

Cet article est disponible en ligne à l'adresse :

[http://www.cairn.info/article.php?ID\\_REVUE=TF&ID\\_NUMPUBLIE=TF\\_023&ID\\_ARTICLE=TF\\_023\\_0269](http://www.cairn.info/article.php?ID_REVUE=TF&ID_NUMPUBLIE=TF_023&ID_ARTICLE=TF_023_0269)

---

## Aide à la résilience familiale dans les situations traumatiques

par Michel DELAGE

| Médecine et Hygiène | THÉRAPIE FAMILIALE

2002/3 - Volume 23

ISSN 0250-4952 | pages 269 à 287

---

Pour citer cet article :

— Delage M., Aide à la résilience familiale dans les situations traumatiques, THÉRAPIE FAMILIALE 2002/3, Volume 23, p. 269-287.

---

Distribution électronique Cairn pour Médecine et Hygiène.

© Médecine et Hygiène. Tous droits réservés pour tous pays.

La reproduction ou représentation de cet article, notamment par photocopie, n'est autorisée que dans les limites des conditions générales d'utilisation du site ou, le cas échéant, des conditions générales de la licence souscrite par votre établissement. Toute autre reproduction ou représentation, en tout ou partie, sous quelque forme et de quelque manière que ce soit, est interdite sauf accord préalable et écrit de l'éditeur, en dehors des cas prévus par la législation en vigueur en France. Il est précisé que son stockage dans une base de données est également interdit.

## AIDE À LA RÉSILIENCE FAMILIALE DANS LES SITUATIONS TRAUMATIQUES

Michel DELAGE\*

**Résumé:** *Aide à la résilience familiale dans les situations traumatiques.* – Ce travail insiste d’abord sur la notion de traumatisme psychique familial lorsqu’une famille dans son ensemble subit une agression extérieure dont le retentissement est alors à considérer pour chacun des membres de la famille et au niveau de la famille comme système. Les difficultés psychologiques peuvent être abordées sous l’angle de la résilience, comme capacité à tirer profit de l’adversité. Les approches thérapeutiques sont alors précisées, avec la notion de « débriefing familial » et le travail portant sur la crise. On insiste ici, dans l’optique de la résilience familiale, sur la nécessité pour la famille de maintenir bien distincts ce qui relève de la fonctionnalité, et ce qui relève de la mise en sens et en représentation du traumatisme, ces deux aspects nécessitant des approches spécifiques.

**Summary:** *Strengthening family resilience in traumatic situations* – This work dwells on the notion of P.T.S.D. family’s when a family in its entirety is subjected to an exterior traumatism which the repercussion affects every one of the member of the family and the family as a system. The psychological difficulties can be approached at from the angle of the resilience as an ability to profit from the adversity. The therapeutic process are specified as well the notion of « family debriefing » and the work on the crisis. In the optics of family resilience the author insists on the necessity for the family to keep distinct which is a matter for the functionality and for the putting of dreams and of representation relating to the traumatism. These two aspects necessitate specific approaches.

**Resumen:** *Ayuda a la «resilience» familiar en las situaciones traumáticas.* – Primero, en este trabajo, se insiste sobre la noción de traumatismo psíquico y familiar, cuando toda una familia experimenta una agresión exterior de la cual la resonancia concierne cada miembro de la familia y la familia cómo sistema. Los dificultades psicológicas se pueden considerar sobre el aspecto de la resiliencia, cómo una capacidad de aprovechar la adversidad. La terapia se orienta con el concepto de «debriefing familiar» y el trabajo se centra en torno a la crisis. Insistimos, siguiendo la óptica de la resiliencia familiar, sobre la necesidad para la familia de diferenciar lo que concierne a la funcionalidad y lo que concierne dar un sentido y representación del traumatismo, ya que estos dos aspectos deben abordarse diferente.

**Mots-clés:** Syndrome psycho-traumatique – Résilience – «Débriefing familial» – Travail de crise – Système de croyances.

**Key words:** P.T.S.D. – Resilience – «Family debriefing» – Therapeutic work of the crisis – Belief’s system.

**Palabras claves:** Síndrome psico-traumático – Resilience – «Debriefing» familiar – Trabajo de crisis – Sistema de creencias.

---

<sup>1</sup> Professeur de Psychiatrie et d’Hygiène mentale, Hôpital d’Instruction des Armées Sainte-Anne, 83800 Toulon Naval.

## Introduction

Dans le monde actuel, les catastrophes, les guerres, les accidents, les morts violentes éprouvent souvent de nombreuses personnes et leur famille et il est devenu de plus en plus habituel, sous l'influence anglo-saxonne semble-t-il, de faire appel au psychiatre, au point qu'un nouveau champ d'intervention soignante s'est désormais constitué. En même temps l'appréciation de ces situations traumatiques dépend du regard qui leur est porté à un moment donné et dans un contexte où doivent être pris en compte les retentissements sociaux, leurs abords médiatiques et les effets en retour sur les victimes (Delage, 2000).

On doit en tous cas nettement distinguer ce qui relève de la situation, et ce qui relève du retentissement sur les psychismes.

Ce qui relève de la situation nous amène à préciser que nous n'aborderons ici que les cas où les individus et les familles sont soumis à des agressions extérieures, à des phénomènes qu'ils subissent et qui ne sont pas de leur fait, ce qui inclut les deuils traumatiques, et ce qui écarte les situations de maltraitance familiale qui posent des problèmes spécifiques.

Ce qui relève du retentissement psychique nous amène à souligner qu'on a jusqu'à récemment insisté avec justesse sur la souffrance et sur les troubles déclenchés par le trauma. Mais ce faisant et en conformité avec une démarche clinique traditionnelle, on a négligé deux aspects :

- D'abord l'étude des ressources et des capacités dont les victimes sont susceptibles de faire preuve pour surmonter les dommages subis. Ici la notion de résilience est particulièrement enrichissante.
- Ensuite, le fait que la mobilisation de ces ressources et capacités dépendent en partie des facteurs environnementaux, en premier lieu, la famille, à la fois impliquée dans la souffrance et espace potentiel privilégié d'aide, de soins, de réparation, de protection.

C'est donc sur ces deux aspects que nous allons concentrer notre attention en réfléchissant aux conséquences que le thérapeute peut en tirer dans sa pratique.

## Du côté du traumatisme

1. On doit souligner l'existence d'une « diffusion » possible du traumatisme d'un individu à une personne vulnérable, dans les suites immédiates ou à court terme, au point que certains évoquent la notion de « traumatisme par procuration » ou de « traumatisme indirect » comme cela a été décrit en différentes circonstances (Moureen-Simeoni, 1994) (Vila *et al.*, 2000) (Duchet *et al.*, 2000) (Green Bl. *et al.*, 1991). *Nous préférons le terme de diffusion à celui de transmission qui a des connotations intergénérationnelles dans le long terme.*

Dans le même ordre d'idée un certain nombre de travaux essentiellement anglo-saxons ont souligné que le développement des syndromes psycho-traumatiques chez l'enfant, particulièrement les enfants jeunes et les adolescents, étaient

influencés par l'organisation, l'attitude, et la psychopathologie familiale pré- et post-traumatique (Vila, Moureen-Simeoni, 1999) (Delage, 2000). Il apparaît ainsi de plus en plus évident qu'il faille considérer la famille dans son ensemble comme système concerné par le traumatisme, même si jusqu'à maintenant la thérapie systémique s'est assez peu intéressée à cette question.

