

Résilience, Attachement et Famille

Réflexions pour une intervention thérapeutique dans les situations traumatiques.

Je rappelle que dans l'optique qui nous réunit ici, le traumatisme peut concerner une personne ou un ensemble de personnes proches, soit que les unes et les autres sont directement atteintes par la ou les expériences dommageables, soit que les blessures sont plus indirectes, comme par ricochet en somme, et liées à l'onde de choc émotionnelle diffusant avec une grande intensité auprès de ceux qui sont affectivement concernés par l'atteinte de l'un des leurs.

Je précise que la clinique que j'évoque est celle du temps à moyen terme après un drame, dans ce temps de quelques semaines à 2 ou 3 ans durant lequel une famille peut " récupérer ", un processus de résilience peut se mettre en place, ou tout au contraire des souffrances plus ou moins handicapantes se chronicisant et orientent vers des dysfonctionnalités durables.

Je vais diviser mon propos en 2 parties :

- dans une 1ère partie, j'aborderai certains aspects du traumatisme dans la famille sous l'angle du besoin de protection et de l'attachement.
- Dans une 2ème partie, je réfléchirai aux conséquences thérapeutiques des caractéristiques cliniques développées dans la 1ère partie.

I. Traumatisme dans la famille et attachement :

De nombreux facteurs individuels et interactionnels, comportementaux et psychiques sont concernés dans une famille confrontée au traumatisme. Il n'y a pas place ici pour aborder tous ces facteurs. Je vais me centrer sur ce qui constitue à mon sens

A) la 1ère tâche de la famille : sa capacité, comme groupe d'appartenance à constituer un espace, un lieu de protection et de régulation des émotions. Celui-ci se comprend à 4 niveaux :

1. d'abord le réconfort, l'accompagnement de ceux qui sont psychiquement blessés.
2. ensuite l'attention accordée à ceux, qui bien que non blessés sont tout de même en souffrance, notamment les enfants, sans oublier les plus jeunes dont on croit trop souvent qu'ils ne comprennent pas. De toutes façons les jeunes enfants ont des besoins pour la satisfaction desquels leurs parents doivent rester disponibles malgré leurs souffrance.
3. Ensuite encore, le maintien d'une fonctionnalité satisfaisante dans la famille. Ces

circonstances imposent souvent ici des changements des modifications. Certains enjeux doivent être respectés.

- Ainsi les grandes fonctions physiologiques dévolues à la famille continuent d'être assurées : l'alimentation, les repas, le sommeil, l'habillement, la propreté, ainsi que les rythmes ; en somme, des besoins de base dont la satisfaction doit permettre un cadre de vie assurant une stabilité nécessaire au développement des plus jeunes.
 - De même les rituels doivent pouvoir être maintenus et restaurés, ou plus exactement une activité rituelle. Les rituels d'union sont notamment importants, ceux par exemple qui permettent les rassemblements familiaux à l'occasion d'anniversaires, de fêtes.
 - Des suppléances et complémentarités doivent pouvoir aussi s'exercer lorsque certaines personnes ont disparues ou que du fait de leurs blessures et de leurs souffrances elles ne sont plus en capacité de tenir leur place et d'exercer leur rôle habituel. Il arrive que toute la vie familiale doive se réorganiser, et que certains se trouvent dans la nécessité de remplir de nouvelles tâches, parfois même d'occuper une nouvelle place, de façon provisoire ou durable.
4. Enfin le 4ème niveau, dans l'optique d'une protection concerne la possibilité pour la famille d'être suffisamment ouverte sur l'extérieur, en vue de pouvoir compter sur l'environnement en cas de besoin, notamment quand des suppléances sont nécessaires. Encore faut-il que de son côté l'environnement soit suffisamment attentif et en possibilité de disposer de ressources.

B) On peut, à propos de ces 4 niveaux de protection, évoquer la notion de base familiale de sécurité, définie par BYNG-HALL. Cet auteur considère la base de sécurité comme la possibilité que dans la famille, chacun puisse recevoir de l'aide des autres en cas de besoin, quels que soient sa place et son rôle au sein de la famille. Plus précisément, je dirais que les 4 niveaux de protection que je viens d'énumérer peuvent être atteints lorsque dans la famille, on a la capacité à réguler la vie émotionnelle qui s'y développe, c'est-à-dire à moduler, apaiser les émotions négatives, et éventuellement à stimuler les émotions positives. C'est précisément ce que permettent des attachements " sécurisés ".

