

## **LIST AND TEXT OF RECENT PUBLICATIONS – PIERRE DUTERTE**

November 2007 « Terres Inhumaines » un médecin face à la torture. Préface de Maître Robert Badinter (Landscapes of Inhumanity: one doctor's encounters with torture) JC Lattès Publishers

November 2008 La thérapie familiale pour des victimes de torture (Family Counseling for Victims of Torture) European Family Therapy Association Newsletter

March 2009 Thérapie familiale chez les Mineurs Isolés étrangers (Family Counseling with Foreign Unaccompanied Minors) Newsletter European Family Therapy Association

May 2009 Trajet migratoire - Faire parler ! En avons-nous les moyens ? (Discussing emigration: are we able to make them talk?) Harmatan Publishers-“Eurorient” series

June 2009 Les Enfants soldats, faut-il les juger? (Should child soldiers be prosecuted?) Correspondance La Voix de l'Enfant

May 2010 Pierre Duterte and Gerald Messadié- Le krach du sperme et autres menaces (The sperm crash and other threats) Archipel Publishers

March 2011 Pierre Duterte – Le Mythe du secret - Secret, identité, histoire & Histoire (The myth of secrets: secrets, identity, stories, and History) in Le poids des identités: mémoire et traumatisme by Aki Shimazaki (Universitaires européennes Press)

June 2011 Testimony regarding Parcours d'Exil, a health care center for torture victims in Paris, France Dynamiques Internationales

January 2012 Pierre Duterte – Les enfants absents et l'Exil (Absent Children and Exile) Cahiers critiques de thérapie familiale et de pratiques de réseaux. (The Family Counseling Journal) New Families configurations De Boeck University Edition

Absent Children in the Context of Exile

Pierre Duterte<sup>1</sup>

### Summary

Torture victims and refugees have a common thread that runs through their personal histories: their departure was not planned ahead of time, but rather it was prompted by a sense of utmost urgency, that of basic survival. Most often, they have traveled in the most dreadful and dangerous conditions. When they arrive in their new country, families are often splintered and incomplete; they are without the children who have been left behind at home, who have disappeared en route, or who did not survive the journey, henceforth referred to as “absent children.” The child's absence causes indescribable and often unspeakable suffering. A new rule

is thus established, one that imposes silence. This rule applies to the entire family: the parents, the children who arrived safely in the country of asylum, but also the children born after their parents fled. Speaking about these absent children is dangerous. The therapist often finds himself in a delicate position when faced with the “unbearability” of the situation. Sometimes, the trauma of the disappearance coupled with the violence and atrocities endured by the family may even tempt the therapist to reinforce this new policy: that of silence.

### Introduction

Conflicts, dictatorships, and countries ravaged by arbitrary violence, torture, and war are unfortunately in the majority in today’s world. This forces people to flee, a decision they never really choose to make. Families wind up fragmented and splintered. Too often, survival requires them to attempt an “emergency” emigration in brutal, dramatic conditions. In order to avoid catastrophe, they must deal with circumstances that for us would be unimaginable. This unimaginable situation compels us to accept a particular vision and understanding of the appropriate treatment for such patients (so as not to revert to lies or distortions of the truth). Therapy is framed by indeterminable grief, losses that lack closure, and the inability to think about the horror that the disappearance of one’s child entails.

The absence or disappearance of a child or several children puts the therapist in a position unlike any other. This “lack,” this absence requires the therapist to question the normal approach. How does one deal with the uncertainty that surrounds the life of one’s children? How does one “treat” the pain brought on by the disappearance of a loved one?

### Doubt and Uncertainty

The disappearance of a family member (be it a child or an adult) interferes with the grief process and hinders those who try to support the family as they attempt to move on. It forces the patient to live with a terrible uncertainty and to constantly deal with a dreadful, unsettling sense of doubt. It sentences the person to a life in which the notion of time is permanently distended and waiting never seems to end.

Could you bear to wait to hear news of one or several of your children that you had to leave behind, were forced to abandon en route, or worse... that you lost...? These children that were swallowed up in the bustle of a crowd, vanished while boarding the boat, evaporated into thin air during a bumpy bus ride, or that the ferryman refused to take or that he pushed into the water... How does someone even begin to articulate this gut-wrenching type of choice thrust upon him/her by war, dictatorships, and the hazardous journey out of the country? These “non-choices” born out of the critical need to flee in catastrophic conditions, all in the name of avoiding total catastrophe!

After experiencing a sense of safety in France that is rocky at best, after finally getting one foot in the door to their “safe haven” only to discover that living conditions are just as precarious as ever, after the repercussions of the trauma they endured and the haunting memories come flooding back, how does one accept the very idea that one’s children are still alive back home? How does one accept or at best tolerate the knowledge that even if his/her children are alive, they cannot go to school because no one is there to pay for their education? How can one be reassured that his/her children are safe or that they will be protected by the sick grandmother in charge of their care? Is it even possible to imagine that the neighbors or friends that “took them in” are treating them well and that they are going to school? Worse is when the children had to be entrusted to “someone” they met along the journey, letting (ill) fate decide their destiny. How

can one be convinced that the children will not be abused, exploited, or enslaved?

How does one start to “live normally” again after going years without hearing any news of their children, when the absent children cannot be reached where I left them, a place where the telephone doesn’t go through, if only I had a number to call! What unbearable guilt a patient must feel when he/she experiences an episode of post-traumatic dissociation while in the metro, consequently losing a large part of all of his/her belongings, including the telephone number needed to call home!

All of these concerns, gnawing queries, and doubts are regularly overshadowed by the biggest question of them all: are they still alive in the midst of the chaos in which I left them?

The therapist cannot approach these problems in the same way as he might help a patient grieve the death of a parent or child because one cannot properly grieve the disappearance of a loved one without first accepting a kind of psychological “murder.” In other words, it is up to the patient to decide that their child or partner is dead.

This notion of accepting death in the midst of uncertainty is not limited to adults. I recently spoke with a 14-year-old girl who had survived the earthquake in Haiti. She explained to me that for her, the worst of it all was not knowing how many of her school friends were dead! “I don’t know how many are dead and it’s driving me crazy!”

### The absence of the absent children

In therapy, we often see patients who cannot conceive of – and thus refuse to speak about – the disappearance of their loved ones. This denial sometimes comes in the form of a physical pathology that masks their absence by drawing upon other resources. Because the parents are obviously unable to accept this unbearable absence, they resort to the only possible defense mechanism, that of constructing a mental block against thinking about it.

In a new, foreign country asylum seekers create a new familial structure from which the absent members are excluded.

These absent children often only come to life during therapy sessions, their absence only comes up when the patient, upon examining his/her family tree, decides to make “corrections.”

Even the children who contribute to the reconstruction of this family tree may sometimes, in an icy silence, a silence steeped in loyalty, erase the absent children. Non-verbal communication plays a major role here and the presence of two therapists proves to be very useful. While the child does not say a word, he/she ends up speaking volumes. The child demonstrates his/her loyalty, disagreement, and confusion regarding the removal of certain family members while others such as parents who died back home are allowed to remain in the family’s personal version of the tragedy. Starting from before (or during) their exile, mourning takes place and the people are buried. It may seem paradoxical that even children born out of adultery and those born en route (in conditions imposed by “leeches” of all sorts) quickly find their place on the family tree.

Absent children are left without a home, without a family, and cease to exist.

Speaking about them forces people to ask themselves the following question: how could I have left them behind? Why did I have to make this decision? Am I really that awful of a parent? No one else in my family ever would have behaved that way! I am the first to have acted like that!

Once the “secret” is revealed, addressing the existence of these absent children in therapy requires a complicated, delicate approach so as to avoid rubbing salt in the wounds left by this perceived parental failure.

