

**Résilience et qualité de vie, dans le processus thérapeutique, après un double traumatisme,
corporel et psychique**

**Resilience and quality of life, in the therapeutic process, after a double trauma, body and
psychic**

الارجاعية وجودة الحياة بعد صدمة مزدوجة جسدية ونفسية

Benalia Ouahiba *

Hallouane Zouina

Université de Bouira

Université de Bouira

benaliaouahiba@yahoo.fr

z.hallouane@univ-bouira.dz

Date soumission : 18/01/2023

Date acceptation 16/03/2023

Date Publié 16/04/2023

Résumé: Dans cet article, nous présentons le processus thérapeutique d'une jeune fille qui a souffert d'un double traumatisme, corporel et psychique. Le précurseur dans le domaine de résilience Boris CYRULNIK (2002) nous explique qu'« apprendre à résister aux traumatismes en faisant appel à la confiance enfouie en chacun de nous et qui tarde parfois à s'exprimer. C'est un refus de la résignation à la fatalité du malheur. C'est l'art de naviguer dans les torrents ». Le modèle de la résilience peut aider à comprendre comment certains individus s'en sortent face à des contextes traumatogènes qui anéantissent d'autres personnes. Le processus de la résilience peut être facilité ou entravé, suivant les ressources internes et externes du sujet. Malgré ses atteintes douloureuses la patiente a pu s'en sortir indemne.

Mots clés : Traumatisme ; qualité de vie ; résilience ; processus thérapeutique ; évaluation.

Abstract: In this article, we present the therapeutic process of a young girl who suffered from a double trauma, physical and psychic. The precursor in the field of resilience Boris CYRULNIK (2002) explains to us that "learning to resist trauma by appealing to the confidence buried in each of us and which sometimes takes time to express itself. It is a refusal of resignation to the fatality of misfortune. This is the art of navigating through torrents". The model of resilience can help to understand, how some individuals manage in front of traumatic contexts that destroy other people. The process of resilience can be facilitated or hindered, depending on the internal and external resources of the subject. Despite her painful injuries, the patient was able to escape unscathed.

Keywords: Trauma; Quality of life; Resilience; Therapeutic process; Assessment.

الملخص: في هذا المقال نقدم لكم العملية العلاجية لفتاة عانت من صدمة مزدوجة جسدية ونفسية. يشرح لنا بوريس سيرولنيك، الرائد في مجال الارجاعية (CYRULNIK B. 2002) أن "تعلم مقاومة الصدمات من خلال مناقشة الثقة الكامنة في كل واحد منا والتي تستغرق أحياناً وقتاً للتعبير عن نفسها. إنه رفض للاستسلام لمصير المصائب. إنه فن الإبحار عبر العواصف". يمكن أن يساعد نموذج الارجاعية في فهم كيفية تعامل أفراد معينين في مواجهة السياقات المؤلمة التي تدمر أشخاصاً آخرين. يمكن تسهيل عملية الارجاعية

*-L'auteur correspondant

أو إعاقتهما، اعتمادًا على الموارد الداخلية والخارجية للفرد. على الرغم من إصاباتها المؤلمة، تمكنت المفحوصة من النجاة.

الكلمات المفتاحية: الصدمة؛ جودة الحياة؛ الارجاعية؛ السيرورة العلاجية؛ التقييم.

Introduction :

On parle de traumatisme lorsqu'un événement douloureux, va laisser dans le psychisme de l'individu, une blessure difficilement cicatrisable. Les capacités de tolérance psychique et d'adaptation du sujet sont submergées lorsqu'il y a un afflux trop important d'émotions. Lorsque que traumatisme désigne l'effet sur l'individu d'un événement, on parle d'événement traumatogène ou potentiellement traumatique. La notion de traumatisme psychique ne se réduit pas à cette conception factuelle. Par ailleurs, un même "événement" vécu par plusieurs personnes, pourra avoir des effets traumatiques très différents d'une personne à l'autre.

