

EFFRACTION SEXUELLE ET BRISURE DU SOI

Pour une prise en charge complexe

Michèle Gennart

Médecine & Hygiène | « [Psychothérapies](#) »

2011/4 Vol. 31 | pages 271 à 284

ISSN 0251-737X

Article disponible en ligne à l'adresse :

<https://www.cairn.info/revue-psychotherapies-2011-4-page-271.htm>

Pour citer cet article :

Michèle Gennart, « Effraction sexuelle et brisure du soi. Pour une prise en charge complexe », *Psychothérapies* 2011/4 (Vol. 31), p. 271-284.
DOI 10.3917/psys.114.0271

Distribution électronique Cairn.info pour Médecine & Hygiène.

© Médecine & Hygiène. Tous droits réservés pour tous pays.

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.

Effraction sexuelle et brisure du soi

Pour une prise en charge complexe

Michèle Gennart¹

Résumé Une agression sexuelle chez un mineur atteint la subjectivité au foyer même de sa constitution bio-psycho-sociale. En prenant appui sur une situation clinique, l'auteur interroge les retentissements d'une telle agression dans l'intimité psychosomatique du sujet, en cherchant à comprendre comment, à partir d'une telle expérience, non seulement des dysfonctionnements corporels surgissent, mais des destinées psychopathologiques graves et chroniques peuvent se façonner. Les mineurs qui ont été traumatisés dans leur intimité psychosomatique auront tendance dans la suite à « enfermer » leur soi hors de toute atteinte. Il s'agit alors de restaurer le lien d'appartenance à l'humain et d'éprouver, à travers les relations familiales, si un authentique espace familial peut se reconstruire. Le traitement intègre ainsi un travail centré sur les liens d'appartenance et un travail centré sur la personne, approchée dans la complexité de son identité incarnée. Il s'agit donc, pour réduire un traumatisme, de travailler à le symboliser, à le réinsérer dans la trame de ce qui peut faire sens, et de restaurer les ressources curatives de l'entourage. Mais il s'agit encore de lui enlever sa prégnance corporelle en soignant les blessures et les douleurs par lesquelles le sujet a « intégré » l'effraction dans son intimité. La coopération concertée des intervenants médicaux, psychothérapeutiques et des familles y est donc essentielle.

Introduction

J'ai débuté mon parcours de formation à la psychothérapie à Louvain, guidée par le Pr J. Schotte, en m'initiant à la phénoménologie psychiatrique et à la psychanalyse, avec un intérêt tout particulier pour la question de la corporéité et de son articulation au Soi (Gennart, 1994). Lors de mon arrivée en Suisse, mon contexte professionnel a changé et j'ai eu l'occasion de travailler dans le service de psychiatrie de liaison de la Polyclinique Médicale Universitaire de Lausanne, caractérisé à la fois par un esprit de coopération entre les perspectives médicales et psychothérapeutiques et, sous l'influence du Pr M. Vannotti, par le paradigme systémique et une sensibilité particulière aux implications intersubjectives de la maladie et du soin. J'ai commencé à découvrir là, en recevant les familles des patients, combien les proches pouvaient souffrir d'une maladie que nous ne pouvions plus attri-

buer au seul « malade » identifié comme tel (Celis-Gennart et Vannotti, 2000). J'ai aussi commencé à apercevoir combien certaines pratiques relationnelles, et notamment au sein de cette collectivité vitale de base qu'est la famille, peuvent « rendre malade » ou, à tout le moins, entretenir un rapport d'affinité ou de résonance avec la survenue de maladies. J'ai aussi pu découvrir que le travail avec les familles donne accès à une réalité – la réalité intersubjective des liens d'attachement constitutifs – qui s'avère douée d'une force thérapeutique étonnante (lorsque les membres d'une famille se disent certaines choses, nous pouvons être témoins de « paroles qui soignent » et que seul tel ou tel proche est qualifié à dire). Ce qui n'empêche que le dialogue appro-

¹ Dr Phil., Psychologue-psychothérapeute FSP, pratique en cabinet privé et à VidySource (Lausanne), formatrice au Centre de Recherches Familiales et Systémiques (CERFASY), Neuchâtel, Suisse.

fondi avec le sujet singulier m'a paru rester indispensable à la compréhension de l'intimité et, en particulier, à celle du fonctionnement et des connexions psychosomatiques.

Je voudrais dans ce texte présenter une situation clinique qui illustre bien, à mon sens, la nécessité où est le clinicien de pouvoir intégrer différentes approches et modalités de prise en charge en fonction de la complexité et de l'évolution des situations cliniques (Onnis, 1998). La patiente dont je vais parler présentait au départ une situation médicale complexe (diagnostic de maladie de Crohn, état anxieux diffus) face à laquelle le médecin traitant avait proposé de m'associer, en tant qu'intervenant psychothérapeutique.

Dans le contexte de ce suivi conjoint, la patiente, que je nommerai Antonella, dans la quarantaine, s'est résolue à évoquer un événement traumatique qui lui semblait inaugural dans son histoire de malade : un viol par un camarade d'école, suivi d'un avortement. C'est depuis ce moment que son fonctionnement neurovégétatif a été durablement perturbé. Mais il apparaîtra dans le cours du traitement qu'elle a été d'autant plus exposée à ce traumatisme extrafamilial, comme adolescente, qu'elle grandissait dans un contexte familial entaché d'insécurité. Son père, en effet, manifestait à la fois un rejet de ses enfants, vécus comme risquant de lui soustraire l'attention et le soin exclusif de son épouse, et une tendance à humilier sa fille par des propos grossiers. Lorsqu'elle perd sa mère durant le suivi, la patiente sera d'ailleurs victime de comportements abusifs de son père, qui la traitera comme un objet à son service sans pouvoir entendre ses besoins ni ses réalités à elle, et en exigeant qu'elle s'occupe de lui et de son corps malade comme s'il n'existait aucune limite d'intimité. Dans le cours de la prise en charge et avec ces nouveaux événements, le tableau clinique se modifie peu à peu : la symptomatologie douloureuse est moins marquée ; en revanche, une symptomatologie davantage *borderline* se pousse à l'avant-plan, avec installation d'un comportement anorexique et apparition d'accès d'automutilation. La famille nucléaire souffre beaucoup des nouveaux symptômes présentés ; les enfants sont terrorisés par la suicidalité de leur mère. C'est aussi là que nous commençons à mieux apercevoir les aspects sérieusement abusifs qui marquent le comportement du père d'Antonella, et que nous la soutenons dans sa prise de distance vis-à-vis de lui.

Il devient vraiment nécessaire – et la patiente peut désormais aussi accepter – que nous rencontrions sa famille, pour tenter à la fois de mieux contenir la suicidalité et pour soutenir les proches dans leur angoisse de perte. La patiente réussit à limiter significativement son exposition aux comportements abusifs du père ; l'autodestructivité s'atténue et, de façon tout à fait inattendue sachant qu'un diagnostic de ménopause précoce avait été posé, son cycle menstruel se remet en mouvement.

Face à cette histoire clinique multidimensionnelle, notre questionnement prendra donc une double direction :

- que se passe-t-il du point de vue de la subjectivité et de son développement psychosomatique lors des différents moments marquants qui scandent l'évolution du tableau clinique, et en particulier lors de l'événement traumatique qui inaugure celui-ci ?
- dans quelle mesure convient-il d'intervenir sur les modalités mêmes de la prise en charge en fonction de l'évolution de la situation (articulation du médical et du psychothérapeutique et, à l'intérieur de ce dernier, articulation d'une approche individuelle et familiale) ?

