



Disponible en ligne sur  
**SciVerse ScienceDirect**  
www.sciencedirect.com

Elsevier Masson France  
**EM|consulte**  
www.em-consulte.com



## CAS CLINIQUE

# Après l'événement traumatique, quelle autre vie ? Réflexions sur la clinique du trauma au Liban

After the traumatic event, what other life? Thinking the clinic of trauma in Lebanon

**M. Gannagé**

*Campus des sciences humaines, faculté des lettres et des sciences humaines, université Saint-Joseph, rue de Damas, BP 17-5208 Mar Mikhaël, Beyrouth 1104 2020, Liban*

### MOTS CLÉS

Événement  
traumatique ;  
Traumatisme ;  
Résilience ;  
Système  
anti-traumatique ;  
Travail de liaison

### Résumé

**Objectifs.** – Les événements traumatiques, sans engendrer nécessairement un traumatisme chez les individus, confrontent l'enfant et sa famille à ce qui n'est pas supportable. Après le bombardement de Cana (Sud Liban) en 1996, des centres médicopsychologiques pour les enfants victimes de guerre et leur famille ont été créés au Sud Liban. L'article aborde les caractéristiques de la prise en charge des enfants de la guerre et le devenir de ces enfants à l'âge adulte.

**Méthode.** – Nous nous appuyons sur le suivi thérapeutique de 1500 enfants exposés au stress. Un cas clinique illustre nos propos.

**Résultats.** – Le destin des enfants de la guerre dépend de la nature du stress qu'ils ont connu, des caractéristiques du fonctionnement psychique de leurs parents et des possibilités qu'ils ont eues de pouvoir symboliser la violence. Le lien thérapeutique favorise le développement de la capacité de penser et par conséquent l'élaboration de la violence à travers le travail de l'histoire. Lorsque la violence ne peut pas être symbolisée, les enfants deviennent des adultes perturbés. La transmission intergénérationnelle présente des particularités.

**Conclusion.** – Nous postulons l'existence d'un système anti-traumatique chez les enfants résilients. Dans ce système interviennent des facteurs individuels comme la constitution du sujet mais également des facteurs liés à l'environnement familial et social de l'enfant. Le développement précoce satisfaisant constitue la pierre angulaire de ce système. La société, en tant qu'elle assume la nécessité d'un devoir de mémoire, contribue fortement à consolider ce système.

© 2011 Elsevier Masson SAS. Tous droits réservés.

Adresse e-mail : [gmirna@inco.com.lb](mailto:gmirna@inco.com.lb)

**KEYWORDS**

Traumatic event;  
Trauma;  
Antitraumatic  
system;  
Resilience;  
Work of binding

**Summary**

*Objectives.* – War constitutes a daily reality for millions of persons. Our clinical experience shows that the traumatic events, without necessarily leading to a trauma, confront the child and his family with the unbearable. After the bombardment of Cana (South of Lebanon) in 1996, medical and psychological consultation centers for children victims of war and their families were created in the South of Lebanon. This article examines the characteristics of the treatment of the children of war. It also stresses the future of these children in adulthood.

*Method.* – Through a clinical example and based on the therapeutic follow-up of 1500 children exposed to stress, we tried to reach our objectives.

*Results.* – The destiny of the children of war depends on the nature of stress they have experienced, on the characteristics of the "psychic apparatus" of their parents and on the possibilities that they had to symbolize the violence. The therapeutic bond favors the development of the capacity of thinking and consequently the elaboration of violence through the work of history. The work of history is a work of reconstruction that requires that a game is made possible with memories, that recollection of memories can be shared and communicated by the patient with his therapist. When violence cannot be symbolized, children become adults with troubles. The intergenerational transmission of trauma presents some particular features.

*Conclusion.* – We postulate the existence of an antitraumatic system with resilient children. In this system, not only individual factors as the constitution of the subject play a role but also all the factors linked to the social and family environment. The satisfactory early development constitutes the cornerstone of this system. The society, as it assumes the necessity of a memory duty contributes strongly to the strengthening of this system.

© 2011 Elsevier Masson SAS. All rights reserved.

