie d'entre eux fait inconsciemment alliance avec ceux qui sont chargés de les contrôler (personnel de probation et parfois médecin coordonnateur) ? Dans notre pratique groupale, nous apprenons à résister, le cadre est un réel à l'épreuve de l'imaginaire pour travailler le transfert, le contre-transfert et l'inter-transfert (transfert circulant entre thérapeutes du groupe).

Concrètement, lorsqu'une séance n'a pas eu lieu, nous reprenons là où nous en étions restés avant la suspension de séance. Les thérapeutes incarnent alors la fonction de tiers entre l'auteur et la justice à défaut d'une triangulation oedipienne.

Si pour Michel FOUCAULT, le souverain d'autrefois avait le droit de vie ou de mort sur ses sujets, donc un droit de tuer, c'était faire mourir ou de laisser vivre. Aujourd'hui, la notion de 'biopouvoir' de FOUCAULT – condamner quelqu'un à se soigner, lui ordonner de porter un bracelet électronique nuit et jour, suscite un nouveau droit, celui de faire vivre et de laisser mourir en passant d'une économie de marché à une société de marché.

J'attire enfin votre attention sur la transmission du 'biopouvoir' entre les professionnels : tantôt du côté des soignants tantôt du côté des personnels de la justice. Nous serions en fait, auteurs, victimes, familles et professionnels, tous pris dans un processus de domination dans lequel les individus seraient contraints d'adopter la norme collective au moment même où ils pensent détenir leur destin biologique par la parole. C'est ce que la sociologue Dominique MEMMI a appelé le gouvernement par la parole, prônant le « *souci de soi et de son corps comme bien durable à préserver. (...) Ce n'est plus tant le pathologique mais le biologique comme destin qui fait l'objet de la plainte.* » De la haine à la destruction des liens, est-ce là une nouvelle façon, pour nos sociétés, de sublimer la pulsion de mort ?

Que découvrons-nous au-delà de la haine et de l'envie ? « Une fois la haine exprimée, l'amour a une chance », disait D.W. WINNICOTT. Mais ce qui est essentiel, au fond, est l'illusion au cœur du lien, comme le suggère Christophe JANSSEN. « La consistance du lien » est l'oxymore qui résume peut-être la problématique incestueuse. Comme la bande de Moebius de LACAN, il convient de penser l'interface entre deux réalités, l'interne et l'externe. Deux réalités qui ne sont pas en continu mais contiguës. De là, naît l'illusion nécessaire pour penser la réalité de la séparation d'avec l'Autre et sa liberté. ✍

BIBLIOGRAPHIE, PUBLICATIONS & LIENS SUR INTERNET

- C. BALIER, *Psychanalyse des comportements sexuels violents*, PUF, 1996
- C. BALIER, *Les bases d'une relation thérapeutique*, in site www.artaas.org
- J. BERGERET, *La violence fondamentale*, Dunod, 2000
- J. BERGERET, *Narcissisme et états-limites*, Dunod, 1996
- A. CIAVALDINI, *Psychopathologie des agresseurs sexuels*, Masson, 1999
- D.-R. DUFOUR, *La Cité perverse. Libéralisme et pornographie*. Gallimard, 2012
- S. FREUD, *Pulsions et destins des pulsions (1915)* in *Métapsychologie*, Gallimard, 1987
- R. GORI, *Faut-il renoncer à la liberté pour être heureux*, Ed. Les Liens qui Libèrent, 2014
- J. LACAN, *La logique du fantasme*, Paris, Association Lacanienne Internationale, 2004
- J.-P. LEBRUN, *La condition humaine n'est pas sans conditions*, Denoël, 2010
- J.-P. LEBRUN, *Les couleurs de l'inceste, se déprendre du maternel*, Denoël, 2013
- D. MEMMI, *Faire vivre et laisser mourir. Le gouvernement contemporain de la naissance et de la mort* in *Politix*, vol. 17, n°67, Troisième trimestre 2004 pp. 203-207
- O. VERSCHOOT, *Du déni au crime, Des origines psychologiques de la violence*, Imago, 2014
- M. SANDEL, *Marché, moral et vie civique*, *Le Monde diplomatique*, octobre 2015
- C. SY-QUANG-KY, *Le meurtre sacrificiel, folie du narcissisme*, colloque Université d'Edimbourg, 2012 – site www.artaas.org
- C. SY-QUANG-KY, *Vide et création : l'espace projectif de l'auteur d'agressions sexuelles en établissement carcéral* – mai 2006, sur site www.artaas.org
- C. SY-QUANG-KY, *La relation d'emprise dans l'œuvre du Caravage – La dynamique du vide et du plein dans la relation auteur-victime de violences sexuelles*, XIème Journée de Protection et de Prise en charge de l'Enfance, Mont-de-Marsan 19-20/11/2009
- D.W. WINNICOTT, *De la pédiatrie à la psychanalyse*, Payot, 1969
- D.W. WINNICOTT, *Jeu et réalité, l'espace potentiel*, Gallimard, 1981

