CAIRN.INFO
MATIÈRES À RÉFLEXION

RÉPÉTITIONS DANS LE TRAUMA SEXUEL À L'ADOLESCENCE

Marion Robin

Éditions GREUPP | « Adolescence »

2022/1 T.40 n° 1 | pages 25 à 37

ISSN 0751-7696

Article disponible en ligne à l'adresse :

https://www.cairn.info/revue-adolescence-2022-1-page-25.htm

Distribution électronique Cairn.info pour Éditions GREUPP.
© Éditions GREUPP. 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.

© Éditions GREUPP | Téléchargé le 20/05/2022 sur www.cairn.info via CH Le Vinatier (IP: 83.145.72.66)

RÉPÉTITIONS DANS LE TRAUMA SEXUEL À L'ADOLESCENCE*

MARION ROBIN

La psychiatrie de l'adolescent inclut des tableaux sémiologiques polymorphes, au sein desquels les symptômes du patient et/ou ses paroles amènent régulièrement le clinicien à explorer l'éventualité d'un abus sexuel. Les conduites sexuelles à risque (rapports sexuels avec partenaires précoces, multiples et/ou non protégés, prostitution, exposition sur Internet, etc.) questionnent particulièrement l'existence d'une répétition traumatique de nature sexuelle, et de fait, sont statistiquement associées aux antécédents d'abus sexuel dans l'enfance (Raj *et al*., 2000). Les adolescents qui ont des comportements sexuels à risque de façon répétée présentent le plus souvent les caractéristiques cliniques d'un trouble de personnalité débutant et semblent illustrer assez directement l'hypothèse psycho-traumatique du fonctionnement limite de personnalité (Paris, Zweig-Franck *et al.,* 1994 ; Zanarini, Williams *et al.,* 1997). Dans ces cas, la coexistence entre un abus sexuel rapporté avant la puberté et l'apparition de mises en danger sexuelles à l'adolescence amène à décrire une clinique en deux temps. La symptomatologie prend la forme d'une répétition, dans laquelle le comportement du patient tend vers l'évocation dans ses actes, soit de son histoire individuelle antérieure, soit de son histoire transgénérationnelle, soit des deux histoires indifférenciées.

La primauté de l'événement abus sexuel ou de la représentation psychique d'une sexualité traumatique, renvoie le clinicien à la théorie

---

* Communication au colloque « *Agressions, toujours sexuelles ?* » organisé par la revue *Adolescence* à Paris, 13 novembre 2021.

Adolescence, 2022, *40*, 1, 25-37.

© Éditions GREUPP | Téléchargé le 20/05/2022 sur www.cairn.info via CH Le Vinatier (IP: 83.145.72.66)

freudienne, et particulièrement à la *neurotica* et, de fait, à son renoncement (Robin, Essadek *et al.,* 2021). En quelques années, Freud, après avoir placé le trauma sexuel comme un fait réel à l'origine des troubles psychiques, a évolué pour identifier à la place l'idée d'une reconstruction fantasmatique, plus ou moins associée à un fait réel. Comment dès lors envisager la part de réalité et la part de fantasme en clinique aujourd'hui ? Comment adapter nos repères théoriques à la clinique en pédopsychiatrie au XXIe siècle, alors que plusieurs données contextuelles ont fondamentalement changé ?

La visibilité des abus sexuels sur mineurs s'est considérablement amplifiée sur le plan social et scientifique ces dernières années (Stoltenborgh, Van Ijzendoorn *et al.*, 2011). Comment dès lors prendre en compte ce phénomène, qui bien que modifiant profondément les représentations collectives, ne saurait suffire pour raisonner au plan individuel, qui lui ne peut se calquer dessus ? Alors même qu'il en détermine une partie du raisonnement clinique, mais aussi une part des contre-attitudes transférentielles. Le pédopsychiatre, à l'interface entre la société, le patient et ses parents, a besoin d'intégrer ces trois niveaux de raisonnement – individuel, familial et social – (Robin, 2017), en se basant sur les éléments provenant de la réalité interne (notamment le chemin subjectif individuel, l'économie psychique du patient ainsi que son système défensif) en dialectique avec ceux de la réalité externe du patient telle que rapportée par lui et par son entourage (famille, enseignants, éducateurs…) (Jeammet, 1980).

