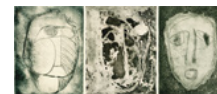


Psychiatrie et violence



Psychiatrie et violence

Auteurs d'agressions sexuelles et travail de groupe. Et si le groupe était le lieu d'inscription des affects en déshérence ?

M. Pittet

Volume 5, 2005

URI : <https://id.erudit.org/iderudit/1074595ar>

DOI : <https://doi.org/10.7202/1074595ar>

[Aller au sommaire du numéro](#)

Éditeur(s)

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

ISSN

1702-501X (numérique)

[Découvrir la revue](#)

Citer cet article

Pittet, M. (2005). Auteurs d'agressions sexuelles et travail de groupe. Et si le groupe était le lieu d'inscription des affects en déshérence ? *Psychiatrie et violence*, 5. <https://doi.org/10.7202/1074595ar>

Auteurs d'agressions sexuelles et travail de groupe

Et si le groupe était le lieu d'inscription des affects en déshérence ?

M. PITTET*

*"On ne tue point la rose
Dans les guerres du ciel.
On exile une lyre.*

*Mon chagrin persistant,
D'un nuage de neige
Obtient un lac de sang.
Cruauté aime vivre."*

(René CHAR, *Déshérence*)

Les auteurs d'agressions sexuelles dans un cadre carcéral d'exécution de peine bénéficient de diverses modalités thérapeutiques. Dans les pratiques du SMPP de Lausanne et au sein des établissements pénitentiaires de la plaine de l'Orbe, les psychothérapies individuelles côtoient les thérapies de groupe d'orientation psychodynamique. Dans le cadre de cet exposé, nous aborderons des aspects propres aux processus psychiques des délinquants sexuels et proposerons l'idée que le cadre groupal est un espace propice à l'émergence des affects, lesquels d'ordinaire sont le plus souvent évacués par les patients. C'est à partir de concepts issus de la métapsychologie psychanalytique que nous alimenterons notre réflexion.

INTRODUCTION

Penser la question du groupe thérapeutique en milieu carcéral équivaut à poser la question de la place et du sens des dispositifs de soins psychologiques, psychothérapeutiques dans un contexte si particulier. L'environnement carcéral en exécution de peine, par exemple, et les contraintes judiciaires notamment, ont une influence supposée sur la conduite et l'élaboration des soins avec les auteurs d'agressions sexuelles. Dans le cas de tels patients, la prison est investie de la fonction ambiguë de neutraliser ou de réadapter à l'ordre social des personnes particulièrement inquiétantes et dangereuses. Dans ce contexte, un service de médecine et de psychiatrie, institutionnellement indépendant de l'administration pénitentiaire, mais mandaté pour intervenir en prison, est alors pris dans la tension et la contradiction qui résident entre exigences thérapeutiques, d'une part, et impératifs sécuritaires et contrôle social, d'autre part. Les aspects caractéristiques des "institutions totalitaires" (Goffman, 1968) — les contraintes judiciaires, l'environnement carcéral ou encore l'injonction de soins — ne se prêtent pas de manière évidente au déploiement, au développement de l'activité de penser les processus psychiques de ces "patients-détenus" ou "détenus-patients".

Cela dit, si la prison les place dans un monde réellement inquiétant, voire perturbant, pour eux et pour ceux qui les surveillent, les aident ou les soignent, nous pensons avec d'autres auteurs (Balier, 1996) que l'incarcération leur

* Psychologue, service de Médecine et Psychiatrie pénitentiaire (SMPP), Lausanne (Suisse). Chargé d'enseignement, Institut d'Études Sociales-Haute École Spécialisée, Genève (Suisse).

permet de mettre en place une ébauche d'organisation psychique leur permettant d'accéder à une démarche de soins. Ajoutons encore que leur réalité psychique en détention est aussi marquée par une psychopathologie centrée, "ancrée" sur l'acte. Là encore, cette spécificité clinique ne favorise pas non plus le retour nécessaire sur le fonctionnement psychique. Ainsi, l'activité de pensée du thérapeute et le lien inter- et intra-sujetif sont mis à l'épreuve.

Nous nous intéressons ici plus particulièrement à la dimension groupale de la prise en charge d'agresseurs sexuels. Nous pensons avec d'autres auteurs (Anzieu, 1999 ; Bion, 1961 ; Kaës, 1976b) que le groupe a la particularité de représenter une sorte de caisse de résonance qui amplifie et catalyse les processus psychiques. Nous savons qu'en situation groupale il y a une tension entre l'identité de l'individu et celle du groupe. Dans la confrontation au groupe, chaque sujet engage des modalités psychiques qui appartiennent à des configurations de ses propres groupes internes (Kaës, 1976b). Une partie de ces configurations est engagée à son insu dans les processus du groupe : ou bien elles se perdent à tout retour dans l'espace interne, ou bien elles lui reviennent transformées par les effets du groupe et par le travail de l'appareil psychique du groupe (Kaës, 1976b).

