

LE MIROIR PÉTRIFIÉ

Destins du traumatisme psychique dans les familles confrontées à la guerre du Liban
Hélène Romano, Thierry Baubet, Dalila Rezzoug, François Giraud, Marie-Rose Moro

La Pensée sauvage | « L'Autre »

2007/3 Volume 8 | pages 119 à 135

ISSN 1626-5378

ISBN 9782859192334

Article disponible en ligne à l'adresse :

<http://www.cairn.info/revue-l-autre-2007-3-page-119.htm>

Pour citer cet article :

Hélène Romano *et al.*, « Le miroir pétrifié. Destins du traumatisme psychique dans les familles confrontées à la guerre du Liban », *L'Autre* 2007/3 (Volume 8), p. 119-135.
DOI 10.3917/lautr.024.0119

Distribution électronique Cairn.info pour La Pensée sauvage.

© La Pensée sauvage. Tous droits réservés pour tous pays.

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

Le miroir pétrifié

Destins du traumatisme psychique
dans les familles confrontées à la guerre
du Liban

Hélène Romano*, Thierry Baubet**, Dalila Rezzoug**,
François Giraud***, Marie Rose Moro****

La République du Liban est un pays avec lequel la France entretient des relations historiques privilégiées. Le Liban compte environ 4,5 millions d'habitants dont 3,7 millions de Libanais, 250.000 Palestiniens et 450.000 travailleurs syriens. Environ 3 millions de Libanais vivent à l'étranger. Le pays compte environ 60% de musulmans et 40% de chrétiens, ces deux catégories étant elles-mêmes très hétérogènes¹. La langue officielle y est l'arabe, le français est parlé par plus de 50% de la population, et l'anglais également très utilisé. De 1975 à 1990 la guerre a fait au Liban plus de 150 000 morts et 400 000 blessés. Les pertes matérielles et les destructions d'infrastructures y ont été majeures, et depuis 15 ans, le pays était en reconstruction progressive. 14 500 ressortissants français sont immatriculés auprès de l'Ambassade de France à Beyrouth, dont 90% de binationaux. On estime que 5 à 6000 touristes français sont également présents sur place lors du début du conflit.

Le 12 juillet 2006, Israël lance une opération de grande envergure contre le Liban, par air et par mer, à la suite d'une embuscade du Hezbollah, qui a tué six soldats israéliens et en a capturé deux autres. Le 13 juillet 2006, Israël bombarde l'aéroport de Beyrouth, des ponts et des bases du Hezbollah et de l'armée libanaise. Le Hezbollah riposte par des tirs de roquettes sur le nord d'Israël, notamment sur Haïfa, la troisième ville du pays. Israël impose un blocus aérien et maritime sur

* Psychologue clinicienne, Docteur en psychologie, Cellule d'urgence Médico-Psychologique du SAMU 94, AP-HP, Hôpital Henri Mondor, 51 rue du Maréchal de Lattre de Tassigny, 94000 Créteil.

** Psychiatre - Cellule d'urgence Médico-Psychologique de Seine-Saint-Denis (93) - Service de psychopathologie de l'enfant, de l'adolescent et de psychiatrie générale, AP-HP, Hôpital Avicenne, 125 rue de Stalingrad, 93009 Bobigny Cedex

*** Psychologue clinicien, CUMP 93

**** Professeur de psychopathologie de l'enfant et de l'adolescent, chef du service de psychopathologie de l'enfant, de l'adolescent et de psychiatrie générale, CUMP 93.

1. Musulmans : chiïtes, sunnites, druzes, alaouites ; chrétiens : maronites, grecs orthodoxes et catholiques, arméniens orthodoxes et catholiques, protestants, coptes, chaldéens, catholiques romains....

le Liban et détruit les moyens terrestres de communication avec la Syrie le 14.

A partir du 14 juillet, le Ministère des Affaires Étrangères organise le rapatriement des ressortissants français volontaires² :

regroupement des candidats au départ au lycée franco-libanais de Beyrouth puis transfert vers le port de Beyrouth ;

transport par ferry ou navire militaire, vers Larnaca à Chypre ou Mersin en Turquie (une seule fois) ;

transfert des rapatriés à Larnaca et Mersin entre le port et l'aéroport, puis retour sur Paris par des vols affrétés par le Ministère des Affaires Étrangères à partir du 17 juillet

Par ailleurs, l'organisation de missions par convois sécurisés par l'ambassade de France à Beyrouth, a permis à plus de 220 personnes, dont 127 Français, de quitter le Sud Liban. 120 autres Français ont pu quitter cette zone grâce aux moyens mis à disposition par l'ONU. Un certain nombre de ressortissants rejoignent la France par d'autres moyens, en particulier les premiers jours du conflit, et arrivent en France par des vols de Jordanie, Syrie, Turquie.

Entre le 14 juillet et le 12 août, les autorités françaises ont rapatrié environ 13 500 personnes du Liban, dont plus de 10 500 ressortissants français³. Toutes ont été rapatriées à Roissy Charles de Gaulle. A la date du 13 août, 1 100 libanais ont été tués, 3 700 blessés, et 973 000 ont été déplacés³. Un cessez-le-feu conclu sous l'égide de l'ONU est intervenu le 14 août 2006 à 7h00 heure française. Avant de discuter la clinique observée, il nous a semblé important de procéder à quelques rappels concernant le traumatisme psychique et sa transmission.

Traumatismes psychiques

A une époque où les événements traumatiques envahissent la scène publique, les écrans de télévisions, les colonnes des journaux, le terme traumatisme fait l'objet d'une généralisation telle qu'il nous semble essentiel de rappeler ce que nous entendons par cette notion de traumatisme : la situation traumatique est avant tout une expérience de perte absolue de protection interne et externe, qui confronte le sujet à une rencontre qui reste irréductible au savoir : « source et objet, dedans et dehors, altérité interne et altérité externe, présent et passé, représentation et perception sont alors confondus dans une expérience du moi où tous les repères sont brouillés » (Roussillon 2001 : 110). Lorsque l'événement traumatique vient faire effraction dans la vie d'un individu, l'onde de choc traumatique envahit à travers lui tous ses proches et contamine le psychisme familial, de sorte qu'être traumatisé c'est instaurer en soi une part de l'autre non reconnue comme telle, c'est intégrer la figu-

