

COLLOQUE ETAP 10.03

Avec une collègue, Madame Michèle Demeure, nous avons été sollicités pour mettre en place et conduire un psychodrame de groupe dans le Service Médico-Psychologique Régional de la Maison d'Arrêt de Varcès près de Grenoble. Je vais vous faire part de cette expérience très riche qui a duré un peu plus de douze ans.

Ce service était dirigé par le Docteur Claude Balier qui avait eu l'occasion de décrire le dispositif thérapeutique qu'il avait mis en place et tenté une approche métapsychologique du fonctionnement psychique des patients suivis dans ce service, en particulier de leur violence, dans un ouvrage qui a fait autorité «*La psychanalyse des comportements sexuels violents*» (PUF «*Le Fil Rouge*»).

C'est le docteur BALIER qui nous avait sollicité pour ouvrir ce groupe de psychodrame et nous avons travaillé sous sa responsabilité jusqu'à ce qu'il prenne sa retraite en 1995. C'est son adjointe, le docteur DURAND-POUDRET qui prendra sa succession et qui dirige encore aujourd'hui ce service.

Le SMPR ne peut recevoir tous les détenus ayant besoin d'une prise en charge médico-psychologique, d'où un certain nombre de «suivis» en détention par le personnel du SMPR, les psychiatres en particulier. Nous avons d'ailleurs constaté ces dernières années, une augmentation assez dramatique du nombre de détenus présentant des troubles graves de la personnalité dont des psychotiques délirants. Les Maisons d'arrêt sont en train de prendre le relais des hôpitaux psychiatrique avec des moyens en personnel soignant très insuffisants et une administration pénitentiaire débordée.

L'objectif de Claude BALIER, dans le dispositif qu'il avait mis en place, était d'admettre au SMPR des sujets acceptant de faire un travail en profondeur sur eux-mêmes ce qui impliquait de leur part un minimum d'insight.

Les patients du SMPR restent des détenus soumis au régime pénitentiaire. Ils sont en cellule par deux, par trois, parfois seuls. Certains sont en attente de jugement, d'autres accomplissent leur peine et peuvent rester au SMPR tant que le contrat thérapeutique qui les lie à l'équipe soignante est respecté. Dans le service, cohabitent le personnel de l'administration pénitentiaire responsable de la sécurité, de la discipline et de la vie quotidienne (repas, promenades, parloirs, ...) avec le personnel soignant (infirmiers, assistante sociale, psychologue, psychiatre, secrétaire).

La plupart de ces patients ont des histoires personnelles marquées par des expériences de discontinuité, de rupture de liens, de vécu d'abandon, de maltraitance, ... Les troubles psychologiques

sous-jacents aux symptômes leur sont souvent communs : il s'agit non pas de l'angoisse de castration mais de cette angoisse qui oscille entre le sentiment de toute puissance et celui d'inexistence, véritable expérience de mort. C'est cette angoisse, et ce dont elle parle, qui devra être abordée et reliée. Ce sont des patients qui sont dans le déni de leur conflictualité interne et dans un contre-investissement défensif de la réalité externe à qui ils attribuent la source unique de leurs difficultés (c'est la faute des autres !). La plupart d'entre eux ont commis des délits très lourds : viols, tortures, meurtres, meurtres et viols d'enfant, ...

L'équipe du SMPR est constituée de deux médecins psychiatres dont le chef de service, d'une psychologue, d'une assistante sociale, d'un cadre infirmier et de plusieurs infirmières et infirmiers psychiatriques.

Chaque patient est pris en charge par deux infirmiers «référents» avec lesquels il a un entretien hebdomadaire sous la responsabilité d'un médecin. C'est ainsi que cette «obligation de parler» favorise le travail de mentalisation qui se substitue à «l'agir», mode de fonctionnement habituel de ces patients. Il se crée une situation paradoxale entre la violence des affects non mentalisés et ce travail sur la pensée. Cela peut mettre certains patients en difficulté, entraîner de fortes crises d'angoisse avec refus de poursuivre leur psychothérapie et demande de retour en détention.

