

IPEC

Formation

Travail d'étude et de recherche présenté pour l'obtention du diplôme de  
thérapeute de couple et de famille

**Prise en charge des familles « traumatisées »  
interrelation : thérapie systémique, théorie de  
l'attachement, thérapie EMDR**

GUETTE-PIRILLI Anaëlle

Sous la direction de :

Pascale Gasparini , Psychologue

Année 2016

IPEC

Manosque



## **Remerciements**

Je voudrais d'abord remercier très chaleureusement Pascale Gasparini qui m'a guidée tout au long de la rédaction de ce mémoire, et ce malgré un départ aux Etats-Unis.

Je souhaite remercier également mes référents de stage et thérapeute familiaux, Bernadette Herman et Jean-François Ampelas pour leur confiance et leurs échanges si riches.

Je remercie aussi toute l'équipe du centre de thérapie familiale de Montperrin ainsi que tous les formateurs de l'IPEC qui m'ont transmis avec passion leurs connaissances et leurs compétences au cours de ces quatre années. Ce mémoire est un des aboutissements de ces quatre années de formation, et je n'en serais pas au même stade aujourd'hui sans eux.

Je remercie vigoureusement l'ensemble du groupe, Pascal, Elodie, Franziska, Julie, Florence, Mathieu, Isabelle, Carole, Liliane, Christine, Marie, Claire, pour avoir contribué à cette expérience enrichissante et avoir partagé avec respect nos expériences et souvent nos émotions.

Enfin un grand merci à Guillaume pour m'avoir aidé dans la rédaction de ce mémoire et toujours encouragé et supporté dans mes choix depuis le début de cette formation.

# Table des matières

Introduction.....	p4
I- Traumatisme et famille.....	p5
1- Introduction.....	p5
2- Retentissement psychologique du traumatisme .....	p6
3- Traumatisme familial.....	p7
II- Attachement et systémie.....	p9
1- Concepts principaux .....	p9
a- Trois grandes caractéristiques.....	p9
b- Modèle Interne Opérant.....	p11
2- Protection, sécurité et attachement.....	p13
a- Base familiale de sécurité .....	p13
b- rôle du thérapeute .....	p13
c- Attachements familiaux .....	p14
III- Travail systémique avec familles traumatisées .....	p17
1- Notion de résilience groupale.....	p18
2- Temps de l'intervention .....	p20
3- Proposition d'une prise en charge intégrative.....	p21
4- Récit familial.....	p25
Questionnement/Ouverture.....	p26
Conclusion.....	p26
Bibliographie.....	p28

# **Prise en charge des familles « traumatisées » interrelation : thérapie systémique, théorie de l'attachement, thérapie EMDR**

## Introduction

Dans le monde actuel, des catastrophes naturelles, les guerres, les attentats, les accidents éprouvent malheureusement souvent de nombreuses personnes et leur famille. Ces familles aboutissent de plus en plus souvent en thérapie familiale et c'est pourquoi il semble très important et intéressant de penser la prise en charge familiale, d'un trauma bien souvent individuel. En effet, généralement le trauma qui touche une personne est souvent pensé et traité logiquement de façon individuelle, alors qu'on se rend compte (Delage, 2008 ; Delage, 2002 Silvestre, 2014) que le vécu traumatique d'un évènement pour une personne retentit et affecte toute sa famille. La famille, et plus spécifiquement les parents, sont la base de sécurité de la famille qui permet à ses autres membres de s'épanouir. Il semble incontournable que les parents puissent être en état de jouer ce rôle de sécurité afin d'aider la personne traumatisée. Il faut donc leur venir en aide, lorsque c'est nécessaire, c'est à dire s'il sont eux-mêmes « gelés » par ce qui est arrivé à leur proche, en leur permettant de retrouver leurs ressources nécessaires pour jouer leur rôle de base de sécurité familiale (Delage 2003 ; Silvestre 2015).

En fonction des ressources toujours disponibles et de l'impact du trauma sur cette famille, deux prises en charge spécifiques semblent possibles et l'une d'elle incorpore la thérapie EMDR. Cet écrit s'intéressera tout d'abord à distinguer ce qu'est un trauma d'un traumatisme, et quel est l'impact de ce dernier sur la famille. Ensuite je présenterai la théorie de l'attachement et son intérêt dans la prise en charge des familles traumatisées en thérapie familiale systémique. Puis j'étudierai comment prendre en charge ces familles avec une approche systémique. Enfin, je proposerai une méthode d'intervention intégrative associant l'EMDR à la thérapie systémique (Silvestre, 2014). Ce cheminement n'est pas là au hasard, il résulte de mes 4 années d'expériences en tant que psychologue où j'ai eu la chance de toujours travailler avec des couples et des familles. Au départ dans ma pratique (sortant d'un master en psychologie clinique du développement), je me questionnais ainsi: « quel type

d'attachement a-t-il/elle construit ?» ou « qu'est-ce qu'il/elle se dit de lui/d'elle-même ? » , « pourquoi il/elle pense ça de lui/d'elle ?» et cela guidait souvent mes entretiens. Puis au cours de mes quatre années de formation à la thérapie familiale systémique, ces questionnements ont évolué. Certains sont restés, d'autres non. Ensuite d'autres questionnements sont apparus, comme : « quelles sont les relations entre ces personnes ? », « comment ce système fonctionne-t-il ? », « qu'est-ce qui fait que cette famille consulte maintenant ? », « qu'est-ce qui se passerait si untel n'était plus malade ? », « Quelle est la place/rôle de ces personnes dans leur famille ? », « quelle est l'injonction paradoxale qui pose problème ? » ou encore « qu'est-ce qui fait que ce thème résonne chez ce parent ? » etc. Puis cela fait un an et demi que nous voyons arriver (à l'unité de thérapie familiale et de couple de l'hôpital de Martigues) des familles endeuillées ou dont l'un des membres souffre d'un ESPT. Je parlerai plus longuement de tous ces questionnements pratiques et cliniques qui me sont apparus lors de ces prises en charge mais, brièvement, j'ai fait le choix de me former à l'EMDR car cette approche m'intéressait et je me suis rendue compte par la suite à quel point cela m'était utile dans mon travail avec les familles traumatisées.

## I- Traumatisme et famille

### 1- Introduction

Cette première partie va s'intéresser à ce qu'il se passe dans une famille lorsqu'un de ses membres, violemment heurté par un événement traumatique, développe et souffre d'un État de Stress Aigu (ESA) voire d'un état de Stress Post-Traumatique (ESPT). Le fait de parler de trauma m'oblige tout d'abord à distinguer ce qui relève de la situation de ce qui relève de l'impact psychologique sur l'individu. Concernant la situation, j'aborderai dans cette partie, et également dans ce mémoire, uniquement les cas où les individus et la familles sont soumis à des agressions extérieures, ce qui inclut les traumas mais exclut les maltraitances intrafamiliales, qui posent d'autres problèmes spécifiques.

Je commencerai tout d'abord par parler du retentissement psychologique sur la personne touchée par un trauma pour ensuite parler de la famille et de l'impact qu'a le trauma lorsqu'un des membres du système souffre d'un ESA ou d'un ESPT.

## 2- Retentissement psychologique du traumatisme

Communément parlant, on a tendance à qualifier une personne de « traumatisée » lorsqu'elle a vécu ou entendu des choses choquantes. Dans ce discours, il résulte de manière tautologique qu'une personne traumatisée serait une personne qui a subi une situation ou un événement qualifié lui-même de « traumatique ». En cela, on confond le coup « trauma » et les conséquences du coup « traumatisme ». En effet, toute personne confrontée à une situation terrible peut développer un État de Stress Aigu mais pas forcément un État de Stress Post-Traumatique (Delage, 2000 ; Delage, 2002). Ainsi, la situation peut par exemple rester dans la fenêtre de tolérance aux affects de l'individu, donc ne pas le submerger d'émotions négatives et ainsi ne pas être traumatisante. Ou encore la personne ayant vécue une situation potentiellement traumatisante peut avoir de bonnes ressources internes ou un environnement suffisamment étayant pour que l'intensité émotionnelle vécue évolue favorablement. En résumé, une situation n'est jamais traumatisante en elle-même, elle ne se révèle « traumatisante » qu'en fonction de facteurs internes et externes à la personne (Delage, 2008).

