



HAL
open science

Inceste et psychomotricité : la contenance dans la prise en charge d'adolescentes traumatisées dans l'enfance

Elise Despas

► **To cite this version:**

Elise Despas. Inceste et psychomotricité : la contenance dans la prise en charge d'adolescentes traumatisées dans l'enfance. Psychologie. 2020. dumas-02894605

HAL Id: dumas-02894605

<https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-02894605>

Submitted on 9 Jul 2020

HAL is a multi-disciplinary open access archive for the deposit and dissemination of scientific research documents, whether they are published or not. The documents may come from teaching and research institutions in France or abroad, or from public or private research centers.

L'archive ouverte pluridisciplinaire **HAL**, est destinée au dépôt et à la diffusion de documents scientifiques de niveau recherche, publiés ou non, émanant des établissements d'enseignement et de recherche français ou étrangers, des laboratoires publics ou privés.

UNIVERSITÉ DE BORDEAUX

Collège Sciences de la Santé

Institut de Formation en Psychomotricité

Mémoire en vue de l'obtention

du Diplôme d'Etat de Psychomotricien

INCESTE ET PSYCHOMOTRICITÉ

*La contenance dans la prise en charge d'adolescentes
traumatisées dans l'enfance*

Elise Despas

Née le 27/07/1998 à Rennes (35)

Dirigé par Mikaël Gaullier

Juin 2020

Remerciements

Mikaël, mon maître de mémoire et bien plus.

Tu m'as partagé la passion de ce si beau métier et épaulé tout au long de l'élaboration de ce travail. Merci de m'avoir accompagné dans la découverte de la psychomotricité, tes liens théorico-cliniques éclairés ont fondé la psychomotricienne que je suis devenue.

Nicolas, Béatrice, Catherine, Aurélie et Alice, mes maîtres de stage.

Vous m'avez fait découvrir vos pratiques et partagé vos réflexions. Merci de m'avoir permis de m'investir dans les prises en charge. J'ai pu m'épanouir en tant que future professionnelle à vos côtés.

Les professionnels que j'ai rencontré au sein de mes stages.

Merci d'avoir été disponible à la discussion. Nos échanges ont été riches pour moi.

Les enfants, les adolescents, les adultes, tous les patients que j'ai rencontré.

Vous m'avez fait réfléchir, agir, me mettre en question. Nous avons partagé. J'espère vous avoir aidé à vous sentir mieux. De mon côté, chaque rencontre a été riche, chacune m'a fait évoluer. Merci.

L'Institut de formation en psychomotricité, son administration et ses professeurs.

Vous m'avez mené à me transformer. La psychomotricité est un métier si riche, merci d'avoir veillé à la pluralité des enseignements et des ouvertures. Et merci d'avoir permis, malgré les difficultés contextuelles, que tout cela soit possible.

Mes proches.

Merci pour ces temps de partage, et de m'avoir toujours soutenu. Merci à mes amis pour ces années mythiques.

SOMMAIRE

REMERCIEMENTS	1
SOMMAIRE	2
INTRODUCTION	3
I - L'INCESTE - <i>familles et traumatismes</i>	6
1. Considérations générales sur l'inceste	6
2. Familles incestueuses	10
3. Vécus chez l'enfant	16
4. Conséquences traumatiques de l'inceste	23
5. De l'adaptation à la révélation	27
II - L'ADOLESCENCE - <i>développement et troubles</i>	30
1. L'adolescence, temps d'évolution bio-psycho-sociale	30
2. Altérations dans la régulation des affects	34
3. Altérations de l'autoperception	39
4. Altérations dans les relations avec les autres	41
III - LA CONTENANCE - <i>aspects théoriques et cliniques</i>	45
1. La contenance, approche théorique	45
2. Traumatisme, adolescence et contenance en psychomotricité	51
3. La contenance dans la pratique psychomotrice	54
4. Etudes de cas	61
POUR ALLER PLUS LOIN	73
CONCLUSION	75
ANNEXES	77
BIBLIOGRAPHIE	79
TABLE DES MATIÈRES	82

INTRODUCTION

L'inceste, en tant que sujet tabou, peut être difficilement pensable tant il relève d'un non sens social. L'Association Internationale des Victimes d'Inceste a estimé en 2009 qu'en France les victimes d'inceste représentaient environ 3% de la population. Selon eux, 80% des agressions sexuées sur mineur sont incestueuses, et 26% des français connaissent au moins une personne victime d'inceste dans leur entourage. L'inceste n'est donc pas un phénomène rare.

Selon cette même organisation, un inceste constitue tout acte sexuel d'une personne ayant un lien de proximité, d'autorité, de confiance, de dépendance et d'amour avec la victime. Il existe de nombreux types d'inceste, mais ce mémoire, dont le sujet a été choisi à partir d'une clinique rencontrée en stage, traite spécifiquement de l'inceste entre un père et sa fille prépubère. Ce type d'inceste a été le plus théorisé dans la littérature internationale.

Le lien de proximité entre la victime et l'agresseur en font un inceste particulièrement destructeur. Du fait qu'il se produise dans l'enfance, qui constitue une période de développement intense, l'expérience traumatisante entrave le développement psychomoteur. Il se réalise de plus au sein d'une relation d'attachement primaire, rendant l'adaptation de l'enfant nécessaire, au travers de mécanismes de survie comparables à ceux décrits dans le syndrome de Stockholm.

Bien qu'elles soient illégales, violences et maltraitements sur les enfants sont des phénomènes fréquents dans notre société. La violence sexuelle désigne une situation dans laquelle un adolescent ou un adulte se sert d'un enfant pour se satisfaire sexuellement. Ce type de violence se distingue des autres du fait qu'il ne puisse souvent pas être représenté en tant que tel par l'enfant du fait de son immaturité psycho-sexuelle. Ces actes peuvent se dérouler de nombreuses manières différentes, et les conséquences qu'ils ont sur l'enfant et dans son développement dépendent de plusieurs facteurs. Parfois intériorisées, parfois extériorisées, les conséquences de l'inceste peuvent être nombreuses et doivent être considérées par la société.

Selon les chercheurs américains Angela BROWNE et David FINKELHOR, *“un traumatisme subi pendant l'enfance ne doit pas être sous-estimé parce que ses effets à long terme ne peuvent être démontrés[...]les mauvais traitements doivent être considérés comme un problème grave pour l'enfant, ne serait-ce que parce qu'ils engendrent dans l'immédiat une douleur, de la confusion et de la perturbation qui peuvent persister”*¹. [17]

¹ Browne, A., & Finkelhor, D. (1986). Impact of child sexual abuse: A review of the research. *Psychological Bulletin*, 99(1), 66-77.

Ainsi, la loi française impose que les soins consécutifs à des viols et agressions sexuelles commis sur mineur soient pris en charge à 100% par la Sécurité Sociale. Cela concerne toutes les conséquences, physiques et/ou psychologiques². La souffrance des individus ayant été traumatisés par ce type d'événement s'exprime en effet par des symptômes physiques, mais aussi, et principalement, de l'ordre de la psychiatrie. Dans une dimension psychocorporelle, le rapport à soi, à l'autre et à l'environnement peut être gravement atteint.

De fait, l'intervention des psychomotriciens, en tant que professionnels paramédicaux reconnus auxiliaires de la médecine, apparaît particulièrement et spécialement fondée. Cette prise en charge répond principalement à la quatrième partie du premier article du décret de compétence du psychomotricien qui peut contribuer *“par des techniques d'approche corporelle, au traitement des déficiences intellectuelles, des troubles caractériels ou de la personnalité, des troubles des régulations émotionnelles et relationnelles et des troubles de la représentation du corps d'origine psychique ou physique”*.

En proposant un espace et un temps axé sur la prise de conscience et le développement des capacités propres à l'individu, par l'expérimentation du corps en relation, la psychomotricité permet d'intervenir notamment dans les rapports primaires qu'entretient l'individu avec lui même et avec les autres. Ceux-ci sont constitués de représentations corporellement ancrées par la sensorialité, qui influencent les perceptions du sujet dans son quotidien.

Ces représentations corporellement ancrées peuvent être gravement troublées chez les individus ayant vécu un inceste dans l'enfance, ce qui engendre une souffrance significative. En tant qu'être social, l'humain atteint dans l'intersubjectivité est intrinsèquement atteint dans sa subjectivité, d'autant plus lorsqu'elle est en développement. La psychomotricité, en proposant d'entreprendre un néo-développement dans la relation, peut répondre à cette problématique. C'est de cette intersubjectivité, de la sensation d'être un individu entier et délimité, différent mais compris par l'autre, que naît la sensation puis la capacité de contenance.

La contenance correspond à la capacité à accepter et intégrer ses sensations - sensorielles et affectives - pour les transformer en représentation ou en créativité. La capacité de l'individu à rendre ces éléments contenable *“s'appuie sur un travail psychique permettant de transformer des tensions en éléments éprouvés dans et par des processus intersubjectifs, groupaux, vivants”*. [24]

La notion de contenance est centrale en psychomotricité. *“C'est la capacité du psychomotricien à contenir ce qui déborde, ce qui n'est pas organisé, ce qui est en menace d'inexistence ou de déconstruction, qui est particulièrement convoquée dans nos espaces thérapeutiques”*. Tout ce qui constitue la prise en charge s'intègre dans un cadre, dont sa dimension contenantante permet que le patient puisse intégrer ce qui s'y joue. Il existe autant de façon de travailler que de psychomotriciens, mais la fonction contenantante de celui-ci se retrouve dans toutes les pratiques.

² Article L322-3-15 du Code de la Sécurité Sociale.

Les théorisations ayant menées à penser l'individu comme constitué d'enveloppes psychocorporelles permettent de mesurer combien les expériences vécues dans la bienveillance, le plaisir et le partage peuvent être bénéfiques ; et combien les expériences vécues dans la confusion et les émotions négatives peuvent être délétères. *“Les enveloppes psychiques constituant le contenant psychique ne s'élaborent [...] que si le sujet a pu mettre sens, a pu investir, comprendre, métaboliser ses sensations corporelles, et intégrer les zones corporelles les générant”*. [7]

L'expérience de incestueuse vécue dans l'enfance atteint très souvent les enveloppes psychocorporelles du sujet de manière durable, d'autant plus si il n'y a pas eu de prise en charge précoce.

C'est en rencontrant Léa et Morgane au cours de groupe d'habiletés sociales, auxquels j'ai eu la chance de participer en stage de troisième année de formation, que j'ai perçu combien l'inceste peut faire trace. Ces deux adolescentes vous seront présentées au long de cet écrit.

L'adolescence, en impliquant de nombreux remaniements, bouleverse le sujet dans son être et son rapport au monde, au travers d'une évolution biologique, psychologique et sociale. J'ai alors émis l'hypothèse selon laquelle l'inceste vécu dans l'enfance peut avoir un fort impact sur la manière dont la jeune fille va se développer. C'est en percevant au sein de mon stage la caractéristique commune du mal-être chez ces jeunes filles que j'ai essayé de répondre aux problématiques suivantes :

- **Pourquoi l'inceste impacte-t'il autant l'individu ?**
- **En quoi et comment la contenance dans la prise en charge en psychomotricité peut-elle aider les adolescentes ayant vécu un inceste dans l'enfance ?**

Afin de répondre progressivement à ces problématiques, je vais, dans un premier temps, développer des éléments théoriques concernant l'inceste. Je vais ainsi aborder le dysfonctionnement familial à l'origine de tels événements, puis nous verrons comment l'enfant victime peut les vivre et comment il peut y répondre.

Ensuite, je poursuivrai en relatant les phénomènes en jeu dans le processus adolescent. Je les rattacherai ensuite aux problématiques soulevées par l'inceste, en étayant mes propos de vignettes cliniques.

Enfin, j'évoquerai le concept de contenance, dans la perspective de la prise en charge en psychomotricité. Cette partie sera aussi étayée de liens théorico-cliniques tirés de mon stage.

PREMIÈRE PARTIE

L'inceste - famille et traumatisme

1) Considérations générales sur l'inceste

a) Définition

Le terme d'inceste provient étymologiquement du latin *incestum* qui signifie strictement "sacrilège". *Incestum* dérive lui-même de *incestus* qui veut dire "impur, souillé". *Incestus* est forgé du *in* privatif et de *cestus*, déformation de *castus*, qui signifie "chaste, pur", si bien que *incestus* aurait aussi le sens de "non chaste". Ainsi l'étymologie du terme d'inceste renvoie à un interdit moral, dont le non respect est profane, portant atteinte au sacré.

Le dictionnaire Larousse définit l'inceste comme des "relations sexuelles entre parents très proches". D'autres dictionnaires mettent en avant dans leurs définitions la notion de prohibition de l'inceste. L'Académie Française la définit comme une "relation sexuelle entre deux personnes qui sont parentes ou alliées à un degré qui entraîne la prohibition du mariage par les lois civiles ou religieuses", ce qui marque l'interdit légal, donc social, de l'inceste. Cela marque la forte répression culturelle de l'inceste. Les normes sociales rejettent fortement cette pratique, au point d'en faire un tabou. Il est socialement interdit de pratiquer l'inceste, mais aussi très souvent d'en parler, au risque qu'émerge la honte.

b) Le tabou de l'inceste

L'origine du tabou de l'inceste a été théorisée par plusieurs courants. Le sociobiologiste Edvard WESTERMARCK soutient que vers l'âge de 30 mois, l'enfant rejette naturellement tout sentiment amoureux envers les personnes qui s'occupent de lui. Cela se réalise de manière instinctive, la nature incitant à diversifier son patrimoine génétique, menacé par les risques que représente la consanguinité. L'étude des relations dans les camps sionistes des kibboutz, où les enfants sont élevés par groupes, montre qu'aucun ne s'est marié avec un membre de son groupe.³ [18]

L'éthologie rejoint cette théorie car l'étude des comportements des primates montre qu'aucun ne copule avec un apparenté reconnaissable présent à la naissance et le suivant dans son développement.[18] Le neuropsychiatre français Boris CYRULNIK suit cela en relatant que, selon les observations éthologiques, "les espèces à fort taux d'endogamie n'existent pratiquement pas", et celles-ci seraient les espèces dénaturées (domestication, captivité). Il en conclut que "l'attachement inhibe l'inceste".[9]

³ Talmon, Y. (1972). *Family and Community in the Kibbutz*, Harvard University Press.

L'anthropologie considère le tabou de l'inceste comme étant une norme sociale universellement acquise. La prohibition de l'inceste est pour Claude LÉVI-STRAUSS la condition permettant le passage de la nature à la culture. Pour lui, elle fonde la société, car elle permet l'exogamie, c'est à dire la sortie de la famille nucléaire constituée des parents et de leurs enfants, et l'entrée en relation avec d'autres groupes de filiation.[16]

La psychanalyse l'aborde par la théorie de la répression. Sigmund FREUD, via la théorie du complexe d'Oedipe, présente l'inceste comme relevant d'abord d'une tendance fantasmatique naturelle qui sera ensuite réprimée par un interdit verbal ou comportemental posé par le parent.

La prohibition qui caractérise l'inceste est donc liée au biologique, au social et/ou au psychologique : *“à l'origine, la loi qui interdit l'inceste est vivante, émotive et naturelle. Ensuite, elle est devenue religieuse, morale, culturelle et langagière”*. [16]

L'inceste n'est pourtant pas historiquement ou actuellement prohibé dans toutes les sociétés humaines. Certaines autorisent le mariage: frère-soeur dans certaines tribus cambodgiennes, mère-fils chez les Kalang de Java; d'autres acceptent la défloraison: par le frère ou le père dans certaines tribus de Sibérie, par le frère chez les Cingalais; et d'autres le réservent au chefs, rois et aristocrates, dans l'idée de transmettre le sang divin: entre frères et soeurs dans l'Egypte pharaonique, chez les Azandés, les Hawaïens, les Incas et dans certains peuples en Ouganda.[27]

c) *L'inceste en France: données historiques*

Les écrits montrent que l'inceste était prohibé en grèce antique. Les lois condamnent à la peine capitale les violeurs de garçons nés libres, et les femmes doivent rester vierges jusqu'au mariage. La prohibition de l'inceste relève à cette époque de la loi non écrite (*nomos agraphos*), profondément enracinée dans les esprits. L'inceste est limité à une pratique divine. Il se trouve dans les écrits mythologiques dès l'origine du monde. Gaïa, représentation de la terre-mère, engendre avec Ouranos, le ciel-fils, les monstres premiers représentant le chaos originel. L'inceste agi entre un parent et son enfant est ici symbole de monstruosité. C'est aussi cet accouplement qui sera à l'origine des premiers Dieux. C'est le temps qui séparera ensuite la mère et le fils. Cet inceste fondateur est associé à l'obscurité totale. Cela se retrouve dans les tragédies grecques, via l'histoire d'Oedipe. Il tue son père et épouse sa mère sans le savoir. Lorsqu'il apprend qui ils sont, il se crève lui-même les yeux, se plongeant dans une obscurité l'empêchant de voir ses crimes.

C'est au Moyen-Âge que la prohibition de l'inceste sera portée au plus haut degré en France, allant jusqu'à la parenté spirituelle des parrains et marraines.[1] Elle est énoncée dans l'Ancien Testament, dans le chapitre 18 du Lévitique : *“Nul d'entre vous ne s'approchera de quelqu'un de sa parenté, pour en découvrir la nudité”*. L'inceste est alors considéré comme un crime, menant à la peine de mort, voir au bûcher, dans les cas d'inceste parental et fraternel. L'enfant est considéré à cette époque comme consentant et actif dans l'interaction qui s'associe à un acte de luxure, et pouvait donc être lui aussi jugé responsable de ce crime et puni.

A l'époque moderne, l'inceste est aussi considéré moralement comme un crime, mais n'apparaît pas dans les textes de lois français.[1] Le tabou qu'il représente rendant rare les affaires judiciaires le concernant. Le conte populaire de Peau d'Âne écrit par Charles Perrault relate les mœurs de l'époque face à l'inceste. Dans cette histoire, le roi veut épouser sa fille, sans culpabilité face à ce tabou. La marraine de la princesse lui conseille de ne pas confondre les amours, rappelant ainsi l'interdit social de l'inceste. La jeune fille essaie de ruser puis s'enfuit. Le conte se termine de manière heureuse par le mariage avec un prince d'un royaume voisin. Il sert d'avertissement faisant entendre aux jeunes filles comment se protéger dans une société absolutiste où les filles sont réduites à merci.

Le siècle des Lumières marque un tournant quant à la prohibition de l'inceste, par la libération des mœurs et la laïcisation des lois. Sous le règne de Napoléon, le Code civil français (1804) interdit le mariage incestueux mais le Code pénal (1810) renonce à sanctionner l'inceste, anciennement considéré comme un péché. La sexualité devient une affaire intime, l'Etat n'a rien à faire dans les orientations sexuelles. Le père fait alors office d'écran entre sa famille et l'extérieur en tant que relai de la puissance de l'Etat. Depuis 1791, les viols et attentats à la pudeur avec violence sont sanctionnés surtout chez les mineurs de moins de 15 ans dans le Code pénal français. Ces derniers réalisés sans violence, nommé "crime de pédophilie", sont sanctionnés pour les mineurs de moins de 11 ans en 1832, 13 ans en 1863, et 15 ans en 1945. C'est en 1889 que la loi autorise le juge à déchoir le père de son autorité.

Le 20ème siècle marque l'avènement de l'ordre public, mais les violences sexuelles restent rarement et difficilement révélées. Elles le sont souvent par flagrant délit ou dénonciation anonyme. La violence est normale et légitime, et l'inceste est considéré comme étant un comportement rural arriéré. L'opinion commune est marquée par une forme de suspicion vis à vis des "prétendues victimes", qui "*n'ont que ce qu'elles cherchent*".[34] Cette idée est liée à une interprétation de la théorie du complexe d'Oedipe de S. FREUD, selon laquelle l'enfant a des fantasmes envers ses parents, qui ont pu être interprétés comme des désirs. Il s'était pourtant intéressé dans un premier temps à l'inceste en tant que cause de pathologie psychique à travers la théorie de la séduction, en 1896. Dans les années 1970, des travaux scientifiques au sujet des mauvais traitements sur les enfants débutent aux Etats-Unis et au Canada, et atteignent l'Europe au travers d'une importante médiatisation. Ces informations, relayées par les associations féministes et d'aide aux victimes et appuyées par les témoignages de femmes ayant vécu l'inceste, vont bouleverser l'opinion publique quant au statut de victime de l'enfant.

d) Etat actuel des considérations de l'inceste

La reconnaissance internationale des droits de l'enfant tels que stipulés dans la Convention internationale des droits de l'enfant (1989) témoigne d'une prise de conscience de la gravité des différentes formes de maltraitance et abus subis par les mineurs. Dans l'inconscient collectif, l'enfant devient un être pur et innocent à protéger, et qui ne peut pas être consentant dans un acte sexuel. C'est ainsi que l'inceste passe du champ privé au champ public. [1]

De nombreuses recherches, principalement épidémiologiques, sont effectuées à l'international à partir de l'observation des victimes pour démontrer les conséquences de l'inceste, surtout dans les années 1980. Cette victimisation de l'enfant se retrouve dans les définitions données à l'inceste. Par exemple, SGROI parle d'abus sexuel intra-familial ou de *“l'exploitation sexuelle incestueuse d'un enfant”*[16], ce qui correspond pour lui à l'imposition de toute forme d'actes sexuels à un enfant ou à un adolescent par un parent, un beau-parent, un membre du groupe familial élargi ou une figure parentale de substitution ou exerçant un rôle éducateur, *“l'autorité et le pouvoir permettent de contraindre l'enfant à la soumission sexuelle”*. [16]

Le Code pénal français actuel, dont la première édition date de 1994, intègre les abus sexuels sur mineurs. L'abus sexuel caractérise tout geste à caractère sexuel d'un adulte vers un enfant. Cette terminologie exprime l'impossible consentement d'un enfant à participer à une activité sexuelle. Parmi les abus sexuels se trouvent les délits: de corruption de mineur (initiation à un vice tels que la pornographie, les démonstrations actée, etc); de harcèlement sexuel (agissements hostiles à connotation sexuelle répétés); d'atteinte sexuelle sur mineur (activité sexuelle avec ou sans pénétration, réalisée sans violence, contrainte, menace, ni surprise); d'agression sexuelle (activité sexuelle sans pénétration, réalisée avec violence, contrainte, menace et/ou surprise); et le crime de viol (agression sexuelle avec pénétration).

Les infractions non spécifiées “sur mineurs” sont aggravées lorsque la victime est âgée de 15 ans ou moins. Depuis 2002, l'agression sexuelle (viol inclus) est aggravée *“lorsqu'elle est commise par un ascendant légitime, naturel ou adoptif, ou par toute autre personne ayant autorité sur la victime”*⁴. Les revendications des associations des victimes d'inceste fera apparaître le terme d'inceste seulement pour les cas de mineurs, dans le Code pénal français en 2016⁵. Il est ainsi énuméré les degrés de parenté concernés, et y intègre que *“la juridiction de jugement doit se prononcer sur le retrait total ou partiel de cette autorité ou sur le retrait de l'exercice de cette autorité”*.

La justice française condamne donc toute infraction sexuelle commise envers un mineur, d'autant plus lorsqu'il est réalisé par un proche. Pourtant, les statistiques montrent que 70% des plaintes pour viol sur mineur sont classées sans suite, et la moitié des 30% instruites sont qualifiées et décorrectionnalisées⁶.

L'inceste adulte-mineur est donc prohibé en France depuis le début de la civilisation au travers de la loi morale et/ou écrite, religieuse et/ou gouvernementale. Cependant, sa pratique a été fluctuante en fonction des époques. Divin, réprimé, accepté, dénié, l'inceste est aujourd'hui dénoncé, pris en charge et étudié.

Nous allons à présent aborder les cadres familiaux décrits par les auteurs comme favorisant l'apparition d'actes incestueux.

⁴ Article 222-28 du Code pénal français.

⁵ Article 222-31-1 du Code pénal français.

⁶ Infostat justice, 2018.

2) Familles incestueuses

a) Approche systémique de la famille.

La **systémique** nous enseigne que la famille, premier milieu dans lequel baigne l'enfant, est constituée d'éléments en interaction et fonctionne donc comme un système. Le psychologue clinicien et expert auprès des Tribunaux et du Ministère de la Justice Yves-Hiram HAESEVOETS exprime la complexité multidimensionnelle que représente la famille: *“nouée à un axe transgénérationnel et intergénérationnel, et structurée selon des lois, règles et frontières, elle est le point d'ancrage où convergent l'intrapsychique (l'inconscient et l'archaïque), l'individuel (le psychologique et l'inter-relationnel) et le collectif (la Société, son histoire et sa culture)”*. [16]

La famille est donc à considérer dans toutes les dimensions qui la composent. Pour comprendre la présence d'actes incestueux au sein d'une famille, il s'agit donc de prendre en compte les différentes dimensions qui la constituent. Il apparaît nécessaire de s'intéresser aux différentes relations qu'entretiennent chaque membre, avec lui-même et avec les autres membres de sa famille car *“l'inceste ne concerne pas que le couple incestueux, mais l'ensemble de la famille dans lequel il évolue. La compréhension du système familial permet d'analyser la part qui lui revient dans l'éclosion, l'entretien ou le bétonnement de l'inceste”*. [34] Chaque membre possède une place, établie de manière consciente ou non, dans un système complexe *“analogue à celui d'une toile d'araignée”*. [16]

b) La recherche d'équilibre affectif

Le psychiatre et psychothérapeute Jorge BARUDY propose, à partir de ses observations cliniques, trois types d'organisation familiale présente dans l'inceste père-fille. [3]

La **famille enchevêtrée et dévouée** correspond aux familles dans lesquelles les parents ont eu, dans l'enfance, pour rôle de combler les carences psycho-affectives de leurs parents, et qui en attendent de même de leurs enfants. Ils ne veulent pas voir grandir leurs enfants et pensent garantir l'unité familiale en réalisant l'inceste. Les enfants sont doués, ils deviennent les “nourous” des adultes.

La **famille promiscue, chaotique et usurpatrice** correspond aux familles dans lesquelles les parents ont vécu, dans l'enfance, de nombreuses expériences de carences multiples (économiques, matérielles, psycho-affectives). Ce type de famille entretient un état fusionnel où la loi n'a pas de prise, elle *“s'isole du monde, [...] il n'y a pas d'intimité possible, pas de coin à soi, pas d'affaire à soi et tout le monde sait tout sur tout le monde”*. [1] Les différences sont déniées, la famille fonctionne dans une *“symbiose relationnelle”* [1] où les membres tentent de s'approprier le corps de l'autre dans une *“culture d'usurpation”*. [3] Les pères abuseurs sont décrits comme ayant *“l'identité désorganisée, ondulant dans le registre de la confusion des sexes et des générations, fonctionnant dans le déni et le clivage. Ils confondent leur fille avec leur femme et leur mère et sont persuadés d'être dans l'amour vrai partagé par leur fille consentante”*. [34]

La **famille rigide, absolutiste et totalitaire** correspond aux familles dans lesquelles les parents font régner un modèle éducatif violent et totalitaire qui leur a été inculqué dans leur enfance. Le plus souvent, le père est despotique et rigide, et la mère est soumise au système de croyance de son mari, et souvent l'enfant s'y identifie aussi. Les règles inculquées sont absolues. Ce système comporte des carences très importantes au niveau de la tendresse, du respect de l'individualité, de l'expression des émotions. Le seul moyen pour le père de recevoir de la tendresse sans transgresser son monde moral est d'abuser du plus faible, ce qu'il nie entièrement.

