

# Isolement et torture

Miguel OLCESE (\*)

*« ... Torture, disparition et exil constituent des faits politiques intégrés dans un système de répression général qui a pour effet l'exécution d'adversaires.*

*« La lutte contre ces faits est indissolublement liée à la lutte pour les Droits de l'Homme... »*

Conclusion du séminaire  
pour les thérapeutes latino-américains  
Copenhague, 1984

La torture est sûrement une des expériences les plus dramatiques que peut vivre une personne. Elle fait partie d'un processus systématique de destruction de l'intégrité physique et psychologique des individus. Elle n'est pas seulement l'expression de la perversion et du sadisme de quelques individus, elle est l'expression d'un apprentissage systématique, qui détruit aussi ceux qui la pratiquent. Les tortionnaires, faute d'un jugement éthique sur leurs actes, et en prétextant que la fin justifie les moyens, s'isolent ainsi progressivement de la communauté humaine. Cette situation dans laquelle l'un a pouvoir de vie et de mort sur l'autre, cet isolement où l'être est qu'objet possible de souffrance, que sentiment d'impuissance, de faiblesse et d'abandon, constitue une situation limite très proche de la folie, du cauchemar et de la mort.

A travers cette situation d'horreur, du plus grand stress physique et psychologique à laquelle une personne puisse être soumise, ceux qui torturent cherchent à obtenir ce qu'ils désirent de la parole de l'autre. Ils affaiblissent ses résistances, essaient de le réduire à une vie plus ou moins végétative, en créant un état de peur, d'angoisse, afin de le rendre « plus malléable ».

La torture doit « faire parler », faire parler pour faire taire. La valeur de la parole du torturé est réduite à ce que veut entendre le tortionnaire. La valeur de cette parole AVOUÉE devient ce que l'on ne voulait pas dire. Il y a amputation de la parole, désir de l'autre. L'individu torturé n'existe que par ses aveux et ce qu'il est supposé savoir.

(\*) Psychothérapeute au COMEDE, hôpital Claude-Bernard, 10, avenue de la Porte d'Aubervilliers, 75019 Paris.

Il doit négocier quotidiennement. Il se trouve dans un piège, car compromis dans le processus de sa propre destruction.

Des réactions qu'il n'a pas contrôlées vont être à la base d'un très important sentiment de culpabilité.

D'individu, il est transformé en objet, sans pouvoir se maîtriser. Il est devenu un être invalide, non valide. Tout ce qui faisait de lui une personnalité lui a été retiré. C'est le but recherché : l'exclusion de l'opposant par son invalidation.

Il ne pourra retrouver sa parole, son identité, sa dignité, que lorsqu'il sera reconnu comme individu valide. Lorsqu'une personne refuse de parler pendant les séances de torture, elle défend son intégrité. Mais dire cela, n'est-ce pas exprimer uniquement un désir ? qu'il ne parle pas !

N'y a-t-il pas un mythe de la résistance possible à la torture par lequel la société, inconsciemment bien sûr, condamne tous ceux qui n'ont pas pu résister ?

Bien entendu, la résistance à la détention, à la torture, est variable d'un individu à l'autre, selon la durée et les techniques employées, les ressources psychologiques, les liens affectifs, le contrôle émotionnel, le soutien pédagogique.

Sortir du lieu de la torture, sortir de la mort, est une expérience de retour à la vie.

Mais affaiblir la force physique du prisonnier, le faire parler, essayer de détruire ses convictions, terroriser sa famille, son entourage, c'est aussi réprimer une population, faire taire.

Toutefois, se taire ou vivre la clandestinité, en changeant tout le temps d'adresse, revient à vivre dans l'horreur et la peur d'être attrapé, ou de la destruction de sa famille. Cette situation puissante et désorganisatrice, c'est la clandestinité ou l'exil.

Pour pouvoir survivre, il faut partir, donc s'exiler avec la douleur et la culpabilité face à ses amis, ses camarades, que l'on a vu tomber à ses côtés ; loin de ces cris entendus

dans ce lieu de torture qu'est l'isolement de la prison et que, chaque nuit, l'on réentend dans d'innombrables cauchemars.

**Ce qui caractérise l'exil, c'est que le départ est imposé et le retour impossible.** Les adieux rituels du départ n'existent pas. A cette situation d'angoisse provoquée par toute séparation s'ajoute cette impression de franchir une frontière entre deux mondes, celui des morts et celui des vivants. La possibilité de mort est présente et il s'instaure une lutte pour l'éviter. La séparation, c'est la mort dans la tête de l'autre, mais aussi amener celui qui est resté à vivre comme mort dans sa propre tête. La résolution de ce conflit de vie et de mort déterminera notre réaction à la séparation.

