

## CHRONIQUE

### LA RÉSILIENCE : UN COMPLÉMENT<sup>1</sup>

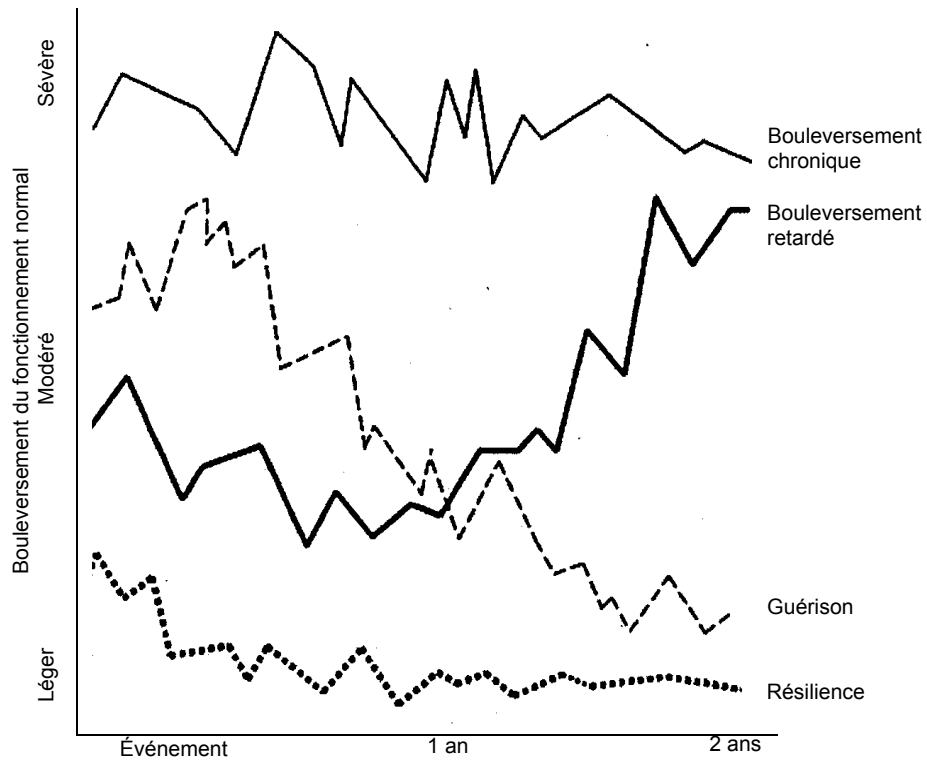
Les psychologues du développement ont bien fait voir la résilience chez des enfants qui ont grandi dans des conditions difficiles (p. ex., Masten, 2001), mais les psychologues du monde adulte l'ont minimisée parce que leur conception s'est basée trop exclusivement sur les conséquences négatives de la perte d'un être cher ou d'un événement difficile; la résilience a ainsi été considérée soit comme un état pathologique, soit comme le fait rare d'individus exceptionnellement pourvus (Bonanno, 2004). Le présent texte remet en question cette façon de voir et présente des résultats qui démontrent que la résilience représente une trajectoire particulière différente de la guérison, qu'elle n'est pas rare et que bien des voies y conduisent.