Questionnement phénoménologique autour de la subjectivité, de sa constitution et de sa possible destruction

Nous voudrions donc interroger en un premier temps la manière dont la subjectivité est atteinte lorsque le développement du sujet est marqué par une effraction dans son intimité corporelle encore en constitution, comme il arrive lors des abus sexuels sur enfants ou adolescents. Et nous voudrions nous intéresser, dans la situation clinique présentée, à la manière dont l'organisation psychosomatique peut évoluer, soit dans le sens d'une transformation de la maladie, soit dans le sens d'une guérison.

En ce qui concerne l'impact pathogène des agressions sexuelles, l'on sait que les jeunes victimes peuvent développer des symptômes extrêmement variés et multiformes, qui vont des symptômes somatiques plus ou moins durables aux troubles des conduites et des émotions, jusqu'aux perturbations psychopa-

thologiques les plus envahissantes ou aux conduites destructrices létales (Barudy, 1997 ; Gabel, 1995). L'on sait, à l'inverse, que l'on retrouve dans les tableaux psychopathologiques parmi les plus graves une haute fréquence d'antécédents traumatiques dans l'enfance (Horassius et Mazet, 2004).

Notre souhait est de mieux comprendre, d'un point de vue phénoménologique, la cohérence intérieure entre les différentes destinées émanant de telles atteintes traumatiques. Pour ce faire, nous chercherons à décrire plus précisément la manière dont la subjectivité est atteinte dans sa constitution psychosomatique, c'est-à-dire dans son devenir-sujet à l'interface de la vie psychique, corporelle, relationnelle, là où le Soi émerge de sa préfiguration charnelle et où le corps fonctionne ou dysfonctionne en accord avec ce que le sujet vit et avec la manière dont il ressent cette vie qui le traverse, qu'il agit et dont tour à tour il pâtit.

Notre intuition serait que les agressions sexuelles sont des événements qui portent atteinte à l'intégrité psychosomatique, c'est-à-dire à la possibilité même d'un développement où les dimensions biologiques, psychiques et sociales du sujet se soutiennent et s'accordent réciproquement. Des ruptures et des désajustements se produisent, qui s'associent à des symptômes ou à des évolutions dysharmoniques.

Selon le principe du cristal décrit par Freud et systématisé par J. Schotte dans sa promotion d'une patho-analyse (Schotte, 1990a ; Lekeuche, 2009), la survenue de maladies, de brisures ou d'éclats dans le cours du développement fait apparaître la structure cachée qui, sans de tels accidents, ne laisserait pas transparaître ses lignes de fracture potentielles. La pathologie révèle ainsi la structure cachée de la santé. Dans cette même ligne, les destinées marquées par des agressions et des désajustements de la constitution (socio)psychosomatique nous éclaireront, a contrario, sur ce qui se passe lorsque le sujet se développe de façon suffisamment saine, lorsque l'étayage réciproque de ses dimensions psychiques, somatiques et sociales se fait dans l'harmonie, mais ne laisse du même coup que très peu transparaître du processus de sa constitution.

Effraction dans l'intimité : un événement visible et invisible

Parmi les différentes formes de violence, l'effraction traumatique dans l'intimité corporelle, dans

l'intimité sexuée du sujet m'apparaît particulièrement marquante sur le plan clinique. En effet, cette forme de violence est lourde de conséquences sur le plan psychopathologique – surtout si elle survient précocement dans le cours du développement psychosomatique du sujet, qui va s'en trouver dévié de façon significative ou qui risque de présenter différentes formes de rupture.

Si vous avez à l'esprit l'un(e) ou l'autre patient(e) qui ont subi de telles effractions traumatiques dans leur intimité, vous m'accorderez sans doute que déjà dans la façon dont ces patients marchent, se présentent, habitent leur corps, l'on peut percevoir qu'ils sont en souffrance là : qu'un désaccord s'est installé dans leur rapport à leur corps, une discordance qui peut se traduire par des symptômes d'ordre alimentaire, par des altérations du volume corporel, par une négligence de la manifestation, ou par d'autres signes encore qui évoquent quelque chose comme une violence qui se serait déposée à l'intérieur de la personne et qui l'opposerait à elle-même à travers son corps.

Et pourtant, dans ce domaine de l'effraction dans l'intimité, la violence peut être invisible ; souvent elle n'est pas manifeste, en particulier lorsque, comme dans l'inceste ou dans bien des cas de pédophilie, elle vient d'une personne aimée, admirée, respectée. En de tels cas, il n'y a pas utilisation de la force ; il n'y a pas de violence au sens moteur du terme. Il y a au contraire souvent de la douceur, de la gentillesse, de la pseudo-affection. La violence réside essentiellement dans l'impact traumatique que la transgression de certaines limites va revêtir pour la jeune victime – l'impact traumatique, à savoir le fait qu'à un moment, il va y avoir rupture du sens, rupture de la possibilité de faire sens pour l'enfant. C'est aussi en cela qu'une agression sexuelle est beaucoup plus traumatogène lorsqu'elle survient comme première expérience sexuelle que chez un sujet qui a déjà des repères quant à la sexualité et, en particulier, quant à une sexualité heureuse et réjouissante ; une telle personne pourra bien être agressée, mais elle court moins de risques d'être traumatisée.

Dans la transgression des limites de l'intimité, ce qui fait violence, c'est précisément que l'enfant ou l'adolescent ait à vivre ce qu'il n'a pas les moyens de concevoir psychiquement. La violence réside dans la rupture de la possibilité de symbolisation ou dans l'éclatement du contenant symbolique.

La violence liée à l'effraction traumatique dans l'intimité corporelle peut donc être tout à fait invisible. Pour la victime, quelque chose est vécu comme faisant violence, mais ce quelque chose reste obscur et confus. Bien souvent par la suite, la victime elle-même se met à agir la violence (contre elle-même ou contre un autre auprès de qui elle répète quelque chose de ce qu'elle a « appris » sans pouvoir le comprendre); tout se passe alors comme si elle cherchait à *réaliser* la violence pressentie – au double sens du terme : essayer de la concevoir, de la comprendre, mais aussi de l'accomplir, de la mener à son achèvement : « qu'enfin, ça se passe ».

Confusions et expérience du déshumain

Pour ajouter à la confusion, il y a souvent, dans ce que l'on peut résumer sous le nom de violence sexuelle, une sorte de mélange indistinct entre amour, possession, destruction, une sorte de différenciation entre mouvement de vie et mouvement de mort. La sexualité devient un moyen de donner la mort, comme elle peut être un moyen de donner la vie. Et cela dans une indistinction qui plonge le sujet dans une perte de toute capacité de penser. Dans la situation clinique que je vais présenter, la jeune Antonella est violente par le jeune homme qu'elle a aimé. Elle tombe enceinte d'un viol et avorte sur les lieux mêmes où elle est née. Vie et mort, amour et destruction se mélangent d'une façon qui fait perdre le sens.

Un même flou peut s'attacher à la question de savoir si vraiment quelqu'un a voulu la violence, a décidé, a été l'auteur responsable de ce qui s'est passé. Dans certains cas, la violence est délibérée et planifiée (le viol peut ainsi devenir une arme de guerre officielle). Mais dans bien des cas, lorsque nous suivons de près le récit des victimes ou des abuseurs, force est de constater que l'auteur de la violence est lui aussi largement perdu et dans la confusion. Comme Balier (1996) le décrit si bien à propos des auteurs d'agressions sexuelles, le sujet est davantage agi par ses pulsions qu'auteur d'une action menée en personne. Et les pulsions en jeu ne sont pas encore marquées par la différenciation propre à la « relation d'objet » ; nous ne nous situons dès lors pas non plus dans le registre de l'érotisme, c'est-à-dire dans un registre où le rapport au corps est expressément ancré dans un contact sensible à l'altérité (de l'autre et, dans la rencontre, poten-

tiellement de soi). L'effraction se produit en revanche dans un espace sans possibilité de résonance, d'attente, de compréhension pour ce qui vient du soi ou de l'autre ; il s'agit d'un agir qui se fait à l'aveugle, impulsivement ou sous contrainte interne.