These feelings of guilt can be, and sometimes are, very easily exacerbated by a well-intentioned therapist who lacks training in the “extra-ordinary” methods used to treat victims of extreme trauma. Astonished by the patient’s terrifying stories, the therapist may find him or herself faced with a choice. He or she can decide to be complicit in the silence, a decision that patients are quick to interpret as a judgement. It is far worse, however, when the therapist, fraught with emotion after hearing about the patient’s traumatic experiences, starts to ask questions such as, “How did you make these decisions? Why did you leave without your children? How did you survive?” These children thus serve to saddle their parents with yet another layer of guilt.

#### Remaining silent to limit the damage

The unbearable reality of the situation cloaks these issues in silence and forces people keep their emotions at bay. In fact, not speaking about it is a means of preventing a total break down and shielding the family from further heartache. Remaining silent is a means of self-preservation. Unfortunately, self-imposed silence is torture and terror’s primary objective. The role of the torturer...

The goal of torture is not to make the victim talk, but rather to keep them quiet. Because the traumatic experience shuts down the victim’s ability to think and process information, a certain desert is formed. It is a desert quite often inhabited by the children who were able to flee with their parents, the children born during the journey, and the children born in the country of asylum. These children were fortunate enough to break away from the terror, escape the dangers of dictatorship, and make it through to the other side. How could they complain, on top of “everything else.” They have a role to play in the present, in this new family structure, in this new “chapter” of the family history.

With this intolerable situation acting as the catalyst, silence slowly envelops the child. The absent children also affect the volatile mental balance at the heart of the family; they are readily blamed for disputes and feelings of resentment. The very mention of these absent children is a cause for conflict. Very quickly, it becomes necessary that someone step in and fill the empty void in order to maintain the family’s precarious new stability and prevent the “reconstituted”, reinvented family structure from crumbling. Someone else has to bear the weight of a conflict that can never be settled.

Who better to shoulder this responsibility than the children who were born in the country of asylum, or those who managed to escape, or even those who were later able to reunite with their parent(s) soon after... These children learn how to handle their parents’ fights that are most often over the “missing ones.”

This emotional dictatorship quickly makes them realize that the silence is for the best.

That for their own good, secrecy is the family’s new underlying policy.

In this new system, the role of therapist can become a difficult one to play.

Once this absence, or absences, comes to light, how does the therapist remain “at arm’s length” from this dreadful revelation, this new form of terror from which the patients suffer?

As always, in my opinion, well-intentioned neutrality does not exist and does not have a place in therapy.

#### Exile and specificity

All therapists, like all human beings, has experienced grief over the loss of loved ones, but how does one imagine what it is like to have a loved one vanish into thin air?

Of course whenever a child disappears, the media and the television stations are there to cover the story, prompting us to try to “imagine” what it’s like. But these tragic cases are not cloaked in the same silence. In fact, the opposite is true: law enforcement authorities coordinate their efforts, financial means are made available, and the family is constantly surrounded by people during the child’s absence. Most often, neighbors, friends, and even strangers join together to form search committees. The parents are never left alone to deal with the tragedy. The whole neighborhood, the whole town even lends a willing hand. Society to the rescue!

And who comes out to help find these children left back home? Who is there for the distraught and bewildered parents, who forms a support circle around them, who participates in the impossible search for these missing children? The parents are left utterly alone to deal with their heartache.

Who is there to bolster the parents’ conviction that the children will survive the chaos of war, in the heart of the terror? Who joins the parents in hoping that they won’t fall victim to militia violence or supporters of the dictatorship ordered to inflict terror upon others?

“I’m sure they’re dead but I refuse to believe it.”

How many times have I heard that?

In these situations, the therapist cannot help but feel powerless when faced with the slim likelihood of finding the children and unable to convince the parents otherwise. What other choice does the therapist have but to share their conviction that hope is the answer and that it should not be up to the parents to “decide” their children’s death, even if it is psychological?

The waiting period between sessions

“Distance” is not something we measure in kilometers alone. Nor is it limited to measurements of the family’s suffering or the therapist’s compassion. Distance can also be measured in terms of the length of time between therapy sessions.

The therapist’s office may become the only place where it is possible for the victim to evoke the memory of their children, those who’ve been thrust into an imaginary existence and forced to wade through a permanent sea of doubt. These absent children are often erased from the record; they are not designated as patients, nor are the main reason why the appointment has been requested. Through their absence, however, they factor into the homeostasis of the system that frames the doctor-patient relationship. Involuntarily, they become the biggest obstacles to recovery, especially when the issue is left ignored.

During therapy sessions, it should be possible to address issues that one feels incapable of addressing within the family, for the therapist is there to absorb the shock when the floodgates open, releasing anger, unfathomable sadness, remorse, and guilt.

The time spent waiting for the next session enables the patient to process what was addressed and unearthed during the previous session. The waiting period can be useful if it represents a time when the entire family “re-allows” itself to collectively think about each other’s problems, including the struggles of those family members not present. Nonetheless, waiting can be very difficult.

The duties of the therapist are also present in the period between one session and the next; for the victims, time seems to be painfully stretched out.

Is there any other reasonable explanation for why patients come to the office days, sometimes weeks, before their actual appointment, the whole family gathered in anticipation?

The least most painful

Talking about “us, those who made it to France” and current struggle to keep one’s head above water in a new country is a means of sidestepping any discussion of the absent family members.

Describing life in prison and the torture one endured is another strategy that patients use; they talk openly about one “unspeakable” topic in order to mask and avoid talking about something far more horrifying: when it comes to their missing children, victims consider themselves as the “executioner.”

As paradoxical as this may seem, discussing past suffering or current family issues can be an effective means of not talking about the “unspeakable” that surpasses “the unspeakable.”

This is another contradiction that stems from the original trauma; in their mind, speaking about one’s traumatic personal history, emotional scars, and daily struggles in therapy exempts them from speaking about their missing children!

It is not easy to recount the reasons why one fled their home country, the torture, the abuses, the repercussions of their actions, and the harsh compromises the journey demanded of them. Finding the strength to address all of these traumatic experiences requires a rather long period of time; during this time, the patient is able to readjust and build up a barebones sense of trust in the therapist, but he/she is also allowed to lock the forbidden door behind which lies the subject of their missing children.

The painful happy memories and the dreadful unhappy memories

Speaking about happy memories sheds light on the fact that they are a thing of the past, all traces of them having been erased from the record. How can patients imagine that there will be happy memories in the future after all they have been through? Is it even possible to look back fondly on these memories without immediately being flooded with images of tragedy, painful separations, loss, and one’s own children being swallowed up by the crowd or carried off by soldiers...?

How can a patient resist feeling convinced that the chance to live a life full of happy memories has disappeared forever?

Definitively?

How many times have I heard this answer to the following question?:

- Do you have a happy memory you could tell me about?
- Not a single one! In all my life I never had a happy memory, just problems and pain.

Or worse:

- No, I don’t think living is for me.

Did the children suffer the same fate? What does life have in store for them? Is it worth it? And the nagging question: aren’t we all better off dead?

If caution is usually a virtue, here it becomes a key element of therapy. Obviously, the major risk in talking about the absent children is the possibility of intensifying the parents’ feelings of guilt; raising the issue may also cause them to fear that it may upset the delicate family dynamic.

Patients don’t like to feel as if they are being labeled as “bad parents who were never up to the task and who never learned how to take care of their child(ren)” in front of their family. That is one of the advantages of having two therapists work with the family as a team. In this particular situation, as the session unfolds one of the therapists intuitively “manages” the family while the other is free to be more attentive to the parents’ problems.

But is it possible for the family to chat about memories in between sessions? Is it allowed to remember?