Ce qui, en effet, caractérise le fonctionnement psychique de ces patients, c'est le clivage du Moi et le déni. On constate deux modes de fonctionnement qui se côtoient chez le même sujet sans communication aucune de l'un à l'autre : l'un opère à un niveau archaïque, il est responsable de la répétition des passages à l'acte, les processus de mentalisation y sont évacués ; l'autre est plus d'ordre névrotique et capable de tenir compte du principe de réalité.

Quand le clivage est profond il peut entraîner jusqu'à l'amnésie du délit et, à ce moment-là en parler n'a pas beaucoup de sens. Lorsque le clivage est à l'œuvre, la partie de lui-même refusée par le patient est mise hors psychisme et donc mise en acte. Il s'agit là d'un processus inconscient qui a pour but de conjurer l'angoisse, angoisse d'inexistence et de mort.

Comment lever le clivage ? C'est la question essentielle qui se pose dans le travail thérapeutique. C'est ce qui nous a amenés à nous mettre en phase avec le dispositif du service concernant la règle du secret dans le groupe de psychodrame, règle commune à tous les intervenants du SMPR : nous sommes tenus au secret vis-à-vis de l'administration pénitentiaire et de l'extérieur mais nous échangeons en équipe sur le contenu des séances et des entretiens avec les référents. Cette règle particulière a pour intention de relier dans une pensée commune les parties clivées du Moi du patient. N'oublions pas que ces patients vivent dans un espace clos où ils continuent à se côtoyer...

La création d'un groupe de psychodrame a été décidée avec l'idée d'enrichir le dispositif thérapeutique et créer un espace de liberté psychique pour certains patients qui, en relation individuelle, ont du mal à s'exprimer, s'inhibent, fonctionnent d'une manière trop opératoire ou dans l'identification projective provoquant chez les soignants des affects dont ils ont du mal à se dégager. La

question est bien de savoir comment créer un espace de liberté psychique, de mise en mouvement de la pensée dans un univers carcéral. Un participant du groupe de psychodrame, condamné à perpétuité, aura l'occasion de nous dire qu'il n'a jamais été aussi loin dans la réflexion sur lui-même que depuis qu'il est au SMPR. Il s'agit d'une liberté douloureuse et pas toujours supportée car elle confronte le patient avec une partie de lui-même qu'il dénie et avec la responsabilité de ses actes, notamment de son délit.

Le groupe de psychodrame va permettre un effet de respiration entre les entretiens individuels avec les référents où ils doivent parler d'eux-mêmes et la vie carcérale où la violence reprend ses droits. Le groupe est constitué de trois à cinq patients. La séance dure trois quarts d'heure sur deux heures d'intervention hebdomadaire de notre part, le reste du temps étant consacré aux échanges et au travail d'élaboration avec l'équipe, en particulier avec les «référents» des patients que nous avons en groupe. Notre participation se situe à la fois dans et un peu en marge de l'équipe. Nous savons combien ce travail de liaison est indispensable pour que l'institution assume sa fonction soignante.

En ce qui concerne les espaces géographiques et psychiques, tout fonctionne selon le principe des «poupées russes», par emboîtement, à savoir que l'espace du groupe de psychodrame est inclus dans l'espace de la maison d'arrêt, le tout constituant un espace clos.

Pour la petite histoire, avec ma collègue, nous avons mis près de cinq ans avant d'utiliser le parking du personnel, ce qui impliquait de pénétrer à l'intérieur de la première enceinte, pris l'un comme l'autre dans l'idée que nous pourrions être enfermés et ne pas pouvoir sortir ! ...

Revenons au psychodrame : nous avons opté pour le psychodrame de groupe, à savoir que tout le monde joue, que l'on ne peut jouer son propre rôle mais qu'il s'agit de construire une histoire dans laquelle chaque participant peut trouver une place et un rôle. Se sont les patients qui choisissent leur propre rôle et ceux des thérapeutes.