Un traumatisme psychique désigne une expérience de violence hors norme, au cours de laquelle l'intégrité, physique et psychique d'un individu ou d'un groupe, a été menacée. Pour avoir un effet potentiellement traumatique, l'événement doit représenter une menace pour l'intégrité de la personne, dépassant ses possibilités de réaction, survenant de manière soudaine et non anticipée, et s'accompagnant d'un sentiment de terreur, de détresse, d'effroi, de solitude et d'abandon. Et un traumatisme corporel c'est l'ensemble de lésions provoquées par l'action violente d'un agent extérieur, et les troubles qui en résultent.

Présentation du cas :

Notre patiente qui souffre d'un double traumatisme, corporel et psychique, est âgée de 23ans, elle était dans une voiture à côté de son père qui conduisait. A un tournant ils entrent violemment en collision avec un fourgon qui venait en sens inverse. Zineb ressent alors une douleur fulgurante et se tourne vers son père qu'elle voit immobile et plein de sang, puis elle s'évanouit. Elle se réveille après plusieurs jours. Elle a subi des interventions chirurgicales multiples. Elle a été gravement blessée au ventre, à la cuisse et au pied. Elle apprend plus tard que son père est décédé au moment de l'accident.

La brutalité de la confrontation avec le réel : la mort de l'être qui lui est le plus cher au monde, provoque chez la jeune fille une sorte de sidération qui la laisse incapable de toute réaction. Un état où à la fois l'effroi et la détresse annihile toute volonté: (Crocq L. 1999) et (Lebigot F. 2000). Il s'est produit en elle un anéantissement des moyens de défense habituels face à une déstabilisation émotionnelle. Nous pouvons parler ici d'une effraction étendue du système pare-excitations ou encore d'une déchirure de l'enveloppe psychique, celle-là même qui protège et met à l'abri de ce que la réalité extérieure peut avoir de destructurant.

L'accident a provoqué une péritonite chez Zineb, ce qui a nécessité la résection d'une partie du côlon. La patiente n'arrive pas à s'en sortir. La fragilité des tissus des intestins et de la peau a fait développer des fistules et des infections qui ne répondent pas aux traitements médicaux. Elle est alors orientée au service chirurgie de la capitale (là où je travaille) et ce, plusieurs mois après l'événement. Les effets du traumatisme psychique se traduisent par une aggravation des complications organiques, en amplifiant son agression. De plus, l'activation de l'axe hypothalamo-hypophysaire-surrénalien augmente l'état global d'anergie, avec un risque de diminution des défenses contre l'infection et donc des capacités de cicatrisation.

Les pertes sont nombreuses chez notre patiente : perte tragique du père, perte de sa santé, de son autonomie (elle ne peut pas se déplacer) et perte de ses relations sociales.

Pour clarifier la notion de vulnérabilité, (ANTHONY E.J. 1980) a emprunté la métaphore des 3 poupées faites de verre, de plastique et d'acier ; nous parvenons rapidement à imaginer le sort de celle qui est en verre. Mais, si malgré sa vulnérabilité elle va résister au coup de marteau, qui n'épargne pas trop même celle qui n'est pas aussi vulnérable.

La rencontre :

En entrant dans la salle de réanimation, je trouve une personne très pâle, très maigre, aux yeux écarquillés ; elle était allongée, la tête un peu surélevée. Contractée

et crispée, elle surveillait avec une méfiance et une vigilance accrue les soins du médecin. Elle était tellement sensible à la douleur qu'elle gênait constamment les soignants. C'était un état de détresse psychique comparable à ces « agonies primitives » ou « angoisses impensables » du nourrisson dont (Winnicott D.W. 1958) parlait en définissant le paradigme de l'angoisse traumatique. Elle paraissait en proie à ce « pire » qu'évoque (Roussillon R. 2004) : « ces expériences catastrophiques, ces vécus de mort psychique et d'angoisses extrêmes ».

J'étais moi-même effrayée par la scène, par le regard terrifié de la patiente, par son physique et par son comportement allergique et repoussant. J'ai alors quitté le lieu pour la préserver de ma frayeur, je ne voulais pas qu'elle voit dans mes yeux le reflet de son image. Un vécu contre-transférentiel particulier suscitant des « vécus de nullité, d'impuissance et de détresse » entraînant en retour une sorte de sidération traumatique alors que, je n'avais aucune idée de ce qui était arrivé à la jeune fille. Nous ne sommes jamais suffisamment préparés et nous sommes toujours impactés. Mais nous pouvons faire de notre mieux pour nous protéger et nous en remettre.