Dans le récit des victimes (ou des victimes-auteurs), nous avons ainsi le sentiment d'être témoins d'un moment de perte, de perte d'amarre quant à la condition humaine et quant à ses limites. Je parlerais volontiers en ce sens d'une expérience du déshumain, de l'humain en train de se perdre. A l'écoute de tels récits, nous ne savons plus très bien où nous en sommes avec l'humain, ou quant à une distinction possible entre humain et inhumain.

Des patients éprouvants

Or, les victimes qui portent ainsi en elles des traces de « déshumain » sont des patients franchement difficiles à soigner – et cela notamment parce qu'ils sont marqués par une grande destructivité. Celle-ci peut se traduire par des comportements expiatoires (privation alimentaire, traitements nocifs de « nettoyage » interne ou externe, automutilations), par des tentatives de suicide ou des suicides accomplis, par des comportements à très haut risque vital (chez les adolescents ou les jeunes hommes, notamment, l'on peut trouver la pratique de sports extrêmes, avec exposition quasi sans retenue à la mort), par des répétitions d'agissements abusifs sur autrui.

Si ces patients sont difficiles à prendre en charge, c'est aussi parce qu'ils portent régulièrement atteinte aux liens – et notamment au lien thérapeutique – tout comme ils portent atteinte à leur corps (c'est-à-dire au lien qui les relie à eux-mêmes). En effet, les patients qui ont subi un traumatisme (a fortiori lorsque la violence est activement infligée par un prochain) portent en eux un vécu d'abandon, d'essouffement radical, et se sentent bien souvent condamnés à tout jamais à l'abandon par le monde humain. Il arrive qu'ils n'attendent plus rien de personne – et la suicidalité peut alors être bien élevée – ou que, lorsqu'un peu de confiance se rétablit, ils aient des besoins et attentes d'une telle radicalité que la relation est soumise à un haut risque d'éclatement. Il importe à mon avis d'avoir rapidement une première idée des événements traumatiques et déshumanisants que ces personnes ont vécus pour mettre un tant soit peu en perspective ce qu'il peut y avoir de destructeur et de mortifère dans leur comportement.

Implication du corps propre

Comme F. Lebigot le commente très clairement dans sa théorie du traumatisme, une caractéristique essentielle et définitoire de ce dernier tient en ce qu'il n'est pas seulement l'expérience d'une menace de mort qui s'accompagnerait d'angoisse, il consiste en « une rencontre avec le "réel de la mort" ; il est une mort psychique et en cela s'accompagne d'effroi » (De Clercq et Lebigot, 2001, p. 95).

Dans le vécu traumatique, le sujet en un instant fait l'expérience de sa propre destruction comme personne. Dans la forme de traumatisme à laquelle je m'intéresse ici, nous avons affaire à deux autres caractéristiques essentielles :

- la mort est portée par un prochain, et souvent par quelqu'un qui est aimé, qui a reçu la confiance de la victime ;
- les perceptions qui déclenchent le traumatisme impliquent très étroitement le corps propre du sujet. La propre chair de la personne, sa bouche, sa peau, son sexe, ses seins, etc., sont bien souvent intriqués dans la perception de ce qui fait horreur.

Or, c'est là un élément capital pour la suite du développement du sujet. Je pense que si les traumatismes sexuels précoces ont une puissance destructrice si marquée, c'est notamment en raison de la forme d'atteinte spécifique qui s'y opère. Un tel type d'agression touche vraiment à ce que j'appellerais la source de l'individuation : à la source par laquelle le sujet naît ou émerge comme soi au départ de son corps – le corps étant comme l'esquisse pré-donnée de qui nous sommes, de qui nous avons à devenir, notamment homme ou femme. Les événements traumatiques qui atteignent cette zone d'émergence du sujet depuis sa vie corporelle ont aussi en propre d'y introduire une dissociation assez spécifique que je tenterai de décrire dans la suite.

Situation clinique

Passons à présent à la situation clinique annoncée. J'aimerais présenter pour commencer le récit produit par la patiente elle-même. En m'y référant, je tenterai de dégager quelques grands traits relatifs aux conséquences à long terme des traumatismes touchant à l'intimité de la personne et mettrai en évi-

dence certains points qui, dans cette perspective, me semblent importants au niveau de la prise en charge. Enfin, je commenterai l'évolution clinique de la patiente et l'évolution conjointe que nous avons imprimée à notre prise en charge, cherchant constamment à nous réajuster aux exigences changeantes de la situation personnelle, médicale, familiale.

Il s'agit d'une femme d'une quarantaine d'années, employée de banque, mère de trois enfants, divorcée et remariée, qui m'est adressée par son médecin traitant qui a le sentiment de toucher aux limites de ses capacités, dans la mesure où elle présente depuis bien des années une panoplie de symptômes digestifs variés pour lesquels elle a été multi-investiguée. Elle a reçu durant plus de quinze ans un diagnostic de maladie de Crohn – diagnostic qui a finalement été écarté. Mais elle garde une symptomatologie persistante de douleurs et de malaises dans la sphère digestive, quelquefois objectivables, quelquefois pas. Elle présente aussi une série de symptômes neurovégétatifs de la lignée anxieuse, des phobies et des bouffées d'angoisse pour lesquels elle est soignée par anxiolytiques depuis des années. Le médecin traitant propose de m'associer à la prise en charge et d'entreprendre un suivi conjoint, ce que la patiente accepte après pas mal de réserves et, je dois dire aussi, durant les premiers mois, en manquant près d'un rendez-vous sur deux, annulés pour raisons de malaises. Le traitement sera interrompu une première fois, puis repris, puis à nouveau interrompu et repris deux ans plus tard.

Assez rapidement dans le cours de l'intervention, la patiente me confie un récit qu'elle a rédigé de sa propre initiative. Elle a dans l'idée de me faire part par écrit de ce qu'elle n'arrive pas à dire. Elle sait bien que ces événements sont en rapport avec les symptômes qu'elle a, dit-elle, mais transmet aussi que cela lui fait trop mal d'y penser et que de toute façon personne ne peut rien y faire.

Le récit de la patiente

« J'avais seize ans. Pour moi, c'était l'époque des illusions, des princes charmants et des contes de fées. C'est également à ce moment-là que j'ai commencé le gymnase... Jusqu'à présent, j'avais eu une vie tranquille, paisible, entre mes parents, mes animaux et une amie [...] J'ai commencé cette nouvelle étape libre de tout souci et curieuse de découvrir une autre école, une autre ville et d'autres camarades [...] C'est dans cette nouvelle classe que je fis connaissance de B., un garçon âgé

d'une année de plus que moi. Il avait un visage fin, presque angélique et une voix douce. Il me faisait penser à un prince charmant tout droit sorti d'un conte de fées. Après quelques mois, nous sommes sortis ensemble. J'avais l'impression d'avoir trouvé le prince charmant. J'ignorais encore ce qui m'attendait.

La première année avec B. se passa plus ou moins bien, mais plutôt de mal en pis. Il devenait de plus en plus possessif, jaloux de tout, prenant la décision finale sur tout achat d'habit. Il ne fallait pas qu'on voie mes jambes, pas de pull trop court ou moulant et surtout garder mes cheveux très, très longs. Il piquait des crises de jalousie terribles. Au début, il se contentait de crier, de m'insulter, puis ce fut une gifle et progressivement pire. Il me donnait des coups de pied dans le ventre, me griffait le visage, m'arrachait les cheveux et même une fois, me serra si fort la gorge que je m'évanouis.

