

Compte-rendu du Groupe «PSYCHOPATHOLOGIE CONCEPTIONNELLE ET DEVELOPPEMENT ANTENATAL»

Juin 2003, N°3

Traumatismes sexuels de l'enfance et maternité

La troisième réunion de notre groupe s'est tenue à Chartres, le 21 juin 2003, au sein du Service de Psychiatrie Infanto-Juvenile du Dr. J. Constant (Chartres). Elle fut consacrée aux conséquences des traumatismes sexuels sur l'accès à la parentalité, mais aussi à la difficile question de leur dépistage, systématique ou non, au cours de la grossesse. Janick Le Denn, psychologue à la Maternité de Chartres, ainsi que Suzie Tourne, psychologue, membre de l'AFIREM, ont présenté « en duo » un exposé très complet. Le texte qui suit a été rédigé par J. Le Denn. Il reprend certains points de la présentation du 21 juin...

Benoît Bayle

Depuis plusieurs années maintenant nous observons un afflux de dévoilements d'abus sexuels auxquels toute l'attention est donnée, différente et adaptée en fonction du cadre dans lequel ces dévoilements ont lieu et du professionnel qui les reçoit.

Certaines révélations n'auront jamais lieu et c'est un ensemble de signes évocateurs d'une souffrance psychique souvent appréhendés et limités à leur diagnostic de dépression qui évoquera chez le professionnel averti, mais pas toujours en mesure d'y faire face, ce qu'il pourrait en être de tels antécédents. Nous n'allons pas reprendre tout ce qui a déjà été largement décrit quant aux conséquences possibles des abus sexuels et en particulier de nature incestuelle sur le développement psycho-affectif et sexuel des victimes, mais nous intéresser à l'impact possible de tels antécédents durant l'enfance chez la femme, en particulier, lors des étapes clés de son évolution telle que la puberté, l'accès à la génitalité, la conjugalité et le devenir mère.

Nous terminerons avec la question du dépistage de tels antécédents, sa nécessité ? ses modalités ? dans le sens d'élargir le champ de la prévention des dysfonctionnements relationnels précoces parfois responsable des actes de maltraitances ultérieurs ou responsables de pathologisation de l'enfant.

Puberté et accès à la génitalité

Moment crucial si l'en est, de l'émergence des conflits internes liés en partie à la restructuration identitaire et à l'émergence du pulsionnel, c'est bien souvent à ce moment précisément dans l'après coup que les antécédents d'abus sexuels vont véritablement prendre leur sens, en terme de violation de l'intime, de prise de conscience de la notion même d'abus. Ainsi pouvons nous comprendre certaines conduites anorexiques ou boulimiques qui visent à détruire un corps sali vécu comme souillé, à lui ôter tout aspect de désirabilité.

Evoquant la fragilité d'un moi qui ne pourrait imposer un non si c'était nécessaire et plus loin l'impossible représentation d'une limite suffisamment solide entre soi et l'autre, l'impossible à

faire confiance à l'autre, la peur d'être exploitée.

Si dans de tels cas « toute sexualité est nulle et non avenue » dans d'autres cas nous assistons à l'inverse à une sursexualisation du relationnel et de surcroît précoce. Sexualité précoce où le corps est d'avantage une monnaie d'échange pour obtenir un peu d'attention, un peu de tendresse dans une répétition de ce qui fût au centre de l'abus et comme le dit Ferenczi « dans la confusion des langues ».

Sexualité aussi, précoce ou non, mais répétitive dans une répétition mortifère d'une objectivation du corps en écho à une culpabilité agie et non élaborée et hélas bien souvent ajoutée à d'autres conduites de nature auto-destructrice comme la toxicomanie, l'alcoolisme, les tentatives de suicides etc...

Ce corps peut devenir passif pendant longtemps jusqu'à accepter même d'être dégradé. Nous sommes « dans la répétition d'un affolement, d'un monde sans limite pour les corps, sans recours pour les cœurs, sans lieu pour les mots... » (C. OLIVIER).

Conjugalité

Nous avons pu entendre chez certaines femmes que malgré un processus de stabilisation relationnelle, le plaisir, l'épanouissement sexuel reste de l'ordre de l'impossible voir de l'irreprésentable et faire état (à leur gynécologue, à leur sage femme) de vaginisme, de frigidité, de dyspareunie ou d'absence totale de désir. Envahie parfois par un sentiment dissociatif (d'un côté la tête qui voudrait être en harmonie avec son partenaire de l'autre le corps qui ne peut pas), répétant là aussi le décalage aliénant d'une sexualité adulte qui s'imposa à celle d'une enfant, à contre temps. Me revient les propos d'une jeune femme qui explique que pour survivre, pour maintenir un minimum de subjectivité, « elle comptait en attendant que ça se passe », comme lors des abus, son corps coupé de son esprit. La demande affective à l'égard du compagnon est souvent très compliquée, paradoxale. Le mettant en rôle tantôt de confident, d'ami et la capacité de celui-ci à occuper cette place pourra être essentielle pour la reconstruction narcissique de cette femme, tantôt de « dominant voir de potentiel abuseur dont il faut se méfier, réactualisant ainsi des représentations qui concernent l'abuseur d'hier, et qui firent vaciller ses propres capacités d'évaluation du désir de l'autre.