Contrairement au grand public, les professionnels ne jugent donc pas de l'existence ou non d'un traumatisme d'après la situation, mais d'après une liste objectivée de critères, disponible dans le DSM-V (cf : annexe 1). Plus que les critères eux-mêmes, se sont les retombées pour la personne et son entourage qui nous intéressent dans cet écrit. Synthétiquement, un trauma peut provoquer un sentiment de peur intense, d'horreur et d'impuissance. Ensuite, la personne peut faire des cauchemars, avoir des «flash-backs», des pensées intrusives qui provoquent de la détresse (anxiété, dépression). De façon défensive, la personne peut présenter des comportements d'évitement ou une incapacité à se remémorer l'événement. Elle peut ressentir également un sentiment d'engourdissement émotif, comme se sentir détaché des autres, ou encore être incapable de ressentir des émotions telles que la tendresse ou le désir sexuel. Parfois, les personnes peuvent souffrir d'une hyperactivité : difficulté à se concentrer, à trouver le sommeil, grande nervosité comme s'ils étaient en état d'alerte constante ou état continu d'irritabilité (Servan-Shreiber, 2006). Toutes ces perturbations entraînent non seulement une souffrance cliniquement significative mais également une altération du fonctionnement social et

professionnel. La vie familiale est, malheureusement, fréquemment affectée et cela peut entraîner des conflits majeurs, voire un déchirement des liens familiaux, notamment quand les autres membres de la famille ne comprennent pas les comportements ou attitudes de la personne souffrant du trouble de stress post-traumatique ou lorsque que le système familial est trop rigide ou imperméable à l'expression des émotions (Delage, 2006 ; Delage 2013a). C'est ce point qui m'intéresse plus particulièrement et que je vais détailler ci-après.

### 3- Traumatisme et famille

Comme expliqué précédemment, l'agression subie par un des membres du groupe peut déstabiliser l'ensemble du système c'est ce que je vais appeler le « traumatisme familial ». Les issues d'un drame peuvent ne pas toujours être dramatiques néanmoins un trauma entraîne toujours des dommages relationnels et des changements dans la famille. Le fonctionnement de la famille ainsi que son existence se trouvent irrémédiablement modifiés et parfois les liens entre les personnes peuvent se rompre. En effet, c'est parce qu'il existe des liens affectifs étroits entre les personnes d'une même famille qu'elle se trouve fragilisée, voire sinistrée, par le traumatisme de l'un des siens. Or des études récentes ont montré que l'un des trois facteurs de risque majeurs pour développer un ESPT suite à un trauma est le manque de soutien des proches (Delage 2002). Nous voici donc face à un paradoxe qui veut que la famille soit le lieu le plus naturel d'aide aux victimes et à la fois la plus susceptible d'être elle-même gagnée par le traumatisme. Quand surgit un traumatisme familial à la suite d'un trauma individuel, les liens entre les personnes peuvent être abîmés. Toute personne blessée court le risque de se sentir à nouveau blessée sur le plan relationnel. Elle se sent alors rejetée de sa propre famille et peut se sentir très seule, sans savoir où trouver de l'aide. Lorsque cette blessure relationnelle apparaît, c'est là que l'on parle de traumatisme familial et le risque est que tous les liens qui rapprochaient les membres de la famille se trouvent alors détruits (Delage, 2000 ; Delage, 2003).

Selon la théorie de l'attachement, un de nos besoins fondamentaux et primaires indispensable à notre survie et à notre existence est le besoin de protection. Ce besoin est



présent dès notre plus tendre enfance et perdure jusqu'à notre mort. Cette protection indispensable nous rassure et nous apaise lorsque nous sommes en détresse. Nos figures d'attachement sont celles qui comptent le plus pour nous, celles qui viennent nous consoler, nous chérir lorsqu'on en éprouve le besoin (Dugravier, 2015). Or c'est ce besoin de constante réassurance de ceux qui font partie de l'unité affective et fonctionnelle que le traumatisme vient faire voler en éclats. La détresse relationnelle de tous ramène chacun à l'insuffisance de contenance, et donc de protection : une crise est ouverte et menace l'unité de vie de la famille. Lorsque la douleur, la culpabilité, le désir de vengeance sont prégnants sans qu'aucun réconfort de la part des membres d'une famille ne soit possible, il est normal que la vie relationnelle se désintègre. Deux réactions sont possibles : chaque membre s'enferme dans un mutisme ou au contraire provoque des conflits ouverts en permanence. Les séparations et les divorces sont fréquents, notamment lorsque les situations éprouvent la capacité parentale à protéger son enfant : 70% des couples ayant perdu un enfant divorcent dans les 3 ans qui suivent le décès (Morris Smith, 2015)... A l'inverse, il arrive que certaines familles n'explosent pas mais implosent. Elles disparaissent à trop vouloir garder leur unité à tout prix, et notamment au prix d'un véritable gel relationnel et psychique. Ces familles rigidifient tout leur fonctionnement et s'immobilisent. Dans ces familles, c'est comme si le temps s'était arrêté au moment du trauma sans qu'aucune projection dans l'avenir ne soit possible. Un ensemble de comportements stéréotypés se met en place autour du désespoir. C'est le cas lorsque dans une famille, par exemple, le père meurt d'un accident tragique et qu'ensuite les enfants restent au domicile avec la mère, demeurent célibataires, ne refondent pas leur famille, et se coupent de tous liens sociaux (Delage, 2002 ; Delage 2008).

Nous venons de voir ce qu'il peut se passer dans une famille quand elle est touchée par un trauma. Avant de voir plus en détail comment elle se réorganise et comment, en tant que thérapeute, nous pouvons aider ces familles à garder leur fonction régulatrice, nous allons étudier la théorie de l'attachement. Cette partie permettra d'éclairer les propos suivants.

## II- Attachement

La théorie de l'attachement telle qu'elle a été développée par John Bowlby et ses continuateurs nous offre un bon modèle pour penser les liens intrafamiliaux et ce qu'il se joue lorsque surgit un traumatisme familial.

Nous venons de voir qu'un traumatisme vécu par une personne peut influencer tout le fonctionnement d'une famille. L'attachement est important car il a une action sur le développement des stratégies de régulation de l'affect de l'enfant.

Je commencerai par examiner rapidement les principaux concepts de la théorie de l'attachement pour ensuite m'intéresser plus particulièrement au système familial comme groupe d'attachement.

### 1- Concepts principaux

#### a- Trois grandes caractéristiques

Trois grandes caractéristiques de l'attachement peuvent-être dégagées des travaux qui lui sont consacrés.

- l'attachement se compose de deux systèmes motivationnels étroitement liés : la proximité physique de la figure d'attachement d'une part et l'exploration de l'environnement d'autre part. Pour que cela soit possible il est nécessaire qu'une stimulation active du parent soit exercée (Macfie, 2005).

- L'attachement peut se comprendre comme un système de modulation entre l'apaisement des tensions et des émotions négatives d'un coté et la stimulation des émotions positives de l'autre. Cette régulation harmonieuse des deux systèmes motivationnels est continue et non en on-off, et elle est acquise dans la relation à l'autre. Exemple : le bercement d'un enfant apaise et à la fois réalise une stimulation vestibulaire. C'est l'engagement positif continu de la figure d'attachement qui réduit le niveau général de stress de l'enfant. Les facteurs proximaux de cette modulation des affects résultent donc partiellement dans des interactions directes avec les figures d'attachement. Concernant les facteurs distaux, ils interviennent indirectement en étant responsables de l'ambiance générale qui règne dans la famille. Ces facteurs sont par exemple la qualité des relations amicales et sociales des parents, la qualité de la vie conjugale, ainsi que la qualité relationnelle qu'ils ont avec leurs

propres parents. En grandissant, l'enfant y sera de plus en plus sensible, et sera plus à même de les percevoir ainsi que de les explorer (Mistycki, 2007).

– l'attachement comporte toujours un aspect comportemental et un aspect représentationnel. La composante comportementale est prépondérante dans les interactions précoces parent-enfant. L'enfant intériorise ces interactions et construit ses modèles internes opérants. Ceci lui confère une base de sécurité interne à laquelle il peut désormais se référer en cas de besoin. La composante représentationnelle est secondaire. L'enfant intériorise des interactions qu'il a avec ses figures d'attachement, il en construit des Modèles Internes Opérants qui se stabilisent jusqu'à une représentation du lien. L'attachement est donc d'abord un processus interactionnel puis un ensemble relationnel et régulateur de la vie émotionnelle, et finalement un lien. Ainsi l'enfant n'acquiert pas seulement la représentation de soi en relation avec l'autre, mais aussi de soi en relation avec l'un et l'autre. L'enfant va être capable au cours du temps de différencier les différents types de relations (Marquebreucq, 2012). Ainsi, il différencie les liens conjugaux, les liens parentaux et les liens fraternels. Pour que cette différenciation soit possible, il faut qu'il dispose d'une flexibilité représentationnelle. Ce sont des attachements sécurisés qui permettent cette flexibilité.