Il fit le vide autour de moi en insultant mes copines, en les rabaisant, en les vexant. Au bout de quelque temps, je me trouvai toute seule, prisonnière de mon geôlier. Chaque fois qu'il me faisait du mal, il revenait le lendemain avec un cadeau, se mettait à genoux devant moi pour implorer mon pardon. Je ne sais pas si je lui pardonnais, mais je restais. Je crois qu'il me faisait de plus en plus pitié. Il me faisait également peur. Il menaçait d'empoisonner mon chien et de faire du mal à ma famille si je le quittais. Je n'avais que dix-sept ans et je le croyais. J'étais perdue. Je n'avais personne à qui me confier, j'avais honte, j'ai donc choisi le silence. Je m'accrochais à mes études en me disant que dans moins de deux ans, je serais à Lausanne et que je ne le reverrais plus [...]

Notre relation était platonique et je désirais qu'elle le reste. Je ne voulais pas franchir cette barrière, je n'étais pas mûre et ça me faisait très peur. B. en était très frustré et revenait de plus en plus fréquemment sur le sujet. Les disputes étaient fréquentes et violentes. Il se promenait avec un couteau sur lui. Un jour, après une violente dispute où il m'arracha une boucle d'oreille, il s'entailla les avant-bras devant moi. Il me faisait peur. Mon seul refuge était ma maison et mes parents. Pour eux, j'étais toujours l'élève modèle. Ils ne savaient rien.

C'est à cette époque-là que les maux de ventre ont commencé, ainsi que mes problèmes de nourriture. Je ne mangeais presque plus et j'ai commencé les laxatifs. Je me détestais et avais envie de me punir. Il faut dire que B. me rabaisait constamment. Il me disait que j'avais de la chance de l'avoir rencontré, qu'une fille aussi moche

et idiot que moi n'intéressait personne [...] Bref, j'étais perdue, je ne savais plus ce qui était vrai, qui j'étais. En plus, il était assis à côté de moi dans la classe. Il était tout le temps là.

A la fin de la deuxième année de gymnase, je fus invitée par une classe parallèle à un repas chez une camarade [...] Je m'y rendis malgré les chantages de B. qui était fou de jalousie [...] En sortant, je vis B. qui m'attendait. Il avait l'air calme. Il tenait à m'accompagner au train [...] Une fois dans la gare, il me dit qu'il se sentait mal et devait se rendre d'urgence aux toilettes. Il me demanda de l'attendre à l'entrée des WC. Il faisait nuit et je détestais ce lieu. J'avais envie de rentrer, puis il ressortit, pâle, s'approcha et me saisit le bras, puis posa son couteau sur ma gorge, puis m'entraîna dans les toilettes. Ce fut l'horreur. Ce mélange de puanteur, d'excréments, de saleté [...] Il ferma la porte. Il transpirait puis hurla que ce que je ne voulais pas lui donner il le prendrait de force. Je pleurais, j'avais des nausées, mal au ventre. Je me laissais faire. J'avais peur. Une fois son acte terminé, il me laissa partir. J'avais honte, je me sentais sale, une moins que rien.

Je crois que ce moment d'horreur restera gravé à vie dans ma tête [...] Je retournai au gymnase comme si rien ne s'était passé [...] Quelques semaines plus tard, je n'avais toujours pas mes règles. J'attendis encore. Toujours rien. Je pris rendez-vous au planning familial. J'étais enceinte de presque trois mois. Je n'avais plus le choix, je dus en parler à ma mère. Elle ne me dit pas grand-chose, mais je lus la déception qu'elle éprouvait d'avoir une fille de tout juste dix-huit ans déjà enceinte. Pour elle, c'était sûr, j'allais gâcher ma vie si je gardais le bébé. Je ne pourrais plus poursuivre mes études. Tout se passa très vite. Les rendez-vous chez deux psychiatres, puis le rendez-vous à la clinique, qui était d'ailleurs la clinique dans laquelle j'étais née.

Mes parents me déposèrent à la clinique, puis repartirent directement. J'avais l'impression d'avoir commis un crime. Les infirmières étaient froides. Le seul réconfort me fut apporté par l'anesthésiste qui me prit la main en me disant : « Tout va bien se passer, ma petite chérie ». Je me souviendrai toujours de sa gentillesse dans ces horribles moments [...] Je terminai mes études. J'avais enfin ma maturité². Je partis à Lausanne sans B. »

Processus d'esseulement et rupture

Nous entendons la brisure et le processus d'esseulement bien particulier qui se rattachent à ce type d'expérience traumatique. « J'étais perdue, je n'avais

² En Suisse, examen de fin d'études secondaires.

personne à qui me confier. J'avais honte. J'ai donc choisi le silence.» Nous avons vraiment là, en quelques mots, l'essentiel de la *rupture* que produit le traumatisme : expérience de perte, perte du prochain (avant tout parce que la possibilité de parler est atteinte), honte et plongée dans le silence.

Si la victime est laissée à son silence, si les proches ne s'alertent pas face aux modifications subtiles que la victime présente malgré tout, la faille qui s'installe entre elle et son entourage continue à grandir et le malentendu risque d'être de plus en plus irrécupérable. Antonella évoque ce désaccordage qui s'installe lorsqu'elle dit : « Mon seul refuge était ma maison et mes parents. Pour eux, j'étais toujours l'élève modèle. Ils ne savaient rien. » Le refuge est donc bien fragile puisque Antonella ne peut plus croire que ses parents pourraient la secourir. Comme parents, ils sont quasi perdus. Leur fille est « l'élève modèle », mais Antonella, en vérité, est devenue quelqu'un d'autre. C'est ainsi qu'une double vie se développe. Celle du *sujet avec les autres*, mais il s'agit d'un *rôle*, le rôle que la personne joue pour chercher à garder une place parmi les humains ; et pour garder une place il lui faut jouer la comédie. Le drame, lui, se joue seul, et nous avons là l'autre vie : celle du *sujet seul avec lui-même*, seul avec ce qu'il a vécu de terrible et de non communicable.

Mais le désajointement qui se produit entre la victime et son entourage se prolonge en fait à l'intérieur de la personne même, dans la mesure où elle porte en elle quelque chose qu'elle ne peut s'approprier, symboliser, historiciser. Elle porte le vécu traumatique comme un *corps étranger* en elle (de Clercq et Lebigot, 2001, p. 94). Cette fissure intérieure prend facilement la forme de la haine de soi, comme dans le récit d'Antonella : « Je me détestais et avais envie de me punir ». Et pour se punir, elle ne mange plus, elle prend des laxatifs. Le « corps étranger » en elle se manifeste également dans la sensation répétée et obsédante de processus organiques douloureux (la digestion principalement) ; ce qui se passe dans l'intimité normalement imperceptible du corps se charge d'une inquiétante étrangeté.

La patiente développe par ailleurs des symptômes de nausée et une émétophobie qui vont durer jusqu'à ce jour. Ces symptômes de nausée, que l'on retrouve fréquemment à la suite de traumatismes sexuels, semblent être l'expression psychosomatique d'un besoin d'expulser, de rejeter hors de soi quelque chose qui est entré par effraction, qui ne peut être assi-

milé, mais qu'il est aussi difficile, voire impossible ou interdit de faire sortir. Le vomir est de son côté un objet phobique très puissant chez cette patiente.

Je ferai remarquer que la patiente parle aussi en termes analogues de la démarche psychothérapeutique qu'elle a accomplie quelques années auparavant dans le contexte de son divorce et lorsqu'elle parle des difficultés qu'elle y a rencontrées avec son thérapeute. « C'était difficile de tout sortir, dit-elle... Je n'arrivais pas à lui sortir les choses ». Elle a par ailleurs le sentiment que le thérapeute la force à revenir sur certains sujets dont elle ne veut pas parler, et elle interrompt la démarche.

