

LA FAMILLE DANS TOUS SES états ! L'amour au risque du conflit

Transformation des liens incestueux intrafamiliaux : des espaces thérapeutiques spécialisés

Jean-Pierre VOUCHE, directeur clinique de LFSM

Autour du cas d'un pédophile hétérosexuel et de la famille de la victime, Madame et ses quatre enfants

I. Présentation des axes et outils thérapeutiques

Ce chapitre va traiter de « l'intérêt d'un lien thérapeutique entre deux dispositifs thérapeutiques : le groupe de parole pour pédophiles hétérosexuels ainsi que la prise en charge familiale systémique de l'auteur d'abus sexuel et de la famille de la victime dans la perspective de transformation des liens incestueux du beau-père pervers sexuel ».

II. Vignette clinique de Luc MARTIN

Pour étayer le propos nous avons choisi de vous présenter une étude de cas

- Présentation du sujet, sa prise de contact
- Situation judiciaire actuelle du patient
- Description des faits
- Antécédents judiciaires
- Antécédents médico-psychiatriques
- Eléments biographiques
- Niveau intellectuel
- Profil de personnalité
- Les aspects psychodynamiques
- La vie affectivo-sexuelle
- Passage à l'acte psycho-criminologique
 - Le rapport aux faits
 - Le rapport à la contrainte
 - Le vécu surmoïque
 - L'appréhension du retentissement psychologique sur la victime
 - Le rapport à la loi
- Situation relationnelle et affective post-judiciaire

- Orientation thérapeutique

III. Les techniques thérapeutiques

- Les concepts utilisés
- Les dispositifs thérapeutiques (le groupe de parole pour pédophiles hétérosexuels et la prise en charge familiale systémique de l'auteur d'abus sexuel et de la famille de la victime)
- Les partenaires (SIOE, SPIP) inclus dans l'approche systémique

IV. L'évolution du sujet et de l'entourage de la victime

- Dégager les critères d'évolution
- Le changement de la personnalité de l'auteur
- Deux exemples de critères, en évolution sur une année
- Le rapport à la relation a-t-il changé ?
- Le changement des attitudes de la victime (adolescente)

I. Présentation des axes et outils thérapeutiques

Nous présentons le lien thérapeutique pertinent entre deux dispositifs thérapeutiques :

1. le groupe pour pédophiles hétérosexuels pour l'abuseur sexuel
2. la prise en charge familiale systémique de l'auteur des abus sexuels, de sa victime et de l'ensemble du groupe familial de celle-ci.

Nous verrons l'évolution des états de la famille et des principaux acteurs.

➤ Le groupe de parole de pédophiles hétérosexuels

Il reçoit des personnes non jugées et des sortants de détention, ou des condamnés bénéficiant d'un sursis avec mise à l'épreuve. Il est composé de quinze à vingt personnes.

Nous les invitons à penser ce qui a pu être une source de danger autrefois ou qui le reste, l'accès au vécu intérieur est parfois perçu comme une intrusion insupportable attaquant les aménagements défensifs mis en place.

La place de l'autre est toujours en question, autre comme sujet, autre comme thérapeute, la relation avec la victime. L'animation de tel groupe évite l'enlisement, les discours dévitalisés des entretiens individuels. Le travail groupal pallie à ces difficultés.

Le groupe thérapeutique, par son fondement même, constitue un tiers entre l'individu et l'autre, il est donc en soi une médiation aux relations. La relation directe est évitée, l'institution du tiers est protecteur du risque de fusion à l'autre d'une part, et il favorise un lien aux autres d'autre part.

La place de l'auteur d'agression sexuelle est en effet au cœur du passage à l'acte : place de l'auteur dans sa famille, place de celui-ci dans l'histoire familiale, place dans sa relation au père, mais aussi à la mère, place dans la hiérarchie familiale et sociale. Dans le groupe, la question de la place est de nouveau actualisée et cette situation permet de rejouer de façon projective la situation familiale.

➤ La thérapie familiale systémique

La thérapie familiale, comme son nom l'indique, est une technique thérapeutique relationnelle, appliquée à la famille. A minima, nous devons avoir une adhésion à une aide thérapeutique explicite, formulée par les intéressés eux-mêmes, à savoir l'agresseur, la concubine et ses enfants, avec l'adhésion de chacun.

La thérapie familiale systémique a recours aux concepts de l'approche systémique, elle est née dans les années soixante, des découvertes et des recherches menées par l'approche systémique, avec Bateson et l'école de Palo Alto, ainsi que des difficultés et limites des thérapies traditionnelles, auprès d'enfants et d'adultes impliqués dans des systèmes familiaux pathogènes.

Ainsi, travailler avec le système familial dans lequel sont impliqués les « patients identifiés » (agresseur et victime) a permis, en assainissant les relations interindividuelles pathogènes, d'éviter l'aberration qui consisterait à désinfecter une plaie replongée régulièrement dans un « bouillon de culture ».

Colloque de décembre 2006 de la LFSM

Nous prenons en compte les facteurs interactionnels et intra psychiques. Si certains fondements théoriques, parfois dogmatiques de la thérapie familiale, mettent en avant que seul un travail sur les interactions, au sein du système familial peut permettre un véritable changement pour le patient identifié, l'orientation choisie et présentée ici prend en compte deux dimensions humaines, qui nous paraissent incontournables et essentielles dans le travail thérapeutique : la dimension interactionnelle et la dimension intra psychique.

