

**TROIS ETAPES CRUCIALES A EXPLORER : LE BEBE,
L'ADOLESCENT ET LE 1^{ER} RAPPORT SEXUEL**
par Joëlle Mignot (Aide Mémoire de Psychosexologie, Éditions Dunod)

Très souvent, l'enfant bondit en moi. Il présume de mes forces. Nous sommes tous sujets à des accès d'enfance. Même les plus âgés. Jusqu'au bout, l'enfant revendique son corps. Il ne désarme pas...

Daniel Pennac, 61 ans, 7 mois, 22 jours¹

La prise en charge en sexologie s'appuie sur une évaluation précise intégrant le repérage des moments fondamentaux de construction de la sensualité et de la sexualité. Les carences, les traumatismes mais aussi les étayages positifs sur lesquels le thérapeute et le patient, vont pouvoir mettre en œuvre le travail d'évolution et de changement.

« Et il est important lorsqu'on écoute un patient formuler l'éprouvé d'une douleur, d'une souffrance ou témoigner de sa façon de s'en défendre, de se demander qui parle « est-ce l'enfant, le bébé, l'adolescent, l'adulte en lui qui parle ? » (Albert Ciccone ,2012)

2-4-1 La part du bébé

Reprendre ici toute la clinique infantile, l'impact de la vie psychique sur la vie affective et sexuelle de l'adulte serait une entreprise qui mériterait un ouvrage entier. Des psychanalystes comme Mélanie Klein et sa filiation, Winnicott et la « préoccupation maternelle primaire », Françoise Dolto, Serge Lebovici et plus près de nous des cliniciens spécialisés comme Albert Ciccone, Sylvain Missonnier. Les théories de l'attachement à travers les travaux de Bowlby et le « *caregiver* » ont évidemment apporté de nombreux éclairages, en particulier autour des schèmes, du sentiment de sécurité et de la nature des liens affectifs en construction, sur l'importance des interactions mère/bébé ainsi que celle de l'environnement.

Les travaux de Bernard Golse ont largement décrit et théorisé sur le psychisme du bébé en construction et notamment sur la pulsion d'attachement « *Parler de pulsion d'attachement nous permet de maintenir le registre du sexuel dans le*

¹ Journal d'un corps, 2012, NRF, Gallimard.

champ de l'attachement et de considérer l'attachement humain comme un mécanisme plus complexe qu'un simple instinct sélectionné par l'évolution. » (Golse 2004). Les conséquences sur la sexualité de cette construction dans ces différents aspects est plus difficilement abordé. Les études sont rares et là encore c'est l'approche clinique, mais aussi le fruit d'un intense travail théorique dont les caractéristiques construites à partir de l'expérience et mises à l'épreuve de faits, l'écoute patiente et fine des patients, qui nous peuvent nous éclairer. C'est pourquoi quelques axes spécifiques à explorer en consultation de sexologie ont été choisis.

Enfant imaginaire, désir d'enfant

La façon dont le couple parental « imagine » dit-on « hallucine » l'enfant à venir a toute son importance pour son évolution future. C'est une banalité de dire aussi qu'un enfant désiré n'aura pas les mêmes liens avec ses parents qu'un enfant non désiré. Ceci ne présagera pas de l'amour que ceux-ci lui porteront, bien heureusement, mais nous constatons qu'en consultation de sexologie, les patients adultes portent en eux toute leur vie ce désir ou ce non-désir de leur parents, « *j'étais un accident...* » Ceci ajouté à leur place dans la fratrie et aux désirs concernant le sexe réel ou fantasmé « *je sais que mon père voulais un garçon, il était déçu quand je suis née* » construit un socle toujours singulier pour la construction de la sexualité. Etre un complément « phallique et/ou narcissique » ne donne pas les mêmes effets sur l'enfant qu'être considéré comme un sujet à part entière face à un couple parental aux liens matures où chacun à sa place sans fonctionner en miroir. La « qualité du désir d'enfant » de l'un et de l'autre, et du couple, mêlée à la façon dont l'enfant est fantasmé avant même son arrivée au monde en tant qu'être humain peut avoir de conséquences sur des plans psychologiques mais aussi psychosexuel et donc peut prendre sens dans la sexualité adulte. Ce que diront les patients de cette période d'avant leur conception, construite, il faut le souligner, de façon imaginaire ou sur des dires des parents ou de l'entourage, sera toujours riche d'enseignement.