La théorie de l'attachement met le focus sur le fait que les parents sont le rempart pour les enfants et la façon dont l'information atteint les enfants dépend de ce que l'on va en délivrer. L'attachement est comme un lien affectif qui organise l'enfant dans différents contextes sur le plan cognitif, émotionnel, social et physiologique. Nous pouvons illustrer ce propos en prenant une image d'un enfant de trois ans qui est avec ses parents dans un grand parking du supermarché. L'enfant de trois ans peut faire preuve de vigilance due à l'environnement. Il peut également prendre la main de son parent, cela lui permettra de diminuer son rythme cardiaque et ses peurs et d'augmenter son attention (tout ça rien qu'en prenant une main !). Il utilise donc la présence de ses parents pour gérer ce qui lui arrive. A l'inverse, s'il se sent rejeté, il ne prendra pas la main du parent, justement pour ne pas se faire rejeter. Ce phénomène organisationnel orchestre les émotions et se développe tous les jours à l'égard des signaux et des gestes des parents. La sensibilité des comportements parentaux comporte trois critères : la prévisibilité, le caractère approprié et le caractère chaleureux. Par exemple, lorsqu'un bébé de trois ou quatre mois pleure,

dans un premier cas les parents arrivent et sourient à l'enfant. Dans un deuxième cas personne ne vient, ou lorsque le parent arrive, il ne sourie pas voire se montre hostile. L'enfant apprend des choses sur la valeur qu'il a et sur l'importance qu'il a pour les gens les plus importants avec lesquels il vit (Dugravier, 2015, Pierrehumbert 2007). Ce sont ces expériences de vie qui vont développer chez lui son attachement. En fonction des principaux comportements du parent, quatre types d'attachement ont été distingués et peuvent être résumés dans le tableau suivant :

	Prévisibilité	Cohérence	Chaleur
Sécure	+	+	+
Évitant	+	+/-	-
Ambivalent/ résistant	-	+/-	+
Désorganisé	-	-	-

Ces différents styles d'attachement seront plus amplement détaillés ci-après lorsqu'il sera question des attachements familiaux (p14).

### b- Les Modèles Internes Opérants

La notion de Modèle Interne Opérant (MIO) est également fondatrice. J. Bowlby a développé le concept de MIO pour désigner les modèles mentaux que l'enfant se construit. L'enfant intègre des séquences interactives avec ses figures d'attachement dans sa mémoire procédurale. Les MIO résultent ainsi de schémas cognitifs construits à partir de l'intériorisation de ces séquences interactives et en particulier des réponses les plus saillantes et les plus fréquentes de la figure d'attachement. Les MIO se construisent progressivement en fonction de l'histoire des réactions des parents aux besoins du jeune enfant et créent un niveau de représentation plus ou moins conscient ou automatique. Les modalités dont le parent fait preuve dans la prise en soin de son enfant ont donc une place fondamentale dans la construction de ces MIO (Pinto, 2011).

Les MIO donnent ensuite lieu à deux modèles : un modèle de soi comme représentation de soi plus ou moins digne d'être aimé et un modèle d'autrui représentant la confiance à

l'égard des autres ou non en particulier en situation d'alarme et de détresse. Ces MIO ont une fonction dynamique car ils opèrent dans la vie de l'enfant comme un filtre stable en colorant sa réalité d'une certaine manière. Ils guident l'enfant dans sa manière de se comporter et de comprendre le comportement d'autrui. Ces représentations de soi et des autres, construites à partir de la relation entre l'enfant et sa figure d'attachement, accompagneront plus tard l'individu et influenceront ses pensées, ses sentiments et ses comportements dans ses relations à l'adolescence et à l'âge adulte. Bowlby (1978) précise à ce sujet que « pour la plupart des individus, le lien avec les parents persiste dans la vie d'adulte et affecte le comportement d'innombrables manières. » (Goldbeter, 2005).

Les modèles internes opérants sécurisés fonctionnent comme des systèmes ouverts et s'enrichissent des données issues de nouvelles expériences vécues. À l'inverse les attachements insécures sont caractérisés par une certaine rigidité représentationnelle liée aux stratégies défensives qui doivent être utilisées pour pallier aux attentes affectives insatisfaites. Ainsi les relations aussi bien avec les proches que dans la vie sociale vont manquer de souplesse et de capacité adaptative. De façon plus pratique, la théorie de l'attachement montre que les parents sont là pour aider l'enfant à gérer ses émotions. L'attachement sécurisé assure donc à l'enfant un bon développement cognitif, une meilleure régulation de ses émotions et de ses fonctions exécutives. L'enfant développe des MIO de type « je suis digne d'amour », « je suis quelqu'un de bien », « je peux faire confiance » etc. . Lorsque l'attachement n'est pas sécurisé l'enfant risque de développer une anxiété ou une dépression par une intériorisation de ses émotions. À l'inverse il peut réagir de façon à extérioriser à l'extrême ses émotions et faire preuve d'agressivité. L'enfant développe des MIO de type « je ne suis pas aimable », « je suis mauvais », « je ne peux faire confiance en personnes » etc. (Macfie 2005) .

La théorie de l'attachement ne s'applique pas seulement aux enfants. Elle peut permettre de comprendre des interactions et des relations comme les relations amoureuses, les liens entre les pairs, le développement de la personnalité et les relations dans d'autres contextes. Le lien avec d'autres adultes est donc très important pour l'enfant et la personne en général (Marquebreucq, 2012 ; Scarano de Mendonça, 2008).

## 2- Protection, sécurité et attachement

### a- Base familiale de sécurité

Cette base, qui découle du style d'attachement, consiste en la possibilité pour chaque membre d'une famille de pouvoir recourir à certaines ressources au sein de la famille afin d'assurer le réconfort dans les situations de stress, de séparations, de perte, de traumatismes c'est à dire dans toutes les situations pouvant mettre à mal la base de sécurité interne d'un des membres et activer ses besoins d'attachement (protection). Chaque membre du groupe peut recevoir ou apporter de l'aide en fonction de ses possibilités. De plus, dans ces familles, les personnes sont capables de prendre soin de ceux qui souffrent tout en maintenant un climat relationnel de qualité (Byng-Hall, 1995 ; Goldbeter, 2005 ; Dugravier 2015).

Cette base familiale de sécurité peut s'apprécier grâce à 4 dimensions : la communication, l'expression des sentiments, la collaboration dans la résolution de problème et la dynamique d'ouverture/fermeture qui vont être détaillées ci-après.

### b- Rôle du thérapeute

Avec des références attachementnistes, on peut concevoir le thérapeute comme devant constituer pour la famille une base de sécurité suppléante et provisoire, ce qui suppose une suffisante disponibilité obtenue au début par des séances rapprochées (une fois par semaine) puis progressivement plus éloignées. Le thérapeute est ici dans une position d'aide à penser, de contenant et de pare-excitation (protège contre l'excès d'excitation externe). Il contribue au maintien de l'unité et de la continuité familiale dans une mise en ordre des évènements vécus et dans une mise en accord et en cohérence des bouleversements émotionnels entraînés par les évènements et ce qui peut en être dit. Afin de mettre en place cette base de sécurité suppléante et provisoire le thérapeute assure la sécurité du cadre thérapeutique qui permet l'expression des résiliences individuelles et familiales. Il est une sorte de parapluie à l'abri duquel toutes les transactions thérapeutiques se passent, « la colle qui maintient ensemble le système thérapeutique » (Silvestre, 2015). Sa capacité contenante lui permet de manifester son empathie et son accordage afin de pouvoir penser ce qui est éprouvé par les familles (résonnance) et de

pouvoir garder en lui des émotions inconfortables. Le fait de contenir les émotions favorise la circularité émotionnelle, permet d'élaborer une activité de penser et de permettre aux personnes de s'enrichir des apports de chacun. Comme telles ces techniques mobilisent des énergies dans la direction de la résilience. Le thérapeute peut aussi faire part de ses propres émotions et les délivrer à la famille. Ceci m'arrive parfois en séance et permet toujours à certains membres d'extérioriser les émotions qu'ils gardaient en eux, ne pouvant, ou ne s'autorisant, pas à le faire. C'est un peu comme ci le thérapeute « montrait l'exemple » pour lancer le système et lui faire expérimenter cette circularité émotionnelle. Le thérapeute se doit donc d'être au clair sur sa stabilité émotionnelle afin de rester autant que possible dans sa fenêtre de tolérance aux affects (Garnier, 2004). Ceci permettra à la famille de développer un attachement sécure avec lui afin de pouvoir jouer ce rôle de sécurité provisoire (Garnier, 2004 ; Gégout 2010 ; Samaniego, 2010).

