

AGIR ET CRÉATIVITÉ DANS DES GROUPES DE PSYCHODRAME ET DE SYMBOLISATION POUR PATIENTS HOMICIDES

aïcha nora dembri

L'acting-out s'illustrant dans des actes violents est associé à une défaillance de la symbolisation. Avec des patients ayant commis un délit majeur contre la personne, après avoir dégagé et analysé les aspects psychodynamiques impliqués dans les comportements agis, nous avons utilisé comme techniques thérapeutiques des thérapies de groupes à valeur symbolique (symbolisation et psychodrame) et dont les contenus thématiques et le jeu constituent la charnière thérapeutique. L'objectif visé était de restaurer l'aptitude à la symbolisation qui transformerait l'agir violent en agir moins destructeur ou en agir plus acceptable socialement.

Pour Freud, le progrès de la civilisation se marque dans le fait que la réalité du meurtre peut être déplacée dans l'imaginaire et le symbolique, dans l'élaboration du fantasme, non dans le passage à l'acte obligé. Plus « l'animal humain » solidifie ses possibilités syntaxiques et intellectuelles, moins il se sent attiré vers le meurtre réel. Le sacrifice est symbolisé par l'acte mental de représentation : abandonner le meurtre au profit du langage; si ce latent n'arrive pas à se dire, il fait retour sur le mode du passage à l'acte.

Julia Kristeva

Nous avons été appelée dans le cadre de notre travail en milieu hospitalier à sécurité maximale, à intervenir auprès de patients qui ont commis un délit majeur contre la personne allant du meurtre intrafamilial (infanticide, fratricide, parricide et uxoricide) jusqu'à l'homicide non spécifique. Un regard sur leur profil sociofamilial et psychologique nous révèle des individus précocement façonnés par la violence très souvent agie devant eux et maintes fois subie. Cette violence ayant fait effraction dans leur psychisme ou qui leur a dérobé leur intégrité physique a laissé des traînées mortifères et indélébiles ultérieurement retrouvées dans leur conception d'un monde hostile et menaçant qui met leur propre existence en péril et dont il faut se protéger. Cette vision d'un monde malveillant et persécuteur explique à leurs yeux le geste posé et légitime toute attitude violente visant à préserver leur intégrité. L'agir et parfois l'agir antisocial devient un mode préférentiel d'expression au détriment de la mentalisation.

Les expériences précoces de frustration et de gratification chaotique alliées à des carences importantes dans les fonctions de maternage les livrent à des attachements instables et aberrants. Ces attachements deviennent la toile de fond à des liens objectaux erratiques et impétueux gouvernés par l'impérieux et exigeant besoin de satisfaction égocentrique et où l'autre est peu ou pas investi.

Quelque soit le diagnostic de trouble de personnalité ou de psychose, l'évaluation psychométrique, à l'aide de tests cognitifs (Wais-r, matrices de Raven), projectifs (Rorschach) et d'échelles de personnalité (M.M.P.I.), ratifie l'omniprésence d'une immaturité psychoaffective et psychosexuelle de ces patients homicides. Au plan pulsionnel, la rareté des éléments libidinaux et la présence de contenus agressifs partiels et fragmentés et qui sont parfois de nature morbide colorent leurs perceptions. Ces perceptions fragmentées et dissociées semblent liées aux angoisses de morcellement et de persécution de la position schizoïde- paranoïde (Segal, 1969). Les mécanismes défensifs mis en jeu sont tout particulièrement les identifications projective et introjective pathologiques, le déni, le clivage qui constituent un rempart protecteur contre l'effondrement et l'éclatement du moi. L'introjection d'imagos parentales précaires et menaçantes ouvrent sur des identifications carencées ou instables, d'où l'identité sexuelle et sexuée d'un moi peu intégré et narcissiquement fragile.

Au M.M.P.I., leur propension à l'agir se traduira par une élévation significative de l'échelle Pd (déviations psychopathiques), alors que les indices à l'échelle MF (masculinité-féminité) indiquent la fragilité de l'identité et l'importance de la problématique narcissique de ces sujets. L'échelle Pa (paranoïa) élevée confirme la présence d'éléments paranoïdes, alors que l'échelle D (dépression) particulièrement basse révèle l'absence et voire même le déni de tout affect dépressif.

Leur acte violent qui vise la destruction et l'anéantissement d'autrui origine de deux sources. L'une est non délirante et sous-tend des comportements psychopathiques, antisociaux ou pervers. L'autre est délirante et corrélative d'organisations psychotiques parfois très sévères. Cependant peu importe son origine, cette violence immodérée revêt un aspect déshumanisant qui laisse peu de place à la culpabilité et à une possible réparation symbolique.

