



Traumatisme et famille

Laure Zeltner ¹

L'intervenant en situation traumatique est convoqué, dans le fantasme de la famille, à la place de celui qui peut «réparer l'irréparable». L'invitation nous met d'emblée dans une situation potentiellement impossible. A nous de recadrer notre fonction comme celle de «repenser du possible dans ce qui paraît être impossible», avec discernement et circonspection, afin d'être le moins inutile possible.

En tant que CUMP (Cellule d'Urgence Médico-Psychologique), lorsque nous intervenons, il s'agit souvent de plusieurs familles impliquées dans un événement dramatique, ou d'une même famille dont plusieurs membres sont victimes. La logique SAMU est de répartir les membres d'une même famille dans plusieurs hôpitaux s'ils sont victimes, afin de répartir la charge sur plusieurs lieux. La logique de soutien d'une famille en crise, serait de réunir, d'entourer ceux en difficulté de personnes «ressource». Nous pouvons alors, en tant que CUMP être courroie de transmission d'une information précieuse : qui est hospitalisé, où et pourquoi ?

Dans les Yvelines, nous sommes une équipe composée d'une psychologue et d'un psychiatre de formations distinctes et complémentaires. Christine Ehly est psychologue et travaille à mi-temps dans une consultation spécialisée sur le psychotrauma, sa pratique est individuelle. Laure Zeltner est psychiatre, thérapeute familiale et travaille sur ERIC (Equipe Rapide d'Intervention de Crise), une unité de crise, qui propose des alternatives à l'hospitalisation, avec un travail d'inspiration systémique.

Notre pratique nous a amené à réfléchir à la question du traumatisme et de ses répercussions sur la famille, notamment dans le rapport au temps (Ehly et Zeltner, 2009).

Nous excluons d'emblée les traumatismes répétés et les traumatismes intra-familiaux qui ont des spécificités dans la clinique et la prise en charge.

Définition du traumatisme

On peut définir le traumatisme psychique ou trauma comme un «phénomène d'effraction du psychisme et de débordement de ses défenses par des excitations violentes afférentes à la survenue **d'un événement agressant ou menaçant pour la vie ou l'intégrité physique ou psychique d'un individu qui y est exposé** comme victime, témoin ou acteur» (Crocq, 2007).

¹ Praticien Hospitalier sur le Service ERIC au C.H. Jean Martin Charcot (Plaisir, 78), et responsable de la Cellule d'Urgence Médico-Psychologique des Yvelines (CUMP 78).

Quel est l'impact de l'évènement traumatique, de la situation traumatogène sur la famille ?

On peut distinguer deux cas de figure :

La famille peut être victime indirecte, ou encore « famille avec victime »

Il s'agit d'une famille avec un membre traumatisé (Delage, 2002).

Nous avons alors à considérer les répercussions familiales d'un grave dommage subi par l'un des siens. Deux comportements familiaux sont possibles :

- La focalisation sur la victime,
- Le rejet de la victime.

La fonctionnalité de la famille n'est alors pas mise à mal par l'évènement.

Le traumatisme familial

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. (Delage, 2009)

La délimitation entre les deux types de répercussions sur l'ensemble familial, 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.

Comment décrire l'impact subjectif du trauma, en particulier sur le rapport au temps de l'individu ? Comment pouvons-nous relier ce bouleversement du rapport au temps de l'individu à l'étrangeté que vit la famille ? Comment le rythme familial peut-il lui-même être bouleversé par l'impact traumatique ?

Quelles sont les répercussions du syndrome psycho-traumatique sur la personne et en particulier son rapport au temps, qu'en est-il de nos interventions ?

Le temps du trauma : le syndrome de répétition

C'est le fil du temps, que l'on peut dérouler comme une trame descriptive de ce qui se passe, tant de la genèse des troubles, que de la succession des symptômes sur un plan clinique, qu'enfin de la prise en charge à proposer.

On explique classiquement le phénomène du trauma de manière chronologique, en partant de l'évènement inaugural engendrant des réactions (diverses) de stress, qui laissent place progressivement à une période de latence laissant elle même apparaître le syndrome psycho-traumatique proprement dit.

Quelles perceptions de cette temporalité propre au trauma en ont les victimes ?

Le temps du trauma est un temps de rupture, il provoque une altération profonde de la temporalité de l'individu.

Il n'existe plus de continuité passé/présent/futur car au moment du traumatisme, c'est la vie d'avant qui s'arrête pour faire place à un présent figé (dans l'effroi et la mort) et insurmontable. Les symptômes de répétition (revivre indéfiniment le même moment) viennent envahir le sujet et rendre, petit à petit, son existence insupportable : le rythme nyctéméral est perturbé, les flashes et les cauchemars

imposent une nouvelle cadence, alors même que les images et les perceptions restent immuables. Le traumatisé n'a plus aucune maîtrise sur ce qui lui arrive et a l'impression souvent de subir le déroulement de ses journées et de ses nuits. Figé à l'intérieur alors que le rythme de la vie à l'extérieur lui échappe.

Au regard de ce que vivent les victimes quotidiennement, on peut imaginer sans peine à quel point elles ressentent une impression d'avenir bouché. Il leur est impossible, dans un premier temps, de se projeter dans le futur et de concevoir que les choses peuvent évoluer (positivement) pour elles.