Le but de la thérapie familiale est aussi de permettre l'émergence d'une demande. La famille n'autorise pas toujours l'expression d'une demande chez un quelconque de ses membres, quel que soit le symptôme ou sa gravité. Nous le voyons bien dans le cas de l'enfant victime d'agressions sexuelles du père ou du beau-père avec la complicité passive de la mère, voire de la fratrie.

Il nous semble que la place du thérapeute familial est, dans ce cas, de permettre par une désaliénation du groupe familial, l'expression d'une demande chez un quelconque de ses membres, et pas seulement chez celui qui au départ était porteur du symptôme. C'est ce qu'on appelle le travail d'individuation en thérapie familiale. Le thérapeute doit saisir la logique symbolique oedipienne du désir et la logique de l'imaginaire, systémique, où le symptôme échappe au sujet et tombe dans l'appartenance au système familial. Les logiques sont toujours en cause dès qu'il y a symptôme. Il y a donc à repérer ce qui domine de l'aliénation au discours familial ou de l'aliénation du sujet de l'inconscient, c'est à dire si le contexte familial autorise une demande ou pas.

Dans le cas présent, l'un des patients (la victime) n'est pas le sujet de sa demande tout en étant pourtant sujet de ses symptômes, de son dysfonctionnement et de sa souffrance directe, la première étape est d'introduire le patient ou les patients à un premier repérage dans le réel avant de commencer le travail thérapeutique. Cette première étape est indispensable. Il ne peut y avoir analyse sans un sentiment, discret, d'y être pour quelque chose dans son histoire. Nous proposons d'introduire une technique qui consiste à explorer le système au moyen de questions correspondant aux trois éléments de la demande, tout en respectant les règles de la circularité, définies ainsi par l'équipe de Selvini :

« par circularité nous entendons la capacité du thérapeute de mener son investigation en se basant sur les feed-back de la famille en réponse à l'information qu'il sollicite en termes de relations donc en termes de différence et de changement ».

On le voit dans les systèmes familiaux violents ou transgressifs ; cela éclaire sur les vécus de chacun, et les prises de conscience de la souffrance de la victime.

Redéfinir les relations des adultes avec l'adolescente victime entraîne la nécessité de redéfinir la relation des concubins entre eux. La famille peut refuser ce changement qu'elle redoute. C'est la menace constituée pour l'homéostasie familiale. Comment la famille reste figée dans un état pathologique, la proposition thérapeutique allant la mettre dans tous ses états !

II. Vignette clinique de Luc MARTIN

Mr Luc MARTIN a été vu en évaluation par M-L G le 27 mars 2003

Il est né en 1936. Il est à la retraite, il était responsable commercial.

Adressé par : Le Juge d'Application des Peines (JAP) de Nanterre

Situation judiciaire actuelle du patient :

Suite à la plainte pour attouchements sur mineure, le patient a été condamné à 6 mois de prison avec sursis, deux ans de mise à l'épreuve, une obligation de soins et le règlement de dommages et intérêts.

Description des faits :

La deuxième fille de son amie, Sophie est venue un après-midi dans sa chambre et lui a touché le ventre, puis le pubis, « mais ce fut furtif » et il n'y a pas eu, aux dires du patient, d'érection, cela s'est produit 2 ou 3 fois. C'est à la suite d'une dispute qu'elle s'est plainte des attouchements qu'il lui aurait fait subir.

Antécédents judiciaires : Mr Martin ne présente aucun délit juvénile, ni de faits de délinquance adulte.

Antécédents médico-psychiatriques :

Nous ne relevons aucun antécédent psychiatrique. Il est sous anti-dépresseur, Prozac . Il présente des difficultés à l'endormissement.

Eléments biographiques :

Il a très peu connu son père, mort d'un cancer du cerveau en 1945. Sa mère ne s'est jamais remariée, elle a eu un ami qui buvait, lorsque Mr Martin avait 14 ans. Il décrit sa mère comme « pas spécialement affectueuse » ne faisant pas de bisous. Il a deux frères, Jacques 59 ans et Remi 57 ans. Après la mort de son père, ils ont vécu de la charité, la mère ne travaillant pas, elle élevait des animaux.

Il a été marin-pêcheur pendant 2 ans, de 1952 à 1953, il dit que c'était un métier très dur et qu'il a arrêté car sa mère ne voulait pas qu'il reparte. Ensuite, il a travaillé dans le bâtiment, puis dans les assurances à la suite de quoi il s'est retrouvé à la rue. Il a ensuite eu diverses activités professionnelles. Il a un fils et il est veuf, sa femme est décédée en juillet 2002 à 70 ans, elle était grabataire depuis des années et nécessitait des soins perpétuels. A la mort de sa femme, il s'est mis en ménage avec sa voisine, Mme Rimbaud, qu'il a rencontré lorsque sa femme était malade. Elle est séparée, elle a quatre enfants : un garçon de 18 ans, une fille de 14 ans et des jumelles de 11 ans. Il s'est senti responsable de

l'éducation des enfants et de la prise en charge de la famille. Le père des enfants est décédé à 53 ans d'un arrêt cardiaque.

Niveau intellectuel : moyen-fort. Il a eu le BEPC. Il voulait être médecin, mais il n'avait pas assez d'argent pour faire les études nécessaires.