Ces patients s'illustrant par leur tendance à passer impulsivement et brutalement à l'acte nous poussent à considérer la place accordée à la violence dans leur vie psychique et en corollaire l'approche thérapeutique à adopter.

L'acting out est depuis fort longtemps compris comme une carence d'élaboration psychique (Chasseguet-Smirguel, 1987, 1083). Défini comme un court-circuitage dans le fonctionnement de la pensée, il s'exprime à travers un défaut marqué de mentalisation et de symbolisation. Cette altération dans le mode de pensée a été en général associée à la perversion. Depuis, la clinique a constaté que d'autres tendances à l'agir comme la toxicomanie, les organisations relevant d'une problématique narcissique ou la délinquance procédaient également de cette altération (McDougall, 1978, 1996). Ainsi pour ces structures moins marquées par l'Oedipe mais dominées par une agressivité violente les kleinien ont émis la notion de clivage précoce de l'objet. En effet le sujet, pour ne pas se haïr et se détruire lui-même, oriente vers l'extérieur sa propre destructivité (Clancier *et al.*, 1984, 922) sous forme d'agir aux conséquences parfois violentes et irréversibles.

La dualité identitaire de l'intervention en milieu psychiatrique et légal attise perpétuellement le dilemme entre action thérapeutique et intervention carcérale quand il s'agit de traiter des patients qui ont d'une part commis des délits majeurs qui justifient leur incarcération mais qui d'autre part souffrent également de troubles graves qui imposent la nécessité d'un traitement.

La violence archaïque de ces patients sous mandat d'hospitalisation non volontaire demeure difficilement accessible en cure analytique. De quel « aménagement » doit alors se réclamer l'intervention psychothérapeutique pour

concilier ordonnance légale (et dont l'institution indique les règles à suivre) et techniques thérapeutiques?

En thérapie individuelle, nous avons remarqué que la force archaïque et primaire qui anime ce type de patients s'avérait peu mobilisable et métabolisable. Elle visait surtout la décharge par les moyens les plus courts. Il nous est apparu difficile de neutraliser la charge négative de cette violence meurtrière. Cette rage destructrice étant massivement projetée sur le thérapeute, ce dernier devenait le réceptacle d'une haine mortifère qui n'encourageait pas l'établissement d'une alliance thérapeutique favorable et encore moins l'introjection du thérapeute comme objet partiellement bon.

Cette relation thérapeutique duelle vécue plus souvent sur l'axe narcissique qu'objectal oscillait entre miroir idéalisant et miroir déformant. Elle se révélait alors moins marquée par l'organisation œdipienne que par l'inflation d'un moi idéal. Cette omnipotence de la dimension narcissique primaire s'érigait comme un rempart contre tout effondrement qui les ferait basculer dans des angoisses morcelantes ou paranoïdes et elle leur évitait du même coup une dérive douloureuse et intolérable vers toute angoisse dépressive ou perte anaclitique. L'organisation de la pensée sous le primat d'un mode concret ou opératoire concret était un autre constat saillant chez ces patients. Cette composante ne favorisait pas chez eux une aptitude à se représenter mentalement leurs conflits psychiques. La pauvreté de l'élaboration psychique par blocage de la symbolisation se révélait dans toutes leurs formes d'expression personnelle. L'absence de rêves ou de récits oniriques fragmentaires, tout comme la difficulté de se représenter imaginairement ou de se raconter, paraissaient en être l'expression « royale ». Cette carence mentale et symbolique n'a pas permis l'instauration d'un cadre psychique interne nécessaire à la transformation des angoisses primitives en angoisses symbolisables. Elle a plutôt favorisé l'évacuation de ces pulsions archaïques à l'état brut.

Dans cette relation thérapeutique où toute interaction était utilisée non pour l'expression de sentiments hostiles mais le lieu possible d'un face à face sans merci ou d'une « collusion narcissique » l'introduction d'objets tiers à valeur symbolique figurative (dessin) ou ludique (marionnettes) a créé un espace qui a permis d'instaurer et de réguler les prémices d'une réelle communication. Cette dimension nous a permis d'évaluer du même coup les aptitudes potentielles de ces patients à symboliser.

En regard du caractère très primitif des blocages et des régressions dans plusieurs sphères de leur personnalité, nous avons choisi d'instaurer des thérapies de groupe dont les techniques sont à valeur symbolique. L'objectif était de créer un espace thérapeutique pour l'expression et la transformation de ces pulsions destructrices. Cette forme d'intervention s'avérait une aire propice pour contrer les écueils majeurs à la symbolisation.