Imad a 40 ans. Il est hospitalisé en 2008 à l'Hôtel-Dieu de France à Beyrouth, à la suite d'une bataille qui a eu lieu entre les miliciens de la communauté musulmane chiite et ceux de la communauté sunnite. Il conduisait lorsqu'un milicien lui tira dessus plusieurs fois et réussit à le viser gravement au dos et à la jambe. Les cris et les pleurs de Imad dans le service d'orthopédie alertent les médecins, les infirmières et les patients. Imad revoit en permanence sur le mur de la chambre le milicien qui l'a agressé. Il le décrit comme un homme barbu, d'un certain âge. Imad répète les propos du milicien : « Tu vas mourir lentement, meurs doucement ». Mais Imad surprend tout le monde lorsqu'en pleurant il affirme qu'il tient à maintenir sa relation avec son meilleur ami Georges. Il répète chaque jour que si Georges s'effondre alors tout s'effondrera pour lui.

Au cours des quelques entretiens que nous avons ensemble, un lien assez fort se crée entre nous. Je garderai en mémoire ces propos qui continueront longtemps de m'interpeller :

*« Dans ma vie, j'ai connu la guerre enfant. . . enfant, j'ai vu des choses atroces ; j'ai vu des luttes et des compromissions méprisables. Mais, ce qui a constitué la raison profonde de toutes mes actions a été le lien qui me rattachait aux êtres humains qui m'entouraient, ceux qui m'aimaient essentiellement. S'appuyer inconditionnellement sur certains liens dans ces circonstances, n'est-ce pas notre destinée ? »*

Les propos de Imad illustrent bien la problématique de l'événement traumatique à l'épreuve du lien, la clinique du traumatisme pouvant par beaucoup d'aspects se rapprocher de la clinique des liens et des avatars du travail de liaison.

Lier, délier, relier, ces termes définissent bien la trajectoire des sujets traumatisés, trajectoire que je décrirai dans le cadre de cet article en m'appuyant sur ma pratique clinique et en tentant de répondre aux questions suivantes : que vit l'enfant confronté à la guerre ? La violence de la guerre peut-elle être symbolisée ? Comment le lien thérapeutique peut-il relancer le travail de liaison ? Quel sera le devenir des enfants de la guerre à l'âge adulte ?

### Création du « Centre médicopsychologique d'accueil de l'enfant de la Guerre et de sa famille »

En avril 1996, le village de Cana qui se trouve au Liban Sud a été fortement bombardé par l'armée israélienne. Ce bombardement a coûté la vie à 104 personnes dont 39 enfants et 24 femmes. À la suite de cette tragédie, des centres de consultations médico-psychologiques pour les enfants victimes de guerre et leur famille ont été créés à Beyrouth et au Sud Liban (Tyr, Nabatieh) en partenariat franco-libanais, sous l'égide du Ministre de l'Action Humanitaire, Xavier Emanuelli. Ces centres ont été conçus sur le principe des centres de consultations médicopsychologiques fonctionnant en France. Les enfants et les adolescents y sont traités par consultations ambulatoires avec soutien psychothérapique. Une équipe pluridisciplinaire composée de psychiatres, psychologues et assistantes sociales prend en charge les enfants qui consultent dans les centres. Depuis décembre 1996 jusqu'à aujourd'hui, 1500 enfants ont été suivis dans les centres de consultation par les professionnels de l'équipe.

## Événement traumatique et symbolisation de la violence

Un cas clinique, le cas de Ali illustre les situations rencontrées dans le cadre de ma pratique.

En juillet 2006, lors des bombardements israéliens, Ali âgé de quatre ans se trouve à Cana. L'immeuble où il s'était réfugié avec ses parents et sa sœur Zeinab s'écroule. Roula, la mère de Ali, réussit à sortir de sous les décombres son mari handicapé et son fils Ali. Pendant qu'elle était à la recherche de sa fille Zeinab, elle confia Ali qui dormait dans ses bras à un voisin. Celui-ci croyant que l'enfant était mort l'emmena dans une maison isolée où se trouvaient toutes les personnes décédées lors du bombardement. Cinq heures plus tard Ali se réveilla. Il était entouré de cadavres autour desquels les chats et les chiens rodaient. Il se mit à hurler, pensant que sa mère et son père l'avaient abandonné. Un jeune homme l'entendit. Il l'emmena chez sa mère. L'enfant saignait. Il était gravement atteint à la tête. Roula, la mère de Ali, blessée au bras marcha seule avec son fils durant deux heures sous les bombardements israéliens. Arrivés au premier poste des Forces de Sécurité, la Croix Rouge transporta Ali et sa mère à l'hôpital où ils reçurent les soins nécessaires.

