

Journées internationales d'étude et de réflexion — « Comment retrouver dignité et sens de la vie après un abus sexuel ? » Association A.R.S.I.N.O.E.

4-5 juin 2015, Centre des congrès, Angers

Violences subies et identités brisées à l'adolescence : comment en sortir ?

Xavier POMMEREAU

Psychiatre des hôpitaux, chef du Pôle aquitain de l'adolescent, centre Abadie, CHU de Bordeaux
xavier.pommereau@chu-bordeaux.fr

Après mon internat à l'hôpital psychiatrique de Bordeaux, j'ai exercé pendant 7 ans la psychiatrie en tant que consultant en réanimation médicale au CHU de Bordeaux, où j'étais chargé d'évaluer les jeunes suicidants au décours de leurs gestes.

En 24 ou 48 heures, je ne disposais pas de suffisamment de temps pour voir et revoir ces jeunes gens qui évoquaient les circonstances déclenchantes de leur TS (rupture sentimentale, conflit avec un parent, problème scolaire, etc.), mais qui n'étaient pas en mesure d'en dire beaucoup plus sur leur mal-être ; il était également très difficile d'organiser à chaud et dans l'urgence des rencontres avec les familles.

Orienter d'emblée tous ces jeunes vers l'hôpital psychiatrique était évidemment inapproprié pour la plupart d'entre eux qui ne montraient à l'évidence aucun trouble grave de la personnalité. J'admets que certains cas peuvent le nécessiter pour une brève période, mais l'idée même "d'ouvrir" des perspectives de salut à un jeune désespéré en l'enfermant me semblait inconvenante et presque plus à risque de récurrence. D'autre part, si seuls 15% des jeunes suicidants souffrent de tels troubles, j'avais également en tête qu'au décours immédiat d'un passage à l'acte, il y a une abrasion momentanée des symptômes qui empêche l'évaluation approfondie des troubles.

Pour toutes ces raisons, je pressentais qu'il fallait créer une unité spécialisée de court séjour, hors d'une structure psychiatrique, mais dotée d'une équipe pluridisciplinaire, un lieu ouvert où les jeunes suicidants séjourneraient de plein gré pendant une quinzaine de jours, et où l'on pourrait recevoir leurs familles et organiser des médiations familiales.

Cette première unité hospitalière française a pu voir le jour en novembre 1992 au centre Abadie. Elle dispose de 15 lits et accueille environ 350 jeunes par an. Ces

derniers viennent des urgences après les soins somatiques et sont adressés pour risque suicidaire élevé (menaces explicites, conduites à risque, etc.). En 2000, nous avons ouvert une deuxième unité au centre Abadie, destinée aux adolescents souffrant de graves troubles des conduites alimentaires.

Au fil du temps, dans ce lieu de « décantation », nous avons pu vérifier qu'au delà des circonstances déclenchantes, l'état de mal-être pouvait être relié à des blessures identitaires plus profondes, ce qui ne revient pas à dire que les causes superficielles sont moins importantes que celles-ci, mais qu'une souffrance peut en cacher une ou plusieurs autres, à la manière des poupées gigognes.

L'équipe constatait en particulier qu'au bout de quelques jours d'hospitalisation dans cette unité, un jour, en fin d'après-midi ou en début de nuit, souvent entre 18H et 1H du matin, nombre d'adolescents suicidants demandaient à l'infirmière un entretien au cours duquel ils révélaient avoir été victimes dans l'enfance de violences sexuelles subies, le plus souvent de nature incestueuse.

Nous avons ainsi pu découvrir que parmi les adolescents suicidants, une jeune fille sur trois et un jeune garçon sur sept avaient été victimes de tels crimes de manière avérée.

Beaucoup d'autres se disaient victimes d'intrusions insistantes et répétées dans leur espace personnel, au point que les antécédents d'inceste et d'incestuel semblaient fédérer le « corps groupal » des adolescents hospitalisés.

Nous avons donc beaucoup travaillé ces « liens » qui échappaient à leur pleine conscience, et — expérience clinique aidant — avons fini par comprendre que ces enfants victimes ne peuvent supporter, à l'adolescence, l'émergence de leur corps propre sexué sans vivre cela comme intolérable, cherchant par tous les moyens à se débarrasser de ce « corps en trop », ce corps souillé (rappelons que le latin *incestus* renvoie à la souillure, la salissure).

Ce que l'on appelle les troubles ou les symptômes sont presque toujours des tentatives plus ou moins désespérées d'adaptation à des traumatismes ou un vécu particulièrement difficiles à supporter.