Nous avons donc formé un groupe de psychodrame et un groupe de symbolisation. Le groupe de symbolisation a été créé pour tenter d'outiller les patients dans leurs efforts d'élaboration symbolique. Le groupe de psychodrame, forme d'intervention déjà connue, a été aménagé dans son cadre thérapeutique et ses règles internes pour tenir compte de la problématique agissante de nos patients.

Les groupes de psychodrame et de symbolisation

Ce sont des thérapies de groupe qui s'inspirent de la théorie psychanalytique mais dont le cadre réfère plutôt au modèle psychiatrique et carcéral. Leur durée

moyenne est de deux ans. Ceux dont nous faisons rapport étaient composés de trois à huit patients ayant tous commis un délit majeur contre la personne. Ils étaient au nombre de quatre : deux groupes féminins et deux groupes masculins. En règle générale les patients provenaient de l'unité où nous travaillions comme psychologue. Nous avons occasionnellement intégré des patients d'une autre unité et pour lesquels la thérapie d'orientation behavioriste semblait insuffisante.

Un thérapeute (A.N.D.) et son co-animateur sont les responsables du groupe. Le thérapeute est maître du psychodrame et de symbolisation. Il analyse à l'intérieur du jeu les mécanismes inconscients du fonctionnement individuel et groupal. Le co-animateur veille au respect de la structure mise en place : cadre thérapeutique, règles de fonctionnement. Les psychiatres responsables des unités d'où provenaient les patients co-animaient avec nous les psychodrames. Les groupes de symbolisation, quant à eux, étaient co-animés par les infirmières, psychoéducateurs ou collègues psychologues œuvrant dans ces mêmes unités de traitement. Il est à noter que les fonctions des deux animateurs doivent être bien démarquées. Ils ne peuvent se voir attribuer un rôle en même temps. Si l'un est appelé à jouer l'autre doit demeurer responsable de la séance de groupe. A titre de maître des deux groupes le thérapeute s'accorde le droit d'introduire des nuances, variations ou modifications à l'intérieur du jeu du patient.

L'observateur est en général étudiant en psychiatrie, psychologie, criminologie ou psychoéducation. Il est présent mais ne participe pas aux groupes. Sa fonction est de représenter la réalité (le regard) et de prendre en notes ou filmer tout ce qui se dit ou se fait durant la séance. Il incarne de surcroît la mémoire du groupe. Le sujet ou le groupe pourra s'y référer. L'observateur a comme double fonction de noter les mouvements contre-transférentiels lors des interventions des animateurs. Les deux groupes se déroulent alternativement dans un local défini, ne nécessitent aucun matériel et durent deux heures.

Le psychodrame

Il se subdivise en trois parties :

1. commentaires ou réflexions découlant de la séance précédente.

Comme les patients sont également rencontrés en thérapie individuelle ces derniers sont informés que tout commentaire ou toute réflexion concernant la séance de psychodrame ne peut être ramené que devant le groupe lors de la séance suivante. Cette partie sert également à l'identification du thème proposé par un patient qui en deviendra le maître du jeu.

2. Élaboration du scénario, attribution des rôles par le maître du jeu, jeu proprement dit.

Le scénario tire sa source d'événements réels (jeux concrets) ou fictifs (jeux imaginaires).

3. Retour au groupe et discussion permettant à chacun de faire des commentaires sur le jeu, ce qu'il a éveillé ou fait réaliser.

Le maître du jeu est dans ce contexte celui qui sera invité à faire ses commentaires en dernier afin de prendre un certain recul par rapport à son jeu et pouvoir y réfléchir.

Le psychodrame exige des règles qui imposent un encadrement strict et conséquent. Elles s'énoncent en majorité sous formes d'interdits :

1. Il est interdit de quitter l'espace du groupe sous quelque prétexte que ce soit (exemple : aller boire, aller aux toilettes, s'appuyer sur le mur lorsqu'il y a regroupement pour les discussions, s'adresser aux observateurs). Il est interdit de s'évader du groupe ou de briser le rythme du jeu par des agir (fumer, faire des blagues, se mettre hors jeu, interrompre celui qui présente son thème, déranger le voisin etc.). Il est interdit d'utiliser des objets, quels qu'ils soient pour le jeu ou pour se donner une fausse contenance (exemple : cigarette sur l'oreille).