Mais ce n'est pas tout : on assiste aussi à une véritable reconstruction du passé, qui par le «filtre» du traumatisme va prendre une autre coloration. Cette relecture vise à réorganiser son histoire autour du trauma : certains souvenirs n'auront plus leur place et seront relégués dans les méandres obscurs de l'esprit alors que d'autres éléments s'imposeront au premier plan de la conscience. L'événement traumatique ne peut donc en aucun cas s'inscrire dans la continuité de la vie du sujet, à la différence du souvenir.

Quels soins spécifiques propose-t-on ?

Les professionnels découpent habituellement la situation traumatique en trois phases qui se succèdent dans le temps et qui déterminent le type de travail que l'on va proposer selon le moment où l'on intervient :

Phases :

Immédiate (heures qui suivent l'évènement) → Post-immédiate (jours qui suivent)
→ Moyen/long terme

Clinique :

L'évènement génère du stress → suit une période de latence (évolution à bas bruit des symptômes) → syndrome psycho-traumatique/chronicisation des troubles (y compris co-morbidité)

Prise en charge :

Défusing → débriefing/IPPI → psychothérapie

Le temps de l'intervention s'articule à la clinique du traumatisme, le défusing dans l'immédiat, le débriefing dans le post-immédiat, l'idée étant de prévenir le passage à la chronicité.

Concrètement, cela se traduit donc par des interventions séquencées :

- Stress dans l'immédiat = défusing,
- A quelques jours (apparition des premiers symptômes) = IPPI (Intervention Psychothérapeutique Post-Immédiate)/ groupes de parole,
- A plus long terme = suivis spécialisés en individuel ou psychothérapies.

Par rapport à la dimension temporelle, la prise en charge a pour objectif de mettre un point final à l'évènement (et ainsi de l'inscrire dans une succession chronologique) et de restaurer, pour le sujet, une continuité dans son existence. On signifie qu'il existe un passé (où se situe l'évènement), un présent (celui des troubles et symptômes

subis) et un avenir (à construire et à imaginer). Faire le lien entre avant / pendant et après (en restaurant donc une certaine temporalité) contribue à tenter de donner du sens à ce qui est arrivé.

Il existe ainsi une discordance entre le temps traumatique du sujet blessé, le temps du trauma décrit objectivement et les modalités proposées de prise en charge.

Qu'en est-il pour les familles ?

Qu'en est-il de la répercussion sur la relation de ce rapport au temps modifié ?

Les symptômes envahissent le champ de la relation :

- Retrait, repli social, rejet,
- Irritabilité, hostilité,
- Insomnie,
- asthénie, apathie,
- addictions, tentatives de fuite hors du réel du trauma.

.... Dans un temps qui se prolonge, se réactive parfois (procès, date anniversaire, etc.)

Qu'en est-il des enfants ?

- La symptomatologie de l'enfant aura une expression différente selon son âge, elle mettra en difficulté l'adulte qui a la charge d'en prendre soin.
- Le déni de la douleur de l'enfant, dont l'expression est polymorphe, accentuera l'inadéquation entre le besoin de l'enfant à être consolé et la difficulté du parent à être consolateur. (Romano, 2006)

Dans la plupart des situations, l'entourage familial et le conjoint se préoccupent très fort, au début, de la victime (de Clercq, 95) mais s'imaginent assez vite que les choses doivent s'apaiser et que, après quelques semaines, il ne faudra déjà plus y penser. C'est ainsi que les symptômes anxieux, phobiques, les troubles dépressifs, les conduites d'évitement, le syndrome de répétition provoqueront très souvent chez le conjoint et l'entourage non seulement un sentiment d'incompréhension, mais aussi d'exaspération voire de rejet.

La victime symptomatique, prise dans son temps traumatique, en rupture avec le temps de la famille, se désynchronisera de la vie de la famille et pourra s'en exclure, voire s'en trouver exclue.

Que nous dit la recherche empirique quantitative ?

Dans cette perspective épidémiologique, l'absence ou la carence en soutien psychosocial est le principal facteur de vulnérabilité de «l'après exposition traumatique» dans les deux méta-analyses de Brewin et al. (2000) et Ozer et al. (2003). Selon Brewin et al., c'est le facteur ayant le plus grand poids, tous facteurs (pré, péri et post-traumatiques) confondus. Ozer et al. observent que l'absence de support émotionnel (donner du sens, gestion de la détresse et de la souffrance en lien avec les intrusions, les cauchemars...) est la plus critique.

Par ailleurs, il semble que la significativité de la carence en support psychosocial s'accroît avec le temps : si dans la période précoce, il est un facteur majeur, il prend encore plus de poids dans les cas d'ESPT (Etat de Stress Post-Traumatique) chronicisé (Ozer et al., 2003).

Certains points ne sont pas très clairs dans la littérature et méritent d'être mieux évalués : Par faible support social, doit on entendre «manque d'interactions soutenantes» ou «présence d'interactions non soutenantes» ? Par ailleurs, l'évaluation du support psychosocial est le plus souvent une évaluation subjective demandée au sujet et bien plus rarement une évaluation basée sur une observation objective difficile à réaliser.

Quoi qu'il en soit, le rôle prépondérant du soutien psychosocial apporte du crédit à l'idée que travailler sur cet aspect pourrait être un axe important de la prévention secondaire.

Qu'est-ce qu'un support psychosocial ?

De qui, de quoi parle-t-on ?