L'attachement a été essentiellement travaillé dans la relation dyadique de l'enfant avec une figure d'attachement. Considérer du point de vue de l'attachement un ensemble de plusieurs personnes conduit à d'importantes difficultés méthodologiques.

Toutefois, l'expérience clinique nous confronte à des familles au sein desquelles nous percevons un climat, une ambiance, un style relationnel plus ou moins sécurisé. Celui-ci, au delà des particularités individuelles ou sous-systémiques qui peuvent être repérées, semble

relever d'un accord tacite, d'un ajustement de tous dans la famille autour de certains patterns transactionnels, ou des modalités d'attachement de l'un des partenaires. C'est ce qui m'a conduit à la notion empirique de " style relationnel généralisé ", sécure ou insécure, voir encore désorganisé.

Evidemment la qualité de la base familiale de sécurité dépend de ces patterns transactionnels.

C) Le problème auquel se trouve confrontée une famille atteinte par le traumatisme, est que les besoins d'attachement des uns et des autres sont fortement activés. Les stratégies relationnelles susceptibles d'être mises en place dans l'optique d'une protection s'orientent vers deux grandes tendances, selon qu'elles se développent dans une certaine flexibilité, ou selon qu'elles font appel à la rigidité.

1. la tendance qui nous intéresse dans l'optique de la résilience est celle qui est dominée par la flexibilité.

On a la possibilité d'avoir recours à des innovations, à des capacités créatives, à un changement de type II pour s'organiser dans la vie familiale, et collaborer à la résolution des problèmes imposés par la situation. On est, jusque dans certaines limites malgré tout, en capacité d'être attentif à la souffrance et aux besoins des autres malgré sa propre souffrance. Autrement dit, on conserve des capacités empathiques secondaires, celles qui grâce au traitement cognitif des émotions, permettent d'être sensibles aux émotions des autres, de les comprendre, alors même qu'on ne les éprouve pas et qu'on les différencie de celles qui sont propres à soi.

Le changement de type II que je viens d'évoquer peut signifier ici la possibilité d'une régulation émotionnelle interactive grâce à laquelle les émotions brutes, après avoir été échangées, partagées, peuvent faire l'objet d'un travail d'élaboration, de transformation.

La base familiale de sécurité suppose que dans la famille il est possible à chacun d'extérioriser sa détresse de sorte qu'un autre, ou des autres, ou l'ensemble familial puisse faire retour à l'émetteur de ses émotions négatives sous la forme " d'éléments contenantants ", de commentaires significatifs ou d'autres formes de communication apaisante.

De toutes façons un travail de mentalisation est rendu possible, c'est-à-dire une

transformation une mise en sens qui opère un passage d'une signification sémiotique préconsciente de l'expérience à une élaboration sémantique individuelle et collective.

La flexibilité permet ici un mouvement de va et vient entre soi et l'autre. Le traumatisme est susceptible d'atteindre cette capacité, dans la mesure où ceux qui pourraient être en position de CAREGIVERS sont susceptibles d'activer leurs propres besoins d'attachement, tellement ils sont envahis par la détresse.

a) La flexibilité que j'évoque est corrélée à l'attachement " sécuritaire " et elle s'appuie sur une flexibilité des " modèles internes opérants (M.I.O) ". Cela signifie que ces M.I.O fonctionnent comme des systèmes ouverts capables de s'enrichir de l'expérience de sorte que les représentations se transforment. Cela se traduit du point de vue relationnel, transactionnel par :

- de bonnes capacités de communications,
- une liberté dans l'expression des émotions, des sentiments, de sorte que chacun peut dire ou taire ce qu'il éprouve sans subir de pressions explicites ou implicites de la part des autres.

b) Dans ces conditions, il existe dans la famille un assez bon niveau d'expression et de partage des émotions. Ce point est d'une grande importance. En effet, chacun d'entre nous, nous éprouvons en général le besoin de partager nos émotions, les négatives comme les positives. La famille constitue le lieu privilégié de ce partage. On a montré (RIME) que sous l'influence du stress le niveau de partage augmente. Ça n'est pas tant que cela soulage, comme on a eu trop tendance à le dire avec l'idée de la catharsis, c'est que l'attitude d'autrui la reconnaissance qu'il manifeste, sa capacité verbale de réaction nous aide à assurer un traitement cognitif qui intéresse l'un et l'autre de l'expérience vécue par l'un.

