

Le prix du silence et le temps de la créativité

■ N. Munyandamutsa

Enseignant à l'Université Nationale du Rwanda, Directeur adjoint de l'Institut de Recherche et Dialogue pour la Paix (IRDP)

Summary

Munyandamutsa N. [The price of silence and the time of creativity.] Schweiz Arch Neurol Psychiatr. 2008;159:490–5.

Usually, therapists and clinicians have few opportunities to meet resilient individuals, because they do not ask for help. Nevertheless, we know something about their path through their artistic creations, altruist commitments or life styles. The question remains open to know if resilience, a very specific capability to cope, is acquired thanks to the environment or through personal resources.

This paper questions the role of the therapist as a catalyst of a process of self-reconstruction.

Through the reality of the trauma the time of silence will gradually leave a space for the process of elaboration. The consequences of trauma are numerous and often devastating on the cyclic life, among them the incapacity to put into words what is impossible to think.

Two vignettes will underline the importance of the role of the therapist as “tutor of resilience”. This paper also emphasises the crucial role of supervision of therapists dealing with severely traumatised patients.

Keywords: resilience; psychological trauma; PTSD; genocide; supervision

Introduction

Nous connaissons peu, en tant que cliniciens, les personnes résilientes, parce qu'en général, elles ne viennent pas nous consulter. Elles passent par un processus de négociation avec elles-mêmes, avec la société qui les porte ou qui les agresse. Pour le peu que nous connaissons, nous l'avons rencontré

à travers des œuvres artistiques, à travers des réalisations altruistes, ou un modèle de vie qui nous interpelle sans connaître nécessairement le chemin tortueux que ces personnes ont emprunté, le silence imposé ou recherché, pour enfin parvenir à faire face.

Nous connaissons probablement mieux les tentatives coûteuses de renaître des cendres pour les personnes brisées, broyées, à travers des sociétés ayant subi et imposé des violences extrêmes. Nous connaissons aussi, pour l'avoir vu journallement devant nos yeux, pour l'avoir expérimenté dans notre corps et dans notre psyché, les traces du vide, la redondance de la répétition des scènes traumatiques subies et la difficulté de remettre en mouvement la ronde du temps.

Cette capacité de faire face, est-elle acquise grâce aux conditions créées par l'environnement et soutenue par les ressources propres et internes du point de vue psychique? Ou alors cette capacité de rebondir est-elle le produit d'une construction minutieuse, de la détermination à vivre malgré tout et à prendre sa revanche face au malheur de la vie qui nous fracasse?

Quel pourrait être le rôle du thérapeute? Sait-il comment devenir le catalyseur du processus de reconstruction de soi? Peut-il accéder au statut de «tuteur de résilience» dans le sens que véhicule ce concept proposé par Boris Cyrulnik? [1–3] Une littérature abondante depuis cette dernière décennie nous a permis d'éclairer le concept de résilience et l'élaboration de ce concept a vu renaître l'espoir du clinicien face à la sidération du trauma! Mais ce qu'on connaît moins c'est comment précisément l'action du clinicien pourrait procéder à l'émergence et à la construction de la réalité de la résilience.

Nous examinerons comment, à travers la réalité traumatique, le temps du silence fait place à l'élaboration ou alors à l'omnipotence de l'expérience traumatique qui fait écran à la symbolisation. Nous verrons comment les personnes, soumises à la douleur morale ou au poids de la honte, négocient péniblement avec la volonté de vivre ensevelie sous la sidération traumatique. Nous ouvrirons enfin

Correspondance:
Naasson Munyandamutsa
Psychiatre psychothérapeute FMH
Boîte postale 7109
Kigali – Rwanda
e-mail: mnaasson@yahoo.fr

une réflexion sur la gestion problématique du temps de la survenue de la rencontre et la création des conditions de l'émergence de la créativité.

Le poids du trauma

Dans les situations de violences extrêmes, la résilience constitue un défi parce que, précisément, ce contexte de violence inutile de l'homme sur l'homme s'attaque à l'environnement propre et intersubjectif favorable à l'émergence de la résilience.

Cet environnement ici est celui dont Michel Lemay parle en attirant notre attention sur la nécessité d'orienter notre regard vers «sa qualité antérieure, actuelle et future en tant que soutien, enveloppe, contenant ou creuset, pour mieux saisir la résistance aux événements désorganiseurs» [4].

