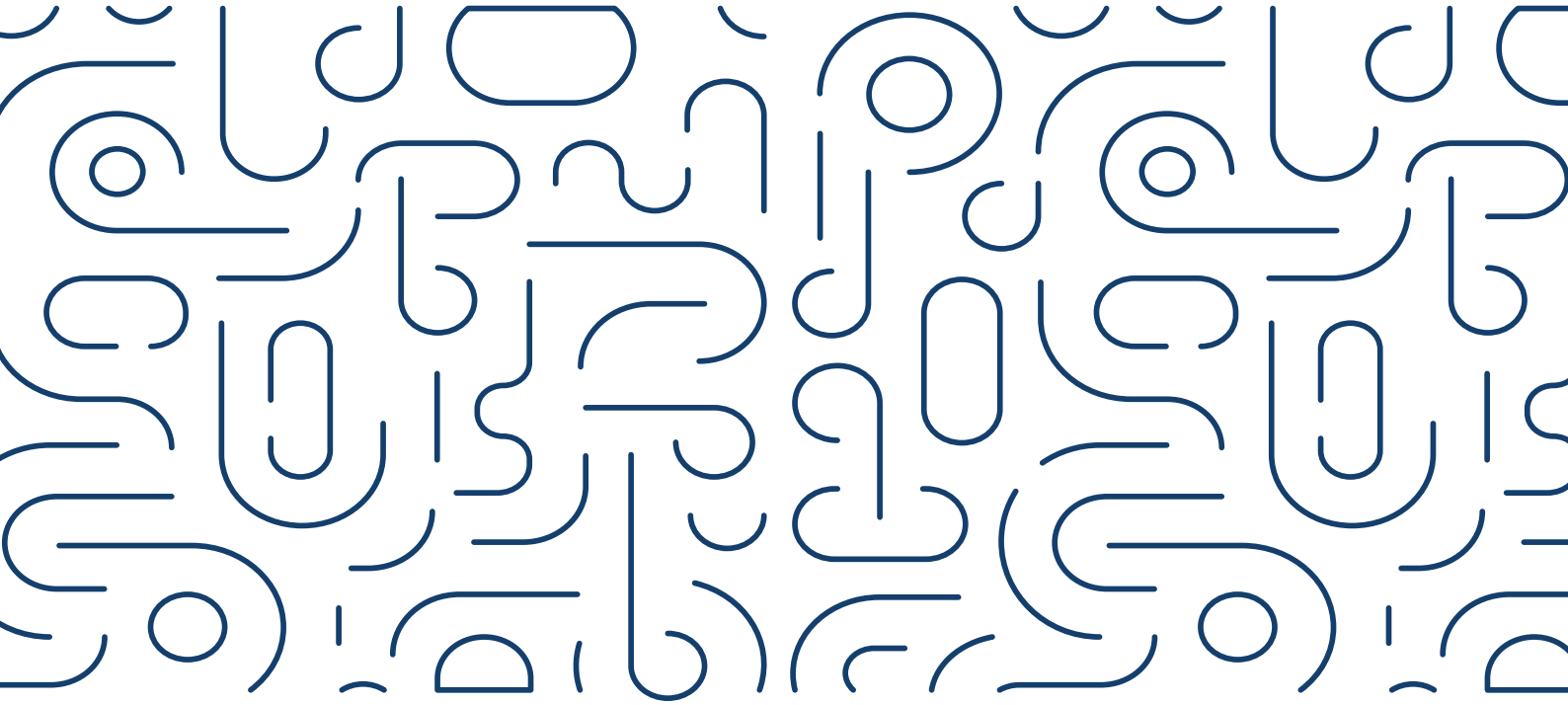
Mémoire de Master

DE L'EMPRISE A LA QUETE D'EQUILIBRE

Etude de cas clinique d'une femme victime de violence conjugale



Septembre , 2026

Cofinancé par l'Union européenne

Mémoire de Master

DE L'EMPRISE A LA QUETE D'EQUILIBRE

Etude de cas clinique d'une femme victime de violence conjugale

Centre de la Femme Arabe
pour la Formation et la Recherche
CAWTAR

7 Impasse N° 1 Rue 8840 Centre Urbain Nord
BP 105 Cité El Khadra 1003 - TUNIS
Tél : (+216 71) 790 511 - Fax : (+216 71) 780 002
www.cawtar.org

cawtar@cawtar.org - info@cawtar.org

www.facebook.com/CenterofArabWomenforTrainingandResearch

www.youtube.com/@cawtarvid2796

x.com/cawtar_ong

Cette recherche a été réalisée avec le soutien du Centre de la Femme Arabe pour la Formation et la Recherche (CAWTAR), dans le cadre du projet Sila

.

Année universitaire 2025-2026

EQUIPE DE TRAVAIL

Nom et Prénom :	**Anissa Marco**
Nom et Prénom de l'encadrante académique :	**Fatma Snoussi**
Nom de l'accompagnatrice dans le cadre du projet Sila :	**Lilia Othmen Challougui**

Pour l'obtention du diplôme de master professionnel en psychologie clinique de l'enfant et de l'adolescent
La recherche a été menée avec le soutien du CAWTAR dans le cadre du Projet Sila