Toutefois lorsque le stress devient intense, la dimension verbale du partage s'appauvrit, tandis que la dimension non verbale s'accroît parfois considérablement. Le traumatisme familial se situe précisément à un point de rupture où l'expression verbale est bloquée. Il n'y a plus de traitement cognitif possible.

Autrement dit, le recours à la pensée ne fonctionne plus. Le point de rupture est susceptible d'être atteint plus ou moins rapidement selon la situation rencontrée, et selon le niveau de vulnérabilité de la famille. Cette vulnérabilité est plus grande lorsque ce sont les attachements inséculaires qui dominaient antérieurement au drame.

Dans une famille où s'étaient développés des attachements sécuritaires avant la catastrophe,

on peut évoquer, pour chacun et pour tous, une fenêtre de tolérance émotionnelle relativement large.

OGDEN a indiqué sous le terme de fenêtre de tolérance la capacité d'une personne à faire face à un élément stressant. Si la charge émotionnelle que cette personne subit se situe à l'intérieur de la fenêtre de tolérance, cela signifie que des réponses adaptées sont possibles, ainsi qu'un traitement cognitif intégré.

Cependant, il est possible que la charge émotionnelle soit telle qu'elle déclenche des réponses en dehors de la zone d'équilibre que représente cette fenêtre de tolérance. Il s'ensuit une réponse purement réflexe, sans possibilité de traitement cognitif. La sortie de la fenêtre de tolérance s'effectue par le haut et se traduit dans ce cas par une hyperexcitation avec hyperexpression émotionnelle et agitation ; ou bien la sortie de la fenêtre de tolérance s'effectue par le bas, avec alors une hyperexcitation manifestée dans la sidération, l'inhibition, l'engourdissement, la dissociation.

Donc la fenêtre de tolérance présente selon les personnes une plus ou moins grande amplitude, et cette amplitude est corrélée à la qualité de l'attachement.

On peut donc appliquer le même raisonnement à un ensemble familial, de sorte qu'à l'intérieur de la fenêtre de tolérance, on a de bonnes capacités globales de traitement collectif des émotions, et que d'autre part on sait développer des aides permettant à ceux qui sont envahis par un débordement émotionnel, de retrouver des capacités de récupération afin de réintégrer leur propre fenêtre de tolérance. Bien sûr, cela ne signifie pas l'absence de souffrance, et cela ne signifie pas l'absence de débordement dans des épreuves majeures, mais on a des capacités de récupération qui permettent de se retrouver à l'intérieur de la fenêtre de tolérance.

2. Mais il existe une autre façon pour la famille de tenter de s'orienter vers la protection. Cette deuxième façon est dominée par la rigidité. Cela signifie qu'au lieu d'aller dans la direction de l'innovation et de ressources créatives, une telle famille durcit les stratégies adaptatives qu'elle connaît. Elle reste à l'intérieur de changement de type I. Il en est ainsi parce qu'on active des attachements insécures, que les besoins de protection sont rapidement mis en jeu, mais d'une manière problématique parce que les M.I.O fonctionnent comme des systèmes fermés, c'est-à-dire selon une rigidité représentationnelle défensive. Ainsi on utilisera de manière durable le non-dit, le clivage, le déni.

Dans une telle famille la régulation et la modulation émotionnelle est toujours difficile :

- d'une part, la fenêtre de tolérance émotionnelle est étroite, conduisant à des débordements rapides.
- d'autre part, les stratégies utilisées sont mal adaptées et ne permettent pas une suffisante " détoxification " des émotions négatives.