À partir de vignettes cliniques, nous interrogeons donc la compréhension psychopathologique des conduites sexuelles à risque à l'adolescence et du trauma sexuel[1], en abordant successivement quatre

1. Nous utiliserons dans les sens suivants les termes de traumatisme, traumatique et trauma. Le traumatisme désigne les effets représentables et symbolisables de l'événement traumatique ; le traumatique se rapporte à ce qui peut caractériser le type de fonctionnement économique relevant de cet événement, dont une partie seulement peut être représentable ; et le trauma est défini par l'action du traumatisme sur l'organisation psychique (Bokanowski, 2010).

© Éditions GREUPP | Téléchargé le 20/05/2022 sur www.cairn.info via CH Le Vinatier (IP: 83.145.72.66)

points : la clinique en deux temps, la part transgénérationnelle du trauma, le gradient de maintien de l'épreuve de réalité, ainsi que les processus de révélation.

> *Gaëlle* a treize ans lorsqu'elle est hospitalisée pour traitement d'un premier épisode anxio-dépressif. Elle a révélé deux ans plus tôt à l'animatrice d'un séjour de vacances qu'elle avait subi des attouchements sexuels de la part de son père, lorsqu'elle avait huit/neuf ans. Le fait est signalé aux autorités judiciaires et Gaëlle reste des années sans nouvelles d'une éventuelle enquête. Elle est régulièrement ré-hospitalisée au cours de l'adolescence, d'abord pour un état anxio-dépressif avec très bonne adaptation à la réalité, puis pour des angoisses de plus en plus importantes et de régulières mises en danger sexuelles, ainsi que suicidaires. Lorsque son père la recontacte de temps en temps, cela produit à chaque fois chez Gaëlle des éprouvés de haine, de peur et de dégoût immenses. Un soir, alors qu'elle apprend qu'elle va le revoir, elle fugue et erre toute la nuit dans la rue. Elle est retrouvée par la police au matin, pleine d'ecchymoses ; elle a été victime d'un viol collectif. Elle est ré-hospitalisée dans un état dissociatif extrêmement sévère. Sa sidération totale, psychique et corporelle, durera quinze jours, et son traitement nécessitera cette fois une hospitalisation de plusieurs mois. À dix-huit ans, Gaëlle souffre de symptômes *borderline*, avec scarifications et trouble des conduites alimentaires. Au cours de ses hospitalisations, Gaëlle a investi l'unité d'hospitalisation comme un lieu sécure où se réfugier quand elle décompense, et chacune de ses hospitalisations semble être l'occasion de retrouver l'assurance d'une inscription dans une réalité partageable avec un humain, condition de sa survie.

Ce cas pose la question de l'articulation entre un traumatisme sexuel initial et la sémiologie psychiatrique qui devient visible après-coup lors de la puberté par des mises en danger de nature sexuelle dans le cadre d'un trouble de personnalité. Dans cette situation d'un récit d'abus sexuel dans l'enfance, la symptomatologie n'apparaît pas dans l'enfance mais dans les suites immédiates de la puberté : instabilité affective, relationnelle et comportementale, caractéristique de la lignée nosographique *borderline*.

> *Léa* est une jeune fille de quatorze ans qui a été victime de viols répétés de la part d'un adulte en position de responsabilité (les faits ont été plus tard reconnus par la justice ; l'agresseur a déclaré de son côté avoir eu des rapports sexuels consentis avec une jeune fille ayant menti sur son âge). Elle est hospitalisée pour une tentative de suicide. Elle présente également des malaises avec pertes de connaissance. La mère ne travaille plus, afin de rester toujours

© Éditions GREUPP | Téléchargé le 20/05/2022 sur www.cairn.info via CH Le Vinatier (IP: 83.145.72.66)

> proche de sa fille. Lors de l'hospitalisation, Léa reste assez isolée dans sa chambre, et a du mal à rencontrer les soignants dont elle se méfie beaucoup. C'est lors des entretiens médicaux que ces rapports sexuels non consentis avec un homme adulte sont rapportés par Léa. Il apparaît qu'elle semble avoir joué un rôle actif dans cette relation. Elle le contactait régulièrement, lui proposait des rendez-vous. Lors d'un entretien médical, sa mère dit au sujet de la réalité des faits sexuels concernant sa fille : « C'est impossible qu'elle ait été violée. Comment ai-je pu échouer ? Depuis l'échographie où j'ai appris que mon enfant était une fille, je n'ai eu de cesse de me demander comment je pourrais protéger son corps de celui des hommes. Mon père m'a violée quand j'étais pré-adolescente ».