Outre la règle de discrétion et ses aménagements dont j'ai déjà parlé, nous avons institué d'autres règles que l'on rencontre classiquement dans les groupes thérapeutiques :

- 1 L'assiduité. Nous insistons sur l'importance d'être présent aux séances et de prévenir d'une absence éventuelle, ponctuant ainsi qu'il est important que le sujet soit acteur de sa thérapie. Cette règle marque également pour chaque patient son sentiment d'appartenance au groupe et l'importance qu'il peut avoir pour les autres. Cette règle est parfois mise à mal par le fonctionnement de l'institution pénitentiaire : parloir décalé et qui «mord» sur le temps de la séance, rendez-vous avec l'avocat ou le juge d'application des peines, ...
- 1 La libre association. Nous engageons les patients à exprimer la première idée qui leur vient à l'esprit et qui pourrait faire l'objet d'un thème de jeu, l'idée de l'un pouvant venir enrichir

l'idée de l'autre, ...

C'est ainsi que le thème de jeu qui se dégage doit être suffisamment général pour concerner tout le groupe, et rester cependant près des pensées de chacun des patients.

Lorsque le jeu est interrompu, nous invitons chaque patient à exprimer ce qui a été ressenti et pensé, et à associer sur ce que les autres ont pu dire et la manière dont ils ont joué.

Exprimer une pensée ou un affect est quelque chose qui est extrêmement difficile pour ces patients, du moins dans les premiers temps de la vie du groupe. Nous sommes attentifs à ce que ces moments ne se transforment pas en sidération groupale en proposant parfois directement un jeu psychodramatique dans l'objectif d'une mise en mouvement pour favoriser une parole.

- 2 La restitution. Ramener au groupe les pensées, rêves ou discussions entre eux d'une séance à l'autre. Règle difficile à respecter ...
- 3 Le faire-semblant. Cette règle consiste à ne pas se toucher ni utiliser de matériel au cours des scènes de jeu. Nous avons à faire à des patients qui projettent massivement à l'extérieur des affects à l'état brut sous la forme de comportements violents. Ils mettent en acte ce qui ne peut être représenté. Dans le psychodrame, ces sujets ne peuvent envisager de faire semblant d'être violent. C'est pourtant ce que nous leur proposons. Cette règle du faire-semblant provoque chez eux dans un premier temps, une forte inhibition tant ils ont la crainte de passer réellement à l'acte. C'est nous qui allons, en les accompagnant dans les jeux, leur proposer des représentations sur ces affects réprimés. Un passage devient alors possible entre haine méconnue et hostilité interprétable, entre violence et agressivité.

Pour ces patients, cette règle du faire-semblant est essentielle tant la confusion entre perception et représentation est présente. Cette règle assure une réelle sécurité pour l'ensemble des participants et pour les thérapeutes. Elle permet d'établir une limite entre l'espace psychique interne et l'extérieur, entre l'affect et sa représentation. Cette limite est parfois difficilement perceptible : je pense à ce patient du SMPR, homme aux comportements violents, condamné pour meurtres, qui dans un jeu psychodramatique où il tenait le rôle d'un garde du corps qui devait protéger l'entrée d'une demeure, se précipite sur un autre participant qui jouait le rôle d'un dépanneur et lui enserre le cou des deux mains. Il s'étonne parce que nous avons arrêté le jeu et rappelé la règle, en nous disant « Mais, je faisais semblant, sinon il serait mort ! ... ».