Les membres ou groupes concernés, dans la plupart des études évaluant le support psychosocial, sont ceux du réseau primaire du sujet : sa famille, et plus précisément le conjoint, les voisins, les amis proches, les collègues de travail, les clubs et les groupes religieux... La qualité des réseaux secondaires comme les organismes communautaires (associations de victimes) ou la qualité de l'intégration dans la collectivité sont moins souvent évaluées.

Une structure et/ou une fonction ?

Le support social semble pouvoir «agir» de deux manières différentes (qui ne sont pas incompatibles) : soit par l'effet **bénéfique global de la simple existence d'un réseau** (il s'agirait alors d'un effet purement structurel), soit via la **fonction de protection** (effet «buffer» ou de tampon) lors de la confrontation à des événements stressants (effet plus spécifique, en lien avec la fonctionnalité du réseau).

Les conceptions théoriques sous-jacentes sont les suivantes : un réseau social large (évalué par la quantité de ressources, d'interactions avec ces ressources) fait vivre au sujet plus d'expériences positives, de satisfaction et de récompense. Les interactions sociales régulières font vivre au sujet que sa vie est prédictible et stable, la reconnaissance de sa propre valeur.

La confrontation au stress est à l'origine d'un sentiment de besoin d'aide et d'une perte d'estime de soi. Le support social (Cohen et Wills, 1985) peut alors contribuer à diminuer la réponse au stress et à éviter l'évolution vers la pathologie grâce, grossièrement, à quatre fonctions : support émotionnel (expressivité émotionnelle, soutien de l'estime, revalorisation...), support informatif ou guidance cognitive (aider à définir, comprendre, faire face), support instrumental (aide financière, matérielle, services) et support «distractif» («changer les idées»...). Notons que pour ce dernier point, la «distraction» peut être aidante lorsqu'elle aide à sortir de la «victimisation» mais elle peut aussi accentuer la victimisation lorsqu'elle a pour seul objet : «empêcher le sujet de penser à l'évènement traumatique».

Les écueils relationnels de la prise en charge du trauma

Toute personne confrontée à une situation traumatique est à risque d'être prise par des mouvements relationnels liés à la situation. Les membres proches, les thérapeutes pourront être pris par cette spirale relationnelle.

Notre position engagée, au contact de la famille, dans une attention ajustée, pourra être support de résilience pour la famille.

Dramatiser

Les situations traumatiques sont dramatiques par définition. Reconnaître la part dramatique est fondamental. Par exemple, pouvoir dire : «vous avez perdu un être cher, vous venez de vivre un drame, c'est normal d'être bouleversé»... Le risque de la dramatisation est le chaos : «c'est terrible ce que vous vivez, il faut absolument vous faire aider, si j'étais à votre place je ne vivrai plus...» Ou encore : «c'est horrible ce que ma fille a vécu, elle ne s'en remettra pas.»

Banaliser

C'est un autre écueil possible, une forme d'autoprotection à la détresse d'autrui, qui confine au déni. Par exemple : «il ne faut pas exagérer vous n'êtes pas mort, cela va passer, ce n'est qu'un collègue de travail...». Ou encore : «Elle n'est pas blessée». Ce sera à nous de contribuer à éclairer le proche : «certes il n'y a pas de blessure physique, mais il est possible que dans les jours qui viennent il ou elle sera irritable ou au contraire comme replié sur sa douleur, elle ou il aura alors besoin de votre présence consolante».

Eviter

C'est un comportement banal, humain, se protéger de la détresse d'autrui. Nous sommes là pour aider les proches (collègues de travail, amis, familles) à rester en contact avec le traumatisé. Nous pouvons nous-mêmes être atteints par ce mouvement et trouver toutes les bonnes raisons du monde pour ne pas se confronter à la souffrance du trauma.

Etre fasciné

La fascination, là encore, peut atteindre chacun confronté à l'évènement traumatique, la victime, les proches de la victime, l'intervenant CUMP.

La famille confrontée à l'évènement peut être silencieuse, choquée ou curieuse des détails de la scène traumatique. A nous d'être garants, si l'on reçoit la famille, du respect de l'intime. Qu'est-ce qui peut être dit, entendu, par qui, à quel moment ? On ne peut considérer le groupe familial comme un groupe professionnel par exemple, la technique de l'IPPI ne peut s'appliquer à l'identique pour une famille.

Les médias sont pourvoyeurs de traumas secondaires, il est important de conseiller aux familles de les éviter.

Etre pris par la contagion ou organiser les soins

Le trauma fait des vagues, c'est un processus de «ricoché» potentiel. Chacun peut s'identifier à la douleur de la victime, chacun s'élance pour «réparer», ou s'effondrer. Le processus de contagion est d'autant plus intense qu'il est médiatisé, non contrôlé, qu'il s'adresse à des personnes jeunes et vulnérables, qu'il touche un grand nombre de personnes. L'une des fonctions de la CUMP est de protéger les victimes des médias

et de parer aux processus de contagion en compartimentant, avec discernement, les types de prise en charge à effectuer.

Une famille a perdu son fils âgé de 16 ans par suicide. Il s'est pendu dans la propriété familiale. C'est un ami proche qui l'a découvert. Quand le SAMU intervient, les deux familles voisines sont présentes. Il existe une tension relationnelle forte, le silence est pesant. Le binôme qui intervient propose de voir chacune des familles en deux temps différenciés.

La famille voisine, peut alors dire sa colère contre «les parents qui n'ont pas su voir», l'ami qui a découvert le corps est sidéré, une prise en charge est proposée dans notre structure ERIC pour eux, avec le Dr A.