Profil de personnalité :

Le profil de personnalité est immaturo-égocentrique. Il fait preuve d'intérêt pédophilique avec un discours pédérastique très important, l'enfant semble être au centre du désir, il présente des difficultés relationnelles avec les adultes. Il se décrit comme criard, autoritaire, mais pas bagarreur. Mr. Martin est séducteur et manipulateur, se présentant à son avantage. C'est un personnage très labile en ce qui concerne le récit de sa vie, avec une qualité de narrateur (Il en joue), séduction par le verbe.

On observe un amalgame entre les sentiments affectifs et les besoins matériels de sa concubine. Il se sert de l'aspect financier pour garder sa compagne ainsi que ses enfants près de lui.

Les principaux mécanismes de défense psychologiques mis en œuvre sont :

- la minimisation des faits
- la projection sur la victime (c'est la fillette qui est venue le voir lors de sa sieste)
- la manipulation par la séduction

Les aspects psychodynamiques :

Dans la théorie psychanalytique de la perversion, nous retrouvons chez Mr Luc Martin, un sujet pervers qui est dans une confusion entre lui et l'autre ne pouvant freiner ses pulsions. La fusion évite l'angoisse de manque, c'est une défense face à sa réalité psychique lorsqu'il est blessé.

Le sujet est dans le déni, il utilise la projection. Nous observons un clivage et un point aveugle sur la partie cachée de sa personnalité. Mr Martin manque de contrôle et présente une impulsivité. On note une solitude affective, avec un évitement des relations en lien avec son angoisse d'abandon. Un sentiment de rejet par les autres est enregistré, provoquant son isolement social. Il présente une angoisse de séparation.

Le sujet est dans la confusion par sa difficulté de reconnaître sentiments et pulsions. Il s'agit d'une expulsion psychique dans le passage à l'acte. Ceci dans le cadre d'une indifférenciation des générations. Certes, le sujet est dans le clivage, néanmoins il a accès à sa propre souffrance mais réalise un colmatage par le déni.

Il se joue de nous, des autres, tirant ainsi satisfaction d'autrui.

Les dix mots clés pour le repérage analytique sur le champs des mécanismes de défense :

- Clivage : présent chez le sujet
- Déni : idem
- Projection : idem

Colloque de décembre 2006 de la LFSM

- Banalisation : idem
- Minimisation des faits : idem
- Froideur affective : absente chez le sujet
- Dénier de l'altérité : présent chez le sujet
- Absence de pitié et de sollicitude : le sujet peut présenter ces points dans une certaine mesure. Dans le cadre du passage à l'acte, nous relevons un échec de l'identification à l'autre.
- Identification projective : présente chez le sujet
- Les limites du moi : des limites mal constituées

Nous ne relevons pas de fantasmes pervers anormaux, absence de sadisme, de voyeurisme, de travestissement.

Dans la biographie du sujet, nous ne relevons pas d'éléments d'indifférenciation sexuelle, ni de carence au moment du stade de la symbolisation. Le sujet ne semble pas présenter de difficultés majeures de mentalisation et de symbolisation.

Vie affectivo-sexuelle :

Il n'a pas subi d'agressions sexuelles pendant sa jeunesse. Il a eu son premier rapport sexuel à 19 ans, il a eu deux relations avant de connaître sa femme : « c'était juste des aventures », il s'agissait de femmes plus expérimentées que lui, plus âgées, il n'était pas amoureux. Il n'a jamais fréquenté de prostituées. Il se décrit comme un « timide maladif » et n'ose pas aborder les femmes. Cependant, il dit être disponible, la séduction est bienvenue, il dit également « avoir intérêt à se méfier de lui-même ». Il dit se faire violence pour rester fidèle. Avec sa femme (elle était métissée kabyle), ça ne convenait pas sur le plan sexuel, car « elle n'était plus autant attirée par le sexe », elle ne prenait pas l'initiative, « sa libido a du décroître au fil des années ». Il avait donc recours à la masturbation, il dit avoir du faire abstinence pendant deux ans. Lorsqu'il a rencontré Mme Rimbaud, il a longtemps éprouvé un sentiment de culpabilité du fait que sa femme était malade. Il se dit avoir beaucoup de points communs avec Mme Rimbaud comme l'amour de la nature, le romantisme. Ils ont des rapports sexuels une fois par semaine. Il dit avoir moins de désir sexuel maintenant. Actuellement, il ne vit plus avec Mme Rimbaud mais ils continuent à se fréquenter. Leur relation est basée sur le soutien financier que Mr. Martin apporte à son amie et à ses enfants. Son but est de pouvoir réunir la famille, afin de créer un noyau familial.

Il a peu d'amis, il se dit peu attiré par les adultes, il préfère les enfants qu'il dit plus faciles à appréhender, à contrôler. Le patient donne le sentiment que les quatre enfants l'intéressent plus que la mère.

Passage à l'acte psycho-criminologique :

- *Le rapport aux faits*: Mr Martin dit que ça méritait sanction, il reconnaît avoir commis une grave erreur mais ne comprend pas pourquoi cela a pu arriver. Il aimerait qu'on lui explique pourquoi, et qu'on l'aide à réfléchir sur ce qui s'est passé. Il dit « nous avons besoin d'affection. Comment réagir face à cela ? »

Le mot récidive lui fait horreur car pour lui c'est criminel et pense « avoir été assez mouché pour ne pas avoir à recommencer ».

- *Le rapport à la contrainte exercée*: dans un premier temps Mr Martin présente une difficulté à reconnaître la contrainte qu'il a exercé sur la victime à plusieurs occasions.