Penser la réalité de la résilience appelle préalablement une certaine réflexion sur les effets du trauma tels que nous les rencontrons journallement en clinique du traumatisme dans le contexte du génocide.

Ces effets, les plus illustratifs, peuvent être structurés comme suit: le trauma dans ce contexte

- brise les alliances sur lesquelles nous nous appuyons pour résister,
- impose la solitude et fait taire,
- induit fracture traumatique infranchissable dans certaines situations,
- interrompt la ronde du temps et le présent du passé décolle peu du passé réel,
- impose l'exil de soi, en soi ou loin de soi,
- crée le chaos traumatique.

Nous allons illustrer ces effets à travers deux questionnements qui surgissent lors de la rencontre avec de jeunes cliniciens à différents moments et dans des contextes différents.

L'une des questions dénonce l'incapacité de mettre des mots et de construire un récit face à l'impensable. Mais en même temps une volonté de mettre un terme au contrat avec l'adversité et l'omnipotence de la mort. L'autre dénonce l'effet destructeur de la honte, mais en même temps une voix timide au fond du chaos du trauma murmure: «Mais je vais vivre.»

A partir de ces deux questions posées, dont les effets sont déstabilisants pour le thérapeute, nous allons aborder le défi de la résilience dans de tels contextes. Nous tenterons surtout de penser l'action du thérapeute, vis-à-vis de la réalité de la résilience, qui ne peut en aucun cas se construire seule.

La *première question* surgit un après-midi, au cours d'une réflexion clinique avec de jeunes collègues de terrain; elle est soulevée par une pra-

ticienne qui nous parle d'une jeune patiente qui la bouleverse: «Comment faites-vous pour travailler avec quelqu'un dont les mots peinent à venir et dont la mémoire s'empresse à mettre le rideau sur un passé douloureux?» Elle ajoute: «Accepteriez-vous de nous rejoindre dans le processus thérapeutique aujourd'hui bloqué dans une impasse?» Je lui demande à mon tour: «Quelle langue parle-t-elle? S'agit-il du langage du silence? Ou du corps mandaté pour exprimer l'inexprimable? Ou s'agit-il du langage de la mort dont on ne sait pas parfois de qui il émane?»

Nous sommes devant la solitude dans sa double implication: celle de cette jeune fille perdue au carrefour des chemins, qui ne sait plus à qui demander, et celle du thérapeute sidéré face au chaos traumatique qui anéantit la possibilité de recourir à la parole qui lie si l'on parvient à créer des conditions favorables aux liaisons significatives.

Cette parole qui lie pourrait-elle devenir le tremplin d'où se déploieraient les mécanismes de résilience aboutissant à la vie possible? Or la vie survient quand on peut structurer son questionnement et compter sur un destinataire réel et pas seulement imaginaire.

La jeune fille dont il est question est venue vers le thérapeute dans un mouvement de quête du vecteur adéquat pour sortir du chaos traumatique au sein duquel elle était suspendue, submergée par des ressentis qui ne génèrent pas du sens pour elle.

Jean Claude Métraux écrit ceci: «lorsqu'un chaos traumatique anéantit le souvenir pour le remplacer par un simple retour de sensation déjà vu, déjà entendu et surtout déjà vécu, la narration en tant que telle cesse» [5].

Nous le savons, la survenue des symptômes dénonce l'échec de la quête de sens vis-à-vis de ce qui trouble le sujet de l'intérieur ou qui fait effraction dans son monde interne.

La jeune fille sollicite le thérapeute à travers un triple symptôme qui pousse le thérapeute vers l'enfermement dans l'impasse:

- Il s'agit d'une troublante douleur psychique vécue et affichée sous un masque de tristesse inhabituel.
- Un tableau dissociatif qui force la perte momentanée de la vigilance.
- Et un symptôme somatique qui trouble par son échec à la symbolisation et à l'intransigeance de son authenticité: la jeune fille se plaint d'hémorragie vaginale et les médecins ne savent qu'en penser.

La collègue thérapeute poursuit: «Lors de chaque consultation, dès que l'on commence à parler

ensemble, elle se met à transpirer, à avoir des difficultés respiratoires et à s'enfoncer dans une espèce de perte de connaissance.»

Cette collègue devient spectatrice d'une tragédie qui échappe à son contrôle.

Et elle ajoute: «Je panique chaque fois qu'elle est devant moi, et quand elle sort de son inconscience, j'évite de dire quoi que ce soit et je l'accompagne, main dans la main, pour nous retrouver à l'extérieur du bâtiment avant de nous dire au revoir!»