2 Source : Site web du MAE :

<http://www.diplomatie.gouv.fr/fr/pays-zones-geo-833/liban-418/index.html>

3 Source gouvernementale libanaise : <http://www.lebanonundersiege.gov.lb/english/>

ration de la néantisation de l'autre et de soi-même, c'est instaurer une altérité au sein de soi en réparation de son propre sentiment d'étrangeté. Cette pétrification du moi aboutit à un blocage du psychisme, à un déficit de figurabilité qui fige le sujet devant une expérience pour laquelle il n'a aucun signifiant à sa disposition qui en permettrait sa symbolisation. L'image d'étrangeté renvoyée par le sujet traumatisé est celle d'un miroir pétrifié qui réveille alors en chacun de nous des questionnements fondamentaux en particulier sur la mort, la souffrance, la culpabilité. Les maux consécutifs à cette rencontre traumatique sont pluriels mais restent singuliers, chaque sujet confronté à un même événement, ayant une capacité propre de perception et d'intégration de la situation liée aux ressources internes et externes et à la qualité de ses rencontres préalables. De sorte que si le traumatisme donne lieu à l'expression d'un certain nombre de symptômes et d'étapes que la clinique nous permet de décrire, il connaît dans l'histoire de vie de chacun des vicissitudes et des évolutions singulières qu'il n'est pas possible d'anticiper. Le destin du trauma se nourrit de l'événement lui-même tout autant de ce qu'il vient réactiver dans l'histoire individuelle de chacun et dans l'histoire collective de la famille et du groupe d'appartenance.

Théories sur les processus de transmission intergénérationnelle du trauma

L'existence d'une transmission du trauma de parents à enfant, de survivants à leur descendance est une réalité clinique à l'origine de nombreuses publications en particulier issues de travaux concernant les grands traumas historiques : l'Holocauste (Solkoff 1992 ; Barocas et Barocas 1980), le génocide arménien (Yeghicheyan 1983), les dictatures chilienne, argentine, cambodgienne (Sack 1995), le génocide rwandais, la guerre du Vietnam et plus récemment les attentats new-yorkais (Chemtob 2004). D'autres publications analysent les implications générationnelles des maltraitances et des violences domestiques.

Selon ces études, le traumatisme influencerait le développement de la personnalité des descendants (Barocas et Barocas 1980), avec des enfants de survivants exprimant en particulier des difficultés d'autonomie, un manque d'estime de soi, une quête à échapper aux sentiments d'infériorité, un plus fort investissement vers les relations d'entraide (Last et Klein 1981). Si nous étudions plus précisément la question des processus de transmission traumatique et non exclusivement celle des manifestations psychopathologiques (Solkoff 1992 ; Kellerman 2001) nous pouvons dégager actuellement quatre principaux modèles de transmission (Ouss-Ryngaert 2006) :

- *le modèle psychodynamique* : les traumas parentaux enkystés, non élaborés parasitent l'enfant et se transmettent de façon inconsciente ;

- *le modèle social et culturel* : la transmission du trauma se fait en fonction des comportements parentaux et des influences sociales donc plus directement et consciemment ;

- *le modèle systémique* : le fait traumatique entraîne une inversion des rôles (les enfants devenant les parents de leurs parents) et des communications parents/enfant en double-bind entravant les relations interpersonnelles ;

- *le modèle neurobiologique ou génétique* : la mémoire traumatique est transmise à travers des processus physiologiques liés aux effets du stress sur les neurotransmetteurs et les sécrétions hormonales.

A travers l'existence de ces différents modèles – principalement étudiés chez les enfants de survivants, parfois à l'âge adulte – nous voyons combien la question de la transmission du traumatisme est un processus complexe et qu'il est sans doute nécessaire de n'éluder aucune de ces dimensions si l'on souhaite apporter l'intervention la plus adaptée aux sujets pris en charge.

D'autres auteurs se sont penchés sur la question de la transmission du trauma actuel dans une famille. Le concept « d'état de stress post-traumatique relationnel » développé par Scheeringa et Zeanah (2001) qualifie les situations de cooccurrence d'une symptomatologie psycho-traumatique chez le bébé et l'adulte qui en prend soin, au cours desquelles la symptomatologie de l'un des deux partenaires exacerbe celle du second. Ils précisent que les parents peuvent avoir été absents au moment de l'événement traumatique, et décrivent trois modalités d'état de stress post-traumatique relationnel :

(1) *Retrait/non réceptivité/indisponibilité* : les parents sont psychologiquement indisponibles pour l'enfant, cette situation est souvent rencontrée lorsque les parents ont eux-mêmes subis des traumas antérieurs ;

(2) *Surprotection/constriction* : les parents sont préoccupés par la peur de voir un nouveau trauma survenir et par la culpabilité de ne pas avoir su protéger leur enfant du traumatisme ;

(3) *Reconstitution de la scène traumatique/mise en danger/effroi* : le trauma de l'enfant est réactivé par des questions incessantes sur l'événement ou des allusions répétées à celui-ci, l'enfant est placé dans des situations où de nouveaux traumas peuvent survenir.

Selon ces auteurs, l'effet de la réaction parentale au trauma de l'enfant sur l'enfant lui-même peut prendre différentes formes.

(1) *Minimal* : l'enfant n'est pas affecté de manière notable par l'événement ;

(2) *Médiateur* : l'enfant ne ressent pas l'effet direct de l'événement mais plutôt les conséquences de l'impact traumatique de l'événement sur sa mère ;

(3) *Modérateur* : les réponses de la mère affectent l'évolution de l'état de l'enfant ;

(4) *Combiné* : les deux partenaires sont traumatisés et leurs manifestations émotionnelles s'exacerbent mutuellement.

Cet essai de typologie souligne la complexité des effets du trauma d'un de ses membres, et elle nous a été utile pour la compréhension des cas rapportés.

Accueil des réfugiés du conflit libanais de juillet 2006

Les traumatismes psychiques connaissent des destins divers : certains peuvent s'élaborer grâce à des ressources individuelles et à un environnement suffisamment étayant et ainsi s'inscrire comme un temps de la vie du sujet ; d'autres laissent une trace traumatogène, se figent dans un « *temps hors temps* » (Romano 2006) ne parviennent pas à être suffisamment élaborés et hantent l'histoire du sujet et de ses descendants. L'expérience traumatique obérée par cette agonie de symbolisation, peut s'enkyster et devenir alors une « mémoire sans nom », qui effrac-te petits et grands et s'inscrit dans l'histoire familiale comme une dette, comme une blessure psychique invisible qui lierait par une souffrance indicible chacun de ses membres ; ce lien de souffrance étant d'autant plus fort que le trauma est resté à l'état brut sans avoir pu être élaboré et qu'il est venu s'infiltrer dans l'histoire individuelle et familiale.