On peut distinguer deux cas de figures :

a) Quand ce sont les attachements inséculs préoccupés qui dominant, le débordement de la fenêtre émotionnelle conduit à des patterns transactionnels saturés par l'expression émotionnelle dans ses dimensions non verbales. L'empathie est souvent activée dans sa seule dimension émotionnelle, conduisant à la détresse dans laquelle chacun est gagné par l'émotion des autres, dans l'incapacité de s'en distancier, de s'en différencier, au point de ne pas reconnaître la spécificité des émotions des autres, à qui il est susceptible d'attribuer les siennes propres.

D'un côté on se protège beaucoup dans cette famille, on se rapproche, au point parfois que les blessés s'y sentent étouffés, confinés dans une victimisation dont on ne les aide pas à sortir. En même temps on se ferme excessivement, on se replie sur une douleur que les autres, les étrangers à la famille ne peuvent pas comprendre. Mais on a du mal à communiquer entre soi verbalement. On a du mal à mettre des mots sur la souffrance.

b) Quand ce sont les attachements évitant qui dominant, le débordement de la fenêtre de tolérance émotionnelle conduit, à l'inverse du cas précédent, à des patterns transactionnels d'où la charge émotionnelle est évacuée, selon le mécanisme de l'exclusion défensive que nous a décrit BOWLBY. On vit sur un mode opératoire, factuel. On est susceptible de s'entraider, mais à un niveau concret, matériel. Sous couvert de protéger les autres, et notamment les blessés psychiques, on a surtout besoin de se protéger soi-même et de sa propre douleur. Donc, on évite de parler de ce qui pourrait faire mal, on réprime l'expression de ses émotions. La distance relationnelle au lieu de se resserrer s'accroît. De cette manière les plus atteints ne se sentent pas reconnus dans leur souffrance. Non réconfortés, non soutenus, ils vivent une " traumatisation secondaire ", dans lequel ils apprennent à ne pas pouvoir compter sur les autres pour être aidés, ou plus exactement dans lequel ils sont confrontés dans l'idée qu'ils ne peuvent pas compter sur les autres pour être aidés.

Les effets de cette traumatisation secondaire seront d'autant plus néfastes qu'ils vont se

prolonger et se transmettre.

II - L'aide thérapeutique :

Comme j'y ai déjà insisté, cette aide thérapeutique est d'autant plus cruciale dans ce temps du moyen terme, que paradoxalement les familles les plus en souffrance risquent de ne pas consulter. Il y a plusieurs raisons à cela, sur lesquelles je ne peux m'étendre. Mais l'une de ces raisons, d'importance majeure est que les familles se ferment sur leurs souffrances et évitent de rencontrer quelqu'un qui, étranger à ces souffrances ne peut pas les comprendre, ou quelqu'un qui, en faisant parler les personnes de ce qu'elles ont vécu revivrait trop les douleurs.

Donc trois éléments me semblent devoir être soulignés :

- je dirais juste ici quelques mots du premier ; la nécessité d'une offre d'aide. Ce qui en effet compte pour aider les personnes et les familles en détresse, c'est le niveau d'engagement des professionnels. L'offre d'aide doit pouvoir être relayée par toute la chaîne des soignants ou des intervenants dans le champ médico-social et éducatif, que tel ou tel dans la famille ne manque pas à un moment donné de rencontrer. Les médecins généralistes notamment sont souvent en première ligne. Encore faut-il que des dispositifs spécifiques de prise en charge existent et que le niveau d'information soit suffisant parmi les professionnels, pour que les familles puissent être correctement orientées.
- le deuxième élément que je veux souligner réside dans la posture du thérapeute, et le troisième concerne les spécificités du travail thérapeutique orientées vers un soutien à la mentalisation. Ce sont donc ces deux éléments que je vais étudier.

A) D'abord la posture du thérapeute :

La référence à la théorie de l'attachement aide à clarifier cette posture. Nous avons en effet à répondre à un besoin fondamental de protection et de sécurité dans la famille. Cela signifie que nous devons pouvoir constituer une base de sécurité suppléante et provisoire, et pour cela développer des capacités de CAREGIVER.