- *Le vécu surmoïque du passage à l'acte*: du fait de la répétition des caresses, nous observons l'absence de vécu surmoïque qui aurait pu entraîner la répression des actes.

- *L'appréhension du retentissement psychologique sur la victime*: cette appréhension est tardive dans le fonctionnement psychique du sujet. Au moment des faits, cette pensée était peu présente.

- *Le rapport à la loi*: Mr Martin a ignoré pendant un certain temps qu'il pouvait être soumis au regard de la loi après son passage en justice. La pression judiciaire semble avoir un effet préventif secondaire.

Situation relationnelle et affective post-judiciaire :

Il dit entretenir des rapports assez tendus avec Mme Rimbaud depuis la dénonciation des actes. Ils se sont séparés, cette femme habite désormais dans une maison qu'elle a acheté mais n'ayant plus beaucoup d'argent, il espère qu'elle va revenir habiter chez lui.

Malgré ce qui s'est passé, il souhaite donner à ses enfants un nouveau foyer recréant ainsi une famille, dont ces enfants ont été privée suite à la séparation de leurs parents et ensuite à la mort de leur père.

Il voit tout de même Mme Rimbaud tous les matins et entretient des rapports intimes avec elle, les enfants viennent parfois chez lui pour regarder la télévision, alors qu'il n'est pas supposé les revoir.

Orientation thérapeutique :

Groupe de pédophiles hétérosexuels du jeudi soir, avec J.P.Vouche, R. Coutanceau.

III. Les techniques thérapeutiques

Les concepts utilisés

Les concepts utilisés sont ceux de la chaîne d'agression proposée par Aubut, Engel, Bandura, George et Marlatt, dans leurs significations conscientes et inconscientes. Par ailleurs, les aspects psychodynamiques évoqués précédemment sont repris dans le cadre des techniques thérapeutiques en groupe de parole et avec le système familial. Les concepts psychothérapeutiques de la thérapie systémique sont plus particulièrement appliqués dans le cadre des entretiens familiaux.

La chaîne d'agression

Aubut, Engel, Bandura, George et Marlatt

| Réalité « chaîne d'agression » | Signification Consciente | Signification inconsciente |
|--|--|---|
| Conflit actuel Mineur ou majeur ↓ | Responsabilité attribuée à l'autre ↓ | Renvoie à une Vulnérabilité Narcissique, Angoisse d'abandon, Angoisse fusionnelle ↓ |
| Sentiment de malaise Perceptible de l'extérieur intolérance à la frustration, irritabilité, alcoolisation ↓ | Malaise subjectif non expliqué ou attribué à autrui difficilement identifiable et dicible ↓ | Refoulement de la rage ou de la dépression ↓ |
| Recrudescence des fantasmes déviantes rationalisations ↓ | Distorsions cognitives <i>Tentative de justification envers lui-même, rendant sa perception de la réalité conforme à ses désirs</i> ↓ | Amorce de la récupération sur un mode triomphaliste, maîtrise des objets ↓ |
| Choix apparemment anodins, modification imperceptible de son mode de vie, trajet domicile -travail ↓ | Rationalisations ↓ | <i>Neutralisation de la culpabilité</i> ↓ |
| Situations à risques Position de passage à l'acte imminent ↓ | Négation, hasard ↓ | Jeu pulsionnel, ambivalence ↓ |
| Acte sexuel déviant, passage à l'acte | Diminution de la tension subjective, soulagement temporaire | Maîtrise temporaire de l'objet, assouvissement pulsionnel |

La chaîne d'agression restitue la notion de temporalité bien souvent absente du discours des patients et les aide à construire un récit personnel de l'émergence de leur violence.

L'agression sexuelle étant très souvent précédée d'une séquence d'événements, pensées, affects, fantasmes, autant de signes avant-coureurs.

Nous nous attachons au fil des séances à isoler ces faits tangibles, observables, pour les mettre progressivement en lien dans une recherche de sens s'appliquant tant à chacune des six étapes de la chaîne d'agression que d'une manière plus générale, aux choix de vie du sujet.

➤ **Les dispositifs thérapeutiques :**

(le groupe de parole pour pédophiles hétérosexuels et la prise en charge familiale systémique de l'auteur d'abus sexuel et de la famille de la victime)

a. *Le groupe de parole pour pédophiles hétérosexuels*

Rappel des buts de la psychothérapie de groupe

Six objectifs thérapeutiques :

1. Parvenir à contrôler son comportement délictuel
2. Comprendre ses schémas de distorsion névrotique
3. Devenir empathique envers les autres
4. Développer des attitudes plus responsables et matures socialement
5. Métaboliser ses sentiments d'hostilité et de ressentiment
6. Développer une meilleure image de soi

Sexuellement

- ✓ Reconnaître que le comportement sexuel implique à la fois une responsabilité et une gratification

Les thérapeutes :

1. Analysent les formes de résistance au traitement pour que les agresseurs s'associent au traitement et aux buts thérapeutiques.
2. Élaborent des objectifs spécifiques à chacun pour développer une plus grande tolérance à la critique et aider à exprimer des sentiments négatifs, agressifs ouvertement.

Situation du pervers dans une évolution

- Pulsions sexuelles
- Pulsions agressives
- Relation d'objet
- Symptômes pervers

On s'intéresse par une orientation conceptuelle psychanalytique (cf ci-dessous) ou systémique comme vu précédemment.

