

L'impact des systèmes familiaux, de l'ajustement familial et du profil d'attachement sur le stress et la dépression post-traumatique.

Etude de cas d'un amputé d'un membre inférieur-

Nassima Boumazouza*; Houria Ahcène-Djaballah**

Résumé:

En dépit de la relation qui existe entre l'exposition de l'individu à des événements violents susceptibles de lui infliger non seulement de graves blessures, comme l'amputation unilatérale ou bilatérale des membres inférieurs mais de lui causer également des troubles mentaux post traumatiques tels que la dépression et le stress post traumatique, nous constatons que les explications censées démystifier la nature de la relation entre ces variables n'abordent que rarement le fonctionnement familial et son impact sur le devenir psychopathologique de l'individu, en tant que facteur de protection ou de risque.

Mots clés : psycho-traumatisme, dépression, famille, système, ajustement, attachement.

*Doctorante; **Professeur; LAPP

Introduction:

L'exposition à un événement qui menace l'intégrité physique, est susceptible d'induire un traumatisme psychique, ou plus précisément un stress post-traumatique d'après le Manuel Diagnostique et Statistique des Troubles Mentaux (DSM). La dépression, est également l'un des troubles post-traumatiques les plus fréquents chez les amputés de manière générale.

Une littérature abondante le confirme à travers une recherche qui ne manque pas d'originalité quant aux approches adoptées et aux explications apportées pour tenter de faire le lien entre cette effraction traumatique et la symptomatologie si caractéristique des troubles qui en découlent.

Les facteurs favorisant l'apparition des troubles post-traumatiques, qu'il s'agisse de dépression ou de stress post-traumatique (ou des deux ensembles) ne peuvent être appréhendés de manière absolue, en les considérant dépressivo-traumatique devient inéluctable. Comme étant des

entités isolées en rupture avec les données personnelles et environnementales. La preuve de ce qui vient d'être énoncé c'est la capacité de certaines personnes à «s'en sortir» (dans le sens utilisé par Cyrulnik) face à des événements traumatogènes, là où d'autres se retrouvent dans un état de dénuement tel, que la décompensation

Il existe des facteurs individuels, culturels, familiaux, qui peuvent jouer le rôle de médiateurs; nous nous intéresserons plus particulièrement aux caractéristiques de certains facteurs familiaux, comme la nature des liens qui unissent les membres d'un système familial, les capacités adaptatives face aux changements, la compétence de la famille à surmonter les crises.

La présente étude se propose donc d'explorer le vécu post-traumatique en termes de dépression et de stress post-traumatique d'un amputé balistique, et son lien avec des facteurs familiaux tels que le profil d'attachement à la famille, ainsi que le fonctionnement et l'ajustement familial.

Méthode:

L'étude de cas est sans doute la méthode la plus appropriée pour lancer la réflexion autour d'une question proposée sous un nouvel éclairage. Elle permet, entre autres, de poser les jalons d'une investigation clinique approfondie «dans le cadre d'une démarche exploratoire pour bien connaître un problème avant de mettre en place une observation plus systématisée», mais aussi, «de manière conjointe avec une méthode de recherche plus systématisée intégrant une démarche hypothético-déductive pour apporter des informations supplémentaires». (Chahraoui, K., Bénony, H. 2003. P 127)

En vue de ces considérations notre choix s'est donc porté sur l'étude de cas, où, il sera question de présenter et tenter d'analyser le cas de M. Ali, amputé d'un membre inférieur, âgé de 30 ans, rencontré lors de son hospitalisation pour le réajustement de sa prothèse.

Répondant aux critères d'inclusion de la présente étude, M. Ali n'a pas émis d'objection à notre sollicitation quant à sa participation. Une fois recruté, le cas Ali a fait l'objet de trois séances d'entrevue d'une heure chacune, sur une période de 10 jours.

Outils:

L'entretien clinique a été le principal support pour le recueil des données et l'application des outils, exploité sous deux formes distinctes :

- Entretien semi-directif pour le guide d'entretien,
- Entretien directif pour la passation des questionnaires.

Guide d'entretien: Le guide d'entretien de cette étude a été construit et élaboré dans le sens du thème de recherche, il comprend les axes thématiques liés à cette dernière. Son principal objectif est de recueillir des

données historiques, familiales, relationnelles et pathologiques pour apporter les éléments nécessaires à l'analyse et à la compréhension du cas étudié.