Avec Tardif (1993), nous pensons que le groupe de parole offre un espace de liberté favorisant les processus de pensée dans le milieu carcéral. Dans le travail groupal sont visés le repérage et la mise en relation des transactions qu'entretient le sujet avec ses objets internes. On peut penser que le dispositif du groupe favorise chez le patient l'éclairage des processus psychiques qui le caractérisent. Par ce dispositif sont recherchés la levée des refoulements, la mobilisation des clivages et un réaménagement des défenses. *"Le groupe fait alors tiers entre le patient et l'environnement. Il est envisagé comme un espace de médiation"* (Kaës, 2002, p. 13-14). Il peut permettre aux participants de mettre en lien leur monde interne et l'extérieur.

Nous envisageons le groupe comme devant assurer des fonctions de contenance, de continuité, de fiabilité, de limite et de stabilité. Il doit résister à la mise à l'épreuve de la destructibilité des participants. Dans la mesure où le cadre "tient le coup", il permet aux participants de faire l'expérience que penser ne le détruit pas et que parler ne détruit pas les autres.

Dans le contexte de cette réflexion, nous définirons et décrirons tout d'abord la réalité psychique des auteurs

d'agressions sexuelles et les conditions de soins en milieu pénitentiaire. Nous proposerons ensuite d'envisager la scène groupale comme l'espace rendant possible l'émergence d'émotions qui, le plus souvent, à cause de la menace qu'elles font peser sur le psychisme, sont évacuées par les patients délinquants sexuels et restent peu abordables en thérapie individuelle.

RÉALITÉ PSYCHIQUE DES DÉLINQUANTS SEXUELS ET PSYCHOTHÉRAPIE

Prévalence de la réalité externe sur le monde interne et cadre thérapeutique

La pratique d'accompagnement et la trame d'entretien clinique pour l'évaluation des auteurs d'infractions sexuelles (Gravier et al., 2003) (1) nous confrontent chez les sujets en question à la prévalence des percepts sur la représentation. En effet, de tels sujets semblent étayer leurs processus psychiques sur les perceptions, notamment liées à leur environnement immédiat, plus que sur des éléments symboliques intériorisés. On pourrait dire que le monde "sensible" externe offre ainsi un étayage significatif. Les interactions que le sujet entretient avec cet étayage paraissent comme obturer l'accès à son monde interne. Par exemple, précise Ciavaldini, *"le percept danger ou menace sera utilisé pour se défendre de l'inélaboré interne"* (1999, 2001, p. 124).

Ce qui est aussi frappant dans la rencontre avec de tels sujets, c'est le fait que, si la reconnaissance de la violence physique liée à l'acte est parfois présente, dans la plupart des cas la violence "morale" ou psychique n'est pas repérée. Cette non-reconnaissance semble être un effet du déni de la différence. L'altérité n'étant pas reconnue, la victime serait ainsi mise dans une position symétrique d'égalité, dans une posture de double narcissique. On pourrait aussi dire que dans la mesure où la victime ne présente pas de traces physiques, de coups, il n'y aurait donc "visiblement" pas de violence. Là encore est mise en évidence la part prépondérante du percept dans cette économie psychique particulière : pas de perception, donc pas d'existence en soi. Cependant, nous observons aussi que de tels sujets peuvent être très sensibles à la violence psychique portée à leur narcissisme. Dans leur vécu, nombre d'auteurs d'agressions sexuelles ont fait l'objet d'humiliations et de domination de la part de leur environnement.

1. Ce questionnaire clinique est une démarche d'investigation utile aux entretiens d'évaluation préalables à une prise en charge psychothérapeutique. Il s'inscrit d'abord et surtout dans un programme de recherche. Il recueille des données anamnétiques approfondies : anamnèse familiale, consommation de produits psychotropes, vie affective, vie sexuelle, délits, etc. Face aux nombreuses questions posées par cette trame d'entretien clinique, l'auteur d'agressions sexuelles est mis en situation de réfléchir à de nombreux domaines de sa vie et à mettre des mots sur des événements de son histoire en lien avec son délit. Cela peut en général "ouvrir" la perspective d'un travail thérapeutique.

À partir du constat que les différentes dimensions de la violence faite à la victime restent souvent difficiles à repérer pour de tels patients, nous soutenons l'idée que l'injonction de soins (2) et le milieu carcéral sont porteurs, avec d'autres éléments du cadre de prise en charge, d'importants avantages permettant d'initier un processus d'accompagnement durant le temps d'incarcération. Pour les patients qui ne reconnaissent pas leur délit ou qui se limitent à une pseudo-reconnaissance, nous pensons que l'injonction réelle ou instaurée par les thérapeutes en lien avec la Commission interdisciplinaire consultative (CIC) (3) est particulièrement nécessaire lorsque le sujet n'amorce pas de changement psychique. Nous sommes plus précisément d'avis que cette injonction, perçue par le sujet au travers des consultations et contrôles réguliers, peut avoir un effet conteneur (Kaës, 1976a). De ce point de vue, ajoutons encore que, pour de tels sujets, c'est bien l'actuel qui fait présence : l'enjeu est effectivement de percevoir le réel au dehors suffisamment longtemps et souvent pour le mettre à l'intérieur, pour l'introjecter (Ferenczi, 1912). Sans cela, la forme en négatif s'effaçant (Green, 1993), le travail de mentalisation en est à terme rendu vain.

Concrètement se pose dès lors d'emblée la question de la régularité et de la permanence d'un tel cadre minimum. Il s'agit ainsi de maintenir des rencontres régulières, même espacées et courtes, avec les patients qui manifestent leur volonté de ne pas être suivi. Ce sont alors des séances qui permettent aussi de faire le point sur leur situation de détenu.