Nous devons au préalable nous tenir à distance de deux dangers :

- il y a le danger de la sidération lorsque nous sommes contaminés par les émotions de la famille, et le caractère parfois horrible de la situation. Nous risquons alors d'être vidés de notre pensée, impuissants, en panne. Evidemment les résonances avec

l'histoire personnelle et d'éventuels antécédents traumatiques jouent ici un grand rôle.

- Il y a le danger de la fascination et de l'attirance excessive vers le contenu informatif, en cherchant à faire exprimer des détails, des précisions, sans se préoccuper suffisamment du processus relationnel dans lequel nous sommes engagés. Le temps des premières rencontres n'est pas le temps des précisions. Il est le temps du réconfort, et de la construction d'un climat.

Donc viser l'instauration d'une base de sécurité suppléante et provisoire suppose un travail qui porte sur la régulation des émotions.

Il me semble pouvoir essayer de théoriser la pratique de ces premières rencontres en retenant une disposition mentale particulière et une activité soignante bien définie.

1. La disposition mentale particulière se résume dans la notion d'empathie. Je ne veux pas dire par là, la compassion. Je veux dire, la capacité cognitive qui permet de repérer et d'identifier les besoins émotionnels de quelqu'un en étant animé du souci de répondre rapidement à ses signaux de détresse, de trouver la ou les réponses adéquates. Cela signifie en même temps la capacité pour le thérapeute à nettoyer ses propres émotions et à mettre en pensée ce qu'il éprouve, pour le différencier de ce qu'il croit comprendre chez autrui. La cothérapie aide grandement à ce travail.
2. L'activité soignante est ainsi désignée, parce qu'il me semble que l'attitude d'écoute est insuffisante, si dans la famille on ne perçoit pas en même temps, l'implication, l'engagement du thérapeute. Au fond, il s'agit de construire avec la famille une base de sécurité de sorte que de cette manière, une aide extérieure puisse dans un premier temps suppléer aux défaillances propres à la base de sécurité familiale. Aucun travail psychologique ne peut s'effectuer sans une suffisante restauration d'une sécurité de base. Trois notions sont ici rassemblées, qu'on a l'habitude de confondre plus ou moins et donc de ne pas détailler.

a) La notion de contenance concerne l'ensemble familial :

Il s'agit pour le thérapeute de recueillir les vécus négatifs d'impuissance, d'échec, de pertes, puis à pouvoir les métaboliser, les transformer et les restituer sous une forme plus acceptable. La contenance, c'est d'abord au niveau du thérapeute la capacité de recevoir la détresse, d'encaisser, de se laisser du temps pour réfléchir. Il ne s'agit pas d'être gentil, chaleureux, accueillant et de prononcer des paroles réconfortantes. Il faut comprendre la contenance dans cette idée de transformation susceptible d'orienter la

famille vers un possible travail ultérieur de mise en sens. Cela passe souvent par la nomination par le thérapeute d'émotions trop intenses ou trop complexes pour être dites. Nominations suggérées, sans intrusion, dans le respect de ce qui est montré.

Bien a proposé un modèle d'appareil psychique dyadique entre la mère et l'enfant, de sorte que les éléments négatifs, qui se situent du côté de la sensorialité de l'enfant, puissent faire retour à l'enfant sous forme d'éléments, d'après que la mère ait pu les transformer dans sa rêverie. De même, on peut retenir ici une sensorialité traumatique dans la famille, qui fait contact sans faire lien. La tâche du thérapeute est alors d'aider cette famille à retrouver ses capacités contenant, dès lors que par l'écoute, les échanges circulaires et certaines restitutions verbales de sa part, des mots peuvent être mis sur la sensorialité et commencent à s'organiser en dialogues.

b) " L'accordage affectif ". Ce terme propre à D. STERN me semble ici très approprié pour désigner l'attention qui doit être accordée aux mouvements affectifs de chacun.

La contenance concerne les partenaires familiaux comme constituant un ensemble d'appartenance.

L'accordage concerne la singularité de chacun.