2. La famille comme système nous paraît susceptible d'être concernée de deux manières dans le traumatisme :
  - Ou bien elle est victime indirecte, et nous avons à considérer les répercussions familiales d'un grave dommage subi par l'un des siens. Dans cette famille avec victime, nous avons à réfléchir aux facteurs familiaux susceptibles d'atténuer ou au contraire d'aggraver les symptômes post-traumatiques de la victime. Ainsi deux patterns comportementaux peuvent être responsables à moyen terme d'un dysfonctionnement durable de l'ensemble familial : soit la focalisation sur la victime, au détriment d'autres préoccupations, soit à l'inverse le rejet de la victime, désormais seule à gérer sa souffrance (De Clerq, 1995).
  - Ou bien la famille dans son ensemble peut être considérée comme victime parce qu'elle est submergée par l'intensité émotionnelle qui se développe en son sein, et/ou parce qu'elle est toute entière impliquée dans un accident, une catastrophe, un deuil traumatique. On peut évoquer ici un syndrome psychotraumatique familial et on est autorisé nous semble-t-il à établir une analogie avec ce qui a été décrit au plan individuel. On sait la place essentielle accordée dans la notion même de traumatisme psychique à l'effraction et à la sidération du psychisme par un évènement majeur renvoyant le sujet à sa mortalité. De la même manière, on peut décrire des situations d'effondrement catastrophique de la famille qui correspondent à une véritable effraction du système familial considéré comme une unité ayant son « identité » propre. Nous avons décrit dans ces cas les points d'impact de l'onde de choc traumatique, au niveau de la « base familiale de sécurité » (Bying-Hall, 1999) qui ne parvient plus à jouer son rôle, au niveau du cycle de vie brutalement interrompu, au niveau de la fonctionnalité familiale brusquement déstabilisée et laissant place à la désorganisation avec des effets de désordre communicationnels et de rupture dans les places, les rôles et les règles (Delage, 2000). La délimitation entre familles avec victime(s) et familles victimes tient en fait moins aux caractéristiques objectives de la situation traumatique, qu'à l'importance subjective de l'impact traumatique sur chaque individu, et sur la famille comme ensemble. Le niveau antérieur de fonctionnalité joue un rôle majeur, ainsi que l'histoire des individus et du système qu'ils constituent.
3. La confrontation à une situation traumatique plonge un ensemble familial dans une situation de souffrance et de crise dont les effets doivent être considérés dans les suites immédiates et à court terme d'une part, à moyen terme d'autre part (Delage, 2000). Les troubles à long terme, susceptibles de revêtir une

dimension transgénérationnelle, se nourrissent en partie des échecs du travail de crise engendré par le traumatisme. C'est dire l'importance des interventions thérapeutiques dans ce temps de la crise, spécialement dans les familles avec enfants (les études sur l'attachement notamment, ont montré que les enfants qui développent un attachement peu sûr, de type désorganisé, désorienté, ont des parents qui ont connu un traumatisme grave dans leur propre enfance).

## **Du côté de la résilience**

S'il est vrai que la rencontre avec des situations gravement dommageables provoque souffrances et troubles psychiques, il n'en demeure pas moins que certaines personnes semblent dans ces cas malgré tout s'épanouir et développer une existence riche et créative :

1. La résilience, définie comme «la capacité à réussir de manière acceptable pour la société en dépit d'un stress ou d'une adversité qui comporte normalement le risque grave d'une issue négative» (Vanistandael, 1996) est une notion composite développée d'abord à partir de l'observation d'enfants (Rutter, 1993) (Cyrulnik, 1999), puis étendue, dans de nombreux travaux anglo-saxons et quelques travaux en langue française (Cyrulnik, 1999) (Delage, 2000) (Hanus, 2001), à l'adolescent, à l'adulte, et même au groupe, à la communauté, voire à la famille (Walsh, 1998). Il n'est pas le lieu ici de développer toutes les implications de ce nouveau regard qui a le mérite d'aborder le malheur et la souffrance sous l'angle des capacités et des ressources, plutôt que sous celui des déficits et des insuffisances.
2. Du foisonnement des publications qui tentent de cerner le mécanisme de la résilience, nous retiendrons les points suivants :
  - a) La résilience est, au delà d'une simple résistance, une notion dynamique, un processus, un travail toujours remis sur le chantier, une régulation complexe entre des zones de forces et des zones de vulnérabilité mobilisées ensemble lors d'une agression et après, laissant du même coup une trace douloureuse, parfois enfouie et inconsciente, mais toujours susceptible d'être réveillée par un évènement à la signification particulière chez un individu donné.
  - b) On doit distinguer deux sens à la résilience (Hanus, 2001) :
    - La résilience dans un sens restreint ou résilience stricto sensu, qui ne peut être qu'un processus individuel permettant à quelqu'un de faire preuve de capacités hors du commun, capacités qui semblent se révéler, s'accroître, se développer, du fait même de la traversée des épreuves.
    - La résilience dans un sens large, assimilée à un processus de croissance, consistant en capacités présentes potentiellement en chacun d'entre nous et comme telles susceptibles d'être partagées au sein d'un groupe, d'une communauté, d'une famille.

c) De toute façon, qu'elle soit strictement individuelle ou collective la résilience se développe toujours selon deux axes :

- *Un axe intra-psychique*, et on retiendra ici :
  - La capacité de mise en représentation, de construction d'un imaginaire capable de gérer les sensations, les émotions, les états du corps suscités par le traumatisme ;
  - la capacité cognitive à traiter l'information et à s'organiser, planifier, fixer des objectifs grâce à un suffisant contrôle simultané des émotions ;
  - la capacité de mise en action des processus de pensée dans l'inventivité, la créativité, le jeu, le combat... développée grâce à une suffisante croyance en ses capacités.
- *Un axe relationnel*, interactionnel :

Si d'un côté, on met l'accent sur des caractéristiques individuelles et des facteurs de personnalité (Fonagy P., Steeh M. *et al.*, 1994), d'un autre côté on ne peut guère parler de résilience sans l'existence de relations soutenant, d'un environnement ressource, et tous les auteurs s'accordent ici pour souligner que les capacités du monde interne propre à l'individu résilient ne peuvent se développer que grâce aux apports de l'environnement et au tissage des liens individu-environnement (Cyrułnik B., 1999). Dès lors qu'on évoque l'environnement, il est légitime qu'une place centrale soit dévolue à la famille comme capable de développer des ressources et des capacités groupales face à l'adversité.