Impact Events Scale - Revised:

L'instrument a été conçu pour mesurer les symptômes associés au stress post traumatique, il comprenait 15 items dans une première version de Horowitz en 1979. Comme l'instrument ne comportait aucun item sur l'hypervigilance, syndrome aujourd'hui considéré comme essentiel afin de comprendre les désordres post-traumatiques, Weiss et Marmar (1997) ont ajouté 7 items à l'instrument original. Le IES-R comprend donc 22 items et mesure les symptômes d'évitement, d'intrusion et d'hypervigilance découlant d'événements traumatiques. La sévérité de l'atteinte est à considérer à partir d'un score égal ou supérieur à 33.

Beck Depression Inventory - II:

Développé par Aaron T. Beck, du Centre de Thérapie Cognitive de Philadelphie. Le BDI-II, est la troisième version de l'inventaire de dépression de Beck, il a été conçu pour correspondre et comprendre les items mesurant les aspects cognitifs, affectifs, somatiques, ainsi que les symptômes végétatifs de la dépression. Il permet de mesurer la gravité de la dépression et la réactivité au traitement.

Pour interpréter le BDI-II, les indications suivantes ont été proposées: 0-13 = portée minimale, 14-19 = dépression légère, 20-28 = dépression modérée, et 29-63 = dépression sévère.

Family Adaptation and Cohesion Evaluation Scales-III, (Olson, 1986):

Ce questionnaire, permet à l'aide de deux sous-échelles, de mesurer l'adaptabilité et la cohésion du système familial, les deux sous-échelles qui composent le questionnaire comportent 20 items. Les dix questions reliées à la dimension Adaptabilité regroupent les concepts de leadership, de contrôle, de discipline, de rôles et de règles. Les autres questions reliées à la dimension Cohésion comprennent les concepts suivants: les liens émotionnels et familiaux, le support, le temps et les amis, les intérêts et les loisirs.

Family Crisis Oriented Personal Evaluation Scales, (McCubbin, Larsen, & Olson, 1982):

Cet inventaire de 30 items et cinq sous-échelles, vise à identifier les comportements de résolution de problèmes dans les familles, il permet d'opérationnaliser l'évaluation des dimensions de l'ajustement issues de la théorie du stress familial, en se basant sur deux niveaux d'interaction:

- La façon dont la famille gère les difficultés et les problèmes qui surgissent entre les membres de la famille,
- Et la manière dont la famille gère les problèmes ou les demandes qui viennent de l'environnement social, mais qui touchent les membres de la famille. (McCubbin, H. I., Patterson, J. M. 1981)

Relationship Scale Questionnaire (RSQ), (Bartholomew, 1994):

Cette échelle a été développée selon le modèle de soi et des autres. Elle est composée de 30 items, qui permettent de définir quatre sous-échelles correspondant aux styles: sécure, craintif, détaché et préoccupé. (Griffin, D.W., Bartholomew, K. 1994) permettant ainsi d'établir le profil d'attachement chez l'adulte.

Résultats:

Les résultats obtenus suite au dépouillement des questionnaires sont les suivants:

IES-R: Pour l'échelle de l'impact de l'évènement traumatique, on enregistre un score total de 53, ce qui correspond à un niveau élevé de stress-post traumatique.

BDI-II: on enregistre sur l'inventaire de dépression de Beck –II, un score total de 44. C'est un score qui permet d'affirmer (en s'étayant sur les données collectées au cours des entretiens) que le sujet souffre d'une dépression sévère.

FACES: sur l'échelle de l'adaptation et la cohésion familiale, le sujet a obtenu les résultats suivants:

	Score	Fonctionnement
Adaptation	16	Rigide
Cohésion	36	Séparé

F-COPES: Les scores des sous échelles et le score total, sont présentées dans le tableau ci-dessous:

Sous échelles	Score
L'obtention du soutien social	21
La reformulation	33
Demande du soutien spirituel	15
Mobilisation de la famille pour obtenir et accepter de l'aide	9
L'évaluation passive	11
Score Total	89

RSQ: Le sujet a un profil d'attachement sécure, comme l'indique le tableau suivant:

	+	-
	Faible dépendance	Dépendance élevée
+	Sécure	Préoccupé
Faible évitement	17	12
-	Détaché	Craintif
Evitement élevé	8	5

Discussion:

Ali, est un jeune homme d'une trentaine d'années, à la retraite après un accident professionnel qui lui a coûté les trois quarts de la jambe droite, divorcé et père d'un petit garçon d'un an et demi dont il a officiellement la garde.