Orientation psychanalytique

- L'étude de la régression (dépendance)
- Evolution des mécanismes de défense psychologiques
- Phases de développement du groupe d'après les concepts de dépendance et d'interdépendance, de pouvoir-amour et d'autorité-intimité
- Reconnaissance des fantasmes et du choix d'objet, évolution de la répression : fantasme et passage à l'acte
- Travail sur les modèles de changement dans la gestion de la sexualité

Les objectifs plus spécifiques de l'animation de groupe de parole d'agresseurs sexuels Pédophiles

Dans le choix des patients sont pris en compte des critères criminologiques et des indications psychiatriques ou psychopathologiques.

Objectifs

La prise en charge d'agresseurs sexuels susceptibles de commettre, avant jugement, pendant leurs permissions ou à leur sortie de prison, de nouveaux actes délictueux, exige des objectifs précis, dans un registre non seulement thérapeutique mais aussi socio-éducatif. Les objectifs spécifiques retenus ont été les suivants :

- **objectifs thérapeutiques :**
 1. l'analyse des distorsions cognitives
 2. la reconnaissance de l'altérité
 3. le développement de l'empathie
 4. la prise de conscience des conséquences traumatiques de la violence exercée sur la victime
 5. la compréhension des processus internes et externes à l'origine du passage à l'acte transgressif
 6. la levée du déni
- **objectifs socio-éducatifs :**
 1. le développement des habiletés sociales relationnelles
 2. la gestion des conflits
 3. le contrôle des pulsions
 4. la maîtrise de la sexualité déviante, la réorientation de la sexualité sur des objets sexuels acceptables

b. Dispositif Thérapeutique du système familial

L'approche systémique

Dans le cadre victimologique : la victime, sa fratrie, sa mère

Les indications portent sur les victimes du climat incestueux ou d'abuseurs.

Dans le cadre agressologique : l'abuseur

Il s'agit de l'accompagnement familial d'un auteur d'agressions sexuelles avec une approche familiale lors de la recomposition de la famille et du concubin de la mère à l'issue du jugement de l'auteur d'une agression sexuelle sur mineure de moins de 15 ans.

La nécessité de travailler avec l'environnement de l'agresseur sexuel est reconnu dans la loi du 17 juin 1998 instaurant un suivi socio-judiciaire.

La prise en charge thérapeutique se poursuit avec des entretiens de couple puis des entretiens familiaux avec la victime et sa fratrie dans un second temps. Le but de cette approche est de désamorcer toute récurrence par une mise en éveil de tous les participants à tout élément laissant penser à une récurrence. Dans ce cas plus particulièrement, il y a des sœurs jumelles qui ont maintenant 12 ans.

Pour les thérapies familiales des pôles de victimologie et de violence familiale :

Dans la situation potentielle de violences familiales, nous avons proposé la mise en place d'un dispositif thérapeutique prenant en compte le système familial et les intervenants : SPIP, SIOE. C'est donc dans une approche systémique que des entretiens familiaux se sont mis en place avec :

- Suivi de la concubine (F. Rimbaud) et de l'auteur de l'agression sexuelle (Luc Martin) dans le cadre d'une consultation mensuelle.
- Suivi individuel de l'auteur, deux consultations par mois.
- Suivi de l'ensemble de la fratrie de la victime (Sophie Rimbaud), du fait que l'auteur de l'abus et la mère de la victime comptent reprendre une vie familiale dans les prochains mois.
- Suivi de l'auteur et de l'ensemble de la famille de la victime (mère, fratrie, victime), une consultation tous les deux mois.

Les objectifs :

Les interventions cliniques auprès de l'entourage servent à étayer les observations cliniques des collègues évaluateurs et des animateurs du groupe de parole dans lequel l'auteur de l'agression sexuelle est inscrit.

Cette approche systémique permet de réaménager les stratégies de traitement utilisées en groupe de parole de pédophiles hétérosexuels. Les équipes pouvant avoir un retour des perspectives de la réalité psychologique et affectivo-sexuelle des liens parentaux et du couple « pseudo-parental ». Notre approche vise à redonner des repères d'adultes chargés

de représenter dans leur famille l'ordre des générations, de leur protection, et de la transmission d'un savoir sur l'humain et son organisation.

L'objectif est la réduction de l'anxiété et le soutien de l'action de pensée (dialogue plus fluide et concret sur les relations internes au couple et dans le groupe familial). Ce dispositif aide la famille à passer d'une communication confuse à une communication ouverte, directe et claire. Les sujets appréhenderont plus intelligemment leurs liens parentaux et de couple.

L'intervention clinique établit une très nette distinction entre l'affect, la sexualité et l'agression. Pour l'agresseur, le travail clinique repose sur la prise de conscience de sa relation à lui-même, à autrui (enfants) et à sa compagne, celle-ci resituée comme objet d'investissement. Les entretiens familiaux et thérapies permettent la mise à plat de la dynamique familiale, de resituer les comportements de l'ex-agresseur face à sa concubine et face à la victime, ainsi qu'aux enfants-victimes potentielles (jumelles de 12 ans) et de mesurer l'attitude de la mère dans la relation mère-enfant. Il s'agit de travailler sur la loi respectée, et la reconnaissance des limites de l'interdit.

Nos interventions touchent la fonctionnalité de la famille et une appréhension des liens affectifs et sexuels que le transgresseur instaure avec ses proches.