Une autre étude de J. BARUDY le mène à indiquer que des difficultés de gestion émotionnelle du parent seraient l'une des deux raisons principales qui peut mener l'adulte à réaliser un acte incestueux.[4] L'autre raison peut être liée aux conflits familiaux, ce qui s'explique par deux fonctions psychologiques différentes : soit le processus peut permettre d'éviter les conflits émotionnels et sexuels en déniaient le déséquilibre du couple parental ; soit il permet de les régler lorsque ceux-ci sont énoncés.[16]

Le climat familial régnant dans les familles incestueuses peut donc être très différent en fonction des caractères et des rôles de chacun de ses membres. Cependant, on y retrouve un point commun : les carences, affectives à minima.

Suzanne B. ROBERT OUVRAY, docteur en psychologie clinique et psychomotricienne, aborde le sujet des familles incestueuses dans son livre Enfant abusé, enfant médusé. *“D'un point de vue psychomoteur, ces familles présentent toutes les caractéristiques des défaillances intégratives”*. [35] Cela signifie que les besoins de mise en sens des éprouvés du bébé n'ont pas été comblé par les parents. Dans la famille incestueuse, *“l'interprétation des stimulation par le verbal et le cognitif est très peu présent. [...] Aussi, la plupart du temps, la mère est incapable de se lier émotionnellement avec son bébé car la séparation lui est difficile voir impossible. [...] Il n'y a pas d'attachement et l'enfant reste dépendant, en attente”*. [35] Ainsi, la tendresse et les mots sont deux composantes souvent déficientes dans ces familles, car les parents sont pris dans leurs propres carences.

c) *Les besoins affectifs de l'enfant*

La carence affective provient de la dépendance affective qu'a tout enfant envers son milieu. La **théorie de la néoténie humaine** nous apprend que, du fait de sa prématurité programmée, l'enfant naît dans un milieu duquel il sera entièrement dépendant sur une longue période en comparaison aux autres mammifères. Le psychiatre et psychanalyste René SPITZ démontre à travers ses travaux sur l'**hospitalisme**, état dépressif se manifestant chez les bébés séparés précocement et donc privés de lien affectif, que le bébé humain a des besoins affectifs vitaux.

L'**accordage affectif** théorisé par Daniel STERN éclaire en partie les processus qui y sont mis en oeuvre. En effet, la reconnaissance par l'enfant d'images positives sur le visage et dans le regard du parent provoque une résonance émotionnelle sécrétant des endorphines nécessaires au bon développement de l'enfant. Cet accordage émotionnel se lie à l'accordage tonique puisque, au regard des travaux du neuropsychiatre et psychanalyste Julian DE AJURIAGUERRA, le bébé et le parent communiquent au moyen du **dialogue tonico-émotionnel**. Ce canal de communication permet une interaction entre le tonus musculaire du parent et du bébé. Le tonus correspond à la tension des muscles, et constitue l'un des moyens d'expression des émotions. Ainsi, l'enfant ressent les états tonico-émotionnels de son parent. il peut s'apaiser et se sentir bien lorsqu'ils sont accordés, ou exprimer son mécontentement de manière tonique, en rompant le lien.

La **théorie de l'attachement** du psychiatre et psychanalyste britannique John BOWLBY suit cette notion de dépendance, en montrant que l'attachement parent-enfant est très important dans son développement. L'attachement constitue un lien affectif entre l'enfant et son parent, qu'il peut utiliser comme un port de sécurité lorsqu'il est en situation de détresse, puis comme une base de sécurité à partir de laquelle il peut à nouveau explorer lorsque le danger a disparu. Lorsque l'enfant est stressé, c'est la réponse comportementale du donneur de soin qui permet la régulation externe des émotions. L'enfant ainsi revenu à un état calme peut être disponible à l'exploration et au jeu.

Un désaccordage émotionnel peut avoir des répercussions sur l'enfant. Un parent qui désapprouve un comportement de son enfant va le lui faire savoir par son expression faciale et/ou son ton de voix. Cela provoque chez l'enfant un sentiment de honte.[5] Il passe d'un état émotionnel positif (activité du système orthosympathique) à un état de stress (activation du système parasympathique dorsal libérant du cortisol). Ce sentiment pourra être régulé par la capacité d'auto-régulation des affects du parent lui-même, créant le réaccordage, et permettant ainsi à l'enfant d'intégrer la compétence d'autorégulation des affects négatifs. L'enfant vivant une expérience positive après une expérience négative apprend ainsi que l'émotion négative peut être supportée et surmontée.

d) *Quand l'enfant carencé devient père*

Un parent qui n'a pas profité de cette régulation émotionnelle n'a pas pu acquérir ce mécanisme d'**autorégulation**, et, par conséquent, ne pourra pas le mettre en place avec son enfant, qui n'y aura pas accès non plus. Ce mécanisme se retrouve très clairement dans les familles incestueuses. La pédopsychiatre Marie DROUET, dans son article sur *la dynamique des familles abusives*, explique le passage à l'acte comme permettant la chute des tensions internes du parent, pour qui "*toute frustration est vécue comme un danger, une menace de désorganisation psychique*".[1] Le parent cherche à travers l'acte sexuel à expulser des tensions internes incontrôlables et/ou à se remplir d'un vide affectif désorganisant, en utilisant son enfant.

Le parent, en tant qu'ancien enfant, n'a souvent pas pu intégrer une image parentale suffisamment bonne. Le père carencé s'identifie à ses propres parents carencés et attend de son enfant qu'il réponde à ses besoins de reconnaissance et de tendresse. *“L'abuseur aurait manqué d'ajustement inaugural qui procure l'unité narcissique et favorise l'attachement sans lequel le détachement n'est pas possible”*. [35] C'est le même mécanisme de défaut d'intégration que l'on retrouve ici chez l'enfant et chez le parent.

Le psychanalyste Sandor FERENCZI décrit le phénomène de **confusion des langues** selon lequel l'adulte répond par la passion à la demande de tendresse que lui adresse son enfant. Or, si la tendresse est nécessaire au développement psycho-affectif de l'enfant, la passion est un procédé adulte, non symbolisable par l'enfant prépubère: *“ils confondent les jeux des enfants avec les désirs d'une personne ayant atteint la maturité sexuelle, et se laissent entraîner à des actes sexuels sans penser aux conséquences”*. [14] L'enfant se retrouve ainsi en situation d'avoir à agir comme un adulte alors qu'il n'en a pas encore les capacités. L'enfant est alors bloqué dans ce fonctionnement, car *“l'inceste est de l'infantile chez adulte qui l'impose, et il emprisonne dans l'infantile l'enfant qui y participe”*. [1]

e) *L'enfant, objet qui comble*

Avant même l'apparition des abus, la défaillance des parents peut atteindre l'enfant dans son développement psychomoteur. *“L'enfant dont les sentiments ne sont jamais pris en compte ni respectés se sent continuellement trahi. Ses mouvements et ses émotions puis ses paroles sont comme dévalorisés”*. [35] De plus, il est possible que le parent manque de variabilité dans ses réponses tonico-émotionnelles, n'alternant pas entre tension et détente. Cela ne fait pas exister l'espace lui permettant de se différencier et s'individualiser. *“La détente n'est pas suffisante, et la bipolarité s'immobilise. Dans le pôle bon il y aura l'amalgame bon enfant-bon parent et dans le pôle noir, l'amalgame mauvais enfant-mauvais parent”*. [35] Selon S. ROBERT-OUVRAY, c'est en cela que l'enfant peut adhérer à la nouvelle proposition relationnelle du parent, puisqu'il *“sent enfin l'écart dont il a tant besoin pour exister en tant que sujet libre. Il ne se sent plus si mauvais puisque quelqu'un s'intéresse à lui et lui donne de l'affection.”*. [35]

L'abus sexuel comble le parent, mais souvent - voir toujours - au détriment de son enfant. *“La relation est pervertie car basée sur la soumission et la terreur”*. [35] L'enfant est alors enfermé dans une relation d'emprise aliénante, dépossédé de ses désirs et transformé en “objet”. Son abnégation est nécessaire si il veut rester le bon objet, et donc être aimé et protégé par sa famille. *“L'enfant, objet de satisfaction narcissique du parent, n'a pas le droit de dire non, de s'opposer, de s'affirmer. Le chantage affectif implicite ou explicite est souvent bien intériorisé par le petit qui devient le garant illusoire de la non souffrance du parent”*. [35] L'enfant est mis au service de la réparation de la carence parentale.

Dans tous les cas, la petite fille abusée apparaît comme un objet au travers duquel s'exprime le déséquilibre familial, "*confusément, elle finira par savoir qu'elle assume un rôle central et protecteur dans l'équilibre de son père, le bien-être de sa mère et la sauvegarde de la famille*". [1]

Il lui revient de maintenir l'équilibration de la famille en maintenant le secret. Il est aisé de percevoir combien la charge est lourde et conséquente, puisque l'enfant sera rendu et/ou se sentira responsable de l'effondrement familial s'il advient. De ce sentiment de responsabilité peut découler un sentiment de culpabilité, qui sera plus ou moins alimenté et renforcé par le discours familial, social ou judiciaire.

f) *Différentes places de la mère*

La place de la mère dans le système familial à transactions incestueuses a été abordée de nombreuses fois dans la littérature. J. BARUDY propose deux cas de figure dans lesquels le rôle de chacun des membres se lie entre eux: elle peut être une femme soumise à un mari absolutiste dont la fille est adultifiée, ou être une femme dominatrice, contrôlant son mari infantile et dont la fille est dominée.[3]

Les théories sont toutefois controversées à son égard.[1 ; 16 ; 34] Souvent présentée comme démissionnaire parentale et sexuelle, elle semble avoir été elle-même négligée par sa mère et/ou avoir vécu des traumatismes dans l'enfance, sexuels ou non. Le défaut de lien précoce avec son enfant est souvent relevé par les auteurs, qui le mettent en lien avec ses propres carences.

Qualifiée de fuyante, frustrante, immature, paresseuse, instable, alcoolique, névrotique, dépressive, psychotique, agressive, manipulatrice, autoritaire, il n'est pas possible de déterminer un caractère typique chez ces femmes. A propos de son implication dans les abus, elle peut être présentée comme co-auteur et complice, manifestant une surdité envers l'enfant consciente ou inconsciente, feignant l'ignorance, ou réellement ignorante. Sa place est variable mais elle peut être déterminante dans le degré abusif de la famille.

Quant à sa réaction lors de la révélation, elle est décrite comme pouvant être culpabilisante, responsabilisante, rejetante, déniante car préoccupée, mais aussi parfois à l'écoute et soutenante. Somme toute, l'étude du rôle de la mère dans le système d'une famille incestueuse montre combien les situations peuvent être différentes. Chaque situation formera un vécu et des interprétations de l'enfant, qui peuvent se maintenir au cours du temps.

g) Transmission entre générations

La docteur en psychologie et psychanalyste Alice MILLER postule qu'un parent risque de reproduire un événement refoulé dans l'enfance en adoptant le même comportement ou son contraire.

“Les parents qui ont dû refouler les abus qu'ils avaient eux-mêmes subis, et ne les ont pas consciemment vécus, risquent de souffrir à leur tour d'une très forte insécurité vis-à-vis de leurs enfants. Ou bien ils répriment les élans de tendresse les plus authentiques, de peur de séduire l'enfant, ou bien ils infligent inconsciemment à cet enfant ce qui leur a été infligé, sans pouvoir se représenter ce qu'ils lui font exactement, puisqu'ils ont dû eux-mêmes tenir à l'écart ce qu'ils avaient dû éprouver”.⁷[16]

Les deux phénomènes présentés (répression/séduction) sont deux pôles d'une même problématique. Ainsi, les carences affectives se transmettent de générations en générations, donc de manière **intergénérationnelle**. Les abus peuvent eux sauter des générations du fait de la possible alternance avec une génération réprimant le phénomène: c'est la transmission **transgénérationnelle** des comportements parentaux, qui concerne des générations pouvant être éloignées.

La chercheuse américaine en travail social Kathleen COULBORN-FALLER a repéré dans l'échantillonnage de son étude que dans tous les cas d'inceste où l'abuseur est le père, les deux parents ont été abusés dans l'enfance⁸.^[16] Le facteur intergénérationnel n'est pas le seul à entrer en ligne de compte et ne fonctionne pas selon un mécanisme de cause à effet. Il est cependant un facteur de risque important.^[16]

La famille comportant des transactions incestueuses décourage l'expression du vécu émotionnel, le respect de l'intimité et de la différence, et favorise la dépendance. Cela expose l'enfant à un climat familial négligent et maltraitant, un climat délétère pour le développement de l'enfant.

Nous allons à présent aborder la manière dont l'enfant peut vivre l'acte sexuel incestueux, tel qu'il est décrit dans la littérature. Les auteurs ont principalement écrit à partir d'observations cliniques menées sur des patients pris en charge dans des institutions médicales. Ainsi, ces descriptions concernent principalement les enfants qui ont été traumatisés par ces actes. Il semble difficile d'affirmer que tous les enfant ayant vécu un inceste de leur père durant l'enfance soient traumatisés puisque tous les cas d'inceste ne sont pas révélés. Cet écrit concerne cependant les personnes ayant été traumatisées par ces actes.

⁷ MILLER, A. (1986). *L'Enfant sous terreur*. p.188, cité par Haesevoets

⁸ COULBORN FALLER K. (1989). Why sexual abuse ? An exploration of the intergenerational hypothesis, *Child Abuse and Neglect*, vol. 13, 543-548, cité par Haesevoets

3) Vécus chez l'enfant

a) *Phénoménologie de l'interaction incestueuse*

L'interaction incestueuse se déroule selon plusieurs étapes. C'est avec une approche phénoménologique que Yves-Hiram HAESEVOETS les détaille dans sa synthèse des connaissances actuelle sur l'inceste.[16]

La **phase initiale** correspond à l'installation d'un milieu favorisant l'interaction. Elle comprend dans un premier temps la recherche d'intimité, où le parent fait en sorte d'être seul avec l'enfant. Par cette intimité et par l'autorité légitime qu'il possède par son rôle de parent, il a accès au corps de l'enfant, puisque celui-ci n'est pas censé se méfier de l'adulte supposé protecteur. L'adulte peut alors inciter l'enfant à participer à l'activité sexuelle, en la normalisant, la récompensant, et/ou en la présentant comme ludique par exemples. L'enfant, stimulé affectivement par cette nouveauté relationnelle, sera pris dans un mouvement d'excitation-incitation dépassant son entendement émotionnel, cognitif et moral. L'adulte peut en arriver à forcer le contact, de manière implicite ou en utilisant la violence. Cette phase peut aussi ne pas être préméditée, dans le cas où le parent interprète de manière erronée la recherche de tendresse de l'enfant.

La **phase d'interaction sexuelle** peut se dérouler progressivement, par exemple en partant du regard par l'exhibition, et/ou par l'attouchement, pour en arriver ou non à la pénétration : par des gestes pénétrants (fellation, toucher anal, oral, génital) et/ou par des pénétrations génitales franches (pénis ou objet).

La **phase du secret** est indispensable à l'installation de l'abus car elle permet sa répétition et sécurise l'abuseur. La pression peut s'installer par la persuasion, la gratification, la menace verbale par la contrainte psycho-affective (par la tristesse ou la colère) ou par la violence verbale (menace de faire du mal, de tuer), et/ou la menace physique.

A la suite de ces trois étapes peut advenir la **phase de divulgation**, accidentelle ou volontairement préméditée. Cette phase est un moment de crise et de perte d'homéostasie pour la famille, pour qui l'équilibre reposait sur le secret. Cela peut ensuite entraîner la **phase répressive** durant laquelle la famille pousse l'enfant à se rétracter, qui permet de rétablir l'équilibre familial.

b) *De la sexualité infantile à la réalité de sexualité adulte*

L'organisation sociale actuelle tient normalement à l'écart les enfants des pratiques sexuelles des adultes. Si S. FREUD a mis en avant l'existence d'une sexualité infantile, celle-ci n'est pas du même ressort que celle des adultes. Durant la petite enfance, l'enfant découvre son corps en s'explorant, dans une découverte naturelle et à son rythme. Une part de cette exploration peut aussi se faire en relation, à travers des jeux tels que jouer au docteur.

S. ROBERT-OUVRAY rappelle que *“la sexualité de l'enfant, ce n'est pas de rentrer son sexe dans celui du copain, c'est de découvrir la différence et de faire connaissance. C'est le processus psychomoteur de différenciation et d'organisation à l'oeuvre au niveau de la réalité des corps”*.^[35] La connaissance des différentes parties de son corps et de leurs relations fait partie du développement psychomoteur. Développer la connaissance de son schéma corporel permet d'intégrer des représentations d'un soi fonctionnel, pouvant entrer en interaction avec l'environnement de manière adaptée dans ses intentions. Ce processus concerne tout le corps, et la découverte de ses parties génitales se fait généralement entre 3 et 6 ans.

C'est à cette phase que l'enfant investit ses parents d'identifications teintées d'amour et de haine d'après S. FREUD. En effet, le complexe d'Oedipe prend place chez l'enfant dans une dynamique identificatoire. Or l'inceste, en forçant l'accès à la connaissance de la sexualité et en rendant réels les fantasmes oedipiens, leur fait perdre leur pouvoir symbolique structurant et leur confère plutôt un aspect effrayant et envahissant. Ainsi, *“on passe d'une scène originare fantasmatique, point de repère organisateur pour l'enfant, à une scène dans la réalité où l'enfant est happé par le désir sexuel du parent”*.^[1] Cela peut avoir pour effet de bloquer son activité idéique et fantasmatique puisqu'il se retrouve bloqué dans le réel: *“l'abus sexuel est trop prégnant sur l'imaginaire et l'enfant ne peut s'en détacher pour imaginer ou fantasmer”*.^[1]

Ce **choc psychique** est expliqué, selon S. FERENCZI, par la différence de nature des attentes de la relation entre l'enfant et l'adulte.^[14] D'un côté, l'adulte, dans une démarche séductrice, demande et attend la satisfaction d'un désir dont l'objet et la finalité sont très définis, de l'ordre du désir sexuel et de la passion ; de l'autre, l'enfant, en demande de tendresse, a une attente affective globalement diffuse.

L'enfant peut alors dans un premier temps ne pas comprendre ce qu'il advient de cette interaction. Cependant, si il n'avait pas connaissance de la prohibition de l'inceste, l'imposition du secret, par la gravité sociale que représente la transgression, pousse l'enfant au silence tout en lui faisant comprendre l'anormalité de l'événement. L'enfant se retrouve dans un conflit affectif entre sentiment d'être victime, pour répondre à ses besoins propres, et culpabilisation, répondant aux besoins de son parent, de qui il est dépendant et dont il doit rester un objet d'amour si il veut être protégé et aimé, ce qui correspond souvent aussi à un besoin vital pour l'enfant.

Pour S. ROBERT-OUVRAY, l'effet traumatisant de l'interaction résiderait plutôt dans l'atteinte du lien d'attachement. L'enfant, qui commençait à se différencier de ses images parentales par une interaction tendre et bienveillante lors de la phase initiale, retombe dans la confusion des identités. La trahison du père fait disparaître le "bon" du parent, et donc le "bon" de l'enfant. *"Il ne reste plus que le noir et le mauvais. Tout est tendu, c'est le vide d'affects et de mots. L'enfant est paralysé dans son corps et sidéré dans ses processus de pensée"*.^[35] Ainsi, *"le trauma chez l'enfant est une surstimulation qui met en jeu la relation à autrui, le lien interhumain qui lui permet de se construire"*.^[35]

Pour HAESEVOETS, *"l'abus sexuel est presque toujours une expérience néfaste, déconcertante, bouleversante, destructrice ou traumatisante; principalement parce que l'exploitation sexuelle recouvre un degré de stimulation ou d'excitation bien supérieur à ce que l'enfant est capable d'éprouver, d'appréhender ou d'assimiler"*.^[16] Le fait qu'il soit sur-stimulé dépasse alors ses capacités cognitives, il est pris au dépourvu et ne sait comment y répondre.

Cela se place dans la lignée des travaux du psychanalyste S. FERENCZI à propos du traumatisme sexuel.^[28] En effet selon lui, lorsque les sollicitations sexuelles deviennent des actes portés sur le corps, l'enfant les ressent comme un viol psychique et physique qui revêt un caractère effractant.

c) *L'effraction psychocorporelle*

L'effraction signifie en droit public une pénétration forcée dans une propriété. En psychologie, elle concerne la violation de l'intimité psychique. Or, selon la psychomotricienne Catherine POTEL, l'intimité psychique se construit par l'intimité du corps.^[33]

L'**intimité corporelle** c'est *"avoir un corps à soi"*, donc différencié de l'autre, selon C. POTEL. C'est d'avoir *"des repères, se connaître, avoir des sensations et des perceptions qu'on peut intégrer (faire entrer à l'intérieur de soi) en lesquelles on a confiance, sur lesquelles on peut s'appuyer"*.^[33] L'intimité psychique prend forme à partir de l'intimité corporelle, et elles sont liées par la sensorialité. Le corps est éprouvé comme étant à soi, et les pensées sont perçues comme personnelles, contenues dans l'enveloppe psychique, ce qui constitue l'intimité psychique. Le secret est possible, l'individu maîtrise ce qui est de l'ordre de l'intersubjectif de ce qui lui appartient. L'intimité concerne donc ce qui est propre à l'individu.

C'est de la différenciation et du sentiment d'unicité et d'enveloppe que naît l'intimité corporelle puis psychique. Le corps est normalement perçu comme un espace clos, séparé de l'extérieur par la barrière de la peau. La perception de l'enveloppe corporelle se met en place par les expériences sensori-motrices du tout petit. Selon le pédopsychiatre et psychanalyste britannique Donald W. WINNICOTT, c'est dans le portage contenant, *le holding*, et dans les sensations lors des soins, *le handling*, que le bébé peut se percevoir et se différencier de la personne qui le soigne. Cela lui permet de percevoir ce qui lui est interne de ce qui lui est externe, le dedans et le dehors. Ainsi se créent les limites qui forment son **sentiment d'enveloppe**.^[38]

Le bébé se sent contenu dans les bras de sa mère, mais il en est différencié par sa propre peau. Sa peau contient tout son intérieur. Ce corps biologique sensible va alors, selon le psychanalyste Didier ANZIEU, étayer l'émergence de la représentation d'un Soi : c'est le **Moi-peau**. La projection de la surface du corps dans le psychisme forme ainsi un feuillet. Ce feuillet correspond à l'enveloppe psychique, créée par projection sensorielle de l'enveloppe corporelle.

D. ANZIEU définit 8 fonctions du moi-peau[38] :

1. **Fonction contenante** : comme la peau recouvre la surface du corps, le moi-peau enveloppe la psyché et la contient. Cette fonction se développe par l'intériorisation du handling maternel.
2. **Fonction de maintenance du psychisme** : de la même façon que la peau remplit une fonction de soutènement du squelette et des muscles, le moi-peau maintient le psychisme. Cette fonction se développe par l'intériorisation du holding maternel et donne à la psyché un appui interne.
3. **Fonction de pare-excitation** : la couche externe de la peau a une fonction de protection contre les stimulations ; de même, le moi-peau protège la psyché contre les excès d'excitations externes.
4. **Fonction d'individuation** : la peau humaine présente des différences individuelles qui permettent de s'affirmer comme individu différencié ; il en est de même pour le moi-peau.
5. **Fonction d'intersensorialité** : la peau est la surface qui relie les sens, ce qui fonde l'unité psychique.
6. **Fonction de soutien de l'excitation sexuelle** : le moi-peau est une surface sur laquelle, dans le développement normal, des zones érogènes sont localisées et la différence des sexes reconnue.
7. **Fonction de recharge sexuelle** pour maintenir et organiser l'énergie libidinale.
8. **Fonction d'inscription** des traces sensorielles tactile, liant le sujet au monde extérieur dans une dimension sociale.

Ainsi le moi-peau transforme la sensation tactile contenante en représentation d'un corps contenant, et ainsi en représentation d'un soi contenant. C'est à partir de ce corps, dans sa fonction primaire d'enveloppe, que peuvent se développer les pensées.

L'intimité ne se dévoile normalement que lorsque le sujet souhaite partager ce qu'il considère comme intime avec l'autre. Dans l'abus sexuel, l'enfant peut se sentir **effracté**. Il se sent alors forcé, par la violence ou non, ce qui l'atteint dans son intimité psychocorporelle. Il n'est pas maître de son corps, débordé par la jouissance et le pouvoir de l'autre. Empêché dans son intimité corporelle, marquant normalement la limite entre soi et l'autre, entre le dedans et le dehors, l'intimité psychique est atteinte aussi.

La barrière de l'intime n'étant pas respectée, le sentiment d'être "intrusé" par l'autre apparaît. Cela explique que certains enfants victimes d'inceste ne respectent pas les distances relationnelles socialement admises, étudiées par la proxémie, se sentant intrusés à distance normalement perçue comme grande, ou instrusant l'autre à distance normalement perçue comme petite. Dans l'abus sexuel effracting pour l'enfant, le corps est atteint dans "sa dimension d'enveloppe psychique pour être déchiré et transformé en une autre dimension inconnue et confuse". [34] L'accès au corps est forcé. L'enveloppe corporelle semble être transpercé. Les afférences sensorielles ne peuvent être intégrées, étant trop intenses et/ou sans sens.

S. FREUD, lorsqu'il théorise en 1920 une approche économique du traumatisme, est amené à préciser que ce sont les **capacités d'intégration** du sujet, c'est à dire les capacités permettant de rendre subjectivable une expérience, qui donneront ou non à un événement sa valeur traumatique. Le phénomène d'effraction se produit lorsque le processus d'intégration est mis à défaut. L'enveloppe psychique ne peut assurer sa fonction de pare-excitation et de contenance. "*L'appareil psychique s'effondre en dedans en quelque sorte, la structure s'écroule à l'intérieur même de son antre*".[11] Il produit alors une forme d'inscription mnésique non symbolisable, car en deçà des capacités de représentation du sujet. Cette effraction entraîne une réaction de stress.

d) La sidération

Le **stress** est un réflexe neurobiologique, physiologique et psychologique d'alarme, de mobilisation et de défense de l'individu en réponse à une agression, une menace ou une situation inopinée. Face à une situation dangereuse, l'amygdale est programmée pour déclencher immédiatement une réaction émotionnelle de survie, automatique et non-consciente. Servant d'alarme, elle prépare l'organisme à fournir un effort exceptionnel pour échapper au danger. Quatre réponses seront alors mises en place :

- une **réponse comportementale**, se manifestant par un sursaut, l'évitement ou l'immobilisation. Elle est due à l'action sur la substance grise péri-aqueducale ;
- une **réponse végétative** par activation du système nerveux autonome sympathique avec libération par les médullo-surrénales de noradrénaline et d'adrénaline augmentant le rythme cardiaque et la pression artérielle, préparant le sujet à la fuite ou à l'attaque ;
- une **réponse endocrinienne** dans un second temps, par action sur l'axe hypothalamo-hypophyso-surrénalien qui aboutit à la sécrétion de cortisol par les corticosurrénales ;
- une **réponse motivationnelle** par action sur le striatum et le nucleus accumbens qui active le circuit récompense/renforcement par libération de dopamine.

Si le stress n'est pas trop intense, le sujet va ensuite pouvoir le moduler. Pour cela, le cortex cérébral analyse les informations, consulte les traces mnésiques se rapportant à l'événement, en les mettant en lien grâce à l'hippocampe. Le cortex peut alors élaborer des stratégies pour répondre de manière adaptée à la situation, pour enfin se réguler.

Lorsque c'est le parent qui produit la situation de menace et/ou d'agression, l'enfant va ainsi très probablement se retrouver en situation de stress. Cette réaction va logiquement provoquer chez lui une réaction comportementale d'immobilisation, de fuite ou d'attaque. Mais, lorsque l'enfant, soumis par la position d'autorité que le parent représente, ne peut ni fuir ni attaquer, la seule réponse possible est l'immobilisation. L'enfant entre alors en état de **sidération** : son cortex est incapable de fonctionner, c'est l'**effroi** et la **confusion**.^[41] Ce choc psychique est nommé "réaction aiguë à un facteur de stress" dans la Classification Internationale des Maladies numéro 10 (CIM-10).