Dans ce cas, le fil associatif suivi a conduit à l'histoire prégénitale maternelle à partir des symptômes de l'adolescente (en rapport avec la sexualité génitale de celle-ci), qui sont l'occasion d'une levée de refoulement de la scène traumatique. L'analyse clinique révèle, *via* le récit maternel, que l'enfant a grandi dans une ambiance de menace permanente quant à un possible danger sexuel par un homme. Pour Léa, la sexualisation du lien est notable à l'hôpital, ainsi que l'inauthenticité affective dans la relation aux soignants. Les symptômes comportementaux sont proches de ceux de Gaëlle, c'est son rapport au réel et à l'autre qui en diffère franchement. Si Gaëlle suscite une empathie importante des soignants, Léa génère plutôt chez ceux-ci le sentiment d'avoir à fournir un effort important pour entrer en lien, alors même que son comportement aboutit à ce qu'elle soit et reste au centre de l'attention. Là où Gaëlle rapporte assez directement en entretien son histoire traumatique quand l'occasion se présente, Léa fonctionne plus par allusions mystérieuses et dévoilement retenu. Son tableau est alors plutôt rapporté au fonctionnement psychopathologique du registre hystérique. Elle est souvent lointaine, inaccessible, et fonctionne ailleurs, dans un état de conscience partiellement modifié, dont elle revient essentiellement lorsque nous évoquons les faits événements sexuels ou leurs conséquences concrètes.

Dans ces diverses situations, et malgré le peu de représentations que le clinicien peut avoir des évènements traumatiques (d'autant que dans ces deux cas, les récits sont très parcellaires), la prise en charge psychiatrique implique la nécessité de poser des actes thérapeutiques assez rapidement en fonction de la compréhension des troubles et de l'évaluation

© Éditions GREUPP | Téléchargé le 20/05/2022 sur www.cairn.info via CH Le Vinatier (IP: 83.145.72.66)

contextuelle (par exemple prescrire une permission ou une visite lors d'une hospitalisation). Elle demande donc de clarifier nos repères théorico-cliniques afin de développer une *praxis*, une thérapeutique ajustant au mieux la place de la représentation psychique et celle de la réalité externe. Qu'en est-il de leur articulation au niveau théorique, ainsi que du *focus* thérapeutique qui en dépend, en fonction de la singularité de chaque situation clinique ?

LE TEMPS DE L'EFFRACTION ET LE TEMPS DE LA BLESSURE

Dans les deux cas présentés, l'analyse clinique met en évidence un comportement pseudo actif, à l'insu du sujet adolescent pris dans une répétition liée au trauma. La temporalité peut s'analyser avec un temps avant et un temps après la puberté, qui renvoie donc à la notion freudienne d'après-coup, aujourd'hui bien étayée par les données scientifiques (Van Der Kolk, 2005 ; Raj *et al*., 2000). Le nouveau statut hormonal (hormones sexuelles), l'accès psychique au stade de la sexualité génitale, les premiers rapports sexuels, mais aussi l'accès symbolique au statut adulte, participent au remaniement profond des traces mnésiques. Les symptômes incluant une répétition de comportements sexuels agissant de façon non intégrée au Moi renvoient également à la dissociation, telle que P. Janet (1887) l'a conceptualisée. Ce mécanisme de défense contre le débordement provoqué par une expérience traumatique fragmente l'expérience en vécus composites physiologiques, sensoriels, affectifs et cognitifs. Isolés de la personnalité, ces composites évoluent pour leur propre compte, et le souvenir ne peut pas se constituer ni s'intégrer dans la biographie du sujet. À la notion freudienne de dissociation, qui poursuit l'idée d'une représentation exclue de la conscience par effet d'intensité de l'investissement affectif, la notion de clivage complète la compréhension psychopathologique par l'idée que la représentation inconciliable est activement maintenue à l'écart de la conscience. Elle tiraille ainsi le sujet entre une volonté et une contre-volonté, et la perte de cette unité bipolaire permet à la contre-volonté de s'exprimer (Freud, 1892-1893). Ce clivage, un temps fonctionnel (Bayle, 2012), opère l'abandon d'un pan entier du fonctionnement identitaire et relationnel, altérant profondément la personnalité.