3. Dans ces conditions, nous nous autoriserons alors à évoquer une résilience familiale comme la capacité développée au sein d'une famille elle-même éprouvée, à soutenir et aider un ou plusieurs de ses membres victimes de circonstances difficiles, ou à construire une vie riche et épanouissante pour chacun de ses membres malgré un environnement difficile auquel l'ensemble est soumis. Notre travail de thérapeute consiste alors à favoriser la mise en jeu de ces capacités résilientes en considérant dans un ensemble interactionnel et inter-relationnel la victime, chaque membre de la famille et la famille comme système.

### **Points de repères théoriques :**

Deux appuis théoriques guideront notre réflexion :

- la théorie de l'attachement ;
- la notion d'enveloppe psychique.

1. *La théorie de l'attachement* souligne l'importance pour le développement ultérieur de l'individu et son épanouissement, de l'acquisition d'une sécurité interne construite sur la base des interactions précoces de l'enfant avec son

environnement. Cette sécurité interne doit permettre à l'individu de mettre en jeu des capacités à franchir les obstacles rencontrés au cours de son existence (Bowlby, 1978).

Toutefois, notre hypothèse est que chaque fois qu'un individu rencontre la détresse, que sa vie elle-même est mise en jeu, le système d'attachement qui avait cours au début du développement est réactivé, la base de sécurité interne revisitée; et ce que l'individu ne peut contenir dans sa vie psychique doit être « traité » avec son environnement grâce à la qualité de sa vie relationnelle.

De la même manière que l'attitude des parents a pu moduler les états affectifs de l'enfant pour donner sens à sa vie intérieure, la famille apparaît ici comme susceptible de moduler et de « traiter » les états émotionnels de celui qui a subi un événement traumatique, relançant l'activité de représentation et constituant alors une importante source de résilience. Il nous faut ici comprendre le groupe familial comme un ensemble possédant une « identité » qui lui est propre et constamment soutenue et alimentée par le sentiment d'appartenance des membres qui le composent.

En fait, la réactivation du « système comportemental d'attachement » devra, dans l'optique de la résilience, se tenir à l'écart de deux extrêmes (Milijkovitch, 2001):

- l'inhibition du système d'attachement qui consiste à réprimer les besoins de proximité et de tendresse;
- l'hyperactivation du système d'attachement qui consiste à rester dans un rapport de dépendance et à mal différencier ce qui relève de soi et des autres.

Ici réside toute la difficulté du travail familial qui doit être effectué après un traumatisme, chacun devant pouvoir trouver, grâce à l'activité suffisante de son système d'attachement aide et assistance auprès de ses proches, mais chacun devant pouvoir aussi se différencier des autres pour s'approprier ses propres sentiments. La plupart du temps, et dans la plupart des situations, les familles pourront développer cette capacité à effectuer un « travail familial du traumatisme ». Il faut sans doute concevoir les choses en deux temps: ce n'est qu'après une suffisante satisfaction de ses besoins de proximité et de tendresse, que la victime d'un traumatisme peut ensuite s'approprier ou se réapproprier sa propre histoire, au sein d'un sentiment d'appartenance renforcé. Cela suppose bien entendu un suffisant degré antérieur de différenciation de chacun au sein de la famille, pour que soit possible ce double travail sur les liens et sur les représentations. Sinon, il faudra une aide extérieure. Cette aide peut-être groupale, communautaire. Surtout, c'est ici que peut se justifier une intervention thérapeutique, dont il faut comprendre qu'elle ne saurait être mise en place chaque fois que des familles sont éprouvées par la souffrance.

Ainsi, au-delà des aspects comportementaux et cognitifs qui ressortent des travaux sur l'attachement, nous voulons insister sur cette notion de la famille comme ensemble susceptible de développer chez l'enfant et de maintenir chez l'adulte, la confiance de base, l'estime de soi, le sentiment d'identité. La famille est cet espace intermédiaire entre réalité externe propre à tous et réalité interne propre à chacun, espace de rencontre dans lequel les individus peuvent compter

sur la solidarité des autres, espace de sécurité, de construction de création, de jeu, creuset d'une vie relationnelle qui permet que se développent le sentiment d'existence et une expérience personnelle subjective intransmissible à ceux qui ne font pas partie de cet espace, les étrangers à la famille (Segers-Laurent, 1997).

On peut ici évoquer des notions voisines (bien que dans des références théoriques différentes) comme celle de « zone commune » et de « moi groupal indifférencié » (Berger, 1986), ou de « moi familial indifférencié » (Bowen, 1984), ou celle « d'arrière-plan de sécurité » (Sandler, 1960) ou de « base interne de sécurité » (Bying-Hall, 1999).

2. Nous aurons pour notre part recours à *la notion d'enveloppe psychique* et de *Moi-peau* développée par D. Anzieu (1985).

D. Anzieu a lui-même étendu au groupe le concept de *Moi-peau*, d'abord étudié chez l'individu, considérant alors une enveloppe groupale, dont il décrit les fonctions de maintenance, de contenance, d'individuation, d'intersensorialité, d'inscription des traces sensorielles, de recharge libidinale, de sexualisation.

La vie émotionnelle troublée, douloureuse d'une personne victime d'un grave dommage trouve au sein du groupe familial un espace dans lequel elle est reçue, contenue, « pensée » et du même coup soutenue dans ses capacités de mise en représentation. Autrement dit, l'activité de « pensée » de chacun et de tous se soutient de la qualité des liens que le groupe est capable de maintenir dans une suffisante flexibilité des systèmes d'attachements réactivés par le traumatisme.

A certains qui pourraient s'étonner d'un montage théorique hétéroclite dans ses références, nous rappellerons d'une part les connexions des thèses développées par Anzieu avec la théorie d'attachement, puisque Anzieu lui-même, à l'écart des travaux de Bowlby évoquait « une pulsion d'attachement », et d'autre part les éclairages nouveaux et complémentaires que peuvent apporter aux systémiciens les travaux sur l'attachement finalement pas très éloignés dans leur conclusion des hypothèses d'un thérapeute familial, comme M. Bowen.

Finalement, la capacité de résilience individuelle et familiale repose sans doute, grâce à la qualité des liens et des enveloppements psychiques, sur la possibilité du groupe familial à contenir les débordements émotionnels, et à pouvoir inscrire les événements traumatiques dans des scénarios et des mises en sens soutenues par l'activité de représentation et de pensée du groupe.

A l'inverse des attachements non sûrs développés au sein du groupe, l'incapacité à soutenir les représentations et par la même à « suturer » les blessures psychiques conduit à la nécessité de trouver un environnement suffisamment aidant, un groupe, une communauté, la société, un thérapeute pour « traiter » ce qui ne peut être suffisamment contenu au dedans de la famille.

Dans tout cela, il est constamment question d'un double travail de liaison, l'un se soutenant de l'autre :

- liaison intra-psychique au niveau des individus dans ce que les psychanalystes nomment les fonctions du moi ;

- liaison inter-personnelle au sein du groupe familial dont le moteur est l'accompagnant d'un travail réciproque de mise en pensée et de symbolisation.

Ce double travail dépend à la fois :

- des capacités personnelles propres à chacun, et fort différentes, notamment chez les enfants ;
- de la nature des liens entretenus antérieurement au sein de la famille et entre les générations.