La grossesse et la naissance

Les événements vécu pendant la grossesse de la mère et les circonstances de l'accouchement, et donc de la naissance, auront également toute leur importance. Les craintes des parents, les questions qui jalonnent les différentes phases (au premier trimestre « *vais-je le garder ?* », au second, « *comment va-t-il être ?* », au troisième « *vais-je tenir jusqu'à la fin ?* »), la perspective de

l'accouchement avec son cortège d'angoisses, la place du père (celle qu'il prend et celle qui lui est laissée...), les difficultés de santé physiques et psychiques de la mère, les événements de vie (deuils, séparations...) et les traumatismes, autant de jalons qui auront aussi du sens. Arrive alors l'enfant réel. La naissance elle-même et tout ce qui l'accompagne à ne pas confondre, comme le souligne Jean-Marie Delassus, avec l'accouchement, laisse des traces corporelles et relationnelles qui peuvent avoir un impact sur la sexualité future du sujet. En exemple, cette patiente qui consultait pour une stérilité sans causes organiques avérées et qui disait « *mon accouchement* » en parlant de sa propre naissance ! Le « protoregard » tel que défini par Marc Pilliot, regard fondateur et « parentalisant », parfois aussi réparateur pour la maman : « *L'émotion sera marquée à vie et facilitera l'attachement au monde des retrouvailles* » (M. Pilliot, 2005, p. 11), la réponse corporelle et émotionnelle parentale, les premiers mots (nommer), le contexte affectif, sont autant de traces qui peuvent ressurgir sous d'autres formes bien plus tard. Elles sont la plupart du temps, difficiles à repérer dans l'après-coup, mais la résurgence ou la quête dans la vie sexuelle adulte de certaines attitudes sont parlantes « *j'aimerai tellement qu'il me regarde quand on fait l'amour* » ou au contraire « *je déteste ses petites caresses qui m'effleurent... je veux qu'il me prenne !* ».

Inné et acquis

Toujours « chaude » et remise au goût du jour actuellement par les discussions sur le « Gender Studies » et, dans une autre perspective, dans les discussions sur le « mariage pour tous » et l'adoption par les couples homosexuel et la question de la filiation, l'opposition inné-acquis, nature-culture interroge aussi la sexualité ne serait-ce que dans les idées reçues (« les hommes ont toujours envie de sexe, c'est dans leur nature... », « l'instinct maternel est naturel... »)... Parler plutôt de notion « d'équipement » qui fait référence à l'anatomie-physiologie générale et nerveuse de l'organisme, au patrimoine génétique, aux régulations humorales et aux défenses immunitaires qui vont s'allier à la capacité d'adaptation du sujet « *une synthèse plus ou moins harmonieuse, qui intégrerait à plusieurs niveaux divers éléments innés et acquis, anciens et nouveaux* »(J-J Lustin, p.224) semble plus juste et colle aux travaux de Ferenczi et Balint à propos du besoin de contact et d'accordage primaire. Le déclenchement des grandes fonctions (immédiates comme les fonctions vitales ou différées comme la marche et la parole) fonctionne en lien avec l'environnement qui les facilite ou les freine.

La question de la sensibilité des zones érogènes significatives en lien avec les grandes fonctions en est également un bon exemple puisqu'évidemment très liées au développement de la sexualité humaine. L'oralité, en lien avec l'alimentation, le tube digestif et la respiration, l'analité avec le contrôle sphinctérien, le plaisir de la retenue ou de l'expulsion, puis la motricité, le tonus ... La question de la représentation psychique en action, en évolution suivant les stades, la dynamique du développement et son intégration (en cas par exemple de précocité ou de surinvestissement), de dysharmonie voire d'abus précoces (apprentissage de la propreté inappropriés, gavage, gestes déplacés...) entérine l'interrelation étroite entre « l'équipement » et ce qui en est fait, pour cet enfant « en train de se faire »...