© Éditions GREUPP | Téléchargé le 20/05/2022 sur www.cairn.info via CH Le Vinatier (IP: 83.145.72.66)

Le sujet souffre ainsi de réminiscences, de ces isolats psychiques qui évoluent pour leur propre compte et manifestement demandent à être reliés, *via* le déclenchement d'une expérience proche mais représentable dans son ensemble. Et lorsqu'une pré-représentation s'impose à l'adolescent d'une façon plus ou moins fortuite en rapport avec l'événement, le corps semble chercher à reproduire la même sensation globale. Lorsque Gaëlle réalise une fugue en pleine nuit, elle n'est alors plus auteure de ses comportements, dans le sens où les éléments exclus de sa conscience ont pris le dessus et poussé vers la reproduction d'une scène sexuelle traumatique tant crainte (contre-volonté), en autorisant la projection d'une réalité interne menaçante sur la scène du crime, dans un mouvement dedans-dehors (Gougain, Robin, 2019). Parfois, une nouvelle agression sexuelle survient ; parfois non, en fonction du degré de violence de l'environnement.

Ce phénomène ressort ainsi d'un paradigme clinique qui décrit à ce moment de la vie du patient la primauté temporelle de l'état psychique et corporel par rapport à la réalité externe de l'atteinte sexuelle ; et ce paradigme est proche de la théorie freudienne du fantasme, dans le sens de la description d'une capacité du psychisme à produire une représentation relativement indépendante d'une réalité traumatique à ce moment-là. Dès l'origine, le traumatisme, tel qu'il est décrit par J.-M. Charcot et P. Janet (eux-mêmes inspirés de l'origine grecque du mot), est envisagé dans la complexité de signifier conjointement effraction et blessure, à la fois cause et conséquence. Un événement dont la soudaineté, l'intensité et la brutalité peuvent non seulement entrainer un choc psychique, mais aussi laisser des traces durables sur le psychisme d'un sujet, qui s'en trouve alors altéré (Bokanowski, 2010). Lorsque Freud, après avoir assisté aux séances du mardi chez J.-M. Charcot, conçoit ses premiers développements cliniques sur les symptômes hystériques, il réalise d'emblée une correspondance temporelle entre l'apparition des symptômes, et des faits sexuels subis de la part d'un adulte, remontant le plus souvent à l'enfance et dont le souvenir peut disparaître puis ressurgir sous la forme de symboles mnésiques. L'impact traumatique se fait selon un modèle en deux temps, qui introduit la notion d'après-coup, lors de la puberté, avec le passage à la maturité sexuelle, celle-ci étant associée au

© Éditions GREUPP | Téléchargé le 20/05/2022 sur www.cairn.info via CH Le Vinatier (IP: 83.145.72.66)

retour de l'événement psychique refoulé (Freud, Breuer, 1895). À cette date-là, le *focus* thérapeutique est mis autant sur la recherche de l'événement que sur ce que celui-ci produit intrapsychiquement au stade développemental suivant. En 1897, lorsque Freud annonce à W. Fliess son abandon de la *neurotica*, il met en avant le manque de solidité associé à la recherche de la réalité de l'événement traumatique : les souvenirs ne reviennent pas toujours à la conscience, surtout dans la psychose, et l'efficacité des cures est décevante. La théorie du fantasme et le développement du complexe d'Œdipe marquent une seconde période, dans laquelle le *focus* n'est plus placé sur la recherche de cet événement traumatique, mais sur l'analyse du fantasme de séduction dans la genèse du symptôme traumatique. Freud continue toutefois à documenter des cas d'abus, tout en maintenant l'analyse dans le bain du fantasme qui traduit la réalité intrapsychique [*L'Homme aux loups*, par exemple (Freud, 1918)].