TABLE DES MATIERES

Introductionetélémentsde contexte **1**

Problématique **2**

Chapitre 1. Revue de la littérature **6**

1. Les différents types de violence **6**

Les violences verbales 6

Les violences psychologiques (ou morales) 6

Lesviolences physiques 6

Lesviolences sexuelles 6

Lesviolences économiques 7

LesViolences conjugales 7

2. Le Cycle de la Violence Conjugale: Le Modèle deWalker (1979) **8**

3. Évolutionet Dynamique du Cycle de violence **9**

4. L'apport de la théorie de l'attachement **10**

5. Le traumatisme psychique:Définition et évolution du concept **11**

Définition du traumatisme psychique 11

Évolution historique du concept 11

6. Conceptde résilience **12**

Définition et Évolution du concept de résilience 12

Facteurs derésilience 13

Les étapes du processus de résilience 14

Résilience et reconstruction narrative **15**

7. Le Clinical Ethnographic Narrative Interview (CENI) **15**

Conclusion **16**

Chapitre 2. Méthodologie **17**

1. Méthode **17**

2. Lieux des entretiens **17**

3. Information et consentement de la patiente **18**

4. Anonymat et confidentialité **18**

5. Outils de recherche **18**

Conclusion **21**

Chapitre 3. Etude de cas **22**

Introduction **22**

1. Présentation du cas **22**

Aspect général 22

Motif de la rencontre 22

2. Données anamnestiques 23
Génogramme de la famille de MmeL.S 23
Dynamique familiale 23
2.7. Evénements marquants et prise de conscience 24
3. Les antécédents familiaux et personnels 25
4. Parcours de violences conjugale 26
5. Éléments sémiologiques 27
5.5. Mécanismes d'adaptation 28
6. Dynamique des entretiens 29
7. L'entretien clinique 29
8. Thématiques dégagées lors des entretiens 31
9. Fonctionnement psychique 31
La projection 31
La rationalisation 32
Le déplacement 32
La formation réactionnelle 32
L'identification **32**
10. Formulation des Hypothèses 32
Hypothèses diagnostiques 32
Hypothèse étiologique 33
Hypothèse du fonctionnement psychique **34**
11. Evaluation psychologique 34
12. Analysedes évaluations 36
12. 1.Analyse des ressources et de la résilience à travers le CENI 38
13. Discussion diagnostique 39
14. Discussion psychopathologique 40
Confrontation des approches: Attachement, Systémique et Ethnographique 41
L'approche systémique: de la transmission à la loyauté 42
L'approcheethnographique(CENI):de l'intrapsychique au culturel **43**
15. Projet Thérapeutique 44
Conclusion 46
Liste Bibliographique 48
Liste des acronymes
Annexes

RÉSUMÉ

Cette étude de cas explore le vécu traumatique d'une femme exposée à des violences dans son enfance, dans sa relation conjugale, puis dans son rôle de mère. Elle vise à comprendre le processus de résilience engagé à la suite d'un parcours psyhotraumatique. La participante a bénéficié d'une prise en charge et d'un suivi clinique au sein de service hospitalier. Elle a ensuite été orientée vers une association spécialisée dans l'accompagnement des femmes victimes de violences et notamment dans les procédures judiciaires. Le recueil des données repose sur plusieurs entretiens semi directifs, complétés par un bilan psychologique intégrants des outils projectifs, afin d'explorer la dynamique psychique et les modalités d'élaboration du vécu traumatique.

L'analyse met en évidence l'impact désorganisant de l'ensemble des violences subies sur le fonctionnement psychique, se traduisant par un état de stress post-traumatique (ESPT). Elle souligne également l'articulation entre les violences actuelles et les expériences traumatiques précoces, révélant l'inscription du traumatisme dans une dynamique de violence transgénérationnelle.

Les résultats montrent qu'un processus de résilience est en cours de construction soutenu par l'accompagnement psychologique et l'inscription dans un cadre institutionnel contenant.

L'accompagnement psychologique fondée sur l'approche clinique narrative et outillé par le Clinical Ethnographic Narrative Interview (CENI) apparait susceptible de favoriser la réappropriation de l'histoire personnelle en transformant les traces corporelles et les fragmentations temporelles du vécu traumatique en ressources pour la reconstruction psychique. Les outils diagnostiques mobilisés dans le cadre de CENI semblent également exercer une fonction thérapeutique en facilitant l'élaboration du traumatisme et l'émergence du processus de résilience.

Cette étude de cas souligne enfin l'importance d'une prise en charge psychothérapeutique adaptée, centrée sur la restauration de l'identité, le renforcement du sentiment de sécurité et le soutien au processus de résilience. Elle met en évidence la complexité du détachement de l'emprise conjugale et la nécessité d'une approche clinique globale, tenant en compte des dimensions psychotraumatiques, relationnelles et transgénérationnelles de l'expérience des femmes victimes de violences.

Mots clés : Vécu traumatique - violences conjugale - Approche clinique narrative - entretien narratif clinique et ethnographique CENI - résilience

Introduction et éléments de contexte

La violence conjugale est une forme de traumatisme relationnel chronique qui affecte profondément l'équilibre psychique des femmes. Elle se caractérise par l'exercice de pouvoir et de contrôle dans le cadre d'une relation intime, incluant des violences physiques, psychologiques, sexuelles et économiques. Les répercussions sur la santé mentale des victimes sont nombreuses et souvent durables. Ces femmes présentent fréquemment des troubles anxieux, dépressifs, des symptômes dissociatifs, ainsi que des manifestations liées au stress post-traumatique, témoignant de la gravité des atteintes à leurs intégrité psychique (Campbell, 2002).

Sur le plan clinique, la violence conjugale se manifeste par une détresse émotionnelle intense, un état d'hypervigilance, des troubles du sommeil, une altération de l'image de soi, ainsi qu'une profonde insécurité affective. Le vécu traumatique s'accompagne généralement d'un sentiment d'impuissance, d'un isolement social progressif et d'une perte de contrôles sur sa propre vie psychique et corporelle (Campbell, 2002 ; Herman, 1992).

Dans un contexte socioculturel Pierre Bourdieu rappelle que la violence faite aux femmes s'inscritdanslesmécanismessymboliquesintériorisésquicontribuentàlégitimeretreproduire des rapports de domination. Cette compréhension invite à ne pas limiter la lutte contre la violence aux seules réponses institutionnelles, mais à considérer également les dynamiques psychologiques et culturelles qui renforcent la vulnérabilité des femmes (krais, 1999).

L'un des objectifs centraux de cette démarche est d'accompagner les femmes dans le renforcement de leur résilience psychique. Ce concept, entendu comme la capacité à faire face à une expérience traumatique et à retrouver un fonctionnement psychologique stable, dépendant de facteurs multiples tels que la disposition personnelle, la qualité de soutien perçu, les expériences antérieures et le contexte social et culturel. Il devient alors essentiel d'adopter une approche qui ne se limite pas à la dénonciation de la violence, mais qui intègre également un accompagnement visant à restaurer et renforcer les ressources internes des femmes.

Ainsi, optimiser la résilience chez ces femmes qui ont subies une violence, nécessite une approche thérapeutique centré sur leurs besoins spécifiques, leurs capacités adaptatives et la revalorisation de leur identité.

Cette recherche s'attache à explorer les manifestations psychiques liées à la violence conjugale et à analyser les conditions thérapeutiques favorables à la réactivation des processus de résilience chez les femmes concernées. Notre thème de recherche concerne la psychothérapie des femmes victimes de violence conjugale, les manifestations clinique et optimisation de la résilience. Par ailleurs notre choix s'est porté sur ce thème en partant d'un double constat, à la fois sociétale et scientifique. D'un point de vue sociétal, nous constatons que la violence conjugale apparait comme un enjeu fondamental de santé publique, touchant près d'une femme sur trois dans le monde (OMS,2021). Selon l'enquête nationale sur la violence à l'encontre des femmes (ENVEFT, 2010) 47.6%des femmes tunisiennes âgées de 18 à 64 ans déclarent avoir subies au moins une forme de violence au cours de leur vie (Observatoire National pour la lutte contre la violence & AECID, 2010).