### c- Attachements familiaux

Se référer aux attachements familiaux permet de conceptualiser nos interventions thérapeutiques afin de pouvoir mieux prendre en charge la famille.

La typologie des « attachementistes » concernant les attachements individuels a des similitudes avec celle de Minuchin à propos des familles. Bien sûr, il est réducteur et normatif de vouloir classer une famille dans une catégorie donc il est plutôt question ici de point de repères à placer sur un continuum.

- Les familles « sécures », dans lesquelles le style relationnel général dominant est marqué par la flexibilité. La base familiale de sécurité est de bonne qualité. Chacun peut développer un bon niveau de confiance en soi et de confiance en l'autre. Les parents ont un bon niveau de satisfaction conjugale. Chacun surmonte facilement les obstacles de la vie ayant recours à ses intériorisations (MIO). De plus, il existe un bon niveau de collaboration dans la résolution du problème et une bonne capacité à ajuster son point de vue par la prise en compte du point de vue de l'autre. Ainsi chacun se sent libre et respecté dans l'expression de ses sentiments. Dans ces familles les récits sont clairs, fluides et cohérents, témoignant de bonnes liaisons entre le présent et le passé, soi et les autres.

L'autonomisation est encouragée et soutenue, et laisse place à l'ouverture sur la vie sociale. Ces familles peuvent être mises à mal par les épreuves de la vie mais leurs compétences leur permettent de mettre en place un processus de résilience puisque les attachements sécurisés développés les uns envers les autres constituent de bons facteurs de protection.

- Les familles insécures

- Concernant les familles « enchevêtrées », le style relationnel général dominant est insécure anxieux-ambivalent. Les membres de la famille ont besoin des autres pour se sécuriser car les MIO sont de mauvaises qualités et la capacité de chacun à réguler sa vie émotionnelle est limitée. La confiance en soi est limitée et entraîne un besoin de chercher des appuis chez les autres, ce qui conduit à des liens d'interdépendance entre les partenaires. Se développe ici une surcontenance, laquelle est une tentative de colmatage des émotions débordantes en se montrant intrusif, ce qui peut susciter des réactions d'intolérance et d'agressivité. La communication est souvent marquée par la confusion et le désordre ce qui rend problématique le traitement cognitif de l'expérience vécue. Le sens d'une nouvelle expérience vécue sort orienté vers la confirmation des expériences antérieures plutôt que vers l'intégration des nouveautés. En effet le sentiment d'appartenance est conservé dans cette famille par le fait de rester conforme aux valeurs et aux idéaux du passé. L'autonomisation des enfants pose problème et elle est peu soutenue ce qui fait que la vie sociale des enfants est un peu compliquée. Dans cette famille « on se serre les coudes », la base de sécurité est fragile et donc la collaboration dans la résolution du problème est difficile car les uns sont vite contaminés par la souffrance des autres. La confrontation à une situation difficile révèle alors un défaut de contenance. La stratégie adoptée est souvent un renforcement de la fermeture du système par la rigidité des stratégies adaptatives car les membres cherchent à se protéger des expériences émotionnelles envahissantes. De ce fait ces expériences passées ne sont pas bien mentalisées ni historisées et peuvent laisser une empreinte susceptible de rendre difficile la projection dans le futur (Delage, 2006).

- D'autres familles ont un fonctionnement orienté par des attachements insécures évitants. Dans ces familles « chacun pour soi » les MIO évitants mènent à une inhibition des



besoin d'attachement. Ils croient peu en l'aide des autres et craignent l'intrusion dans leur intimité. La communication est très restreinte, les membres échangent peu sur leurs sentiments et sont peu solidaires entre eux. La collaboration dans la résolution des problèmes est très difficile car les membres sont gênés par les difficultés affectives des autres et ne savent pas comment y répondre. La base familiale de sécurité est peu efficiente. Les valeurs familiales auxquelles se réfèrent les membres du groupe sont l'indépendance et la liberté personnelle. Les membres se doivent d'être forts, les sentiments sont une preuve de faiblesse, et ils doivent se débrouiller seul dans la vie. La famille se projette dans le futur avec une volonté d'oublier totalement le passé. L'ouverture à l'extérieur est grande car la réussite sociale est ce qui pousse les jeunes vers l'autonomisation. Face à des situations hostiles ce mode de fonctionnement permet de ne pas se laisser gagner par la contagion émotionnelle mais au prix d'un mauvais épanouissement personnel (Marquebreucq, 2012).

- Enfin, dans les familles « désorganisés », l'attachement est établi sur un mode très instable. Ainsi, les membres ne parviennent pas à développer des stratégies cohérentes pour tenter de réguler leurs émotions. La communication est très compliquée car ces familles fonctionnent sur le mode de la décharge émotionnelle et de l'impulsivité. Chacun tente de s'apaiser en exerçant un contrôle sur l'autre. La contenance est particulièrement défaillante. Les expériences émotionnelles se vivent de manière brute sans pouvoir être mentalisées. Ainsi, les membres oscillent entre le débordement émotionnel et la froideur affective. Souvent le niveau d'alerte émotionnelle est maintenu de manière excessive chez certains membres de la famille en raison de maltraitance, d'abus sexuel ou de violences conjugales. Il règne une confusion entre les sous-systèmes, des relations de méfiance, de dévalorisation mutuelle et des relations souvent régies par la force. Le risque est grand dans ces familles que les interventions extérieures se multiplient, ajoutant du chaos au chaos (Delage, 2011).

Permettant d'y voir plus clair, ces concepts permettent de mieux percevoir l'enjeu relationnel qui se joue entre les membres d'une même famille lorsqu'elle est confrontée à un traumatisme. En effet, le trauma entraîne une diminution des représentations et des

émotions entraînant de nouveaux schémas comportementaux d'attachement. Quel que soit le type d'attachement avant le traumatisme, ce dernier va provoquer sa désorganisation. De ce fait la famille ne permet plus de trouver la sécurité qu'elle recherche et dont a besoin la victime du fait que les figures d'attachement habituelles sont elles-mêmes en recherche de sécurité. Permettre à ces figures d'attachement de retrouver leur base de sécurité interne en impulsant la résilience groupale est un des enjeux pour le thérapeute de famille et de couple (Delage, 2008).

### III- Travail systémique auprès de familles traumatisées

Dans mon travail thérapeutique avec une famille, j'essaie de commencer par une évaluation du fonctionnement familial et des compétences de chacun à faire face surtout lorsqu'il s'agit de traumatisme. Cette évaluation me permettra de savoir par où commencer, avec qui et comment.

Je reçois la famille M (cf : génogramme annexe 2) à l'unité thérapie familiale et de couple de l'hôpital de Martigues. Elle nous est envoyée par la psychologue scolaire de Laura qui pense qu'elle a du mal à trouver sa place dans la famille. Après un appel téléphonique pour la prise de rendez-vous, Sandrine, la mère, nous explique que Laura a été victime d'un viol filmé qui a été diffusé sur les réseaux sociaux. La psychologue scolaire qui a vu Laura pense que ses difficultés à trouver sa place dans sa famille étaient là avant le traumatisme, c'est pourquoi elle a pensé à une thérapie familiale. La mère nous explique qu'elle se sent terriblement coupable de ne rien avoir vu venir et dit que l'ambiance à la maison est devenue très tendue. Quand j'invite toute la famille à venir au premier rendez-vous, la mère nous questionne sur comment parler de cet événement aux deux garçons. À la première séance toute la famille est donc présente afin de pouvoir évaluer l'impact du traumatisme sur la famille et les ressources de chacun. Lors de cette première séance la communication est très difficile. Les parents ont décidé de dire aux garçons qu'« un garçon a été méchant avec Laura et que depuis papa et maman sont très tristes ». Le père est particulièrement silencieux, il ne voit pas l'intérêt de venir en thérapie familiale « pour parler de ça ». Les enfants sont très calmes et Matéo nous interpelle particulièrement. Il semble très anxieux

et finit par dire après quelques dessins que « ça crie beaucoup à la maison » et qu'il a « peur que papa et maman se séparent ». Laura semble elle aussi très anxieuse et le cache derrière un sourire presque permanent. Les parents expriment tous deux une grande difficulté à gérer leurs émotions et celles de leurs enfants en ce moment et se plaignent de leurs disputes ainsi que des demandes incessantes de leurs enfants « qui ne les lâchent plus d'une semelle ».