La perte qu'entraîne cette séparation dramatique, cette douleur pour ce que l'on a perdu, ce sentiment de n'être que rejeté, de ne pouvoir qu'errer, cette incertitude sur son propre avenir provoquent une identification envieuse envers ceux qui sont restés.

**L'allégresse d'être vivant se transforme en culpabilité d'avoir sauvé sa vie.**

Incertitude de ce qu'il adviendra à ceux qui restent, peur de ce monde vers lequel l'on va.

C'est le moment où il faut commencer à admettre un échec et se confronter à une réalité différente, commencer à construire une autre vie quotidienne.

Pour pouvoir subvenir à ses besoins et ceux de sa famille, l'exilé est contraint de travailler dans des métiers qui ne se trouvent généralement pas à son niveau. Trouver une place dans la nouvelle société provoque anxiété, insécurité. Il est confronté à son désir d'acceptation par le nouveau milieu, et aux exigences de ce milieu. Produire « comme avant » dans les nouvelles conditions est très difficile, besoin péremptoire d'obtention des résultats presque immédiats. Il subira peut-être des crises d'identité, des dévalorisations et l'impossibilité d'offrir un modèle d'identification à ses enfants, comme la culpabilité d'avoir enterré les siens sur cette terre étrangère.

En effet, les conditions d'existence dans cette nouvelle société ne permettront pas la reproduction de ce qui a été le moteur de sa vie passée. Il faut retrouver une nouvelle place. Tout cela est générateur d'un nouveau sentiment d'insécurité et d'anxiété.

Ils ont fui et ont été expulsés de là où leur vie avait un sens. Une défense surgit alors qui peut être la négation du temps présent et qui sera vécue comme un fil, comme une parenthèse entre le passé mythifié donc valorisé et le futur représenté par l'illusion du retour. Il est très difficile d'assumer une autre identité que celle d'exilé. La marginalisation sociale dans le nouveau pays accentue la non-insertion politique, affective, sociale, économique, idéologique ou culturelle. L'exilé a laissé ses racines dans son pays. Le déracinement est total.

La douleur et le désespoir, la tristesse, la haine, la dévalorisation, les sentiments de défaite et de culpabilité

poussent souvent à refuser l'insertion dans le pays d'accueil. La nécessité de trouver un groupe d'identification et l'impossibilité de s'intégrer au nouveau milieu social font apparaître des ghettos qu'alimentent leurs propres mécanismes et affaiblissent plus encore les possibilités d'adaptation.

Il faut affronter le « Ici et maintenant » en dépit d'une perte de repères de tout ordre : climatique, culturel, idéologique, affectif, social, linguistique. Cette difficulté à exprimer ses idées, limite encore plus la possibilité de communication avec un monde qui n'appartient pas à l'exilé. Elle empêche l'incorporation du « bon » de la nouvelle culture et l'acceptation du « mauvais » de la sienne.

Il y a une mise en place de mécanismes de défense qui peuvent maîtriser les angoisses et les conflits qui trouvent leur source dans la nouvelle expérience à affronter, les anxiétés paranoïaques en relation avec la perte de l'objet idéalisé. Terre-mer-sein génèrent des formes hypocondriaques du type « mal partout » et une grande dépendance affective du type abandonnique : demande de maternage, susceptibilité, hypersensibilité, besoin d'affection. Si son besoin d'être reconnu et accepté par les autres — la société d'accueil —, son adaptation aux normes imposées supposent de se soumettre aux autres comme il avait dû se soumettre à ses anciens poursuivants ; et un profond sentiment de déloyauté et de trahison à son pays pour l'avoir quitté.

Dans les premiers temps de l'exil, l'admiration et la sympathie accordée par ceux qui nous accueillent inspirent des sentiments positifs, alors qu'en soi monte la culpabilité du renégat.

Ces sentiments contradictoires rendent difficile l'intégration dans le nouveau milieu. L'intégration pouvant être vécue comme un oubli, comme une trahison vis-à-vis de ceux qui sont restés, qui ne sont pas partis, de ceux qui sont morts. Il peut alors survenir un rejet, parfois violent, du nouveau pays, de sa langue, de ses coutumes, de sa culture. Il y a le désir obsessionnel ou compulsif du retour, comme désir de protection, comme fantaisie inconsciente du retour au ventre maternel (retour à la terre de ses ancêtres). Cette fantaisie du retour s'est instaurée au moment de partir et se réactive du fait des difficultés d'insertion. Elle peut provoquer une carence d'intérêt pour la récupération du niveau socio-économique et augmente les sentiments d'insécurité et de persécution.