The absent children may also be a reason why asylum seekers purposely set themselves up for failure during the request procedure (although those who work with them underestimate this possibility).

Having their asylum request refused and taking the “fatal” risk of being deported back home also means being able to rectify this unthinkable episode of abandonment, return to those who were left behind, and endure the same fate as them.

Facing the “devils” of bureaucracy can be the victim’s way of breaking down this block against thinking about his/her their loved ones, which forces them to grapple with how much they feel like a failure. Even the thought that they are attempting to rebuild some semblance of a life that ultimately excludes these loved ones is unbearable.

Do nothing?

This absence, this void quickly feels like a chronic condition.

It descends over the person, the more our efforts to find them fall short, the more their absence becomes encysted. When friends who travel back home can’t seem to glean any new information, organizations conducting the search keep hitting dead end, and no one knows anything, the void settles in permanently.

Sometimes this void causes delusions: parents who sit and wait at the airport, stalking the flights that have just arrived from their home country and desperately looking for a compatriot to interrogate regarding the whereabouts of their children. Sometimes hope hangs by a very fine thread.

They do everything they can, not to fail.

But optimism dwindles over time and yet they continue to believe. They have to go on living and make do “as if.”

For these parents, it is crucial that they act as if nothing happened, as if everything is as it should be. There are children to raise, after all! How does one juggle these multiple loyalties?

Where does the therapist fit into this triangle that sometimes becomes a square?

What about when the patients’ children (those living in the country of asylum with their parents) want to extract themselves from this triangle formed by the therapist, the parents, and the absent children? What happens when they break away from the family in order to live like a “normal” child or teenager?

The family reverts back to the triangle when the square begins to buckle under the stress of the situation. We can’t lose them too! We can’t stand seeing them off in their own corner!

Patients who have suffered through major trauma such as torture, genocides, tyranny, unlawful use of power, and physical or emotional abuse will have more difficulty than their children in turning the page on history. A page so full of tragedy is much too heavy to turn.

Academic success as a warning sign

If life were a restaurant, oftentimes children whose parents are refugees, who live in a new country, and who have suffered the loss of or separation from their sibling(s) must accept certain changes to their order. They have to pick something à la carte from a menu that includes working hard and succeeding in school, making new friends, playing games, having a girlfriend or boyfriend, etc. All they want is to have a life like any other kid at school. But school causes a lot of anxiety for the parents who see it as a place where their children go to work, live like they did

before, and grow apart from their family. In addition to this emotional loss, parents also fear physically losing their children. As a result, mothers or fathers only “let go of” their children once they reach the classroom door and later wait impatiently for the end-of-the-day bell to ring. They ask themselves, “what if someone came to kidnap them as well?”

Consequently, the parents and children both suffer from separation anxiety. Who knows what else might happen if we let them go? Their traumatic experiences have taught them the following important lesson: if you are not constantly on the lookout for danger, danger will come and find you.

It is thus hardly surprising when you hear children saying they won’t go to sleep until it looks like their parents are sleeping. In reality, the parents remain alert and awake all night long. I am currently seeing a patient, a mother from Kosovo, who spends her nights sitting up against her window out of the fear that the French police will come to arrest her family and separate her from her children. She is petrified that history could repeat itself here in France.

As a teenager recently said to me: “All I’m asking for is to live like any other teenager, all I was asking for before was to be able to live like any other kid.”

Traumatic experiences destroy one’s ability to think and daily life serves as a reminder of one’s condition. For the children of refugees and asylum seekers, their new country offers them a way out: school. School is a place where you are appreciated for who you are, and when you get good grades (which is often the case) you are able to make your parents proud. Teachers, social workers, everyone is happy for you. Children thus learn that academic overachievement is a way of defending the family and the inner circle against sadness and suffering. Finally, a cause for celebration!

Because the child sees a direct connection between his/her overachievement and his family’s happiness, it can become an indicator that something is not right. How else, other than a desire to give his/her family a reason to be happy, would a child be able to achieve such incredible results despite the emotional drama that plays out daily, episodes of post-traumatic dissociation, and the fact that the child says that his/her mind often wanders when he/she is in class?

Yet doesn’t boredom inspire imagination? Shouldn’t children be allowed to be bored?

Academic success becomes a warning sign of a deeper problem.

It is painful for parents to listen to their children say that they miss being at school. For them, school is a place where they lead a “normal” life, a place that they have to leave every night and every weekend for “vacations that come back around too quickly.” Time not spent at school becomes synonymous with family life, which is anything but normal. To the child, it means diving back into the daily grind; day in and day out the family tries to rebuild, remodel, and protect itself vis-à-vis the anxiety and emptiness that plagues them.

“At first we were uprooted, then we set up here. I planted seeds, I want to watch them grow. I want to blossom, but why don’t my parents want to plant new roots here too?”

Because on a daily basis they have to brave the silence surrounding their missing children.

### Protecting the parents

The children’s startling level of maturity<sup>2</sup> also plays a major role, as it allows them to understand what policy to adopt: that of silence. It can be a saving grace when it helps them to avoid experiencing the same trauma as their parents, but this silence does nothing to alleviate their suffering! The child manages on his/her own and does not talk about his/her life or his/her absent siblings. By tacitly complying with his/her parents’ wishes, the child places him/herself on their

level and both parent and child are on the same silent wavelength.

This “beyond-their-years” maturity is often accompanied by depression and profound sadness.

They grieve the loss of the life they had before, a life that was more or less satisfying.

They went to school and the whole family was still together; they had their friends, neighbors, and little routines. Now they find themselves crammed into a shelter with practically nothing (or nothing at all), little privacy, and parents they no longer recognize: either absent, crushed by the weight of the trauma, or the opposite, hyper-reactive, violent, and unable to bear the sound of their children’s laughter.

Oftentimes, this quickly causes them to feel “abandoned” by their parents.

As for feeling safe, they no longer look up to their parents, their brothers and sisters are gone... in this familial chaos, what remains?

A door is left wide open, and guilt comes creeping through.

I am safe...

I am alive...

I go to school...

I have enough to eat... but what about my brothers and sisters?

To whom do they direct their anger over the absence of their brothers and sisters? Towards their parents? Unthinkable. Towards the country that took them in or the administration? Impossible, they have nothing to do with it.

They get angry with themselves!

The grief stemming from the separation gives rise to feelings of guilt and shame; they cannot understand why their parents chose them to bring along or why they were the ones who were saved and protected.

Is it because they thought I couldn’t have made it on my own?

Because my parents deemed me too weak?

How do parents and children emotionally protect themselves? They compartmentalize by breaking up their thoughts and feelings into separate “fragments”, which enables them to avoid confronting the big, tragic picture. “I do not suffer anymore, indeed I cease to exist, at least as a complete Ego.”<sup>3</sup> It is much easier to deal with each fragment one at a time than to take on everything at once. This emotional “fragmentation” affords the patient a means of self-

preservation, an exit strategy to escape the pure madness of these unimaginably trying situations. The mind triggers an efficient self-defense mechanism by allowing victims to voluntarily shut off thoughts of the disappearance of their children or the probability that they are already dead.

Sometimes, in order to emotionally protect themselves, children must accept that they won’t be able to figure everything out, simply because they are not given the proper tools for understanding. Lacking, certain pieces of the puzzle, they must use their imagination to fill in the gaps. Oftentimes, what they are capable of inventing is just as horrifying. Take for example a young girl from Rwanda living in France with her mother, who fled the country years after the genocide for reasons completely unrelated. Her mother left the rest of the family behind and the girl was born well after the massacres. When the girl spoke to her class at school, she invented an entirely false story that involved her mother lying day and night amongst cadavers in order to survive the genocide. She said that her mother’s scars, which she got from being struck by a machete, were proof of the violence she endured. In reality, the scars were from traditional rituals in which she had participated. Instead of having her mother’s personal history brushed off or scoffed at, she decided it was better to paint her as a triumphant genocide survivor. This

young girl illustrates how these “inventions” are necessary because the child feels cornered; he/she believes that these identity-bound choices are crucial to his/her attempt to survive emotionally.