Je me suis bien préparée avant de revenir le lendemain, j'ai ramassé toutes mes forces pour qu'elle puisse trouver dans mon regard un espace contenant, et sécurisant en mettant à sa disposition ma disponibilité psychique. Sa mère qui était sa garde malade me raconte alors l'histoire tragique et me rapporte que sa fille n'est pas du tout courageuse, qu'elle est trop sensible aux soins, qu'elle ne dort pas et qu'elle ne mange presque pas. L'insomnie et l'anorexie sont des troubles neurovégétatifs traduisant le traumatisme psychique.

L'effondrement psychique et physique qui en découle provoque un bouleversement interne qui modifie profondément l'équilibre antérieur. L'image traumatique a franchi le seuil du refoulement et réveille des angoisses primaires d'anéantissement. Freud parlait de l'objet perdu, refoulé, inaccessible et qui est frappé d'interdit car il touche le retour in utero.

Confrontée bien malgré moi à ce traumatisme, j'ai été frappée par le silence qui régnait pendant les séances, c'est presque une provocation de tenter de mettre en mots un espace-temps où le langage n'est plus. Confrontée à l'absence de mots, la patiente n'arrive pas à décrire l'innommable, le retour aux origines imposé par le traumatisme se situe bien avant l'apparition du langage, elle est tout le temps sur le qui-vive, en proie à une angoisse intérieure qui ne peut se calmer.

La dissociation s'est installée à la suite comme une réponse permanente, c'est une façon de « sauver son âme ». La difficulté est que ce mécanisme perdure sous des formes diverses. Pour éloigner tout risque de sentir de nouveau une effraction similaire, la patiente barre l'accès à toute sensation. Ainsi, elle n'est plus en contact avec ses émotions, ses désirs, ses besoins, ses sentiments. En se coupant de sa douleur, elle se coupe aussi de la joie, de l'insouciance, et de l'amour.

La psychothérapie :

Parler n'est pas un but en soi : l'image traumatique se trouve isolée, engoncée dans un fonctionnement psychique coupée du corps. Les mots ne trouveront pleinement leur sens et leur finalité que s'ils passent par le corps, c'est à dire s'ils sont traversés par l'émotion, et parler, c'est courir le risque de toucher à sa blessure. Le silence finit par constituer un pouvoir qui protège l'accès à la blessure. Parler de sa douleur, lâcher ses pouvoirs, ne peut se faire qu'avec la lente reconstruction de bons objets internes qui ont volés en éclats au moment du traumatisme. Être entendu dans sa souffrance se pose comme une nécessité absolue. Mais face aux difficultés de parler, se dressent aussi les défenses de ceux qui écoutent. Par ailleurs, et en plus de ces aspects contre-transférentiels, se greffe une difficulté quant au cadre théorique qui entoure le soin auprès de cette patiente.

En matière de traumatisme, deux grandes lignes théoriques à première vue opposées se dessinent. En 1895, Freud conceptualise la théorie de la séduction (Freud S. 1895) : retrouver le traumatisme réel, retoucher la source du traumatisme est l'objectif à atteindre pour libérer la personne de sa névrose. Mais en 1897, il met

l'accent sur le fantasme avec la théorie des névroses (Freud S. 1897). Ce qui est primordial, c'est bien le fantasme de la scène originaire et de la séduction et non plus sa réalité. Faire des liens entre les fantasmes constitue alors la tâche à accomplir pour soigner la personne.

Ainsi Zineb est envahie par l'image traumatique impossible à nommer par définition et la peur de faire peur et de susciter l'effroi ne fait qu'accroître son silence. La confusion entre le réel et le symbolisme prend ici toute sa mesure. Les contenants psychiques sont perdus et le psychologue est à la place de celui qui peut les proposer par une identification maîtrisée.