En écho à la définition première du traumatisme (à la fois effraction et blessure), le deuxième temps clinique, que nous nommerons *le temps de la blessure*, montre des caractéristiques intrinsèques et pour partie indépendantes de l'événement relationnel qui en est à l'origine dans un temps précédent, que nous nommerons *le temps de l'effraction.* Nous établissons alors une mise en perspective entre les deux temps théoriques de Freud, et les deux temps cliniques décrits ici, associant trauma sexuel dans l'enfance et conduites sexuelles à risque à l'adolescence. L'après-coup représente ce deuxième temps qui constitue la trace du premier. Les cas de Gaëlle et de Léa illustrent cette mise en perspective, en faisant toutes deux référence à un temps prégénital.

TRAUMA DIRECT OU PAR PROCURATION : FACTEURS TRANSGÉNÉRATIONNELS

Comme dans le cas de Gaëlle, les mises en danger sexuelles de Léa sont bien le témoin d'un événement traumatique, dans une dynamique d'après-coup. Pourtant, ici, le symptôme ne ramène pas à l'enfance de la patiente mais à celle de la mère. Le climat dans lequel Léa a grandi est celui de lourds secrets sur le plan des violences sexuelles, c'est-à-dire que se sont transmises des peurs extrêmes sans possibilité de figuration. Ce phénomène renvoie à la notion de secrets attractifs, dans lesquels le

© Éditions GREUPP | Téléchargé le 20/05/2022 sur www.cairn.info via CH Le Vinatier (IP: 83.145.72.66)

silence des mots permet la survie d'une génération mais piège la suivante (Rosolato, 1976 ; Abraham, Torok, 1978 ; Selvini, 1995). Ainsi est rendu possible le passage du trauma parental au comportement de l'enfant. Dans ce type de situations cliniques, la puberté de l'enfant, en tant qu'émergence visible du sexuel génital, représente en elle-même une effraction psychique et potentiellement désorganisante pour des parents ayant un trauma, qui réagissent par différentes tentatives de reprise de contrôle, comme l'intrusion permanente de l'intimité de l'enfant (surveillance domestique, médicale, téléphonique, surprotection, contrôle permanent, recherche de symptômes, etc.). L'enfant devenu adolescent se focalise sur la sexualité, mais peut mépriser les signes de danger en rapport, et une partie de son Moi agit à son insu sous la forme d'absences de représentations conscientes co-existant avec des mises en danger actives. Il se clive donc à son tour, par procuration.

La mère de Léa a rapporté un abus sexuel dans son enfance, et a considéré les violences sexuelles de sa fille comme non plausibles, avant de se résoudre rapidement à l'évidence. Elle a exprimé, comme d'autres parents, que cette réalité révélait ce qu'elle redoutait depuis toujours, un fantasme de répétition omniprésent. Elle a explicitement nommé une tentative extrême d'évitement d'une réalité qui s'est finalement produite, par effet de volonté et de contre-volonté. Deux personnalités coexistent : la personnalité de victime qui essaie de protéger son enfant du risque, et la personnalité identifiée à l'agresseur qui méprise le danger et favorise les conditions de plausibilité d'une atteinte sexuelle. Ceci renvoie au concept de clivage auto-narcissique, dans lequel le trauma transforme la relation d'objet en relation narcissique : le Moi est divisé en une partie endolorie et détruite et une partie omnisciente et insensible (Ferenczi, 1932 ; Jaeger, 2017). Cette désobjectalisation empêche l'établissement d'une relation empathique, les besoins de l'enfant ne sont pas pris en compte, car la relation à l'enfant n'est pas de nature objectale. La représentation par le parent de ce que vit son enfant s'organise suivant les moments de cette lutte interne et donne parfois l'illusion d'une empathie, mais qui se révèle une confusion des histoires. L'inconscient infantile est à la fois submergé et siphonné par les fantasmes qui impliquent l'enfant dans la psyché parentale modifiée par le trauma. Les mises en danger sexuelles, mais

© Éditions GREUPP | Téléchargé le 20/05/2022 sur www.cairn.info via CH Le Vinatier (IP: 83.145.72.66)

aussi suicidaires, peuvent alors apparaître comme une tentative inconsciente de mise en lumière du secret dans une logique de réparation parentale, mais aussi de différenciation omnipotente de l'adolescent(e) vis-à-vis de l'assignation inconsciente parentale. Ces scénarios adolescents, bien qu'extrêmement coûteux, appellent ainsi une autre fin.