The missing pieces, lost and irreplaceable, are much like the absent children: for the child, they come to represent his/her missing brothers and sisters.

### Reconciling competing loyalties

How do I remain loyal to the image I want to project to my parents without being unfaithful to the sadness that I feel? Who am I going to betray?

How is possible to not be overshadowed by missing siblings?

These competing loyalties are quickly repressed and all discussion comes to a halt. But if only it were possible not to think about it anymore.

Their loyalty is pulled in different directions, thus trapping the child in a tug-of-war between the irreconcilable demands of his/her parents; this forces the child to make the impossible decision of whether or not to shirk his/her share of the guilt. Very few solutions are available: between betraying those present and betraying those absent, perhaps the simplest answer is to fade into the woodwork or to compartmentalize one's thoughts and feelings in an attempt to forget.

How is one able to love those absent when it pains those present? How does one think about those absent with the family members who are present without running the risk of losing the latter's love?

Ever since we've been in exile, I have been deprived of one of my parents my brother(s) and/or sister(s), but also my extended family, in particular my grandparents, neighbors, and friends.

Now I have to risk losing the little family I have left with me here?

Sometimes, children are forced to abandon their language, habits, customs, and cuisine.

Changing to another language and speaking it better than one's parents is also a form of cutting oneself off from the family. Because the children go to school in France, they are able to learn French very quickly. Their parents, on the other hand, are terrified to go out, bogged down by the repercussions of their traumatic experiences, and barred from getting a job; consequently, they do not learn the language, or at best, not quickly enough.

Is it not heartbreaking to hear that a young girl from Mayotte had to use an interpreter in order to talk to her own mother who had stayed back home? This deprives the child of a part of his/her identity. And what about the mother who stayed back on the island, what must she think when she is on the phone, listening to someone else interpret what her own daughter would like to say to her. In this case, although the distance is bridged, a mockery is made of the intimacy of the mother-daughter relationship. The long period in between calls was also a period of difficult reflection and processing.

### Conclusion

Most often, in order to find the absent children, one must only begin looking “after.”

In a strange version of hide-and-go-seek, the children are invisible; family members may feel as though it's better to lose the game and have the children come out from wherever they had been hiding...

The therapist must be prepared to join the search and to welcome these unofficial participants into therapy with as much delicacy as possible if he/she hopes to grasp the full picture.

He/she must also accept the following rule when working with exiled families and victims of trauma: the “participants” in therapy are not limited those whose names appear in the schedule of

appointments.

The therapist must be trained to incorporate these absent children while remaining sensitive to the fact that simply mentioning them can have explosive consequences, as is the case with the revelation of any secret.

The notion of “resonance,” developed by Dr. Mony Elkaïm (1989), is especially pertinent when the situations recounted by the patient can conjure up unbearable memories and intensify our own failures.

How does this absence affect the therapist?

What particular resonance will he/she choose to amplify?

Where is his/her place in this system of therapy that is missing certain vital elements? What role will he/she occupy?

Therapists are confronted with thoughts on their role as the provider for their own family as well as the anxiety they may have felt during moment of separation from their children (during a vacation or resulting from a divorce, for example).

What comes to mind are the couples that never take the same flight when they travel without their children for fear that in the event of a crash, both parents would die. The death of the entire family in the same airplane is acceptable, but the idea that the children could be orphaned is unimaginable!

What is so unthinkable in that situation is the parents’ failure to protect their children.

In my experience, no one has ever spoken of “replacing” the absent children or “filling the gaps.”

More often, patients talk of wanting to share the burden and trying to alleviate the suffering that transpires; it transpires in the figurative sense but also more commonly in the literal sense: heartache seeps out of the pores of these parents, this husband and wife who have been separated from everything dear to them. The journey they have made, one marked by unimaginable trauma, has already taken a devastating toll on these patients. Once they arrive in the country in which they were hoping to find safety and solace, they are confronted with horrors of a different genre.

The worst is not always the worst! Three times in my clinical career I’ve had to support parents dealing with an absolutely abhorrent event: the rape of their child in France. One of these patients saw his son disappear at the shelter where he was living and after looking around, found him naked and tied up after having been raped. The rapist had been ready to kill the son. On top of that, the man’s daughter had been a victim of groping... In another family, the mother, who had just begun to courageously overcome her own ordeals and her own rape, was now raising a child in France (born of rape in her home country) and completing the necessary steps to bring her other children over to France. These children had been missing for several years and she was doing everything in her power to assure their arrival. Then, this woman then finds herself having to deal with the rape of her son who was born in France...

These parents must need an extraordinary dose of humanity and positive energy in order to survive these unimaginably traumatic experiences that only seem to accumulate; the hardships exacerbate the void left by the children no longer by their side, whose absence in turn intensifies the painful blow of these new tragedies.

Where do these absent children fit in? Isn’t the world just full of injustice?

## Bibliography

Elkaïm, Mony. 1989. Si tu m'aimes, m'aimes pas. Paris: Seuil.

Ferenczi, Sándor. 1985. The Clinical Diary of Sandor Ferenczi, ed. Judith Dupont. Paris: Payot.

Ferenczi, Sándor. 1955. "Confusions of Tongues between Adults and the Child: the Language of Tenderness and of Passion," in Final contributions to the problems and methods of psychoanalysis. London: Hogarth Press.

Duterte, Pierre. 2007. Terres Inhumaines. Paris: JC Lattès.

Translation : Elizabeth Husson

## Family tharepy in extreme situation (with victims of torture)

### Thérapie familiale en situation extrême

La thérapie familiale pour des victimes de torture

Un moment de vie (de survie, de sur vivants) parmi tant d'autres que nous sommes amenés à recevoir : un couple et une jeune fille de 11 ans et un bébé de quelques mois, dans les bras de sa mère, se présentent en consultation au motif que « la petite fait des cauchemars ».

D'emblée la position des parents m'intrigue, ils sont « séparés » par la jeune fille et s'asseyent même en plaçant leur corps non parallèle mais se tournent presque dos sans avoir bougé les chaises.

Très vite j'ai l'impression de ne rien comprendre à ce qui se joue. Monsieur malgré une apparence douceur semble « fâché », la jeune fille à l'air « paumée » au milieu de ses parents. La mère porte contre elle son bébé et à l'air « mécontente », ailleurs.

Une première explication vient quand je parle de leur bébé et que le mari me reprend et me dit « non... SON bébé ».

Je leur propose de faire un génogramme pour m'aider à me retrouver.

En fait , dans leur pays, avant que tout ne bascule, ils avaient trois enfants, pour des raisons politiques ils ont du fuir chacun de leur côté le père emmenant sa fille dans sa fuite, la mère fuyant de son côté, laissant les deux plus jeunes à des proches. Les deux parents ayant été séparément torturés, violés

L'épouse après un long périple arrive en France, essaie d'avoir des nouvelles de sa famille. Quatre années de difficultés, de solitude, d'inquiétude passent. Elle finit par être convaincue qu'elle est veuve, et fini par répondre aux attente d'un compagnon qui lui propose réconfort et logement.

Peu de temps après la voilà enceinte. A l'annonce de cette grossesse le « compagnon » l'abandonne et la revoie à la rue.

Dans les méandres de la demande d'asile, elle apprend des autorités françaises que son mari a, lui aussi fait une demande d'asile, que celui de qui elle croyait être la veuve, son ex époux est en France avec leur fille aînée. Des retrouvailles ont lieu. .