## **Aide au travail de résilience**

Cette aide comportera des aspects différents selon la nature des situations rencontrées, selon les conséquences de ces situations, selon les places occupées par la ou les victimes dans le système familial, selon l'âge des victimes etc. et nous ne pouvons détailler ici toutes ces spécificités ; mais certains éléments communs doivent être retenus.

- Trois axes orienteront toujours le travail d'aide à la résilience :
  - le maintien et/ou le renforcement des liens intra-familiaux ;
  - le travail sur les éprouvés, les émotions et leurs représentations ;
  - le travail sur les aspects comportementaux interactionnels et sur la fonctionnalité de la famille.
- On devra donc toujours tenter d'articuler le narratif et le travail sur l'émotionnel d'une part, le travail sur le cognitif d'autre part, de telle sorte que soit permise d'un côté la subjectivation de l'épreuve traversée, sa représentation, son historicisation, sa mise en sens, et d'un autre côté l'organisation, le combat, l'accroissement des capacités de maîtrise.

Dans la pratique, la mise en jeu de ces éléments se présente de manière différente selon que la famille est rencontrée dans les suites immédiates et à court terme, sous le choc, ou selon qu'elle est rencontrée à distance de la situation traumatique, à moyen terme et prise dans un travail de crise (Delage, 2000).

- a) Dans le premier cas de figure, nous évoquerons la notion du « débriefing familial ». L'idée initiale du « débriefing » est de permettre une verbalisation de l'expérience qui vient de se vivre et qui du même coup lie, à des degrés divers, l'ensemble des individus ayant vécu le même évènement. L'idée du « débriefing familial » est de réunir des individus déjà liés affectivement entre eux, et de ce fait tous concernés de manière différente par l'onde de choc traumatique, développant notamment des phénomènes d'identifications complexes en fonction des places et des rôles occupés préalablement par chacun et par la ou les victimes.

1. Le «débriefting familial» relève à la fois des caractéristiques du «débriefting individuel» et du «débriefting collectif» dans le souci de tenir compte de la souffrance intime de chacun et du partage nécessaire de l'expérience (De Clerq, Le Bigot, 2001).

C'est un «débriefting» à l'européenne (Dyregrov, 1997); certes axé sur les faits et le détail des émotions et des pensées, mais dégagé de l'aspect mécanique d'une narration trop descriptive à l'anglo-saxonne. Il s'agit ici de favoriser l'expression des éprouvés et des émotions en respectant, voire en encourageant d'abord l'expression non verbale, la sensorialité partagée, le toucher, les caresses, les étreintes, les pleurs qui soutiennent la dimension de la reconnaissance de la souffrance de chacun. C'est ainsi que fonctionne véritablement la catharsis, dans le partage, dans l'unisson émotionnel et ses effets de liaison.

Promouvoir pour le thérapeute une sensorialité partagée est sans doute la forme basale des processus résilients pour chacun au sein de la famille. Ce partage permet que fonctionne au sein du groupe familial la dimension empathique, c'est-à-dire la capacité, tout en éprouvant sa propre souffrance, à reconnaître la souffrance de l'autre, la propre individualité émotionnelle de l'autre, reposant sur des sentiments aussi inconfortables et variés que la culpabilité, la honte, l'effroi, l'impuissance, l'hostilité, susceptibles d'être en même temps ressentis par soi-même. C'est sur la base de ce va-et-vient entre soi et les autres que fonctionne la consolation, manière de nommer ce qu'on imagine chez l'autre, ce que l'autre éprouve qu'il n'a pas encore réussi à mettre en mots (Hochman, 1994). Hochman souligne combien la consolation est une activité de soutien qui permet de mettre en route à l'intérieur de soi une activité narrative, une remémoration active, créatrice qui aide le sujet à inscrire les dommages dans une histoire qui permet de les assumer.

2. Le thérapeute doit développer sa capacité contenante en aidant chacun à exprimer des éprouvés parfois difficiles à extérioriser, parfois difficiles à canaliser dans leurs modalités les plus archaïques. Nous définirons l'attitude du thérapeute en la qualifiant «d'attention active». Le thérapeute en effet doit s'efforcer de repérer tous les éléments d'une situation. Les expériences émotionnelles de chaque membre de la famille doivent être reconnues, la réceptivité de chacun doit être optimisée en même temps que le thérapeute doit soutenir les capacités à contenir le doute, l'incertitude, l'impuissance, la confusion. Il cherche à comprendre comment chacun est concerné, en même temps qu'il veille à la constante ouverture vers un travail d'élaboration, vers le rassemblement d'éléments informatifs épars qui prépare à la reconstruction et à la distanciation à venir, mais déjà à ce stade capable de resituer les individus dans la temporalité, dans un avant, un pendant et un après l'évènement, capable de fonder une causalité ou une ébauche de causalité. Si la catharsis est le socle sur lequel peut naître le travail de la résilience, celui-ci en effet ne peut se développer que par la mise en représentation et la relance des processus de pensée.

«L'attention active» doit tout particulièrement s'exercer à l'égard des enfants dont les modalités d'expression de la douleur ne sont pas toujours reconnues par les adultes surtout préoccupés le plus souvent par l'idée de les mettre à l'écart, de leur cacher leur propre souffrance ou de s'offusquer de leur manque apparent de réaction. Les enfants doivent être concernés par le débriefing, et les informations données seront alors cohérentes et adaptées à leur niveau de compréhension, notamment concernant la mort de proches.

3. Les circonstances imposent parfois un premier entretien qui se déroule dans les suites immédiates, de l'ordre de quelques heures. Dans ces cas, il sera nécessaire qu'un nouvel entretien de «débriefing» ait lieu quelques jours plus tard, un peu à distance du choc. En cas de deuil, il est notamment important que ce deuxième entretien ait lieu après les obsèques.

*Ex. : La famille A est rencontrée à l'hôpital le jour du drame. Nous découvrons Jérémie, âgé de 18 ans, effondré dans son lit, devant être opéré dans l'heure qui suit, d'une fracture multiple du poignet résultant de coups violents portés contre un mur, peu après le suicide de son père par arme à feu. La mère de Jérémie en larmes, est assise à sa droite, le frère Claude 22 ans est de l'autre côté du lit et feuillette un magazine qu'il ne lit pas, il ne pleure pas, c'est un homme responsable, mais quand il a la parole on perçoit l'intensité de la répression émotionnelle. Jérémie raconte ce qui s'est passé, soutenu par sa mère qui lui caresse le bras : Madame A., hospitalisée en clinique pour une affection sans gravité cherche à joindre son mari au téléphone au petit matin, pour lui annoncer sa sortie et lui demander de venir la chercher ; surprise de l'absence de réponse de son mari, elle joint Jérémie sur son portable ; réveillé en sursaut, Jérémie tout en parlant à sa mère au téléphone se rend vers la chambre de son père ; la porte est ouverte, il entre et découvre un spectacle d'horreur : le cadavre de son père, la boîte crânienne éclatée par un coup de fusil. Madame A. «entend» au téléphone la stupéfaction, les cris du fils, son incapacité à lui décrire ce qu'il voit...*

