



Apsylien & rec

association de la psychanalyse des liens
recherche / enseignement / clinique

Journée scientifique 2012

Liens & affectivité
Liaison & déliaison

Conférence 2012

Groupe à médiation
et affectivité

ACTES 2012

APSYLIEN

24 rue Auguste Comte

69002 LYON

Tél. 06 87 71 84 55

Fax 04 72 41 01 77

apsylien@wanadoo.fr

www.apsylien.com

Directrice scientifique
Rosa JAÏTIN

**Secrétariat des publications
et de la communication**
Pâquerette FAURE
Brigitte ANTONIN

Comité scientifique
Brigitte ANTONIN
Claude BARRAL-BARON
David BICHET
Sophie ELLIOT
Pâquerette FAURE
Rosa JAÏTIN
Christine JAKUBOWICZ
Dina MARTIN
Catherine PERROT



Adresse de rédaction
24 rue Auguste Comte - 69002 LYON
apsylien@wanadoo.fr
06 87 71 84 55

Sommaire

5 ■ Journée scientifique 2012

Liens & affectivité Liaison & déliaison

- Génocide et éclatement familial
J.L. DOREY 7
- L'amour, une liaison imparfaite
E. ENRIQUEZ 11
- Parcours de l'affectivité dans les groupes
R. JAÏTIN 19
- Le couple liaison et déliaison
C. JOUBERT 22
- Liaison et déliaison dans les équipes instituées
J.P. PINEL 27

35 ■ Conférence 2012

Groupe à médiation et affectivité

- Passages : « de l'effroi à une expérience émotionnelle
partagée du Beau, dans une pratique groupale »
M. BARBOYON 37
- La transformation de l'affect dans les groupes
à médiation
C. VACHERET 40
- Émergence des affects en musicothérapie réceptive
de groupe
N. DUPERRET 44

Actes 2012

8^e journée scientifique APSYLIEN
2^e journée internationale

Liens & affectivité
Liaison & déliaison



Génocide et éclatement familial

Jean Louis DOREY

Dans une famille éclatée ayant été confrontée à une situation de génocide les effets de la déliaison apparaissent masqués par un ensemble de défenses recouvrant la violence et la haine.

Le travail thérapeutique sur le lien familial permet d'actualiser une lente remontée de la « pulsionnalité », de remobiliser des affects gelés et de libérer la dimension de la culpabilité.

L'arrivée de la conflictualité et son dépassement amorce un début de retissage de la déchirure de l'enveloppe généalogique provoquée par la catastrophe.

Situation clinique : La thérapie familiale est initialement motivée par une angoisse considérable autour de la situation du fils aîné D âgé de 25 ans dont le comportement bizarre inquiète.

La famille a éclaté 5 ans avant le début de la thérapie familiale. Depuis le divorce des parents la famille échange très peu et chacun vit de son côté y compris le dernier enfant A âgé alors de 18 ans. Celle-ci exprime, d'emblée, le regret de n'avoir pas réussi à « faire famille » mais ne parle pas du génocide. Cependant les effets traumatogènes de la catastrophe se manifestent dès les premières séances. Le génocide a fait, en effet, disparaître toutes les lignées du côté du père ainsi que les parents, grands parents et une partie de la fratrie du côté de la mère. Les parents ne l'ont pas vécu directement puisqu'ils venaient d'arriver en France pour faire des études peu avant. Ils se sont mariés après la survenue de la catastrophe alors qu'ils étaient sans aucune nouvelle de leur famille respective. C'est dans ce temps d'incertitude et d'angoisse qui a duré plusieurs années que les enfants sont nés. La thérapie se met en place à raison d'une séance d'une heure à quinzaine. Outre les post séances régulières il y aura 4 temps de relecture clinique en intervision. Au début deux cothérapeutes rencontrent la famille. Une troisième les rejoint quelques mois après¹.

Les dépôts sur le cadre : Dès le début, et au cours des deux premières années, la famille remet en scène des situations de disparition et de mort qui provoquent, dans le transfert, des vécus **d'urgence et de survie**. Le premier enfant D a été conçu pour « conjurer la mort ». Le second A est appelé à « porter la vie » à la place de son frère au cas où ce dernier viendrait aussi à disparaître. L'absence totale de **violence et de haine** masque l'horreur des impensables disparitions.