Et elle me demande: «Pouvez-vous m'indiquer les mots justes auxquels je dois faire appel quand je suis avec elle?»

Mais quels sont ces mots qui auraient la vertu de déclencher le processus de résilience? La résilience comporte la notion de résister, de surmonter, et de réussir de manière acceptable pour la société. Cette jeune fille tente de résister à ce qu'elle n'aimerait surtout pas garder en mémoire. Le corps dénonce l'échec d'intégration du trauma à travers ce symptôme terrifiant qu'est l'hémorragie vaginale. On sent qu'elle voudrait surmonter ce qui est venu la briser, parce qu'elle pose des questions à la thérapeute, qui elle-même nous les rapporte.

La *seconde question* est soulevée par une praticienne de terrain prise entre deux feux croisés émanant d'un jeune patient et du processus de juridiction traditionnelle Gacaca au Rwanda, appelée à juger des auteurs de viols au cours du génocide des Tutsis du Rwanda.

Rassurée, au moins momentanément, par le groupe qui la porte, l'écoute et la contient dans un cadre de supervision clinique sous ma responsabilité, la collègue thérapeute lance cette question: «Dites-moi, vous autres qui avez l'habitude de négocier avec l'horreur, comment vous la transformez pour éviter qu'elle vous brise et vous déstabilise?»

Je lui réponds: «Peut-être n'allons-nous pas négocier avec l'horreur; nous allons plutôt en faire un objet d'étude. Nous allons en plus amorcer avec toi un processus d'interaction et de transaction pour faire de toi une bonne négociatrice dans ce contexte troublant.»

A l'occasion du génocide, dans cette région au centre du pays, les exterminateurs font la loi. Le mot d'ordre est clair: nul n'échappera parmi les Tutsis. Le mal devient victorieux, l'horreur prend une diversité de figure impensable. Ce jeune patient aujourd'hui âgé de 32 ans, a environ 17 ans au moment où l'on assassine son père, ses frères et sœurs. Il ne reste plus que sa mère et lui-même face à une foule brandissant les machettes pleines de sang de ses frères. Sa mère est violée devant lui,

et on l'oblige à violer sa mère. La mère amorce un exil loin d'elle-même à travers un état syncopal pour ne pas assister à cette abominable scène. Inconsciente, on la mute au niveau des organes génitaux après l'inceste forcé.

Après le génocide, le fils s'exile à plusieurs kilomètres. La mère s'exile à son tour en elle-même et plonge dans un silence qu'elle espère éternel. Les deux essaient, chacun de son côté, de tenter de faire comme si de rien n'était. La douleur morale est au rendez-vous chez l'un comme chez l'autre.

Le processus de justice Gacaca appelle la population à briser le silence. Le fils vient de sa propre initiative voir le thérapeute: «Je voudrais enfin vivre, je voudrais transférer ma honte que je porte depuis si longtemps sur les criminels eux-mêmes. Je voudrais parler, parce que je voudrais enfin regarder le visage de ma mère.»

Notre collègue rencontre la mère sans le fils et lui fait part du projet du fils. La mère dit: «Je ne veux pas regarder le visage de mon fils, je ne serai jamais capable de supporter le regard du monde si le silence est brisé. S'il parle, je vais disparaître.»

Comme déjà mentionné, le trauma consécutif à une violence de cette nature brise les alliances sur lesquelles nous avons besoin de nous appuyer pour résister et surmonter l'horreur vécue. Même l'alliance entre mère et fils est brisée. Or c'est sur cette alliance que le processus de résilience devrait s'appuyer. La négociation, pourtant vitale, n'est pas aisée parce que les positions sont très contradictoires. Le discours de la mère se résume ainsi: «Ta démarche ne me convient pas et elle me détruirait!» Le fils dit ceci: «Ton choix m'empêche de vivre.»

L'horreur vécue a imposé à ce couple mère/fils l'exil de soi, en soi et loin de soi et le temps semble interrompu.

Nous sommes devant ce que Jean Claude Métraux décrit en ces termes: «Le trauma a creusé un cratère dans l'histoire de vie, désormais infranchissable par la pensée. La mort a brisé la ronde du temps [...] le silence happe les vestiges de mémoire. Amputé, le passé se retire [...] l'identité personnelle se retrouve mutilée, dénudée» [5].