Tout cela après que les deux aient été violés, la fille aînée ayant été témoin d'une partie des tortures imposées au père.

Un thérapie familiale est proposée.

Pour compléter le tableau, après une dizaine de séances ils viennent en allant de nouveau manifestation très mal et expliquent qu'ils viennent apprendre que les deux enfants qu'ils n'avaient pu emmener dans leur fuite étaient mort peu après, et que personne n'avait depuis six ans osé leur annoncer leur assassinat.

Est-il possible de faire de la thérapie familiale dans des situations « extrêmement extrêmes » ?  
quelles sont les difficultés à surmonter ?

La première question à se poser est : quelle famille recevons-nous ?

L'exil qui fait suite aux violences, à la torture, destructrice, fait exploser les familles.

Qui vient en consultation, quelle est la famille que nous avons dans notre cabinet ?

Celle qui a suivi la « victime désignée » dans l'exil, ses membres ayant aussi eux, bien souvent, été victimes de sévices voire de tortures sans pouvoir, ou vouloir en parler ?

La famille exilée, qui a du « laisser » au pays plusieurs de ses membres ?

La famille « reconstituée » en France ?

Que dire des Mineurs Isolés Etrangers (MIE), qui peuvent paraître de fait de leur statut d'isolé comme peu qualifiés pour une thérapie familiale, mais qui, avant de se retrouver malgré leur jeune âge, seuls en France, ont le plus souvent vu périr leur famille, ont été victimes d'insoutenables violences, qui ont parfois été amenés à faire la guerre à 7, 10 ou 15 ans ? C'est par le biais la thérapie familiale de réseau où la famille est vécue au sens le plus large... Famille d'accueil, éducateurs, référents de l'aide sociale à l'enfance que nous avons fait le choix de leur proposer des thérapies familiales !

Dans tous les cas, les sévices, les tortures endurées par le père, la mère ou les deux, par les mineurs voire les sévices qu'ont été contraints de faire endurer, la peur, les cauchemars hantent le système familial autant que la personne victime.

2

Ce sont donc des familles explosées, déstructurées depuis l'épreuve traumatique que nous recevons, ce sont des MIE vivant dans des conditions d'une extrême précarité, ou au mieux dans des foyers pour mineurs où ils sont souvent, s'ils ont été enfants soldats et ont pu en parler, vécus comme des « enfants dangereux », certains allant même jusqu'à oser les classer dans la catégorie de « psychopathes irrécupérables ». ce sont des enfants « incompréhensibles » qui viennent essayer de s'installer dans une famille d'accueil qui elle non plus ne peut imaginer ce qu'est la vie dans un état totalitaire ou en guerre.

Comme on le voit la situation extrême, dans le cas des patients que je reçois est sous tendue par « l'histoire traumatique ». La torture au sens large (incluant les mutilations sexuelles et les mariages forcés etc.) a, on s'en doute, des impacts redoutables, déflagrants et multiples.

Les conséquences du traumatisme majeur se font sentir à différents niveaux dans le cadre d'une prise en soins :

→sur le thérapeute : L'histoire traumatique des personnes réfugiées confronte les professionnels à des souffrances vécues intenses mais aussi aux logiques terrifiantes de certaines volontés de puissance. Le caractère inouï, totalitaire, pervers de ces entreprises de destruction peut avoir un effet de sidération sur l'intervenant qui peut le priver de ses réflexes professionnels. L'horreur peut amener à des réactions qui « pavées de bonnes intentions » peuvent avoir des effets catastrophiques. Pour cette raison, il est nécessaire de prendre conscience et connaissance de ces logiques, de ce former. Certes pas pour « s'endurcir » mais plutôt pour éviter un dommageable déplacement de l'effroi vers les intervenants.

C'est la volonté de puissance et de destruction d'autrui qui sont terrifiantes, et non les victimes.

→sur le cadre familial.

-L'exil est aussi un des facteurs majeurs qui guide la thérapie, il ne faut jamais perdre de vue que ces familles viennent d'un autre monde que le nôtre, différences d'habitudes dites culturelles ; de liberté de hiérarchie familiale, mais surtout la dictature d'un régime totalitaire induit très souvent des comportements totalitaires sur le système familial. Il apprend que celui qui crie le plus fort est celui qui gagne... qu'il faut être violent brutal, armé pour être « protégé » ou « tout puissant ». c'est bien cette « toute puissance » que peut revivre le patient face à un intervenant « qui sait » ; et lui faire croire que plus rien ne changera jamais dorénavant.

À l'inverse le système totalitaire n'apprend pas, par exemple, que l'on ne va en prison (normalement) que si l'on a commis un acte répréhensible, contraire à la Loi... je me souviens de ce père iranien, incarcéré et torturé à la prison de Téhéran, peu après la « Révolution des Mollahs » qui ne pouvait, du fait de ses humiliations parler de son incarcération, fait l'impasse sur cette période d'absence. Le fils apprend arrivé en France que les criminels, les voleurs vont en prison mais pas ceux qui commettent le délit de penser autrement que le bon président ! donc ipso facto ils deviennent, se vivent et sont donc vécus comme des enfants de taulards... Ce système fonctionne bien à tous les échelons...

Ayant été reçu par le chargé du mécénat d'une très grande entreprise française à qui j'exposais le but de notre travail, après un moment ce personnage attentif devait résumer « si je comprends bien vos patients sont des communistes qui n'ont pas su la fermer... » il est évident que loin de faire parler, la

torture fait taire et la dictature empêche de penser !

Le traumatisme et ses conséquences associés à l'exil bouleversent la structure familiale, imposent brutalement une recomposition des rôles et places de chacun, avec bien trop souvent une "parentification" des enfants. L'ascendant que prennent ces derniers sur leurs parents se développe insidieusement grâce à l'école qui les sort de « l'isolement familial ». Ils deviennent les interprètes officiels de la famille, et les médiateurs avec les administrations, les services sociaux, ils deviennent écrivains publics et même gestionnaires de la famille. Il n'est pas rare de voir les enfants parler, lire et écrire le français au bout de quelques mois d'exil, tandis que les parents peinent à balbutier des phrases usuelles venant, bien involontairement, renforcer l'idée de déchéance sociale qui humilie quotidiennement leurs parents. Cette situation renforce rapidement le sentiment de déchéance qu'éprouvent les adultes et enferme les enfants dans une « double contrainte » les obligeant à réussir pour aider leurs parents mais pas trop, pour ne pas les humilier. Une autre source de difficultés pour les enfants vient de la méconnaissance, voire du déni, de leur propre histoire traumatique. Quand le père ou la mère, ou pire quand les deux parents ont été victimes de sévices, leur caractère et donc leurs comportements sont profondément changés, leurs repères ont volé en éclats ; les autres

3

membres de la famille se retrouvent face à une ou des personnes inquiétantes, voire violentes, qu'ils ne reconnaissent plus et qu'ils ne peuvent ni comprendre, ni tenter d'aider.

De même, lorsque les familles ont été séparées trop longtemps, les différences de vécus pendant les années de séparation, les difficultés de la vie quotidienne en France, les espoirs déçus, etc. deviennent des sources de conflits à l'occasion de retrouvailles pourtant tant attendues. La partie de la famille restée au pays a eu, elle aussi, à souffrir le plus souvent de harcèlement voire bien pire, de représailles directes causées, par exemple, par la fuite du chef de famille.

Il leur est le plus souvent impossible de parler de ces mauvais traitements pour de multiples raisons, la principale étant que le secret devient la règle de fonctionnement de la famille. Et comment ne pas essayer de faire de son mieux pour essayer, croire avoir réussi à faire son « travail » : protéger ses enfants ?