### LA RÉSILIENCE : UNE TRAJECTOIRE SPÉCIFIQUE

Il faut distinguer la résilience de la guérison. La *guérison (recovery)* implique une trajectoire au cours de laquelle le fonctionnement normal cède la place à des symptômes (comme le trouble de stress post-traumatique : TSTP) qui atteignent (ou presque) le seuil de la pathologie durant plusieurs mois pour revenir graduellement à son niveau initial. Par contre, la *résilience* consiste en la capacité de maintenir un fonctionnement stable. En psychologie du développement, on parle de facteurs de protection qui soutiennent un heureux développement et de caractéristiques de personnalité qui favorisent l'adaptation aux circonstances défavorables (Masten, 2001). Dans le présent texte, il s'agit de la résilience face aux pertes ou aux événements menaçants qui surviennent dans la vie *adulte* qui, par ailleurs, est normale; il s'agit d'événements isolés devant lesquels l'individu « maintient un niveau relativement stable de fonctionnement physique et psychologique ». Cette définition de Bonanno (2004) s'appuie sur les recherches d'auteurs majeurs dans le domaine (p. ex. Luthar, Cicchetti et Becker, 2000; Masten, 2001; Rutter, 1999; Werner, 1995). C'est également sur cette même base que Bonanno a identifié les trajectoires illustrées à la Figure 1 où la résilience est comparée à la guérison de même qu'au bouleversement chronique ou retardé. Puisque les psychologues travaillant dans les

---

1. La *Revue québécoise de psychologie* (vol. 22, n° 1) publiait en 2001 un intéressant dossier sur la résilience (sous la direction de Martine Hébert) suivi (dans le vol. 22, n° 3) d'une recension de deux ouvrages de Cyrulnik : *Un merveilleux malheur* (1999) et *Les vilains petits canards* (2001), publiés tous deux chez Odile Jacob. Il semble opportun de faire brièvement état d'un développement nouveau apporté par Bonanno (2004) qui a identifié différentes trajectoires possibles à la suite d'un deuil ou d'un événement traumatisant.



**Figure 1** Trajectoires possibles dans le bouleversement du fonctionnement normal à la suite de la perte d'un proche ou d'un événement potentiellement traumatisant (Bonanno, 2004)

domaines du deuil et du traumatisme n'ont pas fait la distinction entre résilience et guérison, il s'en est suivi des controverses à propos de la pertinence des interventions — interventions qui, dans certains cas, ont été inefficaces et même dommageables. Nous allons tour à tour considérer la littérature relative au deuil et celle qui se rapporte au traumatisme.

**Le « travail sur le deuil »**

À la suite de Freud, certains théoriciens ont mis l'accent sur la nécessité d'aborder (*working through*) les pensées, souvenirs et émotions négatives relatives à la perte d'un proche. Or cette façon de faire manque de base empirique. Les études récentes (Bonanno, Papa et O'Neil, 2001) ont plutôt démontré que l'approche du travail sur le deuil ne pouvait être utile qu'à un certain sous-groupe d'individus souffrant d'un niveau élevé de détresse et de chagrin. Les conclusions de méta-analyses (p. ex. Kato et Mann, 1999) indiquent que les thérapies du deuil sont plutôt inefficaces.

Neimeyer (2000) a même relevé que, dans un pourcentage élevé de 38 %, des individus qui ont suivi des traitements pour le deuil se sont retrouvés dans un état pire que celui du groupe contrôle. Par contre, ceux qui éprouvent un deuil sévère chronique ont connu des bénéfices évidents. Il importe donc de distinguer les trajectoires et de bien identifier les symptômes, car les dites interventions ne sont pas efficaces pour tous et peuvent être nuisibles pour ceux qui connaissent un « deuil normal ».

### **Les interventions portant sur le TSTP<sup>1</sup>**

Depuis la publication du DSM-III, en 1980, les critères du TSTP sont clairs et des interventions efficaces ont été mises au point pour ceux qui répondent à ces critères. Parmi plusieurs, l'approche cognitive-comportementale est bien reconnue (Resick, 2001) de même que sa composante principale, « l'exposition » aux souvenirs de l'événement traumatisant et à des situations anxiogènes. Mais, comme pour le deuil, on ne distingue pas toujours ceux qui ne présentent pas un TSTP de ceux qui en souffrent vraiment. On suppose que tous devraient s'engager dans les mêmes processus de coping et que tous ont besoin d'aide. Dans pareil cas, on offre souvent une intervention brève en groupe, le *critical incident debriefing* (comme on l'a fait à New York après les attaques terroristes du onze septembre 2001), avec le risque de « pathologiser » les réactions normales et de nuire à la résilience naturelle. En effet, dans ces circonstances, le *debriefing* s'avère peu efficace. Comme le suggèrent Litz, Gray, Bryant et Adler (2002), il convient plutôt d'effectuer un premier tri afin d'offrir de l'aide à ceux qui en ont vraiment besoin. La thèse centrale de Bonanno (2004) stipule que beaucoup de gens exposés à des événements violents ou menaçants font preuve de résilience et qu'ils n'ont pas besoin d'intervention clinique (qui s'avérerait inefficace ou nuisible).