La culpabilité à avoir survécu n'est pas du tout élaborée et elle est ressentie, dans l'inconscient groupal comme *une trahison*. *La conflictualité* dans le lien semble recouvrir un socle de violence fondamentale déjà là, antérieure à toute différenciation, et qui fait que **la dimension de la haine n'apparaît pas**. La défense familiale s'organise autour de vécus d'urgence et de survie, notamment dans le travail afin que « rien ne manque à la famille ». Parallèlement il y a une **attente injonctive démesurée** des parents qui s'impose aux enfants. Ces derniers ne pouvant y répondre ressentent l'excès d'attente parentale comme un reproche et ils y réagissent par **des vécus d'impuissance**. D apparaît particulièrement marqué par une absence totale de désir avec un espace subjectif évacué.

Il se trouve dans une grande dépendance par rapport à ses parents tout en la refusant. A, né plus tard, semble avoir échappé au broyage psychique mais a été confronté, comme son frère, à une importante carence de préoccupation psychique.

La transmission générationnelle entre parents et enfants se trouve entravée par l'excès de pression du lien s'accompagnant d'**un clivage entre un avant et un après génocide**.

Les thérapeutes supportent le transfert du lien familial qui s'impose à eux comme une emprise et provoque des effets insupportables d'écrasement. Ils sont aussi pris en masse dans la violence de vécus de vide mortifère qui sidère leur pensée et les renvoie à des éprouvés catastrophiques d'effondrement au sens de Winnicott. Ils ont également le sentiment de devoir lutter, sans cesse, contre les effets du désinvestissement qui les entraînent dans la pulsion de mort.

Ils se sentent, à d'autres moments contaminés par la famille, notamment par les odeurs qui leur évoqueront la décomposition des charniers. A l'inverse de la

1. L'arrivée de la 3^e thérapeute a lieu 9 mois après. Elle est retardée en raison de l'absence de Mme P. alors en voyage au Cambodge pour deux mois.

famille dispersée/éclatée ils fusionnent entre eux pour résister. Dans ce contexte, les deux thérapeutes ont le sentiment d'être directement confrontés à une force destructrice n'ayant ni cause, ni but, ni sens. Ils se sentent alors en écho avec la pensée d'André Green lorsqu'il dit que : « *le mal est sans pourquoi, qu'il est déliaison intégrale, non sens total, force pure* ».

Dans ce contexte, la ré-expérimentation du lien familial dans le dispositif de la thérapie initie un double mouvement : d'une part, la famille est appelée à reconstruire, en appui sur les thérapeutes, un lien familial actuel très peu élaboré la thérapie se présentant ainsi comme un espace pour « refaire famille »; d'autre part, elle résiste à investir le lien thérapeutique car ce dernier est susceptible d'effacer les traces amnésiques rattachant les parents à l'époque de l'avant génocide. A ce moment les thérapeutes ne réalisent pas qu'au-delà de la pression/ injonction exercée sur les enfants, les parents pensent sans arrêt et sans jamais le dire, à leurs propres familles disparues. Le surinvestissement du passé antérieur au génocide recouvre un deuil impossible tout en évitant son effacement. Mais la suractivation des traces amnésiques fait écran. En effet, quand Mme donnait le biberon à son fils aîné, elle le faisait - dit-elle - « *sans y penser* ». Sa pensée prise dans un « ailleurs » faisait obstacle à une prise en compte adaptée du lien avec son enfant. Comment d'ailleurs les parents pourraient-ils parler de ce temps d'avant sans libérer un quantum d'émotions considérable dont ils souhaitent protéger les enfants ? Autant ce fonctionnement permet aux parents de maintenir un lien avec les disparus autant il les empêche en même temps d'être suffisamment présents à leurs enfants un peu sur le modèle de la « mère morte ». Ce qui n'a jamais pu se parler constitue pour les enfants une étrangeté énigmatique suspendue au-dessus de leur enfance. Au final la transmission générationnelle est entravée.

La famille physiquement dispersée/éclatée mais mentalement toujours présente semble reproduire ce schéma. En effet, la séparation physique de chacun des membres permet à la fois d'échapper à une forme d'emprise tout en maintenant, malgré tout, un lien, à distance par téléphone.

En remettant perpétuellement scène en scène la question de la disparition, la dispersion familiale constitue ainsi une forme d'annulation paradoxale de la séparation. Ce fonctionnement évoque un collage/rupture sans intervalle porté par une pensée du lien qui ne se dit pas.

