

## Un Autre Bébé Meurt: Prévenir l'Infanticide



Patricia Crittenden

Les mots sont très puissants. Ils peuvent révéler, obscurcir, ou changer le sens des choses. Récemment, 'Bébé P' est décédé de blessures infligées par ses parents. Récemment, en Angleterre, les journaux décriaient la "torture", la "tromperie!", le "sadisme" ... Avec ces mots évocateurs, les motifs des adultes furent dévoilés comme étant "méchants" and "diaboliques" – au-delà de tout entendement. Des mots aussi puissants entravent la

compréhension et la prévention de la prochaine tragédie.

Dans le dernier numéro, j'ai parlé de Victoria Climbié. N'avons-nous rien appris depuis les 8 ans qu'elle est décédée? Les intervenants qui ont vu Bébé P 60 fois ne savaient-ils pas que les enfants qui sont battus de façon répétée par leurs parents sont de très tranquilles, très bons enfants, et, lorsque suffisamment âgés, très 'joyeux'? Le surnom de Bébé P était 'Sourire': Son sourire joyeux masquait des mois de douleur et de terreur infligées par sa mère et son

beau-père (Daily Mail, 12 nov. 2008). Les professionnels n'ont-ils pas compris que de tels parents ont été eux-mêmes battus étant enfants, et sont maintenant souvent des adultes effrayés et en danger? La mère de Bébé P a grandi entourée de travailleurs sociaux et a eu abondamment de pratique



dans la façon de les manipuler. Cette phrase – et le mot 'manipuler' – influencent notre compréhension et cachent la question du pourquoi elle avait eu besoin de travailleurs sociaux. Est-ce que le danger d'abandon – qu'elle avait expérimenté enfant – l'a conduite vers des amoureux dangereux et vers quelque action que ce soit pour garder son bébé? Les professionnels ne savaient-ils pas que les adultes, comme le beau-père de Bébé P, qui ont été punis dangereusement, punissent souvent gravement leurs enfants – très gravement – pour leur enseigner à éviter de plus grands dangers? Les adultes provenant de pays où l'exposition au danger est systématique savent cela. Est-ce que nous, qui vivons dans des endroits plus sûrs, ignorons le puissant impact sur la formation du cerveau et l'organisation du comportement de l'exposition non protégée au danger?

Qu'aurions-nous dû apprendre de la mort de Victoria qui aurait pu prévenir la mort de Bébé P?

## Table des matières

### Page

1	<b>Prévenir l'infanticide</b>
2	<b>Les Premières Nations du Canada réclament leur revitalisation suite à des générations de mauvais traitements</b>
3	<b>Victimes &amp; auteurs d'actes de violence: Deux faces de la même tragédie</b>
3	<b>Une approche DMM pour structurer les services</b>
4	<b>Traiter le traumatisme sévère</b>
6	<b>Recherche: Le développement perturbé des enfants de mères qui furent victimes d'abus sexuels</b>
7	<b>SSPT chronique et ses origines dans le traumatisme infantile</b>
7	<b>Indications pour praticiens</b>

Les Éditeurs désirent remercier les traducteurs de ce numéro pour avoir rendu possible à tant de personnes la lecture du « DMM News » dans leur propre langue : Hélène Héту, Kees Maas, Marie McNamee, Johanne Proulx.

- Reconnaître la teneur de l'affect faussement positif, en particulier lorsqu'il est en contradiction avec la situation;
- Éviter les accusations et questionner les parents sur leurs peurs et leurs traumatismes antérieurs de façon à pouvoir les aider à protéger leurs enfants;
- Donner des services de 'support' au long terme (voir l'article de Nickle à la p. 3).

Comment réagir? Devrions-nous réorganiser les services? Développer un nouveau protocole? Congédier tout le monde? Ne traitons pas les professionnels de la façon dont les parents de Bébé P l'ont traité. Non plus comme leurs parents les ont traités. Reconnaissons les bonnes intentions des professionnels, de même que leur détresse face à la mauvaise tournure qu'ont prise ces bonnes intentions – une détresse que les parents de Bébé P ressentent aussi. Ne mettons personne sur la défensive – parce que cela changera leur comportement d'une manière indésirable. Donnons plutôt l'information nécessaire sur l'affect, les effets des traumatismes, et l'importance de la compassion associée à une pratique sécuritaire à tous les stades de la vie.

Nous ne pouvons pas prévenir tous les décès, mais nous pouvons cesser de répéter les mêmes erreurs

**Patricia Crittenden, Ph.D.** a écrit au sujet de l'infanticide dans **Raising Parents (2008)**.

# L'Expérience Canadienne des Pensionnats: Un Point de Vue Personnel



Mary Courchene

**“Le traitement des enfants dans les pensionnats Indiens est un triste chapitre de notre histoire et ne sera jamais répété.”** Cette

déclaration était faite par le premier ministre Steven Harper le 11 juin 2008 à la Chambre des communes canadienne, quand il a officiellement présenté des excuses aux nombreux représentants des Premières Nations, Peuples Inuit et Métis du Canada, pour une politique gouvernementale d'assimilation dévastatrice. L'internat scolaire en pensionnat a duré un siècle et a

donné lieu à de multiples générations d'enfants qui ont été arrachés à leurs familles et forcés de vivre dans des écoles où leur langue et leur culture étaient bannies, et où plusieurs d'entre eux furent abusés physiquement et sexuellement.