### **LA RÉSILIENCE N'EST PAS RARE**

Considérons ici encore la résilience face au deuil et aux événements potentiellement traumatisants.

#### **La résilience face au deuil**

Traditionnellement, on a considéré que l'absence de détresse prolongée ou de dépression à la suite du décès d'une personne chère constituait une réaction pathologique<sup>2</sup> (quoique rare). Lors d'une enquête (Middleton, Moylan, Raphael, Burnett et Martinek, 1993), 65 % des psychologues qui se considèrent comme experts dans le domaine

- 
1. La *Revue québécoise de psychologie* (vol. 23, n° 3) a publié en 2002 un impressionnant dossier sur l'Expérience post-traumatique (sous la direction de Pascale Brillon).
  2. Bowlby (1980, p. 138), par exemple, décrit « l'absence prolongée de deuil conscient » comme du déni ou quelque chose de « désordonné ».

acceptent l'idée que l'absence de chagrin provient du déni et que c'est une réaction inadaptée; par ailleurs, 76 % pensent que cette absence de réaction pourra donner lieu à des réactions de deuil plus tard. La littérature récente (Bonanno et Kaltman, 2001) donne un tout autre son de cloche. La résilience face à la perte d'un proche n'est pas rare, n'est pas un indice de pathologie mais plutôt une saine adaptation et elle ne donnera pas nécessairement lieu à une réaction retardée. Il appert que la dépression chronique et la détresse apparaissent dans 10 à 15 % des cas; qu'un bon nombre de gens connaissent un dérangement limité dans leur fonctionnement et qu'environ 50 % connaissent un très bas niveau de dépression ou de détresse. Zisook, Paulus, Shuchter et Judd (1997) ont observé que la moitié de leur échantillon (personnes ayant perdu leur conjoint) ne manifestait pas plus de deux symptômes de la liste établie par le DSM-IV (1994). Quant à la réaction retardée, il n'y a pas de résultats qui en démontrent l'existence (Bonanno, 2004).

L'absence de chagrin sévère à la suite du deuil proviendrait, selon l'explication traditionnelle, d'un attachement superficiel ou d'une personnalité émotionnellement froide (Bowlby, 1980). Cette explication est difficile à vérifier pour la simple raison que les études sur le deuil ont lieu après la mort d'un proche. Il est alors impossible de savoir si la réaction dépend de la qualité de la relation, de facteurs contextuels ou d'une mémoire biaisée. Récemment, Bonanno, Wortman, Lehman, Tweed, Haring, Sonnega, Carr et Nesse (2002) ont fourni des résultats provenant d'une étude longitudinale au cours de laquelle les participants ont été suivis *avant* et *après* le décès d'un proche. Il est apparu que les individus qui ont exprimé peu ou pas de réaction de deuil ne sont pas froids ou sans attachement, mais sont capables d'une résilience authentique face à la perte. Les chercheurs n'ont pas trouvé de preuves de réaction retardée au cours de la période qui a suivi le décès (18 mois). Pour plus de détails sur cette remarquable étude, on pourra lire l'Encadré 1.

### **La résilience face à des événements potentiellement traumatisants**

La grande majorité des gens sont susceptibles d'être exposés à un événement traumatisant au cours de leur vie. Un certain nombre est atteint du TSTP, mais la résilience est commune, comme l'affirment plusieurs chercheurs et comme on peut le voir au Tableau 1. Lors des attaques terroristes du onze septembre à New York, par exemple, 7,5 % des résidents de Manhattan ont manifesté les indices du TSTP et 17,4 % ont atteint le niveau « sous-clinique » du TSTP. Cependant, il y eut un déclin rapide de la réaction intense (voir l'étude de Galea et ses collaborateurs, 2002).