*Un exemple patent de cette impossibilité à admettre que les enfants puissent être englobés dans la sphère des victimes me fut présenté par une mère, visiblement souffrant d'un syndrome dissociatif majeur. Elle avait, révéla-t-elle, été violée par cinq militaires.*

*- Heureusement, ajouta-t-elle, les enfants n'ont rien vu.*

*Je demandai à voir les enfants. Le premier fut le fils de 11 ans, gamin jovial. Après avoir répété plusieurs fois, la casquette vissée de travers « à la mode » sur la tête : "Tout va bien, la France c'est super", brusquement, il enchaîna, le regard absent :*

*- J'ai assisté à l'amour forcé de ma mère. Il devait répéter cette phrase terrible plusieurs fois, sans s'interrompre, sans pause.*

*Il s'était visiblement soulagé d'un poids. Une fois apaisé, il ajouta qu'il en faisait des cauchemars.*

*Dans cette séance particulièrement poignante, j'évitai de lui faire revisiter ce souvenir.*

*Nouvel entretien avec la mère. Évoquant le viol, elle expliquait à nouveau que ses enfants n'avaient rien vu.*

*- Ils étaient où les enfants pendant que vous étiez ainsi torturée ?*

*- Je les avais cachés sous le lit...*

*Ils n'avaient sans doute pas vu la série des viols dans leur abjecte crudité. Mais ils en avaient quand même vu et entendu assez.*

Comment espérer alors un épanouissement individuel et familial harmonieux ? Une prise en charge à ce niveau permet de restaurer des cadres intra-familiaux rendant moins problématique l'insertion de chacun et de tous dans la société française.

- La torture

dans ma pratique, la torture est à l'origine et fait le lit des symptômes.

Comme le dit très justement maître Robert Badinter dans la préface de *Terres inhumaines*:

*L'être humain est d'abord corps. Et ces corps martyrisés, dans ces pages brûlantes donnent son sens à la lutte contre la torture. Ces femmes et ces hommes ont connu le pire, sous des régimes et des cieux divers, comme s'il existait à travers les temps et les sociétés, une internationale de la torture. Leur récit nous prend à la gorge. Ils ont enduré coups, brûlures, viols, étouffements, ruptures d'os et de tendons, privations de soins. À travers eux, nous vivons toutes les pratiques sophistiquées ou brutales de la violence physique ou morale sur l'être humain, qu'on veut faire souffrir jusqu'à la*

*mutilation ou la mort pour lui arracher un secret ou simplement parce qu'il est l'Autre, l'être qui doit payer de son corps ou sa vie l'indignité d'être différent ou proclamé tel. Et aussi, les tortures plus subtiles qui visent à détruire psychologiquement l'être humain, en l'atteignant dans sa dignité, en ruinant en lui tout respect pour lui-même et pour les autres. Toute la panoplie du sadisme et de la cruauté se déploie dans ces tortures et demeurent inscrites dans la chair et dans l'âme de ces victimes.*

Je pense que ceci résume de façon « soft » ce que traversent nos patients dans les « terres inhumaines ».

Une place très particulière doit être réservée à la disparition

Edith Goldbeter a développé un concept, celui du tiers pesant, l'absent qui est très présent. Ce concept est souvent dans nos prises en soins une réalité : le conjoint disparu, le ou les enfants restés

4

au pays et dont on a peu ou pas de nouvelles. En effet, car elle ne touche pas la victime désignée, mais elle est d'une redoutable efficacité : la disparition.

Pourquoi fait-on disparaître quelqu'un ? Pourquoi ne pas se limiter à l'arrêter, à l'emprisonner, voire à l'exécuter ?

La réponse est probablement plus simple qu'il n'y paraît. La disparition mine la société dans ce qu'elle a de plus fondamental en elle, les rites de deuil qui suivent la mort officielle. La disparition empêche tout travail de mémoire. Elle bloque la pensée. Elle rend fou. Ce n'est sûrement pas pour rien que des femmes, mères, épouses, soeurs, filles, tournaient en rond, sur la Place de Mai, à Buenos-Aires, pendant la dictature argentine. On les appelait les "Folles de Mai".

Elles n'avaient pas le droit de manifester, alors elles marchaient sur cette place, devant le bâtiment de la présidence, la Casa Rosada. Elles contournaient l'interdiction de banderoles en portant toutes un fichu blanc sur la tête. Elles voulaient savoir où étaient leurs enfants enlevés et disparus, victimes pour beaucoup du sinistre Plan Condor<sup>1</sup>.

Elles ne pouvaient supporter de ne pas savoir.

Le drame spécifique de la disparition se noue très vite, la mise en scène comportant souvent un enlèvement. À l'instant où vous êtes arrêté commence votre mort sociale. Vous devenez non-existant. Les acteurs de cette mise en scène sont souvent des policiers en civil, banalisés. Vous n'apparaissez plus sur des registres, la justice ignore où vous pouvez être, les autorités aussi. Le silence tombe, le doute s'insinue. Si, au bout de plusieurs années, les survivants décident : « Maintenant c'est sûr, il (ou elle) ne reviendra plus » cela équivaut pour eux à décider de la mort du disparu, parent, compagne, mari. Après un terrible travail de recherche infructueux, d'enquêtes, de prise de risques, c'est à vous qu'appartient en plus la décision impossible de ne plus accepter les éventualités de l'emprisonnement, de la fuite. Vous voilà contraint de vous faire à l'idée que cette personne est morte. C'est à vous que revient l'idée de la tuer.

Décider qu'il ou elle est mort(e), c'est aussi se dire qu'il ou elle n'aura pas de sépulture, quand il n'y a pas de sépulture, un peu comme les « ghosts-houses » du Soudan ou les « ghost-detainees », toute la ville, le pays tout entier devient une sépulture possible. Car pour commencer le travail de deuil a besoin de preuves, de certitudes. Il faut que la mort ait une réalité pour que le symbolique puisse se manifester. Dans la disparition, il n'y a rien de tout cela. La fonction de groupe que revêt tout enterrement est aussi gommée. Le rôle fédérateur, donc dérangeant par essence pour le pouvoir, des condoléances, quelque forme qu'elles puissent prendre, ne peut avoir lieu. Même la machine médico administrative ne peut fonctionner, le certificat médical de décès ne peut être délivré. La mort est volée à la mort. La disparition a bien pour but de tuer la mort, de priver la société de ses rites de deuil, en cela elle est "sociéticide". La disparition s'applique également à l'« éventuel » assassin puisque sans cadavre, il n'y a pas d'assassin, personne sur qui focaliser sa colère ; ici encore cela peut être tout le monde. Et alors que dans un deuil classique le temps estompe la douleur et la mémoire, éloignant progressivement le passé, tandis que l'absence se structure dans le souvenir, ici comme dans toute torture, le mutisme devient la règle, les symboles primordiaux sont tus, tués.

Pour beaucoup de nos patients, la disparition de leur conjoint, de leurs parents, de certains de leurs enfants inflige une douleur constante et lancinante. Ils ne savent pas s'ils les reverront un jour, s'ils sont mort ou pas, s'ils ont pu s'enfuir et survivre, ni au prix de quelles tribulations. Cela augmente la culpabilité d'être vivant et en relative sécurité. Attendre, attendre, une attente qui s'additionne à beaucoup trop d'autres.

La disparition a tout de même "un avantage" que n'ont pas d'autres formes de torture: elle jouit

légalement d'un privilège non négligeable qui rend possible la poursuite pénale des responsables quand ils peuvent être identifiés et même faire éventuellement traîner les dictateurs en justice : la procédure reste active tant que le corps n'a pas été retrouvé. Ce n'est qu'à cette date-là que commence à courir le délai légal de prescription ; c'est, entre autres causes, ce qui a permis de rendre la vie moins douce à Augusto Pinochet. Maigre consolation mais... .