Le devenir mère

Autre moment phare de l'évolution psycho-affective de la femme, l'accès à la maternité. Certaines femmes ne pourront jamais accéder à la maternité présentant une infertilité résistante à tout traitement jusqu'à y compris les FIV. Encore plus chez ces femmes aux antécédents d'abus sexuels que d'autres, la grossesse elle-même est teintée d'ambivalence. Attestation irrévocable de rapports sexuels, elle peut provoquer une réactualisation traumatique du fantasme de scène primitive dans un coït dont elles sont issues mais qui n'a pu garder sa place dans la sphère fantasmatique puisque réalisé dans le cas de l'inceste. Lorsque la grossesse est là, nous pouvons aussi entendre chez certaines patientes d'énormes angoisses à ne plus avoir de maîtrise sur cet intérieur, ni sur la durée : comme dans l'abus il faut « subir jusqu'au bout » d'où certaines conduites visant à réduire le temps de la grossesse. Parallèlement ce pourra être sur l'embryon puis sur le fœtus que pourra se projeter toute la culpabilité inconsciente liée à ses réminiscences en lui donnant d'emblée un statut de « mauvais objet ».

Ainsi Madame B. : « il me fait mal ou j'ai peur qu'il soit un monstre... » embryon double par la duplication de l'identique référé à elle-même ou à l'auteur de l'abus) ; dans le même sens le sexe de l'enfant n'est pas neutre et son acceptation plus ou moins difficile:

Madame T. : « je ne veux pas de fille, on peut pas faire confiance à une fille », dimension

oedipienne certes de tels propos mais également auto-accusation par rapport à ses antécédents.

Madame S. : « je ne veux pas de fille, j'aurai trop peur qu'il lui arrive la même chose et que je ne puisse pas la protéger... » rappelant la faillite de celle qui n'a pas pu voir.

Madame D. : « je ne veux pas de garçon, j'aurai trop peur de lui en vouloir, j'ai déjà fait un rêve où c'était un garçon et j'avais envie de l'émasculer...pour me venger. »

A côté de ces représentations particulièrement négatives, le suivi de la grossesse lui-même peut sembler si violent qu'elles rendront le suivi de la grossesse aléatoire ou ne respecteront pas les consignes révélant là également leur extraordinaire ambivalence vis à vis de ce fœtus. Le suivi médical peut donner un sentiment de désubjectivation, de régressions insupportables. Si l'on n'y prend pas garde, les gestes banals tels que : touchers vaginaux, position allongée impliquant une passivité, manœuvre de retournement de fœtus, absence de continuité des consultants au fil des mois, rapidité de la consultation, échographies, peuvent prendre valeur d'effraction, d'irrespect insupportable. Les gestes posés par les soignants et également lors de l'accouchement sont à haut risque de réémergence du traumatisme pour certaines femmes : comment une femme qui aurait subi une violence sexuelle étant enfant pourra-t-elle percevoir, ressentir une épisiotomie ou l'utilisation de forceps ou la pause d'une perfusion ou le manque de respect d'intimité parfois par la multiplicité d'intervenants inconnus d'elle ou une porte qu'on aura oubliée de fermer ?

Lors de l'accouchement, les mécanismes de défense précédemment évoqués : dissociation, clivage peuvent être observés. Il appartient à la sage femme, à son équipe, au gynécologue s'il est présent de faire tout pour que la femme redevienne actrice ; entre autre en lui expliquant tout ce qui va lui être fait et ce pourquoi sa participation est absolument nécessaire, ce qui nécessite une certaine patience et une certaine empathie pour aider cette femme à ne plus lutter contre cette naissance mais au contraire à l'accompagner et la vivre pleinement. (Cf. témoignage p 13 cahier d'obstétrique)

Madame T. : « ...je ne pouvais pas faire confiance à mon corps, ne voulais pas, je ne pouvais pas pousser sans sa permission... »

L'étape du processus physiologique de l'accouchement au cours de laquelle la femme est renvoyée à elle-même, à son propre corps, ses sensations, ses représentations, n'est pas le seul élément qui puisse faire rencontrer des difficultés inhabituelles et qu'on peut directement lier aux antécédents d'abus sexuels.

Le second élément concerne l'enfant lui-même.