Amputé depuis juin 2005, Ali est souvent hospitalisé pour le réajustement de sa prothèse jambière. Connu de tout le personnel pour son comportement violent à leur encontre, on est donc conseillé de l'éviter. On décide quand même de l'aborder, en émettant l'hypothèse que cette violence est peut être le signe d'un profond malaise et l'expression d'un probable traumatisme qui s'est installé dans la chronicité.

Les résultats sur l'échelle de l'impact de l'évènement traumatique révéleront un niveau élevé de stress post-traumatique, un traumatisme figé dans le temps, mal vécu, mal élaboré et surtout aux multiples complications.

Nous remarquerons dans un premier temps que Ali parle de l'accident qui a engendré son amputation comme s'il venait de se produire, il n'a de cesse d'ailleurs de faire cette remarque au cours de son discours, racontant ainsi le déroulement de l'évènement traumatogène dans les moindres détails (rappelons que l'accident s'est produit il y a de cela 9 ans). Aucun souvenir ordinaire ne peut mobiliser autant de capacité de mémorisation, «... il en va différemment pour l'image de la mort qui, quand elle pénètre à l'intérieur de l'appareil psychique, n'a pas de représentation pour l'accueillir. De fait, il n'y a pas de représentations de la mort dans l'inconscient. L'image du néant va rester incrustée, - si nous savons tous que nous allons mourir, nous ne le croyons pas, nous le nions même obstinément et vivons comme si nous étions immortels-.... Sans lien avec les représentations, elle va donner lieu à un pur phénomène de mémoire, bien différent d'un souvenir, où l'évènement restera gravé tel quel, tel qu'il a été perçu au détail près. Tandis que le souvenir, de par le travail de transformation qu'il subit, intègre la dimension du temps passé entre le moment de l'évènement et son évocation, le retour de l'image traumatique se fera au temps présent comme si l'évènement était à nouveau en train de survenir.» (Lebigot, F. 2005. P15).

Nous retrouverons la confirmation de cette constatation dans les items liés à la reviviscence diurne tout particulièrement, où on enregistre des scores élevés (ex : dans les items 1 et 9).

La répétition est un élément central du traumatisme psychique, on la retrouve également chez notre sujet sous le couvert de l'agressivité, une agressivité revendicatrice «...je dois recouvrer mes droits...quitte à les prendre par la force...» ce qui témoigne d'un besoin de reconnaissance insatiable malgré de nombreux acquis dans le cadre de son indemnisation, une agressivité destructrice des liens familiaux «...nous étions en désaccord moi et mon frère, j'étais hors de moi...je l'ai attaqué avec une arme blanche...», du couple «...j'étais très violent avec elle... elle a fini par partir...»; et autodestructrice, due non seulement à la fascination par le sang, le démembrement et le déchiquetage des corps, et par les tueries, mais également par une agressivité physique retournée contre lui-même, il exhibe non pas sans une pointe de fierté, un bras scarifié avec une lame «je préfère me faire subir ça que de tuer quelqu'un» dit-il avec dépit.

En plus de l'auto et l'hétéro agressivité, Ali souffre d'un sommeil très perturbé, on retrouve dans les items 3 et 15 relatifs aux difficultés de s'endormir un score élevé.

Nous pensons que cette morbidité est à l'origine des nombreuses addictions dont souffre Ali, il est en effet, un fumeur régulier de hachich et un grand consommateur de médicaments: antidépresseurs, sédatifs, hypnotiques, anxiolytiques, neuroleptiques, antipsychotiques et analgésiques (puissants anti-douleurs auto-administrés en raison des douleurs causées par le moignon). Ali ne peut plus se passer de ces substances, il en reconnaît la dépendance et affirme que c'est son seul et unique remède contre le mal qui le ronge. La toxicomanie d'Ali témoigne «d'une tentative d'automédication mais aussi du désir de répondre aux exigences de la pulsion de mort, une façon de se mettre en marge du monde des vivants, et d'installer les autres dans le rôle de persécuteurs». (Lebigot, F. 2005. P 70)