Je faisais partie de ces représentants lors de cette journée historique. Je fais aussi partie de ceux qui ont survécu aux pensionnats, et qui sont estimés à 87,000, et j'écris dans le but de partager un point de vue personnel sur cet héritage dévastateur que cette ligne de conduite a laissé dans la vie de générations de gens des Premières Nations, Inuits et Métis du Canada.

Je me souviens de mes années préscolaires comme étant remplies de joie et d'amour, et de beaucoup de soins, entourée par ma famille qui comprenait les parents, les grand-parents, la fratrie et d'autres membres de la famille étendue. Quand j'avais 5 ans, je fus envoyée avec mon frère aîné dans un pensionnat, qui en fait était situé à peine à 5 minutes à pied de chez nous.

Je me rappelle avoir eu hâte d'aller à l'école pour apprendre l'anglais et pouvoir déchiffrer ce qui était écrit dans les bulles des bandes dessinées que je regardais pendant des heures!

Chose étrange, mes parents ne nous préparèrent pas à ce qui nous attendait à l'école, et je me rendis vite compte de la raison pour laquelle cela ne leur était pas possible. Ma mère était encore marquée par les souvenirs douloureux de la décennie qu'elle avait passée dans l'école même où elle était maintenant obligée par la loi d'envoyer ses enfants!

La vie au pensionnat était faite de misère, d'une incroyable solitude, et de la privation de l'amour et des soins parentaux. Pendant les 13 années que j'ai été forcée d'y passer, j'étais systématiquement dépouillée de toute dignité et de toute fierté, et endoctrinée à croire que ma culture, mes coutumes et ma langue étaient sauvages et primitives. Il s'ensuit que j'appris rapidement à haïr tout mon univers, m'y incluant de même que les miens. (Je détestais aussi mes ancêtres.) Je me rappelle être à la maison un certain été pendant les vacances annuelles de deux mois, et regarder mes parents avec un extrême ressentiment et une haine franche, simplement parce qu'ils étaient Indiens et me saluaient dans notre langue traditionnelle.

“À partir de maintenant, dis-je, nous ne parlerons que l'anglais dans cette maison”. Mon père me regarda avec tristesse quand mes mots l'atteignirent, et il dit en Ojibway, la langue de notre peuple : “Eh bien, il semble que nous ne parlerons plus jamais à cette petite fille”. Je n'avais que 11 ans. Mon absence de la maison avait déjà, à ce moment-là, causé des dommages irréparables. J'étais un peu comme un robot et incapable d'exprimer des émotions positives telles que l'amour et la joie. J'étais au contraire conduite par la peur et la haine à un moment crucial de mon enfance. J'étais une étrangère dans mon propre foyer, incapable de me relier à mes parents et,

parce que garçons et filles étaient tenus à l'écart, je n'étais même pas capable de me relier à mon frère qui allait à la même école.

Je raconte cette partie de ma vie pour souligner le fait que le système scolaire de pensionnats au Canada a détruit l'unité familiale de toute une population de Premières Nations. Cela a été délibéré et systématique.

Les peuples des Premières Nations, Inuits et Métis du Canada sont encore ébranlés de cette période sombre de l'histoire canadienne. Nos statistiques corroborent ce phénomène aux niveaux de l'aide sociale aux enfants, des emprisonnements et du nombre de diplômés. Il n'est pas surprenant que les autochtones soient encore aux prises avec la recherche de leur identité. Plusieurs jeunes, spécialement dans les grands centres urbains, se sentent déconnectés de leur culture et de leur langue et se perdent dans une sous-culture malsaine.

Cette guerre faite à notre esprit a laissé des cicatrices sur des générations et une histoire que le monde entier devrait connaître, le Canada ayant la réputation d'être un pays libre.

Comment en guérir?

**La solution est de réclamer nos traditions, nos coutumes et nos langues en nous mettant en lien avec nos aînés, qui sont ceux qui préservent la connaissance de façon traditionnelle. Ce mouvement de récupération et de revitalisation est fort et nous sommes un peuple résilient.**

**Nous guéirons.**



Photo: Duane Burnett, BC, Canada

**Mary Courchene est l'ancienne doyenne de l'éducation autochtone au collège Red River à Winnipeg, Canada.**

## Traumatisme et victimisation



Pat Crittenden

Le cinquième numéro de la revue « DMM News » met l'accent sur le traumatisme tandis que le quatrième numéro portait sur la problématique de la sexualité et de la violence. Autrement dit, nous discutons des auteurs d'actes de violence et des victimes de ces derniers. Ce numéro fait également référence à la résilience et à la transmission des liens d'attachement d'une génération à l'autre. Ces termes sont communs mais ne prenons pas

pour acquis trop facilement la définition de termes si troublants que nous préférons les éviter.

Prenez, par exemple, la dichotomie entre les auteurs d'actes violents et les victimes. Peder Norbeck and Val Hawes ont démontré que les tueurs dangereux sont souvent de jeunes victimes qui ont grandi. Jennie Noll, dans ce numéro, décrit comment une fille victime de l'abus sexuel de son père finit par négliger ses enfants de façon si sévère que l'un d'eux meurt et les deux autres lui sont retirés. Est-ce qu'une fille comme elle est celle qui subit l'agression ou celle qui l'inflige? Est-ce que ces mots font référence à des personnes différentes ou simplement à notre attitude face à la même personne mais à des temps différents dans sa vie? Est-ce que notre terminologie réduit la complexité de leur souffrance et l'intégrité de notre compréhension à un seul geste de façon à nous faciliter le choix de réponse en sélectionnant celui qui est moins stressant?