Nous proposons d'étudier l'impact de la rencontre avec ce mal et ses conséquences sur les processus de transmission psychique intergénérationnelle à partir de l'analyse des prises en charge des réfugiés du Liban lors du conflit de juillet 2006 et tout particulièrement à travers l'histoire de Mathieu, Isabella, Tony, Hassan et Marine⁴ accueillis à l'aéroport de Roissy puis suivis dans le cadre d'une consultation spécialisée de psychotraumatisme⁵. En France la prise en charge médico-psychologique des victimes de ce conflit s'organise dans un premier temps à l'aéroport de Roissy-Charles-de-Gaulle où quinze mille personnes (françaises et étrangères) sont accueillies 24h à quelques jours après le début des conflits (Baubet et al. 2006). Près de deux mille personnes bénéficient d'entretiens individuels ou familiaux assurés par des psychiatres, psychologues et infirmiers psychiatriques. En second temps des consultations sont proposées dans les centres hospitaliers des départements d'accueil. A leur accueil à Roissy Isabelle (7 ans) et Mathieu (10 ans) sont accompagnés de leur mère. Leur père est resté au Liban. Leur maison a été bombardée alors qu'ils y étaient encore réfugiés. Après trois jours passés terrés dans les caves, ils sont évacués en voiture puis en hélicoptère au milieu des tirs d'obus, avec la vision du village détruit, de cadavres sur la route et de personnes « *hurlant* » à la recherche de leurs proches. A l'arrivée en France c'est leur grand-mère maternelle qui les loge, « *contrainte et forcée* », dans son petit appartement dans un contexte de conflit particulièrement important avec leur mère. C'est, selon Mathieu « *une autre guerre qui commence* ».

Tony (13 ans), Hassan (8 ans) et Marine (5 ans) reviennent avec leurs

4. Les prénoms des enfants ont été modifiés.

5. Consultation du psychotraumatisme de la Cellule d'Urgence Médico-Psychologique du SAMU du Val-de-Marne.

deux parents et sont accueillis par la famille de leur père. Ils ont été évacués très rapidement dès les premiers jours du conflit sans être confrontés directement aux images de la guerre comme l'explique le père : « il y avait le bruit des bombardements, cette atmosphère enfumée et cette odeur liée aux tirs mais nous n'avons pas vu grand-chose, en tout cas pas de personnes tuées sauf dans les journaux télévisés » Après leur départ leur maison est détruite, et deux jeunes cousins et leur tante maternelle meurent sous les bombardements.

Le Liban est un pays marqué par des années de conflits particulièrement complexes. Ce contexte induit des processus pathogènes particuliers de plusieurs types :

- Des traumatismes psychiques liés à la violence et la soudaineté des bombardements, aux destructions massives des maisons, à la perte de proches, à la vue des civils décédés ou en train de mourir sans pouvoir intervenir. En post-immédiat adultes et enfants présentent des troubles post-traumatiques principalement à type de reviviscences, douleurs somatiques, hypervigilance. La culpabilité, le sentiment d'impuissance marquent profondément les discours des réfugiés.

- Une perte du sentiment de sécurité et un accroissement du sentiment d'abandon, liés eux-mêmes à une série de facteurs : l'effondrement des croyances en sa propre sécurité (incompréhension face aux attaques des civils, colère de voir le pays à nouveau détruit par les bombes alors qu'il avait réussi ses dernières années à se reconstruire); l'aspect aléatoire des bombardements; l'absence de protection (tout lieu peut être bombardé même les hôpitaux et les écoles comme à Cana où le 30 juillet 54 enfants et adultes réfugiés dans une cave d'immeuble sont tués par un bombardement); la dissolution des repères quotidiens (les exodes, les couvre-feux et les barrages extrêmement sévères dans de nombreux villes et villages empêchent toute vie normale sur le plan social, interdisent toute liberté de déplacement, tout accès à l'éducation et/ou aux soins, les conditions sanitaires deviennent très problématiques l'eau et la nourriture manquant); la perturbation des relations intrafamiliales (la structure familiale joue au Liban un rôle de support psychosocial important qui se trouve bouleversé par les séparations familiales); l'incapacité de se projeter dans l'avenir, toute la vie étant suspendue à la suite des opérations militaires; et enfin la perte de statut économique et social en tant que réfugiés ayant tout perdu et se trouvant contraints de « tout redémarrer », de « tout reconstruire » sans avoir toujours les soutiens familiaux suffisants en France.

- Des deuils traumatiques (au sens de perte objectale) dus à la fuite du pays et à ce qui est perçu comme une culpabilité face à « l'abandon » des proches et des vivants encore en danger (« Pourquoi ma famille est-elle évacuée? Pourtant mes enfants ne valent pas plus que les autres enfants qui se font tuer là-bas »). Cette culpabilité s'accompagne d'un intense sentiment de honte et de lâcheté (« je n'ai pas le

courage de rester » ; « j'ai l'impression d'abandonner les miens, d'abandonner mon peuple »). La fuite en France marque la réalisation de la perte, processus de deuil long et douloureux qui ne signifie pas la restauration du sentiment de réassurance et de sécurité intérieure comme l'exprime la mère de Mathieu et d'Isabella : « revivre dans un pays en paix ne signifie pas être en paix ».

- La réactivation traumatique des bombardements de l'été 1982 par les bombardements de juillet 2006 : les libanais se trouvent projetés violemment dans un passé récent (névrose traumatique); cette réactivation est renforcée par le fait que de nombreux parents se retrouvent à protéger leurs enfants qui ont l'âge qu'ils avaient lors de la dernière guerre; ils décrivent avec une très grande précision « leur » premier conflit « c'est comme si c'était hier ». Le trauma de la petite enfance est demeuré intensément vivace et de nombreux parents se trouvent soumis à une collusion générationnelle qu'ils sont, dans l'immédiat, dans l'incapacité de gérer compte-tenu de l'impact traumatique du conflit d'aujourd'hui.

Enfin, la migration forcée et les dislocations familiales altèrent singulièrement la capacité des familles à se protéger des effets du trauma en produisant une rupture des contenants culturels et familiaux.

