

Processus de radicalisation et difficulté du soin

Stéphanie Germani

DANS **LE JOURNAL DES PSYCHOLOGUES** 2022/9 (N° 401), PAGES 46 À 47

ÉDITIONS **MARTIN MÉDIA**

ISSN 0752-501X

DOI 10.3917/jdp.401.0046

Article disponible en ligne à l'adresse

<https://www.cairn.info/revue-le-journal-des-psychologues-2022-9-page-46.htm>



CAIRN.INFO
MATIÈRES À RÉFLEXION

Découvrir le sommaire de ce numéro, suivre la revue par email, s'abonner...

Flashez ce QR Code pour accéder à la page de ce numéro sur Cairn.info.



Distribution électronique Cairn.info pour Martin Média.

La reproduction ou représentation de cet article, notamment par photocopie, n'est autorisée que dans les limites des conditions générales d'utilisation du site ou, le cas échéant, des conditions générales de la licence souscrite par votre établissement. Toute autre reproduction ou représentation, en tout ou partie, sous quelque forme et de quelque manière que ce soit, est interdite sauf accord préalable et écrit de l'éditeur, en dehors des cas prévus par la législation en vigueur en France. Il est précisé que son stockage dans une base de données est également interdit.

Processus de radicalisation et **difficulté du soin**

Intervenant auprès de sujets incarcérés pour des faits de terrorisme, l'auteure évoque la complexité de ces prises en charge, dont certaines s'apparentent à celles de patients psychotiques. Elle partage l'impuissance ressentie parfois par le thérapeute face à ces processus de radicalisation, éprouvée par un transfert mortifère et qui voit son cadre et son éthique être mis à mal.

L'intérêt scientifique pour les processus de radicalisation s'est pleinement manifesté depuis les derniers attentats en France. Si nous utilisons les termes « processus de radicalisation » et non celui de « radicalisation », c'est justement parce que les sciences humaines ont mis en lumière la multiplicité des processus qui sont à l'œuvre. En effet, il ne s'agit, en aucun cas, d'un processus en action par lequel une personne devient plus extrême dans son point de vue ou ses idées. J'en ai, pour ma part, décrit plusieurs à la suite des prises en charge que j'ai pu effectuer en prison (Germani, 2017) :

- la considération intangible des textes sacrés témoigne d'un processus qui cherche à écarter la dimension du doute ;
 - l'intransigeance absolue dévoile une rigidité de la pensée et une rigidité de la personnalité ;
 - l'idéologie politique confère la manifestation d'un fantasme omnipotent ;
 - la lecture littérale des sources démontre un trouble de la fonction d'élaboration – côté primaire de l'interprétation ;
 - l'application figée de la *charia* rend compte d'une tendance à la fixation obsessionnelle ;
 - la quête vers le retour à la religion pure des anciens dénote une recherche de la fonction paternelle.
- Nos différents patients incarcérés pour des faits de terrorisme apparaissent majoritairement comme

des sujets en perte de repères, de sens et d'identité, mais aussi comme des individus pour qui l'accroche à une « vérité inébranlable » devient une forme de survie psychique inconsciente. Cette « vérité » permet d'éviter les doutes et les angoisses massives qui les basculeraient dans une forme d'anéantissement psychique. D'ailleurs, l'intervention d'un ou de plusieurs délires, comme tentative de guérison (Lacan, 1966) apparaissent dans leur positionnement. Il s'agit alors de :

- délires passionnels à versant érotomane : le sujet est persuadé que l'Autre (Dieu) lui déclare son affection et ses attentes par le biais de différents messages qu'il fait mettre à exécution. Cet Autre apparaît comme une obsession, et il devient le moteur de divers passages à l'acte (violence hétéro-agressive, crime passionnel, actes sociopathiques) ;
- délires de revendication (à thèmes religieux) : ils se définissent comme une volonté irréductible de faire triompher une « vérité » que la société se refuse à satisfaire. Ils sont le fruit d'une conviction inébranlable d'avoir accès à une découverte grandiose qui doit être reconnue de tous ;
- délires de persécution : ils représentent la certitude que quelqu'un leur veut du mal. Les thématiques religieuses apparaissent dans les processus de radicalisation : *djinn*, vaudou, mécréants dangereux, etc., deviennent de mauvais objets qui persécutent. Ces délires passionnels, revendicatifs et/ou persécutifs – sous l'aspect de convictions religieuses – sont corrélés à un défaut concernant la métaphore paternelle (Lacan, 1966). Celle-ci semble avoir échoué (forclusion). Les dimensions du bien et du mal, l'aspect des limites et la question du cadre sont en défaut. Nous observons l'échec manifeste des signifiants paternels. Nous pouvons considérer que des mouvements psychotiques sont à l'œuvre dans la constitution des processus de radicalisation. Dans cette quête de sens, dans cette recherche

■ **Stéphanie Germani**

Docteure en psychologie, laboratoire UTRPP,
Université Paris-13

Psychologue clinicienne et psychothérapeute
en prison et en libéral

identitaire, dans ces appartenances sectaires, il y a bien une tentative d'accéder au symbolique qui échappe au sujet. De ce fait, le registre du passage à l'acte au nom de Dieu ne pourrait-il pas se traduire cliniquement par la forclusion du Nom-du-Père (Lacan, 1966) ?