Quinze jours après la tragédie qui a coûté la vie à Zeinab, la sœur de Ali, j'ai rencontré l'enfant et ses parents. Durant l'entretien, Ali s'exprime facilement. Il coopère, affirme bien dormir, ne jamais être triste. Il lui arrive rarement de pleurer. Ali dessine une maison, des tanks israéliens, des «hommes de la résistance libanaise qui tuent les Israéliens». Selon lui, sa sœur est au paradis et il ne souhaite qu'une seule chose «mourir pour la rejoindre le plus rapidement possible». Il ne présente aucun symptôme sur le plan clinique.

Interrogée à l'école trois mois après la tragédie, son enseignante affirme qu'il s'agit d'un excellent élève et tient le discours suivant :

*« Je n'ai pas constaté que la guerre avait des effets négatifs sur le fonctionnement psychique des enfants... J'ai constaté que les élèves étaient très fiers des martyrs de la résistance... Il y a même énormément d'élèves qui sont fiers d'avoir eu leur maison détruite ou d'avoir perdu un de leur proche... Beaucoup d'entre eux souhaiteraient s'entraîner dans les camps militaires pour affronter Israël... ».*

Cet enfant que j'avais rencontré en 2006, m'avait poussée à réfléchir et à me poser les questions suivantes : S'agit-il d'un enfant résilient ? Sera-t-il confronté à la désorganisation psychique ? Qu'advient-il si plus tard Ali décide de ne plus être attaché au même idéal politique et religieux ?

Il y a deux ans, Ali et sa mère sont venus me voir au Centre médicopsychologique à Tyr. Ali se plaint de douleurs abdominales importantes sans aucune cause organique. Durant la consultation, Ali qui a sept ans ne peut pas rester assis plus de quelques minutes. Il se lève souvent, marche, déchire les dessins des enfants accrochés au mur puis s'assied pour se lever de nouveau peu de temps après. Ali évoque ses peurs : peur d'être seul, peur qu'on tue ses parents comme on a tué sa sœur. Il me raconte qu'il aime se défouler en cassant les objets, se décrit comme agité à l'école.

La mère quant à elle présente une angoisse de séparation importante associée à des symptômes dépressifs.

Je suis amenée à leur proposer une thérapie mère-enfant pour leur permettre de verbaliser leurs angoisses. Par ailleurs, Ali bénéficie dans le cadre scolaire de séances d'art-thérapie.

Cette vignette clinique illustre bien le fonctionnement psychique des patients traumatisés. La décharge dans l'action constitue une particularité du fonctionnement de Ali. Elle masque un éprouvé trop violent, source de maux dangereux et permet d'évacuer hors du psychisme une réalité impensable.

Le déni chez cet enfant ne pouvait se maintenir qu'accompagné d'une fuite motrice pour lutter contre la douleur mentale insupportable. McDougall [1] affirme que les patients qui présentent des somatisations et des agir comportementaux ont besoin de rechercher dans la réalité externe «une nourriture perceptive adéquate». Les perceptions venues de l'extérieur agissent ainsi comme des interprétations calmantes venues du dehors. Le surinvestissement du factuel constitue un contre-investissement anti-traumatique. Les solutions par l'agir, auxquelles peuvent être assimilées les manifestations psychosomatiques renvoient à une faille dans le processus de symbolisation. «Elles recèlent toutefois» précise McDougall «une lutte pour la vie, et notamment pour la survie psychique de l'être».