Discussion

Ce que la prise en charge médico-psychologique immédiate met en évidence c'est l'importance de la transmission intergénérationnelle du trauma et l'impact de celle-ci sur la réactivation traumatique : ce qui est traumatique n'est pas seulement le traumatisme objectivable, repérable aujourd'hui mais aussi ce qu'il est venu révéler, réactiver de traumas antérieurs qui ont gardé tout leur potentiel traumatique parce qu'ils n'ont jamais pu être parlés, pensés, intégrés suffisamment. Les répercussions au niveau intergénérationnel sont d'autant plus intenses dans les situations où les parents expriment avoir « grandi sans parler de leur peur pour ne pas blesser [leurs] parents » ; « dans notre culture on extériorise pas les sentiments, petits ils ne fallait pas pleurer, on ne pouvait pas montrer que l'on avait peur, que l'on avait de la peine car cela voulait dire qu'on était faible, qu'on n'était pas à la hauteur, qu'on ne valait pas la peine, que l'on était pas digne de nos parents ». Le conflit présent réactive les guerres du passé, il est le révélateur de traumas antérieurs et confronte l'appareil psychique de ces parents à ses limites d'intégration puisqu'il faut rétablir les liens associatifs entre cet événement réel et ce qui est violemment mobilisé au niveau du traumatisme antérieur. Il s'agit pour l'événement traumatique de trouver sens dans l'histoire du sujet, ce qui se traduit par le nécessaire remaniement du trauma ancien réactualisé par cet événement traumatique. Si l'événement traumatique extérieur ne s'était pas produit, cette réorganisation psychique n'aurait pas eu lieu : réalité extérieure et conflit interne sont donc intimement liés. Ces parents réfugiés se voient à nouveau préci-

pités dans la guerre qu'ils ont vécu à l'âge de leur enfant, submergés par leur angoisse de perte et ces blessures du trauma sont réactivées alors même qu'ils sont blessés psychiquement par cette nouvelle guerre et confrontés à leur impuissance et leur culpabilité de n'avoir pas fourni la protection adaptée à leur enfant et à leur famille. C'est tout autant les violences d'aujourd'hui qui constituent une souffrance que ce qu'elles viennent réactiver dans l'histoire individuelle et dans l'histoire familiale. Il y a une profonde intrication entre blessure liée au trauma d'aujourd'hui et blessure non pensée liée au mal traumatique d'hier : l'une n'est pas l'autre, l'une ne recouvre pas l'autre, mais l'une et l'autre interagissent, et il s'agit de ne sous estimer ni l'une ni l'autre pour prendre en charge ces sujets.

L'enfant ne se construit pas tout seul mais dans la relation à l'autre. Lorsque cet autre est blessé, lorsqu'il est défaillant dans ses capacités de contenance, et de réassurance il en résulte un effondrement plus ou moins marqué des enveloppes psychiques, une confusion dedans/dehors et une répression des énoncés. Le parent n'est plus en mesure d'apporter à l'enfant cet espace transitionnel (Winnicott 1971) si essentiel pour lui permettre de faire le lien entre la réalité intérieure et la vie extérieure. Sans cette aire de médiatisation de l'expérience, l'enfant subit l'effacement de toute capacité de représentation susceptible de mettre à distance la violence subie. La contamination traumatique conduit à une déliaison intersubjective et intrasubjective d'autant plus violente que les événements traumatiques vécus par les parents antérieurement sont restés en panne d'élaboration. L'image parentale renvoyée à l'enfant est celle d'un miroir figé, pétrifié par l'effroi traumatique, incapable dans l'immédiat de contenir la détresse de l'enfant et de lui assurer cette expérience émotionnelle de rencontre partagée indispensable pour lui permettre d'élaborer l'indicible.

Cette agonie parentale se traduit par la détresse émotionnelle de pères et de mères exprimant leur impuissance et leur culpabilité face aux violences de la guerre vécues par leur enfant : « On n'a pas su protéger nos enfants alors que l'on a tellement souffert au même âge », « comment est-ce qu'on a pu décider de rester et de prendre le risque de leur faire subir la même chose que nous ? », « je ne me pardonnerai jamais de voir mes enfants à la même place que moi et que ça, ce soit de ma faute, parce que j'ai fait le choix de rester au Liban ». Il y a un profond sentiment de perte de statut des parents qui ne se ressentent plus comme protecteurs et qui s'attribuent la responsabilité réelle ou fantasmée de ce malheur. La souffrance parentale ne se substitue pas à la souffrance psychique et au vécu traumatique de leur enfant mais donne à celui-ci une autre dimension car il y a l'intrication de ce sentiment de responsabilité à la lourdeur des répercussions psychotraumatiques et à l'histoire péri-traumatique de la famille.

Le rôle de la famille est reconnu comme un facteur important dans l'adaptation des enfants lors d'événements catastrophiques. Les pre-

mières réflexions dans ce domaine nous les devons à Ferenczi, Winnicott, Bowlby, Anna Freud, Dorothy Burlingham ou Pierre Mâle confrontés aux conséquences de la seconde guerre mondiale sur les enfants et sur les interactions familiales. Ce que l'on constate chez les enfants (Bailly 1992 ; Baubet et Moro 2006) c'est que l'effraction traumatique est moins causée par l'événement en lui-même que par l'atteinte dans les fonctions parentales perçues par l'enfant pendant et au décours de cette catastrophe. En effet comme en témoignent les propos de Mathieu, Isabella, Hassan, Tony et Marine comment s'identifier à la fonction parentale (ce qui est l'enjeu même de l'enfance) quand elle est si violemment, si terriblement défaillante, menaçante, incohérente, inconsistante et/ou clivée ? : « Mon père, il avait plus le même regard, il était plus là ailleurs, ça faisait peur » ; « j'ai lu la mort dans les yeux de ma mère » ; « je demandais des choses à mes parents, je posais des questions, ma petite sœur elle pleurait et mes parents c'étaient des fantômes, ils étaient là mais ils nous entendaient pas, ils nous voyaient pas, en fait je sais pas si c'est eux ou peut être que c'étaient nous les fantômes » ; « on était des enfants invisibles » ; « le premier jour j'ai beaucoup pleuré et puis maman elle arrivait même pas à me rassurer, je voulais qu'elle me garde dans ses bras, je voulais lui faire un câlin mais c'était pas possible parce que c'est la guerre et tu sais quand c'est la guerre les mamans elles ne font plus de câlin, enfin c'est pas tout à fait ça, ma man elle me faisait un câlin pour semblant, c'était pas un câlin comme avant parce qu'elle pleurait, elle bougeait tout le temps et je voyais bien qu'elle était inquiète et qu'elle était pas avec moi », « j'avais l'impression qu'on était mort avant de mourir parce que il n'y avait plus rien comme avant, on ne vivait plus, on attendait et mon père et ma mère ils ne pouvaient rien y faire, ils ont même pas pu empêcher que la maison elle soit détruite ».