La famille endeuillée par le suicide de leur fils est revue à 24h00 par le Dr B.

Participer à la confusion ou rétablir les fonctions hiérarchique

La situation traumatique nivelle les rapports à l'existence. Face au trauma nous sommes tous égaux. La fusion est un mécanisme groupal normal en cas de trauma. Cela fragilise la position de l'individu, démobilise les fonctions hiérarchiques et participe au chaos. Un acte fondamental de traitement du traumatisme dans une famille est celui d'identifier et de soutenir ceux qui portent la position hiérarchique. Elle dépend du cadre culturel de l'individu, elle peut être floue, mal dessinée dans des familles où la règle est la protection des parents. Elle est à rechercher. Quel parent peut faire fonction de soutien parental dans cette situation ? Pouvons-nous l'appeler ? Il n'est pas rare que dans un premier temps la famille ne veuille pas déranger un père au poste élevé, un parent malade, un parent lointain. C'est dans une position ferme, sans être attaquante, que ce premier mouvement de recul peut être levé.

Nous pouvons nous-mêmes, acteurs de l'intervention d'urgence, être atteints par cette confusion et mettre à mal les cadres existants. A nous de garder notre cadre intériorisé et de reconnaître les hiérarchies préétablies : le DSM (directeur des secours médicaux) et le COS (commandant des opérations de secours) pour un plan rouge, le Maire et ses adjoints pour une mairie, les hiérarchies administratives, soignantes et médicales pour un hôpital... Nous pouvons être interpellés comme débriefeurs de nos propres institutions, cela peut rajouter à la confusion : soyons garants de nos propres limites.

Reconnaître le bras de fer et le désamorcer

Les situations traumatiques peuvent être à l'origine de bras de fer, tant du côté de la reconnaissance de la victime et de la personne supposée la reconnaître («je n'ai pas été reconnu par ma hiérarchie, ma compagnie d'assurance, le médecin du travail, les psys, ma famille»), que du côté de la réparation des personnes supposées la donner («Il faut à tout prix, immédiatement faire quelque chose, je vous ordonne d'aller sur place»).

Les personnes de pouvoir confrontées à l'évènement potentiellement traumatique, face à leur sentiment d'impuissance devant l'indicible, peuvent avoir une réaction de surenchère et ordonner la CUMP. Il s'agit du Maire, du Préfet, leur demande est pressante et immédiate. Répondre immédiatement peut calmer le jeu, l'important est de reconnaître la dimension de bras de fer potentielle pour pouvoir s'organiser un contexte d'intervention. «J'entends votre niveau d'urgence, pouvons-nous nous rencontrer pour en parler ?» (dans un endroit distinct de la scène traumatique).

Le coordinateur CUMP a toute autorité pour définir ses modalités d'intervention, rassurer suffisamment les décideurs touchés par la crise pour négocier un contexte d'intervention respectueux des personnes et des institutions.

Il sera utile au moment de l'intervention auprès de victimes psychiques de connaître les promesses des «institutionnels», faites dans un but de «réparation», de «soulagement de la douleur», elles ne pourront souvent pas être tenues. Il est important de ramener les personnes vers la réalité «incomplète, insatisfaisante» de la reconnaissance du préjudice subi. Le parent, le compagnon atteint par la douleur de son proche pourra lui aussi réclamer à tout prix soin et réparation immédiate. A nous de calmer le jeu, recentrer la discussion sur l'importance de l'actuel des besoins du proche, relier au sentiment d'impuissance et d'injustice l'expression de la colère, qui pourra être dirigée contre nous dans un premier temps.

Ces écueils relationnels vont atteindre toutes les personnes en contact qu'elles soient sauveteurs, volontaires de CUMP ou famille. Il existe ainsi un paradoxe : c'est la qualité du support psychosocial qui est déterminant dans l'évolution symptomatique, mais ce support est mis à mal par l'évènement...

Qu'est ce que la résilience ? Rebondir après un impact traumatique ?

La résilience est «le rapport de l'énergie cinétique absorbée nécessaire pour provoquer la rupture d'un métal à la surface de la section brisée. La résilience caractérise la résistance au choc» (Robert). Mais sur le plan étymologique, le mot vient du latin *salire* : sauter, bondir. En effet, le concept de résilience en psychologie n'est pas seulement résistance mais rebondissement : la résilience ne se réfère pas tant à un retour à un état antérieur, qu'à l'ouverture vers une nouvelle étape de vie qui intègre les conséquences de problèmes vécus antérieurement avec des stratégies variables selon les cas.

Si certains ont d'abord pensé que la résilience reposait uniquement sur des caractéristiques individuelles : la constitution génétique, les forces intra-psychiques spécifiques (en particulier en lien avec la qualité des attachements précoces), les capacités d'adaptation orientées vers l'action (Delage, 2001), il est maintenant admis que l'on ne peut pas être résilient sans être en relation : l'aide des autres est capitale. **«Ceux qui s'en sortent après un traumatisme ne sont pas ceux qui ont été les moins agressés, ce sont ceux qui ont été les mieux soutenus»** (Guedeney A. 1995 dans Delage stress et trauma 2001).

La résilience se développe selon deux axes :

- Un axe intra-psychique : 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 contrôle suffisant des émotions. La capacité de mise en action des processus de pensée dans l'inventivité, la créativité, le jeu, le combat.
- Un axe relationnel, interactionnel : les capacités du monde interne propre à l'individu résilient ne peut se développer que grâce aux apports de l'environnement et aux tissages des liens individu-environnement (Cyrułnik, 1999).