Considérant la propension de ces patients homicides à se placer dans la transgression, nous avons choisi de présenter ces règlements sous forme d'interdits afin de reproduire l'esprit des règles institutionnelles déjà en place. Ces règles ressenties tout d'abord comme des contraintes injustifiées furent progressivement acceptées et intégrées par chacun comme des repères utiles au bon fonctionnement du groupe. Ainsi l'interdiction d'interrompre celui qui décrit son thème sera graduellement considérée comme un silence respectueux et attentif envers celui qui tente par delà l'élaboration de son scénario de mettre en forme des états qu'eux mêmes redoutent (fantasmes, émotions, sensorialité du corps...). Cette soumission première à l'obligation d'être attentif fera progressivement prendre conscience à celui qui écoute et « acteur potentiel » qu'il n'est pas toujours aisé d'être compagnon de jeu quand on est inconnu à soi-même et que l'autre nous indiffère. C'est donc par ce silence d'abord imposé et ensuite accepté que se délimiteront les contours d'un espace intérieur et extérieur, et qu'une distinction entre soi et l'autre s'installera.

2. En ce qui concerne le jeu proprement dit, tous les interdits universels (inceste, viol, meurtre...) ne seront jamais joués même si c'est un thème de jeu choisi par un protagoniste maître du jeu. Nous nous limiterons à jouer les événements ayant entouré cet acte. Quant à l'acte lui-même il sera uniquement mis en mots et discuté.

En effet si tout peut être imaginé, tout ne peut être joué. Il nous est apparu essentiel de ne pas permettre à ces patients en rupture avec les interdits fondamentaux de rejouer les gestes bannis sans risquer une cassure irrémédiable dans l'imaginaire et mettre alors en péril toute possibilité de réparation symbolique. De plus nous aurions encouragé chez eux la compulsion à répéter dans un acte de défoulement le geste prohibé.

Exemple : comme nous refusions de rejouer le geste d'agression perpétré contre son père, un patient a violemment réagi en nous accusant d'avoir saboté son thème. Il a été invité à évacuer par la parole la rage ressentie contre son père.

3- à l'intérieur du jeu le toucher est aboli. Nous considérons que tout geste qui fait passer le sujet dans le registre de la réalité défait l'espace imaginaire et le fait basculer de l'action symbolique au passage à l'acte proprement dit.

Exemple : c'est avec une insistance pathétique qu'une patiente en rupture irrémédiable avec sa mère nous suppliait de lui accorder l'autorisation d'embrasser une patiente qui interprétait le rôle de sa mère. Notre refus d'accéder à la réalisation de ce désir et notre encouragement à verbaliser les conséquences d'un tel manque a été suivi d'un mouvement dépressif à la suite duquel la patiente esquissa un portrait de sa mère (accès à la symbolisation) qu'elle intitula : ce qui me reste de celle qui n'existe peut-être plus que dans mes souvenirs.

Le psychodrame ne tire pas sa valeur uniquement dans le développement de l'imaginaire, il interpelle le champ des pulsions et les mécanismes de défenses du moi. Il impose le respect d'une structure dont le rôle surmoïque n'est pas négligeable. De par son organisation le psychodrame à une structure plus marquée dans le temps.

Groupe de symbolisation

Il nous paraît que l'agir à l'inverse de la créativité est une régression au service du *ça*, alors que la créativité est une régression au service du *moi* grâce aux mécanismes de sublimation et de symbolisation (Frijling-Scheurder, 1966, 364, Segal, 1987, 97). Partant de ce fait, nous avons formé un groupe dont la fonction est essentiellement imaginaire. Il a pour objectif de créer un espace transitionnel nécessaire à la métamorphose des angoisses primitives en angoisses plus tolérables pour les capacités défensives et adaptatives du moi des patients. Cette « aire d'illusion » va encourager par un modelage externe des angoisses (schizo-paranoïdes) d'anéantissement et des angoisses (dépressives) de destruction des objets d'amour, une maîtrise progressive des pulsions projetées dans le groupe. Ce travail de transformation et d'intériorisation des pulsions va favoriser l'installation d'un cadre spatio-temporel interne, « géographie » psychique utile à l'émergence d'une permanence objectale et à l'éveil des premières créativités ou premières images (Klein, 1968,265).

L'intérêt majeur étant d'outiller le patient homicide dans son effort de construction symbolique, les thématiques sont proposées dans un premier temps par le thérapeute, pour tenter de favoriser l'émergence des éléments psychologiques indispensables à l'activation de ce processus. Ainsi l'utilisation de jeux symboliques (le masque imaginaire ou le reflet narcissique, les deux personnages ou le clivage de l'objet) de contes et légendes (Ondine ou la bisexualité) et l'appel aux mythes (Médée ou l'infanticide, Hercule ou la toute-puissance...) répondront de façon pertinente à la nature même de l'inconscient individuel et collectif et entreront par leur finalité affective, relationnelle et dramatique en résonance avec les problématiques vécues par les patients.