L'idée de la mort est omniprésente dans le discours d'Ali, tantôt dirigée contre les «autres», tantôt contre lui en exprimant à de multiples reprises son envie de mourir d'une mort sanglante et héroïque, il veut mourir en martyr après un combat sans issue. Ayant vu dans cette dernière idée qu'il ne s'agit plus d'une «auto ou hétéro» violence qui obéit au syndrome de répétition, cherchant ainsi un contrôle sur le traumatisme tout en restant sous sa domination, mais plutôt une façon d'en finir ! Nous lui posons alors la question suivante: «N'est-ce pas une forme de suicide?», Ali nous fixe d'un regard pensif et finit par dire «Oui», il vient de faire le lien entre l'idée de se sacrifier pour une “grande cause” et le “simple fait” d'en finir.

Le paradigme de ces troubles du caractère serait le «syndrome de Rambo» qui a été décrit chez certains vétérans du Vietnam. Ce syndrome se définit par les tendances à l'impulsivité, l'irritabilité, le caractère explosif, les tendances aux comportements addictifs (Cadiet, L.1997. P 243).

La présence d'une dépression est palpable à travers les idées suicidaires, les troubles du sommeil (que se partagent d'ailleurs le PTSD et la dépression), mais notamment à travers cette humeur teintée d'une grande tristesse et le pessimisme qu'on retrouve sous une notation maximale dans les items 1 et 2 du BDI-II.

Ceci rejoint les résultats de nombreuses études, qui démontrent l'augmentation de la fréquence de la symptomatologie dépressive à la suite d'une amputation, indiquant qu'entre 13% et 32% des amputés présentent des symptômes dépressifs (Atherton., Robertson. 2006).

Il existe par ailleurs, un lien étroit entre «le trauma et la survenue éventuelle d'un trouble thymique. La dépression,..., a surtout rapport avec les pertes occasionnées par l'évènement:..., d'une partie du corps,..., ou perte au niveau des idéaux (sentiment d'impuissance tragique, perte de l'honneur...). La rencontre avec le réel de la mort ne fait que donner un poids supplémentaire au caractère irrémédiable de ce qui est advenu. Il peut arriver que cet état dépressif se présente sous la forme d'une exaltation thymique avec euphorie poussant le sujet à des actes qui n'en ont pas moins, dans les faits, une dimension suicidaire» (Lebigot, F. 2005. P 47).

Sans vouloir tomber dans une redondance stérile, nous allons nous contenter de citer un incident vécu par Ali, qui va venir conforter l'idée de cette exaltation de l'humeur, qui le désinhibe et le pousse à la mise en œuvre de situations potentiellement suicidaires. Il raconte, qu'un jour pendant son divorce, dans une phase de grand désespoir, il prend la décision (tout en conduisant) de tout céder au profit de son épouse (bien matériel et enfant), à présent, il se sent libre, il s'emballe à cette idée, un sentiment de toute-puissance le gagne le poussant à conduire de plus en plus vite, sur une route de montagne sinueuse où il devait récupérer sa mère montée traire les chèvres comme à son habitude juste avant l'appel à la prière d'el-maghrib en plein mois de Ramadan, il finit par perdre le contrôle de la voiture qui se renverse sur le côté, et voit le fond de la falaise dans laquelle il va se précipiter, il voit une seconde fois sa propre mort, il pense à son fils... la voiture s'arrête juste au bord. Il a le sentiment qu'une force divine l'a sauvé pour lui permettre de prendre soin de son fils, cet enfant, qu'il avait décidé d'abandonner, il se bat par la suite pour avoir sa garde, le confie à sa mère et habite à plusieurs centaines de kilomètres de lui, seul, dans un appartement de location !

La culpabilité est inhérente à l'expérience traumatique, tout comme elle l'est pour la dépression qui résulte aussi bien de la présence de la culpabilité, de la fin de l'illusion de l'immortalité, que du sentiment d'abandon. Nous allons nous intéresser de plus près à la notion d'abandon chez notre cas, qui a choisi de vivre en isolement par rapport à sa famille et loin de son unique enfant après un divorce déchirant qui lui a donné le sentiment d'avoir été abandonné par son épouse, une femme pour laquelle Ali a dû affronter un père autoritaire qui s'est donné pour mission de choisir une épouse pour son fils. Après avoir refusé de manière successive quatre jeunes femmes, toutes sans instruction et élevées selon un mode de vie rural, choisies par les soins du père et selon ses propres critères, Ali dit avoir offensé le patriarce, ce dernier lui rétorque, qu'avec une jambe «coupée» il n'a pas le droit d'être exigeant «...et puis quoi encore?? Tu veux une femme qui lit le journal peut être??...». Aussi, Ali s'est vu retirer la bénédiction paternelle et était libre de se marier à qui il veut.