Qu'est-ce que la résilience familiale ?

La résilience familiale est 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, tout en autorisant chacun à se différencier (Delage, 2002).

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

- L'inhibition du système d'attachement, qui consiste à réprimer les besoins de proximité et de tendresse (évitement),
- 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 d'autrui (confusion).

La famille peut spontanément être soutien de résilience pour son proche exposé à un évènement potentiellement traumatique, ou trouver des ressources intérieures et/ou extérieures pour l'être.

Comment en tant que CUMP pouvons-nous être soutien ou tuteur du processus de résilience individuelle et ou familiale ?

Les proches sont malmenés dans la relation par le ou les symptômes psychotraumatiques de leur parent/conjoint/enfant et peuvent, à leur tour, contribuer à l'aggravation ou la persistance des symptômes. Si face au repli, l'hyperprotection ou le rejet s'installe, si face à l'irritabilité, le silence douloureux ou l'agressivité au regard se déploie, alors la victimisation ou la rupture peuvent compliquer le processus de résilience.

Comment soutenir le processus de résilience ?

Pour mieux saisir les objectifs à atteindre avec les familles, nous allons décrire ce que le thérapeute familial peut proposer (être tuteur de résilience), ce que ERIC propose dans la prise en charge de crise.

Nous nous focalisons sur le groupe famille par souci de clarté, les prises en charge sont souvent conjointes individuelles et familiales, dans une complémentarité de ces deux aspects à réfléchir au cas par cas selon la situation et le moment du processus.

Qu'est-ce qu'être tuteur de résilience ?

Quand la famille est débordée, par exemple par un deuil traumatique, le thérapeute familial (si une thérapie familiale est proposée), va alors, par sa position engagée et empathique, être support de ou tuteur de résilience familiale.

Le deuil traumatique (Delage 2009) correspond à ces situations où l'endeuillé est en même temps une victime directe. Il a vécu le drame. Il était là impuissant ou responsable (accident de la route). La douleur de la perte est associée à la culpabilité de n'avoir pu sauver ou d'avoir tué celui ou ceux qui sont décédés.

Le deuil est un travail psychique individuel, mais il est contextué par le travail psychique des autres. Il peut se produire des lésions dans les liens qui unissent les uns aux autres.

Le piège traumatique : est caractérisé par la proximité douloureuse et insupportable dans laquelle se trouve enfermées des personnes réunies par un drame et la souffrance qui l'accompagne, sans pouvoir en parler, se parler, ou parler d'autre chose. C'est une douleur commune, non verbale qui se prolonge au-delà du temps nécessaire (plus de 6 mois). On n'est plus suffisamment attentif aux besoins des enfants, les tâches éducatives sont plus ou moins abandonnées, les rythmes de la vie quotidienne ne sont plus respectés, la communication s'appauvrit. La vie relationnelle s'assèche dans des comportements rigides et stéréotypés, tandis que la vie sociale devient inexistante. Le travail de deuil est collectivement bloqué. La dysfonctionnalité familiale a des conséquences qui portent :

- Sur la vie de chacun appauvrie et souffrante,
- Sur le développement des jeunes enfants,
- Sur la transmission du drame et ses effets aux générations suivantes.

Le thérapeute engagé au côté de la famille va être dans le moyen terme «une base de sécurité suppléante et provisoire».

Le premier objectif du thérapeute sera de redonner une base de sécurité à la famille (ce qui permet l'attachement *secure*).

Delage insiste beaucoup sur ce point, une des fonctions de la thérapie d'une famille impactée par le traumatisme serait de participer à retrouver une « base de sécurité interne familiale » compatible avec le développement de ses membres, qu'en est-il de cette notion ?

En quoi la famille pourrait elle être une base de sécurité ?

Bying Hall qui a travaillé avec Bowlby, puis lui a succédé à la Tavistock clinic, a voulu intégrer la théorie de l'attachement à l'approche systémique. Il a défini la base de sécurité familiale comme un cadre systémique qui permet de comprendre la configuration d'attachement familial en prenant en compte les influences mutuelles des attachements de chacun. Cette base de sécurité familiale offre un réseau fiable d'attention qui donne à chacun des membres un sentiment de sécurité suffisant pour pouvoir explorer le monde et se développer. Non seulement chacun collabore au soutien de celui qui en a besoin, mais chacun a aussi facilement accès aux membres de la famille élargie et l'ouverture sur l'extérieur est suffisante pour permettre d'y recruter des aides supplémentaires (Delage, 2003).

Si l'on se place au niveau du couple, le partenaire constitue la principale figure d'attachement à l'âge adulte, prenant la place qu'avaient les parents durant l'enfance (Guedeney et al., 2006).

De la sécurité à la mentalisation

Outre la base sécuritaire, la lecture attachementiste peut permettre de comprendre les modes communicationnels dans une famille : selon Fonagy et Target (1997), un attachement *secure* favorise le développement de « la capacité de conscience réflexive », c'est-à-dire la possibilité de réfléchir sur soi-même et sur les autres en termes d'états mentaux.

Lorsque la sécurité des attachements prédomine dans la famille, l'évènement vécu donne lieu à suffisamment d'échanges et d'informations pour que s'opèrent de continues constructions permettant de penser les émotions, de donner sens, « dans

un entrecroisement constant entre ce qui est commun à tous et ce qui est propre à chacun » (Delage, 2002).