Suivi thérapeutique et psychothérapie

Notre pratique nous permet d'observer deux temps distincts dans l'accompagnement. Pour commencer, nous constatons, qu'une fois la trame d'entretien clinique passée, le patient peut commencer à explorer sa réalité psychique. Relevons une condition importante, soit que l'injonction de traitement ou l'incitation aux soins ait été

initialement clairement formulée par le thérapeute. Nous pensons que le psychothérapeute est en mesure de penser cette obligation de soins comme bonne et a avantage à s'étayer sur elle ; il en fait par là un élément essentiel du cadre d'accompagnement. De son côté, le patient est parfois dans une phase où il reconnaît l'acte et manifeste son "désir de changement". À ce stade, l'environnement et la réalité immédiats constituent encore quantitativement la plus grande partie des préoccupations et sujets abordés en séances. Nous pouvons donc dire que nous nous trouvons là dans une situation de suivi thérapeutique et non encore dans une démarche véritablement psychothérapeutique. Cette période nous apparaît comme une première phase de l'accompagnement.

La transition vers une démarche véritablement psychothérapeutique, deuxième temps du suivi, implique notamment que le cadre tienne compte, comme le dit Ciavaldini (1999, 2001), du risque de complicité des dénis dans le dessein de les éviter. Il s'agit ici pour le thérapeute de "sortir" de la neutralité et d'une écoute bienveillante pour mettre des mots, trouver des mots afin de dire ce qui est, ce qui a été éprouvé ; c'est ainsi que le sujet peut s'approprier sa propre perception ou celle du thérapeute. Cela signifie dès lors que le travail psychothérapeutique est notamment caractérisé par la possibilité pour le sujet de parvenir à mentaliser ses actes dans le registre de l'intersubjectivité. Bruno Gravier (2000) précise que l'intervention thérapeutique vise la mise en œuvre d'un processus de subjectivation et la possibilité pour le patient de porter un regard sur lui-même qui l'autorisera à reconnaître l'altérité ; il rappelle pour cela l'importance et la place de la loi. Par ailleurs, nous pouvons supposer que le thérapeute, par une posture plus active au plan de l'expression de ses éprouvés et de ses associations favorise ce travail d'appropriation. Cette attitude active implique de proposer au patient des représentations, des images ou

2. L'injonction de soins est définie par l'art. 43 du CPS. L'article 43 établit le statut pénal des délinquants dit mentalement anormaux. Pour situer ses objectifs et ses procédures, il faut rappeler que le code pénal suisse établit un système de peines et un système de mesures (Bernheim, 1999). Le premier système se rapporte prioritairement à la personne mise en cause. Il part du principe que l'homme a à exercer sa liberté et doit répondre de ses actes. S'il commet une faute, c'est-à-dire une infraction au sens de la loi, il fera l'objet d'une sanction pénale. Le système de mesures de sûreté, auquel appartient l'art. 43, se place dans une perspective différente et met au premier plan l'ordre et la sécurité. Pour faire face aux dangers que le comportement des délinquants mentalement anormaux peut entraîner, cet article met en place deux dispositifs : les traitements ordonnés et l'internement. 2. L'injonction de soins est définie par l'art. 43 du CPS. L'article 43 établit le statut pénal des délinquants dit mentalement anormaux. Pour situer ses objectifs et ses procédures, il faut rappeler que le code pénal suisse établit un système de peines et un système de mesures (Bernheim, 1999). Le premier système se rapporte prioritairement à la personne mise en cause. Il part du principe que l'homme a à exercer sa liberté et doit répondre de ses actes. S'il commet une faute, c'est-à-dire une infraction au sens de la loi, il fera l'objet d'une sanction pénale. Le système de mesures de sûreté, auquel appartient l'art. 43, se place dans une perspective différente et met au premier plan l'ordre et la sécurité. Pour faire face aux dangers que le comportement des délinquants mentalement anormaux peut entraîner, cet article met en place deux dispositifs : les traitements ordonnés et l'internement.

3. La CIC est définie par le Conseil d'État du canton de Vaud dans son règlement du 15 juin 1994 sur la Commission interdisciplinaire consultative concernant les délinquants nécessitant une prise en charge psychiatrique (RSV 3.9).

Art. 2. — La commission a pour mission d'assurer l'évaluation périodique du suivi psychiatrique, en cours d'exécution de peine et après libération, des délinquants internés en raison de leurs troubles psychiatriques ou nécessitant une mesure thérapeutique au cours de l'exécution de leur peine ainsi que d'aider les autorités et les soignants à choisir leurs orientations et à prendre leurs décisions.

Art. 4. — Membres. La commission est composée :

a) D'un psychiatre spécialisé dans la prise en charge des délinquants violents qui la préside.

b) D'un médecin directeur de secteur psychiatrique.

c) D'un psychologue.

d) D'un magistrat.

e) D'un travailleur social.

Ses membres sont nommés par le Conseil d'État. Ils sont élus pour une durée de quatre ans et sont rééligibles.

Art. 6. — La commission est une commission consultative.

encore des métaphores dans la visée qu'il puisse se les approprier. Nous pensons que ledit processus de subjection du patient mobilise chez le thérapeute la capacité de contenir des éprouvés d'horreur face aux descriptions des actes et celle de maintenir vivant l'idée d'une indicible et encore irréprésentable souffrance chez le sujet auteur d'agressions sexuelles.