Les patients du SMPR sont dans la confusion des images : confusion des sexes, des générations, de leur espace psychique interne et de l'extérieur. Le psychodrame propose d'emblée une figurabilité aux objets et facilite la levée de la confusion. Ce sont des sujets qui ont du mal à percevoir ce qu'ils peuvent éprouver. Tout affect constitue un danger qu'ils expulsent, projettent à l'extérieur d'eux – même avec violence, tout en le déniaient. Le psychodrame va favoriser, par la mise en figuration des conflits internes et des angoisses identitaires, une réintériorisation du «théâtre interne» de ces patients qu'ils ont massivement projeté à l'extérieur. Il permet de mettre en scène ce qui n'est pas représentable intérieurement pas ces patients et de rapprocher les parties clivées de leur Moi.

Ces patients vivent sous la menace d'une emprise venue de l'extérieur. Ce qu'ils ont fait subir aux autres est toujours ce par quoi ils se sentent eux-mêmes menacés. Claude BALIER nous a montré que lors des actes délictueux et plus précisément lors d'actes sexuels criminels extrêmes qui accompagnent parfois les incestes et les viols, ceux-ci témoignent, chez ceux qui les mettent en acte, l'absence d'un objet qui puisse avoir une fonction de liaison de l'excitation et d'union des pulsions. Nous savons que les passages à l'acte violents peuvent avoir pour fonction de maîtriser l'angoisse archaïque de non-existence, irreprésentable et non liée à l'Eros.

Dans les rôles qu'ils nous attribuent au cours des jeux psychodramatique, nous avons souvent une fonction de «double narcissique négatif», parties d'eux-mêmes qui les menacent ce qui nous permet de leur montrer que celles-ci peuvent se lier avec d'autres plus ancrées avec l'Eros.

Avant de conclure, quelques mots sur le choix d'un dispositif groupal.

- Le psychodrame de groupe venait enrichir le dispositif thérapeutique centré sur des entretiens individuels.

- 4 Le groupe permettait de constituer une «enveloppe psychique» à l'intérieur de laquelle chaque patient pouvait s'étayer. Cette «enveloppe psychique», comme dans les groupes d'adolescents a une fonction de «double narcissique» sur lequel chaque participant peut s'appuyer pour restaurer l'image disqualifiée qu'il a de lui-même.

Cette enveloppe permet la constitution d'un appareil psychique groupal tel que l'ont défini D. ANZIEU et R. KAES, à savoir un appareil d'association, de liaison, de diffraction et de transformation. R. KAES nous a beaucoup apporté en insistant sur la formation «d'un appareillage intersubjectif de groupe» provoquant le mécanisme inverse de la condensation c'est-à-dire la diffraction qui permet de fragmenter, différencier, diversifier et relier les représentations condensées tout en abaissant l'intensité de l'excitation qui résulte de la condensation. La diffraction présente l'intérêt sur le plan économique de répartir les charges pulsionnelles sur plusieurs objets, au lieu de les additionner, comme il en résulte dans l'effet de

condensation.

Le travail d'élaboration qui suit la séance nous permet, tel un prisme qui décompose la lumière, de diffracter les images que les patients nous ont livrées, de les fragmenter, mais également de les relier, afin de reconstituer le puzzle à partir d'éléments dispersés. Ce travail que nous faisons à deux, puis avec l'équipe, enrichit notre fonctionnement psychique, ce qui permet à la séance suivante d'interpréter (au sens de la figuration) nos rôles en les nourrissant de notre travail d'élaboration, et en re-présentant aux patients les interprétations (au sens psychanalytique) que nous avons, en quelque sorte, prédigérées pour les rendre plus assimilables.

En conclusion

Cette pratique clinique, dans ce dispositif particulier, met à l'épreuve de façon intense les phénomènes contre-transférentiels et inter-transférentiels ; aucun des membres de l'équipe soignante n'y échappe. En voici un exemple : nous sommes amenés à recevoir un patient du groupe. Il nous dit que «le psychodrame le fait trop penser», et il associe, ce qui est inhabituel sur son délit. Il a agressé sexuellement un enfant de 4 ans et l'évoque sans culpabilité. En revanche, il parle des agressions sexuelles qu'il a subies lui-même étant enfant. Revenant alors sur son délit «c'est bien fait» dit-il, la boucle est bouclée !», signifiant que l'agression d'un autre enfant, outre lui-même, est une tentative folle et désespérée de réparation identitaire. Nous avons une compréhension de ce mouvement interne, mais il nous faut aussi la lier à la violence qui nous est faite à l'écoute de ce propos. L'élaboration de nos propres affects ne peut parfois se faire que dans un second temps. Mais contrairement au patient nous sommes deux à la recevoir au même moment et nous pouvons échanger à son propos.