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 (Delage, 2002).

Reprenant M. Bowen, M. Delage explique que si cette base de sécurité est mise en échec, le système communicationnel au sein de la famille tend à se fermer, chacun se repliant sur lui-même pour se protéger de l'anxiété de l'autre, à l'origine d'une relative « déliaison » entre les membres qui la composent. Cette base de sécurité risque d'être d'autant plus défaillante que la famille était engagée dans un dysfonctionnement chronique antérieur aux événements subis.

Pour assurer la sécurité, l'environnement familial doit être en mesure d'écouter et de croire ce que la victime a à lui dire, sans subir lui-même trop de pression et d'émotion débordante, sans être trop sidéré par ce qu'il entend ou ce qu'il imagine. C'est pourquoi cet environnement doit être parfois lui-même contenu, soutenu par des interventions thérapeutiques visant à restaurer sa base de sécurité.

Quatre éléments sont alors à prendre en compte pour réaliser cet objectif (Delage, 2009) :

- Des communications claires et ouvertes dépourvues d'ambiguïté ou de confusion, adaptées à l'âge des interlocuteurs.
- Une expression libre des sentiments, dans le respect de l'architecture familiale (des frontières et des sous-systèmes). Dans la différenciation des plans conjugaux, parentaux, fraternels.
- Être support de collaboration dans la résolution des problèmes, favoriser les complémentarités, réfléchir sur les modes de suppléances.
- Trouver un bon équilibre entre ouverture et fermeture familiale.

La crise : une manière de penser la prise en charge ?

Définition de la crise : la crise est «l'état d'un système au moment où un changement est imminent» (Pittman, 1979).

C'est-à-dire une rupture d'équilibre entre un sujet et son environnement au moment où un changement se produit.

C'est un moment clef dans la vie d'une famille, qui peut autoriser ou non le changement.

L'évènement traumatique plonge la famille dans la crise.

La crise (quelle que soit son origine) se caractérise par : une rupture des rôles et des règles habituels, un surcroît de tension, une suspension des buts à long terme, une reviviscence des conflits anciens. «Le confortable répertoire des rôles et des règles n'est plus opérant» (Pittman, 1979).

L'onde de choc provoquée par le traumatisme vient rompre brutalement la stabilité du système familial. Le trauma fait rupture dans la trame du temps de la famille.

La crise est d'autant plus forte que la famille était dysfonctionnelle avant le choc, qu'elle porte une lourde histoire familiale traumatique non correctement intégrée, que le ou les piliers de familles sont impactés.

Le temps de la crise est un temps contextué dans sa double composante d'espace et de relation. Il recoupe la période immédiate et post-immédiate. Delage considère le temps de la crise familiale comme les trois premières années après l'évènement. Nous avons sur ERIC une définition plus restreinte de la crise (1 mois).

Définition du temps dans la crise

Le temps de l'urgence : l'extemporanéité du lien

Le premier contact, dans l'urgence, avec le demandeur d'intervention puis avec la famille impactée par l'évènement traumatique, va donner la tonalité de l'ensemble de la prise en charge.

Comment spontanément réagit-elle ? Existe-t-il un effondrement silencieux, une sidération des affects ? Une attention portée aux enfants, au rythme habituel de la vie (le repas, le repos, le rituel du coucher) ? La famille est-elle spontanément soutenue par des amis, voisins, groupe d'appartenance religieuse, qui font suppléance ? La famille est-elle désarticulée ? L'expression des émotions est-elle autorisée ? Existe-t-il une agitation désordonnée ? Existe-t-il un référent médical identifié et attentif ?

Le Dr S, médecin généraliste (MG), appelle pour la famille F. Le dernier né de 15 mois est décédé dans la baignoire par noyade. Sa mère avait trébuché dans la salle de bain en amenant la serviette et s'était cognée sur le chambranle de la porte. Il existe une enquête judiciaire. Le Dr S veut réussir cette fois-ci à amener la mère de l'enfant, Patricia, au soin. Il semble fortement culpabilisé. Patricia au mois de novembre a eu un accident de la route, sa voiture a été projetée dans un lac. Elle est sortie de la voiture puis a pensé à son bébé qui a dû être réanimé. Lors d'une visite quinze jours après elle a pu dire au MG qu'elle n'arrivait pas à prendre soin de son bébé. Celui-ci, la voyant déprimée, l'a adressée aux urgences psychiatriques. Ce premier contact n'a pas eu de suite. Le Dr S a appelé le père de Patricia pour lui parler de notre structure, il attend notre appel.

Le père de Patricia est en colère contre sa fille, lui-même, de n'avoir pu protéger son petit-fils, il s'est consacré à ses quatre enfants après le départ de son épouse (vécu comme un abandon). Il va à l'enterrement qui a lieu le lendemain où toute la famille sera présente, y compris celle du père du bébé « qui l'avait abandonné ». Ce Monsieur oscille entre l'attachement à sa fille et le rejet, au cours de l'entretien téléphonique toutes les couleurs du lien sont nommées. Monsieur s'engage à parler à Patricia de notre structure. Il rappellera pour que l'on définisse les personnes que nous proposerons de rencontrer. Quel groupe familial ? Il est difficile dans un premier temps de le définir.

Quel groupe dans quelle perspective ?

Je dis au père m'être engagée auprès du MG pour donner quoi qu'il arrive des nouvelles dans 15 jours.