Ce type de réactions peut aussi être une projection des carences ressenties ou des malheurs vécus dans le pays d'origine. Les individus qui ont une personnalité plus forte, plus équilibrée, qui présentent des structures défensives plus importantes, qui ont la capacité de mieux supporter la douleur et les frustrations et de tolérer la culpabilité vis-à-vis de ceux qui sont restés ou qui sont morts, ont aussi une plus grande capacité d'attente, une plus grande capacité à admettre les changements de situations et de faire doucement le deuil de tout ce qu'ils ont perdu.

Si, en plus, le milieu d'accueil apporte la nécessaire chaleur humaine, et s'il y a rencontre avec un autre qui pourra l'aider à contenir ses angoisses, l'exilé pourra se réorganiser et réaliser un travail de création dans le nouveau milieu.

La demande de consultation est en relation avec des symptômes dépressifs : angoisse, insomnies, cauchemars, diminution de rendement intellectuel, altération des relations affectives, familiales, de couple, diminution de la capacité d'aimer, troubles sexuels, pertes de mémoire, inhibitions, pertes d'intérêt, malaises physiques, attitude passive et subordonnée, ou attitude revendicative dont il est souvent difficile d'apprécier si elles sont ou non excessives.

La torture et l'exil faisant partie d'un même processus de répression qui implique mort et renaissance, affectent chaque individu dans un moment particulier de son développement et sur une scène historique et sociale particulière. L'expérience de la post-torture n'est pas isolée du contexte affectif, économique, social, qui fait partie d'un ensemble de situations qui ne font qu'aggraver la situation de l'exilé. Différents éléments peuvent réactualiser ou réactiver des situations traumatiques liées à la détention, à la clandestinité, aux sévices, à la situation de perte, d'abandon, de dévalorisation provoquant chez les sujets anxiété, crainte de l'échec, élément dépressif centré sur un vécu catastrophique, état dépressif à expression somatique et hypocondriaque, angoisse, sentiment de persécution et difficultés du sommeil, répétition angoissante du souvenir de la torture.

**Le travail psychothérapeutique est destiné principalement à aider à rétablir la relation du sujet avec le milieu, le lien avec les personnes et les choses, à développer sa capacité de transformation du milieu social et la capacité de projection de son activité et de son avenir grâce à une meilleure connaissance de soi-même, de ses propres ressources et à la réalité qu'il a vécue. La situation thérapeutique doit être suffisamment claire et précise pour permettre la continuité du processus thérapeutique et les compromis du patient comme sujet actif dans un monde de contraintes dans lequel il reprend la parole et crée un processus de reconstruction de son histoire. Parler de son histoire avec sa charge émotionnelle, c'est le début de ce processus.**

La technique utilisée est la même que pour n'importe quelle prise en charge thérapeutique de ce type. Il s'agit de désangoisser, déculpabiliser, laisser le patient s'exprimer et même parfois rassurer. Par contre, ce qui diffère par rapport à une thérapie classique, c'est peut-être le climat de la consultation qui doit être plus sympathique, chaleureux, laissant place à plus de communication et d'échanges verbaux de la part de l'analyste.

Ce que l'on désire, c'est permettre à l'autre de retrouver sa parole, de retrouver une structure interne, d'affronter l'existence, de retrouver une confiance en la vie, de créer des conditions de production, de redonner sa place à cet homme, à cette femme, mais, comme toujours, il faut savoir respecter les défenses, respecter les symptômes.

Que l'on prenne garde à jouer les apprentis-sorciers, à exiger qu'il parle sous prétexte que la parole libère, on risque de remettre le patient à la place que le tortionnaire lui avait assignée.

Il n'y a donc pas de psychothérapeutes de la torture,

il n'y a que des psychothérapeutes, mais des psychothérapeutes informés.

Cette nécessité de sensibiliser aux problèmes de la torture, de l'exil, de la répression en général et de ses effets sur l'être humain ne doit pas aboutir à créer des invalides et une pathologie spécifique, pathognomonique. **Il me semble qu'il y a danger à vouloir créer une sémiologie, une pathologie de la torture.** Il n'y a, en aucune façon, nécessité de créer des structures spécialisées, des centres spécifiques qui médicalisent, psychiatrisent et réitèrent maintes erreurs du passé dans des domaines proches. Créer des structures spécialisées « pour la torture » et là, je mets des guillemets, me semble surtout pérenniser le travail d'invalidation et d'exclusion recherché par le tortionnaire.

