

INTRODUCTION
à la journée régionale ARTAAS
« L'auteur lui même victime:
qu'en penser et qu'en faire dans
le soin »?

C.H La Rochelle
1^{er} Octobre 2010

1°/ Agression sexuelle subie : une réalité (statistique) chez les auteurs.

Selon les études (conférence de consensus 2001, Ciavaldini, 2001, ou encore Coutanceau, 2010) *entre 30 % et 60%* (voire 70%) des AAS ont eux même été victimes dans leur enfance ou adolescence d'agression sexuelle par autrui.

Rq1 : Il faut donc tenir compte de ce facteur d'autant qu'il y a corrélation statistique entre l'âge de l'auteur quand il a été victime et âge de sa victime (Coutanceau, 2010).

Rq2 : Mais ce facteur ne peut tout expliquer à lui seul, de façon linéaire, en invoquant la seule répétition (CF le concept de « compulsion de répétition » S.freud) .

Enfin, attention au fatalisme supposé de la répétition qui ferait d'une personne agressée un agresseur en puissance...

2°/ Détour par le psychotraumatisme (non spécifique)

2.1. 2 types de trauma selon G.LOPEZ

Type I : un seul événement, isolé, brutal, non anticipé (attentat, accident de la route, agression dans la rue...).

Le sujet serait confronté de façon traumatique à sa propre mort.

Type II : cumulatifs et/ou repetitifs (inceste, harcèlement, violences politiques, sectaires...).

Les effets seraient à la fois plus négatifs, plus profonds (sur l'organisation même de la personnalité) et plus durables que dans le type I.

2.2. Conséquences psychopathologiques

a) La dissociation post traumatique.

Elle se traduit par une inhibition, une amnésie du traumatisme (le souvenir pouvant resurgir au cours de l'instruction ou du procès), voire par le déni du trauma.

Elle se traduit également par une dépersonnalisation: sentiment de détachement, de dépossession de soi-même. Le sujet devient un automate, spectateur de ce qui lui est arrivé.
 Enfin elle se traduit par une déréalisation : un sentiment d'étrangeté du monde.

b) Le « Post Traumatique Stress Disorder »(PTSD).

Il se traduit par la répétition, la rumination : souvenirs « flash », cauchemars, réveils nocturnes et peur de cette répétition du traumatisme (anticipation anxieuse des nuits remplies de cauchemars par exemple).

3°/ Retour au traumatisme sexuel (spécifique).

B.CYRULNICK (dans Coutanceau, 2010) distingue 2 types d'A.S. concernant leurs effets :

A.S. extrafamiliale	intrafamiliale
Pas d'atteinte des repères développementaux	Atteintes des repères développementaux: → confusion des places → déni des différences (sexes et générations)
Moins de complicité ressentie par la victime avec son agresseur, donc : - moins de honte - moins de culpabilité	Plus de complicité ressentie par la victime avec son agresseur, donc: - plus de honte - plus de culpabilité
Pas d'isolement affectif	Isolement affectif renforcé : secret/non-dit
EFFET GLOBAL moins négatif	EFFET GLOBAL plus négatif

B.CYRULNICK distingue également les effets selon les facteurs de « résilience »/de protection.

1) Facteurs personnels :

- investissement intellectuel .
- capacité de mentalisation .
- appétence pour l'imaginaire.
- sécurité interne issue des relations précoces de bonne qualité.

2) Facteurs environnementaux

3) Facteurs familiaux : en particulier la réaction de la famille au dévoilement.

D.LAMBERT (psychiatre à La Rochelle) distingue d'autres éléments :

- caractéristiques de l'abus.
- âge de l'enfant victime au moment de l'A.S.
- structuration de la personnalité de l'enfant.
- organisation familiale et place de l'enfant dans la fratrie.
- circonstance de la révélation.
- réaction de l'entourage lors de la dénonciation.

Particularité et importance de la réaction de l'entourage au dévoilement.