Ainsi Madame B. : « je ne pouvais pas, je ne voulais pas et s'il ressemblait à mon frère ? »

Madame M. : « à l'écho on ne voit pas tout et si elle avait une tâche... on dit le front béni des Dieux mais elle, si elle a une tâche, une tâche du péché, non moi je ne pouvais pas... » On sent bien là toute cette ambivalence de ces futures mères, prisonnières d'une partie de leur passé, leur lutte contre des éléments mortifères de vengeance, de culpabilité mais aussi de protection.

Madame S. : « la grossesse s'est à peu près bien passée mais là je prenais conscience que si je laissais sortir mon bébé, je ne pourrais plus le protéger totalement de certains risques... »

Ceci nous amène à poser la question de ce qui peut se passer en post natal immédiat dans l'instauration des interactions précoces. Pour certaines d'entre elles il semblerait que la réalité de l'enfant indemne de toutes les anomalies ou caractéristiques redoutés puissent permettre de mettre à distance l'enfant fantasmatique et imaginaire, persécuteur, rendant ainsi possible une renarcissisation de la maman et redonnant là souvent même une place centrale à celui qui a pu rendre possible l'avènement de cet enfant, je parle du père de l'enfant et dont l'attitude est primordiale.

Pour d'autres femmes cette réalité visuelle du « sans défaut » ne pourra suffire à bien vivre la rencontre et la proximité du corps de l'enfant pourra être l'occasion d'émotions plus ou moins innommables. C'est au cours de l'allaitement, au moment des changes, des temps de rapprochement sans raison objective c'est à dire technique, que s'exprimeront le malaise, le

mal être.

Ainsi Madame D. : « je voulais tellement l'allaiter, mais je n'y arrive pas c'est insupportable, c'est pas la douleur, c'est quand elle joue avec mon téton, j'ai envie de la jeter contre le mur, j'ai l'impression que c'est que pour le plaisir... »

Madame T. : « je voulais allaiter, c'est bien pour lui mais je ne supporte pas quand on me regarde faire même pas mon mari, j'ai honte... » et d'associer des souvenirs de caresses aux seins de la part d'un beau-père au début de sa puberté qu'il lui semblait avoir complètement oubliées. Nous nous retrouvons face à des femmes pour qui il est impossible sans culpabilité de lier ces trois aspects du sein (narcissique, maternel, sexuel) au moment de l'allaitement. D'autres iront jusqu'à ne même pas envisager cet allaitement. Les moments de changes en particulier ceux des lieux intimes de l'enfant peuvent être extrêmement chargés négativement ; la mère revoit, manipule ce sexe à chaque fois qu'elle le lave, le change. Le refoulement de l'érotisme (normalement présent) au profit du nettoyage peut être excessif et pathologique. Ainsi Madame F. en cours de thérapie venue pour une impossibilité de rapports sexuels se souvient lorsqu'elle avait moins de 5 ans de la manière dont sa mère la lavait, avec une telle force, une telle violence jusqu'à la douleur, parce qu'il fallait qu'elle soit propre. La mère projette en effet sur l'enfant l'idée qu'elle se fait d'un adulte du sexe en question ou ce qu'elle en attend : les filles ainsi doivent être plus propres ou possiblement, le garçon peut être trop nettoyé si le fait qu'il se salisse est ressenti par la mère comme une attaque sexuelle à son encontre. La manière dont certaines mères réagissent, leurs réflexions aux émissions d'urine intempestives lors de la toilette sont assez révélatrices à ce niveau ou à l'occasion d'érections physiologiques, ainsi Madame R. : « ...mais c'est vraiment des vicieux tôt ces mecs après avoir constaté une érection physiologique ou encore lors de touchers d'explorations par l'enfant lui même, Madame S. : « par rapport à sa fille, c'est pas vrai, moi on m'a traité de vicieuse mais ça se transmet c'est pas possible. ».

En toile de fond de ce que l'enfant par ses comportements volontaires ou involontaires peut provoquer chez la mère est en lien direct avec la difficulté de celle-ci à trouver la bonne distance, distance physique, distance psychique c'est la même question au cœur de ses autres relations affectives. Le processus de régression identificatoire au centre de la préoccupation maternelle primaire et qui doit lui permettre de répondre de façon adaptée aux besoins de son enfant peut être extrêmement limité au point de se pathologiser. Oscillant entre trop de protection vis à vis de l'enfant en ne le confiant pas, en le surinformant trop tôt ou trop souvent de sexuel ou au contraire d'une mise à distance, dans une sorte d'abandon de l'enfant à d'autres. Cette difficulté à trouver la bonne distance (travail que tout parent doit effectuer vis à vis de son enfant dès lors qu'il rentre dans un processus de parentalisation) se retrouve également dans la place à faire occuper à l'enfant vis à vis des générations précédentes. En cas d'inceste, les mères sont rarement tranquilles ; soit elles n'arriveront pas à confier leur enfant à ses propres parents sauf à déployer un arsenal de gardes fous, soit au contraire dans un espoir, dans une illusion totale ayant forme de déni en quelque sorte, elles ne voudront pas penser le risque. La confiance ténue vis à vis des adultes chez ces femmes se retrouve également vis à vis de leur mari lorsqu'il devient père.