Ali, se perçoit comme ayant le contact facile et capable d'entretenir des liens affectifs où règne confiance et entraide, il est par ailleurs proche de sa mère et tire beaucoup de bénéfices de cette stabilité affective. Les résultats sur l'échelle des profils d'attachement viennent corroborer ces observations. En effet, il a un profil d'attachement sécure avec un modèle de soi et des autres positif, ce profil joue d'après les résultats de nombreuses études le rôle d'un facteur protecteur non seulement contre la dépression (Bifulco A., Moran, P.M., Ball,C.,& Bernazzani, O. 2002), mais aussi contre le stress-post-traumatique (Declercq, F., Willemsen, J. 2006).

Nous pouvons dire qu'Ali avait les moyens, en termes de profil d'attachement et de stabilité des modèles internes opérants, de surmonter le stress et la dépression post traumatique, ces mêmes moyens auraient pu lui permettre le maintien d'une relation de couple stable. Il est possible d'expliquer l'échec de son mariage par le parasitage de la relation par la lourde symptomatologie que "traîne" Ali, une personne qui a vécu l'effroi (traumatique) qui vit en réalité un profond sentiment d'abandon, développe des «troubles de caractère dont elle n'est pas toujours consciente, surtout lorsque ce sentiment, de passif au départ, se transforme en sentiment actif: se faire abandonner. Le sujet se replie sur lui-même, devient taciturne, agressif et se sent même parfois vaguement persécuté. Le nombre de ruptures conjugales à la suite d'un trauma est important.» (Lebigot, F. 2005. P 23). Mais comment expliquer alors l'échec de cette médiation par rapport à l'apparition des troubles et surtout à leur chronicité?

Nous allons nous tourner vers l'analyse de la structure et le fonctionnement de la famille d'Ali, en d'autres termes au système dans

lequel évolue Ali, pour tenter d'expliquer son incidence sur les troubles de notre cas d'étude.

En empruntant la description que donne la très grande majorité des écoles à la famille, nous pouvons dire que cette dernière est «un système ouvert, gouverné par des règles, autorégulé et orienté vers un but» (Broderick, 1993). Les chercheurs s'accordent à avancer qu'il est possible d'évaluer le fonctionnement de ce système et d'en faire ressortir la typologie. L'hypothèse soutenue par Olson est que la fonctionnalité familiale optimale se situe au centre du modèle et que plus une famille s'en éloigne, plus elle est dysfonctionnelle (Olson, D. 1988).

Selon Morval (1985), la famille est un système en interaction dont les objets sont les membres en interdépendance avec d'autres membres. La famille se définit par ses frontières, ses règles et ses rôles, lesquels se modifient à chacun des différents stades de la vie familiale. Les frontières délimitent les sous-systèmes par des règles pour entre autres, clarifier les rôles de chacun des membres de la famille. De plus, elles servent à protéger les fonctions familiales, comme par exemple, la dépendance et la proximité entre chacun de ses membres. Les frontières doivent être claires et pas trop imperméables ou trop rigides pour un fonctionnement optimal de la famille.

Les résultats de l'échelle de l'adaptation et la cohésion, nous révèle que la famille d'Ali a un fonctionnement **rigide** en terme d'adaptation et **séparé** en ce qui concerne la cohésion, ce qui permet de dire qu'il s'agit d'un fonctionnement à la limite du modèle extrême donc dysfonctionnel.

Ali rapporte que son père est détenteur d'un pouvoir suprême sur tous les membres de la famille, il distribue les tâches, prend toutes les décisions même les plus personnelles - on remarque d'ailleurs qu'avec ce père autoritaire le problème des frontières et des espaces personnels ne se pose pas, car il considère qu'en tant que chef de famille il lui revient de droit de gérer tous les aspects de la vie des autres membres-. L'attitude du père et la passivité de la mère qui se cantonne dans un rôle de mère nourricière, n'a jamais été du goût d'Ali, il voulait sortir de ce mode de vie régulé par l'humeur du père, où tous les enfants sont tenus de se comporter selon le modèle imposé, sans la possibilité de négocier et sans aucune autre alternative.