Pour S. Ferenczi (1933), le soubassement métapsychologique du trauma implique l'idée que celui-ci est précisément secondaire à ce déni/disqualification de la reconnaissance de l'affect et de l'éprouvé du sujet par l'objet. Nous observons, dans le cas de Léa comme dans de nombreux autres, que le trauma semble tout aussi secondaire à l'anticipation projective de l'affect et de l'éprouvé du sujet par l'objet.

La mère de Gaëlle, de son côté, n'a montré aucun mouvement d'empathie pour sa fille, la psychose ayant fait barrage à toute possibilité même d'évoquer la question traumatique. Dans ce cas, nous ne percevons pas de lutte entre différents éléments psychiques isolés les uns des autres. Le vécu traumatique de Gaëlle a donc été dénié/disqualifié par cette mère, ce qui occasionne chez la fille un profond sentiment d'abandon ; et au même moment, il signe des retrouvailles entre mère et fille à l'endroit du dénigrement où la mère assignait déjà la fille. Cette organisation psychopathologique renvoie à l'articulation observée entre maltraitance (abus/négligence) émotionnelle et abus sexuel dans la personnalité *borderline* adolescente, qui est spécifiquement associée aux conduites auto-agressives (Robin, Douniol *et al.*, 2021). Cependant, de nombreuses mères permettent au contraire d'arrêter le cycle transgénérationnel ; et la recherche de facteurs permettant cette rupture dans la trajectoire traumatique renvoie à l'importance d'évaluer l'intensité de leurs séquelles traumatiques à l'âge adulte (Baril, Tourigny, 2015).

VARIABILITÉ DE L'ÉPREUVE DE RÉALITÉ

Entre les deux extrêmes que sont la névrose et la psychose installée, l'effraction traumatique est déstructurante, mais il est encore temps de relier trace mnésique, affect et représentation. Dans les registres de personnalité empruntant aux mécanismes limites et hystériques, nous observons une évolution entre le moment où la primauté de l'expérience

© Éditions GREUPP | Téléchargé le 20/05/2022 sur www.cairn.info via CH Le Vinatier (IP: 83.145.72.66)

construit le trauma en déstructurant le psychisme, et un deuxième temps où la trace mnésique peut amener à reproduire l'expérience traumatique au sein d'un psychisme déjà déstructuré, et l'appeler à se restructurer par les actes. L'acte y serait le substitut appelé par le délitement de la représentation plus que par son défaut. L'ancrage dans la réalité, bien qu'altéré, n'est pas complètement perdu, et ainsi, au-delà de la succession de deux paradigmes autour de la part de l'expérience *de novo* ou de la reviviscence, c'est aussi l'intrication entre le trauma sexuel et le maintien de l'épreuve de réalité qui apparaît derrière ces cliniques.

De deux façons différentes, les symptômes de Léa d'un côté, de Gaëlle de l'autre, appellent à une restauration de l'épreuve de réalité. Ceux qui ressortent du champ hystérique semblent avoir permis de révéler un secret transgénérationnel et tenter de se libérer des entraves que celui-ci constituait. L'énonciation de ces secrets a permis d'amorcer un processus de différenciation des êtres et des générations, et la prise de conscience, bien que souvent insuffisante en elle-même, est un point de départ fondamental pour entamer le travail individuel et systémique. Dans le cas de Gaëlle, le symptôme n'a pas amené à élaboration de ces questions avec les parents. D'une part, l'état clinique ou l'absence de ceux-ci ne le permettait pas ; d'autre part, les mises en danger sexuelles semblaient moins solliciter la mémoire collective et indifférenciée que la mémoire traumatique corporelle et son intégration psychique au sein d'une personnalité peut-être mieux différenciée, mais au prix d'une estime de soi très altérée. C'est la répétition des expériences de fiabilité, de sensibilité, de validation et de survivance dans les soins, qui a permis de rétablir chez Gaëlle un monde interne et une estime de soi moins friables. Léa a bénéficié de l'aide thérapeutique pour trouver des clés auprès de ses parents, quand Gaëlle l'a utilisé pour les trouver en elle.