Dans cette situation clinique, nous relevons en tout cas une affinité de style étroite entre la problématique existentielle et les symptômes corporels :

- d'un point de vue existentiel, la patiente porte en elle une série d'événements marqués par l'horreur et qui sont extrêmement proches de la mort (elle se sent d'ailleurs comme une meurtrière suite à son avortement forcé, et ce après avoir subi les mouvements meurtriers émanant de B.), mais elle cache tout cela et se conduit d'abord comme une élève modèle, puis comme une employée, comme une épouse et une mère modèles.
- d'un point de vue somatique, elle présente depuis ces événements une perturbation marquée de la sphère gastro-intestinale, qui a fait évoquer pendant longtemps une maladie de Crohn. La personne idéale qu'elle cherche à incarner ne cesse par ailleurs d'être perturbée par des envies de vomir brutales, qui manifestent la difficulté à contenir et à réduire au silence la part clandestine d'elle-même.

Traumatisme dans le rapport au corps et destruction du soi

Au départ de cette situation clinique, je voudrais à présent tenter de récapituler ce qui m'apparaît essentiel quant à l'implication du corps propre dans les violences sexuelles et quant aux conséquences à long terme.

En premier lieu, je voudrais insister sur le fait que, là où il y a un traumatisme, le corps porte la mémoire de l'événement – ce serait plus juste de dire : l'inscription de l'événement. Comme la patiente

l'écrit : « Ce moment d'horreur restera gravé à vie dans ma tête ». Elle ne dit pas : dans ma mémoire, mais « dans ma tête », c'est-à-dire qu'elle évoque quelque chose qui est de l'ordre de la matérialité corporelle – notre corps étant précisément aussi la part de nous-mêmes qui nous échappe, qui reste toujours un peu en deçà du sens – à la fois notre vie et notre inconscience.

A cet égard, il importe encore de souligner que le traumatisme a en propre d'avoir son origine dans une *impression sensible* et non dans un matériau déjà marqué par la signification (cf. Lebigot, in de Clercq et Lebigot, 2001). Il a son origine dans une sensation à laquelle le sens ne va précisément pas pouvoir se rattacher. Dans la sensation qui fait trauma, le flux de la pensée s'arrête ; c'est le blanc, le vide. Il y a juste des bouts de perception qui sont là, déliés du réseau des représentations. Dans le syndrome de répétition, ce sont aussi des sensations qui reviennent. Et s'il s'agit d'un traumatisme lié à une agression sexuelle, les sensations qui reviennent impliquent étroitement le goût, l'odorat, le toucher, c'est-à-dire les sens dits de proximité, qui concernent étroitement l'intimité de la personne et qui touchent aussi aux zones de transition entre dedans et dehors : zone orale, anale, génitale. En raison du caractère sensible, spatialisé dans le corps, des impressions qui font trauma et qui se reproduisent dans le syndrome de répétition, la personne victime vit son propre corps comme souillé, comme habité, hanté ou possédé par l'autre – en tout cas comme dépossédé. Son corps n'est plus vraiment à elle ; il ne peut précisément plus être un espace d'intimité, de présence à soi.

J'en arrive au deuxième point qui me semble essentiel quant à l'expérience corporelle des traumatismes sexuels. Si le corps, comme il vient d'être dit, porte l'inscription de l'événement, il le porte d'une manière qui tend à *désunir le sujet et son corps*, à aliéner le corps propre, au sens précis où celui-ci perd plus ou moins largement son caractère de corps *propre*. En principe, là où tout se passe bien, je prends place dans mon corps et mon corps est mien ; j'y suis chez moi. Dans les traumatismes ici en jeu, quelque chose de ce lien primordial s'altère. L'aliénation ou le désajointement qui s'ensuit peut prendre différentes formes sur le plan clinique.

- La première est la *négligence de soi*. Le sujet ne s'occupe plus de sa vie corporelle et présente un

désinvestissement plus ou moins sévère des opérations vitales de base comme manger, se vêtir, se soigner. Le sommeil, qui implique que l'on puisse s'en remettre à une vie corporelle inconsciente, est largement perturbé. La personne peut aller jusqu'à ne plus sentir la faim et la soif. Ou elle sent la faim, mais s'inflige un strict traitement disciplinaire, comme dans l'anorexie. Comme quelque chose a été perverti dans le rapport au plaisir, au bien-être, à la vie même – le sujet ayant été torturé par ce qu'il a perçu comme le désir de l'autre –, l'anorexie peut aussi représenter une façon pour la victime de se défendre et de résister par un non obstiné au plaisir (à travers le sien, à celui supposé de l'autre, subi et expérimenté comme si destructeur). Le processus anorexique de transformation du corps propre est aussi une façon voilée de faire voir la mort qui est entrée en soi (montrer sans avoir à dire ce qui ne peut se dire). Il peut par ailleurs aussi y avoir une répétition plus ou moins déplacée de l'effraction dans l'intimité corporelle à travers des symptômes boulimiques.

- La désunion entre le soi et son corps peut ainsi prendre la forme d'une *violence agie contre le corps propre*. Dans le moment traumatique, le sujet a fait l'épreuve de continuer à vivre alors qu'il était confronté à l'horreur et n'avait plus la possibilité *psychique* de vivre. En outre, son propre corps a été le lieu, en quelque sorte le « moyen » de l'effraction traumatique. Dans le syndrome de répétition, le corps comme support des sensations est le lieu où « l'autre » s'impose toujours à nouveau – cela peut être un goût dans la bouche, une sensation de toucher sur la peau, une sensation de déchirure dans le ventre... La victime va dès lors être tentée de s'en prendre à son corps comme s'il était le responsable. Elle va tenter, en agissant son corps, de détruire cette passivité qui fait qu'elle a à vivre des choses invivables. La mort pourra ainsi être visée comme une libération.
- Le processus par lequel le sujet et son corps se désaccordent peut se traduire en troisième lieu, comme chez la patiente étudiée, par des *symptômes somatiques ou somatoformes* plus ou moins chronifiés. Dans ce cas, tout se passe comme si l'inassimilable du trauma se trouvait matérialisé dans l'organe douloureux ou dysfonctionnel. « Ça

fait mal et c'est dépourvu de sens » – il y a là un point de convergence important entre l'expérience douloureuse et le trauma. La région gynécologique peut être touchée, la sphère digestive, la peau. Le corps, dans son fonctionnement biologique, peut présenter toutes sortes d'altérations.

Enfin, il est évident aussi que le corps peut être altéré dans toute sa *dimension contactuelle*³ : le corps comme moyen que nous avons d'entrer en contact avec les autres, de nous approcher, de nous ouvrir, d'échanger. Je ne vais pas développer cet aspect qui est extrêmement large. Je dirai juste qu'il y a très souvent des blocages phobiques qui s'installent : phobie du toucher, phobie au niveau de la sexualité – des phobies qui ont en commun de concerner l'articulation : soi avec les autres à travers son corps.

Crises et ajustements nécessaires du cadre thérapeutique

En revenant à notre situation clinique, je voudrais à présent discuter de l'évolution et montrer en quel sens celle-ci a mis en crise le dispositif de soins que nous avons aménagé, nous poussant à tenter différents ajustements.

Comme évoqué en introduction, la première phase de la prise en charge conjointe a été marquée d'une part par l'effort du médecin généraliste pour freiner les examens et les interventions spécialisées souvent invasives et pour ouvrir un espace psychothérapeutique. Elle a été caractérisée d'autre part par une alliance de travail fragile et un suivi discontinu (la patiente apparaît et disparaît, toujours en s'excusant, puis interrompt le traitement pour se tourner vers une thérapie cognitivo-comportementale qu'elle espère plus rapide et plus efficace, mais qu'elle interrompt rapidement).