**Encadré 1 Avant et après le deuil : Une étude longitudinale (Bonanno *et al.*, 2002)**

Cette étude probablement unique a porté sur les réactions au deuil du conjoint et sur les prédicteurs de ces réactions avant le décès. Elle faisait partie d'une recherche plus large (N = 1532) sur les « Changements de vie des couples âgés » de la région de Detroit. Parmi les participants, suivis depuis environ trois ans, ceux qui ont perdu leur conjoint (n = 319) ont été recontactés 6 et 18 mois après le décès; 205 personnes (64 %) ont participé aux deux entrevues (180 femmes et 25 hommes). Six mois après le décès du conjoint, les participants étaient âgés, en moyenne, de 72 ans (ÉT = 6,5).

Les chercheurs ont identifié cinq patrons de réactions au deuil :

- deuil commun (10,7 %)
- deuil chronique (15,6 %)
- dépression chronique (7,8 %)
- réduction de la dépression (7,8 %)
- *résilience* (45,9 %).

Ces catégories regroupent pratiquement 90 % des participants (les autres ayant présenté des réactions diverses).

Le fonctionnement antérieur au décès du conjoint révèle que les gens résilients ne sont pas froids ni distants, qu'ils n'ont pas rapporté de difficultés dans leur mariage et qu'ils n'ont pas subi de rejet. Leurs scores aux questionnaires (après le deuil) démontrent qu'ils avaient la capacité de bien s'adapter au deuil : acceptation de la mort, croyance en un monde juste et soutien. La majorité ont rapporté des « serremments de coeur », des cognitions dérangeantes et une certaine dose de ruminations, mais ces réactions ne furent pas de longue durée et ne les ont pas empêchés de vaquer à leurs occupations.

**Tableau 1 Pourcentage d'individus atteints du TSTP ou qui font preuve de résilience dans des situations variées (Bonanno, 2004)**

	TSTP	Résilience
Émeutes de Los Angeles (1992)	6,6 - 9,9	78,2
Vétérans de la guerre du Golfe	12,5	62,5
Survivants hospitalisés après accident de voiture	16,5	79,0
Victimes d'attaques physiques	17,8	---
New York 11 septembre 2001	7,5	40,0
Événement traumatisant, population générale	5 - 10	---

Alors que les gens qui s'adaptent bien au deuil ont été souvent qualifiés de froids et distants, ceux qui réagissent bien à un événement traumatisant — comme les bénévoles qui ont transporté des corps après l'explosion à Oklahoma City — sont admirés pour leur « héroïsme » (p. ex., Tucker, Pfefferbaum *et al.*, 2002). Cette façon de voir renforce l'idée que ceux qui sont capables de résilience sont exceptionnels, alors que les recherches démontrent que la résilience est un phénomène commun (Cardena, Holen *et al.*, 1994). Toutefois, si la réaction retardée n'a pas été observée après la perte d'un proche, le TSTP retardé est un phénomène authentique et observé empiriquement. Il surviendrait chez 5 à 10 % des individus exposés à un événement traumatisant (Buckley, Blanchard et Hickling, 1996).

### LES VOIES MULTIPLES VERS LA RÉSILIENCE

Les méta-analyses ont révélé des prédicteurs clairs et constants du TSTP : absence de soutien social, QI bas, niveau de scolarité peu élevé, contexte familial déficient, troubles psychiatriques antérieurs et certains aspects de la réaction au traumatisme comme la dissociation (Ozer, Best, Lipsey et Weiss, 2003). Il semble bien que ces mêmes facteurs *inversés*<sup>1</sup> faciliteraient le fonctionnement résilient. Néanmoins, des études ont identifié des caractéristiques, des stratégies et des voies multiples favorisant la résilience.