La thérapie a permis à la mère et à l'enfant d'entreprendre le deuil de Zeinab. J'ai été amenée, six mois après le début de la prise en charge, à travailler avec le père. Le père dans son récit a évoqué plusieurs événements séparés dans le temps. La forme narrative du récit du père a permis que puisse se retisser des liens entre ce que les membres de la famille étaient avant le décès de Zeinab et ce qu'ils sont devenus par la suite. Les capacités de mobilisation psychique du père, c'est-à-dire les instances de transformation et de médiation, ce que Kaës [2] appelle l'intermédiaire, en tant qu'il assure fonction de « reprise sur une rupture maintenue » ont joué un rôle important dans l'évolution psychique de la mère et de l'enfant. Elles ont favorisé le travail de l'histoire et ont empêché l'évènement de s'inscrire en traumatisme. Pour Kaës [3], le travail de l'histoire est un travail de construction et de reconstitution qui opère une mise en sens, une mise en mots, une mise en ordre pour soi-même et pour un tiers. Il s'agit de reconstituer une version possible du passé, qui, parce qu'il n'a pas pu s'inscrire en représentations mais a laissé des traces, ne dispose pas des énoncés pour se remémorer. Ce travail requiert qu'un jeu soit possible avec les souvenirs, que la remémoration des souvenirs puisse être partagée et communiquée entre l'enfant, ses parents et le thérapeute.

## Caractéristiques de la prise en charge des enfants de la guerre

La clinique du trauma pousse le thérapeute à plus de créativité pour penser la continuité de la vie psychique, pour transformer la scène traumatique en souvenir, pour l'intégrer dans un travail de mémoire qui fait qu'un sujet

peut se projeter dans l'avenir. Elle confronte le soignant à des affects violents de colère, de honte et de culpabilité. Dans ces situations, comme le précise Winnicott, le thérapeute doit être un témoin compréhensif de la détresse de l'enfant. Sa reconnaissance non angoissée de la période difficile dans laquelle se trouve l'enfant – ce que Winnicott [4] qualifie de « compréhension favorable » est en soi-même une intervention. Le thérapeute « répond au besoin avec une action adaptée, ou une inaction réfléchie ».

En faisant sentir au patient que ses propos sont compris et partagés, le psychologue tentera de saisir périodiquement les émotions qui sous-tendent son récit. Le partage d'affects augmente la tolérance de l'enfant aux affects extrêmes qui l'envahissent et permet un apprivoisement de ceux-ci.

Il semble ainsi important d'aider le patient à créer des récits qui donnent une visibilité aux émotions. Une telle dynamique active la compétence narrative du patient. Le thérapeute se pose donc comme quelqu'un capable d'écouter, de comprendre et de décrire les émotions présentes, comme une sorte d'enzyme de transformations ultérieures. Il s'agit de développer une capacité de penser et de faire en sorte que le développement de la capacité de penser, base d'une fonction de liaison permette une prise de contact de plus en plus grande avec des zones qui n'étaient pas exprimables auparavant. C'est essentiellement le lien thérapeutique qui va permettre de relancer le travail de liaison défaillant, liaison du dehors vers le dedans, des informations perceptives du monde vers nous.

Cette attitude assez modeste doit conduire à des transformations chez les patients, en tenant compte du rapport permanent qu'il y a entre les images et les récits. Les récits créent des images mais les récits à leur tour découlent des images. La tâche du thérapeute est de favoriser la capacité imagino-poétique du patient.

Toutefois, chez les patients ayant connu des pertes suite à des catastrophes le thérapeute est confronté à la difficulté d'établir un lien avec le patient. Tout lien apparaît dangereux puisqu'il peut entraîner une perte.

Les patients sont donc soumis à un paradoxe qui est le suivant : « Ce dont j'ai besoin, c'est ce qui me menace ». On peut alors se demander avec Jeammet comment faire pour que ce dont ils ont besoin devienne tolérable? Jeammet [5] affirme qu'à ce paradoxe « ce dont j'ai besoin, c'est aussi ce qui me menace » va répondre au plan thérapeutique un autre paradoxe qui est celui de l'aire transitionnelle de Winnicott. C'est la constitution d'un espace d'échange rendant tolérable la reprise des investissements objectaux, qui est susceptible de restaurer le pare-excitations. Selon Jeammet, il semble important dans ces situations de « rendre le plus discret possible ce qui est le plus nécessaire ». C'est dans la pluralité des intervenants de l'équipe qu'émerge avec le plus de chance de réussite cette légèreté du lien.

## Transmission de la violence non symbolisée

J'ai évoqué les enfants victimes de la violence du destin. Je m'interroge en permanence sur le devenir de ces enfants à l'âge adulte. Quel sera le destin des enfants confrontés à la violence de la guerre?