En vue d'établir un lien entre violence subite et détresse psychologique, notamment le trouble de stress post-traumatique, dont la prise en charge reste encore limitée et insuffisamment adaptée au contexte tunisien, le présent travail propose d'analyser les particularités de cette détresse psychologique dans le contexte tunisien afin de contribuer à l'élaboration de stratégies de prise en charge plus adaptées. Or, sur le terrain, c'est une situation d'exception humaine que nous rencontrons quotidiennement dans notre lieu de stage ou des silences des violences portées par tant de femmes. Face à cette détresse, les bonnes intentions ne suffisent pas. L'exigence de soins de qualité relève d'une éthique clinique qui doit s'appuyer sur des données probantes plutôt que sur des pratiques improvisées.

Ce projet représente un engagement profond, bien au-delà d'un simple exercice intellectuel. En articulant la matière issue de la pratique clinique avec les exigences de la rigueur scientifique, nous cherchons à répondre à une question centrale : comment transformer l'accompagnement pour qu'il ne se limite pas à soulager la souffrance, mais qu'il ouvre également la possibilité d'un renouveau ?

Notre investigation s'installe dans une réalité clinique observée sur le terrain tunisien, si la violence détruit, c'est souvent dans le retour à l'expérience au gré des interactions avec les systèmes supposés secourir, que se joue la possibilité même de renaitre. Nous proposons d'explorer scientifiquement cette zone d'ombre déterminante, le rôle de l'institution et de la qualité de ces interactions dans l'émergence du processus de résilience chez les femmes victimes de violence.

Selon Salmona (2016), une prise en charge spécialisée et une protection efficace constituent desleviersessentielspourbriserlecycledeviolenceetpermettreauxvictimesderetrouverleur autonomie. Fondée sur ce principe, notre recherche aborde la situation d'une femme tunisienne victime de violence conjugale en s'appuyant sur un double constat. D'une part, le vécu traumatique des femmes articule, dans une dynamique psychique complexe, une souffrance aigue et un potentiel de résilience. D'autre part l'institution ne se limite pas à une fonction d'accueil, elle représente un espace interactionnel déterminant ou ce rejoue, souvent inconsciemment, la dialectique entre la destruction subie et la reconstruction possible.

Ce mémoire s'organise en trois chapitres, étroitement articulés entre eux, afin de proposer une analyse approfondie de l'objet d'étude. Le premier chapitre est consacré à la revue de la littérature, ou seront explorés les théories et recherches antérieures en lien avec le thème de notre étude. Le deuxième chapitre présentera le cadre méthodologique et clinique de l'étude, détaillant les approches et outils utilisés pour collecter et analyser les données.

Enfin le troisième chapitre propose une étude de cas approfondie, permettant de mettre en lumière les résultats de l'étude de cas à travers une analyse concrète et contextualisée.

Problématique

La problématique des violences conjugales constitue un phénomène universel, bien que sa manifestation, sa perception et son traitement soient profondément ancrés dans le contexte socioculturel et juridique de chaque pays. Une analyse comparative entre la France et laTunisie révèle ainsi des réalités à la fois convergentes et distinctes. En France, le cadre législatif, comme

La loi du 28 décembre 2019 visant à mieux protéger les victimes et la médiatisation importante du sujet ont favorisé une prise de conscience collective. En Tunisie, la mise en place de la loi organique n° 2017-58 du 11 août 2017, relative à l'élimination de la violence à l'égard des femmes, a marqué une étape historique, brisant un long silence législatif dans un contexte maghrébinoùlesnormessocialestraditionnellespeuventencoreentraverlaparoledesvictimes (Association Tunisienne des Femmes Démocrates [ATFD], 2022).

Les profils des victimes présentent des similitudes dans leur vulnérabilité, mais s'inscrivent dans des réalités sociodémographiques différentes. Généralement, ce sont majoritairement des femmes, quel que soit le pays, elles subissent au sein de leur foyer des violences multifactorielles. Leur estime de soi subit une altération profonde, résultant d'un processus de dévalorisation continue qui entrave toute reconstruction identitaire (Centre de la femme Arabe pour la formation et la recherche [CAWTAR], 2020).

Souvent isolées, elles doivent affronter les mécanismes de l'emprise, qui transcendent les frontières. Cependant, les études montrent des prévalences variables. En France, l'Enquête Virage de l'INED en 2015-2013 estime que « 62 000 femmes ont été victimes de violences physiques et/ou sexuelles de la part de leur conjoint ou ex-conjoint sur une année » (Hamel et al 2016) » Cette enquête combine plusieurs échantillons dont un échantillon représentatif de 27000 personnes en population générale (Debauche et al. 2017). En Tunisie, le Centre de Recherches, d'Études, de Documentation et d'Information sur la Femme (CREDIF, 2016), indiquait que «près de 50% des femmes tunisiennes déclarent avoir subi une forme de violence au moins une fois dans leur vie», un chiffre qui souligne l'ampleur structurelle du phénomène.

Les conséquences psychologiques tels que l'anxiété, la dépression, l'état de stress post-traumatique sont communes aux victimes des deux rives de la Méditerranée. Tous ces éléments ont un impact dévastateur sur la santé psychologique et l'intégrité physique de la victime (Hirigoyen, 1998).

La violence au sein du couple ne se réduit pas à l'agression physique, elle prend des formes multiples, souvent interconnectées et normalisées dans certains contextes socioculturels. La violence physique, la violence psychologique, la violence verbale, la violence sexuelle, la violence économique, ces formes de violence, lorsqu'elles coexistent de manière chronique, entraînent une usure psychique profonde et une désintégration progressive du Moi.

Sur le plan subjectif, cela se traduit par une perte d'identité, une confusion émotionnelle, un sentiment de honte ou de culpabilité internalisé. Sur le plan relationnel, la victime peut développer une méfiance généralisée, des troubles d'attachement, voire une incapacité à établir des liens sécures, même après la fin de la relation violente. Enfin, sur le plan social, la stigmatisation, la peur du jugement ou la précarisation économique contribuent à renforcer l'exclusion et la

marginalisation des femmes victimes. Néanmoins, les stratégies d'ajustement et de recours sont largement conditionnées par l'environnement institutionnel et le soutien disponible.