En l'occurrence, certains adolescents tentent de se défaire de ce corps en trop en l'offrant de manière inconsidérée (prostitution, relations sexuelles multiples et à risque, exhibitions impudiques, etc.) ;

D'autres s'adonnent à l'alcool et aux drogues pour « s'oublier », noyer leur souffrance, se couper de leur mal-être ;

D'autres encore noient leur corps dans l'obésité morbide, comme pour « amortir » leur souffrance et se constituer un bouclier protecteur ;

Chez les jeunes filles, les épisodes anorexiques ou boulimiques (avec vomissements provoqués) survenant au début de l'adolescence traduisent le besoin de « contrôle des entrées » (restriction anorexique) et l'aliénation aux effets des débordements (crises de boulimie) vite punis (culpabilité oblige) ou soulagés par les vomissements. Parmi tous ces jeunes gens, nombreux sont ceux qui attaquent leur propre corps à travers notamment ce que l'on appelle les automutilations.

Je pense utile de faire ici un développement sur ces conduites, de plus en plus fréquentes, qui constituent un nouveau mode de révélation d'une souffrance indicible et insupportable à tolérer. Le mot automutilation est impropre car le latin *mutilare* s'applique à la section irréversible d'un membre, d'un segment de membre ou d'un organe (ex. se crever un œil ou se couper un doigt). Il s'agit ici de blessures cutanées auto-infligées qui blessent l'épiderme mais respectent le derme sous-jacent. La fréquence de ces « attaques de la peau » augmente depuis une dizaine d'années, en lien avec l'importance qu'a, de nouveau (depuis l'homme premier), la peau en tant que passeport identitaire et qui explique le succès du piercing et du tatouage (à noter que le métal et l'encre sont, en l'occurrence, fixés dans le même espace cutané, entre épiderme et derme). Les blessures que s'infligent les jeunes en souffrance sont les scarifications et, dans une moindre mesure, les brûlures (par abrasion ou action du feu). Les scarifications consistent en estafilades superficielles et multiples, effectuées au niveau du poignet ou de l'avant-bras opposé à la main directrice, au moyen d'un objet coupant. Réalisées en secret, elles sont ensuite exhibées ou au contraire masquées. En quête d'entre-deux, les jeunes filles scarifiées arborent souvent un pansement de fortune dont l'importance ne peut qu'interroger sur de possibles blessures sous-jacentes. Que disent ces adolescentes ? Elles reconnaissent se faire du mal, sans pour autant donner à leur geste une dimension autodestructrice. Certaines admettent retourner contre elles une violence d'abord dirigée contre autrui (notamment l'abuseur) ; d'autres disent vouloir enlaidir leur corps pour échapper aux prédateurs, mais la plupart évoquent un besoin d'évacuer une pression intérieure intolérable. Elles se disent « à cran » ou « à vif », sans toujours réaliser qu'elles vont incarner *de visu* cet état en taillant leur peau. Elles se coupent pour s'apaiser, drainer le mal-être, réguler le débordement d'affects. L'acte équivaut à une purge, une saignée, en même temps qu'il leur permet

littéralement de « reprendre la main » sur la souffrance psychique ressentie. Dans l'espoir de mieux la contrôler, elles veulent transformer celle-ci en douleur physique et donner une forme circonscrite à leurs blessures intérieures indicibles. Répétition oblige, le besoin compulsif de se scarifier peut devenir une conduite addictive. Les jeunes filles avouent alors ne plus pouvoir s'en passer et « craquer » à la moindre tension.

Les abrasions et brûlures de cigarette rappellent étrangement les violences perpétrées sous la torture. L'aspect masochiste de ces maltraitances de soi échappe à la conscience de leurs auteurs qui disent chercher l'apaisement en s'infligeant des sensations cutanées fortes et persistantes. Tout se passe comme si ces adolescentes devaient s'incarner *écorchées vives* pour « se sentir » exister et être davantage reconnues. Torturées dans leur tête par les violences subies, elles restituent ces souffrances en mettant le feu à leurs limites corporelles, à un moment où la puberté les rend particulièrement inflammables. Les brûlures intérieures que représente un passé traumatique se révèlent alors au grand jour. Notre expérience clinique indique que l'association scarifications-brûlures s'observe dans 80 % des cas chez les jeunes ayant subi des violences sexuelles dans l'enfance.

Pourquoi ces marques s'observent-elles typiquement sur les poignets ou les avant-bras des adolescentes ? Rappelons tout d'abord que sous l'effet de la puberté, garçons et filles sont agités par des courants pulsionnels dont la violence et l'ampleur sont évidemment en rapport avec leur histoire et leur problématique. Mais tandis que les garçons ont tendance à les exprimer en projetant leur corps pubère dans l'action (et souvent l'exaction), les filles font de leur propre corps le théâtre principal des affrontements. Elles se scarifient ou se brûlent pour « faire sortir » leurs tensions intimes et les exposer à fleur de peau. Sans l'inscrire n'importe où : en général, elles ne veulent pas porter gravement atteinte à leur intégrité corporelle ni abîmer davantage l'image dévalorisée qu'elles ont d'elles-mêmes. Leur motivation inconsciente est plutôt d'articuler le *subi* et l'*agi* (ou le passif et l'actif) en rendant littéralement une main victime des attaques de l'autre. Facile à revêtir ou à dénuder, le poignet est aussi un endroit du corps où se distinguent par transparence les veines – ces « liens de sang » – que les coupures viendront barrer, rayer, pour dire en images combien l'adolescente rêverait de pouvoir s'affranchir de ses attaches ou de ses traumatismes obsédants.