Après près de deux années où elle reste sans traitement psychothérapeutique, le médecin traitant insiste pour qu'elle reprenne contact avec moi ; une deuxième phase de la psychothérapie débute. J'apprends que la patiente a perdu sa mère d'un cancer à évolution rapide et que son père, avant même la mort de son épouse, s'est lié à une nouvelle partenaire. Il souffre par ailleurs lui-même depuis quelques années d'une tumeur à évolution lente et sollicite régulièrement sa fille en urgence. Il attend d'elle qu'elle s'occupe de lui comme le faisait son épouse,

avec un dévouement et une abnégation sans réserve. Il manifeste par ailleurs un manque d'empathie pathologique à l'égard de sa fille comme de son fils, émigré hors des frontières suisses. Encore sous le choc du décès de sa mère, la patiente se soumet quasi sans réserve aux exigences de son père, dont elle redoute le décès imminent, mais supporte en même temps très mal cette soumission, et surtout les atteintes répétées de son père à la pudeur ; celui-ci exhibe en effet son corps malade à sa fille et exige des soins indus. La patiente réagit à cette re-traumatisation par une recrudescence de symptômes neurovégétatifs qui l'obligent (ou l'autorisent) à se porter malade. Lorsqu'elle cherche à mettre une limite à son père, ce dernier la culpabilise en arguant de sa situation de malade en fin de vie ; poussée dans une impasse, elle plonge dans des états de crise dissociative durant lesquels elle a commencé à s'automutiler.

Depuis le décès de sa mère et depuis qu'elle est confrontée, sans plus bénéficier de la protection de celle-ci, à l'évolution de plus en plus perverse de son père, Antonella a par ailleurs développé un comportement anorexique progressivement envahissant. Une aménorrhée s'est installée, diagnostiquée comme ménopause précoce. J'apprends aussi durant cette période combien les enfants, et en particulier la fille aînée, sont inquiets pour la vie de leur mère. L'aînée commence à surveiller l'alimentation d'Antonella et à présenter diverses manifestations d'une parentification aiguë qui alerte la mère, soucieuse que sa fille ne souffre pas de sa maladie à elle comme elle souffre de la maladie de son père (ou à tout le moins de l'utilisation perverse de la maladie à des fins d'exploitation de l'entourage).

Ces différents phénomènes m'obligent à modifier mon dispositif de suivi individuel. Je propose de rencontrer le couple, dans l'espoir de trouver avec le mari et beau-père des enfants de nouvelles façons de soutenir la patiente dans ses moments de crise et de prévenir les moments de passage à l'acte auto-destructeurs. Ceux-ci surviennent lors d'états dissociatifs où Antonella perd ses repères et normes éthiques habituelles (notamment le souci parental pour les enfants). Se rendant compte de l'effet qu'ils exercent sur ses enfants, elle se reproche après-coup ces moments où elle se conduit non plus en mère, mais en criminelle.

³ Pour la notion de contact, nous renvoyons à J. Schotte et aux développements de l'École de Louvain, par exemple Schotte (1990b).

Le mari se montre fort affecté par les nouveaux symptômes de son épouse et assez impuissant face à ces moments où elle se ferme à tout dialogue, le rejette, et où son rôle se limite à la conduire au service d'urgence une fois « le mal fait » pour qu'elle y soit suturée. Nous concluons l'accord qu'en cas de nouvelle crise (lorsque Antonella commence à se replier sur elle-même en mettant ses écouteurs et en étant visiblement mal), son mari reste auprès d'elle, fût-ce sans parler; s'il se sent malgré tout inquiet et dépassé par la situation, ils se rendront ensemble aux urgences psychiatriques avant tout passage à l'acte.

Dans la suite, le couple n'utilisera pas ce recours; demander de l'aide sans symptôme « réel », visible sur le corps, est une démarche qui ne semble pas praticable. En revanche, Monsieur se sent davantage autorisé à prendre sa place auprès de son épouse dans les moments difficiles, même si elle se montre toujours aussi peu réceptive à son soutien.

Mais de nouveaux accès d'automutilation se produisent et la patiente continue à nous faire part de la mobilisation anxieuse excessive de sa fille. Le médecin traitant et moi-même proposons de rencontrer les enfants avec leur mère, l'idée étant de tenter de les dégager de leur rôle de soignant, notamment en nous faisant connaître comme tels, et de chercher avec eux ce qui pourrait les soulager. Nous sommes frappés par la discordance entre l'aspect bénin, sur le plan biomédical, des actes automutilatoires de la mère et les appréhensions des enfants, qui perçoivent à chaque fois leur mère en train de se tuer. Les trois jeunes assument très différemment leur anxiété. La fille aînée accentue le lien d'attachement et se mobilise intensément pour tenter de soigner sa mère; elle l'assaille de questions sur ce qui la tourmente et s'évertue à se présenter comme le pilier sur lequel elle pourrait s'appuyer. Le second se retire davantage en lui et adopte la position hypermature de celui qui n'a besoin de rien pour lui-même et qui gère rationnellement la situation; il développe par ailleurs des accès de préoccupation hypochondriaque et certaines obsessions de type dysmorphophobique, avec recherche d'opérations chirurgicales correctrices. Le cadet se montre plus jovial et joue facilement le pitre; il ne présente pas de symptôme, mais se montre assez « collé » à sa mère.

L'intervention menée auprès de la mère et des enfants débouche sur l'accord que ces derniers nous appellent, le médecin traitant, moi-même, ou en-

core une amie proche de la mère, s'ils redoutent un geste autodestructeur de cette dernière. Nous soulignons par ailleurs auprès d'eux l'engagement de leur mère dans une démarche de soins soutenue et son souhait (aussi ambivalent soit-il) que les enfants soient dégagés de cette responsabilité de la soigner.

Les jeunes ne nous appelleront pas dans la suite, mais bien, à l'une ou l'autre reprise, l'amie proche de leur mère, qui s'engagera en un sens protecteur. Les crises diminuent, mais ne s'arrêtent pas encore. Les adolescents commencent par ailleurs à présenter des comportements plus inquiétants – chacun dans sa tendance – qui nous motivent à faire un nouveau pas encore: proposer non plus une intervention ponctuelle orientée en fonction des symptômes les plus perturbateurs, mais une démarche thérapeutique qui prenne davantage en compte la souffrance et les besoins de chacun. La famille accepte et je la rencontre cette fois avec un collègue thérapeute de famille. La première séance, où seules viennent mère et fille, est centrée autour du « spectre suicidaire ». La jeune dit avec force son anxiété et son souhait d'être celle qui soigne sa mère. Nous encourageons la mère à mettre, avec moins d'ambivalence, la limite protégeant sa fille d'une telle parentification – renoncement difficile pour la mère dans la mesure où sa fille est perçue comme la personne « la plus attentionnée ».

Dans les entretiens individuels qui se poursuivent, j'apprends qu'un nouvel événement surprenant s'est produit sur le plan physiologique, obligeant encore une fois à une révision du diagnostic. Tandis qu'Antonella avait un diagnostic de ménopause précoce depuis l'arrêt de sa menstruation survenu après le décès de sa mère, son cycle se remet en marche, sans que son poids ne se soit rehaussé, avec une amélioration notable de l'humeur et du sommeil. La patiente met cet événement en relation avec la détente qui s'est installée pour elle depuis les quelques semaines où elle a réussi à se protéger des intrusions imprévisibles de son père chez elle et à résister à ses sollicitations en tout genre. Elle se permet notamment de refuser d'assumer en personne tout ce qui est de l'ordre du soin; elle ne voit plus son père sans être accompagnée de son mari ou de son frère. Elle peut enfin se sentir en sécurité chez elle – dans sa maison, mais aussi, semble-t-il, dans son espace corporel propre. Lorsque nous revoyons la famille, l'ambiance est plus légère et souriante; mari et fille sont très sensibles à l'amélioration de l'état de santé

d'Antonella. L'aîné des fils, absent à cette séance, manifesterà dans la suite un comportement plus bruyant, se permettant davantage, semble-t-il, de mettre à l'épreuve le lien jusque-là très proche et peu conflictualisé avec sa mère.