La frontière et les distinctions entre pratiques thérapeutiques et autres types d'accompagnement restent difficiles à tracer et sont complexes à définir et à expliciter. Gravier (2000) nous rappelle que *"l'expérience nous oblige à rester modestes et à constater que nous sommes souvent loin d'un véritable processus introspectif. Il ne s'agit souvent que de jalons posés, prémisses à une démarche ultérieure"* (Gravier, 2000).

La rencontre avec les auteurs d'agressions sexuelles est souvent l'enjeu de violences. Du côté du thérapeute, la violence qui peut être éprouvée envers le sujet ne cède parfois la place qu'au désarroi de ne pouvoir exister auprès du patient sans se sentir "pris", voire "vampirisé" ou dénié dans sa qualité de soignant, et même parfois dans sa qualité d'être humain, de sujet singulier. En bref, on peut dire que le patient donne à vivre au thérapeute ce que lui-même ne peut justement pas vivre dans son propre psychisme. En paraphrasant Bion, nous pouvons dire que le psychothérapeute devra tenter, dans une "rêverie soignante primaire", de mettre en pensées les éléments bruts dont il est conteneur (Kaës, 1976a). En effet, les affects souvent massifs, violents et chargés de haine doivent être déposés et travaillés psychiquement — comme "psychisés" — afin que ce qui sera renvoyé au patient puisse être "du pensé" et non plus de l'éprouvé brut (élément bêta chez Bion).

Notre clinique nous confronte à d'importantes difficultés. Du fait des problématiques psychiques présentées par les délinquants sexuels, la thérapie individuelle peut être favorablement complétée par des médiations, ne serait-ce que pour la rendre tolérable et pour atténuer les modalités transférentielles marquées par une grande destructivité. Le travail du soin en milieu pénitentiaire est un travail contre les déliaisons, une lutte contre la pulsion de mort et ses effets. Dès lors, comment rester psychiquement en vie est une question, nous dit Gravier (1998), *"qui s'élabore constamment parmi les équipes de soins lorsque nous construisons un cadre thérapeutique à la fois élément du système de parexcitation (selon Balier) et dépositaire des parties les plus archaïques de la personnalité de nos patients (selon Bleger)"*. Il souligne encore pour ne pas l'oublier que *"le cadre permet au soignant de restaurer son propre narcissisme mis constamment à mal par les phénomènes d'identification archaïques qui dévitalisent les équipes"* (Gravier, 1998).

AFFECT ET GROUPELITÉ

L'affect évacué

Pour le délinquant sexuel, penser est source de danger, de désorganisation psychique. L'attention sur ce qui est vécu au-dedans du sujet est souvent perçue comme une intrusion, parfois comme une violence insupportable ; elle menace et attaque les organisations défensives qu'il a mises en place.

C. Balier (1996) a mis en évidence la nature de ces défenses où prévalent le déni, le clivage et l'identification projective. Il parle du déni comme "moteur du clivage" (Balier, 1996, p. 35). Il s'agit là, en particulier, du clivage du moi. Nous pouvons éclairer ce type de clivage à l'aide du concept de "transfert passionnel" développé par Rousillon (1991). Selon lui, ce transfert sur le cadre ou sur le thérapeute est l'une des façons dont se réactualisent les conditions historiques traumatiques, ou certaines d'entre elles qui ont abouti à l'organisation d'un clivage du moi.

Ces mécanismes de défense témoignent donc de la mise en échec des introjections et projections dans une dynamique d'échanges souples et diversifiés entre le dedans et le dehors, le monde interne et la réalité externe, entre passé et présent. Les sujets délinquants sexuels font état la plupart du temps d'un déni de leur conflictualité interne et se montrent souvent dans un contre-investissement défensif de la réalité externe : la faute en revient aux autres, au système, au milieu, etc. Prévaut aussi, dans la rencontre thérapeutique, une pensée de type opératoire qui s'intéresse presque exclusivement à la réalité "concrète", aux faits "ici et maintenant", et évacue les émotions.

Pour éclairer la délicate question de l'affect, nous faisons appel à Green (1973). Il décrit l'émotion comme *"un affect identifié à un investissement torrentiel qui rompt les digues du refoulement, submerge les capacités de liaison et de maîtrise du moi. Il devient une passion sourde et aveugle, ruineuse pour l'organisation psychique. L'affect de pure violence agit cette violence en réduisant le moi à l'impuissance, le contraignant à adhérer pleinement à sa force, en le subjuguant dans la fascination de son pouvoir"* (Green, 1973, p. 286).

En résonance avec notre pratique clinique, ceci nous conduit à préciser la nature d'une relation passionnelle, souvent impossible à définir, où l'aspect érotique n'est pas reconnu par celui qui en est le porteur. Il n'est d'ailleurs pas rare que nous soyons confrontés à l'expression de cette passion inconsciente sous la forme d'une nostalgie sans cause décelable ou encore un sentiment presque constant de solitude ne laissant que trop peu percer des fantaisies amoureuses très souvent arrêtées lorsque

le patient serait en mesure d'en avouer quelque peu la nature. La passion peut encore se deviner ici par la trace d'une déception radicale, l'attente vaine d'un miracle qui soustrait le sujet à la nécessité d'énoncer son désir, désir dont il s'efforce de brouiller les pistes et les origines et se refuse à reconnaître les traces que celui-ci a laissées y compris dans son corps.