Ce mécanisme qui opère à travers les fantasmes du sujet et du groupe tente de rétablir le sens symbolique des mythes fondateurs de l'humain (vie, mort, sexualité), sens qui nous est apparu aboli par le geste délictuel de ces patients.

Dans un second temps grâce au contrôle graduel des mouvements régressifs et des anxiétés primitives, les patients devront s'appuyer sur leur propre capacité imaginative et symbolique pour élaborer leur propre création individuelle ou collective. Cette étape tentera de transformer leur propension à agir destructivement en agir plus sublimé :

Exemple : « BARBE-NOIRE » est le thème d'un jeu inventé qui raconte l'histoire d'un jeune homme obsédé par l'idée de demeurer éternellement jeune. Pour cela il devait se procurer l'élixir qu'une sorcière millénaire concoctait et dont l'efficacité était testée sur son aigle noir. Cependant en contrepartie Barbe-Noire devait supprimer une belle jeune fille après avoir fait l'amour avec elle. Mais chaque fois qu'une jeune fille disparaissait, la sorcière devenait de plus en plus ridée et de plus en plus vieille. Certains patients ont considéré que la sorcière représentait le pouvoir d'attraction que la drogue exerce sur eux mais qui les détruit en même temps. D'autres pensaient que la sorcière à cause de sa laideur pouvait être leur violence et ses funestes conséquences.

De par son organisation le groupe de symbolisation offre une structure plus marquée dans l'espace. Son cadre thérapeutique et ses règles de fonctionnement sont identiques à ceux du psychodrame.

Nous avons donc favorisé dans nos groupes le jeu comme technique-clé. En effet grâce au jeu comme acte, nous avons utilisé la propension des patients à se situer plus dans l'action que dans la réflexion pour les placer alors dans une expérience régressive contrôlée et adaptée.

Exemple : c'était d'endosser les rôles de bébés qui suscitaient la résistance la plus féroce de la part des participants. Les rôles de femmes soulevaient un tollé de protestations de la part des patients hommes.

Grâce au jeu de rôle (puisque jouer un rôle c'est faire « comme si »), un début de séparation et de différenciation, bien qu'ardu, a été introduit.

Exemple : au début des séances nous entendions souvent des interjections du genre : tu ne peux pas jouer X ou Y, tu ne lui ressembles pas, tu n'as pas la même voix, il ne parle pas comme ceci ou comme cela... Ces observations témoignaient d'une difficulté à fonctionner sur le registre symbolique.

Comme l'interprétation porte sur le jeu et se fait durant la mise en acte, pour ces patients aux narcissismes pathologiques et aux imagos précaires, le jeu par sa fonction de miroir confronte leur moi idéal à d'autres réalités psychiques. Il leur ouvre la voie à de possibles réparations, et suscite des identifications multiples et variés.

Exemple : à ce niveau le thème de l'enfant trouvé ouvrit la voie à la problématique des origines et au roman familial.

En abordant l'inconscient des patients par la « voie naïve » (le jeu), le but et la qualité de la pulsion sont changées (sublimation des pulsions sociopathiques). Par l'acte d'imaginer une situation au lieu de l'agir, le plaisir de fantasmer est réamorcé sans grand risque.

Exemple : le malade mental et la psychiatrie était un thème burlesque où la pathologie et les agirs des patients étaient tournés en dérision et vécu sur un mode humoristique. Ce retournement du tragique en cocasse a généré une mise à distance des affects douloureux en vue de leur abréaction.. Le patient qui a proposé ce jeu a rajouté en fin de séance qu'il pouvait comprendre les réactions de son entourage face à « ses bizarreries ».

Il importe donc d'insister sur la représentation symbolique que le jeu permet. La substitution du réel par l'imaginaire met en mouvement l'avènement d'une individualité propre sans basculer dans un imaginaire psychédélique (drogues) ou pathologique (schizophrénie).

Exemple : au début des séances les thèmes proposés étaient concrets, très proches de la réalité vécue par les patients. Graduellement on vit poindre des scénarii plus élaborés exprimant sur le mode symbolique les angoisses primitives et mortifères.

D'innombrables thèmes sur la mort, la séparation les pertes, accompagnés ou non d'un réel mouvement dépressif, furent soumis. Ils pourraient être considérés comme illustrant l'ébauche d'un possible travail de deuil.