Les enfants ne sont pas préservés de l'intense souffrance parentale et ne sont pas dupes des défaillances de leur père et de leur mère mais ils réagissent majoritairement par une présentation en faux self, en faux-semblant : ainsi dans les tableaux cliniques que nous avons observés les symptômes post-traumatiques (reviviscences, rêves récurrents, état d'hypervigilance, attitudes d'évitement, reviviscence, accès d'angoisse, dévalorisation, perte de l'estime de soi), les troubles psychosomatiques (maux de ventre, sensation d'être opprimés, palpitations, malaise, maux de tête) sont présents mais ne sont exprimés qu'en dehors de la présence des parents.

Devant leurs parents, la majorité des enfants sont très calmes, parlent peu avec une apparente inhibition et un blocage émotionnel important. Ils opèrent une censure de leur détresse et une tentative d'annihilation de leurs ressentis pour leur offrir une image réassurante « *d'enfants courageux* », « *de grands* » où toute expression de souffrance psychique est réprimée. C'est un véritable processus d'expulsion au sein de soi-même qui est à l'œuvre pour ne pas risquer de s'exclure davantage

de la désappartenance parentale : en minimisant leur souffrance les enfants tentent de rassurer leurs parents et de réparer leur statut de parents protecteurs et bienveillants.

En post-immédiat, nous constatons au décours des consultations que cet état perdure car les seules plaintes autorisées devant les parents sont liées aux difficultés scolaires : problèmes d'attention, troubles de la concentration, perte des acquis récents, blocage scolaire ou surinvestissement tel que plus aucun espace de vie n'est possible (Hassan qui n'investissait pas particulièrement l'école au Liban, passe des heures dans ses livres d'école, il refuse de se coucher, de jouer avec ses nouveaux camarades ou son frère et consacre de façon compulsive tout son temps à son travail scolaire). La terreur de la guerre ne s'exprime pas clairement, ne s'énonce pas directement auprès des parents mais transparait à travers des comportements régressifs, une agressivité inhabituelle à l'égard des pairs, une fatigue chronique et des troubles somatiques, une douleur morale sous forme d'auto-accusation, de brusques accès de colère, une hyperémotivité, une fascination pour les scènes de violence et l'expression de jeux traumatiques. Ainsi plusieurs semaines après leur arrivée en France, Isabella et Mathieu ont un discours très lisse sur leur adaptation à leur nouvelle vie « tout va bien, on s'est fait plein de copains, les maîtresses sont gentilles, il n'y a aucun problème », mais passé le temps du discours visant à rassurer leur mère et à se réassurer sur leur normalité (« on est comme les autres élèves ») leurs propos permettent d'observer combien la peur et la détresse sont présentes et que les symptômes post-traumatiques sont importants. « Des fois je dors la nuit tout habillé, au cas où il y ait encore des bombes », « je ne peux plus prendre l'ascenseur, ce n'est pas possible car si ça explose et que l'on est dedans on va se retrouver coincés », « quand on est dans notre chambre on se met chacun sur notre lit et on se lance le ballon, c'est le jeu de Cana : le ballon c'est la bombe et si on ne le rattrape pas on meurt comme à Cana. On peut jouer toute la journée, même notre grand-mère elle n'arrive pas à nous en empêcher ». Pour Tony (13 ans), Hassan (8 ans) et Marine (5 ans) la guerre paraît oubliée : « c'est comme si on avait toujours vécu en France, la guerre du Liban c'est à la télé, ce n'est plus pour nous ». Mais Tony explique être réveillé la nuit « par les odeurs et tous les bruits qui me font penser aux bruits des bombardements » ; Hassan s'emprisonne dans le scolaire et Marine refuse de dormir toute seule, ne parvient plus à être calmée quand elle pleure et m'explique qu'elle ne veut pas devenir une maman « parce que si je deviens une maman, et bien ça fera comme ma maman et la guerre ça va la faire revenir ».

Les guerres et particulièrement les zones de conflits permanents, représentent un contexte particulier qui modulent le fonctionnement familial et induisent une problématique spécifique chez les enfants réfugiés qui se surajoutent aux théories infantiles qu'ils élaborent pour tenter de donner sens au chaos qui les entoure : l'anxiété parentale (liée

à l'omniprésence de la mort, et aux menaces de tous les instants) infiltre les interactions parents/enfant et contamine ces liens intersubjectifs de sorte que l'enfant peut se trouver inconsciemment porteur de ces souffrances parentales : l'état d'aliénation psychique induit par le trauma est transmis à l'enfant, de sorte que l'un participe à ce que l'autre sait, pense et éprouve. Il y a une projection sur l'enfant d'une part de l'appareil psychique blessé par le trauma des parents, de sorte qu'il y a une « greffe » de l'inconscient du parent à l'inconscient de l'enfant.

Le conflit précédent a laissé un trou, une béance psychique que le parent transmet à l'enfant très tôt dans son histoire et autour duquel s'organise la vie psychique individuelle et familiale : l'enfant devient porteur du « trauma parental en lui », Tant que la souffrance du trauma n'est pas apaisée, pensée, élaborée, le trou ne peut être comblé et ce qui se transmet est ce qui n'est pas dit, ce qui reste en souffrance de transmission même (Kaës 1986). La transmission intergénérationnelle du trauma est surtout celle d'un non-savoir, d'un non-objet, d'un manque, d'une agonie, d'un vide autrement dit de ce qui relève de la négativité. C'est surtout à partir de ce qui n'est pas advenu, de ce qui est en absence d'élaboration, en souffrance d'inscription ou de représentation.