*C'est peu après cette macabre découverte que Jérémie resté d'abord hébété, est soudain submergé par une violente décharge émotionnelle, et frappe de toutes ses forces dans un mur...*

*Madame A. et ses deux enfants qui ne disposent par ailleurs d'aucun soutien familial seront revus peu après les obsèques, chacun séparément, puis tous ensemble. Le suivi sera de courte durée : deux entretiens individuels pour Jérémie et Claude, cinq entretiens individuels pour Madame A., trois séances familiales. Au delà du débriefing «familial, il est important que dans le suivi à court terme puissent se conjuguer les effets de séances collectives et de séances individuelles permettant que circule l'émotion, que s'élabore une histoire, une mise en sens, que s'expriment la solidarité et le soutien des uns par les autres, mais permettant aussi le respect de l'intime dans la souffrance : ici les remords de Madame A. qui n'avait pas accordé d'importance à quelques signes d'alarme adressés antérieurement par son mari, la colère et la culpabilité de Jérémie de n'avoir rien entendu dans son sommeil, les regrets de Claude de n'avoir pas pu dire à son père combien il l'aimait.*

- b) La plupart du temps les familles sont rencontrées à distance du drame. En dehors des situations de catastrophes collectives et de la mise en place des recours d'urgence, il n'est pas habituel qu'une famille durement éprouvée se précipite vers un thérapeute. Le plus souvent la famille a besoin d'un repli sur elle-même, d'une fermeture sur la douleur ; ou bien elle considère qu'on ne peut comprendre le malheur qui l'étreint et qu'on n'y peut rien faire.

C'est donc après quelques semaines, quelques mois que dans notre expérience les demandes de consultation sont les plus fréquentes, dans un contexte que nous qualifions de crise car plus rien n'est comme avant dans cette famille où les symptômes témoignent à la fois des souffrances individuelles et de la rupture de l'homéostasie du système.

Il faut en général deux à trois ans pour qu'une famille éprouvée effectue ce « travail de crise ». Le risque est l'échec et l'impossibilité de vivre tout à la fois les pertes et le changement, soit que le fonctionnement familial se rigidifie dans une dysfonctionnalité cristallisée par le sinistre psychique, soit que les blessures psychiques ne parviennent pas à se refermer, menaçant la famille d'éclatement, soit encore que la vie relationnelle s'appauvrisse, se vide de tout contenu dans l'évitement et la répression des affects. De toute façon il est question dans ces différentes figures de l'échec, de distorsions pathogènes de la réalité, de phénomènes de clivage et d'encryptage, d'organisations relationnelles autour de zones tabous et de non-dits à l'origine plus tard des transmissions « traumatogènes » entre les générations.

Nous aurons donc à travailler sur les représentations de la famille et sur sa fonctionnalité, au niveau mythique et au niveau phénoménologique, dans le souci d'une articulation et d'une différenciation claire de ces deux niveaux qui se renvoient pourtant l'un à l'autre. En effet les capacités de résilience se mesurent sans doute à la capacité des uns et des autres et de l'ensemble familial à ne pas se laisser envahir par une souffrance, pour autant reconnue et non réprimée afin de rester suffisamment disponible à la vie relationnelle et à l'affrontement des problèmes du quotidien.

### **Le monde représentationnel de la famille**

Le système des croyances et le niveau mythique des interactions familiales :

Ici devront être considérés, d'une part tout ce qui se dit (ou ne se dit pas) autour de la situation traumatique, le ou les récits qui peuvent sous-tendre l'activité de représentation des uns et des autres, et d'autre part l'articulation avec l'ensemble des valeurs et du système des croyances de la famille.

C'est en fait ici que réside le cœur des possibilités de résilience familiale, dans cette capacité collective à construire, organiser ou réorganiser une histoire dans laquelle le traumatisme pourra prendre sens et s'intégrer aux mythes familiaux déjà existants et capables de maintenir la cohésion interne du groupe.

- a) Le récit va donc occuper une place prépondérante, non pas le récit comme faisant appel à la simple mémoire des événements vécus, mais le récit comme susceptible de suppléer à l'absence de représentation, de symbolisation de l'expérience,

conférant du même coup à celui qui raconte une dimension d'acteur et une identité narrative, le récit comme partage au sein de la famille, mise en circulation des émotions, échange entre tous n'excluant ni les contradictions, ni les incohérences, mais tentant de rendre les unes et les autres accessibles et finalement compréhensibles.

Ainsi le récit dans sa dimension de dialogue est tout à la fois mise ou remise en jeu de la disponibilité de l'autre au sein de la famille, attention aux besoins des autres, acceptation de l'altérité et de la différence ; mais aussi mise ou remise en ordre des histoires imbriquées et des vécus de chacun, contenu contextuel structurant le sentiment d'appartenance ; et encore capable par la parole d'instituer un sujet pris dans l'agir de sa souffrance, ou de permettre la révélation, la découverte d'informations jusque là maintenues dans la pénombre ; et enfin invention, création d'une vérité à plusieurs.

- b) On pense ici naturellement aux thérapies narratives et nous en retiendrons la notion de mobilité représentationnelle autour du souvenir, ainsi que la recherche de lectures alternatives de la vérité traumatique (Anderson et Goolishian, 1998) (White, 1998). Nous partagerons l'idée que le thérapeute est ici un observateur participant, et soucieux de créer et de maintenir un contexte conversationnel qui favorise la collaboration de tous, auditeur respectueux et stimulant la création de nouvelles significations, adoptant une position de multipartialité capable d'accorder une place suffisante à chacun (Anderson et Goolishian, 1998). Cependant nos références en matière de récit se dégageront d'un retour à M. Foucault cher aux thérapeutes narratifs, pour aller tout naturellement vers P. Ricoeur et la phénoménologie. Nous ne pouvons ici que renvoyer le lecteur désireux d'approfondir ce qui différencie et ce qui articule l'histoire et le récit, aux importants travaux que P. Ricoeur a consacré à la mémoire (Ricoeur, 1991 et 2000). On retiendra notamment les développements que tente P. Ricoeur dans une position d'interaction entre mémoire individuelle et mémoire collective (en référence à M. Halbwachs), ainsi que les distinctions fondamentales entre « mémoire empêchée », « mémoire manipulée » et « mémoire convoquée ». Au bout du compte le récit aura toujours le souci d'articuler les trois temps du présent, du passé (ou plutôt du présent du passé (Ricoeur, 1991) qui implique la mémoire, et du futur (ou plutôt du présent du futur) qui implique l'attente et sous-tend la dimension de l'anticipation. Cette dimension est essentielle à considérer, car les individus et la famille doivent pouvoir, malgré le traumatisme, élaborer des projets, se donner une mission, s'imaginer dans l'avenir.
- c) Le thérapeute est ici dans une position d'aide à penser, contenant et pare-excitation, contribuant au maintien de l'unité et de la continuité familiale dans une mise en ordre des événements vécus et dans une mise en accord et en cohérence des bouleversements émotionnels entraînés par les événements et ce qui peut en être dit. Il s'agit finalement d'une aide à la suture du Moi-peau groupal (Anzieu *et al.*, 1987) et au rétablissement de ses différentes fonctions.
- Dans ce travail la parole a ses limites, car précisément la confrontation à la peur, à l'effroi, à la honte, laisse souvent les victimes dans l'incapacité de penser. Des objets médiateurs sont alors du plus grand intérêt pour aider à penser les émotions