Cette rigidité a beaucoup pesé sur la relation père-fils, une relation conflictuelle reflétant l'aspiration d'Ali à la différenciation et les efforts du père au maintien d'un idéal familial, ces mouvements de tentative de changement et de contre mouvement de changement visent d'habitude à protéger le système et à maintenir son équilibre jusqu'à pouvoir trouver un compromis, on pense que dans le cas de la famille d'Ali, la rigidité de l'autorité paternelle a été le déclencheur d'une rigidité du système, il faut savoir qu'«un système familial devient rigide quand une accumulation de

fonctions ou l'incapacité de modifier ces fonctions dans le temps pèse sur les besoins de différenciation de ses membres» (Andolfi, M., Menghi, P., Nicolo, A-M., Saccu, C. 1979. P 02).

Ceci revient à dire que la rigidité est un niveau d'adaptabilité très faible caractérisée par des interactions très contrôlées, des rôles strictement définis, les règles ne changent pas pour s'adapter aux besoins des membres. Le système familial est incapable de s'adapter aux changements occasionnés par les exigences de l'environnement, par l'évolution de sa propre structure et par la maturation des besoins de ses membres.

Les systèmes familiaux qui ont un niveau d'adaptabilité rigide adoptent un leadership autoritaire. Les parents sont très contrôlants. En général, une seule personne fait figure d'autorité. Les sanctions sont strictes et rigides, aucune indulgence n'est accordée. La discipline parentale est rigoureuse et les parents imposent leurs décisions. Les rôles sont délimités et fixes. Les règles sont immuables et appliquées avec rigueur. Cette rigidité entraîne un manque de souplesse face aux changements et aux stress provoqués par les différents stades de la vie familiale et offrent peu de nouvelles solutions face à ceux-ci (Laître, M. 1997. P 36).

La cohésion familiale est décrite quant à elle, comme étant la qualité des liens émotionnels entretenus par les membres d'un système familial (Olsen, D. 1988). Les variations utilisées pour délimiter et mesurer le concept de cohésion sont : les liens émotionnels, l'engagement familial, la relation conjugale, les relations parents-enfants, les limites internes et externes.

La dimension cohésion, comme pour la dimension adaptabilité, se scinde en quatre niveaux: désengagé, séparé, uni et enchevêtré. Le niveau de cohésion désengagé indique peu ou pas de cohésion familiale. Les niveaux de cohésion séparé et uni identifient une cohésion familiale dite saine ou fonctionnelle. Le niveau de cohésion enchevêtré indique une cohésion extrême entre chacun des membres de la famille (Laître, M. 1997. P 37).

Selon Olsen (1988), le niveau de cohésion séparé varie entre une cohésion basse à modérée. La famille qui a un niveau de cohésion séparé manifeste un détachement émotif vis-à-vis de ses membres, c'est-à-dire que les liens affectifs sont existants mais il y a de la place pour l'intimité de chacun. Le temps passé hors de la famille est aussi important que le temps passé ensemble. Les activités et les intérêts sont en général individuels. Les frontières familiales sont bien définies mais perméables (Laître, M. 1997. P 37).

L'équilibre modéré dans la cohésion de la famille d'Ali se lit à travers son discours et sa description d'une relation fraternelle stable, rappelons qu'il est l'ainé d'une fratrie de six, dont quatre garçons et deux filles, il parle aussi des liens qui unissent la famille sans pour autant étouffer ses membres, il ne donne pas l'impression d'être attaché à l'un ou l'autre de ses

frères et sœurs, pas de sous-systèmes, pas de coalition pour surmonter l'autorité, il insiste cependant sur les liens très forts entre lui et sa mère sans représenter pour autant un réel contre poids.

En défiant son père, Ali défie le fonctionnement même du système, il quitte la maison pour aller travailler très loin, en intégrant à nouveau un système tout aussi autoritaire, quand l'accident se produit, ne pouvant plus compter sur le soutien d'un système qui n'accepte pas la différence, qui a du mal à s'adapter au changement, et qui n'est pas très soudé pour offrir cette base stable sur laquelle Ali pourrait s'étayer, il décompense, et reste piégé dans ce nouveau rôle de victime malade, il devient le patient désigné, le porteur du symptôme familial, le souffre-douleur d'un système dysfonctionnel.