Les ressources familiales, sociales de la communauté sont mises à contribution pour optimiser l'impact du traitement et la solidarité dans la collaboration, dans la résolution des problèmes.

Les tiers jouent un rôle majeur dans l'initiation et le maintien d'un traitement, et des atouts indispensables dans la prévention de la récurrence, et à s'extraire d'une organisation perverse structurale dans ce regroupement familial. L'objectif est que la famille partage ensemble ce qui fait symptôme et se mobilise face à la peur de la récurrence par une prévention respectant la place et le rôle de chacun.

L'orientation systémique portera le regard sur :

- les phénomènes pathologiques et les évolutions enregistrées dans les différents sous-groupes, la cohésion familiale, comment l'agresseur élimine ou non l'apparition de la cohésion du groupe ?
- le modèle systémique reposera sur l'analyse de l'affection, des rapports de pouvoir, de la communication dans les différents sous-groupes (couple, fratrie, mère et enfants).
- Les réactions aux intervenants para-judiciaires

➤ **Les partenaires (SIOE, SPIP) inclus dans l'approche systémique**

Nous entretenons des échanges réguliers avec ces personnels, sur nos analyses respectives et la surveillance des relations de Luc Martin avec les enfants, ainsi que la capacité maternelle de Mme Rimbaud à protéger ses enfants d'une transgression ou d'un abus sexuel de la part du concubin. Les améliorations enregistrées sont partagées avec les différents partenaires. Une vigilance du système thérapeutique et social reste permanente.

IV. L'évolution du sujet et de l'entourage de la victime

Afin de dégager les critères d'évolution lors des programmes thérapeutiques, nous avons choisi plusieurs axes d'observation :

- L'observation des remaniements des pulsions sexuelles et des pulsions agressives dans sa relation d'objet avec une analyse de l'évolution du sujet, de l'évolution des symptômes pervers et sa compulsion à idéaliser. Nous présentons sous forme de tableau ces éléments clés de l'interprétation,
- Un tableau comparatif des facteurs de personnalité, psycho-criminologique et psycho-sexologique permettra de saisir leur évolution à un an d'intervalle, correspondant au travail thérapeutique engagé,
- L'utilisation des concepts de déni d'altérité et de sexualisation des conflits.

| | | |
|-----------------------------------|---|---|
| <p><i>Pulsions sexuelles</i></p> | <ul style="list-style-type: none"> • Quel est le stade de développement affectivo-sexuel prédominant (oral, anal, génital) ? • À quel type d'objet (total ou partiel) s'adresse cette pulsion ? • À quelle angoisse fondamentale (séparation-anéantissement, morcellement-symbiose, castration) se rattache-t-elle ? • Quels deuils (omnipotence, bisexualité, désir d'exclusivité, désir d'enfanter) ne sont pas complétés ? | <ul style="list-style-type: none"> • Prédominance chez le sujet au moment de l'évaluation d'un stade plus archaïque, teinté d'oralité. De plus, une tonalité anale apparaissait dans sa confusion entre relation affective et argent. • La pulsion s'adresse à un objet partiel. • Cette pulsion se rattache à une angoisse fondamentale de séparation (d'abandon) avec humeur dépressive et sensation d'anéantissement présentes au moment du passage à l'acte. Au niveau de son évolution, cette angoisse de séparation a disparu au profit d'une angoisse de castration. • Le travail thérapeutique se centre sur la résolution de son sentiment d'omnipotence. Nous sentons une régression de son désir d'exclusivité dont il avait du mal à faire le deuil jusqu'à présent. Dans le cadre thérapeutique du système familial, l'omnipotence est en baisse, par contre en groupe de parole, avec d'autres pédophiles, celle-ci persiste, atténuée par l'effet groupal. |
| <p><i>Pulsions agressives</i></p> | <ul style="list-style-type: none"> • Quelle modalité hostile (frustration, colère, peur-destruction, domination, vengeance) est utilisée par le patient ? | <ul style="list-style-type: none"> • Les deux modalités hostiles utilisées par le passé par le patient sont la colère et la domination. L'évolution thérapeutique |

Colloque de décembre 2006 de la LFSM

| | | |
|--------------------------|---|---|
| | <ul style="list-style-type: none"> • Quelles évolutions sont prévisibles vis-à-vis de l'objet ? • Dans quelle mesure le patient s'en préoccupe-t-il ? | <p>à propos des pulsions agressives du sujet nous permet d'enregistrer un aménagement de ces modalités sans malheureusement disparition totale de celles-ci.</p> <ul style="list-style-type: none"> • L'objet de ses pulsions agressives est pris en compte de manière plus consciente. Globalement Mr Martin présente un meilleur contrôle de ses pulsions réduisant son impulsivité. • Dans le cadre de la relation thérapeutique systémique l'accent est mis sur le règlement de ces modalités hostiles à l'égard de sa relation d'objet aux proches. Mr Martin se préoccupe de l'effet des pulsions agressives résiduelles, et de l'image qu'il peut donner de lui-même dans sa manière de contrôler ce type de pulsions. L'ambivalence qui s'exprimait à travers l'illusion d'être le bienfaiteur de la famille de la victime est moins flagrante, mais néanmoins toujours présente. |
| <i>Relation d'objet</i> | <ul style="list-style-type: none"> • Quelles sont les qualités des parents internes ? • Quel est le prototype de la relation d'objet ? | <ul style="list-style-type: none"> • Les images parentales apparaissent au départ distantes, falotes, et dévalorisées. La qualité des parents internes du sujet est travaillée et offre une meilleure posture dans sa relation d'objet. • Dans la maîtrise de l'autre il cherchait à calmer son angoisse d'abandon. La relation d'objet à ce jour est moins partielle, il a dépassé l'évitement des relations du fait d'une diminution de son angoisse d'abandon et de la découverte que son sentiment de rejet par les autres était exagéré. |
| <i>Symptômes pervers</i> | <ul style="list-style-type: none"> • Quel rapport peut être établi entre pulsions sexuelles et agressives et relation d'objet en égard au symptôme ? • Quel est le scénario du fantasme pervers ? | <ul style="list-style-type: none"> • Il recherchait une maîtrise de l'objet. Son choix d'objet pédophilique était en partie lié à sa phobie des relations intimes avec les adultes, et de la séduction hétérosexuelle. • Par sa manipulation, il avait |