Toutefois, les stratégies dysfonctionnelles, bien que présentes partout, peuvent varier en nature et en visibilité. Les recherches en contexte tunisien évoquent d'avantage des somatisations de

la détresse (troubles digestifs, cardiaques) et un recours accru aux médecins généralistes sans évoquer la violence sous-jacente. Cette mise en perspective souligne ainsi le besoin fondamental de contextualiser toute analyse des violences conjugales pour en saisir toute la complexité. Au regard de mon expérience pratique, lorsque des mères victimes de violences conjugales, consultent pour leurs enfants en souffrance et révèlent leur situation de crise, elles sont orientées vers deux dispositifs spécialisés complémentaires : la psychiatrie adulte (suivi médical si nécessaire) ou les associations spécialisées (Pour un accompagnement pluridisciplinaire adapté).

Notre préoccupation répond à un besoin urgent, celui d'un accompagnement pour les mères victimes, confrontées à une double vulnérabilité (conjugale et parentale), elle propose pour cela l'adaptation d'un protocole thérapeutique (la thérapie par exposition aux narratifs) aux réalités cliniques tunisiennes. Face au traumatisme cumulatif des violences conjugales en Tunisie, cette recherche analyse comment la complexité des manifestations cliniques émerge dans les narratifs de mères victimes.

Quelles sont les manifestations psychotraumatiques spécifiques chez les femmes, mères et victimes de violences conjugales, et comment favoriser leur processus de résilience ? Plus précisément, dans quelle mesure l'exposition au récit narratif peut-elle contribuer à l'émergence ou au renforcement de cette résilience ?

Cette recherche permettra d'observer et d'évaluer les quatre dimensions clés du cadre d'analyse

:Les violences conjugales, les manifestations psycho-traumatiques, leprocessus thérapeutique et la dynamique de résilience.

En effet, l'étude de cas approfondie, centrée sur le parcours individuel, permet d'appréhender cette problématique complexe sans nécessiter un échantillon large. La mise en œuvre d'entretiens cliniques ciblés et l'analyse qualitative des discours constituent des méthodes adaptées et réalistes pour investiguer la dynamique de résilience.

Notre recherche, bien que sensible aux répercussions des violences sur l'enfant, se concentre prioritairement sur l'analyse du vécu psychique de la mère. Nous posons donc cette question fondamentale :

Une évaluation cognitive, émotionnelle, affective et sociale permet-elle de révéler les manifestations traumatiques complexes d'une mère victime de violences ?

Cette recherche mobilise les théories du traumatisme complexe (Herman,1992), et de l'attachement (Bowlby, 1969) pour analyser l'impact des violences conjugales sur la santé mentale des mères. Elle explore les perturbations relationnelles liées à l'emprise, ainsi que les mécanismes de transmission transgénérationnelle et de résilience. Pour ce faire, l'analyse portera sur cette capacité de reconstruction qui étudie la prise en charge thérapeutique comme levier de résilience,

par la déconstruction narrative (White et Epston, 1990) pour une réappropriation du récit. Pour appréhender cette complexité, notre analyse s'articulera autour des questionnements centraux méritant un examen approfondi :

À travers l'étude de cas comment la complexité de ses manifestations traumatiques émerge-t-

elle lors d'une évaluation cognitive, émotionnelle, affective et sociale ?

Comment une prise en charge centrée sur la thérapie narrative agit- elle sur ses manifestations et sa résilience ?

Hypothèse

Notre recherche s'articule autour d'une hypothèse que nous nous proposons de mettre à l'épreuve. Nous postulons que, si les violences conjugales subies par les femmes engendrent des psychotraumatismes, une prise en charge fondée sur la thérapie narrative (CENI), peut favoriser une réappropriation de l'histoire personnelle et transformer ces marques corporelles et ces fragmentations temporelles en leviers de résilience.

Cadre théorique et Revue de la littérature

Nous nous proposons de poser les bases théoriques nécessaires à la compréhension des dynamiques des violences conjugales et du rôle central de la résilience chez les victimes.

Ilconstituelesocledenotreréflexionetpermetdesituernotreétudedanslecadredestravaux existants sur ces deux thématiques. A travers ce chapitre, nous cherchons à comprendre les différents mécanismes qui sous-tendent les violences conjugales, en prenant en compte leurs multiples dimensions, qu'elles soient physiques, psychologiques, émotionnelles ou économiques, ainsi que l'impact profond qu'elles ont sur les victimes.

Simultanément, nous nous intéresserons au concept de résilience, qui offre une clé de lecture pour comprendre comment certaines personnes, malgré les traumatismes qu'elles ont vécus, parviennent à se reconstruire et à reprendre le contrôle de leur trajectoire de vie. Il s'agit de montrer que la résilience n'est pas simplement un retour à un état antérieur, mais un processus complexe d'adaptation, d'apprentissage et de transformation personnelle face à l'adversité.

Cette étape fournit ainsi les clés de lecture nécessaire à l'analyse approfondie qui suivra, en identifiant les principales théories, modèles et concepts qui guideront notre recherche. Il met en lumière les facteurs internes et externes susceptibles de nourrir ce processus de résilience, et établit des liens entre les violences conjugales et la capacité des victimes à reconstruire leur vie.

Enfin, il nous permet de situer notre étude dans le contexte plus large de la littérature existante, tout en mettant en évidence les lacunes et les interrogations auxquelles notre recherche entend répondre.

CHAPITRE 1
Revue de la littérature

1. Les différents types de violence

Les violences verbales

Les violences verbales constituent souvent le premier signe d'une dynamique abusive, se manifestant par des paroles répétées et blessantes. Elles peuvent prendre la forme de cris, d'insultes, d'humiliations, qu'elles soient publiques ou privées, ainsi que de moqueries et de jugements dévalorisants. Comme l'indique Hirigoyen (1998), ces violences verbales visent à diminuer systématiquement l'intégrité psychologique de l'autre, créant un environnement marqué par la peur et une insécurité permanente.

Les violences psychologiques (ou morales)

Cette forme de violence, plus vaste, va bien au-delà des simples attaques verbales. Elle repose sur une destruction graduelle et calculée de la stabilité mentale de la victime. Par différents moyens, l'agresseur recourt au chantage affectif, aux menaces directes ou sous-entendues, à l'isolement social, en éloignant la victime de son entourage, ainsi qu'à un contrôle minutieux de ses actions et de ses décisions. Souvent, il y a aussi un déni de la réalité, ce qui crée un climat de doute constant chez la victime. L'objectif de ces comportements est de perturber l'esprit de la personne, la plongeant dans une confusion profonde, tout en renforçant sa dépendance, tant psychologique qu'émotionnelle, envers l'agresseur.

Les violences physiques

Les violences physiques sont la forme la plus évidente et la plus visible de maltraitance. Elles consistent des actes directs de violence corporelle, tels que des gifles, des coups, des strangulations, des brûlures, voire des meurtres. Cette violence porte atteinte de manière immédiate à l'intégrité physique de la victime, et les blessures subies sont souvent des témoins de l'intensité de la souffrance infligée.