Alors que l'expérimentation concrète du lien est normalement appelée à se représenter, nous serions, ici, en présence d'un schéma inversé où le souvenir d'un lien déjà construit dans la psyché parentale fait obstacle à la prise en compte des vécus des enfants.

Vers l'organisation de rythmicités : Les deux années suivantes vont être caractérisées par des attaques du cadre. Une alternance **d'absences/présences** s'installe à bas bruit, en miroir, tant du côté de la famille que de celui des thérapeutes. Sur le versant de la famille l'alternance des présences/absences renverrait plutôt à des moments de connexion/déconnexion comme autant de tentatives d'amorce de rythmicités pulsionnelles. Elles permettraient aussi d'échapper à un lien trop prégnant, en remettant sans arrêt en scène le vide de la disparition tout en maintenant le lien. Il s'agit d'expérimenter sans cesse si le lien tient. Les parents disent souvent, en effet, **combien ils ne sont pas sûrs de l'amour de leurs enfants**. C'est pourquoi ces derniers doivent les appeler régulièrement. La répétition des absences va progressivement permettre aux présents d'expérimenter des absences qui ne soient plus vécues comme des disparitions. Leur succession répétitive aboutira à la constitution d'un début de **permanence de l'objet lien**. En écho les thérapeutes s'absentent à tour de rôle régulièrement sans en avoir clairement conscience.

Leurs absences sont, en effet, toujours annoncées aux collègues et à la famille et très rationnellement justifiées. Sauf qu'il se produira un moment où **aucun thérapeute ne sera là pour accueillir la famille**. Il faudra ce passage à l'acte, au demeurant très culpabilisé, pour que la question des absences des thérapeutes soit enfin abordée au niveau de leur inter transfert. Ces dernières apparaissent alors comme la manifestation d'une difficulté d'investissement où, selon l'expression d'A Green, « *Le mortifère se nourrit de l'usure du lien* ». Elles révèlent aussi l'existence d'une angoisse importante chez les thérapeutes chaque fois que le matériel apporté par la famille est susceptible d'être relié au génocide. Toute proposition de mise en mot de ce rapport est alors ressentie comme étant potentiellement dangereuse pouvant provoquer l'effondrement voire la destruction du lien familial. C'est pourquoi les thérapeutes expriment souvent, lors des post séances leurs doutes autour du bien fondé de relier certaines mises en mots des vécus avec la situation de génocide. L'angoisse des thérapeutes résonne ici, en écho avec celle des parents qui ne disent rien à leurs enfants du passé pour les protéger. Comme pour ces derniers, le génocide apparaît ainsi aux thérapeutes un objet étrange, énigmatique. Aborder cette question pourrait tout faire exploser et les renvoie à une profonde culpabilité. Ces ressentis mobilisés chez les thérapeutes font apparaître, en contraste, l'absence de haine et de culpabilité sur le versant de la famille.

A ce moment le comportement étrange de **D**, ses addictions à l'alcool, son aspect déconnecté, son retrait du lien social attaque particulièrement le narcissisme familial. Ce garçon qui a maintenant bientôt 28 ans ne répond pas aux attentes et déçoit profon-

dément. Les parents pensent que ce dernier « fait exprès » et qu'il n'a jamais voulu accepter leur modèle ni suivre leurs conseils. Son étrangeté actuelle, source d'incompréhension, provoque en eux une **colère larvée qui remonte lentement sous la forme d'une rage impuissante et d'une sourde culpabilité** introduisant désillusion et déception. Ce matériel arrive dans l'espace de la thérapie au moment où la mission locale qui suit la situation de **D** insiste pour qu'il constitue un dossier de reconnaissance de son handicap. Cette demande extérieure faite dans une autre logique, permettra d'aborder, en séance, autrement, les difficultés de **D**. En effet, les parents n'ont, aucune idée de la nature psychopathologique des problèmes de leur fils. Ils se sentent persécutés ou refusent de la voir en face. Quand après plusieurs mois, la reconnaissance officielle du handicap aboutit, ils sont bouleversés. Ils se rappellent alors avoir laissé régulièrement **D** tout seul, le soir, en lui confiant ensuite la responsabilité du cadet. La mère allait au restaurant faire son service tandis que le père l'aidait ou s'absentait souvent pour aller voir les filles. Les enfants disent alors, en séance, combien ils se sentaient laissés seuls, abandonnés. Leurs parents, toujours préoccupés par autre chose, ne s'occupaient pas vraiment d'eux.