Sandrine et Bernard semblent unis dans leur douleur mais sans que cela ne puisse être dit ou partagé. Quel est le poids pour chacun de la culpabilité, du chagrin, des reproches, de la colère ? On est bien ici en présence d'un traumatisme familial. L'événement vécu par Laura ne fait l'objet d'aucune élaboration ni en couple ni en famille, ni de représentation partagée. La résonance émotionnelle au sein de la famille entraîne ainsi un blocage de la communication dû à l'intensité du traumatisme. Ce blocage ne permet pas l'apaisement des membres. Au contraire elle amplifie sa souffrance. Enfin les parents ne peuvent plus jouer leur rôle de protection et de base de sécurité car ils sont eux-mêmes touchés et en recherche de sécurité, ce qui entraîne une désorganisation de l'attachement et une insuffisance de contenance menaçant la famille comme unité de vie. De nombreuses interventions sont possibles avec ces familles. Après avoir présenté le travail autour de la résilience groupale, j'analyserai les spécificités du temps de l'intervention et enfin je proposerai une prise en charge intégrative systémique-EMDR.

### 1- Travail autour de la résilience groupale

Nous venons de voir qu'il existe un phénomène de diffusion du traumatisme dans les familles qui met à mal leur fonctionnement. L'expérience traumatique peut anéantir une famille mais elle peut également être intégrée comme une expérience majeure de la vie familiale. Dans une perspective résiliente, les membres de la famille peuvent développer des capacités lui permettant d'être plus forte face à l'adversité et de reprendre le cours d'une vie familiale « comme après ». La résilience familiale, comme individuelle, relève d'un processus dynamique, constamment évolutif, qui est susceptible d'être mis en défaut par des événements externes ou internes. La résilience dans la famille signifie que suite aux

dégâts provoqués par un traumatisme il est possible que la vie familiale reprenne son cours. Il faut pour cela la famille fasse preuve d'une dynamique particulière et de stratégie adaptative. La flexibilité dont peut faire preuve une famille, c'est à dire la capacité à modifier le processus en cours selon les événements susceptibles de se produire au fil du temps est un des aspects de la résilience. Enfin, la résilience familiale a en général besoin d'un leader permettant d'entraîner les autres à faire face et à porter attention aux autres (Gégout, 2010). De nombreux facteurs interagissent dans le processus de résilience et peuvent-être regroupés en sept rubriques principales sur lesquelles le thérapeute peut agir (Delage, 2008).

- Le processus de résilience demande à la famille de croire que, malgré tout, elle peut se sortir de cette situation traumatique et que cette croyance prenne place dans l'ensemble des croyances qui animent la vie familiale.

- Lors d'un événement traumatique chacun est confronté à son impuissance et subit le choc émotionnel. La possibilité d'avoir une certaine prise sur la situation permet de retrouver un sentiment de contrôle et donc une possibilité d'action qui alimente l'espoir et un début d'apaisement émotionnel et physique qui à leur tour alimentent l'action et le sentiment de contrôle.

- Il est important également de travailler sur les facteurs liés à la fonctionnalité familiale afin de permettre à la famille de maintenir ou de rétablir un fonctionnement organisé même si elle diffère de celle d'avant. La famille doit pouvoir continuer à assumer ses fonctions régulatrices moyennant souvent une nouvelle répartition des tâches, un changement dans le rôle de chacun et de nouvelles attitudes collaboratrices face aux conséquences de la situation.

- Il est indispensable également que la famille retrouve une sécurité interne globale grâce à la qualité des relations développées au sein de la famille et avec l'extérieur.

- Il est également nécessaire que la famille retrouve une collaboration entre les membres ainsi que le souci de prendre soin les uns des autres et d'être attentif à chacun. La famille peut développer ainsi des qualités morales de justice, d'équité et de loyauté souvent mis à mal par le traumatisme.

- La dimension spirituelle est également importante à développer dans ces familles. Par spirituelle, j'entends tout ce qui n'est pas de l'ordre du registre du rationnel et qui est

susceptible de faire l'objet d'une activité psychique. Spirituelle ne signifie pas obligatoirement croyance religieuse même si cette dimension est à prendre en compte puisqu'elle peut faire partie du travail de résilience.

- Enfin restaurer la capacité de mentalisation au sein de la famille permet qu'un travail de représentation soit possible et que chacun puisse accéder à une signification, construire une histoire acceptable afin de repartir dans le sens de la vie. C'est la résultante de toutes les autres dimensions qui est véritablement le cœur du travail autour de la résilience.

## 2- Le temps de l'intervention

Ce temps se situe autour d'une période critique de quelques semaines à 3 ans après le trauma (plus le temps judiciaire parfois...). Nous venons de traiter la nécessité de rencontrer toute la famille et de travailler avec tous les membres du système afin de catalyser leur potentiel de résilience lorsque l'on intervient auprès des familles en situation traumatogène. Il nous faut maintenant parler de la nécessité de tenir compte aussi des individus car on ne peut pas réduire l'intervention à la seule dimension interactionnelle. Tout le travail est de jongler entre le fait de recevoir la famille dans son ensemble et par moment, faire venir les sous-systèmes (ex : parentaux pour les ressourcer, les apaiser afin qu'ils puissent retrouver leur rôle de protection et de base de sécurité familiale), et des entretiens individuels pour traiter les traumatismes individuels si besoin (Silvestre, 2014). Un débriefing est possible (Delage, 2002) dès les 3-4 jours après le trauma afin d'essayer de faire en sorte que le traumatisme détruise le moins possible l'équilibre familial. De façon générale, il me semble que le cadre dans lequel nous allons recevoir la famille se doit d'être adapté aux circonstances du traumatisme. Il peut être souple et différent des interventions systémiques « classiques », ainsi le thérapeute ne mettra pas en route la caméra, et pourra faire en sorte de rapprocher les séances. De même, il ne sera pas toujours question de faire venir les personnes en familles en fonction de l'âge des enfants et des circonstances du traumatisme. Le thérapeute endossant, provisoirement, un rôle de base suppléante de sécurité, il est important qu'il assure le suivi jusqu'au bout et, lorsqu'il est formé à l'EMDR, qu'il prenne en charge également les personnes au niveau individuel de préférence. Le but

sera de travailler sur la fonctionnalité de la famille, puis une fois leur fonctionnalité retrouvée, travailler sur leurs représentations autour d'un récit familial commun. Ces deux derniers points seront précisés et explicités dans la partie prochaine. Le travail avec ces familles se base sur l'exploration des ressources, afin d'augmenter les possibilités de la résilience familiale. Le travail est au départ très centré sur le problème et non communément centré sur les solutions. Il passe par le partage des émotions afin de rétablir un lien entre l'affect et la représentation. Comme nous l'avons vu précédemment, le thérapeute est celui qui permet les échanges sécurisés entre les membres de la famille grâce à un soutien émotionnel. Il devient provisoirement la base de sécurité familiale et travaille sur la restauration de la sécurité interne à la famille. Le temps de l'intervention thérapeutique peut également être traversé par des traumatismes secondaires : enquête, procédure judiciaire, procès. Le thérapeute y sera très vigilant et pourra adapter son cadre en fonction (Byng-Hall 1995 ; Delage 2013b ; Gégout 2010, ; Samaniego, 2010).