Ma perception à ce moment est que des mots comme « auteur de délit », « abuseur » et « contrevenant » définissent la personne du point de vue de l'autre et pour leurs propres intérêts. En ce faisant, les mots omettent des aspects essentiels de la personne en termes de qui ils sont au présent et comment ils se sont développés.

Les gens qui infligent de la douleur à autrui ont presque toujours beaucoup souffert et ce, à des moments où ils ne pouvaient pas se protéger eux-mêmes. De plus, il n'y avait presque jamais personne pour les réconforter. Comme l'ont fait remarquer Sverre Varvin et Mary Heller, ils ont fait ce qu'ils ont pu avec la maturité et l'expérience qu'ils avaient à ce moment-là pour se protéger. Je suis d'accord. Ils interprètent du mieux qu'ils le peuvent, dans leur enfance, leur situation en organisant leur comportement de façon à se protéger du danger et de la douleur. D'habitude, cela veut dire 1) porter attention de façon hyper-vigilante à certaines informations; 2) repousser de l'information trompeuse ou distrayante, souvent de l'information à propos de la sécurité et du confort, et; 3) passer à l'acte rapidement, souvent avant qu'une intégration bien pensée n'ait pu être enclenchée. Quand nous observons leur comportement dangereux, il est difficile pour nous de voir qu'ils se sentent en danger et qu'ils agissent pour se protéger ou se réconforter. Comprendre ce mécanisme pourrait changer notre réponse en réduisant la menace qu'ils

représentent pour les autres de même que leur souffrance.

Les victimes font face au problème opposé. Nous échouons souvent dans nos capacités à prédire que leurs efforts pour se protéger eux-mêmes peuvent éventuellement mettre les autres en danger. Nos efforts pour sauver les victimes nous ont trop souvent fait fermer les yeux sur les relations complexes qu'elles entretiennent avec les membres de leurs familles qui présentent des problèmes de dangerosité.

Ceci nous amène à la résilience. Plusieurs personnes qui ont été victimes ne vont pas en blesser d'autres ou, si elles ont blessé, elles vont en venir à comprendre les gestes posés et changer. En les appelant des résilients, on pourrait ainsi ignorer tout le cheminement de maturité parcouru. La résilience fait appel à la notion qu'ils ont été magiquement épargnés de la blessure dont ils ont souffert.

Pas du tout. Ils ont souffert, ils ont travaillé très fort pour comprendre ce qui est arrivé et le rôle qu'ils ont joué, et ils continuent de vivre le deuil de ce qu'ils ont perdu. La résilience n'est pas un don : c'est un aboutissement durement acquis et à un haut prix. Elle transforme la passivité de souffrir en action de réparation. De plus, comme le propose Mary Courchene, la résilience est chèrement acquise encore et encore, jamais définitivement, quand une personne récupère personnellement mais aussi quand elle aide les autres à trouver la même résolution. La résilience est une masse de cran, soutenue et entourée de compassion et non de chance.

Finalement, la transmission de l'attachement – ou de la maltraitance. Comment une génération peut-elle affecter la suivante? « Transmise » suggère un ensemble ou un message. Encore une fois, il n'en est rien. Chaque personne doit vivre l'expérience de son propre monde, le percevoir, se représenter ses perceptions, organiser des stratégies et agir, tout ça, pour soi-même. Toutes ces notions ne peuvent être transmises comme entités et les enfants ne peuvent pas s'organiser de la même façon que leurs parents. Les enfants, tout particulièrement ceux qui sont en danger, démontrent une vaste étendue de réponses qu'ils concoctent pour eux-mêmes.

Mon argument est que la terminologie que l'on utilise omet les cheminements, réduit la complexité et ignore la variabilité. Si nous voulons vraiment aider, notre travail consiste à arrêter précisément là où le langage glisse facilement sur les définitions difficiles. À ce moment précis, l'on devrait, comme le disent les 'Indiens' d'Amérique, essayer de marcher dans les mocassins de l'autre. Seulement à ce moment pourrions-nous apprécier l'expérience de ceux qui n'ont pas eu d'autres choix que de porter ces chaussures. Seulement à ce moment également pourrions-nous comprendre les stratégies psychologiques et comportementales des gens menacés, respecter l'effort de l'organisation mentale exigée et être préparé à célébrer le succès du potentiel humain que le mot « résilience » comporte.

## Soutenir les familles autochtones



Irmie Nickel

Les peuples autochtones du Canada incluent les Premières Nations (qui étaient ici avant l'arrivée des Européens), les métis (mélanges de Premières Nations et d'européens) et les Inuits (régions nordiques). Au Manitoba, ils représentent 10% de la population, dont environ 25% ont moins de 25 ans. Plusieurs d'entre eux sont à risque de développer des relations d'attachement difficiles à cause de

l'expérience centenaire des pensionnats.

Suite à un long débat, chaque nation autochtone s'est vue octroyé le droit de former ses propres organismes d'aide à l'enfance. Les nouveaux organismes ont vu le jour sous une surveillance serrée, avec

peu de temps pour se préparer et former le personnel, mais avec l'occasion de faire quelque chose de significatif et de différent.

### Le DMM et les peuples autochtones

Les gens de culture autochtone ont une grande variété d'attachements basés sur les structures et responsabilités familiales qui reflètent les valeurs et traditions autochtones. Les parents autochtones sont moins enclins à être directifs avec leurs enfants et préfèrent souvent l'enseignement et l'apprentissage non verbal, comptant sur l'importance d'observer leurs enfants dans les situations normales de la vie. Le DMM mise sur l'observation et l'identification de modèles de relations et est donc en accord avec le désir des autochtones de prioriser les compétences et les habiletés des enfants qui ont des « caractéristiques » d'adaptation uniques qui sont observées plutôt qu'étiquetées comme « comportements à problèmes ».