DOCUMENTS ANNEXES A L'INTERVENTION

Tirés des interventions à l'IFSI MONT DE MARSAN et du film paradigmatique :

« *Mysterious Skin* », de Greg ARAKI

Nous nous interrogeons souvent sur le sens profond du recours à l'acte en matière de violences sexuelles. L'acte est une effraction du réel dans l'imaginaire et le symbolique mais que signifie-t-il ?

L'effraction corporelle du viol commise par l'adulte sur un mineur pose l'emblématique et douloureuse fonction contenante de la peau ou enveloppe psychique avant d'être peau ou enveloppe physique. Notre expérience clinique nous amène à formuler l'hypothèse du viol conçue comme éventration du corps de la mère pour affronter son pouvoir d'enfantement. Il s'agit dans l'inconscient du violeur d'aller voir comment se forme la vie et se donne la mort en lien avec les conceptions sexuelles infantiles de la théorie freudienne. Cette hypothèse relève d'une angoisse archaïque : celle d'échapper au matricide en agissant un fantasme de mort que l'on repère dans la relation d'emprise puis dans le recours à l'acte.

Dans la prise en charge des auteurs de violences sexuelles, nous distinguons le trauma du traumatisme. Le premier renvoie à l'effraction selon une déstructuration du moi tandis que pour le second, c'est une notion liée à l'identification pour une structuration du moi. Chez l'auteur de violences sexuelles, nous sommes face à une scène réellement vécue, correspondant à des atteintes précoces du moi et des blessures narcissiques portant sur les origines, ce qui suppose des mécanismes de défense archaïques tels que le clivage, la projection et l'identification projective. On est loin d'une scène fantasmatique, symbolisable avec sublimation possible de l'affect inhérente à des fantasmes sexuels. Ces hypothèses théoriques nous aident à dépasser en tant que cliniciens, la figure du monstre, à sortir de la fascination du criminel et du préjugé « sexuel » puisque tout est violence et enfin, à s'affranchir de la limitation thérapeutique considérant le patient comme incurable.

Comment permettre au patient de se libérer de la jouissance liée à sa pulsion de mort ?

En produisant du conflit dans une clinique de l'agir d'orientation psychodynamique.

Le passage de la pulsion de mort à la pulsion de vie revient à ressentir la haine pour penser l'amour.

Et ce lien passe par le conflit. Dans la problématique incestueuse, la restauration de liens communicants consiste à sortir de la dynamique du vide et du plein, celle de l'angoisse de perte d'objet par la résolution du conflit générationnel, qui peut se formuler schématiquement ainsi :

« *votre fille n'est pas un orifice qu'on remplit d'angoisse mais un être qui s'oppose naturellement à vous parce que vous êtes son père* ». Cette résolution engendrerait la restauration de l'identité respectant ainsi le principe d'altérité.

De ce fait, nous préconisons une différenciation des souffrances donc des thérapies séparées entre auteurs et victimes d'inceste. Enfin, après le conflit posé et l'identité repensée, l'identification grâce à la loi devient possible où chacun est à sa place.

Cependant, cette dernière étape n'est possible que dans un travail de réseau entre partenaires du champ social, de la justice et du milieu sanitaire. Il est impensable de traiter les violences sexuelles en général et la problématique de l'inceste en particulier dans le cloisonnement institutionnel actuel. Comment voulez-vous que le patient puisse être dans une démarche thérapeutique d'identification et de différenciation des liens intrafamiliaux si nous-mêmes, les professionnels, nous travaillons chacun de notre côté, sans nous connaître ni nous parler ou avec méfiance et sauvegarde de nos espaces d'intervention respectifs ? Comment surmonter les mécanismes pervers de déni de l'autre et de clivage des équipes inconsciemment à l'œuvre chez les auteurs de violences sexuelles et leur famille si les intervenants ne sont pas en lien entre eux ? Le travail de réseau suppose d'abord une confiance en soi pour tisser un dialogue de toute confiance avec d'autres partenaires selon une méthodologie conçue et approuvée par tous, par délégation du pouvoir pyramidal.

La problématique des violences sexuelles et son traitement nous demandent donc de penser à un renversement de paradigme dans l'organisation de notre travail : le passage de la pensée pyramidale, sectorisée et immuable à une pensée réticulaire, celle du réseau, globale et fluide. Or, ce monde est déjà là qu'on le veuille ou pas.