Exemple : à l'instar de Narcisse une patiente qui dans un jeu se mirait dans l'eau, fut bouleversée de constater qu'en lieu et place de son visage c'est un visage au regard vide comme la mort qui s'y reflétait. Dans le même registre le thème du « miroir qui ne reflète rien » décrit le désarroi d'un patient en réalisant que le miroir ne réfléchissait pas son image. Mais quand il revêtait le costume de RAMBO son image s'y reflétait. Nous voyons ici comment l'angoisse d'annihilation est récupérée sur un mode narcissique tout-puissant

Par contre, certains scénarii plus élaborés, mettant en évidence l'importance du Surmoi comme organisateur des pulsions et des relations objectales, nous permettent de croire ici à l'accès et à la symbolisation du travail de deuil.

Exemple : Dans le « Dr JEKYLL et Mr HYDE » version patients nous voyons le Dr Jekyll affublé d'une ombre qui tente de le dissuader de mettre à exécution ses expériences macabres sur l'humain, mais de profiter plutôt des plaisirs sociaux (restaurants, musées, cinémas...) Devant l'obstination du Dr Jekyll l'ombre lui conseille d'effectuer d'abord ses expériences en laboratoire sur des animaux. Ce qui fut fait. Devant la violence pulsionnelle provoquée chez l'animal le Dr Jekyll préféra plutôt trouver un remède pour calmer ces « passions fatales ». Les participants confièrent qu'ils étaient rassurés et soulagés de percevoir que l'ombre était là pour contrer les fantaisies du Dr Jekyll.

D'autres thèmes qui confrontent le moi-plaisir au moi-réalité révèlent l'importance de l'interdit comme fondateur de la loi et comme base indispensable autour de laquelle gravitera toute forme de relations humaines dites civilisées.

Exemples : les thèmes du paradis où le patient oscillait entre le respect et la transgression de l'interdit (manger la pomme) Batman et Catwomen où le thème de la séduction dominait.

Nous sommes confrontés à des problématiques qui abolissent chez ces individus possédés par une haine homicide leurs capacités d'êtres pensants et d'êtres civilisés. En effet la maladie mentale qui altère leur manière de raisonner et de juger les livre aux marasmes des réactions pulsionnelles archaïques. La violence qui les habite anéantit toute possibilité créatrice. Ainsi avec ces organisations aux confins de la psychose et de l'antisocialité et dont le mode défensif dominant sont les identifications projective et introjective pathologiques, nous sommes plus familiers avec la haine mortifère qu'avec l'amour. Cette double morbidité (psychiatrique et antisociale) oriente leurs attaques envieuses contre notre fonction de *thérapeute contenant* aussi bien que contre notre fonction de *thérapeute cadre*. Nous sommes donc happés par ces patients dans nos propres limites tant narcissiques qu'objectales.

Exemple : lors d'une séance l'animateur a autorisé une patiente à aller aux toilettes. Cette brèche dans le cadre a généré des demandes itératives du même ordre. Le refus de l'animateur d'y accéder a fait violemment réagir une patiente, entraînant une désorganisation de toute la séance.

Aussi pour réduire les mouvements contre-transférentiels nous avons opté pour une délimitation claire concernant les interventions des deux animateurs. C'est le co-animateur qui a pour tâche de veiller au respect du cadre. De fait les attaques ayant pour but sa déstabilisation étant concentrées sur lui, le thérapeute principal entreprenait aisément le travail d'élaboration et d'interprétation avec le patient ou le groupe.

Exemple : certains patients s'ingéniaient à vérifier nos réactions quand ils nous confiaient qu'ils avaient gardé un chewing-gum dans la bouche sans le mâcher, d'autres réglaient leur montre afin qu'elle émette un signal sonore à chaque demi-heure. Ces attaques répétées nous obligeaient à redéfinir la structure du cadre sans tomber dans un fonctionnement rigide, répressif et invalidant.

Quant les attaques envieuses s'adressaient à la fonction contenant, c'est le thérapeute principal qui était en principe ciblé, le cadre demeurait préservé dans sa fonction de maîtrise des angoisses archaïques. De plus quand les projections paranoïdes se concentraient sur un des animateurs, l'autre tentait d'atténuer les angoisses persécutives du patient en l'aidant à métaboliser la partie clivée et projetée sur l'animateur « honni ».

Exemple : pour contrer toute interprétation dynamique de son jeu, un patient répondait à nos interventions par des blagues inappropriées ou sortait carrément du jeu en nous accusant de vouloir lui nuire. Ces *acting-in* mettaient en exergue la résistance du patient à tout travail introspectif.