L'événement initial a laissé une enclave de « contenus non pensés », de mal à l'état brut, de non-représentation, de non-altérité, d'un vécu non représentable qui se trouve violemment incorporée chez les descendants. Il s'agit bien d'incorporation au sens défini par Ferenczi et repris par Abraham et Torok c'est-à-dire qu'au cours de cette incorporation le mal traumatique et ses attributs passent à l'intérieur du moi, mais en gardant leurs caractères propres, constituant ainsi une sorte d'enclave parasitaire à l'intérieur du moi, des « fantasmes » ou des « visiteurs du moi » (De Mijolla 1986), plus ou moins accessibles ou profondément enclavés dans leurs « cryptes » (Abraham et Torok 1978). Le mal traumatique conduit à un englobement de l'inconscient du parent et de celui de son enfant dans un caveau intrapsychique familial où se trouvent localisés toutes les souffrances non parlées, tous les conflits non élaborés. Les frontières de cette crypte sont cadencées par le lien traumatique mais pourtant comme en attestent l'exemple des conséquences de ce conflit Libanais de juillet 2006, elles sont susceptibles d'être bouleversées à l'occasion de nouveaux conflits et de conduire à des réaménagements.

Chez les parents réfugiés l'actualisation des traces traumatiques et leur télescopage avec les nouvelles blessures de cette guerre de juillet perce l'abcès de l'enclave traumatique et donne l'occasion à chacun de panser les traces du mal et de rendre au miroir familial tout son éclat et toute sa fonction de retransitionnalisation.

Sous l'impact du trauma, les réactions familiales sont multiples et nous constatons souvent chez les parents une réaction qui vise à dés-objektiviser l'enfant, c'est-à-dire à le percevoir comme un être limité dans ses capacités de souffrance (« je pensais que les enfants ne pou-

vaient pas comprendre, qu'ils étaient comme le téflon ») et à considérer que l'enfant ressort indemne des événements traumatiques : « ils sont trop jeunes pour être marqué par ce qu'il s'est passé » ; « ils n'ont pas compris » ; « ils vont oublier ». Ce qui se manifeste par des réactions de déni, d'ambivalence, d'indifférence qui peuvent conduire à de véritables rituels d'isolement voire à l'éclatement de la famille. Dans ces familles privées de moyens pour traiter et transformer les affects et figées dans la présence fantomatique du drame, le risque est que les affects deviennent clivés et enkystés dans le psychisme familial, comme l'image traumatique chez le sujet. Ces images et ces affects clivés du trauma sont alors susceptibles d'être transmis d'une génération à l'autre, comme en attestent de nombreuses études sur des familles de survivants de catastrophes, de vétérans et de victimes civiles de guerre (Yehuda 1998, Sorscher 1997). En tentant de préserver leur enfant des répercussions, en minimisant leur détresse ou en ne parlant pas de leur histoire, en gardant secret les événements vécus, les parents participent à faire de la transmission intergénérationnelle une transmission mortifère : les parents continuent d'imprégner leur vie et leurs affects de ce passé non élaboré et ces non-dits sont inmanquablement transmis aux enfants qui deviennent dépositaires des souffrances de leurs parents et se trouvent bien souvent inconsciemment investis comme objet réparateur, objet pansement pour réparer les fissures de la mémoire familiale. Les enfants victimes de la guerre de juillet expriment dans leurs symptômes non seulement un conflit interne (lié aux traces traumatiques de ce conflit) mais également le conflit de leurs parents dont ils sont habités, véritablement hantés au sens où l'entendait déjà Freud quand il évoquait le secret en ces termes : « Des choses qui, non partagées par la parole avec un autre, reviennent telles des âmes sans sépulture, hanter les vies humaines ».

Ce que la clinique nous enseigne c'est que le trauma existe pour l'enfant en tant que tel et il n'en est pas préservé par son immaturité cognitive ou sa forte capacité de résilience ; l'événement traumatique reste un événement desubjectivant quel que soit l'âge du sujet impliqué mais il l'est d'autant plus que l'environnement est contaminé par les répercussions du trauma et n'est plus en mesure d'être « suffisamment bon ». Ce qui participe à spécifier les répercussions du traumatisme entre un adulte et un enfant s'explique non seulement par la différence de maturité psychique entre un adulte et un sujet en plein développement qui se construit dans la relation à l'autre mais également par les incidences dans les relations interpersonnelles entre l'enfant et les adultes de son entourage et les résonances du passé familial. Lorsque les parents parviennent à maintenir un lien humanisant avec leur enfant et à ne pas le considérer comme un petit objet évidé de toute subjectivité, l'événement peut être parlé, au-delà des peurs et des douleurs ; il peut être intégré à l'histoire familiale et l'attaque des enveloppes psychiques en cours d'élaboration est alors minimisée.

Quelle prise en charge pour ces familles blessées ?

Pour être dans la capacité de s'occuper de leur enfant, les parents doivent avoir survécu physiquement et ne pas être anéantis psychiquement par l'événement traumatique. Lorsque les parents sont trop blessés ils ne sont plus en mesure d'apporter à leur enfant ce lien réassurant et protecteur indispensable pour lui permettre de grandir et de se construire. Ces parents peuvent être véritablement handicapés dans leur parentalité car ils ne perçoivent plus ses besoins, ne parviennent plus à s'ajuster à ses attentes et ce d'autant plus que les « enfants surtout les plus jeunes ne sont pas en état de réclamer de l'aide ou ne la réclament pas avec le langage des adultes » (Moro 2006). Pour cette raison une attention toute particulière devrait être apportée à ces familles victimes d'événements traumatiques au plus près de l'événement pour repérer dès que possible ces blessures psychiques qui figent les processus de développement, entravent les interactions familiales et hypothèquent l'avenir de chacun.

Ces soins apportés aux parents mais aussi aux enfants, du tout bébé au grand adolescent, peuvent par exemple prendre la forme de prise en charge offrant un temps spécifique pour les enfants, la fratrie et un temps pour les parents permettant à chacun de s'exprimer sans craindre de blesser l'autre (Bailly 1996 ; Romano 2006) et cela dès les phases les plus précoces du traitement (Baubet et al. 2005). L'exemple de Michel, rencontré à Roissy par l'un d'entre nous⁶ illustre :