PROCESSUS DE DÉVOILEMENT ET CONTENANCE

Pour le clinicien de l'adolescent hospitalisé, c'est essentiellement par des symptômes bruyants que le trauma sexuel se laisse approcher, à condition de ne pas rester assourdi par ce bruit de fond, qui est en fait au devant de la scène. Témoins d'une capacité dépassée de contenance

© Éditions GREUPP | Téléchargé le 20/05/2022 sur www.cairn.info via CH Le Vinatier (IP: 83.145.72.66)

psychique du traumatisme, les symptômes sont aussi des occasions d'élaboration et de traitement du trauma, s'ils sont entendus comme tels. Dans ce cas, il revient au clinicien de porter le *focus* sur deux réalités : celle d'un événement traumatique passé et celle du trauma en soi (en tant que déstructuration psychique incluant des traces mnésiques appelant dans ces cas des mises en danger). Ce double mouvement, bien que coûteux en énergie pour le clinicien (parce qu'à contre-courant du tabou social, familial et du secret individuel, c'est-à-dire à contre-courant également de l'économie psychique), est cependant nécessaire pendant tout un temps du traitement, notamment dans les cas où le symptôme amène une fuite dissociative de la réalité. En effet, expliciter et élaborer l'effet d'activation d'une trace mnésique qui participe à une répétition traumatique malgré le Moi, permet aux patients d'amorcer un travail de dégagement par un mécanisme de subjectivation. Nommer l'escalade comportementale des mises en danger permet donc de travailler la notion de responsabilité de façon graduée et non plus clivée (agresseur/victime comme la situation de l'enfance), et ainsi de rétablir progressivement les capacités de protection de soi de l'adolescent. La différenciation des temporalités et des personnes (y compris le clinicien porteur des contre-attitudes toujours complexes dans ces situations), est en permanence à l'œuvre dans ce travail d'élaboration. Une fois mis en mot par les parents leurs propres traumatismes (réattribués à leur histoire), l'adolescent peut entamer un travail d'autonomisation psychique et donc comportementale. Et si le trauma sexuel parental reste parfois (mais pas le plus souvent) inabordable, inapprochable, impensable, la capacité à le penser avec l'adolescent demeure possible pour l'aider à se dégager d'une répétition mortifère car indifférenciante. La part inconnue qui agit secrètement *via* les parents est alors identifiée, comme inconnue certes, mais pourquoi pas symbolisée en tant que telle.

L'objectif d'aborder l'expérience sexuelle traumatique (avec tact et méthode) est de permettre à terme la constitution d'un récit plus organisé dans le temps et l'espace, incluant à la fois une différenciation et une narration partagée avec un être humain, visant ainsi la diminution de la dissociation (Cyrulnik, 2018). L'identification d'un défaut primitif de réponse de l'objet aux éprouvés du sujet, conduit donc à devoir procéder

© Éditions GREUPP | Téléchargé le 20/05/2022 sur www.cairn.info via CH Le Vinatier (IP: 83.145.72.66)

ultérieurement à l'inscription de l'expérience qui n'a pu avoir lieu. Ainsi, les conduites sexuelles à risque de l'adolescent peuvent être l'occasion d'une autre réponse environnementale, pour conduire, non pas à répétition traumatique avec risque accru de déliaison psychotique, mais à élaboration avec, tant que possible, restauration du rapport à la réalité.

BIBLIOGRAPHIE

ABRAHAM N., TOROK M. (1978). *L'écorce et le noyau*. Paris : Flammarion.

BARIL K., TOURIGNY M. (2015). Le cycle intergénérationnel de la victimisation sexuelle dans l'enfance : modèle explicatif basé sur la théorie du trauma. *Carnets de notes sur les maltraitances infantiles*, 1 : 28-63.

BAYLE G. (2012). Clivages fonctionnels. In : G. Bayle, *Clivages. Moi et défenses*. Paris : PUF, pp. 155-193.

BOKANOWSKI T. (2010). Du traumatisme au trauma. Les déclinaisons cliniques du traumatisme en psychanalyse. *Psychologie clinique et projective*, 16 : 9-27.

CYRULNIK B. (2018). Traumatisme et résilience. *Rhizome*, 69-70 : 28-29.

FERENCZI S. (1932). *Journal Clinique*. Paris : Payot, 1990.