L'organisation Mondiale de la Santé (OMS, 2013) reconnaît ces violences comme un facteur de risque majeur pour la santé, en raison des traumatismes physiques, mais aussi des conséquences psychologiques à long terme. La gravité des blessures peut parfois être un indicateur du degré de contrôle exercé par l'agresseur, qui cherche à maintenir sa victime dans une position de subordination absolue, en utilisant la force pour affirmer sa domination.

Cependant, les violences physiques ne se limitent pas aux actes de brutalité ponctuels, elles font souvent partie d'un cycle où l'agresseur utilise la violence pour terroriser et renforcer sa prise de pouvoir sur l'autre. Chaque coup porte bien au-delà de la chair, affectant la dignité et la psyché de la personne.

Les violences sexuelles

Les violences sexuelles représentent une des formes les plus dégradantes d'abus, car elles violent l'autonomie corporelle de manière totale et inacceptable. Elles incluent toute forme d'acte sexuel imposé sans consentement, par la force ou la contrainte, qu'il s'agisse de viols, de tentative de viol ou d'agressions sexuelles. Cette catégorie englobe également le viol conjugal, qui se produit dans le cadre d'une relation intime et où le consentement de la victime est systématiquement ignoré.

L'OMS (2013) met en évidence l'impact traumatique profond de ces violences, car elles affectent non seulement le corps, mais aussi la perception de soi et des relations humaines. La victime se retrouve souvent dans une position de vulnérabilité totale, où sa dignité et son intégrité sont méprisées. En plus des conséquences physiques immédiates, les violences sexuelles ont des répercussions psychologiques durables, elles engendrent des sentiments de honte, de culpabilité et de dévalorisation qui peuvent persister pendant des années. Elles placent la victime dans un état de soumission psychologique, où elle se sent réduite à un objet sans contrôle sur son propre corps, amplifiant ainsi la dynamique de pouvoir et de contrôle.

Les violences économiques

Les violences économiques sont insidieuses et parfois moins visibles que les violences physiques ou sexuelles mais elles exercent une pression profonde sur la victime. Elles visent à priver la personne de son indépendance financière, renforçant ainsi sa dépendance à l'agresseur. Cela peut se manifester par un contrôle strict des ressources financières, l'interdiction de travailler, ou encore la confiscation des revenus.

Postmus et al (2012) démontrent que ces violences économiques sont des actions limitant l'autonomie économique de la victime, la maintenant dans une position de vulnérabilité. L'agresseur utilise souvent l'argent comme un moyen de contrôle, enforçant la victime à dépendre financièrement de lui pour subvenir à ses besoins essentiels.

Cette forme de violence peut entraîner une détérioration de l'autonomie personnelle, car la victime se retrouve dans l'incapacité de prendre des décisions indépendantes, notamment en matière de logement, de santé ou de choix de vie.

Les violences économiques, bien qu'elles ne laissent pas de traces visibles comme les coups ou les blessures, génèrent un appauvrissement psychologique profond et maintiennent la victime dans un cycle de soumission, où elle se sent piégée et sans issue.

Les Violences conjugales

Mélan(2017) distingue deux grandes approches explicatives des violences conjugales. L'approche psychodynamique les envisage comme le symptôme d'une faille personnelle (masochisme de la victime ou perversion narcissique de l'agresseur), tan disque l'approche systémique privilège les difficultés d'adaptation telles que les troubles de communication ou l'incapacité à résoudre les conflits.

Mélan (2017) critique toutefois ces lectures centrées sur la dynamique du couple qui néglige le cycle de violence persistant après la séparation. Harcèlement et menaces se poursuivent, notamment à travers le lien parental, entravant durablement la sécurité et l'émancipation des victimes.

D'un point de vue définitionnel, l'Organisation Mondiale de la Santé (OMS,2013) propose un cadre de référence internationale en définissant les violences conjugales comme « tout comportement, au sein d'une relation intime, qui cause ou peut causer un préjudice ou des souffrances physiques,

psychologiques ou sexuelles aux personnes qui en sont victimes »[1] (OMS,2013,p.14).

Au-delà des actes isolés, la compréhension contemporaine des violences conjugales repose sur la notion clé d'emprise. Popularisée par Hirigoyen (2022), l'emprise désigne une empreinte psychique laissé par l'agresseur, qui altère le jugement de la victime et entraine une perte d'autonomie. Salmona (2021) a depuis enrichit cette analyse en éclairant ses mécanismes neurobiologiques.

Pour appréhender ce phénomène des violences conjugales, il est indispensable de distinguer ses manifestations rarement isolées et souvent imbriquées dans une logique systémique. Le cumul et la répétition de ces violences visent à instaurer un contrôle total sur la victime créant une dépendance psychologique ou elle perd progressivement son autonomie (Hirigoyen, 2022).

2. Le Cycle de la Violence Conjugale : Le Modèle de Walker (1979)

Les violences conjugales ne se manifestent pas généralement comme une série d'incidents isolés, mais plutôt comme un processus récurrent et de plus en plus intensifié. Pour expliquer cette dynamique, la psychologue Lenore E. Walker, à travers ses recherches cliniques, a développé le modèle théorique du « cycle de la violence » (Kédia,2020). Ce modèle ne cherche pas à analyser les causes profondes de la violence, mais plutôt à décrire son évolution et les mécanismes qui permettent sa perpétuation au sein du couple. Selon Walker (1979), la violence conjugale est un phénomène cyclique qui se nourrit de ses propres dynamiques et se renforce à chaque itération, ce qui souligne la difficulté pour les victimes de sortir de ce cycle.

Le modèle se divise en quatre phases distinctes mais interconnectées, qui créent une spirale où l'escalade de la violence devient presque inévitable. Ce processus devient ainsi un piège pour la victime, qui se retrouve enfermée dans une relation marquée par l'alternance de périodes de tension croissante et de répit, rendant le départ de la relation d'autant plus complexe. Chaque phase nourrit la suivante, rendant difficile toute rupture nette du cycle.

1. 1Organisation Mondiale de la Santé (OMS). (2013). Violence against women: Intimate partner and sexual violence against women. Geneva : World Health Organisation.