- La *robustesse* qui permet à l'individu de percevoir un événement traumatisant comme moins menaçant (Kobasa, Maddi et Kahn, 1982).
- Un *biais personnel positif* ou une certaine dose d'illusion à propos de soi facilite le coping. Des Américains endeuillés et des Bosniaques de Sarajevo qui ont fait preuve de cette attitude envers eux-mêmes se sont mieux adaptés lors de la guerre civile des Balkans (Bonanno, Field, Kovacevic et Kaltman, 2002).
- Une certaine *distanciation* ou « répression » (*repressive coping*) est généralement considérée comme non adaptative. Ce mécanisme centré sur l'émotion s'est pourtant avéré efficace dans des cas d'extrême adversité. Par exemple, Bonanno, Noll, Putnam, O'Neil et Trickett (2003) ont obtenu des résultats intrigants : dans un échantillon de jeunes femmes victimes d'abus sexuels au cours de l'enfance, celles qui se caractérisaient par une certaine distanciation (*repressors*) étaient moins portées à parler de leur vécu passé (lorsque cette possibilité leur était offerte) et faisaient preuve d'une meilleure adaptation.
- L'expérience d'*émotions positives* s'avère très efficace pour réduire le niveau de détresse à la suite d'événements difficiles et pour garder

---

1. Soit présence de soutien social, QI élevé, niveau élevé de scolarité, contexte familial aidant et absence de troubles mentaux.

contact avec la source de soutien social (Fredrickson, Tugade, Waugh et Larkin, 2003).

## RECHERCHES FUTURES

Les résultats d'études récentes démontrent clairement que les adultes qui n'éprouvent pas de détresse à la suite d'une perte ou d'un événement traumatisant ne sont pas exceptionnellement pourvus ni mentalement malades; ils sont plutôt résilients. Pour continuer d'avancer dans le domaine, il faudrait donc :

- évaluer les bénéfices et les coûts des diverses stratégies adoptées face au stress,
- comprendre comment se développe ou se transforme le fonctionnement résilient tout au long de la vie,
- se demander si les adultes peuvent apprendre à être résilients,
- vérifier quels facteurs de protection conviennent à tel type d'événements menaçants.

Bref, il est impératif d'explorer les voies grâce auxquelles les gens peuvent s'adapter aux événements potentiellement traumatisants et même se développer grâce à eux. En effet, Csikszentmihalyi (2004, chap. 10) rapporte de nombreux cas où des personnes handicapées, emprisonnées ou victimes d'accidents laissant de graves séquelles ont réussi à traverser ces épreuves, à redonner un sens à leur vie et à connaître *l'expérience optimale (flow)*.

## Références

- Bonanno, G. A. (2004). Loss, trauma and human resilience. *American Psychologist*, 59, 20-28.
- Bonanno, G. A., Field, N. P., Kovacevic, A. et Kaltman, S. (2002). Self-enhancement as a buffer against extreme adversity : Civil war in Bosnia and traumatic loss in the United States. *Journal of Personality and Social Psychology*, 28, 184-196.
- Bonanno, G. A. et Kaltman, S. (2001). The varieties of grief experience. *Clinical Psychology Review*, 21, 705-734.
- Bonanno, G. A., Noll, J. G., Putnam, F. W., O'Neil, M. et Trickett, P. (2003). Predicting the willingness to disclose childhood sexual abuse from measures of repressive coping and dissociative experiences. *Child Maltreatment*, 8, 1-17.
- Bonanno, G. A., Papa, A. et O'Neil, K. (2001). Loss and human resilience. *Applied and Preventive Psychology*, 10, 193-206.
- Bonanno, G. A., Wortman, C. B., Lehman, D. R., Tweed, R. G., Haring, M., Sonnega, J., Carr, D. et Nesse, R. (2002). Resilience to loss and chronic grief : A prospective study from pre-loss to 18 months post-lost. *Journal of Personality and Social Psychology*, 83, 1150-1164.
- Bowlby, J. (1980). *Loss : Sadness and depression. Vol. 3 : Attachment and loss*. New York : Basic Books.
- Buckley, T. C., Blanchard, E. B. et Hickling, E. J. (1996). A prospective examination of delayed onset PTSD secondary to motor vehicle accidents. *Journal of Abnormal Psychology*, 103, 617-625.
- Cardena, E., Holen, A., McFarlane, A., Solomon, Z., Wilkinson, C. et Spiegel, D. (1994). A multisite study of acute stress reactions to a disaster. In T. A. Widiger, A. J. Frances,