A la lecture de ce cas clinique quelles questions pouvons-nous nous poser ?

Quels sont les mécanismes relationnels en œuvre ?

Soutenir qui, comment ?

Le médecin généraliste pris par l'impact traumatique ?

La jeune fille, de manière individuelle ?

La famille avec quelle définition ? Celle qui vivait avec le bébé ? Celle présente au moment de l'accident ? Le couple parental ? Le couple parental étayé par les grands-parents ?

Peut-être alternativement l'une ou l'autre définition de la famille.

Les personnes les plus engagées semblent être le MG et le père, comment s'appuyer sur leur expertise de la situation ?

Le temps de la post-urgence : le modelage du chaos

Le temps est alors condensé, instantané, accéléré, la danse relationnelle au contact de la crise imprime le tempo de la réponse.

Comme nous l'avons vu, la situation traumatique peut générer confusion, fusion, chaos, tension relationnelle. Chacun est exposé au risque d'éviter le contact traumatique, banaliser, dramatiser, être fasciné, amplifier le chaos existant, disqualifier les hiérarchies fragilisées.

Devant la rupture des repères, qui présente l'émergence de la crise, le cadre de soin va nécessairement épouser la part de chaos inhérente à cette rupture. Sa plasticité propre va permettre d'entrer en relation avec la situation, tout en la modelant.

Quels objectifs de crise dans les situations traumatiques pour les familles ? Dans quelle priorité ?

Les hiérarchies : fragilisées par la confusion, l'évitement, la disqualification

Les reconnaître, les soutenir, éventuellement en sous-système.

Nous sommes interpellés par une infirmière scolaire, Natacha 14 ans a été victime d'agression, elle ne veut pas le dire à ses parents, elle a peur de leur réaction. Nous insistons sur la nécessité que l'infirmière appelle ses parents, en disant à Natacha que l'évènement est trop grave pour qu'il soit tu. Mme et Mr R viennent sur ERIC avec elle, Natacha ne s'exprime pas, son père très en colère « veut tuer celui qui a fait cela », la mère, apeurée, ne dit rien. Nous reconnaissons l'attachement de Monsieur à sa fille à travers sa colère, tout en lui rappelant l'interdit de tuer. Comment peut-il aider sa fille autrement ? Nous proposons à Natacha de sortir un peu pour que l'on parle à ses parents...

L'appartenance : un sentiment fragilisé

L'appartenance est le sentiment d'appartenir à un groupe, un couple, une famille, une société. L'appartenance indique la relation d'un élément à un ensemble qui le contient et auquel il appartient. Chacun peut appartenir à plusieurs groupes d'appartenance (famille, groupe d'amis, société...). La constitution du groupe d'appartenance impose à ses membres une solidarité de corps, une différenciation du contexte général. Tout trauma peut être à l'origine d'une altération du sentiment d'appartenance à l'humanité du sujet.

Le maintien dans l'appartenance est assuré par la transmission des croyances, les rituels d'appartenance sont les vecteurs de cette transmission. Leur fonction est de participer à la constitution et au maintien des groupes.

Les rituels d'appartenance : à risque d'être évités

Quel rituel peut soutenir ? Une famille très éprouvée par une catastrophe est en danger de déritualisation. Ou de fabriquer temporairement des rituels qui risquent ensuite de s'enkyster.

Un chauffeur de bus agressé, dont le bus a été brûlé, consulte sur ERIC, il est accompagné de son amie de fraîche date. Ils sont ensemble depuis 4 mois. Monsieur ne veut pas appeler sa famille au pays (les Antilles) car sa mère est malade. J'évoque

avec lui ce qui le réconfortait enfant, la tisane de sa tante. Il évoque son odeur, son amie du même pays reconnaît la plante et s'engage à la lui procurer...

Mme dort avec sa fille depuis son agression. Elle s'endort alors «comme quand elle était bébé». Nous rappelons à Monsieur l'importance de ne pas se faire trop petit, afin que son épouse revienne à ses côtés. Comment organiser ce nouveau rituel ?

Confirmer l'appartenance au groupe familial et donc s'autoriser à rencontrer les proches en entretien, renforcer les appartenances existantes, réinventer de nouveaux rituels temporaires.

La croyance : en question

La personne peut être bouleversée dans ses croyances, elle qui a toujours été juste, pourquoi dieu l'a-t-elle puni ? Comment rebondir privée, amputée de ses croyances ?

Nous pouvons alors parler du respect immense que nous avons envers les croyances de chacun. La personne ou un membre de sa famille peut-elle rencontrer un religieux ?

La perte de sens

Chacun peut s'interroger sur le sens de l'évènement ou nous demander de donner du sens, ou dénoncer une quête de sens stérile. Les ressources de la famille peuvent autoriser le questionnement tout en supportant la non réponse. Notre intervention peut recentrer sur l'actuel des préoccupations.

La perte de contrôle

Une position pédagogique ajustée, sans être professorale ni prophétique permet à chacun de reprendre pied, reconnaître une partie de son vécu qui semble alors moins étranger, une partie du vécu de la victime, qui est alors moins à risque de rejet. Nous tenterons, avec la famille, de favoriser la reprise de contrôle de la victime, dans un tempo mesuré. Par exemple, accompagner une reprise de travail progressive sous le «contrôle» du conjoint, ou encore une «conduite accompagnée» de la voiture ou encore un partage des aller-retour à l'école pour reprendre pied dans le quotidien sans trop s'épuiser. L'idée est de reconnaître la douleur et de soutenir le processus de sortie de crise ou de «sortir du temps traumatique».