Dans cette ligne de pensée, certains organismes autochtones nouvellement formés ont accompli d'importants progrès dans un court laps de temps. Le Métis Child and Community Services (2008) en est un. Cet organisme a développé des programmes adaptés à tous les niveaux de services requis, suivant les critères du DMM (Crittenden, 1992). Leurs programmes incluent :

## Levels of Family Functioning (Patricia Crittenden, Ph.D.)



### Familles indépendantes et adéquates

Le Young Mothers and Kookums Program (programme des jeunes mères et Kookums) met en lien les jeunes mères avec les grand-mères pour un soutien continu, un mentorat et un enseignement sur le rôle de parent.

### Vulnérables à la crise (6 mois)

Le Family Support Program (programme de soutien aux familles) fournit une variété de services de prévention et d'intervention précoce pour solidifier les familles et réduire les facteurs de risque.

### Reconstituables (1 à 5 ans)

Le Family Enhancement Program (programme de valorisation de la famille) place des familles complètes dans des lieux d'accueil familial surveillés et soutenus lorsque les enfants sont à risque d'être retirés de la famille.

### Soutenables (15 à 20 ans)

Le Family Mentorship Program (programme de mentorat familial) jumelle les familles à des mentors à long terme qui, de préférence, font partie de leur famille élargie.

### Inadéquates (retrait des enfants)

Le Kinship Care Program (programme de soins par la parenté) emploie des membres de la famille élargie comme parents d'accueil et recherche des réseaux communautaires pour soutenir les parents d'accueil.

**Irmie Nickel, BOT, MA, est Directrice du Aulneau Renewal Center, Winnipeg, Canada.**

**References:** Crittenden, P.M. (1992). The social ecology of treatment: Case study of a service system for maltreated children. *American Journal of Orthopsychiatry*, 62, 22-34.  
Métis Child, Family and Community Services (2008). *Annual report, April 1, 2007-March 31, 2008*.

## Docteur, pouvez-vous me traiter pour mon traumatisme?



**Sverre Varvin**

Les patients posent rarement cette question. Ils se présentent plutôt avec des symptômes qui nous rendent perplexes comme une anxiété soudaine, des pensées intrusives et des préoccupations de vengeance pour "ce qu'ils m'ont fait." Ils sentent que quelque chose ne va pas à l'intérieur de soi. Ils ne peuvent s'occuper de leurs enfants, leur conjoint leur paraît menaçant, ils cherchent à s'isoler.

### Le problème formulé en termes d'attachement et de traitement de l'information

Je pense que les patients ont raison. En accord avec la recherche sur le traumatisme et la mémoire, ils ressentent que quelque chose ne va pas dans leur personnalité – le sens qu'ils ont de qui ils sont – et leur façon de se relier aux autres.

Les blessures sévères et traumatiques infligées par autrui, telles que l'abus durant l'enfance, la torture et la guerre, ont une influence massive et souvent imprévisible. Ceci implique l'activation des stratégies d'attachement. Par exemple, une stratégie fréquente est de se distancer des affects négatifs et des figures d'attachement proches. Plus on peut éviter, meilleures sont les chances de survie dans de multiples contextes. Ceci pourrait expliquer pourquoi les stratégies de Type A sont prédominantes parmi les survivants d'abus traumatiques.

Le traumatisme passe par la mémoire procédurale et imagée, où plusieurs aspects sont préservés en tant que souvenirs imagés ou sensoriels. Y a-t-il donc une mémoire traumatique spécifique, un type de mémoire, différente des autres, qui se grave dans le cerveau comme une photo, presque impossible à effacer ou changer? La persistance de l'imagerie traumatique dans les rêves de plusieurs patients soulève cette spéculation, mais ni l'expérience clinique, ni la recherche sur la mémoire ne supportent l'idée. Les souvenirs sont modifiés selon le contexte dans lequel ils sont remémorés et la thérapie peut contextualiser les souvenirs. Quand des incidents traumatiques demeurent non résolus, il n'existe pas de narratif cohérent et fiable de l'expérience. Un point clé de la thérapie est donc d'aider le patient à développer un tel narratif cohérent.

Les expériences traumatiques sont incorporées dans des scénarios symboliques incomplets dominés par la mémoire implicite et structurés par les patrons d'attachement acquis durant le développement. Les expériences traumatiques refaçonnent également les souvenirs antérieurs, faisant paraître comme insécurisantes des situations sécurisantes, et activent des stratégies d'attachement inhibitrices qui suppriment celles qui sont plus balancées.

Le traumatisme produit souvent des stratégies de Type A. Suite à un traitement mnésique incomplet, des stimuli semblables mais non reliés peuvent déclencher une anxiété et un évitement extrêmes. L'utilisation des régions antérieures du cerveau et de l'hippocampe peut être réduite alors que des réponses aiguës médiées par l'amygdale et le tronc cérébral peuvent prédominer (attaquer, fuir, figer).