Nous pouvons apparenter les symptômes de nos patients à ceux de la "psychose blanche" (Green, 1993), caractérisée par l'absence de délire et de dépression, marquée par une paralysie de la pensée et le recours à l'acte pour se dégager de cette paralysie. De ces patients aux limites de la psychose, nous pouvons aussi dire qu'ils nous font penser aux descriptions et propositions de Racamier qui fondent ses concepts d'incestuel (1992) et d'antœdipe (1989). Sous cette dernière dénomination est décrite une constellation psychique originale et originaire qui conférerait au "sentiment du moi" une dimension démesurée chez le sujet, comme une sorte de mégalomanie narcissique que l'on peut retrouver chez nos patients. Un état de deuil comme interminable qui enferme le sujet à son insu dans la pérennité d'une souffrance narcissique.

Ainsi, au plan des aspects cliniques, nous pouvons dire que les manifestations explicites des "sorties torrentielles du lit des affects" sont notamment signalées par la violence pulsionnelle agie dans des comportements sexuels violents et antisociaux. Avec Green (2002), on peut penser qu'ils semblent indiquer les chemins pris par des affects en déshérence.

La situation groupale

Rappelons que le dispositif groupal, en tant que groupe, fait vivre ou revivre à ses participants des émotions et des angoisses caractéristiques : englobement, perte de l'identité, jalousie, rivalité, disqualification, exclusion, etc.

Le groupe qui fait l'objet de notre observation s'est réuni durant cinq ans. Chaque semaine, la séance a duré une heure. Il s'est agi d'un groupe ouvert. Les observations concernent une période durant laquelle il a été composé de quatre patients en détention et de trois co-thérapeutes. Trois des patients font l'objet d'une injonction de soins. Parmi les co-thérapeutes, il y avait une psychologue, un psychologue et un infirmier. Parmi les consignes du groupe, il faut mentionner que les participants avaient pour tâche d'aborder leur rapport au pouvoir, leurs délits et leurs fantasmes sexuelles. La séance débute par un tour de table pour permettre à chaque participant de dire où il en est de manière générale, puis le groupe définit un thème à traiter au cours de la rencontre.

La matrice active groupale est constituée par l'association libre des patients, l'écoute flottante des co-thérapeutes et

leurs interventions actives qui visent à défaire l'illusion d'une complicité des dénis (Ciavaldini, 1999, 2001). Ces aspects sont en lien avec une règle fondamentale qui définit la liberté d'associer et la liberté de tout dire dans la pudeur des mots et non dans le faire (pas de passage à l'acte).

La dépression comme affect repéré

Prenons l'exemple suivant.

M. A entre dans le lieu de réunion, suivi de M. B, de M. C, puis de M.D. Un co-thérapeute demande qui souhaite commencer le tour de table.

M. A prend alors la parole. Il donne d'emblée le ton de la rencontre. Il parle surtout de lui et tente de faire l'impasse sur le thème. *"Je réalise que je suis, que j'ai été un prédateur avec les enfants"*. Le débit de ses paroles est lent, grave. Il parle longtemps de lui en cherchant ses mots. Il a le regard bas ; il regarde par terre. Il laisse de longs silences qu'il explique par sa difficulté *"à trouver les images qui vont avec les mots"*, des mots qu'il ne trouve pas. Il propose ensuite de reprendre le thème de la semaine précédente : la question des barrières internes et externes.

À tour de rôle, les trois autres participants se rallient à la proposition de M.A.

Avant d'aborder ce thème, un co-thérapeute explicite le sens de nombreuses interventions des co-thérapeutes au cours des dernières séances, interventions qui ont interrompu et coupé la parole de M.A. Il explique que M. A en parlant comme il a l'habitude de le faire prend beaucoup de place. Il rappelle aussi que les participants peuvent aussi échanger sur ce qu'ils vivent au sein du groupe ici et maintenant dans leurs relations aux uns et aux autres ou par rapport à l'absence de relation entre eux.

L'un après l'autre, les participants reprennent le terme de prédateur lancé par M. A ; M. B dit que ce terme est un peu fort mais qu'il est juste. M.D. dit que c'est tout de même un peu exagéré d'appeler un pédophile un prédateur. M. C dit que, s'il pense à sa fille, il ne se considère pas vraiment comme un prédateur. M. A affirme qu'il se sent un prédateur d'enfants. Il dit se rendre compte qu'il a détruit des vies et provoqué des traumatismes chez ses victimes. Il explique comment il suivait un enfant sur le chemin de l'école pour préparer ses actes ou encore la manière avec laquelle il le choisissait dans un train pour nourrir ses fantasmes dans l'idée d'installer un lien pervers. En regardant dans le vide, il conclut en disant : *"Je suis un malade et, en revenant en prison, je ne voulais pas accepter cette idée ; je disais que j'avais un problème sexuel. Mais j'ai privé des enfants de leur intimité ; je leur ai volé leur enfance"*. Après un long silence, M. D dit

que, pour lui, les choses ne sont pas les mêmes : *"Je n'ai pas l'impression d'avoir préparé mes délits, c'est plutôt comme si tout était déjà là pour que je fasse les actes"*. Après un temps d'arrêt, il poursuit : *"Quand même, c'est juste qu'un adulte ne touche pas un enfant ; c'est clair"*. Après un silence, M. B évoque la manière avec laquelle il s'approchait des enfants dans les piscines publiques. Il dit : *"Bien sûr, quand on en parle comme ça, c'est profond, c'est grave"*. M. C dit que c'est triste de revenir sur ces choses : *"Il y a peu d'espoir"*. Il poursuit : *"Je pense qu'il faut éviter les endroits où il y a des enfants et de se mettre dans une situation délicate ; il faut prouver à la société que l'on ne recommencera pas ; il faut faire ses preuves parce qu'autrement c'est sans espoir"*.