Colloque de décembre 2006 de la LFSM

| | | |
|--|--|---|
| | <ul style="list-style-type: none"> • Quel traumatisme psychique y est décelé ? • Quelle illusion y est entretenue ? Quel est le rôle et la fonction de l'objet-victime ? | <p>l'impression de se sentir désiré par les enfants et déniait la différence des générations.</p> <ul style="list-style-type: none"> • L'angoisse de castration est très mêlée à l'angoisse de séparation, ce qui la rendait difficile à élaborer. • L'illusion de l'indifférence des générations et de la solitude existentielle par sa maîtrise de l'autre (objet victime) étaient patentes. Une évolution sur ce champ est repérée. |
| <i>Compulsion du pervers à idéaliser</i> | <ul style="list-style-type: none"> • Le sexe masculin • L'objet partiel • La sexualité pré-génitale | <ul style="list-style-type: none"> • Le patient idéalisait le sexe masculin, qui était au centre de son scénario pervers ; ceci accentué par la crainte de la baisse de sa virilité et d'une impuissance. • L'objet partiel était idéalisé comme un prolongement de lui-même dans l'illusion de la fusion. • Le patient présentait un défaut de développement vers une sexualité génitale, actuellement travaillé sur les deux dispositifs thérapeutiques. |
| <i>L'apport clinique</i> | <ul style="list-style-type: none"> • Pour forcer l'insight • Mise à jour des sentiments négatifs que suscite le sexe féminin (crainte, dégoût, répulsion, désaveu) | <ul style="list-style-type: none"> • L'insight est travaillé dans le cadre des deux dispositifs thérapeutiques de manière individuelle et groupale. • L'approche clinique initiale ne permettait pas d'enregistrer de sentiments négatifs suscités par le sexe féminin. Ce type de sentiment était scotomisé par son idéalisation du sexe masculin. En cours d'année, nous avons amené le patient à être plus sensible aux attentes amoureuses de sa concubine mettant par là même en évidence des sentiments positifs à l'égard du sexe féminin. |

Les critères de la grille de l'Antenne de Psychiatrie et de Psychologie Légales

| Échelle de cotation de 0 à 2 0 = facteur positif pour ce sujet 2 = très problématique | T 0 / évaluation Le 27 mars 2003 | T 1 (+1 an) / évaluation sous suivi Avril 2004 |
|--|--|--|
| <u>Facteurs de personnalité :</u> | | |
| 1. Traits phobiques | 1 | 0 ↘ |
| 2. Rigidité et caractère paranoïaque | 2 | 1 ↘ |
| 3. Egocentrisme - traits pervers - | 2 | 1 ↘ |
| 4. Impulsivité | 2 | 1 ↘ |
| 5. Dysthymie | 2 | 0 ↘ |
| 6. Capacité de lien (attachement-maîtrise) | 0 | 0 |
| 7. Rapport à l'altérité (victime) | 2 | 1 ↘ |
| 8. Rapport aux éprouvés (alexithymie) | 1 | 0 ↘ |
| 9. Capacité d'insight (auto-critique) | 2 | 1 ↘ |
| 10. Attitude face à la thérapie (T-CT) | 1 | 0 ↘ |
| <u>Facteurs Psycho-criminologiques :</u> | | |
| 11. Rapport aux faits | 2 | 1 ↘ |
| 12. Rapport à la contrainte exercée | 2 | 1 ↘ |
| 13. Vécu surmoïque du passage à l'acte | 2 | 1 ↘ |
| 14. Appréhension du retentissement psychologique pour la victime | 1 | 0 ↘ |
| 15. Rapport à la loi | 1 | 0 ↘ |
| <u>Facteurs Psycho-sexologiques :</u> | | |
| 16. Fantasme et choix d'objet (reconnaissance) | 2 | 1 ↘ |
| 17. Fantasme et passage à l'acte (répression) | 2 | 1 ↘ |
| 18. Distorsions cognitives (projections) | 2 | 1 ↘ |
| 19. Sexualité et conflits internes (sexualisation des conflits) | 2 | 1 ↘ |
| 20. Gérer sa sexualité (changement, modèles de changement) | 1 | 1 |

➤ Le changement de la personnalité de l'auteur

Nous constatons après plus d'un an de soutien thérapeutique la disparition des traits phobiques. La rigidité du patient se relâche. Son égocentrisme est moins prononcé. Il gère mieux son impulsivité. L'humeur est stable. Il a pris conscience des répercussions sur la victime. A présent, les éprouvés sont mentalisés. Une relative amélioration est ressentie du côté de son insight. La collaboration thérapeutique est forte.