Tandis que les automutilations typiques peuvent s'observer dans divers états de mal-être, les lésions « atypiques » sont très souvent liées aux antécédents de violence sexuelle subie ou aux troubles graves de la personnalité ou de l'humeur, car elles signalent de profondes blessures identitaires. C'est notamment le cas lorsque les automutilations associant coupures, brûlures et abrasions cutanées, surviennent avant l'âge de 10 ans, sont auto-infligées par les garçons, et surtout lorsqu'elles affectent certaines parties du corps – en particulier la face, le cou, la poitrine, le ventre, le haut des cuisses, voire les organes génitaux — comme si les lésions bordaient « la scène de crime ».

Les attaques du corps propre sont évidemment poussées à l'extrême dans les conduites suicidaires. Notre expérience clinique nous incite à penser que le projet suicidaire à l'adolescence comporte des aspects conscients et d'autres qui échappent à la conscience. Contrairement à ce que l'on croit, personne ne peut viser la mort en tant que dissolution de soi dans l'espace ne laissant aucune trace, rature définitive prétendant n'avoir jamais existé. Ce que savent les jeunes concernés, c'est qu'ils veulent d'abord cesser de souffrir. Ils veulent aussi « reprendre la main » sur leur destin, plutôt que de continuer à subir leur existence. Mourir ou dormir constitue pour eux le moyen de se couper de réalités intolérables et de blessures identitaires insupportables. Les filles le mettent en acte en respectant plus souvent leur intégrité corporelle (même à travers le saut dans le vide qui exprime avant tout la volonté d'échappement), les garçons expriment leur violence à travers la pendaison et l'arme à feu (7 suicides sur 10). Ils veulent quitter cette vie-là et « rendre ce corps en trop » (souvent martyrisé, blessé) en l'exposant au milieu des vivants, de manière souvent spectaculaire, en le mettant en travers de leur chemin. Mais ce dont ils n'ont pas conscience c'est que se débarrasser de sa corporéité ne signifie pas vouloir « non-exister ». C'est même tout le contraire. C'est exister AUTREMENT. Le projet suicidaire est d'exister davantage mort que vivant en occupant à jamais la mémoire des proches pour ne pas les quitter, en finir avec cette vie-là pour « renaître à une autre forme de vie », celle-ci posthume, débarrassée du corps en trop.

On retrouve un processus similaire dans l'anorexie restrictive qui efface les formes et assèche le corps (jusqu'à l'aménorrhée), lorsqu'avec une volonté inflexible l'adolescente prétend survivre en pur esprit flottant sur le monde, saisissant ses proches d'effroi par sa maigreur pour ne pas s'en séparer, et refusant de les quitter.

Comment aider ces jeunes à se réconcilier avec leurs corps, à renouer avec les émotions, à mieux les supporter, et à cicatriser leurs blessures traumatiques ? Divers dispositifs d'aide et de soins sont aujourd'hui mis en œuvre, et ce colloque en est l'illustration. Au centre Abadie, nous avons décidé de modifier nos programmes thérapeutiques pour nous adapter aux adolescents *digital natives*, enfants de l'image saisis en innombrables photos et vidéos depuis leur plus jeune âge, puis très vite capables de s'auto-produire eux-mêmes. Je les appelle les « ados.com ». Ils ont plus que jamais besoin de supports de projection pour se *dire*. Et ceux qui souffrent beaucoup sont souvent en panne face aux dispositifs d'écoute, tant que l'on ne facilite pas leur accès à la parole et à l'élaboration. Les mots ne leur suffisent pas — quand ils ne les font pas fuir dès que les adultes s'emploient avec insistance à les « faire parler. » C'est en prenant en compte ces aspects, avec pour objectif principal de favoriser la réconciliation de l'adolescent en souffrance avec son corps et ses émotions que nous avons enrichi depuis 2011 nos médiations thérapeutiques. Outre les entretiens en individuel et les groupes de parole, nous demandons aux adolescents de se représenter, eux et leur souffrance, à partir d'un objet qui leur est cher, souvent un doudou, ce qui donne lieu à des figurations particulièrement suggestives où l'enfance brisée est restituée dans l'objet remanié. Nous pouvons aussi leur demander, par exemple, de se maquiller aux couleurs de leur tristesse ou d'arborer un look qui exprimerait « ce qui va et ce qui ne va pas en eux ». Je décris tout cela en détails dans mon dernier livre : *Nos ados.com en images. Comment les soigner*, Editions Odile Jacob. Nous utilisons également l'outil numérique avec le *serious game* Clash-back qui est un jeu de rôle en forme de jeu vidéo, accessible sur le site www.clash-back.com. Au total, dans la prise en charge, nous préférons miser sur les compétences des jeunes, plutôt que de continuer à souligner les insuffisances.