Il est vital pour la patiente qu'elle puisse dire, énoncer, trouver les mots pour décrire le moment traumatique et il s'agit de l'aider à le faire. C'est une incitation à une « réinvention du langage après un événement déshumanisant, c'est à dire destructeur du langage et de la parole ». Il peut amorcer un travail d'élaboration qui doit se développer dans le temps avec un travail autour de l'image traumatique, de l'abandon et de la culpabilité. C'est en parlant que l'image traumatique sera peu à peu prise dans un réseau de représentations. Bien que le traumatisme vienne de l'extérieur, l'angoisse qui surgit provient de sources internes. Les angoisses primaires sont ainsi réactivées : la naissance, l'angoisse de castration, la perte de l'objet aimé, la perte de l'amour venant de l'objet et l'angoisse d'anéantissement. C'est en effet la question du lien à l'objet qui se trouve posée et qui renvoie à la question de la perte et à celle de la capacité à perdre. Comme si cette nouvelle perte laissait cette fois, notre patiente incapable de l'accepter, c'est à dire d'en faire le deuil, c'est bien en effet de toutes ces questions d'aptitude à la perte et au travail de deuil dont il s'agit, celui qui permet de métaboliser la perte et de se dégager de son effet traumatique.

Zineb présente souvent un état de profonds sentiments de culpabilité, de honte et de remords. Ces sentiments peuvent tenir au fait qu'elle a survécu à l'événement alors que son père y a laissé sa vie. Ce handicap insupportable qui ne se laisse pas voir, nécessite un travail sur la perte et la séparation. Tout au cours de cette période où les

brèves irruptions des souvenirs douloureux alternent avec des périodes d'évitement et d'anesthésie émotionnelle, le sentiment de surexcitation persiste. Tel le nouveau-né en proie à des fantômes envahissants, Zineb devra reconstruire des bons objets internes, avec entre autres, le recours au professionnel. Le processus de guérison passera par la conquête d'une nouvelle faculté d'entrer en dépendance sans avoir peur d'en souffrir ou d'en mourir.

Une psychothérapie de six mois accompagne les soins médicaux et chirurgicaux. Après une interruption de sept mois, Zineb reprend sa psychothérapie pour une durée de trois autres mois.

4- La résilience :

La relation transfero-contre-transférentielle où l'analyse, dans le transfert et le contre-transfert, des indices de facteurs de protection, va établir une « expérience correctrice », au sein du processus psychothérapeutique.

Tout en témoignant d'une réaction émotionnelle personnelle et d'une tolérance bienveillante et empathique aux mouvements émotionnels de ma patiente, je l'invite à analyser le ressenti de son expérience actuelle en développant une méta-communication sur sa manière habituelle de réagir. Une capacité régénératrice adéquate stimulée par une interaction psychothérapeutique centrée sur les forces de résilience qui restaient latentes en elle.

L'élaboration de l'instant de mort peut déboucher sur une nouvelle naissance de la personne qui accepte alors de vivre différemment. L'espoir peut être là, dans une renaissance. La transformation de cette expérience douloureuse peut lui faire découvrir une face cachée de l'être humain et donc d'elle-même. Toute l'énergie de la colère et de la rage trouve ainsi une issue positive dans une élaboration au service de la personne elle-même. La réintégration des affects et des représentations ainsi obtenue contribue au développement de la capacité d'auto-réflexion du sujet, (Fonagy P. 1997). Le précurseur dans le domaine de la résilience (Cyrułnik B. 2002), nous explique comment « Apprendre à résister aux traumatismes en faisant appel à la

confiance enfouie en chacun de nous et qui tarde parfois à s'exprimer. C'est l'art de naviguer dans les torrents ».

Peu à peu, une élaboration s'effectue en prenant conscience des séquelles, car les séquelles existent. Une évolution s'installe peu à peu, et nous avons pu observer chez la patiente les effets de l'intériorisation progressive de la présence de la psychothérapie sur la structure du Moi. Ces changements correspondent à l'installation de l'objet "bon" (ce qui ne veut pas dire idéalisé), dans le monde interne, sous une forme symbolique et d'une identification à celui-ci. Ceci s'accompagne d'une véritable réorganisation de la vie psychique dans ses rapports avec la réalité interne et externe. Suivant les terminologies ; on parle « de l'acquisition de la constance de l'objet » (Freud A. 1946) ; « de capacité d'être seul en présence de quelqu'un » (Winnicott D.W. 1958) ; ou « d'intégration de la vie psychique » (Klein M. 1969).