Tout ceci montre que l'exil est un des constituant des problèmes traumatiques qui viennent perturber le système familial mais, malgré toutes ses difficultés, toutes ses embûches voire ses pièges il a été et reste, pour la grande majorité de nos patients, dans le premier temps le seul espoir, LA solution, et... un premier pas dans la recherche d'une hypothétique réparation.

1 Le plan Condor (Operación Cóndor) est le nom donné à une campagne d'assassinats conduite conjointement

par les services secrets du Chili, de l'Argentine, de la Bolivie, du Brésil, du Paraguay et de l'Uruguay au milieu

des années 1970.

5

Une conséquence directe de l'atteinte aux Droits fondamentaux de l'Homme qui ont conduit des demandeurs d'asile dans notre pays est qu'ils présentent des troubles psycho comportementaux qui peuvent ne pas être reconnus par leurs interlocuteurs comme tels, car masqués derrière une symptomatologie parfois banale : nervosité, sautes d'humeurs, cauchemars, maux de têtes, troubles de la concentration etc.... ou derrière des troubles plus « dérangeants » pour l'entourage : apparition de réels syndromes dépressifs plus « démonstratifs », mais aussi comportements violents en direction des personnels, des intervenants, ou contre des membres de leur famille, c'est le plus souvent à ce stade que les patients nous sont adressés. Mais malheureusement ces symptômes sont souvent confondus avec des manifestations psychiatriques et donc mal orientés.

Cet « aiguillage défectueux » venant encore renforcer l'idée qui couve très souvent dans l'esprit des patients « qu'ils deviennent fous »

Quelle symptomatologie rencontrons nous le plus souvent :

→ La maltraitance intra-familiale :

C'est en exil qu'apparaît la maltraitance « non-structurelle ». Ces troubles, parfois vécus par les patients comme un signe de « leur folie », sont dans la majorité des cas à l'origine des violences intrafamiliales ou viennent en augmenter gravement l'intensité. Une particularité comparée aux soins que je peux apporter à des familles maltraitantes en France : souvent chez les exilés la demande d'aide thérapeutique est motivée par le fait de l'incompréhension de la violence dont ils font preuve envers leurs enfants ou leur conjoint et dont ils souhaiteraient vivement se débarrasser. Ces cas démontrent que la violence subie à l'âge adulte aussi bien que dans l'enfance, risque toujours de s'exprimer ensuite à l'encontre des plus faibles et des plus proches.

→ La déchéance sociale :

Ces victimes que nous recevons avaient, dans leur pays, quasiment toutes, une vie plus que correcte avant que les problèmes ne s'abattent sur eux. Qu'ils soient commerçants, médecins, enseignants, procureurs, étudiants ou fonctionnaires, etc. ils jouissaient dans leur immense majorité d'un niveau de vie tout à fait satisfaisant, et qui de toute façon, était très nettement supérieur à celui qui leur est imposé dans notre pays. Ce n'est pas l'envie de vivre dans la rue, en urgence sociale ou même en foyer qui les a fait venir.

Ils n'ont pas choisi ce type de vie... Ils ne nous ont pas choisi, pas plus qu'ils n'ont choisi la guerre, la terreur, la torture, tous ces traumatismes majeurs qui les ont envoyés vers nous. Dans ces temps troublés où l'on nous parle de choisir les immigrants qui seraient autorisés à venir sur notre sol, il est important que nous continuions à venir en aide à ces patients adultes mais aussi aux trop nombreux enfants, qui n'ont pas choisi la terreur, qui n'ont pas choisi d'assister à des massacres, qui n'ont pas choisi de devoir s'exiler ou qui ont dû suivre leurs parents en exil.

L'exil n'est malheureusement dans la grande majorité des cas, pour nos patients, adultes ou enfants que LA solution de la vie.

Il est de plus quasiment toujours sans espoir de retour. Il y a un travail de deuil à faire avec ces familles.

⇒ Ce que le médecin thérapeute familial peut offrir aux patients ?

✓ Comme médecin : des soins médicaux

Les soins médicaux, compris dans le sens global de soins, et non pas seulement de traitement au

coup par coup de symptômes seulement « organiques », soins où l'approche de la souffrance psychique prend toute sa place, sont une nécessité, particulièrement dans le soin des victimes de torture.

Dans le cas des victimes de tortures et d'atteintes aux Droits Humains, ce qui peut parfois être vécu comme deux pôles distincts doit impérativement être pris en compte simultanément. Le tout médical étant aussi restrictif que le tout psychothérapeutique.

Le corps devient pour le médecin-thérapeute un média privilégié pour aborder l'indicible, pour approcher le traumatisme et par là, entamer une réparation. Pouvoir prendre en compte la souffrance d'un corps, sans « faire mal » c'est déjà une expérience nouvelle pour une victime de l'horreur de la torture prise au sens large du terme.

6

Une partie de l'humiliation qui est collée, depuis la torture, au corps en ce qu'il représente le lieu où se sont concentrées les souffrances, est gommée par le côté médical des soins. Il est possible de parler, de montrer, de se faire aider sans devoir s'abaisser. Redevenir un « patient » comme avant peut être très apaisant et il est au début plus facile de parler de ses douleurs pelviennes ou de ses hémorroïdes que de parler du viol.

De plus, la faculté de prescrire des traitements, qu'ils soient médicamenteux ou de kinésithérapie permet de soulager rapidement certains symptômes, de faire vivre un soulagement qui ne semblait plus possible, ni même imaginable.

La chimiothérapie médicamenteuse adaptée permet de proposer un apaisement des manifestations douloureuses que sont les insomnies, les cauchemars, les céphalées, les douleurs articulaires, etc. Il devient alors possible de dégager une place pour le travail psychothérapeutique, un moment de respiration non-entravée.

Le rôle du médecin, au-delà du soin, est aussi de permettre un « déconditionnement », d'autoriser un certain « désenseignement » de ce que le traumatisme a appris de façon brutale.

Le soin médical, compris au sens large de la médecine, disons au sens princeps, **est d'abord et avant tout l'endroit où se retrouve le sentiment d'appartenir à l'humanité, de l'expérimenter à nouveau.**

L'expérience vécue que, sans jugement, sans sectarisme, en confiance, il est possible de se confier, de se faire ausculter, examiner dans l'unique but d'un mieux être est primordiale. Le corps n'est plus un lieu de souffrance mais un lieu de réparation.

Comme psychothérapeute et thérapeute familial

√ Thérapie familiale

Un ami, rencontré en Guinée, s'exprimait ainsi lors d'une visite récente au Centre de Soins : *« J'ai été agréablement impressionné par ce que vous faites désormais, à savoir qu'on s'occupe de « nous autres » désormais aussi. Oui, « nous autres » proches de ceux qui ont subi directement les sévices. (...) Nous aussi qui, en dehors des prisons, y avons une bonne partie de nos pensées (...) Offrir à des familles des thérapies collectives relève à mon sens d'une volonté certaine de susciter plus d'humanité à travers ceux qui en ont été privé. (...) Expulsion de logement, d'établissements scolaires, « pariatisations » familiales, et bien d'autres difficultés qu'on du subir les proches de ceux qui étaient partis dans les geôles. Et que dire de ce retour pour les « plus heureux » et qui ont pu sortir avec la difficile réinsertion avec ceux qui ont appris à vivre sans un père ou qui attendaient tout de lui sans qu'il puisse être à la hauteur désormais, et j'en passe ».*

L'approche systémique m'a permis de penser autrement ce qui était une curieuse constante dans le discours des travailleurs sociaux à propos des proches d'un patient qu'ils nous adressaient :

« L'épouse ne pose pas de problèmes, elle est très discrète, on ne l'entend pas quant aux enfants, ils vont très bien, ils sont très investis à l'école et ont d'ailleurs de bons résultats scolaires ».