Au vu de ces quelques rappels et en guise de conclusion, la question se pose de comment pourrait-on accompagner ces femmes, ces couples dans leur mission parentale. Comme nous l'avons dit en introduction toutes les femmes ne se dévoileront pas. Ne serait-il pas souhaitable qu'au vu de quelques signes potentiellement évocateurs d'antécédents d'abus sexuels, les différents soignants puissent accéder à leurs connaissances, non pas de manière immédiate ni systématique car ce serait faire violence une fois de plus à ces femmes mais en étant eux-mêmes ouverts à cette hypothèse qui aurait pour résultat immédiat de faire sentir à ces femmes que quelque chose peut être entendu. Pouvoir entendre une souffrance liée à des antécédents d'abus sexuel, n'est pas seulement une affaire de formation théorique c'est aussi un cheminement intérieur qui malgré le sentiment de révolte, d'injustice que de tels dévoilements peuvent provoquer va permettre d'entendre ce que de tels faits auront pris comme inscription, comme sens sur le plan psychique de la patiente concernée. Il faut en effet être vigilant pour ne

pas être ni sourd, ni aveugle, mais il ne faut pas non plus survictimiser avec une attitude projective de nos propres émois, ou représentations.

Ainsi, D. sage femme reçoit à l'occasion d'un examen pelvien difficile des confidences qu'elle retranscrira quasi in extenso dans le dossier obstétrical à l'insu initialement de la patiente. Quel en est l'intérêt ? Si la patiente et ses dires prennent place d'objet d'une seule pulsion épistémophilique. Ce qui doit être connu par les autres soignants qui auront à accompagner la femme aux diverses étapes de sa maternité est à discuter avec la patiente concernée afin qu'elle-même puisse réfléchir aux conséquences pour elle dans cette période précise de sa vie et qu'elle ose peut être dire ce qui pourrait l'aider et surtout l'aider à prendre une part active dans ce qu'elle vit. Il ne s'agit pas de faire « une thérapie » mais de rappeler à la patiente que quelle que soit la place qu'on occupe, gynécologue ou sage femme, auxiliaire, médecin généraliste etc...elle n'est en rien un objet. On pourra nous rétorquer que par les temps qui courent la disponibilité qu'exige une telle manière d'être n'est guère possible. Je répondrai que c'est partiellement vrai car ne s'agit-il pas avant tout d'un état d'esprit (ex : faut-il tant de temps que cela pour frapper à la porte d'une chambre avant d'entrer ?) Recevoir de telles confidences n'est pas chose aisée mais si cela paraît vraiment impossible, cela peut être dit à la patiente et l'occasion peut être de lui proposer d'aller en parler à quelqu'un qui serait peut être plus à même de l'aider., autres soignants ou psy...si elle le souhaite.

« La formidable crise » que constitue l'accès à la maternité, à la parentalité par tout ce qu'elle provoque de réminiscences, tant dans le corps que dans le psyché aux différentes étapes, de questionnement de vulnérabilisation, est à accompagner sans aucun doute. Mais il est majeur de respecter le temps du sujet qui lui sera nécessaire pour se sentir suffisamment sécurisée et oser saisir l'aide qui peut lui être proposée.

J. Le Denn
Psychologue en Maternité
Les Hôpitaux de Chartre

Bibliographie

Dossiers de l'obstétrique n°269 02/99 « les violences et abus sexuels »

BAYLE B., Faut-il dépister les traumatismes sexuels lors de la grossesse ? In : Missonnier S., Golse B., Soulé M., La grossesse, l'enfant virtuel et la parentalité. Éléments de psycho(patho)logie périnatale, Paris, PUF, 2004 (sous presse)

ROUYER M., THOUVENIN C., Ce qu'il peut advenir des femmes victimes d'inceste dans l'enfance. In : Cahiers du CTNFRHI n°81 – 1994

JY. DIQUELOU, Facteurs de risque de mauvais traitement à enfant pendant la période périnatale. J. Gynécol Obst Bio Reprod., 1996, 25

GIRODET D., Dépistage et prévention des mauvais traitements en maternité. RF du service social, n°143, 1984

ATHEA V., Rapports sexuels précoces. Gyneco et psychosomatique, n°3 1992

SIROL F., La haine de la femme enceinte pour son fœtus. Devenir Vol 11-1999

FRAIBERG S., Fantômes de la chambre d'enfant. Paris, PUF