Comme les attaques haineuses visaient en général les rôles que nous endossions, nous nous sentions moins directement ciblées comme personnes. Avec cette caractéristique ludique à laquelle s'alliaient une dilution des mouvements transférentiels (centraux et latéraux) et la règle d'interdit du toucher, nous naviguions prudemment dans les méandres de nos propres régressions partielles pour tenter de rejoindre les registres archaïques du fonctionnement mental des patients. Cette dimension rendait ces attaques destructrices moins dommageables pour nos propres capacités de mentaliser et de symboliser. Elle paraissait réduire chez les patients l'intensité pathologique des identifications introjectives et projectives.

Par ailleurs la présence d'un observateur qui introduisait une différenciation entre réalité interne et externe avait pour tâche de noter le déroulement de la séance. Nous pouvions rétrospectivement réfléchir sur notre façon de jouer, d'interpréter ou d'animer la séance.

Pourquoi avons nous opté pour des thérapies qui accordent une place de choix au jeu, à l'imaginaire et à l'illusion? Pour nous est-ce uniquement la voie du jeu et de l'imaginaire qui nous permet d'appréhender l'origine psychologique de cette violence inhérente à l'humain et que l'éducation et la civilisation tentent de réprimer? Ou alors est ce seuls l'humour, la fantaisie et l'illusion qui nous permettent de tolérer ces situations de violence extrême qui livrent l'individu à la démesure et parfois à la barbarie? Ou bien encore le jeu et l'illusion créatrice constituent-ils pour nous ce fil d'Ariane qui nous permet de nous aventurer dans les dédales du labyrinthe et affronter ce Minotaure tapi dans l'inconscient de tout être humain?

Notre expérience clinique avec ce type de clientèle nous a montré de manière constante que les transgressions les plus fréquentes interpellaient le cadre thérapeutique. Ces comportements s'ils répondaient à un règlement qui contrecarrait leur tendance « rebelle » à toute limitation nous apparaissait comme une manière de jauger la cohésion, la solidité et la cohérence d'une structure dont le rôle est de contenir le monde interne chaotique fragmentaire et violent qui est le leur.

Nous avons remarqué que le degré et la qualité de la symbolisation étaient inversement proportionnels à la violence du délit. Plus les actes délictueux sont morbides plus l'aptitude à la symbolisation était primaire ou carencée.

En cours de thérapie, quand les thèmes de mort, de perte ou de dépression furent abordés, ils furent suivis de scénarii à caractère plus symbolique. Par contre la compulsion à répéter le même thème semblait être le reflet d'une aptitude à la symbolisation inactif. Tout comme une symbolisation vidée de sa charge pulsionnelle devenait inopérante, dévitalisée correspondant à des équations symboliques. (v.g. Le thème de « *la poule qui pondait des œufs vides* »). Dans le même registre les scénarii joués sur un mode hypomaniaque semblaient être une réponse défensive pathologique aux angoisses dépressives.

Nous avons également relevé le lien étroit qui existait entre l'intégration des éléments pulsionnels, l'aptitude à la symbolisation et la névrotisation des défenses primitives.

Nous avons noté que les patients se caractérisant particulièrement par une structure passive étaient très peu ou pas du tout choisis pour incarner des rôles. Cet aspect nous a convaincue qu'ils représentaient pour le groupe les pulsions passives porteuses de mort et d'annihilation. Leur haine meurtrière s'inscrivait plus dans une tentative de survie, leur agir violent répercutait ainsi l'écho des premiers attachements bafoués et meurtris.

Volcan d'émotions éparpillés, ce qui terrorise le patient violent c'est tantôt l'absence et le manque qui le confrontent à la béance qui l'engloutit et tantôt l'éveil à une altérité qui l'annule comme sujet. Ce magma émotif, en quête désespérée et vaine d'une « peau affective » pour s'épancher se convertit au-delà d'un certain seuil de tolérance en surtension émotive. C'est cette surcharge activée, sans contenant et non intégrée, qui ferait irruption dans le passage à l'acte. En mal d'attachements et « orphelin de parents symboliques », c'est donc la tragique incapacité d'unifier, d'organiser et de nuancer ces émotions primaires qui s'exprime chez le patient violent.

Comme c'est la reconnaissance et l'investissement de l'autre qui met en péril l'intégrité narcissique et l'identité du sujet violent, la rage qui le possède est dénuée d'amour et d'attachement. Leur violence meurtrière et « indomptable » qui se fonde surtout sur l'existence de dualités se situe pour nous bien en deçà de la conflictualité Amour/Haine.