Du fait de cet état sidéré et de l'immaturation psychique de l'enfant, le cortex est dans l'incapacité d'analyser la situation et d'y réagir de façon adaptée. L'enfant ne peut plus ni agir ni penser. Sans régulation corticale, le stress continue d'augmenter. Cet état forme un risque vital cardio-vasculaire (excès d'adrénaline) et un risque d'atteintes neurologiques graves (excès de cortisol). Le cerveau fait **disjoncter** le circuit émotionnel en sécrétant des endorphines et des antagonistes des récepteurs MDMA.

Les connexions entre l'amygdale et les autres structures du cerveau qui intervenaient dans la situation sont alors brutalement interrompues par la disjonction du circuit émotionnel. Les stimuli traumatiques vont continuer à arriver via le thalamus au cortex sensoriel, ils vont être traités par le cortex associatif mais sans connotation émotionnelle, sans souffrance psychologique, sans souffrance physique.

Cette disjonction du circuit émotionnel peut être à l'origine d'une **dissociation traumatique**. Ce trouble de la conscience mène la victime à agir en "automate". Elle peut prendre plusieurs formes :

- la dépersonnalisation donne au sujet le sentiment de ne pas pouvoir agir ;
- la déréalisation rend la situation irréaliste, comme rêvée ou vécue d'un point de vue extérieur ;
- la dissociation de l'identité fait agir le sujet au delà de ses capacités, en créant une autre personnalité qui agit pour lui.

L'hippocampe, déconnecté de l'amygdale, ne va plus recevoir le contenu de la mémoire implicite émotionnelle. Celle-ci ne peut alors pas être transformée en mémoire déclarative autobiographique et affective (de manière totale ou partielle), d'où des troubles de la mémoire pouvant aller jusqu'à l'amnésie traumatique totale.

L'enfant est alors tétanisé, dans une paralysie totale, physique et psychique. Il ne sent plus la terreur, au prix de se couper de tout son fonctionnement psychocorporel. Il ne perçoit plus ses sensations extérieures et intérieures et s'est coupé de sa motricité : il s'est **clivé**. Ce mécanisme peut impacter toute la structure psychocorporelle de l'enfant, et ainsi la manière dont il va se structurer ensuite dans son développement, autant sensori-moteur que psycho-affectif.

e) *La traumatisation sexuelle*

Le directeur de recherche et sociologue D. FINKELHOR et la docteur en psychologie A. BROWNE ont décrit le processus de **traumatisation sexuelle** dans le cadre d'un programme de recherche sur les violences familiales aux Etats-Unis.[16] Ils expliquent certains mécanismes qui se jouent dans le vécu et la construction psychique de l'enfant abusé au sein de sa famille. Le processus de traumatisation sexuelle présente un modèle selon lequel l'abus sexuel comporte quatre dynamiques traumatisantes, plus ou moins présentes en fonctions des cas. Celles-ci modifient le concept de soi de l'enfant, sa vision du monde et ses capacités affectives.

L'**impuissance**, consécutive à la position de dépendance et de soumission de l'enfant, accentue son insécurité psycho-affective. L'espace corporel de l'enfant est envahi et celui-ci ne peut se sortir de cette situation, qui plus est se répète souvent plusieurs fois. Il reste bloqué dans son mal-être.

La **stigmatisation**, mécanisme de dévalorisation atteignant l'image de soi, est liée aux sentiments de honte et de culpabilité qui émergent chez l'enfant abusé. Ces sentiments peuvent venir du dénigrement de la part de l'abuseur ou de la famille, de l'imposition du silence (anormalité et responsabilité provoquent honte et culpabilité), d'une réaction négative lors de la révélation, de la connaissance des tabous sociaux, etc.

La **trahison** est le sentiment produit par la désillusion face au fait que le parent supposé protecteur ne l'est pas. Il ne respecte pas les besoins de son enfant, il fausse les relations interpersonnelles en abusant de la relation de confiance. Ce sentiment peut aussi être lié aux autres membres de la famille, pendant les abus et/ou au moment de la révélation, lorsqu'ils ne sont pas soutenant envers l'enfant.

La **sexualisation traumatique** impose de manière précoce un comportement sexuel à l'enfant. Celui-ci intègre ses zones génitales et les utilise dans ses relations interpersonnelles. Le décalage existant avec les autres enfants et la norme peut avoir pour effet de rendre ces relations dysfonctionnelles. De plus, il associe ces zones érogènes à ses sensations et attitudes émotionnelles, ce qui peut modifier l'investissement qu'il a de l'environnement et de lui-même, et donc interférer dans son développement. En effet, l'enfant, étant happé par cette zone génitale, ne peut pas expérimenter son corps hors cette sexualité, alors qu'un développement psychomoteur optimal se fait dans la découverte d'un plaisir corporel, et non uniquement sexuel.

FINKELHOR et BROWNE précisent que ces facteurs traumatogènes "*altèrent les perceptions et les émotions concernant l'environnement et créent un traumatisme par la distorsion de l'image propre qu'a l'enfant de lui-même, de sa vision du monde et de ses capacités affectives*".[16] L'enfant est atteint dans sa constitution psychocorporelle, ses sentiments et sensations sont teintés par l'abus sexuel.

Lorsque l'expérience abusive laisse une trace causant de la souffrance, cela en fait un traumatisme. Après avoir défini ce concept, nous verrons en quoi l'enfant peut être traumatisé.

4) Conséquences traumatiques de l'inceste

a) Considérations générales

Les termes de trauma et de traumatisme sont initialement utilisés en médecine notamment en chirurgie. Le plus souvent, le trauma est décrit comme une blessure avec effraction, une lésion physique locale, apparaissant au moment du choc. Le traumatisme correspond plutôt aux conséquences d'un trauma sur l'ensemble de l'organisme. Le traumatisme désigne également par extension un *“événement soudain et violent qui menace brutalement l'intégrité physique ou mentale d'un individu”*. [40]

En psychiatrie, on parle aujourd'hui plutôt d'événement “potentiellement traumatique” ou “traumatogène”, car le terme d'événement traumatisant peut faire penser que l'événement a une action mécanique systématique sur l'individu, ne tenant pas compte de sa subjectivité. Il existe une multitude de variables qui influencent le degré traumatogène d'un événement effractant. La vulnérabilité psychique correspond à la *“fragilité de la personnalité”*. Cette fragilité expose la personne *“à des réactions pathologiques aux événements et aux circonstances de l'existence, ainsi qu'à l'apparition de troubles mentaux caractérisés, transitoires ou durable”*. [21]

Dans le cas de l'inceste, les **facteurs de vulnérabilité** mis en avant chez l'enfant sont notamment la nature de l'expérience (l'acte, degré de coercition, de violence, de participation de l'enfant, de victimisation, la durée), son âge et son niveau de développement au moment des abus, son degré de compréhension de l'événement, l'organisation de sa personnalité, le vécu de ses précédentes expériences, le déroulement de la révélation, les ressources externes et son contexte familial. [16 ; 40]

Il existe des facteurs de vulnérabilité génétiques. Certains facteurs tels que la taille des transporteurs de sérotonine ou de noradrénaline font varier la sensibilité au stress. [11] De plus, le cerveau possède deux types de récepteurs au cortisol, qui ont des effets physiologiques inverses : le type M est stimulé en premier face à un petit stress, il ne produit pas de trace, pas de dégâts cérébraux ; le type G concerne une libération importante de cortisol, et marque profondément le cerveau. Les traces épigénétiques héritées des parents ainsi que le lien avec la mère dès la grossesse constituent deux facteurs qui déterminent en grande partie la proportion individuelle de chaque type de récepteur. Ainsi, le taux de stress et l'importance des dégâts se lient en partie à des facteurs individuels déjà en place dans le fonctionnement de l'enfant.

De nombreux facteurs influencent donc le degré du choc psychique que vivra l'enfant abusé. Le vécu des actes sexuels peut être très différent en fonction des subjectivités, le sentiment d'effraction n'est pas toujours présent, mais il semble cependant être très probable. Dès lors, des séquelles post-immédiates peuvent apparaître sous forme de reviviscences. Celles-ci sont dues à la formation de la mémoire traumatique.

b) Mémoire traumatique

La mémoire émotionnelle piégée devient l'origine d'un circuit de peur conditionné permanent, le cortex associatif et l'hippocampe ne pouvant jouer leurs rôles modulateurs.[41] Cela forme la **mémoire traumatique**. Ce trouble de la mémoire implicite émotionnelle provoque des réminiscences faisant revivre les violences avec la même souffrance et la même détresse. Celles-ci peuvent prendre la forme de flash-back, illusions sensorielles, cauchemars : il s'agit souvent d'images ou expériences sensorielles liées au traumatisme qui s'imposent au sujet de manière intrusive et répétitive. Elles se lient souvent à un sentiment de danger permanent qui se traduit par une hypervigilance, des conduites de contrôle et d'évitement, et des conduites à risques dissociantes, qui sont des stratégies efficaces pour échapper à la mémoire traumatique mais très handicapantes dans la vie quotidienne.

Les psychotraumatismes regroupent l'ensemble des troubles psychiques immédiats, post-immédiat et chroniques après un événement traumatique ayant menacé l'intégrité physique et/ou psychique de l'individu. Ceux-ci peuvent apparaître tout de suite après le traumatisme car *“l'excès de tension lié à cette situation trouvera alors une issue de secours dans toutes les manifestations psychosomatiques qui donnent la parole au corps, seul autorisé à se manifester”*. [34]

Ils peuvent aussi apparaître en **“après-coup”**, marquant le retour à la conscience de la mémoire traumatique jusqu'alors latente, cela à mesure des expériences à venir et de la maturation psychique du sujet: *“le choc immédiat avec sa dimension anxieuse, d'effroi et de sidération réclame un réconfort mais ne préjuge en rien de l'existence d'un traumatisme psychique ultérieur. [...] Effets à court, moyen et long terme, le traumatisme concerne le fait d'avoir connu un réel innommable qui laisse sa trace par une lacune psychique.[...] La différence entre le choc et le traumatisme vient du fait que, pour l'apparition du second, il y faut la participation de tout l'appareil psychique de symbolisation du sujet”*. [2]

L'après-coup peut ainsi apparaître lors d'un événement dont l'individu appréhende le sens et la visée sexuelle, ce qui lui rappelle l'événement sexuel ancien et réactive les émotions passées. Ainsi, c'est en fonction de l'évolution psycho-affective et cognitive propre à l'individu que l'événement est réorganisé et intériorisé, soit en revenant à la conscience par la pensée, soit par le corps par la conversion somatique.

L'expérience effractante ne peut donc pas être intégrée correctement dans la mémoire autobiographique. Ainsi, elle est stockée dans la mémoire traumatique, qui perturbe alors le sujet à court, moyen et long terme. Une telle réaction physiologique est associée à d'autres répercussions visibles sur les structures neuro-anatomiques et sur la génétique.

c) Répercussions structurelles et génétiques

Au niveau cérébral, il suffit de quelques minutes de stress intense pour que, dans certaines zones, l'arborisation neuronale et plus de 50% des synapses soient détruites.[11] Le volume de l'hippocampe est réduit chez les sujets traumatisés.[41] Cette structure du télencéphale participe aux fonctions de mémorisation, de contrôle de l'humeur, d'acquisition des connaissances et à la concentration. L'activité de l'hippocampe diminue donc, alors que celle de l'amygdale augmente. Cette structure cérébrale est très liée à la perception des émotions et à la manière de répondre à un stress. Ainsi, l'atteinte de l'amygdale entraîne une sur-réactivité émotionnelle, ainsi qu'une hypervigilance. Cette dernière entraîne un accroissement de la vigilance sensorielle, notamment des sens visuels, auditifs, et tactiles.

Les structures corticales sensorielles peuvent aussi être altérées dans le sens du désinvestissement suite à des violences sexuelles. Une étude menée par une équipe internationale de chercheurs d'Allemagne, des États-Unis et du Canada a mis en évidence une diminution significative de certaines aires corticales chez les femmes adultes ayant subi dans l'enfance des violences sexuelles.[37] Ces aires corticales sont celles qui correspondent aux zones somato-sensorielles des parties du corps ayant été touchées lors des violences (zones génitales, anales, buccales, etc.). Et l'épaisseur de ces zones corticales est d'autant plus diminuée que les violences ont été plus graves (viols, plusieurs agresseurs, etc). Les structures anatomiques peuvent donc se voir changer suite à un traumatisme tel que celui de l'inceste. L'expression génétique peut aussi changer.

Lorsque le stress est intense, les facteurs trophiques liés à la libération de cortisol vont laisser une trace dans le cerveau, en créant une voie neuronale qui n'existait pas avant. La répétition du stress va les faire se développer et se valider. Si le stress est trop important, un seuil peut être dépassé, ce qui mène à ce que les facteurs trophiques se libèrent pendant plusieurs jours, voir des mois, et altèrent alors les gènes des neurones : c'est l'**épigénétique**. L'ADN ne change pas, mais son expression oui.[11] Une étude canadienne a montré qu'un abus sexuel peut entraîner un marquage chimique du gène NR3C1 dans l'hippocampe.[17] Ce marquage, appelé méthylation, est un processus normal de régulation des gènes. Elle se fait cependant de façon erratique chez les victimes, inhibant de 40% l'expression de NR3C1. Le gène, empêché de s'exprimer normalement, va altérer les capacités de l'individu à répondre au stress. Cela rejoint de plus les théories transgénérationnelles, puisque les marqueurs biologiques épigénétiques se transmettent sur trois à quatre générations.[11]

Ainsi se dessinent des effets à court, moyen et long termes du traumatisme chez le jeune sujet. Nous avons vu que la neurophysiologie s'y penche par l'étude biologique, que la psychanalyse s'est intéressée à l'expliquer d'un point de vue énergétique et relationnel. La médecine psychiatrique tend de son côté à universaliser le classement des symptômes qui en ressortent, afin de définir une maladie, un trouble, un syndrome, pour ensuite apporter des réponses prédéterminées à la problématique rencontrée par le patient.

d) *Le trouble de stress post-traumatique*

Le DSM V, Manuel diagnostique et statistique des troubles mentaux, définit les critères diagnostiques du “trouble de stress post-traumatique” (TSPT). Il désigne un trouble anxieux sévère dont les symptômes sont l’expression d’un traumatisme. Le diagnostic se fait selon 8 critères : l’exposition ; des symptômes intrusifs (souvenirs, rêves, réaction dissociative, détresse psychologique, réactions physiologiques) ; l’évitement des stimuli associés à l’événement ; l’altération négative des cognitions et de l’humeur ; l’altération de l’activation et la réactivité (irritabilité et crises de colère, comportement imprudent ou autodestructeur, hypervigilance, réaction de sursaut, problèmes de concentration, trouble du sommeil) ; depuis plus d’un mois ; une souffrance significative et/ou des dysfonctionnements sociaux ; non liés à une substance ou une affection médicale.

Cette classification regroupe ainsi sous la même terminologie tous les troubles conséquents d’un événement traumatique. La clinique a pourtant démontré que cette classification ne permet pas de cerner toutes les composantes de toutes les potentielles répercussions des traumatismes qu’entraînent les abus sexuels intra-familiaux vécus dans l’enfance. Ainsi, des études ont été menées, et d’autres classifications ont été proposées.

e) *Le traumatisme complexe*

Les travaux distincts des psychiatres américaines Léonore TERR et Judith HERMAN ont fait émerger une classification des traumatismes selon deux types : **simple** et **complexe**.^[41] Le traumatisme simple se rapporte à un événement unique et limité dans le temps. Le traumatisme complexe se forme lors d’une situation de victimisation chronique et prolongée d’assujettissement à une personne ou à un groupe de personne. Les symptômes d’un trauma complexe sont alors décrits comme plus durables, plus variés et moins prototypiques que ceux d’un trauma simple. Le processus de traumatisation complexe se produit si la victime est en état de captivité ou dans l’incapacité de fuir, situation qui se retrouve en intra-familial. En outre, plus la victime est jeune et plus les épisodes traumatiques sont longs et répétés, plus le risque de développer un trouble de stress post-traumatique complexe est grand.

Le traumatisme complexe semble donc caractériser les abus sexuels précoces intrafamiliaux, tout en considérant toujours la variabilité du degré d’atteinte induite par la vulnérabilité psychique décrite précédemment (cf. 1.4.a). Cette classification nosologique est utile pour aborder les probables conséquences à long terme de l’inceste vécu dans l’enfance.

Ainsi, la petite fille prépubère vit très probablement un acte sexuel avec son père comme un choc sidérant rompant son cadre de vie normal. Si elle se sent victime des agissements de son parent dans un premier temps, elle est souvent ensuite amenée à s’adapter à la situation du fait de sa dépendance au milieu familial. Des mécanismes se mettent alors en place, sa survie étant la nécessité première.

5) De l'adaptation à la révélation

a) Les distorsions cognitives en jeu dans l'adaptation

Parce que l'enfant est vulnérable et dépendant de sa famille, il en arrive souvent à accepter et se soumettre à la situation, afin de s'adapter aux exigences de son milieu familial. Il est de plus très malléable, par perte des repères (identitaires, familiaux, sociaux) qu'il avait construit jusqu'ici. L'enfant peut alors avoir des **distorsions cognitives**, qui sont des croyances et attitudes inadaptées qui servent à légitimer le passage à l'acte. Ces distorsions expliquent en partie pourquoi l'enfant est amené à ne pas réagir, à se sentir coupable et mauvais, et à garder le secret.

“Comme il ne peut renoncer à la filiation et à l'amour tendre qu'elle [la relation] implique sans renoncer à son statut d'enfant, il ne peut que résoudre le conflit au profit de son maintien. S'il ne veut pas renoncer à son identité [liée à la filiation], il ne peut faire autrement que d'accepter d'une manière ou d'une autre les actes incestueux, sur fond de clivage”.[36] Le clivage est un processus qui permet à l'individu de scinder son psychisme afin de faire face à une réalité dangereuse. Celui-ci dans le cas de l'inceste *“consiste à effacer la réalité de l'agresseur extérieur et parental afin de maintenir le parent dans sa fonction symbolique, et à introjecter le désir sexuel du parent incestueux réel”.* [36] Cela permet à l'enfant de maintenir ses sentiments de tendresse envers son parent.

Selon S. FERENCZI, l'enfant va *“se soumettre automatiquement à la volonté de l'agresseur, à deviner le moindre de ses désirs, à obéir en s'oubliant complètement”.*[14] L'enfant est alors une “bonne victime” et semble être consentante. Ce mécanisme lui permet de maîtriser l'angoisse et la peur intense qui le traverse. L'enfant devient actif dans l'interaction, il n'est plus que victime.

En suite, si les abus se répètent, l'enfant apprend à percevoir et à anticiper les moindres changements d'humeur de son parent, afin d'éviter la survenue de violences et le risque de rejet et d'abandon. Il devient capable de décrypter et d'anticiper ses besoins, car il est essentiel qu'il ne soit jamais contrarié, ni énervé, ni frustré. Il doit pour cela le connaître parfaitement, être en permanence attentifs à ce qu'il fait et dit. Ce phénomène peut donner l'impression aux enfants d'être très attachés à leurs bourreaux puisque ces derniers prennent toute la place dans leur tête, ce qui peut aussi se retrouver dans les paroles de l'adulte: “je suis tout pour toi, sans moi tu n'es rien”.

Dès lors, l'enfant connaît tellement bien son parent abuseur qu'il en arrive à introjecter ses caractères. Par le mécanisme d'introjection, l'agresseur devient intrapsychique, ce qui permet à l'enfant de le transformer de manière hallucinatoire. Cette **identification anxieuse à l'agresseur** permet à l'enfant d'avoir l'illusion de maîtriser l'agression. Elle explique de plus que les victimes deviennent plus tard des bourreaux. Ce phénomène se retrouve d'autant plus si le parent est idéalisé, fascinant par sa toute puissance, car l'enfant devenu adulte peut vouloir alors atteindre ce même sentiment. Le besoin de vengeance peut aussi expliquer ce phénomène.

“L’agression cesse alors d’exister comme réalité extérieure, l’enfant réussit ainsi à maintenir la situation de tendresse antérieure”.[6] L’enfant peut ainsi se rassurer, “il me fait mal mais c’est pas pour me faire du mal, c’est gentil en vrai”.

Le fait de se tenir responsable des faits par le sentiment de **culpabilité** constitue une autre distorsion cognitive fréquente chez l’enfant victime d’inceste. Il peut se dire qu’il ne s’est pas suffisamment défendu, ou qu’il n’a pas pu rendre son père heureux autrement par exemple. Cette culpabilité peut faire émerger le sentiment de **honte** d’être coupable, ce qui mène l’enfant à **perdre confiance en soi**. Certains auteurs abordent aussi l’émergence de ce sentiment comme résultant de l’intériorisation par l’enfant du sentiment de culpabilité refoulé du parent. *“On assiste en somme à un véritable transfert de culpabilité : là où l’auteur de la transgression ne reconnaît pas sa culpabilité objective et n’avoue ni regret ni remord, la victime assume tout le poids d’une culpabilité désintégré et mortifère”.*[36]

L’enfant peut ainsi, à ce prix, s’adapter à la situation. Mais un facteur, tel qu’un évènement particulier, l’évolution de la situation familiale ou encore l’intervention d’une personne, peut le mener à révéler ce qu’il se passe au sein de la famille.

b) Pouvoirs et dangers du secret

Tant que le secret est gardé, et tant que celui-ci peut être révélé, le sujet vivant un inceste est investi d’un certain pouvoir de destruction de la famille. Cette puissance est contradictoire, puisqu’elle reste sous la menace de l’agresseur. Cela tient l’enfant pour responsable de ne pas avoir révélé les faits, alors même que celui-ci est dépendant de sa famille et soumis à son agresseur.

L’enfant se sent alors en conflit entre sa volonté de mettre fin aux abus, et son sentiment de loyauté envers sa famille, lorsqu’il sait que ce que fait son père sera jugé par les autres et/ou par la justice. La petite fille pourrait se sentir coupable de faire aller son père en prison. Elle peut aussi avoir peur des représailles, surtout lorsqu’elle a été menacée pour être réduite au silence. La peur des conséquences que la révélation pourrait avoir sur sa famille (“ma mère n’aura plus d’argent”), ou sur elle (“ma famille ne m’aimera plus”) peuvent aussi interférer dans le cheminement vers la divulgation. Il est ensuite nécessaire de trouver comment et à qui se confier pour obtenir une écoute attentive et de la protection.

c) Révélation et justice

Le psychiatre américain SUMMIT a théorisé le “syndrome d’accommodation”.[16] Il le décrit en cinq étapes successives : l’acceptation du silence ; la participation passive ; l’acceptation de la situation ; la révélation tardive et non convaincante ; et enfin la rétractation après divulgation.

L'enfant ne va pas toujours jusqu'à la révélation. Dans ce cas, l'enfant a accepté la situation et s'y est adapté, l'accommodation est suffisamment forte et développée, l'enfant "supporte" la situation. Cela rend ainsi moins important le besoin de révéler la situation pour protéger son intégrité. Dans un second cas, l'accommodation n'est pas suffisamment forte et développée, l'enfant ne supporte pas la situation, et, pour protéger son intégrité, va révéler la situation.

La révélation par l'enfant permet de passer du statut de victime silencieuse à celui d'acteur afin d'échapper à l'emprise de son agresseur. En révélant les faits, le sujet demande une reconnaissance sociale de sa souffrance: *"c'est comme si la dynamique interne de l'inceste inversait son sens pour défaire en présence du tiers exclu, la société, tout ce qui avait été bâti sous le couvert du secret"*.^[1] Mais si l'enfant se rétracte, par exemple en raison des pressions de sa famille, cette rétractation va constituer l'acceptation pleine et entière de la situation incestueuse.

Parfois, ce n'est pas l'enfant qui est à l'origine du dévoilement des faits. L'entourage de l'enfant peut suspecter qu'il y ait des situations d'inceste dans la famille. D'une manière générale, la loi impose à chacun de ne pas se taire et d'agir lorsqu'il a connaissance de la situation d'un enfant en danger ou en risque de l'être⁹. Le signalement et l'information sont des moyens mis en place par la société pour que ces situations soient dénoncées. Le signalement est un acte professionnel écrit à destination de l'institution judiciaire. L'information quant à elle, permet au citoyen d'informer les autorités de la situation d'un mineur en danger soit par écrit ou par téléphone. Le Procureur de la République en sera dès lors informé. Une action en justice est alors normalement lancée. Un procès en justice vise à faire reconnaître à la société la non culpabilité de la victime, et à punir l'agresseur.

La révélation et/ou le procès ne mènent cependant pas toujours - voir rarement - à une réparation sociale juste. L'AIVI a réalisé un sondage qui montre que, parmi les deux millions de victimes d'inceste dénombrées en France, seulement 54% des victimes ont été crues et aidées par leur famille. Dès lors, des mesures ont été prises par la famille pour que l'agresseur ne puisse plus approcher la victime dans 40% des cas ; l'agresseur a été poursuivi par la justice dans 33% des cas ; et l'agresseur qui a commis les faits a reconnu ce qu'il avait fait dans 31% des cas.^[17]

Le déroulement de la révélation va fortement influencer sur la capacité de l'enfant à surmonter les traumatismes qu'il a vécus. Il en constitue même le facteur le plus prédictif dans la gravité des symptômes apparaissant suite aux abus.^[16]

Nous allons à présent voir comment la petite fille ayant été traumatisée dans l'enfance peut évoluer sur les plans émotionnel, identitaires et relationnels à l'adolescence. Afin de comprendre en quoi l'inceste peut perturber son développement, il me semble important d'aborder dans un premier temps les processus biologiques, psychologiques et sociaux que sous-tend l'adolescence selon les normes développementales.

⁹ Articles 434-1 et 434-3 du Code pénal français

DEUXIÈME PARTIE

L'adolescence - développement et troubles

1) L'adolescence, temps d'évolution bio-psycho-sociale

L'adolescence est définie comme une période de développement humain qui se situe entre l'enfance et l'âge adulte. La puberté est l'étape de développement qui marque l'entrée dans l'adolescence. Celle-ci correspond à la fonctionnalité des organes de la reproduction, et est orchestrée par des facteurs biologiques génétiques et épigénétiques. Chez la jeune fille, c'est l'apparition des premières règles qui marque traditionnellement le début de cette période de changements biologiques, psychologiques et sociaux.

Ainsi, nous allons voir de quels remaniements il est question à l'adolescence, principalement au travers les écrits de Christine CANNARD, qui aborde le développement adolescent typique au travers d'un cadre théorique élargi.[8] Ensuite, nous en tirerons les problématiques propres à cette période, que nous les mettrons en lien avec les problématiques de l'inceste.

a) Facteurs physiologiques et physiques

Lorsque la puberté se déclenche, l'hypothalamus, structure du système nerveux central, synthétise une grande quantité de GnRH, une hormone peu présente durant l'enfance. Cette hormone va alors stimuler la glande endocrinienne nommée hypophyse, qui synthétise et sécrète de la LH et de la FSH.

Ce sont ces hormones qui rendent matures les caractères sexuels primaires et initient le développement des secondaires. Ces premiers correspondent aux organes sexuels reproducteurs qui se développent depuis l'embryogénèse. Ces seconds concernent des attributs corporels spécifiques.