et à permettre le tissage de différentes narrations. L'album photo de famille, la « chaise vide » sont de puissants « condensateurs » émotionnels. Les « objets flottants » évoqués par Ph. Caillé et Y. Rey (1994) permettent ainsi un langage métaphorique, non verbal, tout à la fois médiateurs de la relation au sein de la famille et avec le thérapeute, objets transactionnels autant que transitionnels (Rey, 2000), objets co-crésés au sein de la rencontre thérapeutique. Ainsi les sculptures familiales du présent et du futur (Onnis, 1996) le « jeu de l'oie systémique » (Caillé et Rey 1994), le « blason familial » (Rey, 2000), le « génogramme imaginaire », permettent en même temps qu'ils soulignent à tous les zones de souffrance, de dégager des compétences, de resserrer les appartenances, de relancer un processus d'historicisation. Comme telles ces techniques mobilisent des énergies dans la direction de la résilience.

- d) Toutefois les approches familiales ne doivent pas exclure les entretiens individuels, et c'est souvent dans ce va-et-vient entre ce qui ressort de l'intime de chacun et ce qui relève de la vie groupale, que se déroule le processus thérapeutique. En effet dans certaines situations, tout particulièrement lorsqu'il y a eu décès d'une ou plusieurs personnes, le travail de deuil se déroule à un rythme différent selon chacun et mobilise des sentiments, des défenses de nature également différentes.

*Ex. : La famille B. Dans cette famille une première situation de crise a été déclenchée par Amélie l'aînée de la famille, âgée de 16 ans lorsqu'elle a fait une tentative de suicide par phlébotomie, et que sa sœur Natacha 13 ans l'a découverte gisant sur le sol, à moitié inanimée. Une nouvelle crise, à caractère plus traumatique, est déclenchée quelques mois plus tard par le suicide du père alors qu'il était en déplacement pour son métier (chauffeur routier). Une thérapie familiale est entreprise, mais avec beaucoup de difficulté chez cette famille déjà dysfonctionnelle auparavant et en menace de dislocation : l'atmosphère est très lourde au cours des séances, les échanges sont réduits, les thérapeutes contaminés par cette atmosphère ne parviennent pas à faire évoluer la situation, et les séances sont interrompues par la famille. Seule, Amélie poursuit une thérapie individuelle et avance progressivement dans un véritable travail de deuil. Cependant la tension est grande à la maison, où alternent un quasi-mutisme généralisé et des explosions conflictuelles entre Amélie et ses sœurs ou entre Madame B. et Brigitte, 14 ans, la 1<sup>ère</sup> sœur cadette d'Amélie.*

*Une nouvelle crise surgit lorsque Madame B. à son tour fait une tentative de suicide, le jour anniversaire de son mariage. Au cours de cette crise suicidaire chacun des membres de la famille est reçu individuellement : il apparaît que Madame B. a été jusque là dans une attitude de déni et de fuite en avant, sans s'engager dans un travail de deuil. Il en est de même de Brigitte qui s'est hyperinvestie dans le travail scolaire, et s'énerve quand il est question de son père. Natacha est bloquée dans un vécu traumatique, dans un défilé d'images où se superposent le cercueil de son père, Amélie gisant sur le sol ; elle ne peut exprimer ce qu'elle éprouve. Quant à Benjamin, le petit dernier de la famille âgé de 5 ans, il pose des questions concernant son père, sans recevoir aucune réponse.*

*Cette famille a, dans un premier temps, été dispersée. Madame B. est partie en maison de repos et a entrepris une thérapie individuelle, Amélie et Natacha ont toutes deux été accueillies dans des structures de soins différentes. Brigitte et Benjamin ont été hébergés au sein de la famille élargie. Ce n'est que dans un deuxième temps, et après que les problématiques et les souffrances personnelles aient pu être abordées au cours des prises en charge individuelles, que les séances familiales ont pu à nouveau être entreprises, qu'il a été possible de parler en famille du suicide du père, et qu'un travail a pu être mené sur la fonctionnalité de la famille.*

e) L'ancrage des narrations concernant la situation traumatique, au sein du système des croyances de la famille est essentielle à considérer.

- La spiritualité n'est pas une dimension habituellement travaillée en thérapie, pourtant c'est ce qui mène les êtres humains, qu'il s'agisse d'opinions philosophiques, de convictions religieuses, d'idées sur le sens de la vie, sur la justice. Trouver un sens aux épreuves, s'investir dans un idéal, avoir foi en l'avenir pour les générations futures, développer l'idée d'un sacrifice utile aux autres, avoir le souci de transmettre l'espoir, sont autant d'éléments pouvant constituer des sortes d'organismes comportementaux et relationnels, d'autant plus efficaces s'ils sont le fait de quelqu'un dans la famille susceptible de mobiliser les autres par la position centrale qu'il occupe. On peut évoquer avec H. Aponte (2001) la spiritualité comme dimension à penser, à parler, à travailler dans les rencontres avec les familles, tout particulièrement celles qui ont subi de graves dommages.

- On peut rapprocher de cette notion l'idée de justice comme pouvant mobiliser la famille vers la recherche active de la réparation. La reconnaissance sociale du dommage, les aides matérielles obtenues, la poursuite et la condamnation d'un coupable, d'un agresseur peuvent contribuer à la construction de la résilience. La mobilisation dans le combat, l'investissement dans des causes humanitaires, dans des associations de victimes constituent également des relais intéressants dans les processus de résilience, à condition toutefois que ces actions militantes ne prennent pas trop un caractère envahissant, obsédant, idéologique.

Ce dernier point mériterait à lui seul un développement particulier. Le travail de crise déclenché par le traumatisme ne peut pas s'achever, tant que les éventuelles implications médico-administratives et juridiques liées à la catastrophe ne sont pas closes. Ainsi, si d'un côté une mobilisation dans le combat ou une action militante peuvent soutenir la résilience, cette mobilisation peut d'un autre côté devenir un obstacle et fixer tous les processus de réparation psychique lorsque la réparation sociale ne vient pas ou tarde à venir et que les victimes s'épuisent dans les linéaments de démarches et de procédures interminables. Il faut ici tenir compte des effets de circularité entre la revendication et l'enfermement dans le statut de victime, et les réponses sociales qui peuvent constituer ce que Barrois a désigné sous le nom de «traumatisme second» (1998).

- L'attitude positive face à l'adversité constitue encore un puissant levier de résilience. L'idée que la souffrance actuelle est l'occasion d'une croissance pour la famille, que ce que tous subissent est une sorte de challenge face auquel il convient d'évaluer les ressources susceptibles de s'appuyer sur les expériences positives du passé permettent d'orienter vers l'espoir d'un futur meilleur.  
Ce qui fait finalement la résilience ici, c'est l'équilibre entre les attitudes positives, le combat, et l'acceptation de la situation et des limites dans les capacités dont dispose la famille.