Je suis amenée assez fréquemment à rencontrer dans le cadre de ma pratique clinique ces enfants de la guerre devenus adultes qui évoquent au cours de leurs séances une enfance malheureuse. Ils insistent sur le fait que le bonheur n'est pas pour eux en tant qu'individus ou en tant que groupe. Ils affirment avoir admis cette réalité ce qui les conduit à une attitude, une posture, une façon d'être dans la vie qui exclut naturellement le bonheur. Le concept de dépressivité décrit dans la littérature illustre bien le fonctionnement psychique de ces sujets, chez qui la dépression est une disposition psychique ou un mode d'être qui prédispose ou tend vers les affects dépressifs même si ces derniers ne sont pas constamment au premier plan. Chez ces patients qui ne peuvent pas fonctionner dans la transitionnalité, la réalité externe domine la scène, la mentalisation est en crise. Ces patients ont connu des pertes traumatiques (enlèvement de l'un des membres de la famille) durant l'enfance sans pouvoir bénéficier après le trauma de l'aide d'un professionnel qui aurait pu leur permettre d'élaborer leurs angoisses.

Les familles de ces patients profondément bouleversées par les multiples pertes qu'elles subissaient ne pouvaient plus assurer leur rôle de pare-excitations, c'est-à-dire apporter la sécurité, la protection, le réconfort et l'apaisement émotionnel. Anéantis par la douleur qui les envahissait, les membres de la famille n'ont pas réussi à se soutenir mutuellement pour affronter la réalité traumatique.

Devenus parents, ces sujets ne peuvent pas communiquer ni échanger des images et des sentiments avec leurs enfants. Par ailleurs, ils se sentent obligés d'être trop proches d'eux pour les protéger. Dans ces familles, les attachements qu'on pourrait qualifier de « non secure » [6] prédominent.

La transmission intergénérationnelle présente dans ces situations des caractéristiques particulières. Ce que la pensée refuse de penser continue d'avoir une vie silencieuse en acquérant un pouvoir d'engendrement redoutable. On constatera qu'un travail de non transmission s'installe d'une génération à l'autre. Les recherches effectuées ces dernières années montrent que les vécus psychiques inacceptables, qui ne peuvent pas être élaborés ne peuvent s'inscrire dans une chaîne de sens. C'est la trace de ces éléments qui se transmet aux générations suivantes trouvant son expression dans des symptômes individuels somatiques ou psychiques.

## Mise en place d'un système anti-traumatique

Pourquoi certains enfants confrontés à des traumatismes destructeurs se révèlent-ils capables d'affronter le stress de la guerre sans trop de séquelles et deviennent des adultes heureux et d'autres pas?

Je voudrai postuler ici l'existence d'un système anti-traumatique chez les enfants résilients. Dans ce système interviennent des facteurs individuels comme la constitution du sujet mais également des facteurs liés à l'environnement familial et social de l'enfant. Le développement précoce satisfaisant constitue la pierre angulaire de ce système. À ce propos, Gamill [7] souligne que « l'élaboration de la

position dépressive permet la transformation de la violence en un registre esthétique ».

Nous pensons que plus les assises sont solides, moins les dangers externes prennent une dimension traumatique. Il semble nécessaire qu'au sein de la dyade mère enfant puisse se maintenir ce que Mazet et al. [8] nomment « l'intersubjectivité ». Le terme même d'intersubjectivité recouvre pour Mazet et al. la notion de rencontre et de communication du vécu de deux personnes, en l'occurrence ici la mère et le bébé. Or les événements traumatiques peuvent mener souvent à l'échec de l'intersubjectivité, entraînant au sein de la dyade mère-enfant un défaut de régulation mutuelle à travers la souffrance des deux partenaires.

Par ailleurs, les caractéristiques du fonctionnement mental maternel et paternel, singulièrement celles du préconscient sont vitales lorsque l'enfant connaît des situations traumatiques précoces et permanentes. Le préconscient, comme le définit Kaës [2] en tant qu'il constitue une instance de transformation qui pourrait rétablir les liens de pensée entre le dedans et le dehors détient une place importante dans la mise en place de ce système. Le préconscient des parents peut faciliter ou entraver le travail de liaison chez l'enfant. Le travail de liaison ne pourra naître et se développer que dans un lien assez solide avec les parents ou avec des substituts des objets parentaux.