Les effets des blessures traumatiques varient selon l'âge lors de la survenue du traumatisme. Ceci est aussi vrai pour la victime adolescente d'une guerre que pour la victime âgée de la terreur du génocide : le cours de la vie est interrompu. Ne pas pouvoir épouser la personne que vous avez aimée à l'adolescence (ou peut-être se sentir incapable d'aimer à nouveau) ou ne pas pouvoir fonctionner comme grand-parents (ou perdre vos petits-enfants) sont des coups atroces aux attentes développementales. À partir de cela il est peut-être plus clair que je vois la psychothérapie des patients traumatisés comme quelque chose de plus, et souvent quelque chose d'autre, que de traiter 'le trauma'.

### Traitement

La plupart des gens exposés à des désastres naturels extrêmes ne développent pas de troubles post-traumatiques. Plusieurs feront l'expérience de fortes réactions de deuil et de réactions traumatiques passagères qui vont se résorber et ne requerront pas de traitement spécialisé. On devrait toutefois être conscient qu'il survient des conditions à début tardif qui peuvent apparaître plusieurs décades après des dangers ou des menaces de longue durée.

La combinaison de l'exposition à un danger pour la vie, en particulier d'origine humaine, et/ou la perte d'un être cher et un coup à l'estime de soi, semble représenter un risque massif de traumatisme psychique (Weisaeth, 2006). Ce type d'exposition combinée, qui peut être répétée ou de longue durée, affecte un nombre important de personnes suite à la guerre, au terrorisme, à la persécution, ou à des expériences de réfugiés.

Ces expériences peuvent affecter les systèmes de croyances des gens (i.e. la mémoire sémantique) et les structures et dynamiques sous-jacentes de l'esprit. Lorsque traumatiques, elles peuvent résulter en des changements plus permanents dans la personnalité et les fonctions d'attachement. La personne se sent souvent en danger et les patrons d'attachement liés à la survie vont dominer la relation de la personne par rapport à elle-même et aux autres.

Les effets se voient dans les relations, incluant les patrons de transfert avec les thérapeutes, et sont présents dès le début de toute rencontre thérapeutique. Le 'traitement du trauma,' commence donc dès le premier contact avec le système de traitement.

Si le système de traitement est caractérisé par de la négligence, des procédures obsessives, des soupçons envers les étrangers (le sort de plusieurs réfugiés), un élément anti-thérapeutique est intégré au traitement dès le début. L'attente d'être négligé et les patrons d'attachement maladaptés sont tous deux renforcés.

Les thérapeutes et ceux qui organisent le traitement devraient être conscients d'une triade d'attentes qui caractérise plusieurs personnes traumatisées:

- 1) **Quelque chose de mauvais peut survenir n'importe quand**
- 2) **Il n'y aura pas d'aide, et**
- 3) **Personne ne s'en souciera.**

Malheureusement, l'expérience démontre que ce système de croyances peut être typique de plusieurs premières rencontres thérapeutiques. Si les essais initiaux pour obtenir une aide thérapeutique s'avèrent difficiles ou frustrants, il est probable que la personne traumatisée activera des patrons d'attachement surtout évitants, adaptés à la détection de tout signal de danger chez l'autre.

*"Une patiente avait expérimenté de l'inceste venant de son père et avait peur des hommes. Elle arriva confuse et vigilante à une séance. Elle souffrait de douleur aux yeux. I s'avéra qu'elle avait peur de ne pas 'voir' son effet sur le thérapeute. Comme elle le dit après un certain travail thérapeutique : "J'avais peur d'être incapable de vous faire sentir bien. C'est toujours comme cela. Je dois être vigilante. Si les hommes ne se sentent pas bien, les choses peuvent soudain changer. Je suis alors prise. Je ne peux rien faire. Je dois faire ce qu'ils disent."*

Ceci avait été la situation vécue avec son père. Sa stratégie d'évitement était une réaction post-hoc dans le but de prévenir ce qui était déjà arrivé.

La compréhension et l'élaboration de ces situations de transfert sont au cœur du traitement thérapeutique du trauma. Le thérapeute doit tenir compte de plusieurs variables, dont :

- des patrons relationnels défensifs, et souvent extrêmement rigides
- la croyance que le pire pourra advenir à n'importe quel moment et sans aide
- des transferts et des contretransferts complexes; des patrons d'idéalisation peuvent alterner avec du retrait, des mises en situation d'une relation victime-abuseur avec le risque du retrait du thérapeute
- des identifications projectives massives : le thérapeute doit contenir les parties du monde intérieur du patient qui représentent à la fois l'abuseur projeté et la position de victime
- Une conscience indispensable des stratégies d'attachement évitant. Le patient a de la difficulté à se représenter ses émotions, surtout ses affects négatifs. L'adage du patient traumatisé est : "Je dois toujours être conscient"
- Les scénarios de trauma peuvent se présenter comme un danger ressenti dans le présent et il fait sens de les traiter comme des représentations mentales non seulement reliées au passé, mais aussi, et surtout, au présent.

Le traitement du trauma requiert du temps, le patient cherche à changer sa façon d'être avec les autres, mais cherche également à se

créer une vie satisfaisante. L'incapacité d'aimer est probablement l'effet le plus néfaste des traumas d'origine humaine.

**Sverre Varin, MD travaille au Centre norvégien d'Étude sur la violence et le stress traumatique et exerce en pratique privée comme psychanalyste.**

### Reference

Weisaeth, L. (2006). Collective Traumatic Stress: Crisis and Catastrophes, in B. B. Arnetz and R. Eckman (Eds.) Stress, Health and Disease. Weinheim: Wiley.