### 3- Proposition d'une prise en charge intégrative

Nous venons de voir que le travail familial permet de créer un contexte de sécurité car la contagion du traumatisme fait perdre la possibilité à la famille de garder sa capacité contenante. Le travail familial vise aussi à réduire la vulnérabilité émotionnelle et à augmenter la fenêtre de tolérance aux émotions : améliorer le contrôle des affects. Ce travail se base sur le modèle de la base familiale de sécurité et propose de développer l'empathie, pour favoriser la capacité de partage des émotions, pour prendre soin les uns des autres et pour diminuer le stress par la qualité de la vie relationnelle ainsi que pour développer la résilience et prévenir, si besoin est, la rupture. Le travail avec la famille sur le contexte familial peut ainsi assurer la régulation émotionnelle d'un enfant traumatisé. Comment dans cette perspective intégrative le thérapeute s'y retrouve-t-il? Quelle est sa place, est-il un thérapeute familial, un thérapeute individuel? Comment garde-t-il sa manoeuvrabilité en termes d'affiliation? La théorie des niveaux logiques et la théorie de la communication de Watzlawick (2014), où le relationnel prime sur l'individuel, aident à clarifier ce questionnement. L'affiliation du thérapeute à un groupe est d'un niveau logique

supérieur à celle d'un individu. Ainsi l'affiliation au groupe famille valide l'affiliation envers chaque membre et non pas l'inverse.

Pour notre travail thérapeutique, la hiérarchie des points d'entrée dans la situation clinique est essentielle à prendre en compte afin de pouvoir continuer à travailler comme on l'entend. Lorsque que le point d'entrée est la famille, l'affiliation du thérapeute à ce groupe sera d'un niveau logique supérieur. Il lui sera donc possible de circuler de haut en bas et de bas en haut au sein du système familial et donc de voir la famille, les parents seuls, l'enfant seul et les différents sous-systèmes. Il n'y aura pas de souci d'affiliation car il y a une cohérence logique du groupe vers l'individu. Alors que si le point d'entrée est l'enfant, l'affiliation du thérapeute est d'un niveau logique plus bas, celui de l'individu. Cette affiliation ne lui permettra pas de travailler avec les parents puisqu'ils appartiendront à un autre niveau logique. De plus, ce risque d'incohérence logique en cas de non-respect de ces niveaux d'affiliation entrainera chez le thérapeute un sentiment de malaise, d'incongruence et de son côté, l'enfant pourrait ressentir un conflit de loyauté ainsi qu'un sentiment de trahison, voire de coalition implicite entre le thérapeute et ses parents (Silvestre, 2015).

Les implications de ces niveaux logiques organisent le plan de traitement de la thérapie. Ainsi, pour ma part, il me semble plus opportun de démarrer une thérapie par le travail familial pour ensuite évoluer en fonction des besoins vers un travail individuel ou en sous-systèmes en continuant le tricotage entre l'individuel et le relationnel, ce dernier servant de base de sécurité contenant au travail individuel (Morris Smith, 2015).

*A la deuxième séance, la famille M semble un peu moins tendue. Les parents nous disent qu'il ont le sentiment que la famille « s'est ressoudée » comme pour se soutenir. Les enfants sont toujours « dans leur pattes » mais ils jouent plus ensemble, ils se disputent moins et surtout Laura passe beaucoup plus de temps à la maison et à jouer ou s'occuper de ses frères. Comme vu précédemment, le risque avec les familles « enchevêtrées » est la surcontenance et le repli sur soi, et la fermeture du système par la rigidité des stratégies adaptatives. De plus, l'autonomisation des enfants pose problème et elle est peu soutenue ce qui fait que la vie sociale des enfants est un peu compliquée. Ainsi Laura n'est plus du tout dans une posture d'adolescente tournée vers l'extérieur comme avant son traumatisme mais dans une posture de petite fille, elle ne sort plus avec ses amies mais reste à jouer avec ses petits frères. Ce qui nous fait dire aussi que cette famille fonctionne sur un mode relationnel*

insécure anxieux ambivalent est aussi le fait que les parents de Matéo nous disent qu'il est suivi toute les semaines depuis 5 ans dans un hôpital de Marseille pour des maux de ventre incessant. *Madame et Monsieur M nous expliquent qu'il a eu au cours de toutes ces années une montagne d'analyses et de tests pour savoir de quoi il souffre (malformation digestive, allergies alimentaires, etc.) mais sans aucun résultat, et depuis la dernière séance plus rien... Madame M se sent très coupable de ne pas avoir pensé au stress et explique que c'est, pour elle, grâce au fait qu'il ait pu dire à la première séance qu'il a toujours eu peur que ses parents divorcent, qu'il avait mal au ventre (elle en veut également aux médecins de ne pas avoir pensé à cette piste-là...).* Devant notre incompréhension Monsieur nous explique qu'il y a 5 ans, ils s'étaient séparés 6 mois puis s'étaient remis ensemble. Depuis, ils leur arrivent de se disputer devant les enfants mais depuis la dernière séance ils disent faire attention à ne plus le faire car ils pensent que cela peut insécuriser les enfants. Au jour d'aujourd'hui Matéo n'a toujours plus ni mal au ventre, ni problème gastrique. Dans cette famille « on se serre les coudes » la base de sécurité est fragile, les membres cherchent à se protéger des expériences émotionnelles envahissantes. De ce fait les expériences passées (séparation temporaire) ne sont pas bien mentalisées, ni historisées, et ont pu laisser une empreinte anxiogène de possible séparation. *Lors de cette deuxième séance les parents expriment à nouveau leurs difficultés à gérer le quotidien alors qu'avant cela ne posait pas de soucis, des réaménagements professionnels sont envisagés.* Il nous a donc paru important de faire la troisième séance uniquement avec le sous-système parental. J'ai donc remercié les enfants en leur disant que nous serions amenées à les revoir prochainement. Comme nous l'avons expliqué précédemment, travailler avec les parents a pour but de leur permettre de jouer leur rôle de base de sécurité familiale afin qu'ils puissent réguler les émotions dans la famille et retrouver un fonctionnement qui leur convient. Il a fallu bien sûr expliquer notre démarche aux parents car ils étaient venus au départ pour Laura et son problème de place dans la famille mais voyant l'effet positif sur Matéo, ils acceptent volontiers de revenir seuls sans les enfants. Lors de cette troisième séance il nous semblait important de travailler sur le couple mais aussi de savoir individuellement quel était l'impact du trauma sur ces parents. *Les parents nous expliquent que depuis le trauma, ils n'arrivent plus à faire l'amour, Madame a des visions de sa fille se faisant violenter et son mari a peur qu'elle les entende et que cela réactive son traumatisme.* Au niveau émotionnel, ils disent être perturbé à 8/10 ce



qui est le signe qu'il sont contaminés par le traumatisme que leur fille a vécu. Il semble donc qu'un travail de désensibilisation au trauma soit plus que nécessaire pour que ces parents retrouvent leur sécurité interne et puissent ensuite jouer leur rôle de base de sécurité familiale. Ce travail intégratif est un exemple de traitement par phases, du relationnel vers l'individuel puis de l'individuel vers le relationnel et nous allons aborder maintenant le travail individuel (Silvestre 2015). L'approche thérapeutique que j'ai souhaité développer dans ce travail intégratif est l'EMDR (Eye Mouvement Desensitisation Reprocessing). L'intérêt d'introduire ponctuellement l'EMDR dans les cas où l'on travaille en thérapie systémique avec une famille dont l'un des membres a subi un traumatisme est justement qu'il intègre toutes composantes de guérison. Prises séparément, ces thérapies ne peuvent pas guérir ces familles mais ensemble oui. La thérapie familiale ne permet pas de traiter un trauma et l'EMDR ne permet pas d'activer la résilience familiale. Le but de ce mémoire n'étant pas d'expliquer ce qu'est l'EMDR, je vais donc en décrire les grandes lignes. Il s'agit d'une thérapie de désensibilisation et de retraitement d'intégration neuro-émotionnelle par les mouvements oculaires. À ce jour, de nombreuses études contrôlées et des méta-analyses recommandent cette thérapie du traitement des souvenirs traumatiques (rapport d'évaluation des psychothérapies de l'INSERM, 2004 et de la Haute Autorité de Santé, 2007). Le patient doit visualiser une scène qui le perturbe et au fur et à mesure des mouvements oculaires, le patient connecte à du positif, se sent émotionnellement neutre quand il y repense et a une pensée positive de lui même alors qu'au départ il avait une pensée négative de lui même. On dit alors que le traumatisme est retraité (Servan-Schreiber, D. 2003). *Les séances d'EMDR (au nombre de 3) ont permis aux deux parents de rétablir leur base de sécurité interne. Madame est passée de la cognition négative « c'est de ma faute » à « je n'y suis pour rien », lui permettant de retrouver son rôle de mère et sa « légitimité à s'occuper des enfants ». Monsieur lui est passé de la cognition négative « je suis au mauvais père » à la cognition positive « je suis un bon père », lui permettant également de retrouver son rôle de père de famille et sa légitimité à l'exercer.* Ces séances d'EMDR étaient réalisées en couple car il semble que cela est opportun lorsque les deux membres du couple sont touchés par le même événement (Silvestre, 2015). Ces séances d'EMDR ont été réalisées par le même thérapeute car il s'agit d'un travail familial et de courte durée (3 séances). Suite à ces séances, le couple a retrouvé une sexualité normale et leurs relations étaient

plus apaisées. Ils expriment également leur contentement quand à la vie familiale qui aurait repris « son cours ». Pour les prochaines séances nous pensons travailler autour du récit familial, les congés d'été faisant que nous les reverrons qu'en septembre.