Phase I : La Montée des Tensions	Phase2 : L'Épisode Aigudela Violence
Au début, cette phase se caractérise par une montée progressive des tensions dans la relation. L'agresseur exprime son mécontentement de manière subtile mais de plus en plus évidente, il devient plus critique, son humeur est imprévisible, il exerce un contrôle excessif ou adopte un Mutisme lourd de sous-entendus menaçants (Walker, 1979). La victime, consciente de cette atmosphère de danger imminent entre dans un état de stress constant et d'hypervigilance. Dans une tentative de désamorcer le conflit, elle essaie souvent d'anticiper les besoins et les attentes de son partenaire, modifiant même son propre comportement. Cependant, cette adaptation constante s'accompagne d'une angoisse grandissante et d'une perte de confiance en soi, rendant La situation de plus en plus insupportable.	Lorsque la tension atteint son maximum, elle explose souvent par un épisode de violence intense. Cette phase peut prendre des formes variées : violences physiques (coups,bousculades), psychologiques (critiques violentes, menaces), sexuelles ou économiques (Walker,1979). Pour la victime, ce moment est une véritable rupture. Elle est confrontée à une douleur physique et émotionnelle immédiate, à un sentiment d'impuissance totale et à une peur paralysante. Ce moment de violence est souvent suivi par un profond sentiment de honte et d'humiliation et la victime peut se retrouver isolée, incapable de se confier à quiconque.

Phase 3 : La Réconciliation ou « Lune de Miel»	Phase 4 : Le Calme Trompeur
Après l'explosion de violence, l'agresseur entre fréquemment dans une phase de remise en question apparente. Il présente des excuses, minimisant souvent l'événement ou rejetant la responsabilité sur la victime par exemple en disant : « J'étais stressé » ou « Tu m'as poussé à bout » (Walker, 1979). À ce moment, il peut également adopter un comportement attentionné, voire charmant avec des gestes affectueux ou des promesses de changement, parfois même des cadeaux. Cette période, bien que temporaire, suscite chez la victime un espoir ténu, celui que l'incident violent était une exception, que l'agresseur peut changer, et que la relation peut retrouver une certaine forme d'harmonie. Cela l'empêche souvent de rompre le cycle de la violence et de quitter son partenaire.	Après l'épisode de violence, un apaisement temporaire semble s'installer. Les tensions s'estompent et la relation paraît retrouver une certaine normalité. L'agresseur peut adopter un comportement plus calme et attentionné, ce qui donne l'illusion que la situation s'améliore. Cependant, ce calme est trompeur comme le souligne Walker (1979), il ne dure généralement pas et n'est qu'une pause dans le cycle. La relation redevient momentanément stable, mais cette tranquillité masque en réalité l'inévitabilité d'une nouvelle montée des tensions. La victime, bien que soulagée, est souvent amenée à espérer que l'agresseur ai réellement changé, ce qui complique la rupture du cycle. Le retour de la violence est alors souvent encore plus difficile à Anticiper et à éviter.

3. Évolution et Dynamique du Cycle de violence

Le caractère cyclique est une composante essentielle du modèle de Walker. Au fil des répétitions, les phases de tension et de violence deviennent de plus en plus rapprochées intenses, et prolongées. Parallèlement, les moments de réconciliation et de calme se raccourcissent, voire disparaissent complètement. Cette accélération du cycle renforce l'emprise de l'agresseur et plonge la victime dans un sentiment de piège. Avec le temps, elle développe souvent ce que l'on appelle un état d'impuissance apprise se percevant comme incapable de mettre fin à la violence ou de changer (Walker,1979).

4. L'apport de la théorie de l'attachement

Pour comprendre l'emprise dans la violence conjugale, il faut aller au-delà des comportements visibles et des actes violents, et s'intéresser aux dynamiques profondes qui influencent la relation. La théorie de l'attachement, développée par Bowlby (1969), nous offre un éclairage fondamental sur ce phénomène. Selon cette théorie, le besoin de créer des liens affectifs est inscrit au cœur de notre biologie, tout comme les besoins de se nourrir ou de se protéger. La qualité des premières relations, notamment celles avec les figures parentales, façonne ce que Bowlby appelle les « modèles internes opérants ». Ces modèles sont des schémas mentaux inconscients qui influencent nos attentes, émotions et comportements dans toutes nos relations futures, y compris celles de couple à l'âge adulte.

Cette approche permet de mieux comprendre certains paradoxes qui semblent incompréhensibles, notamment pourquoi les victimes de violences conjugales restent parfois dans des relations destructrices. Le fait de demeurer dans une telle relation n'est plus simplement perçu comme une faiblesse ou un manque de discernement, mais plutôt comme l'activation d'un modèle d'attachement insécure, souvent de type « désorganisé-désorienté » Comme le souligne Greenberg et al. (1990). Ce modèle se développe lorsque, dans l'enfance, la figure parentale qui devrait offrir sécurité et réconfort devient, elle-même, une source de peur. L'enfant se trouve alors pris dans un conflit, partagé entre le besoin de proximité et la peur que suscite cette même proximité. Une position que Main & Hesse(1990) rejoignent en montrant que l'attachement insécure désorganisé découle d'un conflit entre la recherche de proximité sécurisante et la peur de l'attachant.

À l'âge adulte, ce même paradoxe se réactive tragiquement dans la relation avec le partenaire violent. Ce dernier devient à la fois la personne vers laquelle la victime se tourne instinctivement pour chercher du réconfort et la source principale du danger. La victime se retrouve ainsi enfermée dans un piège relationnel, elle ressent un besoin constant de rapprochement pour calmer son anxiété mais en même temps, ce rapprochement provoque une terreur liée à la violence potentielle. Ce mécanisme est renforcé par ce que Bowlby (1973) appelle la « recherche de familiarité », qui pousse le psychisme à privilégier ce qu'il connaît, même si cela est destructeur, plutôt que l'inconnu, perçu comme plus menaçant. Ce besoin de prévisibilité peut alors rendre le cycle de la violence encore plus difficile à briser.

L'hypervigilance constante de la victime accompagnée d'une attention exacerbée aux moindres signaux du partenaire, trouve sa racine dans ce modèle d'attachement précoce. Comme le

montrent les recherches récentes sur les traumatismes, cet état d'alerte permanent n'est pas un choix, mais une stratégie de survie qui devient automatique. Malheureusement, cette vigilance constante épuise la victime, l'isole, et verrouille davantage l'emprise.

Ainsi, la théorie de l'attachement nous invite à ne pas juger la victime de manière moraliste ou simplement situationnelle, mais à adopter une perspective développementale et psychodynamique. Elle nous montre que le lien à l'agresseur réactive souvent des besoins et des conflits émotionnels profonds et anciens. Cette compréhension est indispensable pour penser un accompagnement qui ne se limite pas à sécuriser l'environnement immédiat, mais qui cherche aussi à offrir une expérience relationnelle corrective, suffisamment sûre pour permettre à la victime de réévaluer ses modèles internes et de sortir durablement du cycle de violence.