La jeune fille à l'hémorragie vaginale se trouve face à la brutalité de l'effraction de la violence dans son monde interne. Le thérapeute a la lourde responsabilité de permettre les conditions de mise à distance et de favoriser ainsi la possibilité de créer un «point de vue» parce que sans ce point, la vue sur ce qui nous a brisé est impossible et nous peinons à devenir témoins de ce qui nous est arrivé. La résilience est peut-être aussi cette capacité de créer un «point de vue» pour glisser du statut de victime à celui de témoin.

Le jeune qui consulte et la maman qui répond au rendez-vous veulent s'appuyer sur le tiers thérapeute pour voir clair et peut-être parvenir à espérer.

A ce propos, le professeur Friedrich Loesel de l'Université de Nuremberg dit ceci: «le plus important que la résilience puisse apporter est une espérance réaliste» (cité par Vanistendael [6]).

Le prix du silence

Pour les Anglon-saxons, par exemple Rutter (1998) [7], le résilient a reçu le coup, l'a encaissé, souffre et rebondit. Lorsque ce coup est un viol exercé sur un très jeune enfant, comment un tel coup est-il encaissé? Lorsque la violence a piétiné tout tabou, toute limite et qu'elle impose l'inceste suivie de mutilations, à quel niveau la souffrance va-t-elle sévir et quand pourra survenir le rebondissement?

Le thérapeute, peut-il créer les conditions pour pointer le doigt sur les voies complexes de la souffrance dans un tel contexte et générer du sens? Nous l'avons souligné, le viol impose le silence. Et parfois le silence est une voie, coûteuse certes, quand il n'y a pas de mots pour le dire. Le silence fait barrière à la honte, aide à fuir le regard du monde, mais peut-être aussi le silence permettra au processus de résilience de se déployer.

Mais si le silence est celui qui est imposé par le tortionnaire, nous avons une responsabilité vitale de le briser et de permettre l'émergence de la parole qui lie et qui peut se faire une place dans l'espace social.

Le vécu traumatique, au-delà de la description clinique et des critères diagnostiques des manuels, est un phénomène singulier et troublant. Il prend diverses figures cliniques à chaque fois en fonction de la nature singulière et de l'importance de la blessure et de la fracture subie. Janine Altounian a écrit: «le propre du trauma n'est-il pas de n'avoir été vécu par aucun sujet et d'être répétitivement en appel d'un déplacement syntaxique spatio-temporel?» [8].

Dans l'espace et le lieu de soin où je rejoins ma collègue et cette jeune patiente, les modalités de communication se superposent. Nos deux regards croisent le sien et dévoilent notre disposition intérieure engagée dans une résonance empathique. Son corps meurtri ne flanche pas à cet instant, la chute syncopale n'est pas au rendez-vous, il est peut-être porté par notre double présence à travers une modalité de communication de corps à corps.

Sur le plan temporel, le présent se confond avec le passé; et le passé est terrifiant pour elle. On est

face à ce que René Roussillon appelle «des situations extrêmes de la subjectivité, c'est-à-dire, des situations dans lesquelles la possibilité de continuer de se sentir «sujets», de continuer de maintenir le sentiment de son identité et d'une identité à s'inscrire au sein de l'humaine condition, est porté à son extrême, voire au-delà du pensable» [9].

En 1994, au mois d'avril, cette jeune fille a seulement 7 ans quand deux hommes l'abiment en la violant et la laissent pour morte. Quand elle se réveille, elle assiste à la mise à mort de son père. Avec sa petite sœur, elle amorce une vie d'errance pour fuir la mort tout en la recherchant. Un homme, qui va les reconnaître, leur creuse un trou qui va leur servir d'abri durant la journée. La nuit elles dorment dans un hangar devenu un lieu de mort. Elle racontera, à l'occasion de cette séance, depuis que la parole, non encore vecteur de liaisons significatives, est retrouvée: «L'odeur du sang ne m'a jamais quittée depuis. Et dans ce terrible abri, mes yeux ont eu l'audace de découvrir le corps de ma mère traversé par un bout de bois qu'ils avaient fait pénétrer dans son sexe.»

L'odeur du sang, les traces du viol dans le corps et dans le monde interne, la réalité intransigeante de l'hémorragie vaginale, se dressent tel un écran devant notre tentative d'organiser la pensée. On saisit mieux, à cette occasion la survenue du silence et l'exil en soi à travers les chutes syncopales. Nous sommes devant la complexité du langage du corps, de l'odeur de la mort et du silence pesant que nous avons le devoir de violer parce qu'il viole cet enfant demeurée longtemps seule avec sa petite sœur dont elle se sent responsable.