Chez la jeune fille, la pilosité apparaît, notamment au niveau du pubis et des aisselles. La masse mammaire se développe, et les glandes mammaires deviennent fonctionnelles. Le développement staturo-pondéral évolue, par une poussée de croissance et par le développement des tissus adipeux. Des formes apparaissent : la taille se marque et les hanches se développent, les cuisses et les fessiers augmentent de volume. C'est donc tout le corps qui se transforme. Le corps de petite fille devient un corps d'adulte féminin sexualisé.

b) *Facteurs neurologiques*

Les neurosciences montrent qu'une **maturation structurelle** du cerveau s'effectue à l'adolescence. La matière grise, qui s'est fortement développée par les nombreuses connaissances acquises durant l'enfance, diminue en volume et en épaisseur. En parallèle, la matière blanche augmente grandement, ce qui a pour effet de renforcer la connexion neuronale en créant des liens notamment entre les aires primaires et secondaires. Les lobes frontaux sont les derniers à achever leur processus de maturation entre 20 et 25 ans. Le cortex pré-frontal qui se trouve dans ces lobes est entre autre responsable de la régulation des émotions. Cela explique en partie l'impulsivité et certains comportements à risque que l'on retrouve à l'adolescence.

Cette maturation structurelle entraîne une **maturation fonctionnelle**. L'augmentation de la capacité à faire des liens entraîne un important développement des fonctions cognitives. Les capacités de métacognition sont notamment investies, et permettent alors l'accès à une pensée plus abstraite et ainsi à plus de capacités réflexives. L'adolescent est plus en mesure de dégager des règles depuis ses observations, mais aussi d'en avoir un retour réflexif afin de tirer de nouvelles règles. Cela permet notamment de développer les capacités de jugement et de prise de décisions morales, ce qui prend sens sur un plan social.

c) *Facteurs sociaux*

L'adolescence est la période au cours de laquelle le sujet découvre les principes et les valeurs qui gouvernent les individus et la société. C'est en intériorisant les règles et en s'interrogeant sur leur signification que l'adolescent se socialise. La compréhension du fonctionnement de la société n'est pas le seul versant de la quête sociale de l'adolescent.

Les relations avec les groupes de pairs deviennent de plus en plus importantes. Outre le soutien et la compréhension commune qu'elles apportent, le rapport au pairs développe les compétences sociales. La puberté rend possible la sexualité partagée, intime. Les relations amoureuses évoluent généralement vers la sexualité.

Le sentiment de compétence dans une relation amoureuse ou sexuelle correspond à la capacité "*d'entretenir une relation fondée sur une considération mutuelle, de prendre des décisions et de s'engager dans des comportements qui respectent à la fois soi et autrui*"[8], et elle impacte fortement la perception de soi à l'adolescence. La sexualité est très liée à l'identité de l'adolescent: les objets qu'il investit de désir sont associés à ses identifications et différenciations; et la manière dont il les investit se lie à la manière dont il se perçoit.

Ainsi les relations sociales extra-familiales sont en plus en plus investies, constituant de nouveaux attachements et permettant des identifications, ce qui mène à l'individuation et accompagne la quête d'autonomie. Ces deux points sont très importants dans le développement psychique de l'adolescent.

d) Facteurs psychologiques

La réorganisation majeure du cerveau implique également des régions liées à la **connaissance de soi** et à la **régulation émotionnelle**. L'adolescent évolue dans son rapport à lui-même à travers notamment l'évolution de son image du corps et de son investissement narcissique ; et dans ses rapports à l'autre, visible par les changements dans ses comportements sociaux. Tout cela participe à la formation de son **identité** tout en y répondant, dans un processus dynamique.

Le psychologue du développement et psychanalyste germano-américain Erik ERIKSON définit l'identité comme "*le sentiment subjectif et tonique d'une unité personnelle et d'une continuité temporelle*".[8] Elle est constituée de deux sous-types selon lui:

- **l'identité personnelle**, qui renvoie à la différenciation, l'originalité, l'unicité de l'individu. Elle reflète l'histoire singulière, propre à chacun ;
- **l'identité sociale**, qui renvoie à la similitude, à ce qui nous permet de vivre ensemble autour de normes sociales communes, et aux groupes d'appartenance.

L'identité est donc un ensemble dynamique entre singularité et similitude, entre différenciation et identification.

Un sentiment identitaire stable et cohérent naît de l'adéquation entre les perceptions de soi et la sensation d'être reconnu. La quête identitaire est majeure chez l'adolescent. L'identité passe alors par une période de confusion où le sujet en recherche de soi ne sait pas vers quoi aller. Cela le mène à expérimenter ses propres limites sur les plans émotionnels, cognitifs et idéologiques, au travers de conflits.

L'adolescence est une période de forte remise en question (introspection), de prise en rôles (exploration), de transformations diverses (confusions). L'évolution des repères identitaires forgés durant l'enfance est nécessaire pour que l'individu puisse construire ceux qui lui sont propres. Cela peut cependant être traumatisant pour l'adolescent, notamment si désir et réalité ne sont pas en adéquation.

Pour la jeune fille incestuée, il est possible que les repères identitaires de l'enfance n'aient pas pu se former de manière stable et cohérente. Cela est dû entre autre au manque de repères générationnels, à la dissociation et/ou aux mouvements identificatoires et contres-identificatoires à l'agresseur. Les repères identitaires sont pourtant des facteurs clefs dans sa capacité à surmonter les traumatismes antérieurs, et ainsi à supporter le changement adolescent.

e) *Traumatisme de l'adolescence, adolescente traumatisée*

La métamorphose physiologique et somatique de la puberté peut être vécu comme une violence surgissant de l'intérieur. L'entrée dans l'adolescence remet en jeu l'équilibre acquis durant l'enfance de l'appareil psychique, qui peut être débordé par un trop plein d'excitations.

Le psychiatre et psychanalyste Philippe GUTTON a consacré deux ouvrages à l'étude des processus adolescents. Il distingue le **pubertaire** de l'**adolescents** : ce premier "*est aux phénomènes psychiques ce que la puberté est au corps*"[13], soulignant ainsi la violence psychique induite par la sexualisation du travail psychique ; et mène au second lorsque le sujet élabore ce matériau pubertaire et de la violence l'accompagnant.

Ces remaniements psychiques sont paradoxaux, ce qui peut être traumatisant pour l'adolescent. "*Les paradoxes sont multiples: l'adolescent doit changer en demeurant le même, se détacher de ses parents en maintenant, remaniés, les identifications et le lien au surmoi qui en dérivent*".[13] Ces paradoxes peuvent avoir effet de sidération ou de désorganisation, faisant émerger des angoisses, qui peuvent le mener à des passages à l'acte (fugue, prise de drogues, tentative de suicide, conduite anorexique, etc).

Cette violence intérieure est perçue comme telle de l'extérieur. L'adolescent réalise alors des "*check-up répétitifs afin d'actualiser ce qu'il ressent de son monde interne et externe pour accéder à une homéostasie*".[7] L'**image sociale de soi** est très importante à l'adolescence, puisqu'elle permet de valider les représentations que le sujet se fait de lui-même. Si la réalité externe ne correspond pas à l'idéal du moi corporel psychiquement construit, il se peut que l'adolescent utilise des défenses temporaires (réactions de prestance, passage à l'acte, etc), pouvant aller jusqu'à des travers psychopathologiques (troubles alimentaires, troubles anxieux, etc).

L'adolescence peut donc être traumatisante pour de nombreuses raisons. Qu'en est-il pour l'adolescente qui a déjà été traumatisée? Qu'advient-il lorsque la petite fille, qui a vécu un fort stress de manière répété, la culpabilité, la honte, s'est senti effractée, voir violée au sein de sa propre famille, grandit? Comment les relations amoureuses, la sexualité se développent-elles lorsque cela rappelle le traumatisme vécu dans l'enfance? Comment s'attache t'elle lorsqu'elle s'est sentie trahie? Quelles émotions traverse-t'elle et comment les gère-t'elle?

Les comportements pathologiques et les psychopathologies que nous allons voir peuvent se retrouver chez de nombreux adolescents et pour de nombreuses raisons. Il s'agit dans ce chapitre de montrer ce vers quoi les particularités des séquelles de l'inceste peuvent potentiellement faire tendre la jeune fille lors de son développement adolescent, en déclenchant ou en maintenant des fonctionnements pathologiques.

La classification du traumatisme de complexe de J. HERMANN m'a servi de référence nosologique (annexe 1). J'ai choisi de ne pas aborder toutes les altérations qui y sont mentionnées, afin d'axer la problématique sur les affects, l'auto-perception et les relations, qui sont les sujets qui intéressent particulièrement la psychomotricité.

Ce chapitre est étayé de vignettes cliniques tirées de mon stage de troisième année de formation en psychomotricité en cabinet libéral. J'ai rencontré Léa et Morgane dans le cadre de groupes d'habiletés sociales, sujet qui sera présenté dans la partie suivante. Elles ont toutes deux été prises en charge en séances individuelles de psychomotricité durant 2 ans avant mon stage.

Léa est une adolescente qui va sur ses 16 ans. Prise en charge en ITEP où elle est arrivée après avoir été placée en famille d'accueil par le juge. Léa a vécu dans une famille violente, et a été abusée par son père dans l'enfance. La nature des faits et son âge exact ne m'ont pas été transmis. L'affaire est passée en justice, et a été classée sans suite.

Morgane est une jeune fille de 16 ans. Son père a abusé d'elle lorsqu'il la gardait le week-end quand elle était enfant, de ses 5 à ses 6 ans. Il est ensuite décédé. Elle vit avec sa mère et est scolarisée dans un lycée spécialisé pour les élèves en difficultés sociales.

La pauvreté de données d'anamnèse provient de l'impossibilité d'avoir accès à ces données pour des raisons institutionnelles et de confidentialité.

Les traumatismes de Léa et Morgane sont encore présents dans leur vie aux vues des troubles du sommeil avec reviviscences qu'elles présentent toutes deux.

2) Altération dans la régulation des affects

L'**affect** est défini comme *“l'ensemble des manifestations affectives caractérisés par leur nature agréable ou désagréable, qu'elles soient vagues, définies ou comme les émotions, intenses”* dans le Dictionnaire de psychiatrie de Pierre JUILLET.[21] Il intervient dans l'activité du sujet, qu'elle soit centrée sur l'environnement, sur l'autre ou sur soi. L'affect donne une sensation interne qui permet de rythmer et réguler l'activité. L'**émotion** correspond à un *“mouvement affectif soudain et intense, entraînant un débordement temporaire du contrôle réflexif sous l'effet d'une stimulation du milieu”*. [21] Elle constitue un mécanisme adaptatif qui permet l'action sur le milieu. Lorsque cet affect intense provient de soi, il est nommé **sentiment**.

Affects, émotions et sentiments ont deux versants: physiologique et cognitif. Le premier consiste en un ensemble de réactions en rapport avec le système nerveux autonome (tension musculaire, douleur stomacale, sudation, accélération du rythme cardiaque, etc). Le second est appréhendé par les mots utilisés pour verbaliser le ressenti.

Ces composants du fonctionnement humain sont soumis à des systèmes de régulation. La régulation affective recouvre à la fois la capacité à déclencher, inhiber, maintenir ou moduler ses propres affects. Elle permet de donner, si besoin, une réponse cohérente et graduée en fonction du contexte. Ceux-ci peuvent avoir été entravés par le traumatisme de l'inceste.

a) Nosologie

Judith HERMAN propose dans les critères diagnostiques du traumatisme complexe une catégorie nommée “altérations dans la régulation des affects”. Cinq critères diagnostiques la compose : une dysphorie persistante ; une préoccupation suicidaire chronique ; une colère explosive ou extrêmement inhibée ; l’autodestruction ; et une sexualité compulsive ou extrêmement inhibée. Ce dernier point n’est pas abordé du fait du manque d’informations dont je dispose à ce propos concernant Léa et Morgane. Les relations amoureuses seront cependant abordées plus loin dans cette partie.

- dysphorie persistante

La dysphorie désigne une perturbation de l’humeur, qui se caractérise par de la tristesse, de l’anxiété, de l’insatisfaction, de la tension, de l’irritabilité ou de l’indifférence.

Morgane très souvent triste et anxieuse. Elle a parfois des “idées noires” qu’elle rumine. Elle fait part d’une douleur mentale permanente. Lors d’une séance, elle nous dit que sa tristesse est en lien avec ses difficultés à s’en sortir, malgré le fait qu’elle pourrait. Outre la dépréciation qu’elle a envers elle-même, cela montre combien son mal-être est ancré. Elle est aussi très anxieuse. Ma maître de stage ayant une spécialisation de relaxologue, c’est pour de la relaxation qu’elle a débuté les séances de psychomotricité dans un premier temps, afin de réduire son anxiété.

- préoccupation suicidaire chronique

La préoccupation suicidaire se présente lorsque le sujet pense qu’il ne pourra pas se sortir de sa situation, et que seule la mort pourra mettre fin à ses souffrances.

Morgane a déjà eu des pensées suicidaires. Elle n’en a jamais parlé dans les groupes, mais le pédopsychiatre, qui la suit aussi lors d’entretiens individuels, lui demande parfois si ses “mauvaises pensées” sont revenues. Elle a toujours répondu négativement dans le groupe.

- colère explosive ou complètement inhibée

L’affect de la colère entraîne une augmentation du tonus. Il peut causer une réaction violente, qui vise à la destruction sans être orientée, ou agressive, qui cherche à nuire à autrui.

En séance, Léa nous a partagé plusieurs événements où elle a été très en colère, et où elle nous disait ne pas avoir pu se contrôler. En début d’année, elle nous raconte qu’un homme qu’elle ne connaissait pas lui a parlé d’une manière qu’elle n’a pas apprécié alors qu’elle avait un rendez-vous extérieur. Elle s’est alors mise à être très agressive à son égard, en criant et en l’insultant. Son éducatrice, présente à ce moment, l’a emmené se calmer sur le côté. Léa est

restée dans sa colère, et à continué à crier, jusqu'à ce qu'elle porte un coup à son éducatrice. C'est après ce passage à l'acte qu'elle a pu se calmer, et ensuite se sentir coupable d'avoir réagi d'une telle manière et d'avoir été violente.

Lors d'une autre séance, nous abordons la gestion du stress. Léa nous explique comment ça se passe lorsqu'elle craque. D'abord elle insulte, puis elle fuit et se met à frapper soit les murs avec les poings, les pieds et la tête, soit les autres. Elle peut aussi casser des objets si ils sont à sa portée, elle nous donne l'exemple des verres. Elle nous dit être dépassée par sa colère.

- autodestruction

Le comportement autodestructeur concerne des actes que l'individu entreprend afin de nuire à lui-même. Les principaux comportements autodestructeurs sont l'automutilation, l'addiction et le suicide. Lorsque quelqu'un ou quelque chose fait souffrir le sujet, l'autodestruction peut permettre de maîtriser cette souffrance. Il est ainsi acteur et peut contrôler ses sensations. De plus la cause de la souffrance n'est plus la cause originelle, ce qui peut permettre de se détacher de cette souffrance, souvent irreprésentable et innommable.

Léa arrive à une séance en colère. Elle nous l'exprime, et nous dit qu'elle se fait du mal dans ces cas là. Elle vient de se scarifier, 20 minutes avant la séance. Elle nous le montre mais ne souhaite pas nous en dire plus. Elle part se mettre en boule (jambes et bras repliés, une main dans la nuque) dans un coin de la pièce, directement après avoir dit cela. Nous avons su plus tard qu'elle a appris la mort de son frère ce jour là. Elle nous a montré qu'elle souffrait par le mal qu'elle s'est fait en coupant sa peau, mais ne pouvait pas verbaliser sa souffrance. Ce comportement était très fréquent l'année précédente, et s'est réduit cette année. Cette destruction physique provoque une douleur qui extériorise la douleur interne, qui devient visible, pour elle-même et pour les autres.

- dysrégulation tonico-émotionnelle

Aux vues des travaux de J. DE AJURIAGUERRA sur le dialogue tonico-émotionnel, les émotions sont directement liées au tonus, il en est "*la chair*".[38] Il me semble important d'ajouter cette notion car, bien qu'elle ne soit pas abordée dans les classifications de J. HERMANN, elle est importante en psychomotricité.

Le tonus correspond selon le physiologiste et neurologue Alfred VULPIAN à "*un état de tension active, permanente, involontaire et variable dans son intensité en fonction des diverses actions syncinétiques ou réflexes qui l'augmentent ou l'inhibent*".[38] Ainsi, l'état de tension musculaire varie en partie en fonction des émotions du sujet. Il constitue un "*baromètre interne*".[38]

En effet, le sujet peut consciemment ou inconsciemment faire varier son état tonique selon deux pôles, qui peuvent être agréables dans certaines circonstances (euphorie/relaxation), ou désagréables[38] :

- l'hypotonie est liée à des états de dépression, de désespoir, d'impuissance, de détresse, lorsque nous nous sentons sans ressort, sans forces, vidés ;
- l'hypertonie est liée à des états d'angoisse, de malaise, d'anxiété, de doute, de grand conflits, de colère, de rage, de culpabilité, de stress. Elle permet notamment au sujet de se créer une "carapace tonique" qui le rassemble, le contient.

Ce sont des états que l'on peut retrouver chez les jeunes filles traumatisées.

Morgane a été indiquée auprès de ma maître de stage en premier lieu pour de la relaxation, afin de répondre à son anxiété et ses troubles du sommeil. Ma maître de stage utilise entre autre la Méthode de libération des cuirasses, et l'a proposé à Morgane. Cette méthode se pratique notamment en plaçant des balles plus ou moins rigides sous des points corporels précis. Le patient est ensuite invité à réaliser des mouvements, qui permettent de dénouer les états d'hypertonie des muscles profonds. Après chaque séance, Morgane exprimait combien cette technique lui faisait du bien. Elle avait des tensions musculaires dues à une hypertonie. Cette carapace tonique est sûrement en lien avec l'atteinte de son système de régulation émotionnel.

b) *Etiologie*

Ces troubles de la régulation des affects ont été expliqués par différents champs théoriques.

- La psychologie cognitivo-comportementale

Les stratégies qu'un individu met en place afin de gérer son stress sont étudiées en a psychologie cognitivo-comportementale. Nous avons vu précédemment (cf. 1.3.d) que le stress est un réflexe d'alarme qui déclenche une réaction émotionnelle. Ainsi, les stratégies de *coping* représentent l'ensemble organisé des efforts cognitifs et comportementaux fournis par une personne pour anticiper et détecter des agents de stress potentiel, ou pour aménager (prévenir, minimiser ou contrôler) les demandes venant des transactions avec leur environnement. Ce sont des processus conscients et volontaires.

Une stratégie de *coping* efficace permet à l'individu de maîtriser la situation et/ou de diminuer l'impact sur son bien-être. Chez les adolescentes ayant vécu l'inceste, les stratégies de *coping* apparaissent inadaptées[19], ne permettant pas de retrouver un état homéostatique de manière efficace. Ces sujets ont en effet tendance à adopter les stratégies pour le moins dysfonctionnelles des adultes qui les entourent, ou tentent de trouver leurs propres stratégies sans le moindre support relationnel convenable. C'est ainsi que l'on voit apparaître des comportements inadaptés et générateurs de souffrance.

- La théorie de l'attachement

La théorie de l'attachement permet d'expliquer combien les réponses comportementales des parents sont importantes lorsque l'enfant a besoin d'un régulateur émotionnel externe. Ceux-ci lui permettent d'intégrer le système de régulation des émotions. L'attachement sécure favorise de plus le développement de structures cérébrales situées dans l'hémisphère droit qui vont permettre l'activité de mentalisation, qui permet entre autre d'identifier et réguler les affects.

Souvent, l'inceste ne permet pas l'instauration d'un attachement sécure, *“la maltraitance précoce associe un environnement désorganisé et imprévisible qui rend les enfants particulièrement vulnérables aux expériences émotionnelles négatives (colère, frustration, réactivité, irritabilité). C'est donc une menace majeure pour le développement optimal de la reconnaissance, de la compréhension, de l'expression et de la régulation des émotions négatives [...]”*. [15] L'environnement familial ne permet pas à l'enfant d'intégrer des moyens appropriés, adaptés à son âge, pour gérer les émotions. Celles-ci peuvent de plus avoir été très intenses en lien avec l'abus. Cela peut ensuite persister en grandissant.

- La psychanalyse

Nous avons vu précédemment (cf. 1.2.c) que, selon les théories psychanalytiques axées sur l'économie psychique, le contenant psychique a été effracté lors de l'inceste. Cela empêche à l'enveloppe psychique d'assurer sa fonction de contenance. Ainsi, les affects ne peuvent être contenus dans le Moi, ce qui rend impossible l'élaboration, la symbolisation. Le sujet est soumis à ses mouvements affectifs, il ne peut ni les contrôler, ni les transformer, ce qui le mène souvent à passer à l'acte ou à s'inhiber. Nous reviendrons sur ce sujet dans la prochaine partie.

- Le concept d'alexithymie

Le concept d'alexithymie a émergé de plusieurs courants : psychiatrie, psychologie cognitivo-comportementale, psychosomatique. Ce fonctionnement cognitif particulier mène le sujet à ne pas pouvoir identifier ses émotions, ce qui rend impossible de les décrire, les contenir et les gérer. Le sujet alexithymique est alors très peu sensible - voir même totalement insensible - corporellement et psychiquement, au niveau affectif. De plus, il possède une vie imaginaire pauvre et tourne ses pensées vers l'extérieur, en rationalisant et en insistant sur les détails.

Dans le cadre du traumatisme, le fait que le sujet ait eu à se séparer de ses sensations par dissociation peut expliquer qu'il ait adopté un tel fonctionnement. Tout se passe comme si du soi était reconnu comme du non soi. D'un point de vue psychanalytique, l'affect semble trop révéler l'angoisse d'un événement initial traumatique. Il se retrouve dès lors comme forclus, expulsé hors de la psyché. Ainsi le concept d'alexithymie peut expliquer que les affects ne puissent être régulés, puisqu'ils se sont pas sentis mais déplacés. Ainsi, des liens ont été fait entre autre entre alexithymie et psychosomatique, dépression et addiction. [20]

3) Altérations de l'autoperception

L'autoperception concerne la manière dont le sujet se perçoit. Une **perception** est une sensation à laquelle un sens est donné, par association à une représentation. En psychomotricité, nous nous intéressons particulièrement aux représentations qu'a le sujet de son corps, ce qui fait partie de l'image qu'il a de lui-même.

“La représentation du corps renvoie à la manière dont le sujet s'attribue ses expériences corporelles. Elle repose sur une activité de représentation globale qui donne sens aux perceptions sensorielles et l'inclut dans une résonnance affective”.[38] L'**image du corps** est la représentation que le sujet construit de son corps tout au long de sa vie, en lien avec ses pensées, convictions, sentiments et comportements.[38]

L'image du corps renvoie à l'**estime du corps**, définie comme étant *“l'évaluation de la satisfaction d'un individu concernant l'image qu'il a de son corps”*. [38] Celle-ci est une des composantes de l'**estime de soi**, définie comme étant *“l'évaluation qu'un individu fait de sa propre valeur, c'est à dire son degré de satisfaction de lui-même”*. [8] L'estime de soi influence en très grande partie la façon dont le sujet va se percevoir.

a) Nosologie

Judith HERMAN fait part de symptômes liés aux “altérations de l'autoperception” dans le cas du traumatisme complexe. On y trouve la sensation d'impuissance ou de paralysie de l'initiative ; la honte, la culpabilité et le blâme de soi ; la sensation de souillure et de stigmatisme ; et la sensation de différence complète par rapport aux autres.

- sensation d'impuissance ou de paralysie de l'initiative

Cette altération de l'autoperception est une conséquence du sentiment d'impuissance vu précédemment dans le processus de traumatisme sexuelle de D. FINKELHOR et A. BROWNE (cf. 1.3.e)

Lors d'une séance, nous nous retrouvons seuls avec Morgane du fait du retard et de l'absence des autres patients. Morgane nous explique qu'elle n'arrive pas à parler aux gens qu'elle ne connaît pas car elle se dit en boucle qu'elle n'y arrivera pas, que ça a déjà raté donc que ce sera pareil, qu'elle est impuissante face à cela. Lorsque le pédopsychiatre aborde l'importance de l'initiative pour rompre le cercle vicieux, elle ajoute que, même si elle voulait le faire, elle sait qu'elle en serait incapable au moment de le faire.

- honte, culpabilité et blâme de soi

La honte et la culpabilité sont des émotions avec une forte composante sociale. La honte est en lien avec le jugement que le sujet pense que l'autre a de lui, avec l'idée d'avoir agi anormalement. La culpabilité résulte de la transgression d'une règle morale dont il se sent responsable. Ces émotions émergent souvent durant la période des abus sexuels.

Le blâme de soi concerne lui un jugement défavorable, dont le sujet se tient responsable. Il constitue une stratégie de *coping* centrée sur l'émotion, qui permet de réduire les réponses émotionnelles causées par l'agent de stress, mais qui peut être dommageable pour le sujet sur le long terme.

Lors d'une autre séance, nous parlons des relations qu'entretient Morgane avec les camarades de classe actuels. Avec les questions fermées et orientées du pédopsychiatre, nous comprenons qu'elle a un unique ami dans sa classe, et que celui-ci a arrêté de lui parler car une nouvelle fille est arrivée dans l'école. Lorsque nous lui demandons si elle a une idée de pourquoi cela s'est passé ainsi, nous comprenons qu'elle se sent "nulle" et qu'elle comprend que Théo ne veuille plus être avec elle, et qu'elle se sent coupable du fait que les choses se passent ainsi. Morgane nous partage ici le fait qu'elle se tienne pour responsable de ce qu'il arrive, bien que d'autres possibilités soient envisageables.

- sensation de souillure et de stigmat

La sensation de souillure désigne une sensation corporelle d'être sale. La sensation de stigmat concerne la sensation d'être à l'écart des attentes normatives des autres à propos de son identité, sans se sentir totalement différent.

Lors d'un rendez-vous avec Léa et son éducatrice, elle nous dit avoir l'impression de trop parler dans le groupe. Elle nous dit qu'elle sait que le groupe est fait pour ça, mais qu'elle est parfois mal à l'aise à cause de ça.

- la sensation de différence complète par rapport aux autres

Lorsque Morgane nous a parlé de sa difficulté à parler aux autres, elle nous a dit que personne ne la comprendra jamais. Cela semble exprimer son sentiment d'être trop différente des autres.

b) *Etiologie*

Les mécanismes d'adaptation mis en place par l'enfant lors des abus peuvent modifier sa manière de se percevoir, par distorsion cognitive, afin de surmonter la réalité de l'agression. Nous avons vu certains de ces mécanismes, qui, dans une situation d'impuissance, mènent pour la plupart à faire émerger honte, culpabilité, mésestime de soi. La traumatisation sexuelle (impuissance, trahison, stigmatisation et sexualisation) abordée en première partie montre comment l'enfant réagit à la situation sur le moment. Cela forme des adaptations qui peuvent cependant s'installer comme représentations de soi.

La **théorie des schémas** du psychologue américain Jeffrey YOUNG figure parmi les théories qui donnent une explication à cela. Les schémas sont des "*représentations inconscientes du sujet concernant lui-même et/ou les autres, acquises au cours de son expérience de vie*".[5] Ce modèle intégratif s'intéresse particulièrement aux schémas précoces inadaptés, que J. YOUNG définit comme:

- un modèle ou un thème important ou envahissant: ce sont des préoccupations récurrentes dans les pensées automatiques (abandon, imperfection, incompetence, différence, etc) ;
- constitués au cours de l'enfance ou de l'adolescence et enrichis tout au long de la vie : le fait que le sujet se soit développé à partir de ces représentations les rend très ancrées dans son fonctionnement ;
- constitués de souvenirs, cognitions, sensations corporelles et d'émotions: ils sont basés sur des sensations et leurs représentations associées - ce qui diffère des sciences cognitivo-comportementales qui s'intéressent majoritairement aux croyances. Ils sont donc ancrés dans la manière dont le sujet perçoit ses sensations et se perçoit lui, dans son identité ;
- dysfonctionnels de façon significative, faisant souffrir le sujet et/ou son entourage.