## Chronique

---

- H. A. Pincus, R. Ross, M. B. First, W. Davis et M. Kline (Éds), *DSM-IV sourcebooks* (p. 377-391). Washington, DC : American Psychiatric Association.
- Csikszentmihalyi, M. (2004). *Vivre : psychologie du bonheur*. Paris : Robert Laffont.
- Fredrickson, B. L., Tugade, M. M., Waugh, C. E. et Larkin, G. R. (2003). What good are positive emotions in crisis? A prospective study of resilience and emotion following the terrorist attacks on the United States on September 11<sup>th</sup> 2001. *Journal of Personality and Social Psychology*, 84, 365-376.
- Galea, S., Ahern, J., Resnick, H., Kilpatrick, D., Bucuvalas, M., Gold, J. et Vlahov, D. (2002). Psychological sequelae of the september 11<sup>th</sup> terrorist attacks in New York City. *New England Journal of Medicine*, 346, 982-987.
- Kato, P. M. et Mann, T. (1999). A synthesis of psychological intervention for the bereaved. *Clinical Psychological Review*, 19, 275-296.
- Kobasa, S. C., Maddi, S. R. et Kahn, S. (1982). Hardness and health : A prospective study. *Journal of Personality and Social Psychology*, 42, 168-177.
- Litz, B. T., Gray, M. J., Bryant, R. A. et Adler, A. B. (2002). Early intervention for trauma : Current status and future directions. *Clinical Psychology : Science and Practice*, 9, 112-134.
- Luthar, S. S., Cicchetti, D. et Becker, B. (2000). The construct of resilience : A critical evaluation and guidelines for future work. *Child Development*, 71, 543-562.
- Masten, A. S. (2001). Ordinary magic : Resilience processes in development. *American Psychologist*, 56, 227-238.
- Middleton, W., Moylan, A., Raphael, B., Burnett, P. et Martinek, N. (1993). An international perspective on bereavement related concepts. *Australian and New Zealand Journal of Psychiatry*, 27, 457-463.
- Neimeyer, R. A. (2000). Searching for the meaning of meaning : Grief therapy and the process of reconstruction. *Death Studies*, 24, 541-558.
- Ozer, E. J., Best, S. R., Lipsey, T. L. et Weiss, D. S. (2003). Predictors of posttraumatic stress disorder and symptoms in adults : A meta-analysis. *Psychological Bulletin*, 129, 52-71.
- Resick, P. A. (2001). *Stress and trauma*. Philadelphia : Taylor and Francis.
- Rutter, M. (1999). Resilience concepts and findings : Implications for family therapy. *Journal of Family Therapy*, 21, 119-144.
- Tucker, P., Pfefferbaum, B., Daughy, D. B., Jones, D. E., Jordan, F. B. et Nixon, S. J. (2002). Body handlers after terrorism in Oklahoma city : Predictors of posttraumatic stress and other symptoms. *American Journal of Orthopsychiatry*, 72, 469-475.
- Werner, E. E. (1995). Resilience in development. *Current Directions in Psychological Science*, 4, 81-85.
- Zisook, S., Paulus, M., Shuchter, S. R. et Judd, L. L. (1997). The many faces of depression following spousal bereavement. *Journal of Affective Disorders*, 45, 85-94.

## Léandre Bouffard

Université du Québec à Trois-Rivières