Le ton adopté par les participants est celui de la confession. L'ambiance est lourde, pesante.

Rappelons que les contenus inconscients se transmettent *"par le discours non verbal et par les aspects infraverbaux du langage"* (Ciccone, 1999, p. 161).

M. A propage par et dans le groupe un affect dépressif. Les co-thérapeutes tentent de s'en défendre. Les participants se rallient à l'unanimité à la représentation du prédateur.

Précisons que le vocable "prédateur" est utilisé par l'environnement carcéral pour parler des pédophiles. En l'occurrence, ce terme sidère la pensée au sein du groupe. Situant le délinquant sexuel comme hors champ de l'humanité, il renforce chez les membres du groupe la mise en crise de ce que Racamier (1978) appelle "idée du moi". L'altérité trop radicale que présentent de tels patients, amplifiée par le terme "prédateur", empêche les co-thérapeutes de le reconnaître "comme issus de la même espèce qu'eux", comme appartenant "encore" à l'espèce humaine. Restons sur ce concept de Racamier pour comprendre de quoi témoignerait la mise en crise chez les thérapeutes de l'idée du moi.

L'idée du moi représente le fondement, l'état, à partir duquel, parce que nous avons pu reconnaître que l'autre est de la même espèce que nous, nous pourrions ensuite admettre qu'il nous est différent. *"L'un et l'autre, l'objet et le Je procèdent d'un même mycélium (4) qui les nourrit et les réunit sans les confondre : ce mycélium commun, à peine distinct, constitue ce que j'appelle l'idée du moi"* (Racamier, 1992, p. 42). Cet étayage premier ne serait pas à proprement parler une idée en elle-même ni celle du moi d'ailleurs, *"c'est une représentation non figura-*

tive, et du moi de l'espèce humaine ; ainsi se rapporte-t-elle à moi comme à pas-moi" (Racamier, 1990, p. 12). *"Pré-sentiment de l'espèce humaine"* (Racamier, 1978, p. 42), représentation fondamentale de l'humain, *"l'idée du moi admet à la fois la différence entre les êtres et leur consubstantialité"* (Racamier, 1990, p. 13). Nous pouvons supposer que les agresseurs sexuels seraient en prise avec une défaillance de l'idée du moi, défaillance que le gouffre aspirant de la séduction narcissique mène droit au basculement dans l'acte délictueux.

Revenons au processus groupal. C'est dans un "collage", une sorte d'agglutination, que chaque patient reprend à son compte l'image du prédateur. La figure du double, la recherche du double est une tentative d'atténuer les effets de l'altérité, laquelle, comme nous venons de le voir, est une blessure narcissique. Dans une sorte d'identification adhésive, le groupe semble se montrer dans la configuration que Bion (1961) a nommée hypothèse de base couplage. Cette mentalité de groupe renvoie en certains points aux phénomènes adhésifs (en référence au concept de position adhésive d'Esther Bick, 1968) : la réponse aux angoisses psychotiques par le couplage évoque un déni de la dépendance typique de la position autistique (en référence au concept de position autistique de Marcelli, 1983). Ajoutons que le groupe exerce ici sa fonction contenante, permettant aux participants un partage affectif au sujet de leur identité d'agresseur sexuel et offrant un support pour les affects engagés dans ce partage.

L'affect déprimé, le sentiment de tristesse, de "privation", peuvent être ici hypothétiquement reliés à un traumatisme archaïque. Une manière pour le sujet de traiter le trauma est d'intérioriser la situation. La personne se disqualifie, se rabaisse, se traumatise encore. On peut penser qu'il y aurait là tentative de s'extraire du traumatisme en le répétant, mais dans une position active. Précisons que vivre le traumatisme en soi-même signifierait des processus psychiques moins archaïques que de le faire vivre à un autre.

L'agacement et l'agressivité comme des éprouvés

Voici un extrait du même groupe deux semaines plus tard.

Un co-thérapeute invite au tour de table. Les participants n'ont rien à dire de particulier. Il propose alors de définir le thème de la séance.