Le schéma est engrammé dans les circuits de mémoire à long terme "inconscients", en impliquant les mémoires implicites et épisodique. Ils peuvent être inactifs et s'activer en revenant à la conscience (annexe 2).

Ces inscriptions mnésiques montrent comment les expériences néfastes dans l'enfance s'intègrent dans la mémoire à long terme et peuvent influencer les perceptions futures. Nous avons vu que ces sentiments proviennent en partie des identifications et introjections des sentiments de l'agresseur. Modifier la perception de soi est aussi une stratégie de coping permettant de réguler les émotions dues à un stress. La source de stress paraît ainsi moins dangereuse.

Les représentations de soi peuvent donc être grandement altérées par l'inceste. Cela s'exprime d'autant plus à la période adolescente puisque à ce moment que la jeune fille investit particulièrement l'estime qu'elle a d'elle-même afin de construire son identité dans les relations avec les autres. Les relations peuvent aussi être altérées par l'inceste.

4) Altérations dans les relations avec les autres

a) Nosologie

Les “altérations dans les relations avec les autres” forment une catégorie de critères diagnostiques du traumatisme complexe. Les symptômes sont : l’isolement et le repli ; la perturbation dans les relations intimes ; les recherches répétées d’un sauveur ; les perturbations persistantes dans les relations ; les défaillances répétées dans les relations.

- isolement et repli

L’isolement concerne une situation dans laquelle le sujet est séparé du reste de son environnement. Il est ici question d’isolement social. Le repli sur soi concerne une manière de s’éloigner de la réalité en se réfugiant en soi (par les pensées ou le sommeil notamment). Le repli empêche l’échange avec l’extérieur. Ces deux phénomènes marquent une coupure dans les relations aux autres.

Dans le groupe, Morgane échange difficilement avec les autres. Elle répond généralement aux questions que nous lui posons par oui ou non. Cependant, lorsqu’une question la dérange, elle se ferme corporellement et ne répond plus ensuite. Ces moyens de se défendre de l’anxiété qu’elle sent lorsqu’elle interagit avec l’autre se retrouvent chez Morgane depuis le collège. Être en relation avec les autres l’angoisse beaucoup, elle préfère être seule. Elle dit pourtant être favorable à l’idée d’être amie avec quelqu’un, mais qu’il est trop dur pour elle de maintenir un échange. Elle préfère alors s’isoler. C’est ce qu’elle faisait lorsqu’elle était scolarisée en milieu ordinaire, ce qui, aux vues de ses souffrances, a mené à sa déscolarisation.

- perturbation dans les relations intimes

Une perturbation concerne une modification anormale d’un fonctionnement, venant troubler l’individu. Les relations intimes désignent des relations interpersonnelles caractérisées par une certaine intensité dans les affects, dans la connaissance de l’autre et dans l’interdépendance.

Léa arrive un jour préoccupée en séance. Lors de son temps de parole, elle dessine une tête de bonhomme triste. Elle est alors incapable de nous dire la raison de cela, mais parvient à l’écrire au tableau: elle s’est rendu compte que son petit ami, Antoine, est un “pervers”. Face à cet écrit, elle parvient à nous expliquer qu’elle vient de le quitter car elle s’est souvenue d’un événement de cet été, un événement qu’elle trouve dégoûtant : Antoine a “frotté son sexe contre elle”. Elle ne peut en dire plus et refuse que nous en parlions.

Antoine participe aussi aux groupes d'habileté sociales, dans un groupe différent de Léa. Il a 14 ans et est pris en charge dans le même ITEP. Attristé par la rupture, il nous explique au cours de la séance sa version de l'événement de l'été: ils étaient à la piscine et Léa est venue s'asseoir sur ses genoux. Celui-ci a eu une érection. Ils n'en ont pas parlé à ce moment. Léa a vécu cet événement comme une trahison. Ses représentations de la sexualité semblent être teintées d'un sentiment de dégoût et de rejet. Antoine nous rapporte plus tard qu'elle est une séductrice à l'ITEP. Il nous dit qu'elle a eu une histoire avec presque tous les garçons de l'établissement et que tous se sont fait tromper.

- recherches répétées d'un sauveur

Le fait de rechercher un soutien social constitue une stratégie de coping qui peut être efficace. La notion de sauveur renvoie cependant au fait que la victime se maintienne dans son rôle de victime, et risque de ne jamais trouver ce qu'elle souhaite. Cela la place dans un schéma répétitif altérant ses relations.

Le fait que Léa soit à la recherche d'un sauveur pourrait expliquer le fait qu'elle ait des relations amoureuses avec de nombreux garçons dans son entourage. Cela pourrait cependant être dû à d'autres raisons, telles que l'évitement de la sexualité et/ou de l'amour par exemple. Aucun élément dans la prise en charge de Léa ne me permet d'interpréter ses perturbations dans les relations intimes.

- perturbations persistantes dans les relations

Dans le groupe, Léa est souvent théâtrale. Il lui est par exemple arrivé de rester dans la salle d'attente, refusant de parler, avant de finalement prendre place dans le groupe. Elle peut parfois être provocante dans son regard, notamment lorsqu'elle nous rejoint. Elle semble chercher à maîtriser l'attention sur elle. Dans le cadre du groupe thérapeutique, ce type de comportement n'entraîne pas de perturbations sociales, puisque les professionnels sont présents pour contenir ce qui émerge des interactions. Les relations sociales peuvent cependant être perturbées par ce type de comportement car il favorise les réactions aversives.

- défaillances répétées dans les relations

Une défaillance concerne une altération dans le fonctionnement qui mène à l'échec de ce qui était entrepris. Elles concernent ici les relations sociales.

Morgane, du fait de son anxiété sociale, a peu de relations amicales. Nous avons vu précédemment que le fait qu'elle se blâme ne lui a pas permis de trouver une solution pour maintenir sa relation amicale avec Théo. Sur le plan de l'amour, Morgane n'a jamais eu de relation amoureuse, et ne veut jamais en avoir: elle n'accepterait pas de répondre au plus beau garçon de la terre si celui-ci venait lui parler, nous fait-elle un jour comprendre en séance.

b) *Etiologie*

La relation d'attachement développée dans l'enfance est la trame de fond sur laquelle se développe la capacité de l'adolescent à comprendre le monde des relations. Les troubles psychosociaux se retrouvent chez les adolescents insécures et désorganisés.[15] Ces attachements altèrent les capacités du sujet à être en relation, et les rendent potentiellement dysfonctionnelles.

La maltraitance infantile est corrélée au développement de stratégies d'attachement adaptatives ou à leur désorganisation. Un **attachement désorganisé** n'a pas de stratégie d'attachement cohérent. Les adolescents alternent alors entre ces modes relationnels dysfonctionnels. Un **attachement insécure** est un attachement organisé selon une stratégie, consciemment ou inconsciemment mise en place afin de répondre à l'inadaptation de la réponse de la figure d'attachement. À l'adolescence, l'attachement insécure peut être de deux types :

- Les adolescents **préoccupés** se sentent inquiets et vulnérables. Ils manquent de confiance pour affronter le monde, ce qui les mène à entretenir des relations de grande dépendance, par hyperactivation de leur système d'attachement. Ils recherchent l'attention d'autrui ;
- Les adolescents **évitants** s'attendent à être blessés dans les relations. Ils ont davantage de difficultés à rechercher de l'aide, se retirent, se méfient et évitent les relations sociales.

Ces attachements altèrent les capacités du sujet à être en relation, et les rendent potentiellement dysfonctionnelles. Cela explique que les jeunes filles traumatisées aient des difficultés à initier et maintenir des relations sociales.

Nous avons donc vu à travers ces vignettes théorico-cliniques à quel point un traumatisme complexe lié à au fait d'avoir vécu un inceste dans l'enfance peut atteindre la jeune adolescente sur le plan affectif, auto-perceptif et relationnel. Certaines théories ont été présentées afin d'expliquer les causes de ces symptômes, de manière non exhaustive. Nous allons à présent aborder le concept de contenance, de manière générale puis en le reliant à l'effraction des enveloppes psychocorporelles vue précédemment, afin de le mettre en avant les bienfaits possibles d'une prise en charge en psychomotricité pour les adolescentes traumatisées dans l'enfance par l'inceste.

TROISIÈME PARTIE

La contenance - aspects théoriques et cliniques

1) La contenance: approche théorique

a) Définitions

Le terme de contenance provient de contenant, participe présent du verbe contenir. Etymologiquement, ce dernier provient du latin *continere*, l'infinitif de *contineo*, composé de *con-*, préfixe exprimant l'adjonction, la réunion, et de *teneo*, signifiant tenir dans le sens de tendre la main, saisir, dont l'origine grecque signifie tension. Ainsi, le terme de contenance rapporte à une tension qui maintient réuni.

Le CNRTL définit le verbe contenir comme "*tenir dans certaines limites*". D'autres définitions plus précises sont apportées en fonction de la nature des limites.

- Lorsqu'elles sont d'ordre spatial ou naturel :
 - *Enfermer dans son espace et sa capacité*. [Exemple: la bouteille contient un litre]
 - *Avoir, tenir quelque chose dans sa nature, être composé de*. [Exemple: l'étagère contient de nombreux livres]
- Lorsqu'elles sont d'ordre social, moral ou affectif : *renfermer dans certaines limites pour empêcher de s'étendre*.
 - Concernant des personnes. [Exemple : contenir la foule derrière une barrière]
 - Concernant les affects :
 - les siens : *réprimer ses sentiments et leurs manifestations extérieures*. [Exemple: contenir sa colère, ses larmes]
 - ceux des autres : *calmer l'indignation de quelqu'un, maintenir dans le devoir et l'obéissance*. [Exemple : le gouvernement contient la population]
 - Concernant les comportements : *avoir un maintien réservé, garder une certaine retenue dans son attitude*. [Exemple : avec mes beaux-parents, je me contient]

Ces définitions montrent le large spectre que peut concerner l'emploi du verbe contenir et de ses dérivés. La définition vers laquelle tend la contenance d'un point de vue psychomoteur est celle concernant ses propres affects et comportements. La contenance en psychomotricité ne correspond cependant pas à l'action de répression, qui induit en psychologie une notion de rejet conscient d'un contenu désagréable. Toutefois, la première définition générale introduit la notion de limite. Celle-ci est centrale pour les psychanalystes qui ont théorisés le concept de contenance psychique, en partant de la contenance corporelle du nouveau né. C'est en très grande partie sur ces théories que la psychomotricité s'appuie pour parler de contenance. Les psychanalystes se sont cependant d'abord intéressés aux contenus psychiques.

b) *Approche psychanalytique de la contenance*

- le contenu

La notion de contenance prédispose la présence d'un contenu, quelque chose à contenir. La psychanalyse s'intéresse aux contenus psychiques. Ceux-ci peuvent être issus de stimulations externes telles que les sensations; ou internes telles que les affects, pulsions, désirs, fantasmes, interdits, pensées, etc. Les contenus sont donc des productions du sujet, à partir de son environnement.

La psychanalyse s'est longtemps intéressée aux contenus. Ce sera W. BION qui parlera en premier d'un "contenant", en s'inspirant des travaux de Mélanie KLEIN.

- le contenant

Nous avons vu précédemment (cf. 1.3.c) à travers les travaux de D.W. WINNICOTT et de D. ANZIEU en quoi la sensation de l'enveloppe physique permet d'établir les limites corporelles du sujet, et comment elle se projette dans le psychisme en formant une enveloppe psychique. Ainsi, selon la théorie du moi-peau, la peau constitue le contenant physique, et façonne par projection sensorielle l'enveloppe psychique, qui constitue le contenant psychique. Ces enveloppes ont un caractère d'interface : elles protègent de la violence des flux excitant sur leur face externe, en tant que pare-excitatrices ; et constituent une surface malléable, où s'impriment les sensations et les expériences qui fondent toute signification sur leur face interne, en tant que contenant.

Le psychiatre psychanalyste britannique Wilfred BION a étudié la question du contenant et du contenu. Selon cet auteur, le contenant est en relation dynamique avec le contenu. Cette relation est animée par les affects. Ainsi, le contenant n'est pas une forme stable, car il se transforme au contact du contenu. En effet, c'est au contact du produit de sa propre activité de transformation que le contenant se développe. La dynamique qui mène les affects à être contenus concerne un mouvement de **transformation**.

Selon le psychologue français Denis MELLIER, l'enveloppe ne peut être dissociée de sa fonction : la **fonction "à contenir" ou fonction contenante**. [24] Celle-ci permet de maintenir les éléments psychiques rassemblés et de pouvoir les transformer de manière symbolique, c'est à dire en éléments pensables et mobilisables.

Le processus qui sous-tend cette transformation a été grandement théorisé par W. BION. Celui-ci s'est intéressé à la manière dont le processus de transformation des affects se met en place chez le bébé, pour expliquer ce qu'il advient de ce mécanisme chez l'adulte. Il s'est ainsi intéressé aux relations précoces établies avec l'environnement primaire, qu'il restreint à la mère.

- la fonction contenante

Le nouveau-né est dans un premier temps soumis aux afférences sensorielles et émotionnelles qu'il perçoit de manière parcellaire et chaotique. Celles-ci sont d'origines d'une part internes physiologiques, telles que la faim, la douleur, qu'il vit et exprime de manière tonico-émotionnelle ; internes sensorielles liées aux sens vestibulaire et proprioceptif, très en lien avec la façon dont son entourage le mobilise dans un premier temps ; et d'autre part externes liées aux sens extéroceptifs : la vue, l'ouïe, le goût, l'odorat, le toucher.

Toutes ces sensations n'ont pas de signification dans un premier temps, elles sont nommées les **éléments β** (bêta) par W. BION. *« Ce sont des éléments non pensables, incapables de se lier entre eux, tout juste susceptibles de s'agglomérer en ce qu'il appelle « un écran bêta » »*. [12] Ceux-ci, n'ayant pas de sens, sont toxiques pour l'humain, car angoissant. Le bébé n'a pas les capacités de les organiser et de les contenir. Il est donc nécessaire qu'un objet externe les transforme afin qu'ils puissent être assimilés, et nourrissent des perceptions puis des représentations structurantes.

Parmi les sensations que vit le bébé, se précisent celles issues de l'échange que l'entourage établit avec lui, notamment à travers l'alimentation, la voix, le regard, la peau, le tonus. C'est par ces différents canaux que la figure maternante peut échanger et donner du sens à ce que vit le bébé, en traitant les éléments β désorganisés qu'il exprime, et en les transformant en éléments assimilables, détoxifiés. Il faut pour cela qu'elle puisse s'identifier à ce que vit son enfant, grâce à sa "capacité de rêverie". Elle pourra alors s'accorder à son enfant et s'ajuster à ses besoins.

La figure maternante joue alors ce que W. BION nomme la **fonction α** (alpha), qui assure le rôle de contenant externe du bébé. *« L'enfant pourra introjecter dans un espace psychique des éléments pensables parce que ce contenant externe peut transformer les « éléments bêta » »*. [12] Ainsi, une relation contenant-contenu s'établit entre la figure maternante et le bébé.

Ces éléments contenus par la mère et introjectés dans le bébé vont, en s'accumulant, former un écran d'éléments α contenant. Celui-ci constitue une *« membrane semi-perméable qui divise les phénomènes psychiques en deux groupes, conscient et inconscient »*. [12] Cet écran contenant constitue les fondements de l'appareil psychique du sujet.

Cet écran va jouer dans le processus de **différenciation** : dedans/dehors, affect/représentation, imaginaire/réel. Ces repères sont organisateurs de la pensée : ainsi se forme la propre capacité de contenance de l'individu. L'enfant puis le jeune adulte devient alors capable, par lui-même, de traduire les sensations corporelles et émotionnelles, de les mentaliser et enfin de les exprimer de manière adaptée. C'est donc par introjection de l'objet contenant maternel que le bébé acquiert sa propre fonction contenante, dans un ancrage à la fois corporel et relationnel. Cela participe à l'acquisition de son enveloppe psychique et ainsi à son individuation.

La fonction contenantante se lie à la fonction de **pare-excitation** conceptualisée par S. FREUD. Celle-ci permet de faire le tri entre les afférences extérieures transformables et celles trop intenses, ne pouvant être contenues. L'enveloppe psychique peut être contenantante parce que les excitations peuvent être transformées en contenus. L'effraction survient lorsque les excitations sont d'une force supérieure aux capacités de filtrage du pare-excitation. Les capacités de traitement intégratif de l'individu façonnent son appréhension du monde. Ainsi, en atteignant les fonctions de pare-excitation et de contenantance du sujet, l'effraction traumatisante peut mener à des compulsions de répétition, aux débordements, etc.

La fonction contenantante de l'enveloppe psychique est donc d'abord d'origine externe et assurée par sa fonction pare-excitatrice. Les expériences sont ainsi subjectivables et peuvent s'inscrire en tant que trace mnésique. C'est ainsi que se forment les représentations, d'abord appuyée sur la sensation : c'est le processus de symbolisation primaire.

- la symbolisation primaire

Les éléments α introjectés font partie des premières représentations du bébé. Ces représentations sont d'abord ancrées corporellement car elles proviennent de ses sensations. D'après le psychanalyste français René ROUSSILLON, c'est sur l'objet en présence que s'effectue la "**symbolisation primaire**".[25] Celle-ci prend appui sur un double étayage : d'une part (de) sur l'activité perceptivo-motrice ; d'autre part sur la réponse active de l'environnement.

C'est à partir des représentations de choses, prenant donc appui sur le vécu psychocorporel, que se développent ensuite les représentations de mots, à force de répétitions et si les réponses de l'environnement sont cohérentes avec ce qu'il vit. Cela correspond à la symbolisation secondaire, qui se fait en l'absence de l'objet, appuyée par le langage. Ce processus secondaire doit avoir été expérimenté au moyen de processus primaires. "*L'incarnation de notre organisation tonique et motrice est la condition d'accès à la psyché*".[35]

- effraction et contenantance

Dans l'effraction de l'inceste, l'enveloppe psychique n'est plus en capacité de contenir les excitations qui la déborde, ce qui mène à la sidération. Le pare-excitation est donc rompu, ce qui atteint la capacité de contenantance du sujet. Les excitations s'engramment dans le sujet mais la pensée ne peut traiter les informations sensorielles (puisque le lien avec les aires associatives est rompu).

Selon R. ROUSSILLON, "*l'expérience passée possède une trace perceptive mais pas de traces représentatives, l'expérience n'est pas appropriée subjectivement, il n'y a pas eu de travail de mise en représentation-chose et par voie de conséquence pas de symbolisation primaire*".[36] La perception de soi est coupée. Nous avons vu quelles conséquences cela peut avoir chez le sujet traumatisé. Ainsi, pour "reconstruire" sa capacité de contenantance psychocorporelle, le sujet doit aussi passer par l'expérience corporelle.

De manière générale, l'inceste s'installe dans un environnement défavorable pour le développement de l'individu et y associe des traumatismes. *“Ce traumatisme, c'est l'ensemble des dégâts inhérents au trauma décliné sur les effets dévastateurs immédiats de l'agression, ainsi que les empreintes de tous les vécus antérieurs subjectifs et existentiels, une réédition des vécus infantiles”*.^[11] Le sujet devenu objet par la soumission est nié de parole par le secret, parfois durant une longue période avant d'être pris en charge. Le vécu reste ancré dans le corps.

Dès lors, si l'individu bloque l'accès à la conscience de ses ressentis émotionnels et corporels, il ne s'investit plus corporellement. Les sensations ne sont plus source de plaisir, ce qui entrave les représentations de soi et/ou les relations aux autres. D'une autre part, l'individu ayant été débordé par ses sensations, douloureuses et/ou sources de plaisir, peut ensuite surinvestir sa sensorialité. Le sujet ne peut plus poursuivre son travail d'appropriation des sensations qui a normalement lieu petit à petit au cours de son propre investissement corporel. Le sujet va alors ressentir les sensations de plaisir et/ou de douleur, mais pas de façon normale. Il peut alors se mettre dans des situations lui permettant d'avoir des sensations de manière générale ; des sensations particulières dans une compulsion de répétition ; et/ou de pouvoir maîtriser des ressentis non symbolisables, comparables aux éléments bêta chaotiques et parcellaires abordés précédemment. Dans ces cas, les représentations de soi sont troublées et cela s'exprime par des pathologies et des perturbations dans les relations.

Le traumatisme de l'inceste ne touche donc pas que l'enveloppe psychique du sujet. C'est toute l'enveloppe psychocorporelle, dans sa capacité de contenance et dans ses modalités intersubjectives, qui est atteinte. Les théories psychanalytiques que nous avons vues fondent une grande partie de la base théorique de la contenance en psychomotricité. La pratique est cependant différente, et les théories qui l'étayent forment la spécialité de la psychomotricité sur cette question.

c) *La contenance en psychomotricité*

- le portage

Dans le développement humain, la contenance est pensée dès la grossesse en psychomotricité. Le fœtus est contenu par l'enveloppe utérine dans une position rassemblée, contenant. A la naissance, le bébé est confronté à de nouvelles expériences sensorielles et gravitaires. Son axe se déplie, il s'ouvre lorsqu'il est allongé. C'est lorsqu'il est porté qu'il retrouve la position foetale au chaud, dans les bras de son parent.

Le peau à peau, le portage et les bercements permettent au nouveau-né de revivre l'expérience de contenance, dans un dialogue tonico-émotionnel serein, sans angoisse, sécurisant pour le bébé. La psychomotricité s'intéresse donc à la contenance dès les premiers instants de la vie, en accompagnant les parents et les bébés dans ce type d'interaction.

- le tonus de base

La contenance est aussi pensée d'un point de vue tonique. Le tonus de base permet la cohésion de l'ensemble du corps, en maintenant les segments entre eux. *“Cette contention [...] s'exprime en véritable “contenance” de soi-même, façon de se “(re)saisir” autour d'un centre et à l'intérieur de ses limites. Le tonus soutient alors le sentiment d'unité corporelle et d'individuation et constitue une véritable “enveloppe tonique” en support de l'enveloppe-peau.”*. [38]

L'individu est donc contenu du fait de sa structure corporelle. Cependant, certains affects peuvent mener à des troubles toniques, comme nous avons vu pour les hypertonies liées à l'angoisse abordées plus tôt (cf. 2.2.a), qui permettent de se sentir rassemblé. La psychomotricité s'intéresse donc aussi à la manière dont le sujet se sent contenu en lui-même, et aux stratégies qu'il adopte consciemment ou non face à une altération de sa sensation d'être contenu en lui-même.

- défaut de contenance

De nombreux troubles peuvent être associés à un défaut de contenance du point de vue psychocorporel. Lorsque l'enveloppe ne peut pas contenir les affects, sensations et représentations, le sujet peut être en proie à des angoisses. Pour les contrôler, deux systèmes de défense peuvent se mettre en place : le premier vise à “se remplir” par autostimulations, augmentant la perception de soi ; le second vise à “se séparer” des sensations et affects, par l'imaginaire ou l'intellectualisation.

Dans le cadre du traumatisme sexuel, *“ce sont un corps en souffrance et un corps de souffrance, une peau psychique altérée qu'il faudra réparer : c'est bien par le contenant qu'il va falloir travailler, réparer les limites, la peau du corps, la chair de l'enveloppe physique et celle du Moi-peau, car sans contenant il est impossible de supporter un quelconque contenu”*. [11] Ainsi se dessine le fond du travail thérapeutique à effectuer avec la jeune fille traumatisée en psychomotricité.

Les psychomotriciens André CALZA et Maurice CONTANT se sont penchés sur cette notion de contenant psychique en psychomotricité, qu'ils considèrent comme étant *“une véritable charnière entre la théorie et la pratique psychomotrice”*. [7]

Nous avons vu précédemment que selon D. ANZIEU l'enveloppe psychique se crée de la perception de la peau comme enveloppe du corps, qui, par projection sensorielle, permet son élaboration fantasmatique comme enveloppe des contenus psychiques. Ainsi le contenant psychique possède un **aspect structurel** (la peau psychique, par projection sensorielle) et un **aspect fonctionnel** (le moi en tant que fonction contenant, par l'imaginaire et la projection fantasmatique). Ces deux aspects s'originent dans le corps et tendent à faire cheminer le sujet de son activité perceptive et sensorielle vers l'activité symbolique. Ainsi se pose la question *“qui tente de définir le corps dans sa double appartenance au réel comme à l'imaginaire, c'est se placer juste sur la frontière entre le dedans et le dehors”*. [7]

Selon le psychosomaticien Mahmoud SAMI-ALI, la psychomotricité a entre autre pour rôle d'être le "processus auquel, originellement, incombe la tâche de créer un dedans et un dehors en séparant ce qui appartient au sujet de ce qui lui est étranger".[7] C'est cette expérimentation qui médiatise la différenciation entre le dedans et le dehors, le soi et le non soi, le réel et l'imaginaire. Ainsi, le corps est expérimenté en tant que surface de projection originelle contenante. Cette différenciation participe à l'**individuation** et ainsi à l'**accès à l'intimité** (cf. 1.3.c). La notion d'intime est prédominante dans la façon dont la jeune fille va être en relation avec elle-même, les autres et son environnement.

Dans le cadre d'un traumatisme ayant atteint la fonction contenante, passer par l'expérimentation sensori-motrice permet d'engager un nouveau développement, en réengageant l'investissement corporel de manière non pathologique. Ce néo-développement peut permettre de développer la sensation de contenance et de plaisir corporel, ce qui peut servir d'appui au sujet dans la restructuration de ses enveloppes. En effet, c'est en prenant conscience de ses propres capacités et en les développant dans la relation que la psychomotricité va aider le sujet à "surmonter" son expérience traumatisante. C'est alors un néo-développement qu'entreprend l'individu, concept en lien avec la théorie de la résilience.

2) Traumatisme, adolescence et contenance en psychomotricité

a) Le processus de résilience

La **résilience** désigne initialement la capacité d'un matériau à résister aux chocs ou à retrouver sa forme initiale après avoir été comprimé ou déformé. Elle s'est ensuite étendue à de nombreux domaines, tels que l'écologie, la géographie, l'économie, la physique, l'art, la gouvernance. En psychologie, la notion de résilience étudie les conditions de reprise d'un développement après un traumatisme.

Le neuropsychiatre, éthologue et psychanalyste français Boris CYRULNIK a grandement participé au développement de cette notion. "*Un traumatisme blesse. [...] Cependant nous sommes en constant développement nous pouvons interagir après et rattraper tant bien que mal ce qui a été atteint. C'est cela qui définit la tentative de résilience*".[10] Ainsi chacun possède des possibilités de ressources internes qui lui permettent de continuer à vivre après un traumatisme.

La **plasticité cérébrale** permet au sujet d'évoluer en permanence. Elle caractérise la capacité qu'ont les synapses de modifier leur efficacité sous l'effet de l'expérience, c'est-à-dire de l'apprentissage, de l'habitude et de l'environnement. Les connexions neuronales gagnent en taille et en volume si elles sont fréquemment sollicitées, elles décroissent, diminuent lorsqu'elles ne le sont pas. La plasticité cérébrale est la condition de la résilience, puisque celle-ci consiste en un remodelage des capacités du sujet lorsque elles ont été perturbées, notamment par un traumatisme, en développant de nouveaux réseaux synaptiques.

Nous avons vu combien l'environnement peut avoir des effets négatifs sur l'individu. Il peut aussi avoir un effet positif, notamment lorsqu'il est contenant. Le concept de résilience permet d'expliquer en quoi la psychomotricité peut intervenir auprès des jeunes filles traumatisées dans l'enfance. Le fait que l'humain puisse se développer à chaque instant de sa vie signifie ici que la petite fille qui a été traumatisée peut entreprendre un nouveau développement de sa fonction contenant même des années après le traumatisme.