Nécessité d'une prise en charge « psychosomatique »

Dans le sillage de cette situation clinique, je souhaiterais évoquer trois aspects qui me semblent importants dans la prise en charge des personnes ayant été agressées dans leur intimité, et qui concernent moins le cadre que la fonction de portage (*holding*) et de contenance qu'il revient à la thérapie d'assumer.

En premier lieu, il me semble important que les soignants se montrent vigilants par rapport aux aspects du *corps propre* qu'il est devenu si difficile pour les patients de prendre eux-mêmes en charge. Plus le patient désinvestit son corps vivant, plus le soignant a à se montrer activement vigilant à cet égard (il s'agit notamment de se soucier de la question de savoir comment il s'alimente, comment il arrive ou non à prendre soin de lui, à choisir des habits, etc.). C'est comme si le soignant devait, le temps nécessaire, garantir lui-même cette vigilance ou cette « bienveillance » vis-à-vis de la vie incarnée que le patient ne peut provisoirement plus manifester. Nous ne pouvons d'ailleurs nous permettre, à mon avis, d'approfondir les aspects traumatiques tant que nous n'avons pas une garantie suffisante que le patient est assez « revenu à la vie ». De même, dans le cours d'une psychothérapie, les aspects plus vitaux peuvent à nouveau exiger toute notre attention, comme lorsqu'un stress important confronte à nouveau le patient à un travail interne et à une mobilisation anxieuse qui entravent l'accomplissement de toute autre tâche vitale, comme dormir ou s'alimenter.

En deuxième lieu, en ce qui concerne l'élaboration du traumatisme, je dirais que l'essentiel réside dans la *restauration du lien* :

- lien du sujet à soi, à sa vie, à son corps, comme je viens de l'évoquer ;
- lien entre l'événement traumatique et l'espace personnel, à la fois psychosomatique et historique, que ce trauma a déchiré et continue de déborder à titre de « corps étranger » ;

- lien entre le soi et les autres. Il s'agit là de travailler à retisser le lien d'appartenance aux proches, aux cercles sociaux et avant tout à l'humain comme tel, puisque c'est bien cela qui a été lésé avec le traumatisme.

Les personnes traumatisées dans leur intimité psychosomatique encore en formation auront en effet tendance à « enfermer » leur soi hors de toute atteinte, ne présentant dans la relation qu'une surface de soi adaptative, ajustée autant que possible à l'autre mais peu ancrée dans la singularité de leur personne. Elles se forgent souvent une carapace assez rigide, faite de froideur, quelquefois de cynisme ou d'indifférence. Elles gardent bien cachée, enfermée à double tour, la part d'inhumain qu'elles ont vécue et qui les isole de tous. Pouvoir l'amener au dicible et le partager avec quelqu'un sans que l'horreur, cette fois, ne réduise à néant les interlocuteurs ou le lien entre eux, c'est déjà atténuer une part du pouvoir déshumanisant de l'événement. Mais il s'agit de travailler plus largement à la restauration du lien de confiance, sachant que la victime a fait l'expérience d'avoir été détruite par un prochain. On pourrait dire qu'elle a fait l'expérience d'avoir été abandonnée par Dieu et par les hommes – et cela, malheureusement, ne s'oublie pas. Il lui faut désormais vivre avec ce noyau de désespoir.

Dans notre travail avec des personnes qui ont été victimes d'autres humains, nous sommes vraiment mis à l'épreuve nous-mêmes dans ce à quoi nous croyons. D'une part, il est indispensable que nous puissions croire et comprendre la victime dans ce qu'elle a vécu de désespérant – on ne peut se permettre de banaliser l'horreur ni la perte de croyance qui s'ensuit fatalement. Mais d'autre part, nous ne pouvons, en tant qu'intervenants, partager pleinement une telle perte de croyance de la victime (perte de croyance en l'humain, en elle-même, en un avenir désirable). Il s'agit pour nous de croire en une historicisation possible de ce qui lui est arrivé et, du même coup, de croire qu'autre chose est possible pour l'avenir. C'est arrivé – et c'était l'enfer – mais cela pourra prendre une place historique et donc limitée dans son parcours de vie. Toute la difficulté réside en ceci que, pour que l'événement passe, pour qu'il verse dans le passé, il faut que le sujet renoue avec les humains et qu'une nouvelle alliance prenne forme. Or, une telle alliance suppose un mouvement de part et d'autre. Il est indispen-

sable que la victime prenne le risque de s'exposer à nouveau à la relation, de faire à nouveau confiance. Il est indispensable aussi que les personnes significatives de l'entourage (naturel et soignant) se montrent prêtes à l'accueillir telle qu'elle est, non dans le personnage qu'elle joue, mais avec tout ce qu'elle porte en elle qui remet l'humain en question.

Pour que la confiance puisse renaître et le lien à autrui se retisser, il est aussi important de réaffirmer les limites constitutives de l'humain, ou les interdits fondamentaux : meurtre, inceste et toutes leurs variations qui ont en commun d'effacer chez l'autre son existence comme personne, de le réduire à l'état d'objet à disposition et de détruire plus ou moins radicalement sa possibilité d'exister encore à l'avenir en tant que personne. Dans toutes les situations abusives qui portent atteinte au Soi et dont j'ai souligné la charge de confusion, l'intervenant peut et doit se permettre de prendre position quant au juste et à l'injuste, en référence aux interdits fondateurs. Sans une telle opération de re-départage du licite et de l'illicite, de l'humain et de l'inhumain, plus rien n'est fiable pour la victime – pas même elle-même qui se vit régulièrement comme contaminée par le « monstrueux » (Vannotti, 1992, 1996).

Or – et j'en arrive là au troisième et dernier point – la blessure que la personne porte en elle peut être continuellement remise en jeu dans la relation, et notamment dans la relation soignante. Nous pouvons alors faire la désagréable expérience de nous retrouver de façon inattendue dans la position d'agresseur ou de bourreau involontaire, ce qui risque de susciter des réactions de rejet, d'irritation ou de découragement. Pour éviter de remettre en acte l'agression ou le rejet qui sont si souvent proposés ou préfigurés par la victime, il importe d'avoir à l'esprit quel type d'événement destructeur elle a vécu et dans quelle dynamique relationnelle ce processus a été pris.

Conclusion

Par rapport au cas : en suivant l'histoire d'Antonella, nous avons dégagé comment l'agression sexuelle violente, suivie d'une interruption forcée de grossesse, a constitué à l'adolescence un traumatisme psychique et a contribué à déstructurer l'intégrité fonctionnelle de la patiente (la fonction digestive et le sens oral dans sa fonction d'échange avec

le milieu, répétitivement « senti » comme répulsif). Cette agression et la non-détection par l'entourage de la situation de détresse d'Antonella ont sérieusement perturbé son rapport de confiance et sa capacité à se positionner comme soi par rapport à l'autre.

J'ai ensuite commenté comment, en résonance avec son histoire personnelle et son parcours de soins, des transformations sont survenues dans l'organisation psychosomatique de la patiente : d'abord une certaine aggravation sur le plan psychopathologique, avec passage à l'avant-plan d'une symptomatologie borderline et anorexique, et un relatif apaisement sur le plan somatique ; puis une lente amélioration sur le plan psychopathologique, avec la rémission inattendue d'un nouveau symptôme somatique, l'aménorrhée. Ce changement est médiatisé par la transformation d'une structure relationnelle : Antonella se montre capable de se fermer à son père et de stopper une dynamique relationnelle vécue comme abusive. Plus globalement, elle parvient à se dégager des contextes nocifs et à rechercher activement des contextes bien-traitants (sur le plan professionnel, notamment, elle procède à des changements successifs qui l'amènent à une situation satisfaisante). L'évolution va malheureusement aussi de pair avec une manifestation plus forte de la souffrance des enfants.