Zineb crée alors une rupture et inaugure un véritable changement par une réparation qui ne la ramène pas à l'état initial, mais en construisant quelque chose de nouveau, ses capacités de progresser et de se projeter dans l'avenir témoignent d'un investissement extraordinaire de la vie. (Cyrułnik B. 2002) parle de « capacités de résilience », de capacité à rebondir.

Evaluation de la résilience :

Afin de vérifier les résultats obtenus, nous avons utilisé l'échelle Connor-Davidson Resilience Scale (CD-RISC) de (Connor & Davidson 2003), qui nous permet d'évaluer la résilience du sujet à travers 5 facteurs : Persistance/ Ténacité et sens d'efficacité personnelle ; contrôle émotionnel et cognitif sous la pression ; capacité de rebondir ; Contrôle / sens et Spiritualité.

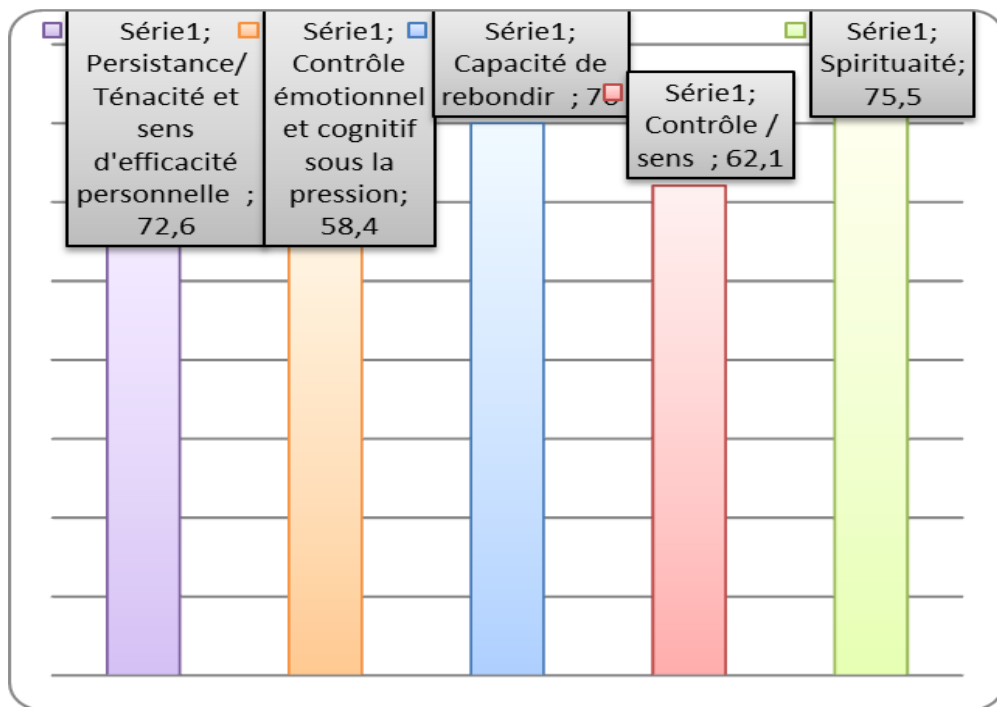


Fig N°1 : Résultats de l'échelle de résilience (CD-RISC).

Analyse des résultats :

Nous avons obtenu cinq facteurs de résilience :

Les valeurs du facteur « Persistance/ Ténacité et sens d'efficacité personnelle » sont très élevées 72,6% ce qui renvoie à un équilibre psychologique et une force de caractère qui rassure. Car le traumatisme altère la personnalité des sujets atteints et ces valeurs renvoient à un facteur de résilience très important.

Les valeurs du facteur « Contrôle émotionnel et cognitif sous la pression » sont moins élevées que le reste des facteurs de l'échelle de résilience utilisée 58,4%. Ces valeurs expriment la sensibilité de notre patiente, qui persiste. Le processus de travail de deuil n'est pas encore arrivé à son terme et c'est normal que les émotions de Zineb ne soient pas encore très contrôlables. Mais le fait d'avoir des valeurs, liées à ce

facteur, qui dépassent la moyenne, nous sommes assez rassurés et ce n'est qu'une question de temps, pour qu'elle puisse se contrôler plus.