Accueillir, contenir

Les mouvements de colère, impuissance, culpabilité.

Attention aux mouvements de culpabilisation, de disqualification.

Qu'en est-il du «débriefing familial ?»

La technique de débriefing ne peut être appliquée en tant que telle dans le temps de la crise familiale. Ce n'est pas une priorité, le risque est celui d'accroître la confusion et la fusion. En effet, il faut être vigilant à ce que les informations données puissent être accessibles à ce que les enfants sont en mesure de comprendre et de se représenter.

Le vécu intime d'une victime n'est pas forcément à entendre par son conjoint, son enfant, son parent, d'autant plus qu'ils traversent une période de fragilisation de leurs frontières interpersonnelles.

Etre support de résilience familiale, c'est se tenir dans un premier temps à des objectifs de crise. Pour éviter d'accentuer le fossé entre la victime et ses proches, il nous faut contribuer à rendre la victime compréhensible à sa famille, aider à la diminution de ses symptômes afin qu'une désynchronisation entre la victime et ses proches ne se fixe pas dans un vécu traumatique interminable. Il sera alors possible d'inscrire l'histoire traumatique dans l'histoire familiale plutôt que de la limiter à l'histoire individuelle.

Bibliographie

BRONCHARD M., ROBIN M. et al. (2001) : Prise en charge des adolescents et des adultes victimes de viols extra-familiaux dans les suites récentes de leur agression, *Encéphale*, 27, 1, 1-7

BREWIN C.R., ANDREWS B., VALENTINE J.D. (2000) : Meta-analysis of risk factors for post-traumatic stress disorder in trauma-exposed adults, *J Consult Clin Psychol*, 68, 5, 748-66

BYING-HALL J. (1995) : Creating a secure family base. Some implications of attachment theory for family therapy, *Fam Process*, 34, 1, 45-58

CHUQUET M. (2010) : *Prévention et prise en charge des complications du deuil après suicide. A propos de quatre cas*, Thèse pour le doctorat en médecine, Paris

COHEN S. et WILLS T.A. (1985) : Stress, social support, and the buffering hypothesis, *Psychol Bull*, 98, 2, 310-57

CROCQ L. (ed.) (2007) : Traumatismes psychiques. Prise en charge psychologique des victimes, Paris, Masson

CYRULNIK B. (1999) : Un meilleur malheur, Paris, Odile Jacob

DE CLERCQ M. (1995) : Les répercussions des syndromes de stress post-traumatique sur les familles, *Thérapie familiale*, 16, 2, 185-93

DELAGE M. (2009) : Les pertes traumatiques dans la famille. Abords conceptuels et thérapeutiques, *Revue francophone du stress et du trauma*, 1, 27-34

DELAGE M. (2008) : *La résilience familiale*, Paris, Odile Jacob

DELAGE M. (2004) : Résilience dans la famille et tuteurs de résilience. Qu'en fait le systémicien ?, *Thérapie familiale*, 3, 25, 339-347

DELAGE M. (2003) : Réflexions préliminaires à une intervention thérapeutique auprès des familles confrontées au traumatisme psychique, *Thérapie familiale*, 4, 24, 417- 433

DELAGE M. (2002) : Aide à la résilience familiale dans les situations traumatiques, *Thérapie familiale*, 3, 23, 269- 287

EHLIY C. et ZELTNER L. (2009) : La temporalité à l'épreuve de l'expérience. Temps du trauma, temps de la crise, limites, distinctions et complémentarité, *communication à l'AFORCUMP*, Poitiers

FONAGY P. et TARGET M. (1997) : Attachment and reflexive function : their role in self-organisation, *Dev Psychopathol*, 9, 4, 679-700

GUEDENAY N. et GUEDENAY A. (2006) : *L'attachement, concepts et applications*, Paris, Masson

GUIONNET S. (2008) : *Traumatisme psychique et soins précoces. Intérêt d'une approche intégrée familiale et socioprofessionnelle. A propos de la prise en charge de 4 cas*, Thèse pour le doctorat en médecine, Paris

OZER E.J., BEST S.R., LIPSEY T.L. (2003) : Predictors of post-traumatic stress disorder and symptoms in adults. A meta-analysis, *Psychol Bull*, 129, 1, 52-73

PITTMAN F.S. (1979) : Pour faire face aux urgences psychiatriques. Définir la crise familiale, in BLOCH D. (ed.) : *Techniques de base en thérapie familiale*, Paris, éditions universitaires J.P. Delarge, 55-66

ROMANO H. (2009) : *Dis, c'est comment quand on est mort ? Accompagner l'enfant sur le chemin du chagrin*, La pensée sauvage

ROMANO H. (2006) : Enfant et adolescents face à un évènement traumatique. Quelle prise en charge en immédiat ?, *Revue francophone du stress et du trauma*, 6, 4, 239-246

VERMEIREN E. (2001) : Abord thérapeutique des troubles psychotraumatiques. Implication de l'entourage familial et extrafamilial, *Revue francophone du stress et du trauma*, 1, 5, 261-71



Cet article est une exclusivité du *Chameau psychiatrique*. Pour le citer :

Zeltner L. (2011): Traumatisme et famille, *Le chameau psychiatrique*, www.chameaupsy.com/articles-originaux/106-lz-2011