Une prise en charge difficile

Face à ces profils psychologiques complexes, le travail du thérapeute est mis à rude épreuve. Ces individus se positionnent dans une forme de toute-puissance narcissique avec le sentiment que le soignant est totalement égaré et, parfois même, persécutant. Créer du lien avec ces patients est d'une difficulté majeure, voire est parfois impossible. D'ailleurs se pose la question du soin : sans alliance thérapeutique, peut-on considérer qu'un travail psychique est réalisable ? Précisons aussi que tous refusent l'aide médicamenteuse qui pourrait éventuellement permettre un relâchement de certaines défenses. Nous sommes donc face à une demande judiciaire qui sollicite la prise en charge et face à des patients qui sont majoritairement dans le refus de se faire soigner. Parmi ceux qui acceptent de venir aux entretiens (pour de l'occupational), les patients témoignent très facilement leur désintérêt pour la psychologie, et donc pour ceux qui représentent la discipline. L'accès à l'inconscient est foncièrement verrouillé. Pour certains, le thérapeute représente un mécréant, pour d'autres un profane ou, encore, un agent double des services de renseignements. Par conséquent, la majorité des entretiens sont de surface et ressemblent davantage à un dialogue plutôt qu'à une prise en charge thérapeutique. Pour une petite minorité, grâce à la répétition de ces entretiens de « dialogues », un travail psychique va peu à peu s'opérer. Lentement... Le patient va enfin commencer à parler de lui, de certaines de ses souffrances, de sa famille, etc. C'est à partir de cette phase, à savoir quand le patient devient plus accessible, qu'un lien particulier s'installe progressivement : surgit un état qui se manifeste dans une sensation de violence ou d'urgence interne, comportant toujours une dimension fantasmatique meurtrière où apparaît un aspect lié à la survie psychique. Le patient pense que le thérapeute peut lui faire du mal, provoquant la crainte inversée chez le thérapeute. Ce qui demande à l'analyste de se montrer apte à vivre « l'angoisse de mort » ou à l'« habiter » à son tour. Cette spécificité se manifeste dans ces rencontres cliniques par l'intermédiaire du « transfert négatif de mort » (Cournut, 2000), sollicité par l'enfermement et par la sensation

d'impuissance. À certains moments, ils peuvent même prendre une connotation haineuse. Nous pouvons parler d'un transfert qui immobilise le processus et la vie psychique du patient comme celle du soignant. Il est d'une tout autre nature que le transfert négatif à proprement parler, comme celui manifesté, par exemple, dans la névrose. Il s'agit d'un transfert de type « mortifère » régi par des pulsions destructrices.

Frédéric Millaud (1998) estime que la thérapie passe par une phase initiale dans laquelle le thérapeute tente d'apaiser les émotions violentes du patient, au prix d'une intensification du transfert, provoquant de l'agir au sein même de la rencontre clinique. Cela se manifeste pleinement dans ce type de clinique, où il s'agit souvent de travailler avec du transfert physique et comportemental (par exemple, un de mes patients ne pouvait s'empêcher de se lever pour regarder mon écran d'ordinateur ; un autre de décrire mes tenues et mes bijoux).

Nous entrons dans des prises en charge où le sentiment d'être dérobé est monnaie courante. Ce sentiment d'être submergé se caractérise, selon Frédéric Millaud (1998), par un caractère informe et térébrant du vécu de dangerosité. Le thérapeute glisse dans un univers psychique de terreurs infantiles (par exemple avec la surgescence de la peur du monstre). La mobilisation de ces registres psychiques archaïques, souvent vécus avec une certaine angoisse, correspond à des modalités d'organisation en lien avec des formes primaires de la symbolisation (Roussillon, 2001), ce qui est sans doute à l'origine de la « peur du fou » décrite, en 1981, par Jacques Hochmann. La conduite de la cure peut être rendue particulièrement difficile au point – j'ose le dire – d'annuler la séance le matin même pour la reporter à plus tard...

« Avec la notion d'identification projective, l'idée d'une "psychose de transfert", c'est-à-dire un investissement de l'objet qui entraîne la confusion avec l'objet, il s'agit donc implicitement d'un transfert "fou". Ce transfert est "traumatique" pour la psyché du thérapeute. » (Di Rocco, 2014.)

Travailler avec des personnes radicalisées questionne en permanence. Comment rester présent à l'autre ? En raison du fonctionnement psychique de ces individus, le cadre ainsi que l'éthique du praticien seront très souvent bouleversés, jusqu'à même envisager de vouloir rompre définitivement la thérapie en cours. Pour reprendre les mots de Vincent Di Rocco (2014), « le transfert psychotique prend valeur d'épreuve psychique pour le thérapeute ». ■