Michel, un jeune garçon d'une dizaine d'années, amené par un volontaire de la Croix-Rouge, se retrouve assis à côté de moi, sur le siège de la tente de la CUMP où est installé le poste « enfants ». Il fixe de ses yeux effrayés ses parents qui, son père surtout, paraissant très choqués et très éprouvés sont pris en charge, un peu plus loin, par des médecins. Je me rapproche de lui et tente d'engager la conversation : « Tu reviens du Liban ? As-tu fait un bon voyage ? » Il se tourne brutalement vers moi : « Non, le Liban, c'est un pays où on fait... » Avec ses deux bras, il mime, avec un mouvement circulaire, et le bruit correspondant, une arme qui arrose la foule de projectiles. Puis il se tait à nouveau, le regard toujours figé, plein de frayeur et d'inquiétudes, en direction de ses parents qu'il observe. Je reste à côté de lui sans rien dire, assez proche quand même pour qu'il sente ma présence. Il paraît s'apaiser un peu et bientôt se tourne vers l'intérieur de la tente où d'autres enfants jouent. Je le prends alors par la main, doucement le ramène vers eux et lui montre un tas de petits animaux étalés sur le sol. Il ne réagit pas tout de suite, paraissant encore ailleurs. Soudain, il se penche et attrape un tout petit animal, un petit ours, qu'il pose debout sur le sol. Puis, soigneusement, il place de chaque côté des animaux un peu plus grands, puis d'autres encore plus grands, jusqu'à quatre ou cinq. A mesure, il semble

6. François Giraud.

sortir de sa frayeur et de son angoisse pour ses parents. Avec les animaux qui entourent le petit ours, il a comme figuré clairement la reconstitution d'une enveloppe protectrice. Quelques instants plus tard, délaissant les animaux, il se met à prendre d'autres jouets et bientôt à dessiner. Sur son dessin, me regardant, il s'applique à recopier mon badge et même sourit, d'un air moqueur : « Gi...raud...Psy...cho...logue », en détachant les syllabes, les bousculant, les retournant, jouant avec elles, et tout en me demandant de confirmer qu'il a bien recopié. Je crois lire dans ses yeux, cette fois, avec le retour au jeu, tandis qu'il s'amuse avec mon nom, comme une reconnaissance. Au bout de quelques minutes, il rejoint ses parents qui viennent le reprendre.

L'espace offert aux enfants leur permet de dire les symptômes, la peur de devenir fou, la peur de mourir, la culpabilité de n'avoir pu changer les choses, la culpabilité d'avoir dit, d'avoir fait certaines choses, les impressions sensorielles de la reviviscence, les sentiments d'abandon, d'impuissance, les cauchemars, la punition, la vengeance, l'avenir, la crainte. C'est une étape indispensable qui permet ensuite à l'enfant de figurer l'épouvantable, de mettre en mot l'effroi qu'il a perçu du fait de la destructivité brutale de sa croyance en l'invulnérabilité parentale, sans être saisi de nouveau par l'horreur.

Du côté des parents, des adultes de la famille, les sujets ont besoin que leur angoisse de perte, leur sentiment d'impuissance face à l'événement et leur culpabilité de ne pas avoir fourni la protection adaptée soient entendus et pris en compte. Ils ont besoin de l'exprimer dans un premier temps hors la présence de l'enfant, afin dans un second temps d'être en mesure de l'expliquer à leur enfant avec éventuellement la médiation d'un professionnel.

Ces prises en charge visent à offrir un espace où la continuité de soi pourra être pensée, où l'enveloppe familiale pourra être restaurée, où les liens intersubjectifs et interpersonnels pourront être investis pour assurer un maillage de vie où chacun pourra retrouver le sens de l'histoire familiale et se préserver de l'infiltration du mal.

Conclusion

Le trauma ne s'oublie pas, il laisse une trace une souffrance psychique bien souvent invisible que l'individu va devoir intégrer qu'il soit adulte ou tout bébé. Il y a un devenir psychique du trauma, une réorganisation dynamique qui se déroule dans un temps qui devra être pensé en terme de processus car tout phénomène psychique plonge dans le passé et est virtuellement porteur de développement dans le futur. Les traumas enkystés se réveillent un jour ou l'autre telles les zones de psychisme en état d'hibernation en attente d'une réactivation et d'une élaboration. Rendre le traumatisme au temps, c'est permettre la transformation d'émotions inintégrées car « impensables » en éléments de vérité assimilables et permettre aux traces du trauma d'être transformées

pour accéder à de nouveaux champs de conscience et s'inscrire dans l'histoire de vie individuelle et familiale.

Dans cette perspective, traiter les symptômes psychotraumatiques ne peut se faire en ce centrant exclusivement sur l'événement mais nécessite de tenir compte au plus près de l'événement du contexte pré, péri et post-traumatique et des ressources intrapsychiques, sociales, familiales, culturelles pour que le traumatisme ne s'enkyste pas comme un temps mort de la vie mais s'inscrive comme un temps qui participe à la vie. Au-delà de la réalité de la destructivité de ce mal, il s'agit d'accompagner les sujets pour qu'ils puissent faire de la malédiction d'un désastre infligé la chance d'une force créée.

BIBLIOGRAPHIE

- Abraham N, Torok M. *L'écorce et le noyau*. Paris : Flammarion ; 1978.
- Bailly L. Les traumatismes de l'enfant. In : DeClercq M, Lbigot F, éditeurs. *Les Traumatismes Psychiques*. Paris : Masson ; 2001.p.137-147.
- Bailly L. *Les catastrophes et leurs conséquences psychotraumatiques chez l'enfant*. Paris : ESF ; 1996.
- Barocas HA, Barocas C. Separation-individuation conflicts in children of holocaust survivors. *Journal of Contemporary Psychotherapy* 1980 ; 11 : 6-14.
- Baubet T, Le Roch K, Bitar D, Moro MR, editors. *Soigner malgré tout. Vol 1 : Trauma cultures et soins*. Grenoble : La Pensée Sauvage Editions ; 2003.
- Baubet T, Le Roch K, Bitar D, Moro MR, editors. *Soigner malgré tout. Vol 2 : Bébés, enfants, et adolescents dans la violence*. Grenoble : La Pensée Sauvage Editions ; 2003.
- Baubet T, Taïeb O, Pradère J, Moro MR. Traumatismes psychiques dans la première enfance. *EMC (Elsevier SAS, Paris), Psychiatrie/Pédopsychiatrie*, 37-200-B-06, 2004.
- Baubet T, Rezzoug D, Jehel L, Roy I, Romano H, Adnet F, Fleury M, Lapandry C, Moro MR. L'urgence médico-psychologique lors de l'afflux à Roissy Charles de Gaulle de ressortissants français au cours des crises majeures. A partir des crises ivoirienne et asiatique de 2004. *Annales Médico-Psychologiques* 2005 ; 163(7) : 595-602.
- Baubet T, Rezzoug D, Sturm G, Ferradji T, Bon A, Marichez H, Romano H, Dupuy C, Cholin N, Adnet F, Moro MR. Quelques principes pour l'intervention de la Cellule d'Urgence Médico-Psychologique (CUMP) lors des situations d'accueil aéroportuaire de rescapés en grand nombre. *Stress & Trauma* 2006 ; 6(3) : 179-186.
- Delage M. Répercussions familiales du traumatisme psychique. *Stress et Trauma* 2001 ; 1 (4) : 203-211.
- Ferenczi S. *Psychanalyse I, Œuvres complètes, tome 1 : 1908-1912*. Paris : Payot ; 1980.
- Frederick C J. Children traumatized by catastrophic situations. In Eth S,