### Si vous vous sentez en grande détresse

Lorsque vous expérimentez des situations écrasantes, vous pouvez vous sentir impuissant, anxieux, apeuré et fâché. Parfois, ceci survient longtemps après l'expérience dangereuse. Vous pouvez faire certaines choses qui pourraient vous aider :

- **Trouvez un endroit sécuritaire et accordez-vous un moment de tranquillité.**
- **Recherchez des personnes de confiance et prenez contact avec vos proches si possible.**
- **Demandez-leur de rester avec vous et parlez lorsque vous vous en sentez capable.**
- **Mangez, reposez-vous, et prenez soin de vous-même ou bien laissez les autres le faire.**
- **Ne vous isolez pas.**
- **Soyez délicat avec vous-même – il faut du temps pour récupérer.**

Si l'anxiété et l'insomnie perdurent, cherchez une aide professionnelle. Souvenez-vous que vous pouvez être aidé même longtemps après.



# Protéger la prochaine génération : Les enfants de femmes ayant elles-mêmes été abusées sexuellement pendant l'enfance



Jennie Noll

*Wilma a placé un appel téléphonique alarmé : son garçon âgé de 10 mois se noyait dans le bain!! Lorsque le personnel d'urgence est arrivé, ils trouvèrent Wilma intoxiquée et son fils de 4 ans tentant de ranimer le bébé déjà mort alors que son tout-petit hurlait dans son parc.*

*Quelques mois plus tard, déprimée et suicidaire dans une unité de toxicomanie en milieu hospitalier, Wilma raconta l'incident, avouant qu'elle utilisait des drogues et de l'alcool pour gérer une*

*dépression majeure et les douloureux souvenirs de son enfance traumatique. Wilma avait été violée à répétition par son père jusqu'à l'âge de 12 ans. Elle réfléchit sur la manière par laquelle les effets négatifs de son abus avaient persisté et étaient revenus la hanter encore et encore tout au long de sa vie. Elle parla de son inhabileté de « garder un homme » et sa difficulté à « connecter » avec ses bébés. « Et maintenant... le tout se répand vers mes propres enfants. Quand le cauchemar se terminera-t-il? »*

L'histoire de Wilma est une histoire vraie. Il s'agit d'un exemple frappant des difficultés importantes auxquelles font face plusieurs victimes d'abus sexuels pendant l'enfance et du danger potentiel pour leurs enfants.

## Notre recherche

Nous avons suivi 84 filles ayant été abusées sexuellement à partir du milieu de l'enfance jusqu'à leurs débuts en tant que mères pour découvrir comment elles et leurs enfants se développaient. La plupart des études longitudinales sont rétrospectives, la transmission étant auto-rapportée par les sujets. Notre étude est prospective. Nous avons gardé 96% des filles de notre échantillon ayant été abusées sexuellement ainsi que 89 filles semblables démographiquement qui n'avaient pas été abusées depuis 20 ans (Noll, Trickett & Putnam, 2008). Nous avons évalué toutes les filles à six reprises pendant qu'elles grandissaient. Nous avons maintenant évalué presque tous leurs 135 enfants connus.

## Recherche antérieure

Malgré qu'environ 30% des victimes d'abus sexuel abusent leurs propres enfants (Kaufman & Zigler, 1987), le potentiel d'effet nocif s'étend à leur propres problèmes physiques et psychologiques à l'âge adulte et peut avoir des effets dévastateurs sur leurs enfants.

L'abus sexuel infantile implique des violations précoces des limites sexuelles et peut mener à une association entre le sexe et la violence extrême et/ou à l'intimité conditionnelle de ceux qui en prennent soin. Crittenden émet la théorie que des représentations dispositionnelles tirées de relations abusives peuvent contribuer à la continuité des mauvais traitements à travers les générations (Crittenden, 2008). D'autres ont rapporté que, comparées à des mères n'ayant pas été abusées, les mères ayant des historiques d'abus sexuel portent moins d'attention et répondent différemment à leurs nourrissons et tirent des conclusions quant aux bébés sur la base de leur propres représentations déformées.

L'expérience d'abus sexuel durant l'enfance place les victimes (filles et garçons) à risque de vivre des traumatismes émotifs continus et des difficultés interpersonnelles, incluant des distorsions cognitives et affectives entourant le sexe et l'intimité (Noll, Trickett, & Putnam, 2003). De surcroît, dû au fait que l'abus incestueux par le père survient habituellement sans contrainte physique ni violence, ses victimes sont plus susceptibles que d'autres victimes de se considérer comme des participantes volontaires et de se blâmer. La culpabilité et le blâme de soi peuvent mener à une confusion par rapport à l'éveil sexuel, à l'intimité interpersonnelle et à la sécurité. Alexander (1992) a identifié plusieurs conséquences de l'abus sexuel reliées à l'attachement incluant les troubles de l'humeur, les pratiques parentales dangereuses ou inefficaces et l'insécurité adulte liée à l'attachement.

## Ce que nous avons trouvé

Les résultats de notre étude sont dramatiques et affectent une grande variété de résultats développementaux et adaptatifs. Les mères ayant été abusées sexuellement étaient plus susceptibles que celles n'ayant subi aucun abus d'avoir abandonné l'école au niveau secondaire et d'avoir vécu des problèmes psychiatriques, d'abus de drogue et d'alcool et des situations de violence domestique. Leurs enfants étaient plus susceptibles d'avoir eu une mère adolescente, d'être nés prématurés et d'avoir reçu des services de protection de l'enfance que les enfants des mères comparatives (17% contre 1%). Les enfants de mères abusées performèrent moins bien au niveau cognitif et montrèrent davantage de troubles d'attachement (basé sur la situation étrange pour nourrissons d'Ainsworth et sur l'évaluation préscolaire de l'attachement pour les 2 à 5 ans de Crittenden) que les enfants des mères comparatives (Kwako, 2007).