Les premiers mois du bébé : une charnière évidente pour la vie affective et sexuelle

Nous savons que les soins des premiers mois sont essentiels dans pour l'évolution psychique, affectifs de l'enfant. Sptiz l'a montré avec la notion d'hospitalisme en mettant en évidence les conséquences des carences précoces. Or ces hommes et ces femmes carencés, nous les rencontrons aussi bien plus tard dans nos consultations de sexologie. C'est souvent le courant « tendre » qui est atteint. Leurs difficultés peuvent être alors de deux ordres qui parfois se cumulent : une incapacité à tisser une relation affective et/ou des impossibilités à approcher le corps de l'autre, à ressentir, à donner comme à recevoir de la tendresse, à exprimer une quelconque sensualité sans que cela ne soit source d'angoisse ou de réticences extrême. Dans certains cas de figure, la sexualité peut être active mais dénuée d'émotion et centrée sur la décharge. A l'inverse, on peut retrouver dans ces personnalités carencées corporellement et affectivement des réactions d'adhésivité corporelle, de tentative de fusion permanente, comme pour se fondre dans l'autre avec une grande difficulté à exister par soi-même. L'angoisse d'abandon peut être alors massive.

Les moments d'échanges précoces vont donc être, par leur richesse ou leurs manques des bases sur lesquelles la sexualité va se construire. On peut retenir plusieurs points :

- La façon dont le bébé est nourri, quelque soit la forme d'allaitement, où la charge d'affects, de fantasmes, de paroles dans leur contenu et dans leur charge émotionnelle, va mettre œuvre les processus d'adaptation à l'autre
- L'importance du portage et du dialogue tonique postural et rythmique qui va modeler l'image et le rapport au corps dans son évolution.

- Les séquences interactives au moment des soins maternels et « l'enveloppe sonore de soi » à travers les comptines, les chansons, les jeux...

- La qualité de la rencontre (calmante, berçante, froide ou excitante) va en quelque sorte « imprimer » le corps du petit enfant et modeler des types de réactions qui auront un impact pour sa sensualité et pourra se rejouer dans sa sexualité future.

Les troubles psychiques de la mère (psychose puerpérale, dépressions, angoisse invasive de mort subite, phobies d'impulsions, crainte de faire mal à son enfant...) auront aussi tout leurs poids pour son évolution sexuelle future.

Le père aura aussi toute son importance tant au niveau des interactions directes avec le corps de l'enfant qu'à travers ce que la mère construit et transmet.

D'autres tiers comme les grands parents, les frères et sœurs, (et n'oublions pas les nounous), auront aussi une influence non négligeable.

Les grands moments organisateurs et la façon dont ils se déroulent comme les apprentissages de la marche, de la propreté, l'angoisse de l'étranger et de séparation ont des répercussions que l'on retrouve sous d'autres formes bien plus tard.

Une mention spéciale pour l'apprentissage du « non » et la fonction du refus que l'on peut voir ressurgir dans la sexualité de relation face notamment aux troubles du désir et aux jeux de pouvoir dans le couple. Là encore la façon dont ce « non » organisateur de la personnalité et de la dimension narcissique aura été vécu par les parents au moment de son expression enfantine, peut fixer des modes réactionnels soit d'opposition constante, soit d'hyperadaptation masochique.

Ainsi les mouvements de fixation et de régression que l'on repère dans la sexualité adulte renvoient souvent à la dimension archaïque et relationnelle précoce du sujet. De là à dire que tout serait fixé, bien sûr que non. Le concept de résilience est là pour nous le rappeler. La capacité individuelle d'intégrer, de dépasser les aléas, même graves, est souvent sidérante et inattendue. En ce sens, on ne peut surtout pas dire que telle carence entraînera telle ou telle difficultés sexuelles et/ou affectives.