L'exil et la redondance du silence chez ce couple mère-fils que nous avons décrit, répond à une menace de destruction véhiculée par la honte. On est face à un phénomène de la mythologie antique devenue réalité: Œdipe couche avec sa mère et il s'exile pour échapper au poids de la honte. Il se crève les yeux pour ne plus regarder le visage de sa mère et soutenir le regard du monde. La mère se suicide et la tragédie poursuit son œuvre de destruction.

Un tel choc n'est pas encaissé, on en souffre et la souffrance prend des proportions démesurées. Le rebondissement est lié à l'engagement thérapeutique et à la détermination de créer des conditions pour que la rencontre survienne.

Il est intéressant de formuler l'hypothèse selon laquelle le fils s'engage, à travers cette demande de soins, sur la voie du processus de résilience. Nous avons la responsabilité éthique de soutenir cette dynamique. Contrairement à la mythologie, cependant, il ne veut pas se crever les yeux, il veut s'octroyer le privilège et le droit de regarder le visage

de sa mère et restaurer son droit de vivre. Il n'a point, depuis lors, fait place au lien sentimental et affectif et ne s'est pas marié, il est bloqué. Il voudrait déposer le poids de la honte devant ceux qui ont fabriqué l'horreur.

D'un autre côté, le risque de suicide chez la mère est bien réel si le silence est brisé. Le défi thérapeutique est d'apprendre à devenir le tiers compétent, à travers le processus de mise en place du tiers progressif. Car, en définitive, ce sont les juges du tribunal Gacaca, à huis clos, qui deviendront peut-être des tiers autorisés, à condition que le tiers thérapeute lève le défi de cette transaction problématique mère-enfant pour mettre en échec la honte devenue prédatrice de l'espoir de vivre. C'est à cette condition que la possibilité de rebondir et de surmonter le trauma peut être au rendez-vous.

Boris Cyrulnik décrit ainsi le résilient dans un tel contexte: «Le résilient ouvre les yeux, garde en mémoire et même souvent en hyper mémoire, le souvenir de son traumatisme. Mais cette blessure, inscrite dans son histoire, constitue son identité narrative: Je suis quelqu'un qui a connu le viol, l'inceste, qui a connu des pertes, etc. ...» [1-3].

Le temps de la créativité

La capacité créatrice est fonction d'un certain nombre de préalables:

- Celui qui crée devient capable de jeter un regard lucide sur son passé. Son passé à travers l'appartenance filiale. Or on appartient à son histoire, à sa famille, à sa culture et au surnaturel. Mais aussi, plus proche de celui qui est brisé, se dresse une histoire de victimisation et de remise en cause des valeurs qui nous fondent. Il faut donc pouvoir poser un regard sur ce passé qui se mêle trop du présent.

Ce couple mère-fils pose des questions vitales, certes contradictoires, et le fils propose une dynamique créatrice: la honte peut être déposée chez celui qui l'a fabriquée. Le droit de regarder dans les yeux de celle qui m'a créé peut être restauré. Pour ceci, je ne voudrais pas fermer la page mais je voudrais plutôt la tourner. La mère, elle, pose une question importante: «Dites-moi, à quelle capacité créatrice je devrais faire appel pour surmonter la honte, parce que je sens qu'elle risque de m'emporter si on ouvre cette chambre-là?»

Il va falloir mobiliser la capacité créatrice du dispositif thérapeutique pour créer les conditions pour l'émergence de la parole qui lie, à partir de laquelle la résilience va se déployer.

- L'ouverture des horizons vers la capacité créatrice n'est possible qu'à la condition de décoller de l'identité victimaire qui est le produit de la fracture traumatique. Ainsi donc, la capacité créatrice nécessite un glissement indispensable de cette identité de victime vers celle de témoin. Ceci suppose une certaine distance à la fois temporelle et figurative: «Moi, à une période donnée, ceci m'est arrivé. J'essaie de négocier avec ce qui m'a amené à devenir ce que je suis.»

La résilience n'est donc pas seulement une certaine prédisposition à faire face, à résister, à surmonter, mais cette capacité doit aussi se construire.

- La capacité créatrice dépend ce que l'environnement familial, social et culturel, est à même d'offrir à celui qui est fracassé par la violence de l'homme sur l'homme. Angelo Gianfrancesco le dit en ces termes: «un individu est résilient parce que la société a des valeurs à lui proposer. La première est de croire en lui en tant que sujet digne de respect» [10].