Il s'agit donc de les accompagner dans l'expérience de leur propre contenance, dans un cadre contenant proposant une activité adaptée et au travers d'une relation jouant la fonction α . Avant d'approfondir ces notions, il me semble important d'aborder la question de l'approche psychocorporelle auprès des adolescents.

b) Contenance et corps adolescent

La puberté entraîne un fort remaniement psychocorporel, faisant émerger de nouvelles sensations. Le contexte relationnel impliquant le corps amplifie ce phénomène, du fait des remaniements bio-psycho-sociaux qui changent les représentations qu'a l'adolescent de lui-même et des autres. En effet, à l'adolescence les représentations de soi sont très liées à ce que l'autre lui renvoie. *“Un corps soumis au regard des autres, en relation avec les autres, un corps dont les nouvelles sensations viennent sans doute éveiller quelque chose de non intégrable, une excitation qu'ils ne peuvent lier en eux sous aucune forme de représentation et qui les déborde”*. [33]

L'enjeu des médiations corporelles avec les adolescents repose dans le fait de proposer des situations où ils peuvent éprouver et construire leur identité corporelle, tout en tenant compte de l'impératif d'assurer une fonction pare-excitante, et sans induire la fusion patient-thérapeute, qui empêcherait l'individuation. En ajustant la distance relationnelle, le psychomotricien tend d'une part à protéger l'adolescente du sentiment d'intrusion pouvant être source d'anxiété, et d'autre part à protéger le lien thérapeutique des tentatives d'intrusions de la jeune fille, ces deux possibilités pouvant rendre difficile l'instauration d'une relation thérapeutique contenant.

La prise en charge en psychomotricité propose alors à l'adolescent un espace où il est permis de s'exprimer, et où cette expression va être reçue et accompagnée par le psychomotricien, tout en prenant en compte leurs mouvements contradictoires, entre régression protectrice et affirmation de soi.

Le corps est parfois source de préoccupation anxieuse, ou bien celle-ci peut être déniée. *“L'adolescent est tiraillé entre son besoin d'être tenu, soutenu, porté (à condition de ne pas le sentir) et son désir d'éprouver sa liberté”*. [31] La contenance mise en place par le psychomotricien ne doit donc pas étouffer l'adolescent. Pour cela, *“la participation du thérapeute est active bien qu'en retrait : la semi-directivité en constitue son fondement”*. [38] Ainsi, le psychomotricien guide mais laisse place à l'émergence dans la relation de la subjectivité de l'adolescent.

Le psychomotricien doit s'ajuster afin d'être un appui pour l'adolescent, pour qu'il puisse développer ses propres capacités. *“Ce sont bien les appuis que l'adolescent trouve dans ses relations aux adultes qui vont lui permettre de s'identifier, de conflictualiser et d'élaborer ce qui se passe en lui. Nous sommes donc sans arrêt sollicités par cette notion de distance relationnelle fluctuante à adapter. Accepter de jouer avec cette distance est l'une des conditions obligées du travail avec les adolescents”*. [38]

En effet, le psychomotricien *“ne peut prétendre intervenir si la distance affective, émotionnelle et relationnelle est trop éloignée ou trop rapprochée. L'implication est un partage de l'expérience”*. [39] Il est donc nécessaire que le psychomotricien appréhende où en est le patient dans son développement psychocorporel et quelles transactions affectives et symboliques s'impliquent dans la relation corporelle pour former un cadre relationnel qui puisse être contenant.

c) enjeux du bilan psychomoteur

Constituer un axe thérapeutique contenant avec l'adolescent nécessite que le psychomotricien s'adapte au patient qu'il reçoit. Le bilan psychomoteur permet de se présenter l'un à l'autre dans un cadre où le psychomotricien est peu corporellement impliqué dans la relation. Il peut alors observer une part de son fonctionnement et écouter ce qu'il en dit. Pour A. CALZA et M. CONTANT [7], l'examen psychomoteur de l'adolescent ont pour objectif :

- la connaissance globale du jeune et de son vécu, notamment par rapport à l'être-corps;
- l'observation de ses comportements, ses conduites, sa plasticité adaptative, la qualité de ses relations interpersonnelles et groupales;
- l'appréciation objective de ses performances et aptitudes psychomotrices, cognitivo-affectives et sociales.

A ces objectifs s'ajoutent un retour intelligible de ses difficultés permettant l'engagement dans la prise en charge, l'émergence d'un projet de soin, et l'apport de et pour l'équipe soignante.

Dans le cas particulier des adolescentes traumatisées sexuellement, le bilan permet entre autre d'observer ce qu'il en est de son investissement dans l'espace. Dans les relations interpersonnelles, la proxémie permet d'étudier les distances corporelles dans l'espace. En appréhendant les réactions qu'ont les jeunes filles face au rapprochement et à l'éloignement, le psychomotricien peut percevoir des indices indiquant la manière dont elle projette son espace intime dans l'espace relationnel. Pour évaluer cette donnée, il peut par exemple être intéressant de proposer un jeu d'échange de balle en bougeant dans la pièce. Cela permet d'observer les distances relationnelles, les réactions associées à celles-ci, et leurs évolutions.

D'autres observations cliniques semblent intéressantes à recueillir auprès de ces jeunes filles: la manière dont elles s'investissent corporellement et les représentations qui y sont associées ; des données tonico-émotionnelles telles que leurs postures, leurs capacités de relâchement tonique, leurs niveau d'anxiété générale ; ainsi que leurs expressivité et imaginaire, qui peut être désinvesti ou surinvesti. Ces propositions ne sont toutefois pas exhaustives, puisque le choix des thèmes de bilan dépend de la subjectivité du psychomotricien et des problématiques du patient.

C'est à partir de ses observations que le psychomotricien va pouvoir dégager des modalités de prise en charge qui constitueront l'axe de soin. Son adaptabilité forme la condition de l'émergence de la fonction contenante au sein de la prise en charge. La contenance en psychomotricité se trouve dans plusieurs modalités, qui, bien que séparées sur le plan théorique, forment un tout contenant dans la prise en charge. Ce sont particulièrement les échanges relationnels, les cadres et les médiations qui auront des composantes contenantantes, pour le patient et pour le psychomotricien.

3) La contenance dans la pratique psychomotrice

a) La relation contenante

- l'implication corporelle

En s'impliquant corporellement, le psychomotricien s'implique aussi émotionnellement. Il propose une relation qui inclut la **communication non-verbale**. *“L'écoute du psychomotricien s'étaye sur l'échange d'émotions à partir de canaux tonico-posturaux”*. [30] *“Agissant sur un mode vibratoire, le tonus assure une fonction de communication, à la fois consciente et inconsciente avec des variations qui, par étayage, se chargent d'affects et de représentations, formant un ensemble psychomoteur qui se transforme, se décline, s'enrichit ou s'appauvrit selon les rencontres”*. [38] Ainsi le psychomotricien peut *“percevoir chez le patient des signes corporels et émotionnels avec lesquels il va entrer en résonance”*.

Cette **résonance** permet au psychomotricien d'apporter *“une réponse tant au niveau corporel qu'au niveau du langage”*. [38] C'est en grande partie sur l'**empathie** qu'il va s'appuyer. La relation empathique permet d'appréhender *“l'autre dans sa propre perspective, dans son état mental, qui est au centre de la relation avec sa composante cognitive et affective, tout en préservant sa propre différence”*. [38] Comprendre pour aider, sans être à sa place. *“L'engagement corporel, les propositions, les stimulations et nos mises en mots peuvent ainsi s'ajuster à la disponibilité ainsi qu'aux demandes et aux capacités d'intégration de nos patients”*. [30] Si le psychomotricien perçoit ce que lui exprime le patient, son implication corporelle induit que le patient reçoit aussi ce qu'il lui transmet. C'est à partir de la capacité de contenance du psychomotricien, qui *“fait appel tout autant à notre corps qu'à notre appareil psychique”* [33], que va pouvoir se développer une relation contenante.

- fonction contenante du psychomotricien

Selon le docteur en psychologie français Yannick MILLEUR [26], le “travail de contenance interne du soignant” répond à certaines qualités :

- une **capacité d'accueil** de ce que le patient renvoie : le psychomotricien doit être en capacité de se laisser être touché et habité, par des éprouvés parfois puissants et denses.
- une **capacité de réserve ou de refus** : ce que provoque le patient chez le soignant ne peut être déchargé. L'inconnu et le non sens doivent pouvoir être supportés.
- une **capacité à supporter et à survivre à la violence** : en résistant aux attaques du patients, il s'inscrit dans un état limité par la réalité.
- une **capacité à se connaître soi-même et de percevoir ses propres limites** : parce que le psychomotricien se connaît, il peut reconnaître ce qui lui revient de ce que le patient lui envoie.

Ces qualités font que le psychomotricien peut contenir ce que le patient lui transmet. Une fois ces éléments reçus, il peut les transformer, les détoxifier, et les renvoyer au patient de manière à ce qu'il puisse les intégrer. Le psychomotricien assure ici la fonction α développée par W. BION.

“Le psychomotricien, en accueillant et mettant des mots sur les messages corporels [...] va contenir en mettant à disposition son propre appareil psychique”.[30] A l'image de cette théorie, les expériences contenantantes intégrées par le patient forment un écran d'éléments α contenus, qui le mènent à (re)développer sa propre fonction contenante par introjection.

- limites de la relation

L'implication corporelle du psychomotricien induit donc des échanges tonico-émotionnels entre le patient et le soignant. Si ceux-ci sont constitutifs de l'émergence d'une relation contenante, il est important que la patiente se sente entendue par le psychomotricien, et qu'il veille à ce qu'elle ne se sente pas à nouveau effractée dans son enveloppe psychocorporelle. Il est possible que des sensations ou souvenirs traumatiques émergent, ou que des réactions défensives apparaissent, qui mènent au débordement, à la confusion et/ou à l'inhibition.

Ce sera la capacité de contenance du psychomotricien qui permettra d'instaurer une alliance thérapeutique permettant une relation contenante. Ainsi, il pourra instaurer *“une relation réelle qui n'est pas la reviviscence d'une expérience passée, mais qui se veut une fondation affective et effective dans les processus d'organisation du corps, de l'espace et du moi”.*[38]

Le psychomotricien doit donc être vigilant à être en mesure d'assurer ses propres capacités de contenance. Pour cela, il s'appuie sur les différents cadres induits et mis en place dans la prise en charge.

b) *Le cadre contenant*

“Le cadre thérapeutique est ce qui contient une action thérapeutique dans un lieu, dans un temps, dans une pensée”.[33] On retrouve donc la notion de contenance dans le cadre de la pratique psychomotrice. Catherine POTEL distingue le cadre physique du cadre psychique.

- cadre physique

Le cadre physique répond à plusieurs conditions[33] :

- d'espace: *“pour qu'un lieu puisse accueillir les excitations, les plaisirs que donnent le mouvement, le geste, il faut concevoir l'espace comme un vrai réceptacle contenant les expériences sensorielles et motrices”* ;
- de matériel: *“le psychomotricien implique sa propre sensibilité et son investissement sensoriel dans le choix de ses objets - jeux, tissus, coussins, matières, couleur - qui sont autant de supports aux intégrations et à l'imaginaire”* ;
- de temps: *“une séance où il va s'agir de jouer, d'organiser l'espace, de bouger son corps, demande une durée suffisante [...] et une régularité de temps pour qu'elles s'intègrent comme des repères”* ;
- d'encadrement: *“le psychomotricien peut travailler seul, en équipe, à deux, en coanimation. La mise en place d'un travail pluridisciplinaire est toujours d'une grande richesse”* ;
- de fonctionnement institutionnel: *“un cadre thérapeutique s'intègre dans une institution qui a un projet global pour les patients, s'appuie sur le travail d'une équipe où chacun est censé avoir sa place et sur un certain nombre de règles qui lui permettent une cohérence de fonctionnement et de pensée”*.

La manière dont le psychomotricien va organiser et penser son cadre physique va lui servir d'appui à sa propre contenance. Le patient peut ainsi s'appuyer sur le psychomotricien qui est en mesure d'assurer sa fonction contenante.

Ce cadre physique doit aussi être contenant pour le patient. Le psychomotricien se pense en tant que pare-exciteur, et aménage alors sa séance et sa salle en fonction des particularités de son patient (en aménageant un coin relaxant, en fermant les placards, en retirant un objet source d'anxiété, en aménageant un temps de rituel, etc).

Si le cadre physique donne des appuis concrets au psychomotricien et au patient, le cadre psychique permet de contenir tout en posant des limites structurantes.

- cadre psychique

Nous avons vu en quoi l'implication corporelle dans une relation empathique et détoxifiante permet de faire émerger la fonction contenante chez le patient. Ce cadre psychique bienveillant est contenant. Cependant, pour mener le patient à s'individuer, il ne faut pas qu'il se sente entièrement fusionné au psychomotricien.

C. POTEL écrit que *“le cadre, c’est aussi et avant tout la disponibilité psychique du thérapeute qui va faire appel [...] à sa propre capacité d’être, en même temps, un réceptacle et un séparateur”*. [33] Ainsi, les règles et limites posées par le psychomotricien vont jouer un rôle de tiers, permettant de se différencier. Grâce à cela, le patient peut intégrer les expériences: *“cette articulation fondamentale entre, d’une part, enveloppement et acceptation de la régression - inhérents à nos pratiques corporelles - et, d’autre part, triangulation et limites faisant appel au tiers “paternel”, va être la condition indispensable pour qu’il y ait circulation “fluide” entre extériorisation, expressivité, créativité, intériorité”*. [33]

Le psychanalyste René KAËS distingue six fonctions du cadre, qui rendent possible l’instauration d’une relation contenantante permettant au thérapeute, qu’il considère alors comme un “conteneur”, d’effectuer les transformations nécessaires à l’intégration des éléments que lui envoie le patient. [22]

- la **fonction contenantante** permet d’atteindre la stabilité pour que le sujet puisse transformer. Le cadre permet dès lors le “dépôt” des éléments à détoxifier, qui peuvent être amenés dans le cadre du fait de sa sécurité et sa confidentialité ;
- la **fonction de limitation** assure la distinction entre l’interne et l’externe, permettant ainsi *“la constitution d’une intériorité et d’une extériorité corporelle puis psychique”*. [22] Ce cadre garantit ainsi les limites du sujet, la délimitation de son espace psychique. Les **fonctions pare-excitatrices** sont ainsi assurées ;
- la **fonction transitionnelle**, permettant l’émergence dans la relation de la subjectivité et de la créativité. La différenciation soi/non soi permet l’émergence de cette fonction, qui prend place grâce à un cadre *“ni subjectivement conçu, ni objectivement perçu”* [22] ;
- la **fonction d’adossement et d’étayage**, servant d’appui pour le sujet. Cette fonction est originellement constituée par l’expérience de la sensation du contact tactile dorsal soutenant dans les relations primaires, qui, puisque non visible mais réel, constitue un véritable “arrière plan de sécurité” ;
- la **fonction de transformation**, semblable à la fonction vue précédemment. Elle est assurée par la **fonction conteneur** du dépositaire. *“La contenance se convertit en fonction conteneur lorsque s’engage un processus de transformation des contenus par la capacité de contenance”* [22] ;
- la **fonction symboligène**, ne pouvant émerger que si toutes les autres fonctions sont présentes. En psychomotricité, ce sont principalement les processus de symbolisation primaire - formant les représentations primaires en présence de l’objet par la sensorialité - qui vont être accompagnés à être développés, afin de mener à la symbolisation secondaire.

Le psychomotricien est donc garant d’un cadre physique et psychique à la fois contenant, unificateur et séparateur. Toujours selon R. KAËS, la fonction conteneur ne peut émerger que selon deux conditions. La première concerne l’intersubjectivité: ce n’est que dans le lien que contenance et transformation peuvent s’associer. La seconde s’appuie sur des organisations qui la contiennent, qu’il nomme **métaconteneurs**. Ceux-ci forment le cadre contenant du professionnel.

- cadre contenant du psychomotricien

Le psychomotricien peut s'appuyer sur diverses aides au travail, lui permettant de penser sa prise en charge. Lorsque sa fonction contenant et pare-excitatrice est mise à mal, faire a posteriori un retour réflexif détoxifié par un autre, extérieur à la situation, permet de ne plus se sentir débordé par la situation, et de se remettre en question.

Selon C. POTEL, les réunions d'équipe, la supervision, les groupes de travail, les formations, les thérapies personnelles et le champ théorique sont autant d'appuis possibles pour le professionnel. Ils assurent un cadre au cadre même de la prise en charge.[33]

La supervision professionnelle *“est une activité professionnelle axée sur l'évaluation, l'amélioration et le développement des connaissances, les habiletés et les comportements des supervisés dans l'exercice de leur profession”*. [39] Ce temps permet d'effectuer un retour réflexif sur ce qui se joue en séance, ce qui mène à :

- aider à prendre conscience des résonances émotionnelles des situations cliniques pour mieux identifier ce qui se joue ;
- réfléchir sur des thématiques professionnelles pour se donner des repères ;
- favoriser la cohérence entre théorie et clinique ;
- parler des difficultés rencontrées ;
- développer ses compétences et savoirs.

Le superviseur est en quelques sortes le contenant externe du professionnel et l'aide à comprendre et démêler les problématiques auxquelles il fait face.

Face à une victime d'inceste, un professionnel peut être déstabilisé sur plusieurs points. En tant que sujet tabou, en tant que crime, l'inceste peut faire émerger de fortes émotions aux professionnels. Si il en est affecté au point d'en être submergé, cela l'affecte et l'atteint alors dans sa propre capacité de contenance, ce qui peut altérer la fonction contenant de la relation.

Le psychomotricien peut de plus être déstabilisé, mis à mal dans la relation. Les sujets traumatisés par l'inceste peuvent par exemple déborder ou s'inhiber sur un plan corporel et/ou verbal, refuser le toucher ou la relation. Si c'est le cas, le cadre contenant du professionnel peut aider le soignant à adapter la prise en charge.

Les différents cadres sont donc très importants dans la prise en charge. Le cadre qui en émane représente un enjeu majeur de la prise en charge en psychomotricité, car *“dans cette notion de cadre contenant, [...] c'est toute la dimension thérapeutique du soin psychomoteur qui est en jeu”*. [33]

c) *Individuel ou en groupe*

- Prise en charge en individuel

La prise en charge en individuel privilégie la relation à deux, entre le psychomotricien et le patient. Ainsi, le psychomotricien peut se concentrer sur le patient, en exerçant sereinement sans trop de parasitages, puisqu'il est responsable du cadre créé et dans une relation duelle. Il peut ainsi plus facilement assurer la fonction contenante du cadre et de la relation puisqu'il est seul en charge de maîtriser les éléments qui participent à la contenance. L'espace de la prise en charge constitue ainsi un espace intime qui permet de mieux respecter l'intimité du patient et qui permet au patient d'exposer son intimité plus facilement, ou non, ce qui rejoint la nécessaire adaptabilité du psychomotricien. Le thérapeute peut donc maintenir un haut niveau d'adaptation au patient et développer des stratégies complexes qui vont suivre la progression des acquisitions.

Le lien duel au thérapeute peut être bénéfique à l'adolescent par "l'intimité thérapeutique" qu'il permet. Il peut trouver en le psychomotricien une réassurance narcissique, celui-ci lui offrant un miroir identificatoire satisfaisant. Il propose un espace se voulant adapté et adaptable à la jeune fille, dans lequel elle peut construire des liens affectifs sécurisés, avoir des expériences symbolisables car détoxifiées. Elle peut ainsi construire ses propres perceptions et représentations de qui et ce qu'elle est, par ce qu'elle sent et comment elle agit.

Chez la jeune fille traumatisée, la prise en charge s'axera possiblement en grande partie sur le vécu corporel et émotionnel dans la relation à soi et à l'autre. Ainsi peuvent se développer la confiance en soi et en l'autre, et une image de soi différenciée et appréciée, afin de se réapproprier son corps et réapprendre à faire ses propres choix, à agir pour soi en fonction de ses désirs, dès lors non imposés par un autre. Sensorialité, mouvement, détente, créativité et expressivité pourront lui permettre de se réinvestir et de faire émerger sa subjectivité.

Le psychomotricien utilise pour cela des médiations, qui, tout en formant un tiers séparateur, permettent de partager l'expérience dans une relation contenante. *"La médiation, corporelle ou autre, propose un espace « entre » et un objet commun à partager et à créer, cet objet se faisant en quelque sorte témoin de la relation existante entre deux personnes".*[33] Parmi la multitude de choix des objets médiateurs possibles, ceux-ci ont pour objectifs en psychomotricité *"de proposer un lieu d'expériences, de sensations et de perceptions ; de favoriser le jeu du corps porteur d'une expression spécifique, dans un étayage relationnel structurant ; d'aider à la transformation des éprouvés en représentations".*[33]

Une prise en charge en individuel peut donc permettre au professionnel de penser l'installation d'une relation sécurisée et contenante avec plus de facilité que dans un groupe. L'adolescente traumatisée pourra alors expérimenter pour elle-même dans la relation, et se sentir plus facilement en sécurité, afin d'évoluer selon l'axe thérapeutique de manière sereine.

- Prise en charge en groupe

“Le groupe est un dispositif psychosocial : c’est un contenant d’angoisses (primaires, archaïques); un espace (transitionnel) d’expression; il offre des possibilités identificatoires nouvelles. [...] Sont en jeu la découverte de soi, l’acceptation des autres, l’apprentissage par les autres, la consolidation des fonctions du moi par un meilleur contrôle des pulsions, une adaptation plus souple à la réalité sociale”.[38]

Les groupes peuvent avoir différents objectifs[38] :

- ils peuvent être constitués en vue de l’accomplissement d’une tâche commune, permettant d’organiser les relations socioaffectives. Ils ont alors pour objectifs d’atténuer les symptômes psychofonctionnels, comportementaux, et d’améliorer les capacités adaptatives des patients ;
- ils peuvent aussi être en vue du développement des relations inter-personnelles. L’objectif de ce type de groupe est la constitution du groupe, en lien avec le renforcement de la conscience de soi par l’expression (gestuelle, verbale, en lien avec les médiations) et l’accès aux formations psychiques groupales et individuelles.

Ces objectifs sont étayés par différents concepts théoriques[38] :

- la **dynamique de groupe**, selon laquelle le groupe constitue un tout semblable à un organisme. Les interactions personnelles sont régies par des lois et créent un processus dynamique d’adaptation ;
- l’**interaction thérapeutique** qui permet à chacun d’expérimenter et de trouver une place dans le groupe. Les interactions libres contribuent à renégocier les rôles impartis à chaque individu dans sa vie sociale. Chaque patient devient l’agent thérapeutique de l’autre. Le travail thérapeutique vise la transformation des membres du groupes par le groupe lui-même ;
- l’**enveloppe groupale** délimitant un espace interne et une temporalité propre au groupe dans un imaginaire spécifique. Celle-ci constitue un espace psychique transitionnel puisque la constitution de l’enveloppe groupale anticipe l’avènement des enveloppes psychiques individuelles. Elle protège et sécurise par sa capacité à maintenir les membres ensemble. Cette enveloppe assure ainsi une fonction contenante.

Les intérêts majeurs du groupe thérapeutique à l’adolescence reposent selon C. POTEL dans ses effets de contenance, de réglage des distances relationnelles, de diffraction des investissements (autant érotiques qu’agressifs) et d’expérience d’être seul en présence des autres.

Selon C. POTEL, *“pour que le groupe puisse remplir les effets de contenant et de repérage dont l’adolescent a besoin, d’une façon générale, on peut dire que les groupes proposent à l’adolescent une scène imaginaire presque « psychodramatique » où se joue et se construit, à petits pas, le devenir des relations à l’âge adulte, tant dans le repérage de la différence des sexes, que dans les relations de pouvoir, de séduction...”*. [32]

Nous avons vu combien la socialisation et l'image sociale de soi sont deux composantes qui jouent un rôle très important à l'adolescence. De ce fait, le dispositif de groupe peut être particulièrement adapté à cette période. Chez la jeune fille traumatisée, pour qui les modalités relationnelles peuvent avoir été altérées, le groupe peut être un appui permettant d'intégrer un sentiment de soi et un fonctionnement social serein et non source de souffrance, tout en profitant des activités thérapeutiques qui y sont proposées.

Son cadre permet de plus de ne pas être l'unique centre de l'attention (ce qui peut constituer une recherche permanente ou donner une sensation d'être intrusée), et garantit la présence du tiers, ce qui ne replonge pas dans une situation duelle pouvant rappeler la relation victime/agresseur.

Le dispositif groupal peut aussi ne pas être adapté à la prise en charge, puisque l'adolescent en groupe peut donner une fausse image de lui-même au risque du regard des autres. Il se protège des autres en faisant semblant, en se cachant, afin d'assurer une image sociale suffisamment forte, ce qui peut avoir pour effet d'empêcher son évolution.

Le choix entre prise en charge en individuel et en groupe doit donc être pensé par le psychomotricien, et adaptable à ce qu'il perçoit de ce que le patient lui renvoie. Le dispositif d'habiletés sociales, cadre dans lequel j'ai suivi Léa et Morgane, constitue une prise en charge de groupe qui peut être intéressante pour les jeunes filles traumatisées.

4) Etudes de cas

a) Dispositif d'habiletés sociales

Selon les psychologues américains Michel HERSEN et Alan BELLACK, l'habileté sociale désigne la *“capacité d'exprimer à la fois des sentiments positifs et négatifs dans un contexte interpersonnel, sans souffrir d'une perte consécutive de renforcement social”*. [39]

Les habiletés sociales permettent au sujet de s'affirmer socialement. Une telle compétence s'observe lors de contextes interpersonnels très variés. Elle implique la manifestation de réponses verbales et non verbales appropriées. En outre, l'individu compétent au plan social a conscience des réalités des situations sociales. Il peut ainsi reconnaître lorsque ses efforts ont des chances de se voir gratifiés.

Cette tâche est complexe, puisqu'elle exige simultanément *“des capacités de perception et d'analyse, une gestion cognitive de ces éléments et l'expression d'une réponse, sans oublier le cadre dans lequel cela s'exprime et son intérêt propre”*. [39] Ces compétences nécessitent que le sujet ait une certaine conscience de soi, et de l'autre.

La conscience de soi peut être définie comme *“un processus par lequel l’individu est capable d’évaluer ses réponses comportementales (physique, somatique, cognitive et affective) conformément aux notations, avec des normes objectives, provenant en général d’un informateur qui connaît bien l’individu”*. [39] Ainsi le fait de s’auto-évaluer permet au sujet de se situer lui-même dans son environnement physique et social.

La conscience des autres repose en grande partie sur la capacité d’empathie de l’individu, désignant le fait de comprendre et penser les sentiments de l’autre. Celle-ci permet d’une part de prédire les comportements d’autrui, ce qui donne un certain degré de maîtrise de la situation. D’autre part, elle oriente la communication - verbale et non verbale - de la compréhension de la situation à l’autre. Cela permet ainsi aux deux protagonistes de percevoir et d’émettre dans un échange par le biais de la communication.

Les groupes d’habiletés sociales visent à permettre aux patients d’intégrer ces capacités de conscience de soi et de l’autre afin de réduire leur difficultés sociales, qui sont potentiellement source de souffrance pour eux et/ou pour leur entourage. Ces groupes proposent ainsi des temps d’entraînement pour développer les compétences sociales, qui concernent [39] :

- la compréhension du discours et des intentions d’autrui ;
- l’expression de manière compréhensible et synthétique de ses pensées ;
- l’identification, l’expression, la régulation et la compréhension de ce qui provoque les émotions ;
- la connaissance de règles de la vie en société ;
- la socialisation et l’épanouissement avec autrui ;
- l’autonomisation dans la vie sociale et familiale.