Recevoir l'ensemble de la famille permet de découvrir que le vécu émotionnel de la femme et des enfants était bien souvent éloigné de cette image rassurante.

**Le demandeur d'asile ou le réfugié porte souvent seul** le statut de « victime » et les autres membres de la famille, même s'ils ont été aussi, comme c'est souvent le cas, eux-mêmes, victimes de harcèlement, de sévices, voire de torture se taisent. Combien de parents m'ont raconté leur arrestation brutale, accompagnée de sévices, de viols contre l'épouse, avec l'assurance que les enfants « n'avaient rien vu », rien subi. Et puis au détour d'un entretien « seul à seul » dérobé au thérapeute, on découvre que les enfants savaient, ont vu, entendu, que l'épouse a été persécutée pendant toute l'incarcération du mari. Chacun se tait pour protéger l'autre, persuadé que sa

souffrance n'est pas « à la hauteur » de celle du martyr reconnu. Comment ajouter sur SES épaules le fardeau de mes problèmes ? Comment ne pas lui dire que *c'est par SA faute que tout cela nous est arrivé* ? décidément la torture fait bien taire !

**De fait, la structure familiale est disloquée.** Les parents ne se sentent plus des hommes, plus des femmes. Ils ne se croient plus capables d'être parents. La vie amoureuse du couple est elle aussi exsangue : les images, souvenirs ou fantasmes, du corps supplicié de l'autre ou du sien propre, dénaturé, parasitent la sexualité. L'exil et les conditions précaires d'existence en France ajoutent à ce tableau une déchéance sociale difficile à supporter. Les enfants sont exposés à ces états douloureux de leurs parents qui sont source de plusieurs formes de victimisation.

7

Le rire des enfants exprime une joie de vivre indécente : tant d'autres n'ont pu survivre. Les pleurs des plus petits sont intolérables : il y a déjà eu assez de souffrance. Les risques de maltraitance physique sont réels dans ce contexte. Pleurs, cris renvoient inexorablement à ce qui a été entendu en prison. A ses propres cris, ses effondrements.

Dans le cadre d'une thérapie familiale, il est possible de restituer à chacun une place aussi positive que possible et correspondant à l'âge et au rang généalogique. Les souffrances, la détresse, les sentiments d'abandon peuvent également se parler sans que les enfants ou le conjoint ne soient exposés à la violence des faits. La parole peut être libérée et la famille intégrer progressivement les traumatismes. La thérapie familiale devient un lieu de thérapie de reconstruction.

Docteur Pierre Duterte

Psychothérapeute - Thérapeute familial

Auteur de "Terres inhumaines" un médecin face à la torture, préface de Maître Robert Badinter.

Editions

JC

Lattès

© Docteur Pierre Duterte Psychothérapeute - Thérapeute familial

## Children Soldiers Trial or not?

Je suis frappé par la similitude des symptômes rencontrés chez les enfants victimes de traumatismes et ceux regroupés sous le vocable réducteur et inexact de « jeunes de banlieue » que je suis amené à recevoir. À l'heure où la Garde des Sceaux annonce un "régime civil spécial" applicable aux délinquants âgés de moins de 13 ans, qui pourront par exemple être placés en "retenue" durant les interrogatoires, se pose la question de la responsabilité des mineurs.

Dans le cas bien particulier des enfants soldats, la question « faut-il les juger ? » est parfois posée. Cette question mériterait un vrai débat, sûrement riche et contradictoire, où viendraient se confronter deux visions, celle de la Justice et celle des soignants.

En effet, dans une atroce répétition, le risque est majeur de faire de ces enfants des « boucs émissaires » de conflits qui les dépassent. De les transformer en coupables par procuration. De déplacer la culpabilité !

Lorsque les adultes sont privés de droits, les enfants sont privés de tout, ils deviennent des enjeux, des proies vulnérables pour les prédateurs militaires et politiques. Est-il pratique plus barbare que d'envoyer au front des gamins de 7, 9, 15 ans ? Est-il plus inimaginable vision que celle de ces « sergents » aux mains tellement trop petites pour les kalachnikovs qu'elles portent ?

De ces enfants combattants c'est tout ce qui nous est donné à voir, des regards durs, des mains trop petites pour les machettes ; vignettes du pittoresque atroce dont l'époque est friande. Recevoir en soin ces gamin(e)s, c'est rencontrer des enfants maturés par le traumatisme, mais des enfants !

Ils ne sont plus ces enfants-soldats, drogués, violentés, violés, pervertis servant dans les plus sales des guerres, ils redeviennent des ados !

Les sévices qui accompagnent leur « enrôlement » les conditionnent à accepter de commettre et de voir commettre les pires cruautés sans ciller. Ceux qui se sont soi-disant (et que cela est « déculpabilisant » pour les vrais responsables) portés « volontaires » ont tous, auparavant connu la désorganisation totale

de leur famille ou de leur communauté, voire le massacre sans merci de celles-ci. Lorsqu'ils réussissent effectivement à fuir, parce qu'ils sont plus résistants, plus brillants, plus compétents que d'autres, ils arrivent porteurs de symptômes psychiques lourds. C'est à l'évidence le moment d'enfin les considérer comme porteurs d'un double trauma celui d'avoir été victime mais aussi auteur.

C'est donc aux praticiens de traiter cette facette de l'horreur : les remords d'être encore vivants, la culpabilité dévorante, les idées suicidaires, le tout enfoui sous blindage imité des atroces adultes qui les ont pris en main. C'est aux praticiens de se saisir de leur fragilité qui est en fait aussi une force : leur personnalité non encore construite d'enfants et d'adolescents, celle qui a été piétinée est restée "plastique" et donc réparable ! À ce moment se situe la chance à saisir.

Comment envisager de juger des enfants qui ne sont pas responsables ? ils n'ont pas l'âge de voter, ils n'ont pas le droit de conduire une voiture avant 18 ans et l'on voudrait les juger pour des actes qu'ils ont été forcés de commettre ! On me rétorque souvent que certains ont proposé délibérément leurs services ! On me dit parfois la même chose avec les pédophiles : « il y a des enfants qui séduisent les adultes ! ». La belle affaire ! Le rôle de l'adulte est bien de dire non. D'assumer SON rôle éducatif et protecteur, de mettre des limites. Ce n'est certainement pas de cautionner ces pratiques intolérables, et à fortiori de trouver dans ces jeunes psychologiquement démolis de parfaits boucs émissaires qui endosseront une culpabilité qui n'est pas la leur.

Offrons leur la possibilité de croire à un autre possible !

© Docteur Pierre Duterte Psychothérapeute - Thérapeute familial - publié dans la Correspondance de la Voix de l'Enfant Juin 2009

--

Docteur Pierre Duterte

**Secrétaire Général de La Voix de l'Enfant**

**Médecin Directeur Centre de santé Parcours d'Exil**

Co Fondateur de l'Institut Trans culturel Takiy

"Terres inhumaines" un médecin face à la torture, préface de Robert Badinter (JC Lattès)

"Le krach du sperme et autres menaces. Dr Pierre Duterte et Gerald Messadié: Editions de l'Archipel -

[www.krachdusperme.over-blog.com](http://www.krachdusperme.over-blog.com)

**Psychothérapeute - Thérapeute familial - Superviseur - Formateur**

15, rue Bouchardon - 75010 Paris - [www.dutertetherapie.com](http://www.dutertetherapie.com)

**Photographe**

<http://www.pierreduterte.com> - <http://www.pierreduterte.fr>