#### 4- Récit familial

Le travail familial crée un cadre de sécurité permettant au thérapeute d'évaluer la redondance des incidents traumatiques par l'exploration de l'histoire traumatique familiale, la prise en compte du réveil possible d'éléments traumatiques dans l'histoire des parents, la perte de leur capacité contenante envers les enfants et les perturbations de l'attachement. Il permet le développement d'un récit narratif qui va mettre des mots sur des émotions et ainsi remplir les « blancs ou les trous » qui caractérisent une histoire narrative défaillante et inadaptée suite à un trauma (Morris Smith, et al 2015). Le récit familial permet de développer l'activité narrative et de transformer un événement traumatique douloureux en un récit narratif au travers duquel les choses peuvent être dites avec distance. Raconter des histoires est une forme essentielle de communication interpersonnelle. Elle renforce la liaison entre les membres de la famille et resitue l'incident traumatique dans une dimension temporelle, car elle permet l'intégration neuronale en étant le pont entre l'histoire et le temps présent (Siegel, 1999). Elle permet de comprendre la complexité des mondes sociaux. Elle permet ainsi de transformer un événement traumatique douloureux en un récit narratif au travers duquel les choses peuvent être dites avec distance (Delage, 2008). Cette activité narrative s'appuie sur, et encourage le développement, des résiliences individuelles et familiales car le trauma réduit la vision du monde, favorise l'isolement et le développement de la honte. Le récit narratif permet de comprendre l'incompréhensible, de généraliser les ressources disponibles en s'appuyant sur des déclencheurs quotidiens de compétences et de normaliser les réponses familiales à la crise. Il comble « les blancs » des anciens messages implicites et permet de passer à un message explicite. Ce travail familial favorise donc la création d'un contexte de sécurité où la réduction de la vulnérabilité émotionnelle et le contrôle des affects seront possibles grâce à l'augmentation de la capacité à partager les émotions et le développement de l'empathie (Delage, 2011). Ce travail active les possibilités de résilience familiale en

mobilisant cette capacité collective à construire ou réorganiser une histoire dans laquelle le traumatisme pourra prendre sens et s'intégrer aux mythes familiaux déjà existant et capables de maintenir la cohésion interne du groupe. Le récit va donc occuper une place importante dans la thérapie, car il est susceptible de suppléer à l'absence de représentation, de symbolisation de l'expérience. Travailler sur les résiliences familiales au travers du récit permet donc l'apaisement des souffrances de chacun, augmente la qualité des systèmes d'attachements et entraîne des relations conjugales et familiales fortes.

### Réflexion / Ouverture

Comment faire pour arrêter la boucle infernale de la protection de l'enfance? Lorsque l'on travaille dans ce domaine on est constamment confronté à une forme d'échec. Une grande partie des enfants placés ont des parents qui ont eux-mêmes été placés dans le circuit de la protection de l'enfance. Il semblerait donc que la protection de l'enfance ne permette pas à ces enfants de retrouver un attachement sécurisé et que inexorablement ces patterns soient reproduits (Berger, 2003). Il semble donc qu'il faille revoir l'intervention auprès de ces jeunes et de ces familles. La thérapie familiale systémique couplée à la thérapie EMDR pourrait être un moyen de casser cette boucle infernale. En effet ces thérapies tentent de recréer un attachement sécurisé et de retrouver des modèles internes opérants fonctionnels. Ces deux caractéristiques pourraient permettre à cet enfant devenu adulte de pouvoir créer des liens d'attachement sécurisés avec son conjoint et ses propres enfants.

### Conclusion

Ce travail est une forme d'aboutissement de ces quatre années de formation à la thérapie systémique. Il a été demandé d'écrire sur un sujet mais surtout sur nous-même, qui on est comme thérapeute, et c'est ce que j'ai essayé de faire dans ce mémoire. Je travaille en thérapie familiale avec la théorie de l'attachement comme base sous-jacente auxquelles la thérapie EMDR est venue se greffer pour des situations particulières. Je ne peux bien sur

pas toujours m'y référer car l'ensemble des problématiques familiales ne peuvent pas toutes s'aborder en terme d'attachement.

Pour conclure donc, je dirais que le fait de se référer à la théorie de l'attachement me donne une grille de lecture de lecture possible pour penser les liens familiaux. Lorsque cela est pertinent, elle me permet de m'informer sur des situations susceptibles d'affecter la sécurité, et sur les stratégies susceptibles d'être utiles lorsqu'il s'agit de traiter avec le sentiment d'insécurité. La théorie de l'attachement met l'accent sur la sécurité de la base familiale, aidant ainsi tous les membres de la famille à être autonomes et fonctionnels, ce qui est très cher aux thérapeutes familiaux. On voit bien dans la littérature l'intérêt particulier des thérapeutes familiaux pour la théorie de l'attachement notamment pour montrer les liens entre le type d'attachement, et un dysfonctionnement familial. Je trouve ainsi que la théorie de l'attachement peu m'offrir un cadre pour travailler et penser mes stratégies d'interventions lorsque cela est opérant. Ce travail fait appelle aussi à une dimension normative qui sont les références typologiques du style d'attachement. Cela peut être critiqué certes, mais il me semble que sans s'y laisser enfermer, utiliser cette typologie permet de construire des réponses mieux adaptées aux besoins, aux demandes de la famille. Enfin, la proposition du travail intégratif systémique-EMDR pour le travail avec des familles « traumatisées » me permet de concevoir l'intervention thérapeutique autour de la résilience groupale comme visant à restituer aux membres d'une famille leurs ressources leur permettant de mieux réguler leurs émotions dans la relation et de retrouver une stabilité relationnelle. Le rôle du thérapeute est doublement important lorsque l'on reçoit ces familles car il doit constituer pour la famille une base de sécurité suppléante et provisoire, de contenant et garantir la sécurité du cadre thérapeutique. Il contribue au maintien de l'unité familiale, au retraitement des événements traumatiques. Ensuite par la mise en mots des événements vécus et par la circularité émotionnelle ils permettent l'expression des résiliences individuelles et familiales. Ainsi les patients peuvent modifier leurs représentations et devenir plus libres de construire leurs histoires relationnelles dégagées des influences du passé, sous forme de récits familiaux. Il me semble donc que la thérapie EMDR ait toute sa place dans ce genre de contexte au sein d'une thérapie familiale systémique.

## Bibliographie

- Bowlby, J. (1978). *Attachement et perte, vol. 2. La Séparation. Angoisse et colère* (Traduit par B. de Panafieu). Paris : Puf.
- Byng-Hall, J. (1995). Creating a Secure Family Base: Some Implications of Attachment Theory for Family Therapy. *Family Process* 34(1), 45-58.
- Delage, M. (2002). Aide à la résilience familiale dans les situations traumatiques. *Thérapie familiale*, 23(3), 269-287.
- Delage, M. (2008), *La résilience familiale*. Paris : Odile Jacob.
- Delage, M. (2013). *La vie des émotions et l'attachement dans la famille*. Paris : Odile Jacob.
- Delage, M. (2013). Le thérapeute et les émotions dans la famille. *Thérapie Familiale* 34(3), 401-415.
- Delage, M. (2011). Neurosciences, pensée systémique et pratiques thérapeutiques. *Thérapie Familiale* 32(2), 211-229.
- Delage, M. (2003). Réflexions préliminaires à une intervention thérapeutique auprès des familles confrontées au traumatisme psychique. *Thérapie familiale*, 24(4), 417-433.
- Delage, M. (2000). Traitement familial du traumatisme psychique. *Thérapie familiale*, 21(3), 273-287.
- Delage, M., Cyrulnik, B., Benghozi, P., Clervoy P., Petitjean M., Perrin F. et Lussiana S. (2006). La famille et les liens d'attachement en thérapie. *Thérapie familiale*, 27(3), 243-262.
- Dugravier, R. et Barbey-Mintz, A.-S. (2015). Origines et concepts de la théorie de l'attachement. *Enfances & Psy*, 66(2), 14-22.
- Garnier, A.-M. et Mosca, F. (2004). Quelles compétences pour le thérapeute ? *Thérapie Familiale*, 25(4), 485-494.
- Gégout, N. (2010). Au-delà du traumatisme : situation en suspens, famille en mouvement. *Thérapie Familiale*, 31(3), 233-248.
- Goldbeter-Merinfeld, E. (2005). Théorie de l'attachement et approche systémique. *Cahiers critiques de thérapie familiale et de pratiques de réseaux* 2(35), 13-28.
- Macfie, N., Mcelwain, N. L., Houts, R. M. et Cox, M. (2005). Intergenerational transmission of role reversal between parent and child: Dyadic and family systems internal working models. *Attachment & Human Development*, 7(1), 51 – 65.