Ce dispositif d’orientation cognitivo-comportementale s’adresse ainsi à des personnes présentant des difficultés sociales telles que l’anxiété et les déficits d’investissement, d’aisance, d’empathie et de reconnaissance de leurs ressentis. Il propose aux patients un espace-temps leur offrant la possibilité de prendre conscience, d’exprimer de comprendre ce qu’ils vivent par la verbalisation “détoxifiante” du professionnel, et d’expérimenter ces situations au moyen d’activités en groupe.

La contenance, bien que non mise en avant comme moyen et objectif dans ces groupes, est cependant inhérente à l’action thérapeutique. Nous avons vu que la création même d’un groupe cherche à ce qu’une enveloppe contenante s’installe. De plus, les mots posés par le professionnel sur ce que partage le patient mène à donner sens à ce qu’il vit, et ainsi à intégrer son vécu. Cela rejoint donc la fonction α de transformation du vécu vue précédemment. Le cadre et la relation visent ainsi à assurer leur fonction contenante pour permettre une évolution du sujet.

Je vais à présent vous présenter les groupes d’habileté sociale dans lesquels j’ai eu l’opportunité de réaliser mon stage long de troisième année de formation en psychomotricité.

b) *présentation du terrain de stage : vignettes cliniques*

Les groupes d'habiletés sociales auxquels j'ai participé en stage suivent les objectifs présentés ci-dessus. J'ai pu participer à cinq groupes, tous constitués d'adolescents en difficultés sociales. Dans ces groupes, j'interagis avec les patients à l'accueil et au départ, et j'interviens parfois en séance en posant des questions pour obtenir des précisions. Ma place dans le groupe est essentiellement une place d'observatrice, place que j'ai choisi afin de me concentrer particulièrement sur l'observation du fonctionnement du groupe et l'action de la psychomotricienne et du pédopsychiatre. Ce choix m'a paru être une bonne manière de pouvoir apprendre des professionnels.

Léa a participé aux groupes d'habiletés sociales de mai 2018 à février 2020. Cette année, son groupe est constitué de cinq adolescents : deux filles et trois garçons ayant entre 13 et 15 ans. A part Léa, les quatre autres patients ont été victimes de harcèlement scolaire. Ils ont des difficultés à communiquer leurs affects avec autrui dans leurs relations sociales scolaires et familiales.

Morgane participe aux groupes depuis septembre 2019. Elle est dans un groupe constitué de six adolescents, qui ont entre 15 et 18 ans. Elle est la seule fille. Quatre d'entre eux sont autistes Asperger, et l'un a des troubles du comportement.

Les séances s'organisent selon plusieurs temps, que je vais vous présenter en étayant mes propos de vignettes cliniques.

➤ Un temps d'accueil :

Les adolescents patientent dans la salle d'attente. A l'heure de la prise en charge, l'un des professionnels va les chercher. Un couloir relie la salle de psychomotricité et la salle d'attente. Le soignant accueille en serrant la main à chacun des patients. Il est intéressant d'observer la manière dont saluent les patients, qui donne des indications sur la manière dont ceux-ci peuvent réagir au contact (tactile, mais aussi visuel, verbal) et comment ils peuvent s'affirmer en tant qu'individu.

Lorsque je la salue en lui tendant la main et en la regardant, Morgane baisse les yeux, tend sa main et se la laisse saisir et serrer mais ne serre pas la mienne, en esquissant un léger sourire. La poignée de mains est très rapide. Elle semble être dérangée par le contact, visuel et tactile. Je lui souris de manière bienveillante à chaque accueil, afin de lui partager un sentiment sécurisant et contenant. Je la complimente souvent sur ses vêtements, valorisant les efforts d'accord de couleur et de style qu'elle arbore. Je valorise ainsi l'image sociale qu'elle nous renvoie, qui, comme nous l'avons vu précédemment, est très en lien avec l'estime de soi à l'adolescence.

Lors de la séance à laquelle je participe pour la première fois, je me présente individuellement à Léa. Elle me me salue en retour rapidement, sans me regarder. Elle semble vite vouloir rejoindre l'espace du groupe pour s'installer. Elle ne me semble pas être dérangée par mon contact, mais elle ne me montre pas d'intérêt particulier à ma présence. Les autres jours, Léa se montre très changeante dans son attitude à l'arrivée dans le groupe. Elle peut arriver dans le groupe en arborant un grand sourire et en saluant de manière enthousiaste, ou refuser de saluer et aller directement à sa place. Cela peut être mis en lien avec un attachement dysfonctionnel et/ou des fluctuations affectives en lien avec son quotidien ou le groupe, qui influencent directement ses comportements. Les soignants verbalisent alors ce qu'ils perçoivent chez elle, par exemple, "je vois que quelque chose ne vas pas trop aujourd'hui, nous allons en parler si tu veux". En mettant des mots sur ce qu'elle vit, ces paroles détoxifient son vécu et contiennent ainsi ses affects.

Une fois dans la salle, professionnels et patients se saluent. Les patients enlèvent leurs chaussures et rangent leurs affaires. Ce moment permet de percevoir une partie de la manière dont l'adolescent peut investir son environnement et organise son espace.

Au moment d'ôter ses chaussures, Léa est certaines fois bruyante et démonstrative alors que d'autres fois elle est silencieuse et fuyante. Elle garde souvent son sac à main avec elle. Il lui est arrivé à plusieurs reprises en séance de mobiliser son attention sur son sac comme pour détourner son attention du groupe, en sortant un carnet ou des bonbons de son sac par exemple. Elle semble d'une part chercher à s'investir dans des activités liées à son sac comme pour se désinvestir du groupe, et ainsi se mettre à distance de ce que pourrait lui renvoyer les autres patients, qui pourrait produire chez elle des affects particuliers. D'autre part, cela semble lui servir à chercher à récupérer l'attention sur elle. Cherche-t-elle à contrôler les regards, comme pour ne pas être soumise au groupe, la soumission renvoyant peut-être à l'effraction traumatique? Nous la laissons garder ce sac et se désinvestir, en lui rappelant cependant, si cela devient dérangeant pour les autres, qu'elle a le droit de ne pas écouter mais qu'elle n'est pas autorisée à déranger quelqu'un pendant son temps de parole individuel.

Morgane met ses affaires dans un coin, toutes rassemblées pour prendre le moins de place possible. Elle ne parle pas aux autres et reste très calme. Ses gestes sont doux et précautionneux. Elle semble faire attention à déranger les autres le moins possible. A-t-elle peur de ne pas maîtriser un quelconque débordement? Se sent-elle en danger du fait d'être entourée d'autres personnes? L'inhibition de Morgane semble exprimer un sentiment d'insécurité apparaissant alors même que l'espace est sécurisé.

Une fois les chaussures posées et les affaires rangées, chacun va chercher un coussin afin de s'asseoir à l'endroit de son choix dans l'espace où le groupe se rassemble pour la prise en charge d'habiletés sociales. Le fait de choisir sa place constitue déjà un exercice de socialisation, car le sujet est censé respecter des contraintes d'ordres sociales telles que les distances relationnelles, dans un espace physique délimité. Durant ce temps d'installation, il est intéressant d'observer comment et où s'installent les patients.

Alors même qu'elle n'y sont pas obligées et qu'elle sont parfaitement libre d'en changer, Léa et Morgane s'installent systématiquement à la même place à chaque séance. Fait remarquable, elles s'assoient toutes deux dans un coin de la pièce. La position avec les épaules vers l'avant, induite par l'adossement dans un coin, peut rappeler la position d'un bébé tenu dans les bras. Ce mur solide leur donne peut-être un appui, une limite qui se ressent par le dos, ce qui contient corporellement, et qui est ainsi sécurisant. Cet élément clinique m'a fait me questionner sur la recherche de contenance corporelle de ces jeunes filles, ce qui m'a mené à penser ce sujet de mémoire. La place dans un coin permet aussi d'avoir un champ de vision large, ce qui leur donne peut-être la capacité de savoir qui les regarde, leur permettant peut-être d'avoir le sentiment de maîtriser ces regards, ou du moins de ne pas être regardée sans le savoir.

Ce moment permet aussi quelques interactions, le temps que tout le monde s'installe.

C'est à l'endroit où Léa s'assoit que sont habituellement empilés les coussins, que chacun prend pour s'installer. Elle s'installe parfois en première et distribue les coussins aux autres patients du groupe. Ainsi, elle maîtrise la situation. Elle décide de sa place, et choisit cette place où se situe les objets désirés. Elle décide ainsi qui a droit ou non aux coussins et à quelle dose. Elle se met à la place dominante. Cette place rappelle celle qu'occupait certainement son père. Lors de la seconde séance, elle donne des coussins aux autres mais refuse de m'en donner un lorsque je me présente à elle. Son regard n'est pas opposant, mais plutôt malicieux. Je comprends qu'elle teste la relation, qu'elle veut voir comment je réagis sûrement pour savoir si elle peut m'accorder sa confiance, et qu'elle s'assure de mes capacités de contenance. Vais-je devenir une victime et me laisser maltraiter ? Vais-je perdre ma place de sujet en étant traité comme un objet ? Suis-je assez forte pour supporter ça ? Suis-je vraiment inoffensive ? Je lui souris de manière bienveillante en maintenant ma position, et lui redemande un coussin calmement, communiquant ma bienveillance et contenance à travers mon regard et ma mimique. Elle accepte en me disant que ce sera le seul. Je ne me suis pas effacée, mon désir et ma volonté n'ont pas disparu sous ce simple refus. Je ne me suis de plus pas transformée en maître pervers reprenant violemment le dessus sur celle qui oserait se prendre pour le dominant. Du fait que je sois consistante et capable de me contenir, Léa a alors pu passer d'une position d'interdit à une position d'autorité. Elle semble rejouer la relation d'emprise que lui imposait sûrement son père, mais, face à ma capacité de contenance, Léa a pu prendre une autre position que celle du pervers faisant consciemment souffrir l'autre. Elle n'a jamais recommencé.

➤ Le thermomètre émotionnel

Une fois installés, les patients viennent chacun leur tour au petit tableau placé contre l'un des murs. Le premier à venir se saisit du stylo à disposition, et l'utilise pour tracer des lignes divisant le tableau en plusieurs parties correspondant au nombre de patients présents. Puis, il écrit son nom dans une des parties, y dessine une tête avec une ou plusieurs émotions, et ajoute une échelle allant de 0 à 10 afin d'indiquer à quel degré chaque émotion est présente en lui. Il a aussi la possibilité d'écrire un ou plusieurs mots qui lui semblent important à partager. Chacun leur tour les patients vont ainsi inscrire des éléments dans la parties qui leur correspond. Des supports matériels autours des émotions sont à disposition pour servir d'appui à cette écoute sensible si besoin. Ce rituel permet aux patients d'exercer la conscience de soi.

Une fois qu'il a fini d'écrire, l'adolescent s'adresse à l'ensemble du groupe afin de partager ce qu'ils comprennent ce qui peut et a pu être à l'origine de leur état émotionnel du moment, et plus généralement afin de raconter sa semaine. Ce temps permet d'accompagner les patients dans la prise de conscience et la compréhension de leur vécu, en mettant en avant les causes et conséquences des événements qui les impliquent. Ainsi ils peuvent trouver ensemble des solutions permettant de débloquent les situations qui les font souffrir, dans le présent ou à l'avenir lorsqu'une telle situation se répète. Le fait que chaque patient puisse partager et intervenir dans la discussion implique qu'ils s'intéressent à ce que l'autre dit et permet d'exercer la conscience de l'autre.

Léa nous indique lors de son thermomètre émotionnel se sentir triste et coupable car elle a été violente avec son éducatrice. Elle est passée à l'acte du fait qu'un homme l'ait énervée. Elle est préoccupée, elle n'aurait pas voulu agir d'une telle manière et regrette son geste. Elle a peur que son éducatrice lui en veuille et qu'elle la rejette. La psychomotricienne lui répond que son éducatrice sait normalement qu'il est parfois difficile pour elle de gérer sa colère, et que cela ne devrait pas nuire à leur relation. Le pédopsychiatre lui conseille d'aller dire ce qu'elle ressent à son éducatrice, et de s'excuser afin de ne plus se sentir coupable. Cette attention, cette écoute attentive de ce qu'exprime Léa de ses ressentis, permet de contenir ses émotions négatives en leur donnant un sens. Le sentiment de culpabilité face au passage à l'acte s'inscrit dans une dimension sociale et réparatrice, mais qui peut être très anxiogène. Ainsi, en donnant sens à ce sentiment, et en apportant des solutions axées sur la relation et l'écoute, Léa intègre des moyens lui permettant de gérer les émotions qu'elle vit. Sinon, il aurait été possible qu'elle se scarifie ou passe à l'acte contre d'autres ou contre des objets. La semaine suivante, nous demandons à Léa si elle a pu débloquent la situation. Elle nous raconte avoir "fait la paix" avec son éducatrice. Elle nous dit ne pas s'être excusée, mais qu'elles ont tout de même pu parler de ce qu'il s'est passé et qu'elle se sent mieux grâce à cela. La psychomotricienne lui propose alors de lui apprendre des techniques psychomotrices, telles que des techniques de respiration, pour lui permettre de se calmer lorsqu'elle sent que la colère arrive, ce qui constitue l'activité de la suite de la séance.

Morgane prend très rarement la parole d'elle-même dans le groupe, refusant d'aller au tableau, et refusant même d'y écrire si celui-ci lui est apporté. Elle apparaît très gênée par le regard des autres, ce qui se confirme lors des entretiens réalisés par visioconférence durant le confinement: elle veut bien y participer mais seulement si elle est autorisée à ne pas activer sa caméra. Ainsi, elle accepte d'entrer en relation avec nous, elle accepte de voir et de regarder, mais pas d'être vue et regardée. Dans le groupe, nous posons à Morgane des questions fermées, auxquelles elle répond principalement par oui ou non. Le fait de ne pas la forcer à parler plus que ce qu'elle se sent capable de faire, en allégeant la demande afin de ne pas trop la stresser par des demandes trop excitantes et intrusives, constitue une forme de contenance relationnelle. Elle a de plus la possibilité de ne pas répondre, et nous la contenons en accueillant ses réponses et ses silences dans une position de neutralité bienveillante. Le fait que le pédopsychiatre la suive en individuel permet que les questions soient orientées sur ses problématiques actuelles. Lors de son temps de parole, Morgane maintient presque toujours les yeux vers le sol. Il arrive parfois qu'elle rigole à une remarque humoristique de l'un de nous, mais cela dure très peu de temps : elle ferme la bouche et se reprend très rapidement. Elle semble vouloir réprimer ses émotions, ne pas montrer ce qu'elle ressent. Les soignants verbalisent les affects qu'ils perçoivent. Nous cherchons ainsi à former un contenant externe de ce qu'elle vit, et à faire exister ses réactions dans le groupe malgré ses difficultés à prendre la parole. Elle n'est pas forcée à réaliser quelque chose dont elle ne se sent pas capable, ce qui pourrait être effrayant pour elle. Investir le groupe de la manière qu'elle souhaite, sans la forcer à prendre la parole ou à écrire, et en lui donnant un espace à sa guise, afin de laisser sa guise non seulement exister mais aussi se déployer, constitue une proposition contenant.

➤ Le temps d'activité

Les activités proposées varient d'une semaine à l'autre en fonction des problématiques soulevées dans le groupe, durant la séance ou précédemment, et des envies des professionnels qui suivent les axes thérapeutiques établies à l'avance. Ces activités peuvent s'appuyer sur des outils cognitivo-comportementaux. Ceux-ci sont par exemple des échelles de stress à lier avec des comportements, ou des mises en scène reprenant une situation vécue par un des jeunes, permettant d'y réfléchir en groupe et de s'y exercer. Dans ces mises en scène, chacun des membres du groupe joue un personnage de la situation abordée et propose une autre façon de réagir à la situation. La psychomotricienne propose aussi des activités psychocorporelles, principalement axées sur la relaxation, la prise de conscience du corps et de l'autre, et des jeux de coopération.

Dans le groupe de Léa, la prise en charge s'est principalement axée sur des échanges autour de leurs problématiques quotidiennes, aboutissant parfois sur des mises en scènes. Les activités proposées durant l'année visaient principalement à créer une dynamique de groupe dans l'échange et la coopération, tout en stimulant le sensoriel. Par exemple, le jeu consistant à tracer un dessin à la chaîne dans le dos a été proposé, ainsi que le jeu visant à démêler les bras emmêlés sans se lâcher les mains.

Dans celui de Morgane, la prise en charge s'est surtout orientée vers des jeux demandant de porter attention à l'autre. Les activités proposées ont par exemple été de lever un bâton tous en même temps en étant côte à côte, ou le maintenir à deux, en le tenant chacun d'un côté par le bout du doigt, ou encore la "machine infernale" où chacun prend place en fonction de la posture de l'autre et ajoute un bruit.

La manière dont le patient investit ces activités nous permet de percevoir de nombreuses composantes de son rapport à lui-même et aux autres.

Lors d'une séance où elle est joyeuse et énergique, Léa refuse dans un premier temps de participer à l'activité, prétextant qu'elle ne sait pas de quoi il s'agit. Sous nos encouragements à écouter les consignes, elle finit par accepter. En acceptant de participer, Léa nous précise qu'elle "ne se fait pas prier", comme pour nous dire qu'elle ne se place pas en tant que dieu puissant qui concéderait à accepter de répondre aux prières de ses sujets. Elle n'est pas dans une position de ne pas vouloir, c'est à dire qu'il n'y a pas de nécessité de lui faire changer d'opinion pour faire qu'elle se mette à vouloir. D'une certaine façon, on pourrait poser l'hypothèse que Léa nous confirmerait par ces mots prononcés qu'il ne s'agit, ici, pas de vouloir, mais de pouvoir, que c'est quelque chose de l'ordre d'un soutien dont elle aurait besoin. D'une autre façon, on pourrait observer qu'il s'agit ici une nouvelle fois pour Léa de préciser qu'elle en fait à sa guise, non pas à la nôtre. Si elle le précise, c'est pour préserver sa part de liberté : ce n'est pas l'autre qui la soumet (position passive), c'est elle qui se soumet (position active). Elle participe mais dit qu'elle ne se soumet pas à notre volonté : c'est elle, en tant que sujet, qui se soumet. Léa a ainsi le sentiment d'y gagner quelque chose au lieu d'y perdre quelque chose. L'activité proposée est un jeu de miroir en face à face, chacun son tour les membres doivent s'imiter. Elle dit être très gênée et se plaint de la difficulté de l'exercice. Elle montre de nombreuses réactions de prudence : elle rit, se cache les yeux, la bouche, elle baisse la tête. Elle parvient tout de même à investir l'exercice tout du long.

Lors d'une autre séance, où Léa est triste et en colère, elle refuse de participer à l'activité, nous expliquant que c'est parce qu'elle n'a pas confiance. En effet, l'activité proposée est le jeu de la bouteille, qui exige un fort engagement et une importante dose de confiance, puisqu'il consiste à se laisser tomber pour être rattrapée et portée par le groupe. Cette fois-là, malgré nos encouragements à écouter les consignes, Léa maintient son refus de participation directe : elle refuse d'occuper la place de jeu de se laisser tomber et d'être rattrapée et portée par les autres, et elle refuse d'occuper la place de jeu de rattrapper et de porter l'autre qui se laisse tomber. Elle refuse même de participer par l'observation, préférant se détourner des scènes qui se déroulent en portant son attention sur son sac et sur les objets qu'il contient.

Morgane refuse la plupart du temps de prendre part aux activités que nous proposons. Une fois, nous proposons un jeu de coopération, demandant écoute de soi et écoute des autres : il s'agit, pour les membres du groupe, de porter ensemble un bâton, et de le déplacer sans qu'il tombe, en utilisant chacun un seul doigt. Morgane, comme à son habitude, refuse de participer, mais, au cours du jeu, comme prise d'un élan, elle rejoint le groupe et intègre l'activité. Elle participe activement au portage et au déplacement du bâton, d'une manière très tonique. Ses épaules sont très tendues, et sa tête est rentrée vers son buste, comme pour se protéger du regard. Morgane sourit beaucoup mais par intermittence, en se reprenant à chaque fois très rapidement. Son visage est très expressif. Elle semble particulièrement impliquée dans la réussite du jeu, ce que je perçois par nombreuses mimiques qui apparaissent sur son visage lorsque le bâton commence à tomber ou qu'elle ne peut plus le tenir. A la fin du jeu, elle est la première à lâcher le bâton, comme si l'effort était tellement intense qu'elle ne pouvait pas le maintenir plus longtemps. Il est net que cette situation l'a beaucoup stressé et qu'elle ne se sent pas à l'aise, mais elle semble tout de même y avoir pris beaucoup de plaisir. Tout le groupe se félicite d'avoir ainsi réussi ce jeu ensemble.

Le cadre de la séance a pour objectif de permettre à l'adolescent de se sentir contenu durant ces activités. Il semble très important de laisser à chacun le rythme et l'espace pour participer aux activités selon leurs capacités.

Lors de ma première séance avec Léa, le pédopsychiatre propose de parler du paranormal. L'objectif, ici, est d'échanger autour d'angoisses que pourraient avoir les adolescents, notamment des angoisses en lien avec des films donnant de fortes émotions, parfois difficiles à réguler. Léa refuse de participer. Elle se lève, et dit souhaiter partir. La psychomotricienne lui rappelle qu'elle n'est pas obligée de rester dans le cercle de parole, qu'elle peut aller où elle veut dans la pièce, mais qu'elle n'est pas autorisée à en sortir avant la fin de la séance. On voit ici l'importance du cadre psychique (par des règles souples mais fixes) et physique (par l'espace de la salle). Quelque chose semble déranger Léa, qui préfère fuir. Il est possible que ce thème soit trop angoissant pour elle, et qu'elle n'ait pu contenir cette réaction émotionnelle forte. L'intensité de celle-ci ne lui a alors peut-être pas permis d'en parler. La disposition de la salle permet à Léa de s'extraire du groupe, pour aller dans une autre zone de la salle. Elle peut ainsi de sortir d'une zone où la stimulation est trop intense, tout en restant dans un cadre contenant, celui de la salle de psychomotricité, qui matérialise l'espace du groupe. Ainsi, Léa se prend une place différenciée tout en restant un membre intégré. Elle sort ainsi de cet espace, trop intense pour elle, tout en restant en relation avec le groupe. Je décide alors d'aller la voir. Elle s'est assise au bureau, sur une chaise. Afin de ne pas la brusquer, je lui demande si elle accepte de discuter avec moi. Son visage s'illumine d'un sourire. Je m'assois face à elle, à son niveau, le buste vers l'avant. Cette posture marque ma disponibilité relationnelle et l'engagement que j'entreprend vers elle dans la relation. Elle m'explique alors que le thème du paranormal lui

rappelle les cauchemars qu'elle fait tous les jours, et qui la terrifient. Nous parlons de ces cauchemars. Elle me raconte revivre la violence que lui infligeait son père. Ensuite, elle revient sur le thème proposé par le pédopsychiatre, me parlant des films de fantômes et d'extraterrestres, et me disant qu'ils l'inquiètent énormément.

La proposition de partage en groupe a été trop intense pour Léa, mais grâce à la disponibilité d'écoute et la situation duelle que je lui ai proposé, elle a pu exprimer ses angoisses. Le lien au groupe a pu être préservé grâce au maintien du cadre, et la relation a pu être contenante de ses affects.

Lorsqu'elle ne prend pas part aux activités, Morgane y participe tout de même par sa présence et ses réactions tonico-émotionnelles. Lorsque celles-ci se déroulent dans une autre configuration spatiale que celle du temps de parole, elle se déplace afin de voir ce qui se passe, restant debout à côté du groupe. Elle maintient ainsi une distance physique et relationnelle. Participer à l'activité de manière directe semble en effet être trop stimulant pour elle. Peut-être angoisse-t-elle à l'idée de ne pas gérer ses émotions, d'être jugée ? Ou bien peut-être se sent-elle intrusée si les distances relationnelles sont trop petites ?

Ce dispositif apparaît contenant pour elle. Elle sait que, si elle s'en sent capable, elle peut rejoindre l'activité. Elle n'est pas effractée par le fait d'être forcée à y prendre part, elle a la liberté d'y participer à sa manière, afin de préserver ses capacités de pare-excitation et, ainsi, d'assurer sa fonction contenante.

➤ La fin de séance:

Un timer, visible tout au long de la séance, sonne la fin de celle-ci. Alors, chacun va remettre ses chaussures, et l'un des professionnels va chercher les parents ou accompagnants dans la salle d'attente. Ceux-ci entrent dans la salle afin de régler la séance, et discutent avec les professionnels. Cette manière de finir la séance permet d'appréhender comment les patients gèrent la séparation et les rapports sociaux avec d'autres personnes que celles du groupe.

Souvent, Léa fait des signes exprimant son envie que la séance s'arrête. Elle peut chuchoter "ouf vivement la fin", ou lever les yeux au ciel après avoir vu qu'il reste du temps sur le timer. J'ai remarqué qu'elle fait encore plus cela les jours où elle n'investit particulièrement pas le groupe. Une fois l'heure de la fin arrivée, elle est l'une des premières à partir. Elle quitte la salle parfois sans dire au revoir. Ensuite, elle attend dehors, et discute parfois avec son ex-petit ami qui participe au groupe suivant. Elle semble ne pas investir réellement le groupe. Peut-être à-t-elle peur de se retrouver prise dans une relation trop forte et prenante, qui signifie être sous emprise, donc en danger ? As-t-elle besoin de se sentir d'autant plus comprise et contenue pour se sentir en sécurité au sein du groupe ?

Lorsque sonne l'heure de fin de la séance, Morgane va récupérer ses affaires calmement. Lorsque sa mère la rejoint, elle lui demande toujours si la séance s'est bien passée d'une voix qui me semble inquiétée. Morgane répond oui sans développer. Attend-t-elle d'être dans l'espace clos de la voiture pour se sentir assez sécurisée pour en dire plus ? Ou bien garde-t-elle cela pour elle sans du tout en parler à sa mère ?

Dans le groupe d'habiletés sociales, en tant qu'observatrice pouvant être active lorsque je le souhaitais, j'ai pu voir une partie de ce que Léa et Morgane renvoyaient dans le groupe. J'ai pu percevoir l'importance d'un cadre solide, flexible et bienveillant, que j'ai lié à la fonction contenante du groupe et des soignants. Et ainsi, j'ai pu voir Léa et Morgane évoluer.

c) évolution de Léa et Morgane

Les séances de groupes d'habiletés sociales auxquelles j'ai eu l'opportunité de participer m'ont permis d'observer combien les traces du trauma semblent toujours être présentes pour ces jeunes filles, ce qui impacte leur façon d'être en relation à elle-même et au groupe. Leur sensibilité au regard de l'autre et à la relation de domination sont deux composantes qui m'ont particulièrement marqué dans leur prise en charge.

Si le rapport à la domination, permettant de maîtriser la relation ou maintenant dans une position de soumis, peut facilement être mise en lien avec l'impuissance vécue lors des abus, le rapport au regard de l'autre m'a amené à me questionner sur la particularité du traumatisme de l'inceste. Il m'a semblé que le regard social constitue un facteur traumatisant majeur pour la jeune fille qui a vécu l'inceste, et que ce regard, qui porte une intention sur l'individu qui s'est senti honteux d'avoir vécu cela, voir même coupable d'y avoir participé, continue d'être intrusif et source d'anxiété même après. La peur du jugement de l'autre semble prendre le dessus, et nécessite d'être maîtrisée, par l'inhibition ou par la sur-expression.