Les enfants des mères ayant été abusées sexuellement à l'enfance sont à risque :

- 1) d'être abusés ou négligés, soit par les personnes qui en prennent soin ou par d'autres individus violents ou exploitants qui ont accès à eux; et
- 2) de vivre des conséquences délétères variées d'avoir une mère qui souffre des séquelles émotives, psychiatriques et interpersonnelles de son propre abus.

Les troubles d'attachement, à la fois ceux qui empêchent la formation de liens d'attachement adultes sains chez les victimes et ceux qui se manifestent en attachements inséculaires entre les victimes et leurs enfants, peuvent contribuer de façon significative à la continuité intergénérationnelle du mauvais traitement des enfants et à une adversité qui se poursuit.

Néanmoins, toutes les victimes d'abus ne sont pas affectées aussi sévèrement que Wilma et les enfants nés de victimes ne porteront pas tous un héritage d'adversité avec eux. Les deuxièmes chances existent. Plusieurs victimes font preuve de résilience, profitent de traitements intensifs, cherchent les occasions de guérir ou développent des liens d'attachement avec des conjoints et avec leurs enfants. Il y a de l'espoir et nous pouvons en apprendre de ces femmes sur la possibilité de rétablissement.

## Le traitement de l'abus sexuel infantile

La résolution des traumatismes de l'enfance devrait s'étendre (ou être revisitée) à divers stades du développement. À chaque période, différents sujets deviennent saillants et nécessitent de l'attention. Par ailleurs, à mesure que les enfants gagnent en maturité, ils sont capables de résolutions plus complexes et complètes. Ces sujets peuvent inclure l'attachement romantique et les fréquentations, l'initiation aux relations sexuelles, le mariage et le fait d'avoir ses propres enfants. De l'aide professionnelle peut être requise lorsque le parent de l'enfant doit passer à autre chose, mais que l'enfant doit revisiter le sujet.

**Jennie Noll est professeure associée de pédiatrie, Cincinnati Children's Hospital Medical Center, Cincinnati, Ohio, États-Unis.**

## References

- Alexander, P. C. (1992). Application of attachment theory to the study of sexual abuse. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 60*(2), 185-195.
- Crittenden, P. M. (2008). *Raising Parents*. Collumpton, UK: Willan.
- Kaufman, J., & Zigler, E. (1987). Do abused children become abusive parents? *American Journal of Orthopsychiatry, 57*(2), 186-192.
- Kwako, L. (2007). Adjustment of offspring born to mothers sexually abused in childhood. *Doctoral Dissertation, The Catholic University of America, Washington DC.*
- Noll, J. G., Trickett, P. K., & Putnam, F. W. (2003). A prospective investigation of the impact of childhood sexual abuse on the development of sexuality. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 71*(3), 575-586.
- Noll, J. G., Trickett, P. K., & Putnam, F. W. (2008). The cumulative burden borne by offspring whose mothers were abused as children: Descriptive results from a multigenerational study. *Journal of Interpersonal Violence, 24*(3).

## « Je me sens pris dans un cauchemar horrible duquel je ne peux me réveiller. »



**Mary Brownescombe Heller**

Le Syndrome de Stress Post-Traumatique (SSPT) a deux attributs opposés :

1. L'évitement physique actif ou le détachement émotif de toutes les situations, pensées et images qui agissent comme rappels.
2. Les souvenirs « flashback » intrusifs de l'événement traumatisant, la peur, l'hyper vigilance et le sursaut face aux déclencheurs.

Ceux-ci causent le va-et-vient typique entre l'état d'évitement (dissociation) et l'état de

ré-expérience (inondation ou immersion).

Dans le SSPT chronique, ces réponses persistent durant plusieurs années. Des études suggèrent que la guérison du SSPT dépend de la nature, de la sévérité et de la menace perçue du traumatisme, les facteurs personnels étant déterminants dans le développement du SSPT chronique. Ceux-ci incluent le manque de soutien social, les expériences d'adversité pendant l'enfance, l'exposition antérieure à des traumatismes et les troubles mentaux préexistants (Horowitz, 1992; McFarlane, 1990). Les traumatismes précoces du développement peuvent nuire à l'habileté neuro-physiologique et psychologique à modérer les situations d'éveil et les situations potentiellement traumatisantes, menant à un risque accru de développer SSPT à l'âge adulte (Heller, 2001; Shin et al, 2005).

### L'étude de recherche

En utilisant les AAI classifiées à l'aide de la méthode DMM, j'ai exploré la relation entre les traumatismes durant l'enfance et le SSPT chronique dans un groupe de 22 adultes référés pour traitement (Heller, 2001). Ils provenaient de tous les groupes sociaux et étaient sains mentalement avant l'arrivée du SSPT. La majorité d'entre eux avaient vécu des pertes significatives non résolues et/ou des traumatismes durant l'enfance, mais ces événements étaient considérés comme n'ayant que peu d'importance dans leur vie actuelle. Comme un participant l'a noté, « j'ai dû développer un SSPT à cause du fait que rien de négatif ne m'était jamais arrivé et donc que je ne savais pas comment gérer cette situation. » À l'âge de cinq ans, cette participante a presque perdu son père dans un terrible accident minier. Il fut sévèrement handicapé et la famille devint démunie.