L'évaluation du coping familial révèle des résultats en défaveur d'une compétence familiale à surmonter le changement, facteur d'un grand stress qui vient ébranler le système. En effet, la tendance des réponses d'ajustement se situe sur un registre interne, expliquée par le fonctionnement rigide qui est à l'origine d'une «pression accrue des niveaux de fonction entraînant une réduction de l'expression progressive des énergies disponibles et à un appauvrissement des communications avec l'extérieur». (Andolfi, M., et col. 1979. P 02) La famille procède à la reformulation des problèmes pour mieux les intégrer et ne s'active pas à les résoudre concrètement au moyens de l'aide sociale ; Ali affirme que sa famille préfère taire ses problèmes devant les proches parents et les voisins par peur d'être dénigrée.

La résilience familiale se réfère spécifiquement aux habiletés et au mode de fonctionnement que les familles utilisent pour survivre, s'ajuster et même se renforcer face à l'adversité. (McCubbin, Thompson, Thompson et Futrell. 1999)

La famille d'Ali ne donne pas l'impression de s'être renforcée après l'épreuve qu'elle a subi, son incapacité à s'ouvrir vers l'extérieur et à mobiliser les ressources de l'environnement social ne lui permet pas d'évoluer et d'atteindre une homéostasie propice à l'épanouissement général.

Conclusion

Aborder les troubles mentaux post-traumatiques du point de vue de la dynamique systémique familiale et de l'attachement à la famille, en qualité de facteurs de vulnérabilité, est une approche qui n'ambitionne pas d'occulter le consensus autour de l'individualisme psychique, mais tend néanmoins, à explorer les aspects psychopathologiques dans leurs interactions avec l'appartenance familiale dans une tentative –aussi modeste soit-elle – d'une lecture ethno-psychologique des troubles mentaux, en rappelant l'importance de considérer l'individu dans son système interactif lors de la prise en charge thérapeutique.

Références

- Andolfi, M., Menghi, P., Nicolo, A-M., Saccu, C. (1979). L'interaction dans les systèmes rigides. *Réseaux, Systèmes, Agencements*. N° 1, pp 25-41.
- Atherton, R., Robertson, N. (2006). Psychological adjustment to lower amputation amongst prosthesis users. *Disability & Rehabilitation*. 28 (19), 1201-1209.
- Bifulco, A., Moran, P. M., Ball, C., & Bernazzani, O. (2002). Adult attachment style. I: Its relationship to clinical depression. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, 37, 50-59.
- Cadet, L. (1997). *Urgences psychiatriques: Guide pratique, thérapeutique et juridique*. Paris: ESTEM.
- Chahraoui, K., Bénony, H. (2003). *Méthodes, évaluation et recherches en psychologie clinique*. Paris : DUNOD.
- Declercq, F., Willemsen, J. (2006). Distress and post-traumatic stress disorders in high risk professionals: Adult attachment style and the dimensions of anxiety and avoidance. *Clinical Psychology and Psychotherapy*. 13:256–263.
- Griffin, D.W., Bartholomew, K. (1994). Models of the self and other : Fundamental dimensions underlying measures of attachment. *Journal of Personality and Social Psychology*. 67: 430-445.
- Laître, Micheline. (1997). *L'adaptabilité et la cohésion des familles avec adolescents manifestant des troubles du comportement en milieu scolaire*. Université du Québec en Abitibi-Témiscamingue.
- Lebigot, F. (2005). *Traiter les traumatismes psychiques, Clinique et prise en charge*. Paris : Dunod.
- McCubbin, H. I., Patterson, J. M. (1981). *Systematic Assessment of Family Stress, Resources, and Coping: Tools for Research, Education, and Clinical Intervention*. St. Paul: University of Minnesota.
- McCubbin, H.I., Thompson, E. A, Thompson, A. I., & Futrell, J. A. (1999). *The dynamics of resilient families*. Thousand Oaks, CA: Sage publications.
- Morval, V.G. Monique. (1985). *Psychologie de la famille*. Montréal: Les Presses de l'Université de Montréal.
- Olson, D. H. (1988). Family assessment and intervention: The Circumplex Model of family systems. *Journal of Psychotherapy and the Family*. 4, pp 9-48.