5. Le traumatisme psychique : Définition et évolution du concept

Définition du traumatisme psychique

Le traumatisme psychique au sens du DSM-5, désigne une exposition à un évènement ou une série d'évènements impliquant la mort réelle ou menacée, une blessure grave ou une violence sexuelle,vécudirectement,observéouapprisconcernantunproche,etsusceptibledeprovoquer chezlapersonneuneréactiondepeurintense,d'horreuroud'impuissance,pouvantdéclencher des troubles psychiques spécifiques décrits dans la catégorie des troubles liés à des traumatismes ou à des facteurs de stress. (American Psychiatric Association, 2013).

Ce traumatisme correspond à une « effraction » du psychisme qui, selon Crocq (2011), provoquée par un facteur de stress extrême, induit une désorganisation durable des processus de pensée et de régulation émotionnelle. Cette perturbation altère profondément la capacité de l'individu à gérer ses émotions et à préserver une pensée cohérente. Ainsi la personne peut rencontrer des difficultés à structurer ses idées, à moduler ces affects, à maintenir un contact stable avec la réalité, dans un état persistant de confusion ou d'anxiété.

Évolution historique du concept

Charcot, dès 1872, relie le traumatisme psychique à un choc provocant une dissociation hystérique avec paralysie fonctionnelles et ce dans le cadre d'une évolution historique de la compréhension du trauma (Charcot, 2013).

Quelques années plus tard, Pierre Janet (1889) propose une théorie clé. Il soutient que le traumatisme résulte d'une accumulation d'émotions trop puissantes, qui submergent la conscienceetempêchentl'intégrationdel'événementdanslamémoirenarrative.C'estdansce cadre qu'il introduit le concept de dissociation traumatique, le souvenir non intégré reste prisonnier de l'inconscient, sous forme de pensées fixes, agissant comme un élément étranger à la psyché. Dès lors, le traitement consiste à rétablir et à intégrer ce souvenir dissocié dans la conscience.

La conception psychanalytique du traumatisme évolue significativement sous l'influence de Sigmund Freud. Initialement, Freud et Breuer (1956) expliquent l'hystérie par le refoulement d'un

souvenir traumatique sexuel concret, issu de la méthode cathartique appliquée à des cas comme Anna O., où les symptômes disparaissent par l'abréaction verbale sous hypnose.

Freud révise ensuite sa théorie en privilégiant la réalité psychique et le conflit intrapsychique plutôt que la réalité factuelle, avant de conceptualiser le traumatisme comme une violation des défenses du moi, dépassant sa capacité à lier et traiter l'excitation massive.

Au milieu du XXe siècle, les théories behavioristes et cognitivistes ont révolutionné la compréhension du traumatisme en l'interprétant à travers le prisme de l'apprentissage. Selon

Cette vision, le traumatisme résulte d'un conditionnement de la peur (Watson &Rayner,1920), un stimulus initialement neutre, tel qu'un bruit, qui est associé à un événement traumatique, devient par la suite une source de terreur en soi. Le modèle biphasique proposé par Mowrer (1960) approfondit cette idée en précisant que l'évitement des rappels du traumatisme empêche l'extinction de la peur, et donc, prolonge le trouble.

Depuis les années 1990, les neurosciences ont apporté un éclairage biologique aux modèles précédemment proposés. Selon Van der Kolk (2024), le traumatisme perturbe profondément l'équilibre du cerveau : l'amygdale, la région responsable de la gestion de la peur, devient excessivement active, tandis que le cortex préfrontal, chargé de la régulation des émotions, réduit son activité. Cela aide à expliquer la perte de contrôle émotionnel qui accompagne souvent les traumatismes. En outre, l'inactivation de l'aire de Broca, liée au langage, explique pourquoi il est difficile pour les victimes de traumatisme de trouver les mots pour exprimer ce qu'elles ont vécu. Ainsi, contrairement aux approches purement psychologiques, les neurosciences montrent que le corps garde en mémoire les séquelles du traumatisme.

Le psychotrauma est aujourd'hui conceptualisé comme une interaction complexe entre biologie, psychologie et société. Canini et al. (2014) synthétisent cette progression en détaillant ses bases neurobiologiques, sa clinique diversifiée et les stratégies thérapeutiques globales. C'est dans cet espace, entre la blessure et les possibilités de réparation que s'inscrit le concept de résilience. Boris Cyrulnik (2001) la définit comme l'art de naviguer dans les courants de l'adversité. Ainsi, il est important de se pencher sur la manière dont, face à l'effraction psychique, peuvent émerger des capacités d'adaptation et de transformation, permettant de reprendre un développement normal, malgré les circonstances traumatiques.

6. Concept de résilience

Définition et Évolution du concept de résilience

Le concept de résilience a connu une évolution progressive, traversant plusieurs disciplines avant de s'ancrer durablement dans les sciences humaines. À l'origine, le terme « résilience », issu des mots latins resilire (rebondir) et rescindere (rompre, annuler), apparaît en physique au XIXe siècle. Il désigne alors la capacité d'un matériau à absorber un choc, à se déformer sans se briser et à retrouver sa forme initiale, articulant ainsi résistance et élasticité (Southwick et al., 2014 ; Anaut, 2015).

D'après les travaux se Masten (2014) et Southwick et al. (2014) ce qui caractérise fondamentalement la résilience, c'est la faculté pour un système en évolution de traverser des crises sans voir compromises sa stabilité et sa croissance. Les travaux psychologiques sur la résilience, notamment ceux Garmezy (1984), Rutter (2006), se sont centrés sur des enfants exposés à des situations d'adversité chronique, précarité socio-économique, carences affectives, maladie mentale parentale et violences.

Ces recherches ont permis d'identifier des processus adaptatifs et des facteurs de protection favorisant une trajectoire développementale positive malgré l'exposition au risque.

Par la suite, le concept a été élargi à l'étude des individus confrontés à des traumatismes aigus, Tels que les catastrophes naturelles, les conflits armés, les attentats ou les accidents. La résilience est alors envisagée comme un processus dynamique de réorganisation psychique et sociale permettant de surmonter l'épreuve et de restaurer un équilibre. Elle ne renvoie pas à une absence de souffrance, mais à une capacité d'adaptation et de reconstruction face à l'adversité (Anaut, 2018).

C'est dans les années 1990 que la résilience s'impose plus largement dans l'espace francophone, notamment sous l'impulsion de Boris Cyrulnik, qui contribue à populariser le concept en l'inscrivant dans une perspective clinique et narrative. Il met en lumière les processus psychiques et relationnels permettant à un sujet blessé par un traumatisme de se reconstruire, ouvrant ainsi la voie à une compréhension plus subjective et symbolique de la résilience.