Au fur et à mesure, le rapport aux faits est plus clair. Il reconnaît la contrainte exercée sur Sophie. Son vécu surmoïque, sa culpabilité sont présents dans son discours.

➤ Deux exemples de critères, en évolution sur une année

LE DENI D'ALTERITE

« Selon les psychanalystes, ce qui pose problème aux agresseurs sexuels d'enfants : c'est leur NARCISSISME dans lequel réside un déni d'altérité portant sur la réalité reconnue et rejetée de l'Autre pensant (« l'enfant-victime ») ; touchant aussi le sexuel hors de soi et alors même que le désir (de l'adulte) est éprouvé, assouvi. Le sujet dénie l'affect de l'autre et sa pensée ! ».

Après avoir posé toutes les questions nécessaires à la compréhension de la définition ainsi énoncée, les patients en groupe de parole sont invités à exprimer leurs pensées sur ce sujet avant et après les faits, c'est à dire, au moment des faits et au moment présent lors du groupe thérapeutique.

| <u>AU MOMENTS DES FAITS</u> | <u>ACTUELLEMENT</u> |
|---|--|
| <p><u>LUC</u></p> <p>« c'est vrai pour tout le monde mais par contre, c'est <i>pas tout à fait un rejet des affects de l'autre.</i></p> <p><i>Je sens ses affects. C'est une petite fille qui avait besoin d'affection. J'hésitais entre le fait d'accepter ou rejeter.</i></p> <p>Ça touche tous les individus, dans les relations de travail, les relations Hommes-Femmes, ça devrait être développé sur un thème plus large. »</p> | <p>« <i>J'ai plus l'impression que ça existe, de le ressentir, de le vivre ce déni d'altérité. L'individu quel qu'il soit est un petit peu notre ego.</i> »</p> <p><u>« Je reconnais en l'autre ce que je peux reconnaître en moi »</u></p> <p>En situation de pulsion face à une jeune adolescente : « je ne peux me mettre dans sa pensée et je refuse d'imaginer des rapports éventuels que je pourrais avoir. Ca ne peut être sexuel, ça ne peut être qu'affectif ; faire des jeux, aller au cinéma, offrir un présent...<i>quelque chose d'admis socialement.</i> »</p> |

LA SEXUALISATION DES CONFLITS

| <u>AU MOMENT DES FAITS</u> | <u>ACTUELLEMENT</u> |
|---|---|
| <p>LUC :</p> <p>« Est-ce que ça n'est pas un motif de déculpabilisation de dire qu'on a eu des conflits ? »</p> <p>Ses conflits :</p> <ul style="list-style-type: none">- « ma femme qui agonisait depuis des années me créait des problèmes majeurs et de la fatigue »- culpabilisation car j'avais une maîtresse- « période au cours de laquelle je suis devenu impuissant » <p>Conflits internes</p> <p>« j'avais envie de disparaître ... j'étais en dépression »</p> <p>« j'avais besoin de réconfort, Sophie aussi »</p> <p>il s'agissait d'une revalorisation narcissique par une jeune attentionnée et affective = « dérive avec des garde-fous, je ne l'ai jamais touchée »</p> | <p>« il faudrait qu'il y ait des conflits »</p> <p>« pas de conflits avec mon amie et plus l'angoisse avec ma femme »</p> <p>« je ne suis pas obligé physiquement d'être là (pour sa femme) »</p> <p>« pas de conflits avec les enfants... le seul conflit éventuel, ça pourrait être avec le tribunal pour enfant »</p> <p>« une expérience vécue est quelque chose qu'on ne peut pas imaginer tant qu'on n'y est pas passé, il faut l'avoir vécue »</p> <p>« il y a des trucs qu'on ne veut pas revivre »</p> <p>« on prend conscience que les autres, on les a fait souffrir »</p> |

➤ Le rapport à la relation a-t-il changé ?

Luc Martin a une relation plus claire, la confusion ne semble plus de mise. Il garde une distance relationnelle.

Mr Martin se rend une fois par jour au domicile de sa concubine. Dans ce cadre, il peut rencontrer en présence de la mère tous les enfants.

Luc Martin se sent la responsabilité d'être un repère de substitut paternel. Il échange avec la mère des enfants sur les attitudes éducatives à adopter face aux protestations des enfants. Il y a un désaccord fréquent entre une attitude ferme et cadrante de Luc Martin et une attitude laxiste de la mère des enfants. Ainsi, Mme Rimbaud laisse faire son fils dans un désinvestissement socio-professionnel, teinté de fainéantisme.

Mr Luc Martin est vigilant sur les relations extra-familiales de Sophie ; cette vigilance est entretenue tant dans son discours en thérapie que dans la réalité de la vie quotidienne.

➤ Le changement des attitudes de la victime (adolescente)

La jeune fille, Sophie Rimbaud est toujours en demande affective, mais ses fréquentations avec de jeunes hommes hors du cadre familial, lui permettent de vivre de nouveaux rapports affectifs plus en accord avec sa découverte du flirt et de relations amoureuses avec des hommes jeunes.

Sophie Rimbaud est tentée d'aller visiter Mr Martin, lui apportant son pain ou venant avec une amie fumer une cigarette chez lui.

La figure paternelle absente en raison du décès du père, est malgré tout utile pour son développement, pour ses identifications parentales positives ; car l'image du père, alcoolique était dépréciée dans la représentation du système familial.

Jean-Pierre VOUCHE