### **La fonctionnalité familiale : le niveau phénoménologique des interactions**

Le drame, la catastrophe, l'agression extérieure obligent la famille à d'importants et rapides changements. La famille est dans la nécessité de réorganiser son fonctionnement, procédant à des suppléances, à des redistributions de rôles, à l'établissement de nouvelles règles à moyen et long terme.

Plusieurs aspects que nous avons développés ailleurs sont à souligner, ayant en commun de solliciter la famille au niveau de sa flexibilité (Delage, 2001).

- a) La collaboration et la solidarité dans la résolution des problèmes.  
Une suffisante capacité à ne pas être débordé par l'intensité des éprouvés et des émotions doit permettre la mise en œuvre des capacités cognitives nécessaires à la résolution des problèmes qui surgissent dans la vie quotidienne, ce qui suppose aussi une suffisante solidarité pour venir en aide à ceux qui en ont le plus besoin.  
Le thérapeute doit être particulièrement vigilant à évaluer les obstacles matériels, à repérer ce que chacun fait concrètement depuis la catastrophe, à connoter positivement les efforts et les initiatives prises par les uns et les autres.  
Le développement de la solidarité et le constat de sa capacité à franchir les premiers obstacles qui suivent un évènement grave confèrent au groupe familial un sentiment encourageant de maîtrise de la situation.
- b) Les modifications susceptibles de devoir intervenir au niveau de la structure familiale.  
Parfois le bouleversement est tel, notamment en cas de perte ou de blessure grave d'un membre occupant une position centrale, que la famille est dans la nécessité de trouver de nouveaux équilibres, de nouveaux aménagements relationnels avec le souci de maintenir pour les parents le rôle éducatif auprès des enfants, à orienter ces derniers vers des directions positives et créatives.  
La résilience se mesure ici à cette capacité à maintenir des règles de fonctionnement, des rôles et des places bien définis même si des suppléances doivent s'opérer. Ainsi la «parentification» d'un enfant peut être constructive et ouvrir la voie à de nouvelles compétences, à condition toutefois que les prises de responsabilités dévolues à l'enfant soient provisoires, qu'elles ne soient pas trop écrasantes, qu'elles soient reconnues, appréciées et supervisées par des adultes et qu'elles portent davantage sur des aspects matériels et fonctionnels que sur les aspects de la vie affective et émotionnelle (Le Goff, 1999).

c) L'équilibre entre fermeture et ouverture de la famille (Olson, 1993).

Dans les suites à court terme d'un drame, le mouvement de repli est nécessaire à la réorganisation, à la redistribution de la communication interne et des rôles familiaux. Mais le travail de liaison sur lequel nous avons insisté ne pourra poursuivre que grâce à une suffisante flexibilité de la famille lui permettant, dans un deuxième temps une plus grande ouverture sur le monde : la famille élargie d'abord, où de nouvelles solidarités peuvent jouer, puis le voisinage, des amis, le monde social, voire même des thérapeutes.

Cette ouverture permet pour chacun la réaffirmation du sentiment d'appartenance au niveau familial qui émerge de celui qui existait avant le drame, ainsi que l'entrée dans une nouvelle étape du cycle de vie, d'autant plus favorisée par la présence de grands enfants pouvant manifester leurs besoins propres, l'envie de sortie, de rencontre avec les pairs.

d) La place et le fonctionnement des rites et rituels :

Appuyés sur l'activité mythique et les croyances de la famille, les rites et rituels sont des organisateurs de liens interpersonnels, et comme tels ils constituent un puissant facteur de cohésion familiale et donc de résilience, sous la réserve toutefois que cette activité de ritualisation ne soit pas excessive. Elle conduirait alors à une sclérose de la vie familiale.

- Au quotidien, de nouvelles habitudes, de nouveaux rituels doivent être créés, mis en place, le plus souvent mêlés aux anciens. Il est important dans l'optique de la résilience que ces rituels soient orientés vers la recherche d'une adaptation optimum au changement, et non dans l'optique d'un trop grand repli défensif.

Parfois ils doivent prendre un caractère provisoire pour garder une valeur adaptative : ainsi dans une famille lourdement éprouvée par la mort brutale et accidentelle du fils aîné âgé de 20 ans, un nouveau dispositif du coucher s'est mis en place durant quelques semaines, le père partageant le lit de son fils âgé de 12 ans, tandis que la fille de 16 ans dormait avec sa mère, dispositif permettant l'apaisement nocturne des deux enfants.

- Les rituels qui scandent les dates clés de la vie familiale sont également importants à prendre en compte. La manière dont la famille s'organise autour des fêtes, des anniversaires et maintient ou non le marquage des grands rites sociaux est parfois un élément à travailler en séance familiale.
- Les rites et rituels plus directement reliés au drame et ses conséquences sont d'un intérêt tout particulier. Une famille très éprouvée par une catastrophe est en danger de déritualisation. Par ex. certaines familles effondrées cherchent à éviter l'affichage des ritualisations liées à un décès particulièrement traumatique. Le thérapeute doit parfois aider la famille au maintien de rituels, voire proposer des rituels aidant au travail de deuil.

Déjà la mise en scène de l'évènement traumatique devant le témoin qu'est le thérapeute pousse à inventer en séance des actes opérants qui symbolisent l'avant et l'après et comme tels constituent une sorte de rite de passage entre la mort et la vie. Mais cela ne suffit pas, et il faut souvent inventer des rituels inscrivant la situation vécue dans une matérialité symbolique.

Nous pensons ici aux durs éprouvés d'une famille à qui on ne laisse pas voir un cadavre mutilé, ou encore au développement rapide de la crémation, qui donnent lieu à des rites d'incinération accélérés. Dans l'un comme dans l'autre cas, on assiste à un escamotage de certaines séquences essentielles à l'adieu. La famille A. a su comprendre cela, nous semble-t-il. Monsieur A. a été incinéré. Mais cela allait trop vite finir. D'un commun accord et de façon non préméditée, Madame A. et ses enfants, en hommage à ce marin qu'avait été Monsieur A., ont décidé au moment de la cérémonie d'incinération de louer un bateau, sont allés au large et ont dispersé les cendres en mer. C'est alors seulement que les deux frères ont pu se laisser aller à pleurer toutes les larmes de leur corps sous le regard consolant de leur mère. Cette évocation 48 h après, en séance et dans un climat d'apaisement, nous paraît avoir été l'ultime étape de ce rite d'adieu.

## Conclusion

Nous sommes de plus en plus sollicités par des familles en détresse à la suite d'un évènement grave, d'une situation traumatique. Dans ces cas, la famille peut être en grande souffrance et en danger de dislocation.

Dans l'optique d'une aide à la résilience familiale, nous devons :

- aider à un travail de pensée, de représentation, individuel et familial pour mentaliser, donner sens, historiciser la situation traumatique au sein de l'activité mythique de la famille ;
- aider à un travail visant à préserver la fonctionnalité familiale, même au prix d'importants changements phénoménologiques et structuraux.