Enfin, la société en tant qu'elle assume la nécessité d'un devoir d'histoire contribue à consolider ce système.

Il revient à la mémoire collective à l'occasion des grands bouleversements d'offrir des instruments de base du travail historique. Les lieux de mémoire qu'évoque l'historien Nora [9] paraissent intéressants. Il s'agit d'objets symboliques de notre mémoire comme les Archives, les bibliothèques, les musées au même titre que les commémorations, les fêtes. C'est dans les lieux que « se cristallise et se réfugie la mémoire ». « Les lieux de mémoire, ce sont d'abord des restes ». Le lieu tire donc sa fonction de la perte. Nora accorde aux lieux de mémoire une efficacité remarquable, celle d'engendrer « une autre histoire ». L'histoire est selon Nora une représentation du passé. Engendrer une autre histoire à partir des lieux de mémoire ne peut être que thérapeutique. Il s'agit en fait de réorganiser des matériaux divers de manière à ce qu'ils produisent un effet de sens. Suivant une métaphore archéologique chère à Freud, il s'agit de reconstruire un temple ou un palais à partir d'un pan de mur ou d'un morceau de colonne.

La vie de tout être humain en 2011 surtout au Moyen-Orient est mouvementée. Si les événements traumatiques constituaient il y a quelques années une exception pouvant survenir dans la vie d'un individu, actuellement le fait de n'y avoir pas été confronté est hors de l'ordinaire. Les générations d'aujourd'hui seront donc amenées en

permanence à vivre avec les événements traumatiques, à en produire une interprétation, à retisser des liens entre ce qu'elles étaient avant et ce qu'elles sont devenues après. Dans ces situations, le thérapeute par sa capacité de penser doit parvenir à contenir ce qui est exprimé de l'angoisse des patients et à le leur restituer sous une forme assimilable qui puisse donner lieu à une transformation de leur psychisme. La liaison consistera en cette activité de transformation. Mais parfois, malgré le travail thérapeutique, la violence du destin continuera à agir à l'intérieur de soi en ne trouvant aucune transformation, aucune transaction, aucun déplacement possible. Le sujet n'aura pas la chance de pouvoir s'appuyer pour survivre sur ses liens avec les objets externes comme Imad. La réalité externe avec son effet de discontinuité nocif dominera la scène. L'entourage ne pourra pas jouer son rôle de pare-excitations. Seule ici le travail de la culture sera décisif pour la continuité de la vie psychique, travail de culture qui tentera de trouver les mots pour décrire l'expulsion hors du monde civilisé, la barbarie des actes. Il permettra à certains sujets d'assumer leur mémoire pour qu'elle devienne une mémoire dynamique pour l'avenir.

## Déclaration d'intérêts

L'auteur déclare ne pas avoir de conflits d'intérêts en relation avec cet article.

## Références

- [1] McDougall J. Corps et langage. Du langage du soma aux paroles de l'esprit. *Rev Franc Psychosom* 1992;2:69–96.
- [2] Kaës R, Faimberg H, Enriquez M, Baranes JJ. Transmission de la vie psychique entre générations. Paris: Dunod; 1993. p. 17–58.
- [3] Kaës R, Puget J. Violence d'Etat et psychanalyse. Paris: Dunod; 1989.
- [4] Winnicott DW. Le bébé et sa mère. Paris: Payot; 1995 [Cité par Adam Philips in Winnicott ou le choix de la solitude. Paris: Éditions de l'Olivier; 2008].
- [5] Bleandonu G, Lebovici S, Gibello B, Cahn R, Guillaumin J, Jeammet P, et al. Cadres thérapeutiques et enveloppes psychiques. Paris: Presses universitaires de Lyon; 1992. p. 101–9.
- [6] Bowlby J. Attachement et perte, vol. 1. In: Attachement. Paris: PUF; 1978.
- [7] Gammil J. La position dépressive au service de la vie. Paris: Éditions In Press; 2007.
- [8] Mazet P, Rabain D, Downing G, Wendland J. Le déni de l'intersubjectivité dans les interactions précoces comme paradigme de la violence psychologique. *Neuropsychiatr Enfance Adolesc* 2002;50:424–8.
- [9] Nora P. Les lieux de mémoire, tome I. In: La République. Paris: Gallimard; 1984.