M. B propose de reprendre le thème des dernières séances, c'est-à-dire la question des barrières internes et externes. M. A dit qu'il est d'accord de reprendre ce

4. Le mycélium est la partie végétative du champignon née des spores et produisant les fructifications. Le mycélium est souvent souterrain et c'est à partir de lui que des ramifications s'élèvent à la surface (la partie visible du champignon). On peut ainsi comprendre que l'auteur utilise ce terme comme une métaphore pour illustrer l'idée d'un même "tissage organique" à l'origine du Je et de l'objet.

thème et il propose de parler des fantasmes qui concernent les personnes trop jeunes. Les autres participants disent être d'accord de parler de ces fantasmes. M.A. précise qu'il ne souhaite pas aborder dans le groupe le contenu de ses fantasmes. Il dit qu'il réserve cela pour les rencontres de psychothérapie individuelle qu'il a avec son thérapeute qui est aussi co-thérapeute dans le groupe. M.B. dit que l'enjeu pour lui réside dans la décision de ne pas alimenter ses fantasmes illicites ou d'y renoncer. M. A dit alors que les fantasmes, de toute façon, arrivent sans avertir. M. B, M. D et M. C partagent cet avis. M. B dit que l'on peut choisir d'une certaine manière ses fantasmes et décider d'une certaine attitude intérieure par rapport aux pensées criminelles.

M. A raconte que, pendant un an et demi, il regardait beaucoup de cassettes vidéo pornographiques. Il affirme au court d'un long et pesant monologue qu'il a des fantasmes et que "c'est comme ça". Un long silence s'en suit.

Un co-thérapeute dit que M. A, par ces paroles, n'a pas laissé la liberté aux autres membres du groupe de penser autrement que comme lui.

M.D. dit que dans la prison circulent tout un tas de cassettes pornographiques, mais qu'il ne les regarde pas : *"Ça ne m'intéresse pas ; ça ne m'a d'ailleurs jamais intéressé"*. Après un silence, M. C précise qu'il n'a actuellement pas de fantasmes : *"J'évite de penser à des choses qui donnent des idées"*.

Après un long silence, M. C et M. D disent qu'ils sont agacés, énervés et embarrassés. Ils disent avoir le sentiment angoissant de se perdre. Ils disent qu'ils ont l'impression que l'on tourne en rond. Il y a de l'énervement.

M. D, figé jusque-là, dit qu'il s'est senti dans cette réunion comme un spectateur et précise en disant : *"C'est comme si on prend un puzzle et on le jette à la figure"*.

Un co-thérapeute met en évidence que, mettre des barrières, c'est aussi prendre ses responsabilités par rapport à ce que l'on ressent dans le groupe en cours de séance. Il propose de reprendre la question des sentiments générés par une situation où l'on est mis dans une position de spectateur et lorsqu'on est agacé.

Pour expliciter une des caractéristiques importantes des délinquants sexuels, Balier parle de "recours à l'acte" (Balier, 1996, p. 163). *"Par ce recours, le sujet évite de ressentir des angoisses identitaires d'annihilation, des angoisses d'inexistence"* (Balier, 1996, p. 40). Survivre à l'anéantissement serait ainsi l'enjeu du recours à l'acte. L'acte perceptif serait alors une défense contre une angoisse de type psychotique.

Les participants sont invités à verbaliser, à dire ce qu'ils ont à l'esprit. Il n'est pas question ici "d'enfoncer" la barrière, de recourir à l'acte. Les membres du groupe butent sur cette barrière symbolique. Dire que l'on a des fantasmes n'éloigne pas le danger à l'intérieur de soi ou le danger que l'on représente pour autrui.

Au court de la séance, le groupe oscille dans les diverses "mentalités" proposées par Bion (1961). L'hypothèse de base attaque/fuite, qui représente la lutte destructrice contre un objet haï ou la fuite de cet objet dans le but d'apaiser le surgissement de la haine, rappelle la position paranoïde-schizoïde (Klein, 1968a, b). Le thème de la barrière est tantôt attaqué, l'arrivée de fantasmes ne se contrôlant pas, tantôt fuit (*"Je ne veux pas parler de la nature de mes fantasmes dans le groupe"*). La violence peut être reconnue comme venant de l'intérieur du sujet. Le groupe permet d'apaiser l'angoisse qui en résulte.

De nombreux commentaires pourraient être faits à propos de ce matériel. Nous observons que le groupe est encore bien loin de l'hypothèse de base dépendance décrite par Bion (1961), mentalité caractérisée par des sentiments de culpabilité et des désirs de réparation, configuration pouvant être rapprochée de la position dépressive. Notre observation témoigne du maintien de l'illusion de l'absence du manque. C'est de la perte de soi-même dont semblent souffrir ces patients.

CONCLUSION

Que cherchent-ils à nous faire comprendre ? On peut supposer que ce que cherchent les patients auteurs d'agressions sexuelles, c'est à faire comprendre, à transmettre leur profond désarroi interne. À leur contact, on "touche" à une souffrance interne face à un "incontrôlable". Ce tourment signale l'impuissance et l'incapacité du sujet à faire face seul à son monde interne, un monde marqué par un incontrôlable, terrifiant et dangereux. Ils sont dès lors à la recherche d'un contenant, d'un réceptacle pour leurs éprouvés d'horreur, de terreur, de haine, de destructivité et de désespoir, effets probables de la faillite de leur environnement primaire à recevoir leurs projections primitives. On peut penser que c'est là un aspect qui a excité, exacerbé, installé leur destructivité, leur emprise et leur tyrannie. C'est peut-être cela également qui cherche une issue à la confusion et un effet calmant dans l'acte délictueux.