Soi et l'autre interactions précoces

Si dans la sexualité adulte, la relation à l'autre est toujours sous jacente, celle-ci se construit pour une grande part dans la référence psychanalytique à « l'objet » et la façon dont la relation à celui-ci s'est construite soit dans l'identification soit dans la différenciation.

Quelques modèles de « relation d'objet », définie largement comme la mise en évidence dans l'espace de la relation, d'une direction, d'une distance, d'une intentionnalité et d'un sens sous jacent, se réactualisent dans la maturation de la relation sexuelle plus ou moins « adulte », la structuration du Moi et l'organisation des défenses mises en oeuvre :

- l'objet utilisé pour la satisfaction d'un besoin dans des sexualités axées sur la décharge pulsionnelle
- l'objet primaire dans les fixations oedipienne à la mère avec ses mouvements d'ambivalence, d'amour et de haine. On peut y associer les sujets à la sexualité « possessive », dans la quête inconsciente de s'approprier l'autre...
- l'objet partiel dans certaines fixations de pratiques exclusives par exemple dans une fixation sur une partie du corps comme zone érogène qui apporte une satisfaction excessive et peut créer une fixation sur la zone hyperexcitée, ou encore sur l'appropriation du sexe masculin par certaines femmes « phalliques » (« *je veux être remplie* »).
- l'objet absent que l'on retrouve dans les insatisfactions chroniques, les éternels insatisfait, les anorgamiques par exemple...
- L'objet perdu et sa recherche perpétuelle qu'on peut retrouver chez de sujets qui multiplient les relations sans jamais s'investir ou ceux dont la sexualité s'accompagne d'une charge d'anxiété liée à la performance.
- L'objet interne ou externe où on retrouve les processus d'introjection comme dans le vaginisme
- L'objet phobique comme dans les dyspareunies
- L'objet fétiche comme dans certaines paraphilies comme le fétichisme ou l'exhibitionnisme
- L'objet du moi comme dans certains troubles du désir où la dimension narcissique oblitère la relation à l'autre.
- L'objet anaclitique, quand la dépression est sous jacente au trouble sexuel...

Les identifications ont aussi toute leur importance :

Primaires, elles renvoient au plus archaïque comme le « collage peau à peau » de l'autiste décrit par Meltzer en tant « qu'identification adhésive » ou

« l'identification homosexuelle primaire » (être le même) décrite par E. Kestemberg.

Secondaires, elles sont plus accessibles à l'analyse et les quatre modèles d'identification secondaires des étapes de l'identité chez l'enfant proposés par E. Jacobson peuvent être une grille d'analyse intéressante pour déterminer ce qui se joue au niveau de l'identité dans les troubles affectifs et/ou de la sexualité à l'âge adulte comme autant de points d'arrêt et/ou de fixation :

L'absence de distinction soi-autre : oneness ou identité-fusion

La recherche d'identité : sameness ou réduplication spéculaire

La ressemblance à l'autre : likeness ou être comme l'autre

L'individuation complète : closeness ou être complet sans dépendance

Les différents champs de l'identité se déployant sur plusieurs axes temporo-spaciaux : dans le temps (importance de l'amnésie et de la trace mnésique), dans l'espace qui pose la question de la séparation (« maison maternelle et lieux du dehors vécus comme angoissants ou maléfiques), identité du corps propre et du corps de l'autre, l'identité personnelle avec l'emploi du « je » et enfin l'identité sexuelle et identité de genre avec l'importance de la bisexualité psychique à distinguer du choix plus ou moins clair de l'orientation sexuelle. Continuités et ruptures dans l'évolution psychique et corporel de l'enfant pourront avoir leur « après-coup » dans des fixations à certains stades de l'évolution libidinale et des régressions aux multiples visages, blocages, arrêt ou refus d'évolution. Le traumatisme qui désorganise, fragilise s'inscrit pour les troubles sexuels, dans un « avant-coup » qui détermine un « après-coup ». *« Cette situation de déséquilibre économique peut se constituer de façon progressive par traumatismes cumulatifs, ..., c'est à dire que la scène vécue, vue, ou imaginée ne devient traumatique que plus tard, de façon inattendue »*(J.J.Lustin, 2012).