Au travers d'une situation clinique complexe, je me suis intéressée à suivre de près les lignes de départage et de transition entre les dimensions psychiques, somatiques et intersubjectives du trauma et de ses conséquences.

J'ai voulu insister sur le fait que les mineurs qui ont subi des effractions dans leur espace corporel, même sans violence manifeste, subissent comme une explosion de leur intimité. Touchés dans leur corps, ils sont atteints dans leur *soi*, dans leur possibilité de présence à soi. Une agression sexuelle porte ainsi préjudice à la façon dont le sujet va désormais prendre soin de lui, depuis le niveau le plus vital, avec bien des perturbations possibles sur le plan de la nutrition, de la digestion, de la génération, jusqu'au niveau plus symbolique de l'estime de soi ou de la possibilité de concevoir un sens à sa vie.

La personne mineure qui a fait l'épreuve d'une « mort psychique » qui lui a été comme infligée par un prochain et dont les parents n'ont pu la protéger, va aussi être blessée quant à ses appartenances, quant à sa possibilité de faire confiance ou de croire

à l'aide qui lui est offerte. La relation à l'autre (là où elle est effective, parce que la personne vit souvent dans l'isolement et l'auto-exclusion du monde humain) risque de prendre répétitivement la forme perversifiée d'une relation agresseur-agressé.

La violence peut aussi se tourner directement contre le corps propre à travers des comportements auto-agressifs ou, de façon plus indirecte, à travers une sorte d'*abandon* de soi, ou encore à travers des symptômes somatiques ou somatoformes qui manifestent une division du sujet vivant « contre » lui-même.

A cette division, conséquence « naturelle » du trauma, devrait en principe répondre une prise en charge articulée visant à comprendre et à soigner les tensions et fractures qui marquent l'expérience du malade. La prise en charge se révèle pourtant éprouvante à différents égards. Le parcours de soins requiert de la part de l'équipe soignante l'aptitude à maintenir une réceptivité ouverte et à opérer des transitions entre *les espaces centrés sur les symptômes corporels, sur la personne, et sur ses liens intersubjectifs* (séances de couple ou de famille).

L'espace centré sur le Soi est particulièrement apte à élaborer l'histoire de la personne et à favoriser l'intégration des failles traumatiques, dans toutes leurs ramifications psychosomatiques. Il constitue aussi un espace protégé qui aide le sujet à se former et à renforcer quelque chose comme une position personnelle, à se donner un espace de liberté et de

choix qui lui permette de s'engager dans des relations et de cultiver celles-ci sans pour autant se perdre comme soi.

L'espace centré sur les liens intersubjectifs est davantage celui de l'histoire en acte, l'espace où, entre personnes qui partagent une communauté de destin, des paroles se disent qui peuvent avoir une action décisive sur le devenir du lien et, s'agissant de liens constitutifs, sur le devenir de la personne. A cet égard, il convient de discriminer activement avec le patient ce que ces *liens intersubjectifs* comportent comme ressources, comme souffrances, et comme éventuelles menaces encore actives.

Quant à *l'espace de coopération entre intervenants*, il est requis par la nature même de l'atteinte traumatique étudiée, qui a en propre de toucher à l'intimité des intrications psychosomatiques. Les traces post-traumatiques peuvent aussi bien prendre la forme de symptômes psychiques qu'une forme somatique ou intersubjective. Il s'agit donc de soigner selon ces mêmes dimensions multiformes, et eu égard à leur degré variable de perturbation. La coopération entre thérapeutes de compétences hétérogènes demeure à mon avis l'une des meilleures façons de préfigurer et de soutenir l'intégration personnelle, par le patient, des différents fragments de son identité blessée vers un nouveau redéploiement. ■

(Article reçu à la Rédaction le 1.2.2011)

Summary

The sexual aggression of a minor attains subjectivity at the very heart of his or her bio-psycho-social constitutions. Based on a clinical situation the author investigates the repercussions of such an aggression on the psychosomatic intimacy of the subject. She tries to comprehend how, from that experience not only do corporal dysfunctions arise but serious chronic psychopathological destinies may come about.

Minors traumatised in their psychosomatic identity tend afterwards to shut away their « self » so as to become completely out of reach. It is therefore a matter of restoring the bond to humanity and of experiencing through family relations how a familiar environment is able to be reconstructed. The treatment integrates therefore work focusing on familiar ties as well as work focusing on the person relieved as a complex incarnate identity.

To reduce a trauma it has to be worked through symbolically to reinstate it in a framework that is able to make sense and to restore the environment's curative resources. But it also requires relieving the patient of the corporal impregnation of the trauma by attending to the wounds and pains through which the patient has « integrated » the effraction into his/her intimacy. Concerted cooperation between doctor, psychotherapist and family is therefore essential.

Bibliographie

- Balier C. (1996): *Psychanalyse des comportements sexuels violents*. Paris, PUF.
- Barudy J. (1997): *La douleur invisible de l'enfant. Approche écosystémique de la maltraitance*. Paris, Erès.
- Céris-Gennart M., Vannotti M. (2000): *L'expérience intersubjective de la maladie chronique. Ces maladies chroniques qui tiennent une famille en haleine*. Lausanne, Institut universitaire de médecine sociale et préventive (Raisons de santé, 52).
- De Clercq M., Lebigot F. (Eds.) (2001): *Les traumatismes psychiques*. Paris, Masson.
- Gabel M. (1995): *Les enfants victimes d'abus sexuels*. Paris, PUF, rééd. 1996, 1998, 2002.
- Gennart M. (2011): *Corporéité et présence. Jalons pour une approche du corps dans la psychose*. Paris, Le Cercle Herméneutique, Coll. «Phéno».
- Horassius N., Mazet P. (2004): *Conséquences des maltraitances sexuelles: reconnaître, soigner, prévenir*. Conférence de consensus, nov. 2003, FFP Montrouge (France), John Libbey Eurotext, 2004.
- Lekeuche Ph. (2009): Le registre de l'humeur et ses troubles. Une approche psychanalytique. *Szondiana. Zeitschrift für Schicksalsanalyse und Beiträge zur Tiefenpsychologie*, 29 (1): 9sqq.
- Onnis L. (1998): Fonction soignante et évolution de la maladie. La chronicité des troubles psychosomatiques à l'épreuve d'une perspective de la complexité, in: Vannotti M., Céris-Gennart M. (Eds): *Malades et familles. Penser la souffrance dans une perspective de la complexité*. Genève, Médecine et Hygiène, pp. 195-203.
- Schotte J. (1990a): *Szondi avec Freud, Sur la voie d'une psychiatrie pulsionnelle*. Bruxelles, De Boeck, pp. 173-213.
- Schotte J. (Ed.) (1990b): *Le contact*. Bruxelles, De Boeck.
- Vannotti M. (1992): Entre intervention judiciaire, prise en charge et séparation protectrice, y a-t-il une place pour une éthique de la réconciliation? in: Vannotti M. (Ed.): *Le silence comme un cri à l'envers. Maltraitances et abus sexuels envers les enfants*. Genève, Médecine et Hygiène, pp. 15-28.
- Vannotti M. (1996a): Malattia mentale e funzione parentale, in: Ghezzi D., Vadiolonga G. (Eds): *La protezione del minore*. Milano, Cortina, pp. 201-213.
- Vannotti M. (1996b): Malattia fisica e funzione parentale, in: Ghezzi D., Vadiolonga G. (Eds): *La protezione del minore*. Milano, Cortina, pp. 173-198.

Correspondance:
 Michèle Gennart, Dr. Phil.
 Psychologue-psychothérapeute FSP
 1, avenue Druey
 1018 Lausanne
 Suisse
 gennart@bluewin.ch