Créer une pathologie de la torture équivaut à considérer l'exilé-torturé comme un malade et contribue à la discrimination sociale et à la stigmatisation de la personne qui a souffert. Pratiquer l'étiquetage torture = malade, c'est situer NÉCESSAIREMENT l'individu en position de malade. L'excessive médicalisation des conséquences de la torture et la création de centres de soins spécialisés créent dans la population des pays d'accueil sensibilisés à ce problème, dans le corps médical et chez l'exilé lui-même, le phantasme que, dans le pays d'origine, la personne a été nécessairement « cassée » et qu'ici ou ailleurs dans les pays d'accueil, l'on a tout pouvoir de réparation, laissant entendre ainsi que si le torturé-exilé ne se fait pas soigner dans ces centres spécialisés, il est perdu pour toujours.

N'entendons-nous pas souvent des remarques comme *« je suis fatiguée que l'on me présente comme Elisabeth ancienne torturée. Je suis Elisabeth un point c'est tout. J'ai été torturée, oui, mais ce n'est pas ce qui me définit. »*

Ainsi, isolée de son contexte, est créée une catégorie d'individus et est établie une hiérarchie au sein de la population des exilés.

Leur reconnaissance sociale ne se fait plus qu'autour de cette étiquette de torturé qui les enferme dans la situation dont ils cherchent à se sortir.

Les effets pervers d'un tel discours ne s'insinuent-ils pas à d'autres niveaux ? En effet, face à une intensification de par le monde des mouvements de population fuyant des situations de répression, les critères d'attribution du statut de réfugié dans les pays d'accueil deviennent de plus en plus vacillants. Ne peut-on déjà craindre que cela contribue à laisser penser que seul le fait d'avoir été torturé subsiste comme critère valable pour bénéficier de ce statut ?

Enfin, il ne faut jamais oublier que les thérapeutes ont AUSSI leurs phantasmes et qu'ils risquent de contribuer à pérenniser de telles situations ; qu'ils doivent constamment se remettre en question et se demander, par exemple, si le fait de créer une nouvelle spécialité n'aurait pas inconsciemment pour but de leur permettre d'acquiescer un nouveau statut. Si, dans n'importe quel travail psychothérapeutique il est absolument nécessaire de pouvoir définir son champ de compétence, de s'astreindre à un travail de contrôle, cette nécessité devient une exigence quand ce

travail est fait auprès de « torturés », terrain fertile à tous les dérapages.

Tous ces mécanismes complexes méritent réflexion ; aussi, dans le travail psychothérapeutique que nous menons au sein du centre médico-psycho-social que gère le COMEDE, nous essayons de tenir compte de tous ces éléments qui interviennent à des degrés divers dans notre pratique.

Nous menons, pour notre part, une action médico-psychologique auprès des réfugiés, sans aucune hiérarchie donc sans jugement de valeur, qu'ils aient été ou non tor-

turés. L'exil, cette autre forme d'isolement, et ses conséquences, ont une grande place dans notre approche thérapeutique. Nous voulons être à l'écoute de la totalité des patients et les soigner tous suivant la demande de chacun, sans privilégier certaines formes de souffrance, puisqu'ils ont tous subi les effets d'un système répressif.

Il me semble que la réflexion s'impose d'abord à ceux qui ont envie d'aider. Ce qui m'amène à reprendre la conclusion du Dr Nicole Lery, présidente du Colloque organisé par Amnesty international sur le thème: « Isolement et torture ». « Faire ce que l'on sait faire et reconnaître ses limites. »

## Bibliographie

LIRA E.K., Torture et psychothérapie. Fondation d'aide sociale des Églises chrétiennes, 1984.

POLLAROLO Fanny, La torture : un problème médical. Document présenté à la Commission contre la torture, mars 1983.

SINGER Erwin, Concepts fondamentaux de la psychothérapie.

FIORINI, Théorie et technique en psychothérapie.

AMNESTY INTERNATIONAL, Congrès, Milan, mars 1985.

AMNESTY INTERNATIONAL, Congrès, Paris, janvier 1985.

BION W., Learning from expérience. London. W. Heinemann.

FREUD, Studies on hysteria. 1895.

FREUD, Inhibition, symptoms and anxiety. 1924.

RESZCYMSKI, PAZ ROJAS, BARCELO, Torture et résistance au Chili. L'Harmattan, 1984.

GROUPE COLAT, Psychopathologie de la torture et de l'exilé. Ed. Fundamentos, Bruxelles.

LERY, SABATINI, WEDRINNE, Ethique médicale et droits de l'homme. La violence et les soins. Laboratoire de médecine légale. UFR Lyon-Nord. Université Claude-Bernard, 1983.

LERY, SABATINI, WEDRINNE, Ethique, consentement et santé. Laboratoire de médecine légale, Lyon-Nord, 1984.

LERY, CHAMBAZ, LABARTHE, Le personnel soignant face à la torture et aux traitements inhumains, cruels et dégradants. Médecine et hygiène, 1984.

AMATI SILVIA, Background Note. Genève.