Ainsi la perspective constructiviste de la sexualité humaine donne des repères sur le degré de « profondeur » du symptôme sexuel. C'est pourquoi la deuxième grande phase de son évolution, après la pseudo accalmie de la phase de latence, est l'entrée dans l'adolescence.

2-4-2 Les traces de l'adolescence :

Bouleversement autant physiologique que psychologique, l'arrivée de la puberté est un grand tournant tant dans la relation à soi-même qu'au monde extérieur.

Le développement psychosexuel se caractérise par une reviviscence pulsionnelle brutale, massive, avec remise à jour des pulsions oedipiennes voir leur intensification. La rémanence chez tel ou tel patient, à certains moments de sa vie, de la « position adolescente » dans les rythmes de vie, face à la contrainte sociale ou encore à la sexualité, à l'amour ou au couple interroge, surprend, déstabilise... Et ce d'autant plus que le processus d'adolescence est lui même « *une tentative de rattrapage des premières années* » (C. Audibert, 2012).

« *C'est comme si on mettait du vin nouveau dans de vieilles outres* » disait Winnicott...

La crise de l'adolescence

Elle peut prendre plusieurs formes, de la plus « soft » et adaptative à la plus révoltée et agressive voire violente pour le sujet et son entourage. C'est avant tout une crise narcissique qui pose la question de l'authenticité de soi » en même temps que le corps est en train de se transformer (Complexe du homard de Françoise Dolto). La puberté en elle-même est le passage sans retour arrière possible, de la « maturité sexuelle physique », arrivée des règles pour la fille, premières éjaculations pour le garçon. Tout ce qui va se jouer dans cette période va avoir une importance considérable pour la suite : premiers émois sexuels, découvertes de sensations et émotions jusque là ignorées, anxiété face au corps (taille du sexe pour les garçons, développement de la poitrine et poids pour les filles...) et toute parole mal vécues pourra avoir des conséquences gravissimes tant la sensibilité est extrême. Si le sentiment de confiance en soi se construit dans les relations précoces, il se renforcera ou au contraire se fragilisera à l'adolescence.

L'image du corps

Les transformations corporelles, les inquiétudes qui se manifestent à propos soit du corps dans son ensemble, soit de certaines parties, sont parfois très vivaces encore à l'âge adulte et émaillent les plaintes sexuelles symptomatiques. Là aussi les fixations peuvent prendre différentes formes et nous voyons combien de jeunes femmes vaginales ayant largement dépassé l'âge de l'adolescence qui en garde toutes les particularités, voire d'ailleurs de la pré adolescence.

La masturbation

Nombres de femmes disent ne s'être jamais masturbées. La découverte du plaisir n'est donc pas aussi évident pour la fille que pour le garçon. C'est une question délicate qui donne une idée du niveau de maturation de la sexualité et évidemment du poids des interdits car beaucoup d'idées reçues circulent encore à ce sujet (folie, impuissance, peur de la stérilité, dans les cas les plus graves perte des organes génitaux ou de leur fonction...) et il n'est pas rare d'avoir dans nos consultations des patients adultes anxieux qui se nous demandent si la masturbation n'est pas à l'origine de leur trouble !

Dédramatiser, se dégager de toute morale, permettre au patient de remettre la masturbation à une place plus initiatique pour mieux connaître sa propre sexualité, est une des tâches du sexologue quand la nécessité s'en fait sentir. Et bien sûr les premières rencontres sensuelles dans leur différents visages, dans un premier temps dans un attachement sur le mode identificatoire, des fixations amoureuses passagères, passionnées, exclusives, teintées d'angoisse ou dans une quête de sécurité, vont faire le lit de ce qui sera la sexualité adulte. En cela première relation sexuelle restera fondatrice.