Les blessures narcissiques fondamentales de ces patients produisent des angoisses persécutoires. Créant la confusion, elles sont intrinsèquement liées avec leur violence, leur destructivité. Le regard, la posture corporelle d'autrui sont parfois vécus comme très intrusifs et persécuteurs. L'envie,

la rivalité sont aussi dévastatrices pour ces patients qui ne peuvent ou ne veulent pas partager les objets externes avec les autres et pour qui le groupe peut être un lieu de souffrance difficilement supportable et donc redouté.

Ainsi, les blessures primitives dont témoignent ces patients déclenchent leur violence, envieux qu'ils sont des qualités dont ils ont été privés — investissement narcissique, tendresse et amour, compréhension, contenance — et qu'ils essaient de s'appropriier par des manœuvres perverses et dans l'emprise. Autrement dit, ces patients nous poussent à adapter des dispositifs thérapeutiques capables de traiter des enjeux comme l'omnipotence, la jouissance sadique ou masochiste, les conduites pédophiles, le viol, le meurtre, la vengeance, les transmissions transgénérationnelles narcissiques et fantasmatiques, le rapport aux imagos ou encore les effets de transactions incestuelles. C'est là un travail difficile et exigeant.

Bibliographie

- Anzieu D. *Le Groupe et l'Inconscient*. Paris, PUF, 1999.
- Balier C. *Psychoanalyse des comportements sexuels violents*. Paris, PUF, 1996.
- Bernheim J. "L'article 43 du Code Pénal, une base pour le traitement et la réinsertion". Participation aux Journées d'études du Groupe d'Action Psychiatrique "Patients psychiques en prison" (Lausanne, 3-4 juin 1999).
- Bick E. "L'expérience de la peau dans les relations d'objet précoces" (1968) in Harris M., Bick E., *Les écrits de Martha Harris et d'Esther Bick*, Larmor-Plage, éd. du Hublot, 1987, p. 135-139.
- Bion W.R. *Recherche sur les petits groupes*. Paris, PUF, 1961.
- Bleger J. "Le groupe comme institution et le groupe dans les institutions" (1971) in Kaës R. (ed.), *L'institution et les institutions. Études psychanalytiques*, Paris, Dunod, 1996, p. 47-61.
- Ciavaldini A. *Psychopathologie des agresseurs sexuels*. Paris, Masson, 2001.
- Ciccone A. *La transmission psychique inconsciente*. Paris, Dunod, 1999.
- Ferenczi S. "Le concept d'introjection" (1912) in Ferenczi S., *Œuvres complètes*, t. I, Paris, Payot, 1968, p. 196-198.
- Goffman E. *Asiles*. Paris, Minuit, 1968.
- Gravier B. "L'évolution des soins psychiatriques en milieu pénitentiaire : vers une clinique de la dignité" in Louzoun C., Salas D. (eds.), *Justice et psychiatrie, normes, responsabilités, éthique*, Érès, Toulouse, 1998, p. 280-296.
- Gravier B., Devaud C., Legoff V. "Les thérapies actives" in Ciavaldini A., Balier C. (eds.), *Agressions sexuelles : pathologies, suivis thérapeutiques et cadre judiciaire*, Paris, Masson, 2000, p. 219-228.
- Gravier B., Benmebarek M., Delessert D., Devaud C., Duflon J.P., Mezzo B., Stigler-Langer M., Waeny J. "Entretien clinique pour l'évaluation des auteurs d'infractions à caractère sexuel". Lausanne, service de Médecine et de Psychiatrie pénitentiaires, trame XIII, mai 2003. Document interne non publié.
- Green A. *Le discours vivant*. Paris, PUF, 1973.
- Green A. *Le travail du négatif*. Paris, Minuit, 1993.
- Green A. *La pensée clinique*. Paris, Odile Jacob, 2002.
- Kaës R. "Analyse intertransférentielle, fonction alpha et groupe conteneur" in *L'Évolution psychiatrique*, 1976a, t. XII, fasc. 2, p. 239-247.
- Kaës R. *Le groupe et le sujet du groupe*. Paris, Dunod, 1976b.
- Kaës R. "Médiations, analyse transitionnelle et formations intermédiaires" in Chouvier et al., *Les processus psychiques de la médiation*, Paris, Dunod, 2002.
- Klein M. *Envie et gratitude*. Paris, Gallimard, 1968a.
- Klein M. "L'amour, la culpabilité et le besoin de réparation" in Klein M., Rivière J., *L'amour et la haine*, Paris, Payot, 1968b, p. 73-149.
- Marcelli D. "La position autistique. Hypothèses psychopathologiques et ontogénétiques". *La psychiatrie de l'enfant*, 1983, vol. XXVI, fasc. 1, p. 5-55.
- Racamier P.-C. "Les paradoxes des schizophrènes". *Revue française de psychanalyse*, 1978 ; 62, 5-6 : 877-970.
- Racamier P.-C. *Antædipe et ses destins*. Paris, A. PSY.G., 1989.
- Racamier P.-C. *Les schizophrènes*. Paris, PUF, 1990.
- Racamier P.-C. *Le génie des origines. Psychoanalyse et psychoses*. Paris, Payot, 1992.
- Roussillon R. *Paradoxes et situations limites de la psychoanalyse*. Paris, PUF, 1991.
- Tardif M. "La psychothérapie de groupe" in Aubut J. (ed.), *Les agresseurs sexuels. Théorie, évaluation et traitement*. Montréal, La Chenelière, 1993. ■