Une personne en détresse, qui s'effondre en larmes pendant le récit d'un autre doit être tout spécialement soutenue. Au besoin, un récit doit être arrêté parce qu'il fait trop mal, parce qu'il suscite trop de douleur chez une personne. Il faut pouvoir éventuellement aller vers cette personne, se mettre à côté, lui toucher l'épaule, l'apaiser. En somme, on doit s'efforcer de rester à l'intérieur de la fenêtre de tolérance émotionnelle. Cela conduit à des entretiens en va et vient, à des écarts, à des mises en décalage, à des retours vers des banalités de la vie quotidienne, lorsque la montée émotionnelle devient trop importante, spécialement traduite dans le langage corporel auquel on doit être attentif. L'objectif n'est pas tant de recueillir des informations sur la situation ou la vie familiale que de mettre en sécurité. Cela signifie qu'on respecte les différences, même celles réputées problématiques comme le déni. Cela signifie aussi qu'on cherche à aider quelqu'un en détresse à définir ses attentes par rapport aux autres ; et on l'aide aussi à respecter la détresse et les attentes d'un autre susceptible de manifester à son tour son désarroi pour d'autres raisons ou à un autre moment de la séance. Cela signifie encore qu'on est spécialement attentif à ceux qui ne disent rien, et semblent réactifs, et avec lesquels un dialogue s'impose pourtant. On reconnaît là ce que I. BOSZORMENYI-NAGY a décrit sous le nom de " partialité multidirectionnelle ".

Etre deux thérapeutes aide beaucoup à réaliser ce travail, lorsque l'un est plus attentif préoccupé de l'ensemble et garde une vision plus globale, plus systémique en visant la

mise en lien des vécus, des sentiments exprimés par les uns et les autres, tandis que le second thérapeute est plus attentif à repérer les mouvements affectifs de chacun.

c) La troisième notion me retiendra moins. C'est celle d'alliance thérapeutique qui vous est familière.

Elle peut apparaître comme le résultat des deux autres. Plus précisément l'alliance thérapeutique se construit autour des résonances, et donc à un niveau non verbal auquel le thérapeute doit être ici spécialement attentif. De ce point de vue la contagion émotionnelle n'est pas véritablement un obstacle, pour peu que le thérapeute soit en capacité de contenir en lui des états émotionnels négatifs, ambigus, confus, en évitant dans un premier temps de dire ou faire quelque chose. Il doit pouvoir recevoir la détresse, encaisser, se laisser le temps de réfléchir à ses propres états émotionnels, de vivre un peu avec, avant de décider ce qu'il va en faire, et ce qu'il va restituer en vue de produire un contexte de sécurité.

S'il est question de stratégie, c'est celle qui vise la régulation émotionnelle. De ce point de vue le thérapeute est à la fois :

- un facilitateur de l'expression des émotions. Sa capacité à se mettre au niveau de l'état affectif de l'autre est essentiel.
- un rassembleur, capable de condenser les émotions des uns et des autres,
- et un réparateur, aidant à la différenciation dans le magma d'émotions diverses qui réunit les uns et les autres.

Le langage de l'image et de la métaphore est spécialement indiqué, car beaucoup mieux et plus étroitement connecté aux émotions que le verbe.

Une grande souplesse dans la mise en place du cadre thérapeutique est nécessaire, de sorte que, à l'inverse de ce qui se pratique d'habitude, c'est le cadre qui tend à s'adapter à la famille en souffrance.

B) Le travail de soutien à la mentalisation :

1. C'est à ce niveau que réside le cœur du processus de résilience. Ce travail de mentalisation est rendu possible par l'ouverture émotionnelle, c'est-à-dire par l'expression et le partage des émotions au sein de la famille; et l'ouverture émotionnelle est possible quand on se sent suffisamment en sécurité dans la famille pour pouvoir faire état de la singularité de ce qu'on éprouve et d'être en capacité de répondre aux émotions des autres. Cela passe par un travail où il est possible d'associer des séances individuelles, des séances collectives, des séances consacrées à certains aspects propres

aux sous-systèmes. Il est en effet certaines choses qui ne peuvent concerner que soi, et d'autres qu'on ne peut partager qu'avec certains, et d'autres encore qu'il est bon d'échanger avec tous. Il peut arriver par exemple que quelqu'un présente des symptômes de stress post-traumatique. Il peut être alors indiqué que soient pratiquées des séances d'E.M.D.R alternées, associées avec les séances familiales.