L'un et l'autre travail ne peuvent se soutenir que dans une distinction claire, évitant tout à la fois le débordement du cognitif par l'affectif à l'origine de pensées confuses, et la répression de la vie émotionnelle par trop de mise à distance cognitive avec des pensées clivées de l'affect et reposant sur le déni du vécu traumatique. L'histoire antérieure des individus et des familles, le niveau de fonctionnalité du groupe avant les évènements traumatiques rendent plus ou moins facile ou difficile le travail portant sur les liens de solidarité et le sentiment d'appartenance.

Toutes ces conditions demandent une pratique particulière :

- sachant utiliser un cadre thérapeutique souple, comportant le va-et-vient entre séances individuelles et collectives auprès d'un ou plusieurs thérapeutes ;
- non pas centrée sur la résolution de problèmes, mais davantage sur une réponse thérapeutique à la détresse ;
- préoccupée d'une intervention portant sur la crise, dans ce qu'elle comporte de souffrance subite, et de changement brutal et irréversible ;
- tenant compte des aspects contextuels élargis lorsque, comme c'est souvent le cas, la situation engendre des implications médico-administratives et juridiques complexes, longues et aux résultats aléatoires dans l'optique d'une réparation des dommages subis.

On ne soulignera jamais assez l'importance de ces interventions thérapeutiques dans les suites à court et moyen terme d'un traumatisme, dès lors que l'on se soucie d'une optique préventive visant à éviter les conséquences lointaines de certaines situations, tout particulièrement vis à vis des enfants susceptibles d'être concernés à des degrés divers.

*Michel Delage*  
Professeur de Psychiatrie et d'Hygiène mentale  
Hôpital d'Instruction des Armées Sainte-Anne  
83800 Toulon Naval

### BIBLIOGRAPHIE

1. Anderson H., Goolishian A. (1998): Les systèmes humains comme systèmes linguistiques. *Cahiers critiques de thérapie familiale*, 19, 99-132.
2. Anzieu D. (1985): *Le Moi-peau*. Dunod, Paris.
3. Anzieu D. et all. (1987): *Les enveloppes psychiques*. Dunod, Paris.
4. Aponte H. (2001): L'amour, source spirituelle du pardon: un exemple de spiritualité en thérapie. *Thérapie familiale* 22, 4, 357-359.
5. Barrois CI. (1998): Le traumatisme second, *Annales Médico-psychologiques*, 7, 4 87-493.
6. Berger M. (1986): Entretiens familiaux et champ transitionnel. *Journal of psychoanalysis*, 41, 352-356.
7. Bowen M. (1984): *La différenciation du soi*. E.S.F., Paris.
8. Bowlby J. (1978): *Attachement et perte* (3 vol.). Paris, PUF.
9. Bying-Hall J. (1999): Réécriture des scénarii de deuil. Scénarii familiaux et culturels d'attachement et de perte. *Cahiers critiques de thérapie familiale et de pratiques de réseaux*, 20, 89-107.
10. Green *et al.* (1991): Children and disorder: age, gender and parental affects on P.T.S.D. symptoms. *Journ. Am. Academ. Child adolesc. Psychiatry*, 30, 945-95 1
11. Cyrulnik B. (1999): *Un meilleur malheur*. Paris, O. Jacob.
12. De Clerq M. (1995): Les répercussions du syndrome de stress post-traumatique sur les familles. *Thérapie familiale*, 16-2, 185-195.
13. De Clerq, Le Bigot (2001): *Les traumatismes psychiques*. Masson, Paris.
14. Delage M. (2000): Traitement familial du traumatisme psychique. *Thérapie familiale*, 21, 3, 273-287.
15. Delage M. (2001): Traumatisme psychique et résilience familiale. *Revue francophone du stress et du trauma.*, à paraître.
16. Duchet C., Jehol C., Gelfi J.D., (2000): A propos de deux victimes de l'attentat parisien du R.E.R. Port-Royal du 3 Décembre 1996. Vulnérabilité post-traumatique et résistance aux troubles. *Annales médico-psychologiques* 158, 7, 539-548.
17. Dyregrov A. (1997): The process in psychological debriefing. *Journal of traumatic stress*, 10, 4, 589-602.
18. Fonagy P., Steeh M. *et al.* (1994): The theoretic and practice of resilience. *J. Child psychology*, 35, 231-257.
19. Green B. *et al.* (1991): Children and disorder: age, gender and child adolesc. *Psychiatry*, 30, 945-951.
20. Hanus M. (2001): *La résilience, à quel prix?* Paris, Maloine.

21. Hochman J. (1994): *La consolation, essai sur le soin psychique*. Paris, O. Jacob.
22. Le Goff J.F. (1999): *L'enfant, parent de ses parents*, Paris, Ed. L'Harmattan.
23. Manciaux M. (1998): La résilience: mythe ou réalité in B. Cyrulnik, éditeur. *Ces enfants qui tiennent le coup. Hommes et perspectives* 109-120.
24. Miljkovitch R. (2001): *L'attachement au cours de la vie*. Paris, PUF.
25. Moureen-Simeoni M.C. (1994): Syndromes de stress post-traumatiques in: Moureen-Simeoni *et al.* Editeurs. *Troubles anxieux de l'enfant et de l'adolescent*, Paris, Maloine, p. 42-47.
26. Olson D.H. (1993): Circumplex model of marital and family systems in Fr. Walsh (Ed), *Normal Family processes*, New York, Guilford press.
27. Onnis L. (1996): Le langage du corps en thérapie: les sculptures du présent et du futur in. L. Onnis (dir.) *Les langages du corps*, E.S.F. Paris.
28. Rey Y. (2000): Penser l'émotion en thérapie systémique: le blason familial. *Thérapie familiale*, 21, 141-154.
29. Ricoeur P. (1991): *Temps et récit* (3 vol.). Paris, Seuil.
30. Ricoeur P. (2000): *La mémoire, l'histoire, l'oubli*. Paris, Seuil.
31. Rutter M. (1993): Résilience: some conceptual considerations. *J. Adol. Health*, 14, 626-631.
32. Sandler J. (1960): The background of safety. *The international journal of psychoanalysis*, 41, 352-356.
33. Segers-Laurent A. (1997): La famille, lieu d'ancrage, temps de passage. *Thérapie familiale*, 18, 127-141.
34. Vanistandaol S. (1996): *La résilience ou le réalisme de l'espérance*. Cahiers du Bice.
35. Vila G., Moureen-Simeoni M.C. (1999): Etat de stress post-traumatique chez le jeune enfant: mythe ou réalité? *Annales médico-psychologiques* 1999, 157, 456-469.
36. Vila G., Bertrand C., Friedman S., Porche L.M., Moureen-Simeoni M.C. (2000): Trauma par exposition indirecte, implication objective et subjective. *Annales médico-psychologiques*, 158, 9, 677-687.
37. Walsh Fr. (1998): *Strengthening family resilience*. New-York, The Guilford press.
38. White M. (1998): Thérapie de déconstruction. *Cahiers critiques de thérapie familiale*, 19, 153-189.