C'est en ce point que la contenance m'a semblé être primordiale à la prise en charge de ces adolescentes, puisque celle-ci sécurise l'individu et lui permet de relâcher ses moyens de défense relationnels, afin que l'individu s'expérimente pour lui. Cette relation s'installe progressivement, et peut mettre beaucoup de temps avant d'être thérapeutique, mais elle m'a semblé pouvoir être réellement bénéfique pour ces jeunes filles.

Léa et Morgane m'ont de plus apparus comme particulièrement sensibles à ce qu'elles vivent au quotidien. J'ai perçu chez l'une comme chez l'autre des fluctuations comportementales très nettes lors des séances de groupe en fonction de leurs humeurs, au fil des semaines. Les retours des accompagnants de chacune m'ont permis d'avoir une idée plus générale de leur évolution. Concernant Léa, ces retours m'ont été apportés par les entretiens réalisés avec son éducatrice et elle. Pour Morgane, le pédopsychiatre m'a permis d'avoir des compléments d'information la concernant.

Certains moments ont été difficiles pour Léa, qui a eu des peines de coeur et dont l'un de ses frères est mort alors qu'elle ne l'avait pas vu depuis des années. Cela a entraîné beaucoup d'émotions qui ont été difficilement gérables pour elle.

Dans le groupe, Léa a beaucoup cherché à tester les soignants. Elle a refusé plusieurs fois d'entrer en séance, ce qui a amené les professionnels à décider de ne pas aller la chercher, pour ne pas céder à sa recherche de domination de la relation, afin qu'elle cède et ne reproduise plus ce comportement systématiquement. Elle a testé les soignants à plusieurs reprises, pouvant être parfois rejetante voir insultante, et parfois séduisante.

Ses demandes étant parfois restées sans réponse du fait de leur désorganisation, ainsi que la violence qu'ont pu avoir ses affects, m'ont semblé être les raisons qui l'ont mené à finalement se désinvestir entièrement du groupe et souhaiter l'arrêter. "Je parle trop" nous a-t-elle dit alors qu'elle nous annonçait son choix d'arrêter la prise en charge après avoir voulu garder cette raison secrète. Se rendait-elle réellement responsable de cet arrêt, ou bien n'a-t-elle pas voulu nous dire la vérité ? Elle nous a aussi dit se sentir différente des autres. Sûrement n'a-t-elle pas été suffisamment contenue à certains moments de la prise en charge ?

En tout cas son éducatrice a indiqué lors de la rencontre organisée pour la fin de sa prise en charge, que le groupe d'habiletés sociales a semblé avoir été très bénéfique pour elle. Les passages à l'acte de Léa ont en effet très largement diminué en fréquence et en intensité, elle se scarifie moins et gère mieux sa colère. Son éducatrice remarque aussi qu'elle pense de plus en plus aux autres, qu'elle a su faire abstraction de sa colère à plusieurs reprises, et qu'elle s'autonomise. Ainsi Léa a évolué dans sa conscience de soi et de l'autre, sûrement en partie grâce au groupe thérapeutique, ainsi qu'aux autres prises en charge dont elle bénéficie.

Certains moments ont été difficiles pour pour Morgane aussi au cours de cette année. Elle a rejoint un lycée spécialisé et a pu aller en lycée général que de manière très partielle (2 à 4 heures par semaines). Elle a aussi fait un séjour en Établissement Thérapeutique pour Adolescents à temps plein durant une semaine, établissement dans lequel elle n'a pas souhaité retourner en raison du fait qu'elle ne se soit pas sentie suffisamment entendue et prise en compte par les soignants. Ces événements ont généré beaucoup d'anxiété chez Morgane. Sa détresse et sa tristesse se perçoivent facilement car elle se ferme corporellement lorsqu'elle ne va pas bien.

La prise en charge en groupe d'habiletés sociales a pour objectifs principaux pour Morgane de l'amener vers la prise de parole en public et le partage avec des gens qu'elle ne connaît pas de près. Le fait qu'elle ait participé une fois à une activité semble être très positif, et il en est de même de ses "participations passives" qui la mènent déjà à être en relation.

Cette prise en charge lui permet d'appréhender des relations sociales doucement, à son rythme, et en profitant de la contenance proposée par les professionnels soignants qu'elle connaît bien et qui la soutiennent.

Elle semble très sensible aux qualités de contenance que lui démontrent son milieu environnant, qui semblent l'aider à se sentir assez sécurisée pour interagir, et donc se développer. La prise en charge n'est toutefois pas finie pour Morgane, chez qui la souffrance semble profondément ancrée.

POUR ALLER PLUS LOIN

Approche pluridisciplinaire de la prise en charge

J'ai voulu montrer au travers de ce mémoire que la psychomotricité peut être pertinente auprès des sujets traumatisés par l'inceste. L'intervention du psychomotricien peut aussi s'inscrire dans une approche pluridisciplinaire, permettant une approche plus complète et ainsi plus efficace du patient. Nous allons ainsi aborder les différentes techniques thérapeutiques qui leurs sont fréquemment préconisées.

Un prise en charge chimique, sous forme médicamenteuse peut être proposé, avec pour objectif premier de calmer les symptômes liés à l'ESPT (reviviscences, évitements et hyperactivité neurovégétative) et les manifestations comorbides associées, notamment dépressives et anxieuses, et pour objectif second une amélioration globale de la vie du patient.

Une prise en charge psychothérapeutique peut aider notamment à verbaliser et détoxifier le vécu, en pouvant intervenir sur de nombreux plans en fonction des approches.

L'**EMDR**, signifiant intégration neuro-émotionnelle par les mouvements oculaires, est souvent indiquée auprès des patients souffrant d'ESPT. Elle a pour objectif de libérer la mémoire traumatique en stimulant le système naturel de traitement de l'information du système nerveux, bloqué par les traumatismes. Elle vise à opérer un retraitement des informations stockées de façon dysfonctionnelle, et à permettre la réalisation de liens appropriés avec les réseaux fonctionnels.

La **psychothérapie comportementale et cognitive** (ou TCC) a pour objectif d'aider à acquérir une meilleure adaptation dans la vie quotidienne et de faire disparaître rapidement les symptômes. Le principe se fonde sur les théories de l'apprentissage, la neuropsychologie cognitive et la théorie de l'information, appliquées aux pensées et aux comportements des patients. Elle consiste à exposer progressivement le patient aux situations sources d'angoisse, après les avoir affrontées en imagination. Elle lui propose d'effectuer une réflexion sur ses comportements afin de pouvoir les changer.

La **psychothérapie d'inspiration psychanalytique** vise pour le patient, par le dialogue, à mieux comprendre les conflits psychiques, à leur donner un sens nouveau et à éviter de les répéter dans sa vie actuelle sous forme de symptômes psychiques. Ses principes de base sont comme pour la psychanalyse, basés sur les notions d'inconscient, de transfert et de sexualité infantile, accompagnés de la neutralité bienveillante et de l'interprétation du thérapeute.

Les **psychothérapies de groupe** ont plusieurs variantes. Le **psychodrame** permet au patient de rejouer devant un public des scènes traumatisantes de son passé pour s'en libérer. Le **psychodrame analytique** propose au patient de mettre en scène et de jouer, avec les psychothérapeutes d'orientation analytique, les fantasmes et/ou les souvenirs qu'il évoque pour comprendre ses conflits inconscients. Le conflit d'un des participants est mis en scène et joué, et ses répercussions sur le groupe sont analysées. Les **groupes de parole** offre un espace d'expression, sous une modalité verbale, des sentiments et émotions et de l'identification aux autres participants.

La psychomotricité semble être particulièrement intéressante en complément à ces thérapies, car il peut parfois être difficile pour les sujets traumatisés d'être confrontés à la réalité des faits et de leurs troubles. J'ai perçu cela avec Léa lors des entretiens menés avec son éducatrice organisés pour aborder le suivi dans les groupes d'habiletés sociales. Lorsque le pédopsychiatre abordait son passé douloureux et traumatique, Léa se sidérait : elle fixait un point au sol, les sourcils froncés, et le bougeait plus, ne répondait plus aux questions, et cela jusqu'à la fin du rendez-vous.

Une approche corporelle orientée sur un nouveau développement peut permettre au sujet d'évoluer tant corporellement que psychiquement. Si l'approche corporelle proposée en psychomotricité permet un mieux être et de plus grandes capacités de contenance, cela peut possiblement permettre au sujet d'investir une prise en charge psychothérapeutique plus sereinement. Nous avons en effet vu que l'effraction rend non symbolisable sur un plan tant corporel que verbal l'expérience, et qu'il est nécessaire de passer par la représentation primaire, "de chose", pour accéder à la représentation secondaire, "de mots".

De nombreuses approches peuvent donc être efficaces auprès des sujets traumatisés par l'inceste, visant à leur mieux-être. La psychomotricité, bien que peu évoquée et connue auprès de ce type de problématique, apparaît comme pouvant être particulièrement bénéfique pour ces individus, particulièrement lorsque cette prise en charge est réalisée au travers de plusieurs approches thérapeutiques complémentaires, en se suivant ou conjointement.

CONCLUSION

L'inceste perturbe l'enfant en développement, ce qui peut causer de grandes souffrances au long terme, subjectives et intersubjectives. Nous avons vu que le vécu des abus dépend en grande partie du sujet, il dépend des ressources que possède l'enfant et cela rend les conséquences de l'inceste variables en fonction de chacun. Si certains ne le vivent pas comme un traumatisme sur le moment, l'expérience de la sexualité précoce s'immisce tout de même chez l'enfant, et trouble son développement.

Lors et à la suite des abus, des altérations peuvent apparaître au niveau du fonctionnement psychocorporel et psychosocial du sujet abusé. En étant associés à des mécanismes de clivage, d'identification et de culpabilisation, la sensibilité (affective et sensorielle) ainsi que les représentations de soi et des autres peuvent être gravement atteintes, causant des troubles et souffrances profondément ancrés.

Ces souffrances sont souvent très marquées à l'adolescence. Cette période, qui mène le sujet à stabiliser sa personnalité en tant qu'adulte, pousse normalement le jeune à chercher ses limites, afin de se délimiter en tant qu'individu, et à investir son corps propre et le corps social, pour ainsi façonner son identité. Ces investissements peuvent être troublés par les traces laissées par le traumatisme. Souvent sur-investies ou sous-investies, les fonctions se développent hors de la norme et forment des symptômes psychiatriques. Ceux-ci sont parfois seulement appréhendés comme une pathologie psychiatrique sous jacente.[37] C'est pourtant le fonctionnement global du sujet, autant psychocorporel que social, qui est touché par le traumatisme de l'inceste.

J'ai souhaité démontrer à travers ce mémoire que la psychomotricité a sa place auprès des individus traumatisés par l'inceste. Cette prise en charge m'a semblé intéressante dans une perspective d'épanouissement et de mieux-être du sujet. Il peut sembler paradoxal de penser une prise en charge corporelle pour des victimes traumatisées corporellement, par l'inceste et par l'adolescence. Pourtant, au regard des travaux de R. ROUSSILLON, c'est en passant par l'expérimentation du corps que le sujet peut évoluer dans son rapport au corps, à soi et à l'autre. Il semble donc fondamental dans la prise en charge des sujets ayant vécu l'inceste de considérer le corps, en tant qu'unité psychocorporelle, afin de transformer ce corps souffrant en corps agréable, source de plaisir et d'investissements relationnels sains.

Cette intervention thérapeutique peut en effet sembler délicate et risquée. Il sera du ressort du psychomotricien de s'adapter au patient qu'il reçoit, en étant vigilant à ne pas être intrusif et/ou trop stimulant, afin de ne pas raviver le traumatisme et se risquer à la séduction. Pour cela, le psychomotricien peut s'appuyer sur son cadre de prise en charge, lui permettant d'être contenant et séparateur, et qui lui assure ses propres capacités de contenance. C'est cette contenance partagée mais séparée qui permet au sujet de progressivement intégrer ses propres capacités à penser et transformer son vécu, sans avoir à passer à l'acte ou à les extérioriser par des symptômes.

J'ai abordé à travers ce mémoire une problématique peu abordée en psychomotricité. Au cours de ma formation, nous avons parlé des violences sexuelles sur les enfants afin d'apprendre à les reconnaître au cours d'un bilan, mais leur prise en charge n'a pas été abordée. Très peu d'écrits relatent l'action thérapeutique du psychomotricien auprès des patients traumatisés par l'inceste.

Pourtant, 100% des psychomotriciens questionnés via un sondage internet réalisé à mon initiative ont répondu qu'ils pensent qu'une intervention en psychomotricité est fondée, pertinente et efficace pour les individus ayant vécu un abus sexuel incestueux. Il est pourtant très probable que la plupart des psychomotriciens prennent en charge au moins un sujet incesté au cours de leur carrière.

Parmi les retours qui m'ont été donnés, certains éléments de la prise en charge ressortent particulièrement. Sont souvent mis en avant : la difficulté à installer une alliance thérapeutique dans une relation de confiance sécurisée et à juste distance, impliquant parfois une durée de prise en charge longue ; la fluctuation de l'investissement ; le rejet de son corps et un vécu corporel "explosé". Un élément a été particulièrement relevé par les sondés : la transformation du vécu corporel suite à la prise en charge.

Cette approche psychocorporelle du traumatisme semble donc particulièrement pertinente pour la victime, mais reste peu développée et connue en France. Il est en effet rare que les psychomotriciens interviennent dans les services de placement des enfants, tels que les Maisons d'Enfants à Caractère Social. Pourtant, plus la prise en charge est précoce, moins les troubles ont de risques de s'étendre, de se renforcer et de se stabiliser. De plus, aux vues des facteurs de transmissions entre générations, la psychomotricité, en intervenant auprès des enfants victimes, joue aussi un rôle dans la prévention de la répétition des violences sexuelles.

ANNEXES

Annexe 1 : Approche de Judith Herman (1992b) [41]

I. Altérations dans la régulation des affects

- A. Dysphorie persistante
- B. Préoccupation suicidaire chronique
- C. Autodestruction
- D. Colère explosive ou extrêmement inhibée (peut alterner)
- E. Sexualité compulsive ou extrêmement inhibée (peut alterner)

II. Altérations de la conscience

- A. Amnésie ou hypermnésie pour les événements traumatiques
- B. Épisodes transitoires dissociatifs
- C. Dépersonnalisation/ déréalisation
- D. Reviviscence des expériences (sous formes d'idées intrusives ou de ruminations)

III. Altérations de l'auto-perception

- A. Sensation d'impuissance ou paralysie de l'initiative
- B. Honte, culpabilité et blâme de soi
- C. Sensation de souillure et de stigmatisme
- D. Sensation de différence complète par rapport aux autres (peut contenir pour la personne la sensation d'être particulier ou d'être seul, la conviction que personne ne peut la comprendre voire la conviction d'avoir une identité non-humaine)

IV. Altérations dans la perception de l'auteur de l'agression

- A. Préoccupation dans les relations avec l'auteur de l'agression
- B. Attribution peu réaliste du pouvoir total de l'auteur de l'agression
- C. Idéalisations ou gratitude paradoxale
- D. Sensation d'une relation spéciale ou surnaturelle
- E. Acceptation du système de croyances ou rationalisation de l'auteur de l'agression

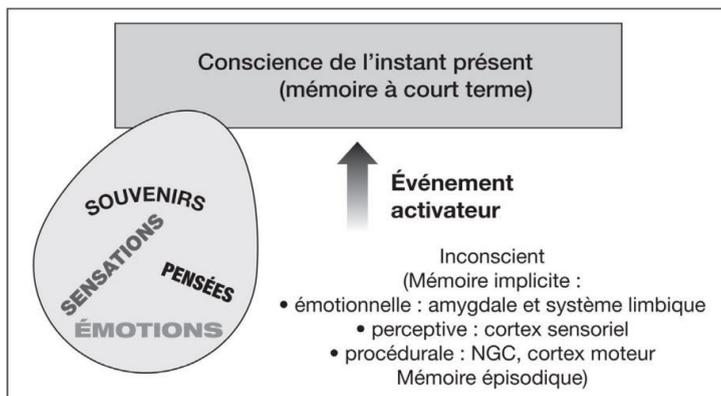
V. Altération dans les relations avec les autres

- A. Isolement et repli
- B. Perturbation dans les relations intimes
- C. Recherches répétées d'un sauveur (pouvant alterner avec l'isolement et le repli)
- D. Perturbation persistante
- E. Défaillance répétée ou autoprotection

VI. Altérations dans le système des sens

- A. Perte de confiance
- B. Sensation d'impuissance ou de désespoir

Annexe 2 : Activation du schéma précoce inadapté : apport des neurosciences [5]



BIBLIOGRAPHIE

- [1] Association des psychiatres de secteur infanto-juvénile. (2001). *Atteintes sexuelles sur enfants mineurs*. Paris (France): API.
- [2] Ayoun, P. (2008). Vivre après le chaos incestueux (pas seulement survivre). *Neuropsychiatrie De L'Enfance Et De L'Adolescence*, 56(4-5), 269-273.
- [3] Barudy, J. (1991). L'inceste : une tragédie à 3 personnages. *Résonances*. Toulouse (France): Erès.
- [4] Barudy, J. (2007). *La douleur invisible de l'enfant Approche éco-systémique de la maltraitance (Relations)*. Toulouse (France): Erès.
- [5] Bernard, P. (2015). 2 - Schémas Précoces et Stratégies Précoces. *La thérapie des schémas* (pp. 11-77). Paris (France): Elsevier Masson.
- [6] Bertrand, M. (2009). L'identification à l'agresseur chez Ferenczi : masochisme, narcissisme. *Revue française de psychanalyse*, vol. 73(1).
- [7] Calza, A., Contant, M. (2007). *Psychomotricité (Abrégés)*. Paris (France): Elsevier Masson.
- [8] Cannard, C. (2019). *Le développement de l'adolescent l'adolescent à la recherche de son identité* (ed., Ouvertures psychologiques LMD). Louvain-la-Neuve (Belgique): De Boeck Supérieur.
- [9] Cyrulnik, B. (1997). *Sous le signe du lien une histoire naturelle de l'attachement* (Pluriel psychologie 871). Paris (France): Hachette littératures.
- [10] Cyrulnik, B. (2003). *Comment un professionnel peut-il devenir un tuteur de résilience ? La Résilience ou comment renâître de sa souffrance?*. Paris (France): Fabert.
- [11] De Tichey, C., & Tychey, C. (2015). *Violence subie et résilience*. Toulouse (France): Erès.
- [12] Ducret, A. (2011). La contenance, histoire d'un concept. *Groupe, contenance et créativité* (pp. 13-35). Paris (France): Erès.
- [13] Emmanuelli, M. (2016). *L'adolescence* (Que sais-je ? psy N° 102). Paris (France): Puf.
- [14] Ferenczi, S. (1932). *Confusion de langue entre les adultes et les enfants*. Paris (France): Payot.
- [15] Guédeney, N. (2016). 8 - Maltraitance et négligence de l'enfant : Apport de la théorie de l'attachement. *L'attachement : Approche clinique et thérapeutique* (pp. 99-113). Paris (France): Elsevier Masson.
- [16] Haesevoets, H., Jaffé, Y., & Van Gijsegheem, P. (2015). *L'enfant victime d'inceste de la séduction traumatique à la violence sexuelle* (3e édition. ed., Oxalis (Bruxelles. Imprimé)). Louvain-la-Neuve (Belgique): De Boeck supérieur.
- [17] <https://aivi.org/>
- [18] https://fr.wikipedia.org/wiki/Effet_Westermarck
- [19] Johnson, Bret K. (1991). Stress, coping, and adjustment in female adolescent incest victims. *Child Abuse & Neglect*, 15(3), 293-306.

- [20] Jouanne, C. (2006). L'alexithymie : Entre déficit émotionnel et processus adaptatif. *Psychotropes*, 12(3), 193-209.
- [21] Juillet, P., & Académie nationale de médecine France. (2000). *Dictionnaire de psychiatrie* (Dictionnaire de l'Académie de médecine). Paris (France): Conseil international de la langue française.
- [22] Kaës, R. (2012). Conteneurs et metaconteneurs. *Journal de la psychanalyse de l'enfant*, vol. 2(2), 643-660.
- [23] Mazoyer, A., & Martineau, J. (2011). Traumatisme de l'inceste et destin du féminin. *Annales Médico-psychologiques*, 169(6), 383-386.
- [24] Mellier, D. (2005). La fonction à contenir. Objet, processus, dispositif et cadre institutionnel. *La Psychiatrie De L'Enfant*, 48(2), 425-500.
- [25] Mellier, D. (2012). Contenances et transformation des enveloppes psychiques chez le bébé. *Journal De La Psychanalyse De L'enfant*, 2(2), 435-467.
- [26] Milleur, Y. (2014). La contenance comme processus psychique. *Soins Psychiatrie*, 35(295), 12-17.
- [27] Parat, H. (2004). *L'inceste* (Que sais-je ? 2645). Paris (France): Presses universitaires de France.
- [28] Peccia-Galletto, C. (2009). Le traumatisme psychocorporel: Traces et empreintes contrastées. *Enfances Et Psy*, 45(4), 140-149.
- [29] Pennel, N. (2019). *Effraction: abus sexuel chez l'enfant en psychomotricité*. (Mémoire - Institut de formation en psychomotricité)
- [30] Pireyre, Potel, Potel-Baranes, Baranes, Pireyre, Éric W., & Potel, Catherine. (2015). *Cas pratiques en psychomotricité* (Les ateliers du praticien). Paris (France): Dunod.
- [31] Potel, C. (2006). *Corps brûlant, corps adolescent Des thérapies à médiations corporelles pour les adolescents* (L'Ailleurs du corps). Toulouse (France): ERES.
- [32] Potel, C. (2009). Adolescence et relaxation : le groupe, un contenant thérapeutique privilégié à l'adolescence. *Revue de psychothérapie psychanalytique de groupe*, 53(2), 79-89.
- [33] Potel, C. (2010). *Être psychomotricien : Un métier du présent, un métier d'avenir* (Trames). Toulouse (France): ERES.
- [34] Raimbault, G., Ayoun, P., & Massardier, L. (2005). *Questions d'inceste*. Paris (France): O. Jacob.
- [35] Robert-Ouvray, S. (2008). *Enfant abusé, enfant médusé* (ed., Re-connaissances coll. dir. par Fraga Tomazi). Paris (France): Desclée De Brouwer.
- [36] Roman, P. & Baron, H. (2004). Le silence et la révélation : violence sexuelle et souffrance du dire, au risque du clivage. *Cahiers de psychologie clinique*, 23(2), 59-79.
- [37] Salmona, M. (2016). 7. Retournement pervers des conséquences psychotraumatiques. *Danger en protection de l'enfance* (pp. 97-123). Paris (France): Dunod.

- [38] Scialom, Canchy-Giromini, Albaret, Giromini-Mercier, Mercier, Giromini, . . . Albaret, Jean-Michel. (2015). *Manuel d'enseignement de psychomotricité Tome 1 Concepts fondamentaux* (Psychomotricité). Paris (France): De Boeck-Solal.
- [39] Scialom, Canchy-Giromini, Albaret, Giromini-Mercier, Mercier, Giromini, . . . Albaret, Jean-Michel. (2015). *Manuel d'enseignement de psychomotricité Tome 2 Méthodes et techniques* (Collection Psychomotricité). Paris (France): De Boeck-Solal.
- [40] Taïeb, Baubet, Pradère, Lévy, Revah-Lévy, Serre, Moro. (2004). *Traumatismes psychiques chez l'enfant et l'adolescent*, EMC - Psychiatrie, 1(1), 23-32.
- [41] Tarquinio, C., Montel, S., Crocq, L., & Montel, Sébastien. (2014). *Les psychotraumatismes* (Psycho sup Psychologie clinique). Paris (France): Dunod.
- [42] Vogel, F., & Université de Bordeaux (2015). *La Fonction Contenante Un Double Ancrage Corporel Et Relationnel*. (Mémoire - Institut de formation en psychomotricité - Bordeaux)

TABLE DES MATIÈRES

Remerciements	1
Sommaire	2
Introduction	3
I - L'INCESTE - Familles et traumatismes	6
1. Considérations générales sur l'inceste	6
a) Définition	6
b) Le tabou de l'inceste	6
c) L'inceste en France: données historiques	7
d) Etat actuel de la question en France	8
2. Familles incestueuses	10
a) Approche systémique de la famille	10
b) La recherche d'équilibre affectif	10
c) Les besoins affectifs de l'enfant	11
d) Quand l'enfant carencé devient père	12
e) L'enfant, objet qui comble	13
f) Différentes places de la mère	14
g) Transmission entre générations	15
3. Vécus chez l'enfant	16
a) Phénoménologie de l'interaction incestueuse	16
b) De la sexualité infantile à la réalité de la sexualité adulte	17
c) L'effraction psychocorporelle	18
d) La sidération	20
e) La traumatisation sexuelle	22
4. Conséquences traumatiques de l'inceste	23
a) Considérations générales	23
b) Mémoire traumatique	24
c) Répercussions structurelles et génétiques	25
d) Le trouble de stress post-traumatique	26
e) Le traumatisme complexe	26
5. De l'adaptation à la révélation	27
a) Les distorsions cognitives en jeu dans l'adaptation	27

b) Pouvoirs et dangers du secret	28
c) Révélation et justice	28
II - L'ADOLESCENCE - Développement et troubles	30
1. L'adolescence, temps d'évolution bio-psycho-sociale	30
a) facteurs physiologiques et physiques	30
b) facteurs neurologiques	31
c) facteurs sociaux	31
d) facteurs psychologiques	32
e) traumatisme de l'adolescence, adolescente traumatisée	33
2. Altérations dans la régulation des affects	34
a) Nosologie	35
- dysphorie persistante	35
- préoccupation suicidaire chronique	35
- colère explosive ou complètement inhibée	35
- autodestruction	36
- dysrégulation tonico-émotionnelle	36
b) Etiologie	37
- psychologie cognitivo-comportementale	37
- théorie de l'attachement	38
- psychanalyse	38
- alexithymie	38
3. Altérations de l'autoperception	39
a) Nosologie	39
- sensation d'impuissance ou de paralysie de l'initiative	39
- honte, culpabilité et blâme de soi	40
- sensation de souillure et de stigmatisme	40
- sensation de différence complète par rapport aux autres	40
b) Etiologie	41
4. Altérations dans les relations avec les autres	41
a) Nosologie	41
- isolement et repli	42
- perturbation dans les relations intimes	42
- recherches répétées d'un sauveur	43
- perturbations persistantes dans les relations	43
- défaillances répétées dans les relations	44
b) Etiologie	44
III - LA CONTENANCE - Aspects théoriques et cliniques	45
1. La contenance, approche théorique	45
a) Définitions	45
b) Approche psychanalytique de la contenance	46

- le contenu	46
- le contenant	46
- la fonction contenante	47
- la symbolisation primaire	48
- effraction et contenance	48
c) La contenance en psychomotricité	49
- le portage	49
- le tonus de base	50
- défaut de contenance	50
2. Traumatisme, adolescence et contenance en psychomotricité	51
a) le processus de résilience	51
b) contenance et corps adolescent	52
c) enjeux du bilan psychomoteur	53
3. La contenance dans la pratique psychomotrice	54
a) la relation contenante	54
- l'implication corporelle	54
- fonction contenante du psychomotricien	55
- limites de la relation	55
b) le cadre contenant	56
- cadre physique	56
- cadre psychique	56
- cadre contenant du psychomotricien	58
c) Individuel ou en groupe	59
- prise en charge en individuel	59
- prise en charge en groupe	60
4. Etudes de cas	61
a) dispositif d'habiletés sociales	61
b) présentation du terrain de stage	63
c) évolution de Léa et Morgane	71
Pour aller plus loin - approche pluridisciplinaire de la prise en charge	73
Conclusion	75
Annexes	77
Bibliographie	79
Table des matières	82