2. Le chemin vers la mentalisation passe par le développement de la narrativité. C'est la capacité de faire avec nos proches des récits des événements que nous vivons, de la vie que nous percevons, que nous expérimentons et que nous projetons qui sous-tend un espace d'appartenance assurant dans la durée une certaine continuité nécessaire à notre identité. C'est de cette manière qu'on peut comprendre " l'identité narrative ", telle que P. RICOEUR la développe dans ses ouvrages comme " soi-même comme un autre ", " temps et récit ", ou encore " la mémoire, l'histoire, l'oubli ".

Les travaux de ce philosophe sur l'activité narrative et la mémoire sont plus éclairants et utiles pour nous thérapeutes (tout spécialement lorsque nous travaillons sur le traumatisme) que ceux de M. FOUCAULT auquel nous ont habitué les thérapeutes narratifs orientés vers les thérapies brèves. Notamment P. RICOEUR nous situe le récit comme mimesis, c'est à dire comme représentation, tandis que MUTHOS désigne " la mise en intrigue " ou récit proprement dit. Ce MUTHOS, concept clé que l'on trouve dans la poétique d'Aristote concerne une production créative, une opération dynamique.

Si bien que P. RICOEUR distingue pour sa part :

- MIMESIS I qui comporte la pré-compréhension du récit, ce qui permet d'évoquer les circonstances, le contexte, les éléments informationnels nécessaires à la compréhension. Beaucoup de ces éléments sont susceptibles d'apparaître pêle-mêle lors des premières séances.
- MIMESIS II est donc la " mise en intrigue ", c'est à dire l'ordonnement dans une histoire créée par l'auteur de ce qui s'est passé. Ainsi les événements traumatiques sont transformés en une histoire.
- MIMESIS III concerne la refiguration du récit par son auteur après la réaction qu'elle suscite chez le destinataire : c'est ici que se scelle véritablement la mise en sens dans une œuvre conjointe entre l'auteur et l'auditeur du récit. Il en est ainsi en raison des émotions suscitées, c'est-à-dire de la KATHARSIS, troisième concept clé, aux côtés de la MIMESIS et du MUTHOS de la poétique d'Aristote. La fonction cathartique est comprise ici comme l'émotion que suscite le récit chez l'auditeur, et non pas dans son sens détourné qui a été donné par la suite, de vidage de l'émotion, comme d'une purge

qui aurait en soi des effets salvateurs. Les éventuels effets salvateurs viennent de l'autre, et non de la purge en elle-même.

Il y a beaucoup trop de choses chez P. RICOEUR que je ne peux reprendre ici. Je peux seulement vous inciter à le lire.

3. Dans le temps qui me reste imparti, j'ajouterai seulement que sur le chemin à deux sens qui va de l'émotion au récit et du récit à l'émotion, il n'y a pas que des mots. C'est qu'en effet précisément dans le traumatisme, les mots viennent à manquer. Que précisément l'activité narrative est mise en suspens.

C'est ici la fonction du thérapeute que d'aider à sa relance. Il y parvient par sa place de médiateur-traducteur-porteur de la pensée des uns et des autres, et par une mise en figurabilité susceptible de soutenir le nécessaire travail d'élaboration dans la famille.

" Les objets-flottants " tels que nous les ont légués PH. CAILLE et Y. REY sont ici un apport très précieux. Les métaphores que ces objets permettent sont une voie d'entrée privilégiée dans une " spirale narrative " capable de soutenir ce qui rassemble et qui différencie les uns et les autres à partir des capacités offertes de représentation de ce qui ne peut se formuler avec des mots, ou qui se dit autrement, avec des possibilités de dégagement de l'expérience traumatique. Il faut encore ici lire P. RICOEUR " la métaphore vive ".

III. CONCLUSION

Évidemment bien des points ont été passés sous silence. J'ai voulu retenir une division du travail thérapeutique en deux étapes, évidemment schématiques et dans la pratique, souvent entremêlées, plutôt que se succédant. Ces deux étapes rendent l'occurrence d'une résilience plus probable, c'est-à-dire la possibilité d'historiser le passé traumatique, de le transformer et d'engager dans la famille une activité mythopoïétique transmissible.