FERENCZI S. (1933). Confusion de langue entre les adultes et l'enfant : le langage de la tendresse et de la passion. In : *Œuvres complètes, Psychanalyse IV*. Paris : Payot, 1982, pp. 125-138.

FREUD S., BREUER J. (1895). *Études sur l'hystérie.* Paris : PUF, 2002.

FREUD S. (1892-1893). Un cas de guérison hypnotique avec des remarques sur l'apparition des symptômes hystériques par la « contre-volonté ». In : *Résultats, idées, problèmes I.* Paris : PUF, 1983, pp. 31-43.

FREUD S. (1918). *L'Homme aux loups*. Paris : PUF, Quadrige 1990.

GOUGAIN A, ROBIN M. (2019). Les dynamiques du trauma à l'acte chez les auteurs de violence. *L'Évolution psychiatrique*, 84 : 423-433.

JAEGER P. (2017). Contributions de Ferenczi, Bion, Winnicott et Meltzer à la psychosomatique psychanalytique. Plusieurs conceptions du clivage. In : F. Nayrou, G. Szwec (Éds.), *La psychosomatique*. Paris : PUF, pp. 109-132.

JANET P. (1887). L'anesthésie systématisée et la dissociation des phénomènes psychologiques. *Revue Philosophique*, 23 : 449-472.

JEAMMET PH. (1980). Réalité externe et réalité interne. Importance et spécificité de leur articulation à l'adolescence. *Rev. Fr. Psychanal*., 44 : 481-521.

PARIS J., ZWEIG-FRANCK H., GUZER J. (1994). Psychological risk factors for borderline personality disorder. *Comprehensive Psychiatry,* 35 : 301-305.

RAJ A., SILVERMAN J. G., AMARO H. (2000). The relationship between sexual abuse and sexual risk among hight school students. Findings from the 1997 Massachusetts Youth Risk Behavior Survey. *Matern. Child Health J*., 4 : 125-134.

© Éditions GREUPP | Téléchargé le 20/05/2022 sur www.cairn.info via CH Le Vinatier (IP: 83.145.72.66)

ROBIN M., DOUNIOL M., PHAM-SCOTTEZ A., SPERANZA M., SILVA J., FALISSARD B., GICQUEL L., DELVENNE V., NEZELOF S., CORCOS M. (2021). Specific Pathways From Adverse Experiences to BPD in Adolescence. A Criteria-Based Approach of Trauma. *J. Pers. Disorders*, 35 : 94-110.

ROBIN M. (2017). *Ado désemparé cherche société vivante*. Paris : Odile Jacob.

ROBIN M., ESSADEK A., CORCOS M., SHADILI G. (2021). High-risk sexual behaviours, from the neurotica to complex trauma. Psychopathologies of repetition. *The Int. J. Psychoanal*., 10 : 906-931.

ROSOLATO G. (1976). Le non-dit. *Nouvelle Revue de Psychanalyse*, 14 : 5-26.

SELVINI M. (1995). Troubles mentaux graves et méconnaissance de la réalité. *Thérapie familiale*, 16 : 131-144.

STOLTENBORGH M., VAN IJZENDOORN M. H., EUSER E. M., BAKERMANS-KRANENBURG M. (2011). A Global Perspective on Child Sexual Abuse : Meta-Analysis of Prevalence Around the World. *Child Maltreatment*, 16 : 79-101.

VAN DER KOLK B. A. (2005). Developmental Trauma Disorder. Toward a rational diagnosis for children with complex trauma histories. *Psychiatric Annals*, 35 : 401-408.

ZANARINI M. C., WILLIAMS A. A., LEWIS R. E., REICH R. B., VERA S. C., MARINO M. F., LEVIN A., YONG L., FRANKENBURG. F. R. (1997). Reported pathological experiences associated with the development of borderline personality disorder. *Am. J. Psychiatry*, 154 : 1101-1116.

Marion Robin
Institut Mutualiste Montsouris
Département de psychiatrie de l'adolescent
et du jeune adulte
42, bd. Jourdan
75014 Paris, France
marion.robin@imm.fr

© Éditions GREUPP | Téléchargé le 20/05/2022 sur www.cairn.info via CH Le Vinatier (IP: 83.145.72.66)