Le facteur « Capacité de rebondir » exprime le mécanisme d'a résilience elle-même, avec des valeurs qui atteignent 70%, nous ne pouvons que confirmer les capacités de Zineb et ses atouts concernant la résilience. Avec des valeurs aussi élevées, qui dépassent largement la moyenne, nous attestons de leurs congruences avec les résultats cliniques, où des perspectives sont tracées avec une volonté incroyable.

Toujours quand il s'agit de contrôler les résultats de notre patiente diminuent, ainsi nous réalisons que les valeurs du facteur « Contrôle / sens » sont également assez basses 62,1%, et sont proches des valeurs facteur « Contrôle émotionnel et cognitif sous la pression », ceci exprime la validité de l'outil d'un côté et d'un autre côté, la sensibilité de Zineb qui persiste.

Quant aux valeurs du facteur « Spiritualité » qui sont les plus élevées par rapport aux autres facteurs. Notre patiente est très pieuse et le recours à la spiritualité pourrait être un élément de résilience majeur qui puisse ressourcer la personne et lui permet de rebondir lors des moments pénibles, et la soutenir voire, consolider son processus de résilience. Sa motivation de vouloir réaliser ses ambitions est fondée sur son souhait de parvenir à faire plaisir à son défunt père.

Qualité de vie :

L'Organisation Mondiale de la Santé définit en 1994 la qualité de la vie comme « la perception qu'a un individu de sa place dans l'existence, dans le contexte de la culture et du système de valeurs dans lesquels il vit, en relation avec ses objectifs, ses attentes, ses normes et ses inquiétudes. Il s'agit d'un large champ conceptuel, englobant de manière complexe la santé physique de la personne, son état psychologique, son niveau d'indépendance, ses relations sociales, ses croyances personnelles et sa relation avec les spécificités de son environnement ».

Outil d'évaluation de la qualité de vie :

L'outil que nous avons utilisé pour évaluer la qualité de vie c'est : (Profil de la Qualité de Vie Subjective PQVS) qui est un questionnaire permettant d'évaluer la qualité de vie subjective des patients en pathologie somatique et psychiatrique ; faisant référence à un continuum allant du négatif au positif, aux réactions subjectives d'une personne aux différentes expériences qu'elle vit. L'exploration de chaque item de ce questionnaire se fait par trois questions : 1) la satisfaction ; 2) la capacité à faire face et 3) l'attente de changement. Cet instrument d'évaluation, nous indique le point de vue de la patiente par rapport à sa propre vie.

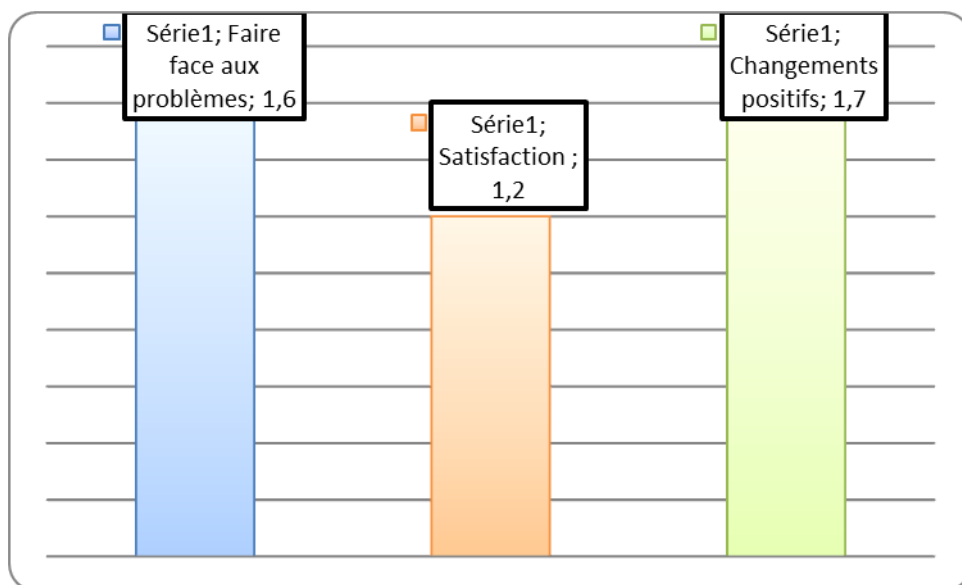


Fig N°2 : Résultats de l'échelle la qualité de vie (PQVS).