- Pynoos R, editeurs. *Post-traumatic Stress Disorder in Children*. Washington : American Psychiatric Press ; 1985.p.73-99.
- Freud A, Burlingham D. (1942) *War and children*. New-York : International Universities Press ; 1943.
- Freud S. (1915) Actuelles sur la guerre et la mort. In : *OCFP vol. XIII*. Paris : PUF ; 1994.p.127-157.
- Heuyer G. Psychopathologie de l'enfance victime de la guerre. *Sauvegarde* 1948 ; (17) : 3-43.
- Last U, Klein H. Impact de l'Holocauste : transmission aux enfants du vécu des parents. *Evolution Psychiatrique* 1981 ; 46(2) : 373-388.
- Kellerman NPF. Transmission of holocaust trauma – an integrative view. *Psychiatry* 2001 ; 63 (3) : 256-267.
- Moro MR. Les bébés et les jeunes enfants aussi : pour une clinique transculturelle du trauma de la première enfance In : Baubet T, Lachal C, Ouss-Ryngaert L, Moro MR, éditeurs. *Bébés et traumas*. Grenoble : La Pensée Sauvage Editions ; 2006.p.25-34.
- Ouss-Ryngaert L. Transmissions des traumatismes psychiques de la mère au bébé, 99-134 In : Baubet T, Lachal C, Ouss-Ryngaert L, Moro MR, éditeurs. *Bébés et traumas*. Grenoble : La Pensée Sauvage Editions ; 2006.p.99-134.
- Romano H. Prise en charge des enfants et des adolescents victimes d'événements traumatiques. *Stress et Trauma* 2006 ; 6 (4) : 239-246
- Roussillon R. *Agonie, clivage et symbolisation*. Paris : PUF ; 2001.
- Sack WH. Post-traumatic stress disorders across two generations of Cambodian refugees. *Journal of American Academy of Child and Adolescent Psychiatry* 1995 ; 34(9) : 1160-1167
- Scheeringa MS, Zeanah CH. A relational perspective on PTSD in early childhood. *J Trauma Stress* 2001 ; 14 : 799-815.
- Solkoff N. Children of survivors of the nazi Holocaust : a critical review of the literature. *American Journal of Orthopsychiatry* 1992 ; 62(3) : 342-358.
- Winnicott DW. (1958) *De la pédiatrie à la psychanalyse*. Paris : Payot ; 1989.
- Zeanah CH, Scheeringa M. Evaluation of posttraumatic symptomatology in infants and young children exposed to violence. In : Osofsky JD, Fenichel E, editors. *Islands of safety. Assessing and treating young victims of violence*. Washington : Zero to Three/National Center for Infants, Toddlers and Families ; 2002.p.9-14

RÉSUMÉ

Le miroir pétrifié . Destins du traumatisme psychique dans les familles confrontées à la guerre du Liban

Suite au conflit Libanais de juillet 2006, des prises en charge d'urgence médico-psychologique ont été proposées dès l'accueil des réfugiés à l'aéroport de Roissy-Charles de Gaulle. Comprenant psychiatres, pédopsychiatres, psychologues et infirmiers, ces interventions précoces ont permis en particulier de révéler l'intensité de la réactivation traumatique chez les parents victimes du précédent conflit et ses conséquences sur les enfants

de tout âge. Cet article propose une réflexion sur le destin du trauma qui se nourrit de l'événement lui-même tout autant de ce qu'il vient réactiver dans l'histoire individuelle et dans l'histoire collective. Nous tenterons également de voir comment, au-delà de la réalité de la destructivité de ce mal, les sujets peuvent faire de la malédiction d'un désastre infligé la chance d'une force créée.

Mots-clefs :

Liban, Guerre, Enfants, Familles, Cellule d'Urgence médico-psychologique, traumatisme psychique, transmission du traumatisme psychique, intervention de crise

ABSTRACT

The mirror petrified. Destinies of the psychic traumatism in the families confronted with the war of Lebanon

Our medico-psychological team had to take care of Lebanon's repatriates in Roissy-Charles de Gaulle airport during the summer 2006's war. Specially trained child and adult psychiatrists and psychologists with psychiatric nurses offered a range of first line psychiatric and psychotherapeutic interventions. We faced very intense trauma reactivations related to previous war in adults, with a deep impact on the children. Trauma has direct impact, but it also affects people and families through interactions with individual and groupal levels, and in regard of previous history. We discuss these points, with the study of short clinical reports. Trauma is destructive and realise a kind of curse, that can be turned most of the times in new strengths and abilities.

Key-words :

Lebanon, War, Child, Family, Medico-Psychological Emergency Team, Trauma, Intergenerational transmission of trauma, crisis intervention.

RESUMEN

El espejo petrificado. Destinos del traumatismo psíquico en las familias enfrentadas a la guerra de Líbano

A raíz del conflicto Libanés de julio de 2006, se propusieron tratamientos de urgencia medicopsicológica, desde su acogida, para los refugiados llegando al aeropuerto de Roissy-Charles de Gaulle. Incluyendo a psiquiatras, psiquiatras para niños, psicólogos y enfermeros, estas intervenciones precoces permitieron en particular revelar la intensidad de la reactivación traumática en los padres víctimas del anterior conflicto y sus consecuencias en los niños de toda edad. Este artículo propone una reflexión sobre el destino del trauma que se alimenta con el acontecimiento y con lo que viene a reactivar en la historia individual y en la historia colectiva. Intentaremos también ver cómo, más allá de la realidad de la destructividad del traumatismo, los sujetos pueden hacer de la maldición de un desastre infligido la oportunidad de crear una fuerza.

Palabras claves :

Líbano, guerra, niños, familias, célula de urgencia medicopsicológica, traumatismo psíquico, transmisión del traumatismo psíquico, intervención de crisis.