Le fils qui dépose devant le thérapeute son désir d'aller témoigner devant les juridictions populaires, trouvera-t-il vis-à-vis de cette société qui va l'écouter, une nouvelle valeur qui lui permettra d'appartenir à nouveau à cette société qui a généré un génocide?

Je crois que l'action du thérapeute, la créativité du dispositif thérapeutique, ce tiers progressif, pourra aider à aller dans cette direction. Tout va dépendre du désir de vivre que l'on pose sur celui qui souffre. Il faut pour cela que le sujet parvienne à construire des alliances, un réseau de proximité, pas seulement dans l'espace thérapeutique, mais aussi et surtout au sein de l'espace social.

Conclusion

Nous l'aurons compris, à travers ce texte, il y a des souvenirs qui ne peuvent pas cohabiter avec la vie. Il en découle ainsi le préalable du temps du silence, du besoin de créer des conditions d'oubli et du temps de la tristesse partagée.

Le rôle du thérapeute est important car, de la parole que les gens nous amènent, il faut faire quelque chose d'acceptable qui ouvre le processus de travail psychique. Mais si le langage qui passe par le corps y reste, le processus de résilience aura peine à se structurer.

Face à cette hémorragie vaginale, à ces troubles dissociatifs à travers des chutes syncopales et des pertes de connaissance chez cette jeune fille, on est loin du temps du silence faiseur de liens. On est face à un échec de symbolisation et d'élaboration.

La résilience est fonction du temps du silence, du temps de l'élaboration, du temps de l'émotion, du rêver et de la construction de la parole qui lie, car la parole redonne de l'ordre et de la direction. Ce processus requiert du temps. Michel Manciaux désigne ainsi ce processus: «La résilience se forge tôt, se renforce à chaque difficulté rencontrée dans toute situation existentielle, chaque stress surmonté, elle n'est donc ni totale, ni définitive. Elle peut faillir au hasard de l'existence, en cas de stress trop fort, trop prolongé ou outrepassant les capacités de l'individu» [11].

Le tiers thérapeute et le tiers social peuvent mobiliser la capacité d'inventer et de créer des stratégies pour résilier le contrat avec le poids de la honte et avec le corps souffrant qui ne parvient pas à créer du sens.

Références

- 1 Cyrulnik B. Un merveilleux malheur. Paris: O. Jacob; 1999.
- 2 Cyrulnik B. La résilience: un espoir inattendu. Dans: Poilpot MP, éditeur. Souffrir mais se reconstruire. Ramonville Saint-Agne: Erès; 1999. p. 13-24. (Fondation pour l'enfance).

- 3 Cyrulnik B, éditeur. Ces enfants qui tiennent le coup. Revigny-sur-Ornain: Hommes et perspectives; 1999.
- 4 Lemay M. Réflexions sur la résilience. Dans: Poilpot MP, éditeur. Souffrir mais se reconstruire. Ramonville Saint-Agne: Erès; 1999. p. 83-105. (Fondation pour l'enfance).
- 5 Métraux JC. Deuils collectifs et création sociale. Paris: La Dispute/Snédit; 2004.
- 6 Vanistendael S. Prévenir le trauma d'une agression sexuelle: un éclairage à partir de la résilience. Dans: Poilpot MP, éditeur. Souffrir mais se reconstruire. Ramonville Saint-Agne: Erès; 1999. p. 107-23. (Fondation pour l'enfance).
- 7 Rutter M, Sadler K. L'enfant et la résilience. J Psychol. 1998;162:46-9.
- 8 Altounian J. La survivance: traduire le trauma collectif. Paris: Dunod; 2000. (Inconscient et culture).
- 9 Roussillon R. Les situations extrêmes et la clinique de la survivance psychique. Dans: Furtos J, Laval C, éditeurs. La santé mentale en actes. De la clinique au politique. Ramonville Sainte Agne: Erès; 2005. p. 221-38.
- 10 Gianfrancesco A. Abus sexuel et résilience. Dans: Poilpot MP, éditeur. Souffrir mais se reconstruire. Ramonville Saint-Agne: Erès; 1999. (Fondation pour l'enfance).
- 11 Manciaux M, Tomkiewicz S. La résilience aujourd'hui. Dans: Gabel M, Jésus F, Manciaux M, éditeurs. Bienveillances; mieux traiter familles et professionnels. Paris: Fleurus; 2000. p. 313-39.