Les résultats nous révèlent qu'elle est assez satisfaite (+1,2) ; qu'elle a une forte capacité à faire face à tous les problèmes qu'elle rencontre (+1,6) ; et qu'elle s'attend à un changement très positif dans sa vie (+1,7). Sur le plan clinique, ces données se confirment par l'amélioration de sa santé physique (elle ne porte plus de poche et n'a plus de fistules), la prise de poids (plus de 15 kg).

Cette amélioration s'exprime aussi dans un bien être psychique, des pointes d'humeur même au moment de l'induction de l'anesthésie, quand elle allait subir la

dernière intervention, elle écoute la musique, et aime voir la télévision (des choses qu'elle a complètement désinvesti après l'accident). Elle arrive à créer des relations sociales et même elle arrive à retrouver goût à la vie, elle retrouve sa beauté et la met en valeur, elle parvient à établir une relation amoureuse. Bref, elle revient de loin... Elle compte travailler et faire des études supérieures dans son domaine. Elle se révèle capable non seulement d'affronter ses traumatismes, mais encore d'utiliser ceux-ci, en faisant de ces événements une sorte de tremplin lui permet de rebondir dans l'existence.

Conclusion :

Des ressources extérieures retrouvées dans le personnel de soin et l'entourage familial venant s'ajouter aux ressources intérieures qu'elle a pu retrouver. En dépit de l'adversité, Zineb a développé des capacités de rebondir, de faire face à des situations difficiles dont elle sort grandie. Ses facteurs de protection sont aussi liés à ses croyances de satisfaire, dans l'au-delà, son père qui l'aimait beaucoup, en luttant pour recouvrer son épanouissement et son bien-être physique et moral. Cette faculté qui est la spiritualité, se manifeste avec des valeurs très élevées dans l'échelle de résilience. La prise en charge semble avoir bien aidé notre patiente qui a montré une capacité d'affronter avec succès les risques, les stress, la maladie et les déboires de son existence, une capacité à renaître en capitalisant de manière créative l'expérience et les traumatismes vécus, sans les dénier, en allant vers un nouveau mode de vie enrichi de sens. Cette force qui permet, aux personnes vulnérables, à survivre à des situations de péril, après le KO (Knock-out) total, à résister, à s'adapter, à se reconstruire puis à rebondir. Cette Résilience qui spécifie, selon (Cyrulnik B. 2002) : « L'adulte qui a appris à aimer dans la gaieté et le respect de l'autre dans un système à poly-attachement...».

Bibliographie :

1. Crocq L. (1999), Les traumatismes psychiques de guerre, Paris, Editions Odile Jacob.
2. Cyrulnik B. (2002), Un merveilleux malheur, Paris, Odile Jacob
3. Fonagy P. et al. (1996), « Fantômes dans la chambre d'enfant : étude de la répercussion des représentations mentales des parents sur la sécurité de l'attachement », in Psychiatrie de l'enfant, vol. n° 1
4. Freud A. (1946), Le moi et les mécanismes de défense, 1ere édition, Paris, PUF.
5. Freud S. (1918), Œuvres complètes, XIII, Paris, PUF, 1988.
6. Ionesco S. (2006), « Pour une approche intégrative de la résilience ». In Cyrulnik B. et Duval Ph. (eds), Psychanalyse et résilience. Paris, Odile Jacob.
7. Klein M. (1969), La Psychanalyse des enfants, Paris, PUF.
8. Lebigot F. (2000), « La clinique de la névrose traumatique dans son rapport à l'événement », in Revue Francophone du Stress et du Trauma, 1
9. Roussillon R. (2004), Réalité psychique, Paris, Dunod
10. Winnicott D. W. (1958), « The capacity to be alone », in Reifungsprozesse und fördernde Umwelt, Frankfurt.