A explique alors que **D** reproduisait avec lui la pression parentale. Il le violentait parfois à la limite de la maltraitance. Il se rappelle, notamment, que son frère prenait plaisir à lui brûler la peau en appliquant sur son bras une ampoule électrique. Nous retrouvons, entre les frères, la répétition du lien d'emprise familial sur un mode persécuteur/persécuté.

La famille commence alors à exprimer des vécus liés aux disparitions n'ayant jusque là jamais été dites. Le père, en l'absence de sa femme, aborde la souffrance qu'il a ressentie vis à vis du génocide. Il a le souvenir de son dernier petit frère dont il s'est beaucoup occupé et qu'il a laissé, au moment de son départ en France. L'enfant avait moins de trois ans. L'évocation de sa disparition lui arrache des larmes et s'accompagne d'une libération émotionnelle considérable. Un peu après, la mère se rappelle avoir été la dernière, très protégée par sa fratrie mais ne peut évoquer le souvenir de ses parents. Les enfants, émus, expliquent qu'ils ont toujours senti, sans le comprendre, que leurs parents étaient préoccupés par un « ailleurs »

incompréhensible. A partir de ce moment les affects commencent peu à peu à circuler en présence de tous. La pensée s'assouplit en devenant moins opératoire. Le carcan se desserre et un début d'espace transitionnel voit le jour permettant à la famille de se décaler un peu de la terrible violence sociale dont elle a subi les effets. D'autre part une culpabilité apparaît liée au sentiment de ne pas avoir été de bons parents. Cette culpabilité sera, par la suite associée à la colère d'avoir été eux même lâchés. Parallèlement nous

assistons à un début d'indépendance de **D** en appui sur un organisme de réinsertion. Il accepte un travail adapté et s'y tient malgré quelques incidents. Les thérapeutes ont le sentiment que le Jeune Homme s'extrait peu à peu de la gangue familiale et s'inscrit dans un mouvement d'autonomie. Ils accompagnent cette évolution qui s'opère au fil des mois et qui mobilise la problématique d'une séparation qui ne soit pas rupture.

Tout au long de ces deux années se produit ainsi une lente évolution dans des modalités de lien qui oscillent entre position narcissique paradoxale et position schizo paranoïde.

Remontée des affects et de la conflictualité pulsionnelle : les affects commencent à mieux circuler dans des séances et aboutissent à la reprise d'une **conflictualité pulsionnelle** jusqu'alors complètement évacuée comme façon de gommer les effets de la déliaison. La résurgence pulsionnelle se manifeste alors que nous sommes au bout de 4 années de thérapie et proches d'une suspension des séances en raison des vacances d'été. **D** dont l'autonomie s'est peu à peu affirmée exprime maintenant le souhait de ne plus venir à la thérapie familiale. Chacun des autres membres manifeste alors son indignation et sa colère : « on vient tous pour lui depuis longtemps et il ne veut plus venir ! ». Cette **colère inhabituelle** se déplace peu à peu, au retour des vacances, sur les thérapeutes. Lors d'une séance où la mère est absente, la famille demande à espacer les rencontres pour qu'elles deviennent mensuelles. Le thérapeute principal demande alors que la décision d'espacement soit prise en présence de tous. Cette position déclenche un mouvement soudain et complètement inhabituel de violence verbale par rapport aux thérapeutes.

Le père furieux se lève même pour partir brutalement et menace de tout arrêter. Les thérapeutes (qui ne sont que deux ce jour là) accrochés au cadre résistent. Ils indiquent à la famille la nécessité de poursuivre le travail. Leur résistance par rapport à une violence qui leur est directement adressée et le fait de tenir le cadre montre que la colère ne les détruit pas. Ce moment paroxystique qui frôle la rupture traduit aussi une tentative de dégagement de la famille d'une forme d'emprise que les thérapeutes exerceraient sur eux en miroir sous une forme sado masochiste.

Les séances une fois espacées l'atmosphère se détend. Nous entrons dans une phase où du manque apparaît sur un fond dépressif en lieu et place du vide. Des **vécus de culpabilité** commencent à se dire davantage : les parents se sentent responsables d'avoir laissé les enfants seuls petits ; ils se reprochent le handicap de **D**. A Dit à quel point il