Les « constructions fantasmatiques »

L'imaginaire érotique « en action » va plus ou moins suivre les évolutions physiologiques, et ce dans des différences individuelles qui dépasse la différence des sexes. L'accès à Internet, à la pornographie comme support banalisé conditionne largement aujourd'hui la sexualité de jeunes, qui ne l'oublions pas sont à l'adolescence en plein « devenir sexuel ». Les pratiques sexuelles sont exposées et n'ont plus à s'inventer. D'une certaine façon, le « tâtonnement » n'a plus de place, remplacé par la pression de la performance, de la réussite à tous prix, de « l'expertise » du « bon coup ». L'espace psychique sexuel est dérouté vers « faire du sexe » où le rêve a finalement de moins en moins de place. Comment s'étonner que, quelques années plus tard, une forme de pauvreté s'installe, que le déploiement propre à la créativité humaine en matière de relation érotique s'altère, voire disparaisse ? Le « prêt à penser » le sexuel imposé aux adolescents, en particuliers dans les pratiques sexuelles, dans une période de vie psychique, corporelle et libidinale en chantier, édifie alors un sexualité adulte chargée de doutes, de répétitions stériles, d'incapacités voire de dangers.

2-4-3 La première relation sexuelle

Si la première fois » est rarement oubliée, elle peut être oblitérée comme partiellement refoulée : « *Cela a été terrible ...* », « *j'ai eu mal dès la première fois ...* », « *je l'ai fait parce qu'il fallait le faire...* », « *j'ai attendu mais je n'ai rien ressenti !* », « *on s'y est repris à plusieurs fois* », « *j'ai eu une panne ...* », « *il m'a dit que je n'étais pas douée!* », mais aussi « *c'était bien* », « *pas de problèmes* » « *je le désirais depuis longtemps* », « *j'ai pris les choses en main* », « *on s'aimait... alors...* »

Mille et une façons de vivre ces instants fondateurs. Chacun peut en dire plus ou moins quelque chose, que ce soit flou ou très précis, que ce soit positif ou négatif. L'apprentissage sexuel, qui va plus ou moins s'étayer au fil des rencontres, du vécu corporel et émotionnel individuel, aura aussi toute son importance au moment de l'évaluation. La trace que laissera la première fois, quelque soit sa tonalité émotionnelle peut être porteuse soit d'une symptomatologie naissante et qui perdure (comme dans les éjaculations précoces primaires ou dans les dysfonctions érectiles liées à la peur de la pénétration), installant une « spirale de l'échec » comportementale et cognitive bien connue en sexologie.

La « qualité » des premiers apprentissages dans leur portée initiatique et dynamique sera donc primordiale.

En conclusion, la sexualité est vivante de la naissance à la mort, elle est évolutive, sensible aux aléas de la vie aux mouvements psychiques et physiques du sujet, aux équilibres et aux déséquilibres qui traversent l'existence dans son ensemble. Néanmoins ces trois étapes bébé, adolescence et premier rapport doivent être particulièrement explorés par le praticien en sexologie car ils sont extrêmement riches d'enseignement pour comprendre la problématique actualisée du patient.

Bibliographie

Audibert C., (2012), *Abymes adolescentes*, Paris Payot

Bowlby J. , (1978), *Attachement et perte : L'attachement*, vol. 1, Paris, Presses universitaires de France,

Bowlby J. , (1978), *Attachement et perte : Séparation, colère et angoisse*, vol. 2, Paris, Presses universitaires de France,

Bowlby J. , (1978), *Attachement et perte : La perte*, vol. 3, Paris, Presses universitaires de France,

Delassus JM.,(2010), *Aide mémoire de Maternologie*, Paris, Dunod
Golse B. ,: *la pulsion d'attachement, La psychiatrie de l'enfant* vol. 47, 2004 ,
Pierrehumbert B., (2003) *Le premier lien : Théorie de l'attachement*, Paris,
Odile Jacob.
Mitjkovitch R., (2001), *L'attachement au cours de la vie*, Paris, Presses
Universitaires de France,
Pilliot M.(2005), *Le regard du naissant*, Cahiers de Maternologie, 23-24 :65-80
et sur
<http://www.quellenaisancedemain.info/images/stories/naissant/naissant.pdf>
Winnicott,D.,W. (1969), *L'adolescence*, in *De la pédiatrie à la psychanalyse*,
Paris Payot.