Le fait de 1) pouvoir parler et être entendu par ses proches
ou 2) de devoir garder le silence (non dit/secret ; « tais-toi ! »)
ou 3) pouvoir parler mais ne pas être cru (« tu mens ! » / « tu t'es trompé ! » → déni)
ou 4) pouvoir parler mais être rendu responsable (« c'est de ta faute ! » → culpabilisation de la victime).

aurait des incidences tout à fait différentes chez la victime.

Ces différentes réponses « pathologiques » (rep 2 à 4) de l'entourage rendraient « confuses les positions d'auteur et de victime chez la victime » (G.LOPEZ).

Et comme C. JANIN le rappelle: l'une des formes principales du traumatisme est la « non qualification des vécus psychiques internes ».

4°/ Quelques mécanismes psychopathologiques

4.1.Freud et la « compulsion de répétition »

Il y a trauma quand un événement survient sans que le sujet puisse y faire face, sans pouvoir l'intégrer dans ses représentations .

Il existe un afflux débordant « d'excitations » (concept économique du traumatisme) qui déborde le système régulateur interne appelé par Freud « pare excitation ».

La répétition (en pensée, image, rêve, acte) consisterait alors en une *tentative de maîtrise du trauma*, de symbolisation.

Mais souvent cette tentative se révèle *peu efficace* et obéit à un mouvement mortifère dans lequel le sujet est enlisé et qui empêche toute dynamique de vie: quelque chose s'est arrêté, est mort depuis le jour de l'agression (discours entendu par des femmes adultes victimes de viol par ex).

4.2. S.FERENCZI et « l'identification à l'agresseur » .

Ferenczi évoque l'incapacité de l'enfant/victime à se défendre face à son agresseur., *surtout par peur*.

Cette peur amènerait l'enfant à :

- se soumettre à la volonté de son agresseur.
- à deviner, anticiper le moindre des désirs de l'agresseur .

Cela suppose un mécanisme « *d'identification à l'agresseur* », ou « *d'introjection de l'agresseur* » : « celui-ci disparaît en tant que réalité extérieure et devient intra-psychique ».

Ainsi l'enfant peut maintenir, préserver des rapports de tendresse avec son agresseur réel externe (

cela explique l'attitude paradoxale de la victime qui continue, malgré les maltraitances, à aimer son parent violent).

De plus, cette introjection de l'agresseur se traduit par « l'*introjection du sentiment de culpabilité de l'adulte* » (agresseur).

Autre conséquence : le *clivage interne*, c'est à dire la *confusion*, traduit par le fait que:

- l'enfant se sent à la fois victime et coupable.
- l'enfant perd « sa confiance dans le témoignage de ses propres sens » (CF perte de sens de la réalité, vécus de dépersonnalisation).

4.3. A.CIVALDINI et la « lutte contre la passivation ».

Voici très résumé ce que propose A.Ciavaldini:

« Il est moins question de se venger que d'adopter une position active (de maîtrise) pour effacer ce qu'enfant il a subi passivement, réduit à l'impuissance et envahi par la rage et l'humiliation ».

Ce concept de passivation est à reprendre chez un autre auteur, A.Green, mais ne sera pas détaillé ici. Cette position est quelque peu différente de celle de R.Stoller, résumée ci après.

4.4. C.BALIER : « disparition du sujet » et transmission transgénérationnelle.

Voici ce que propose C.Balier sur ce sujet:

« Ce qui est en cause (dans l'agression subie), c'est tout simplement la disparition du sujet en tant que tel ».

Les victimes ont ainsi parfois l'impression que c'est à un autre (qu'eux même) que la catastrophe arrive.

« Le patient (auteur) est capable, parfois, de n'être que l'instrument d'une scène qui s'est jouée ailleurs : transmission générationnelle ou identification à l'agresseur ».

4.5. R.J STOLLER : la perversion comme « forme érotique de la haine ».

La perversion serait une forme érotique de la haine, de l'hostilité, c'est à dire d'un « désir de faire du mal à un objet ».

« L'hostilité présente dans la perversion prend la forme d'un fantasme de vengeance masqué dans les actes qui constituent la perversion et destiné à transformer le traumatisme infantile en triomphe adulte ».