Mais il nous est arrivé également de sortir d'une séance découragés, tendus, angoissés, nous surprenant à interpréter le comportement ou la pensée de l'autre, nous querellant à partir de détails et n'arrivant plus du tout à communiquer. Nous étions pris par les effets pervers des identifications projectives des patients. Heureusement, notre confiance l'un à l'égard de l'autre était suffisamment solide pour nous dégager. Il est vrai que nous avons une longue pratique ensemble de groupes de psychodrame d'enfants et d'adolescents en CMPP.

Cela me fait penser à ce que Bernard Penot a théorisé et tenté de mettre en pratique dans l'hôpital de jour pour adolescents qu'il a créé à Montsouris. Comment saisir le transfert à plusieurs, comment le supporter, et comment le transformer en processus. Ce dont il est question nous explique Bernard Penot, est différent de ce qui se passe dans la névrose de transfert au cours d'une cure, en ce sens que chez ces patients, il ne s'agit pas de refoulement mais de quelque chose de forclus, c'est à

dire qui ne peut plus être matière à jugement. Pour Bernard Penot, comme cela a été le cas pour Claude Balier au SMPR, l'équipe doit pouvoir être prête à supporter la répétition dans l'institution de ce qui ne peut être pensé par le patient et qui n'a pu l'être dans son environnement familial. Ce mode particulier de transfert qui parle des désaveux dans l'environnement familial du patient, se traduit par ces situations qui nous avons plusieurs fois vécues avec Michèle Demeure dans ce groupe de psychodrame, où des thérapeutes travaillant ensemble depuis de nombreuses années, d'un seul coup, ne peuvent plus se comprendre, avec des désaveux du style «*ou c'est moi qui suis stupide ou c'est toi !*».

La question posée est alors celle-ci : comment pouvoir se dire et accepter que ces mouvements psychiques violents sont en lien direct avec ce que le patient est incapable de verbaliser. C'est là où nous devons insister sur le fait que la constitution d'un couple thérapeutique pour conduire de type de groupe avec «*ces patients là*» n'est pas évident et exige une confiance réciproque permettant la suspension du jugement d'attribution.

Nous insistons sur le fait qu'avec ces patients, un travail thérapeutique n'est possible que «s'il peut s'appuyer sur l'institution, avec la nécessité constante d'un travail de liaison». Celui-ci est indispensable pour que l'institution assume sa fonction soignante et combien ce travail est difficile. S'il ne se fait pas ou se fait mal, l'institution peut devenir rapidement pathogène, voire mortifère.

Les institutions sont formées de groupes d'individus qui s'emboîtent et s'articulent dans un système hiérarchisé, dont les objectifs sont censés être communs autour d'un projet de soin, mais dont les intérêts ne convergent pas toujours ? Chaque groupe porte en lui un narcissisme qu'il lui faut protéger et satisfaire et qui peut s'opposer à celui des autres groupes. Chacun d'entre eux sera pris entre la nécessité d'affirmer et de protéger son identité et celui d'œuvrer à l'intérêt collectif. La conflictualité est au cœur de la vie institutionnelle avec le risque qu'elle génère de la violence chaque fois que les enjeux narcissiques deviennent trop importants et prennent le devant de la scène.

Enfin, plus particulièrement, entre le SMPR institution de soin et l'administration pénitentiaire institution pénale, il existe à la fois des intérêts divergents et convergents nécessitant des compromis permanents.

Jacques Schiavinato.