- Marquebreucq, A.-P. et Nyssens, G. (2012). Modélisation systémique des liens d'attachement dans la famille pour soutenir une clinique éducative à l'adolescence. *Thérapie Familiale* 33(4), 373-390.
- Mistycki, V. et Guedeney, N. (2007). Quelques apports de la théorie de l'attachement : clinique et santé publique. *Recherche en soins infirmiers*, 89(2), 43-51.
- Morris Smith, J. et Silvestre, M (2015). *L'EMDR avec l'enfant et sa famille : Contextualisation et travail intégratif*. Paris : Dunod.
- Pierrehumbert, B. (2007). *L'attachement, de la théorie à la clinique*. Toulouse : ERES.
- Pinto, A. et al. (2011). Modèles internes opérants de l'attachement et relations d'objet internalisées : l'analyse du devenir des relations « attachement par les récits à compléter. *Devenir*, 23(2), 145-159.
- Samaniego, M. (2010). Partager les monstres. Les émotions dans la thérapie individuelle systémique. *Thérapie Familiale*, 31(3), 249-266.
- Scarano de Mendonça, J., Cossette, L., Lapointe C. et Strayer, M.-N. (2008). Vers une analyse systémique des liens d'attachement. *Bulletin de psychologie* 495(3), 257-266.
- Servan-Schreiber, D. (2003). *Guérir le stress, l'anxiété et la dépression sans médicaments ni psychanalyse*. Paris : Robert Laffont.
- Siegel, D., (1999). *The developing Mind*. Towards a neurobiology of interpersonal experience. New York : Guilford Press.
- Silvestre, M. (2014). Approche intégrative inter et intra du trauma. *Thérapie Familiale*, 35(2), 227-243.
- Silvestre, M. (2015). Thérapie EMDR et thérapie familiale avec les enfants, un exemple d'intégration de deux paradigmes. *Cahiers critiques de thérapie familial et de pratiques de réseaux* 55(2), 115-130.
- Watzlawick, P., Helmick Beavin, J., Jackson, D.-D (2014). *Une logique de la communication (Traduit par J. Morche)*. Paris : Points.

## **Annexe 1 : État de Stress Aigu**

L'état de stress aigu est un ensemble de symptômes caractéristiques qui peut se développer en réaction à l'exposition à un ou des événement(s) traumatique(s). Il implique généralement une réponse d'anxiété qui inclut certaines formes de reviviscence ou de réactivité à l'événement traumatique.

Le diagnostic d'état de stress aigu peut être posé, selon les critères du DSM-5 (1), de 3 jours à 1 mois après l'exposition à un ou des événement(s) traumatique(s). Après un mois, le diagnostic d'état de stress post-traumatique doit plutôt être considéré.

Voici les critères diagnostiques de l'état de stress aigu du DSM-5 :

L'expression « événement traumatique », plutôt qu'« un ou plusieurs événement(s) traumatique(s) », est utilisée afin d'alléger le texte.

A. Exposition à la mort, à des blessures graves, ou à la violence sexuelle, effectives ou potentielles, d'une (ou plusieurs) des façons suivantes :

1. Vivre directement l'événement traumatique
2. Être témoin, en personne, de l'événement vécu par d'autres.

3. Apprendre que l'événement traumatique a été vécu par un membre de la famille proche ou un ami proche. Note : En cas de décès ou de danger de décès d'un membre de la famille ou d'un ami, l'événement doit avoir été violent ou accidentel.

4. Vivre une exposition répétée ou extrême aux détails pénibles de l'événement traumatique (par exemple, les premiers intervenants ou les policiers). Note : Le critère A4 ne s'applique pas à l'exposition par le biais des médias électroniques, de la télévision, de films ou de photos, à moins que cette exposition soit liée au travail.

B. Présence de 9 (ou plus) des symptômes suivants, de n'importe laquelle des 5 catégories d'intrusion, d'humeur négative, de dissociation, d'évitement et de niveau d'activation élevé, qui ont débuté ou se sont aggravés après la survenue d'un événement traumatique :

Symptômes d'intrusion :

1. Souvenirs pénibles récurrents, involontaires, et envahissants de l'événement traumatique.  
Note : Chez les enfants, il peut s'agir d'un jeu répétitif dans lequel des thèmes ou des aspects de l'événement traumatique sont exprimés.

2. Rêves répétitifs pénibles dans lesquels le contenu et/ou l'affect sont liés à l'événement traumatique. Note : Chez les enfants, il peut s'agir de rêves effrayants sans contenu reconnaissable.

3. Réactions dissociatives (ex. flash-backs) dans lesquelles l'individu se sent ou agit comme si l'événement traumatique se reproduisait. (De telles réactions peuvent survenir sur un continuum, l'expression la plus extrême étant une perte totale de conscience de l'environnement actuel.) Note : Chez les enfants, des reconstitutions du traumatisme peuvent se produire dans le jeu.

4. Détresse psychologique intense ou prolongée ou réactions physiologiques marquées en réponse à des indices internes ou externes symbolisant ou ressemblant à un aspect de l'événement traumatique.

Humeur négative :

5. Incapacité persistante de ressentir des émotions positives (par exemple, incapacité à éprouver du bonheur, de la satisfaction ou des sentiments affectueux).

Symptômes dissociatifs :

6. Altération du sens la réalité de son environnement ou de soi-même (par exemple, se voir à partir de la perspective de quelqu'un d'autre, être dans un état second, ralentissement du temps).

7. Incapacité de se rappeler un aspect important de l'événement traumatique (typiquement en raison d'une amnésie dissociative et non d'autres facteurs tels que blessure à la tête, alcool ou drogues).

Symptômes d'évitement :

8. Efforts pour éviter les souvenirs, les pensées ou les sentiments pénibles à propos de, ou étroitement associés à l'événement traumatique.

9. Efforts pour éviter les rappels externes (personnes, lieux, conversations, activités, objets, situations) qui éveillent des souvenirs, des pensées ou des sentiments pénibles à propos de, ou étroitement associés à l'événement traumatique.

Symptômes d'activation :



10. Perturbation du sommeil (par exemple, difficulté à s'endormir ou à rester endormi ou sommeil agité).

11. Comportement irritable et crises de colère (avec peu ou pas de provocation), généralement exprimés sous forme d'agression verbale ou physique envers des personnes ou des objets.

12. Hypervigilance.

13. Problèmes de concentration.

14. Réaction de sursaut exagérée.

C. La durée de la perturbation (symptômes du critère B) est de 3 jours à 1 mois après l'exposition au traumatisme. Note : Les symptômes commencent généralement immédiatement après le traumatisme, mais leur persistance au moins 3 jours et jusqu'à un mois est nécessaire pour répondre aux critères du trouble.

D. La perturbation entraîne une souffrance cliniquement significative ou une altération du fonctionnement dans les domaines sociaux, professionnels, ou autres domaines importants.

E. La perturbation n'est pas imputable aux effets physiologiques d'une substance (par exemple, médicaments ou alcool) ou à une autre condition médicale (par exemple, une légère lésion cérébrale traumatique) et n'est pas mieux expliquée par un trouble psychotique bref.

## **Diagnostics de stress aigu et de trouble de l'adaptation**

Un diagnostic d'état de stress post-traumatique est considéré si les symptômes persistent plus d'un mois.

Un diagnostic de trouble de l'adaptation est considéré,

- lorsque la réponse à un événement traumatique ne rencontre pas tous les critères de l'état de stress aigu ;
- ou lorsque l'exposition à un événement stressant ne correspond pas aux critères de l'exposition à un événement traumatique.

Annexe 2 : Génogramme Famille M.