« Mon hypothèse est qu'une perversion est la reviviscence d'un traumatisme sexuel réel visant précisément le sexe (anatomiquement parlant) ou l'identité sexuelle (masculine ou féminine) et que l'acte pervers oblitère le passé ».

« Cette fois-ci, le traumatisme se transforme en plaisir, orgasme, victoire. Mais la nécessité de la répétition incessante, toujours de la même manière vient de l'incapacité de se débarrasser totalement du danger, du traumatisme ».

5°/ Et dans le soin ?

5.1. Le piège de la déresponsabilisation .

Souvent le sujet est tenté de mettre en avant *comme explication à ses actes* :

- la pulsion sexuelle.
- les traumatismes (en particulier sexuels) de l'enfance.

Ainsi il ne peut être sujet de son acte mais toujours *victime d'une partie de lui-même (la pulsion) ou de l'autre (l'agresseur)*.

Voici par exemple les propos d'un auteur d'agression sur fillette , agressé lui même dans son enfance par deux de ses frères: « je suis en prison à cause de mes frères ».

« Il s'agit, pour le thérapeute, par les résistances qu'il rencontre dans ces 1^{ères} tentatives de mise en sens, et dont la fonction est d'éviter l'angoisse, de faire apparaître dans cet autre étranger le familier que le sujet ne peut entrevoir »(C.Balier).

« L'objectif du travail thérapeutique est donc de permettre aux sujets de ne pas se déresponsabiliser de leur acte et de se réapproprier cette figure angoissante d'eux-même »(C.Balier).

5.2. Que faire de ce lien A.S. subie / A.S. commise ?

Dans notre expérience, on rencontre souvent 2 cas de figure :

1^{er} cas : L'auteur qui met en avant de façon défensive les A.S. subies comme facteur explicatif, linéaire de ses propres passages à l'acte: c'est la **mise en avant du lien**.

2^{ème} cas : L'auteur qui ne fait qu'évoquer trop succinctement, de façon quasi anecdotique, avec détachement, ou parfois qui les avait oubliées, les A.S. subies. Celui là, à l'inverse du 1^{er} cas, ne peut/veut faire de lien entre A.S. subie et A.S. Commise : c'est le **refus du lien**.

Dans les deux cas, peut être une même difficulté commune : être sujet?

Certains patients ont-ils besoin, *comme un préalable*, d'être d'abord reconnu comme des victimes (donc comme des sujets), avant de pouvoir se reconnaître auteur de leurs actes (donc également comme sujets de leur acte) ?

D'où l'importance des réactions de l'entourage au dévoilement quand ils étaient eux même victimes : reconnaissance, déni, culpabilisation, etc...

Peut-on faire l'hypothèse que se reconnaître victime soi-même permet-il de mieux s'identifier à sa propre victime donc de mieux la reconnaître comme victime elle-même et par contraste de mieux se reconnaître comme auteur ?

En tout état de cause, il semble très important de *pouvoir écouter la victime qui sommeille chez certains de nos patients, sans pour autant cautionner la déresponsabilité* , par ailleurs souvent défensive.

SOURCES BIBLIOGRAPHIQUES:

C.Balier : « psychanalyse des comportements sexuels violents », PUF, 1996
R.Coutanceau et coll: « la violence sexuelle », DUNOD, 2010
R.Stoller: « la perversion », Payot, 1978
C.Janin: « figures et destins du traumatisme », PUF, 1999
Collectif: « psychopathologie et traitements actuels des auteurs d'agression sexuelle » (conférence de consensus), Fédération française de Psychiatrie, 2001
G.Lopez: « psychothérapie des victimes » Dunod, 2002
D.Lambert: « les manifestations symptomatiques de l'abus sexuel chez l'enfant » (?)
A.Ciavaldini: « psychopathologie des agresseurs sexuels », Masson, 2001
S.Ferenczi: « confusion de langue entre les adultes et l'enfant », Petite bibliothèque payot, 2004.
S.Freud: « au delà du principe de plaisir », « remémoration, répétition et perlaboration » oeuvres complètes, PUF

J.Hetté
psychologue SMPR Poitiers Vivonne
Ref Reg ARTAAS Limousin Poitou Charentes
jerome.hette@ch-poitiers.fr