A la fin de la thérapie les patients furent soumis à une nouvelle administration du Rorschach et du M.M.P.I., L'analyse comparative des protocoles de Rorschach avant et après thérapie montre une modification significative des éléments pulsionnels à travers le contenu des réponses. Les contenus agressifs ont non seulement diminué mais s'avèrent de nature moins morbide. Par contre les contenus libidinaux auparavant en nombre restreint ont augmenté. A croire que les pulsions agressives primaires avaient laissé place aux pulsions libidinales. Sachant le rôle que jouent les pulsions libidinales dans la neutralisation des pulsions agressives et dans la capacité d'attachement objectale, nous réalisons l'importance de ce nouvel équilibre pulsionnel.

La présence de réponses à contenus symboliques et dans certains cas de réponses élaborées et créatives caractéristiques des processus secondaires de pensée est également à noter. Bien que cet aspect soit d'intensité et de qualité variables selon les sujets il revêt ici une valeur non négligeable.

Ce réaménagement pulsionnel pourrait-il entraîner chez certains d'entre eux un réajustement des perceptions internes et externes et atténuer les comportements déviants?

Bien que d'autres méthodes puissent se révéler d'un apport thérapeutique certain, il n'en demeure pas moins que cette expérience nous a permis de conclure aux possibilités réelles de traitement auprès d'une telle clientèle. Plusieurs d'entre eux sont réinsérés socialement. Certains ont restauré de manière durable des liens socio-familiaux qui paraissaient irrémédiablement brisés. Certains, moyennant un suivi à l'externe, s'essayent dans des liens socio-affectifs qui malgré leurs fragilités signent l'éclosion d'attachements encore impensables il y a quelque temps. D'autres ont choisi des voies plus sublimées par le biais du retour au travail ou aux études et semblent avoir trouvé des conditions existentielles adaptées à leur nouvelle situation.

Bien que nous n'ayons plus aucun lien thérapeutique avec ces patients, plusieurs d'entre eux maintiennent avec nous un contact sporadique téléphonique ou par courrier, nous informant ainsi de leur devenir. Alliance thérapeutique qui se pérennise? Dépendance à l'égard du thérapeute?

Souvent ces patients nous demandent si nous formons toujours des groupes avec d'autres patients. Pouvons nous alors comprendre le lien qu'ils maintiennent avec nous comme étant la reconnaissance d'un cadre thérapeutique qui leur a permis de hurler leur rage meurtrière jusqu'à trouver un seuil où elle devient contrôlable et nommable? Peut-être réaliseront-ils ainsi qu'il est possible de haïr sans détruire et que c'est en apprenant à maîtriser leur propre haine qu'ils réussiront aussi à aimer.

Nora
Dembri
90 Berlioz #1002
Île des sœurs
Verdun, Qc H3E 1N1

Bibliographie

- Chasseguet-Smirgel, J, 1987, L'« acting-out » quelques réflexions sur la carence d'élaboration psychique, *Revue française de psychanalyse*, no 4, 1083-1099.
- Clancier, A, Faure, S, Pragier, G, 1984, Situation métapsychologique de l'agressivité dans les travaux français, *Revue française de psychanalyse*, no 4, 917-935.
- Gibeault, A, 1993, Violence et vie psychique, *Revue française de psychanalyse*, no 4, 1127-1141.
- Frigling-Schreuder, E.C.M, 1966, The adaptative use of regression, *Int. J. Psycho-Anal*, no 47, 364- 369.
- Hahn, W. K, 1993, Developing object constancy in group psychotherapy, *Int. J. of group psychotherapy*, no 43, 223-235.
- Kaës, R., Missenard, A., Ginoux, J.-C., Anzieu, D., Bejarano, A., 1982, *Le travail psychanalytique dans les groupes, 2- les voies de l'élaboration*, Dunod, Paris.
- Klein, M., 1968, *Essais de psychanalyse 1921-1945*, Payot, Paris.

- Lemoine, G., 1970, L'imaginaire, le symbolique et le réel confrontés à l'expérience psychodramatique, *bulletin de psychologie* : Le psychodrame, no 285, 895-903.
- Mc Dougall, J., 1978, *Plaidoyer pour une certaine anormalité*, Gallimard, Paris.
- Mc Dougall, J., 1996, *Eros aux mille et un visages*, Gallimard, Paris.
- Matisson, M. D, 1996, Se découvrir et s'accomplir par le psychodrame, *Le journal des psychologues*, no 138, 58-61.
- Pigott, C., 1990, *Introduction à la psychanalyse groupale*, Apsygée, Paris.
- Segal, H., 1969, *Introduction à l'oeuvre de Melanie Klein*, Presses Universitaires de France, Paris.
- Segal, H., 1987, *Délire et créativité*, Des femmes, Paris.
- Violet-Chartier, L, 1996, Symptôme : Violence!, *Le journal des psychologues*, no 138, 39-41.