Les pertes et traumatismes durant l'enfance vécus dans ce groupe étaient fréquemment très semblables aux événements qui précipitèrent le SSPT à l'âge adulte. Par exemple, un professeur d'éducation physique a réagi avec un SSPT après qu'un élève se soit écroulé et soit décédé pendant un de ses cours. Le père de ce professeur était disparu peu après sa naissance et, à l'âge de six ans, il avait été témoin de la mort subite de son grand-père pendant qu'ils marchaient ensemble.

Ces similitudes m'ont poussée à proposer que le réel traumatisme était le premier qui était demeuré actif, quoique dissocié. Le traumatisme adulte a amplifié les sentiments non exprimés liés au premier traumatisme. Ces individus, quoique physiquement et mentalement sains comme adultes, avaient gardé des états mentaux précaires qui ont éclaté sous l'impact d'événements dangereux équivalents.

Lorsque les données des AAI des 22 individus ont été comparées avec des groupes jumelés d'AAI « normatifs » et « diagnostics mixtes » (Crittenden et Heller – écrit non publié), les résultats suggéraient que les troubles d'attachement préexistants prédisposent au développement du SSPT adulte.

Trois sous-groupes ont émergé dans le groupe SSPT :

- **Stratégies d'attachement C+ :** lésés et préoccupés par des pensées de représailles ou vengeance.
- **Combinaisons A/C :** stratégies d'attachement mixtes rejetante et passive-agressive.
- **Stratégies compulsives A+ :** avec attributs dépressifs sévères.

### Traitement

Étant donné que ces groupes utilisent les pensées et les sentiments différemment, il est peu probable qu'une approche unique au SSPT soit bénéfique et elle pourrait même nuire.

« Greg » avait 50 ans et appartenait au sous-groupe A+. Huit ans plus tôt, il déplaçait des caisses sur le quai et un chargement de barres d'acier balança, le frappa et il tomba. Il était convaincu qu'il serait écrasé à mort. Le chargement d'acier s'arrêta à quelques pouces de Greg. Par après, Greg eu des cauchemars et des « flashbacks » presque quotidiens. Ni la médication, ni le soutien psychologique ou la thérapie cognitivo-comportementale n'avaient aidé. Comme les années passaient sans amélioration, Greg fit plusieurs tentatives de suicide. Quand je l'ai rencontré, il fréquentait un centre de jour dans un état de découragement et de désespoir.

« J'ouvre la porte du salon... et c'est comme si j'étais là... tout arrivait de nouveau. L'acier a un goût vous savez. Et je peux le voir, le goûter, le sentir, l'entendre, le toucher... ce chargement d'acier qui vient vers moi. Ton cour commence à débattre et tu es physiquement malade. C'est là... et tu ne peux y échapper. »

Tous les cinq sens étaient impliqués dans cette image terrifiante. Comme l'acier approchait, son utilisation du « tu » le distance de la terreur; ce n'est pas lui, mais « toi » qui ne peux y échapper. Il s'agit d'un modèle de langage typique des « As distançants ». L'AAI a révélé une historique de pertes non résolues. Il idéalisait son enfance : « j'avais toujours été le petit garçon aux yeux bleus ». En réalité, elle paraissait privée d'émotions et sombre. Son seul souvenir était celui de son père ramené à la maison suite à un sérieux accident de travail, ses vêtements tachés de sang.

Greg s'est fait offrir un an de thérapie individuelle hebdomadaire misant sur l'expression sécuritaire d'affects négatifs afin de lui permettre d'admettre et d'exprimer la honte, la culpabilité, la colère et l'humiliation qu'il ressentait par rapport à ce qui lui était arrivé. Graduellement, il fut capable de contacter des collègues qu'il n'avait pas vus depuis huit ans. Quand la thérapie fut terminée, libéré du SSPT chronique, il s'est fait offrir un emploi comme gardien dans un bloc d'appartements. Cet emploi correspondait à sa stratégie A compulsive et le plaçait loin du quai qui définissait pour lui le danger.

### Le traitement du SSPT

- **Écoutez attentivement les mots et les émotions**
- **Laissez la personne raconter son histoire à sa façon**
- **Demeurez calme**
- **Laissez le patient choisir les technique de gestion du comportement qui lui conviennent**
- **Soyez ponctuel et constant**

### Essayez d'éviter

- **D'écarter les pensées et émotions du patient – même si elles semblent bizarres**
- **D'imposer vos propres idées au patient**
- **De presser le patient à « guérir »**

**Mary Brownescombe Heller, D. Clin. Psych, est en pratique privée.**

### References

- Horowitz, M.J. (1992). The Effects of Psychic Trauma on Mind: Structure and processing of meaning. In J. Barron, N. Eagle & D. Wolitski (Eds.) *Interface of Psychoanalysis and Psychiatry*. Washington, DC: American Psychological Association.
- Heller, M.B. (2001). *The dynamic relationship between childhood experiences of loss and trauma and PTSD in adults*. Unpublished doctoral thesis. University of Teesside, Cleveland, England.
- McFarlane, A. (1990). Vulnerability to Post-traumatic Stress Disorder, in M. Wolff & A. Mosnaim (Eds.) *Post-Traumatic Stress Disorder*. New York & London: The Guilford Press.
- Shin, L.M., Rauch, S.L. & Pitman, R.K. (2005). Structural and Functional Anatomy of PTSD: Findings from neuroimaging research, in J.J. Vasterling & C.R. Brewin (Eds.) *Neuropsychology of PTSD: Biological, Cognitive and Clinical Perspectives*. New York & London: The Guilford Press.