Aujourd'hui, bien que le terme soit fréquemment employé pour caractériser l'expérience des individus confrontés à l'adversité, il n'existe pas de définition unique et consensuelle. Selon Cyrulnik (2009), la résilience est un processus complexe qui permet aux blessés de la vie de déjouer le pronostic du malheur. Il souligne cependant que le processus de résilience continu tout au long de la vie où la blessure, même si elle est maîtrisée et transformée, ne guérit jamais complètement.

Sur le plan intrapsychique, cela inclut l'estime de soi, le bien-être subjectif et l'absence de symptômes dépressifs. Sur le plan comportemental, il s'agit de l'absence de conduites violentes ou à risque. Les critères relationnels se réfèrent à la capacité à maintenir des liens stables et soutenants avec son entourage, tandis que les critères cognitifs sont souvent utilisés chez les enfants, en analysant par exemple la corrélation entre maltraitance et performances scolaires. Ainsi, la résilience ne se réduit pas à une simple résistance ou à une forme d'invulnérabilité, mais elle désigne un processus dynamique d'adaptation positive et de reconstruction dans des conditions adverses.

Si la résilience peut aujourd'hui être perçue comme un processus complexe de reprise développementale après un traumatisme, il est important de souligner que cette capacité à rebondir ne relève ni du hasard ni d'une simple prédestination individuelle. En effet, la résilience ne doit pas être comprise comme un trait de personnalité inné mais plutôt comme le produit d'une interaction dynamique entre l'individu et son environnement (Cyrulnik,2001).Il devient alors indispensable d'identifier les facteurs internes et externes qui nourrissent ce processus, en se demandant quels sont les tuteurs de résilience, ces soutiens relationnels et institutionnels qui permettent à une personne victime de violence de transformersontraumatismeenforce.C'estàl'examendecesfacteursprotecteurs,qu'ilssoient individuels, relationnels ou institutionnels, que nous consacrerons la prochaine section, pour mieux comprendre comment se construit concrètement la résilience.

Facteurs de résilience

Selon Cyrulnick (1999), les facteurs de résiliences reposent sur une combinaison de sources internes et externes qui favorisent la reprise d'un développement après un traumatisme.

D'un point de vue interne, la résilience s'appuie sur certaine force vitale soit la capacité à ne pas laisser anéantir par la souffrance, à continuer à chercher un sens et à envisager encore un avenir malgré l'adversité. Elle est aussi étroitement liée à la qualité de l'attachement précoce, lorsque la personne a connu des liens sécurisants et des soins attentionnés dans l'enfance. Un autre facteur clé est la capacité de remanier le passé, ordonner le souvenir, le rendre racontable et supportable, afin de l'intégrer à son histoire plutôt de le répéter d'une manière traumatique.

Du coté externe, les facteurs de résilience renvoient surtout au soutien relationnel, la présence d'un ou plusieurs tuteurs (personnes de confiance, figures de lien, professionnels, éducateurs) qui offrent un regard bien veillant, une écoute et permettent restaurer l'équilibre émotionnel. Le soutien familial, amical, social ou institutionnel joue également un rôle décisif, car il évite l'isolement et renforce la sensation de ne pas être seule face à la souffrance.

Enfin Cyrulnik (1999) met en avant le rôle de la culture, de la religion, des rituels et des activités symboliques (récit, écriture, parole, art), elles offrent un cadre de sens, permettant de donner une forme à l'expérience et de transformer la souffrance en œuvre, ce qui ouvre la voie à un nouveau développement. A travers les facteurs internes et externes, la résilience n'est pas une simple capacité individuelle mais un processus relationnel et symbolique ou le lien, la parole et le sens sont au cœur de la possibilité de rebondir après un traumatisme (Cyrulnik 1999).

Les étapes du processus de résilience

La notion de résilience s'organise chez Cyrulnik (2001) autour d'un processus en plusieurs phases, où l'accent est mis sur la rencontre d'un traumatisme déchirant et la mise en place de protection relationnelles et narratives.

D'abordonpeutidentifierunepremièrephasedetraumatismeetderupturedudéveloppement, marquée par une adversité grave (abandon, violence, catastrophe, etc.) qui inscrit durablement la blessure dans la mémoire et perturbe la continuité du développement normal. A partir de cette rupture, débute la phase de rencontres et de niches protectrices, ou la personne se met en lien avec un

ou plusieurs « tuteurs », figure de soin ou de symbolisation qui permettent de reconstituer un sentiment de sécurité. Cyrulnik (2001) décrit alors trois niches clés: La niche relationnelle (soin et attachement), la niche sociale (inclusion et reconnaissance) et la niche narrative (récit, parole, mise en forme de l'expérience).

Enfin, une troisième phase de restructuration et de reconstruction du sens voit la personne donner un récit à sa souffrance, intégrer la blessure à son histoire et ouvrir un nouveau chemin de vie, sans pour autant effacer le traumatisme.

Chez Anaut(2015), la réflexion prolonge et affine cette démarche, en proposant une articulation plus structurée entre adversité, protection et accompagnement clinique. On retrouve d'abord une phase d'adversité significative. Puis vient une phase de repérage des protections internes et externes, ou l'on analyse les ressources internes (compétences, attachement, capacités narratives, espoir) et ressources externes (soutien familial, réseau social, institutions éducatives ou professionnelles). Ensuite une phase de mobilisation des facteurs de résilience et de capitalisation. Dans une quatrième phase d'accompagnement clinique et de restauration du vécu, l'intervenant aide la personne à ordonner le souvenir, à intégrer la souffrance au récit et à redéfinir une identité compatible avec une continuité psychique pour un nouveau développement.

Le fonctionnement résilient s'édifie sur un jeu complexe entre les processus défensifs d'ordre intrapsychique et les facteurs de protection, qu'ils soient internes ou externes. Ce parcours de transformation permet de surmonter l'adversité ou de maintenir l'intégrité psychique après un choc, en intégrant l'expérience traumatique dans une approche globale du sujet. Ce cheminement ne doit pas être compris comme une progression linéaire, mais comme une interaction continue entre les ressources, les processus défensifs et les fragilités de l'individu.

Résilience et reconstruction narrative

Dans le cadre de la thérapie narrative, la résilience est conceptualisée comme un processus de « ré-auteurisation » (re-authoring), où l'individu transforme activement le sens de son identité à travers le récit (White & Epston, 1990).

Initialement, la blessure ou le traumatisme est perçu comme une force qui impose un « récit saturé par le problème », provoquant une véritable rupture narrative. Cette expérience fragmente la mémoire et le sentiment de continuité de soi, enfermant la personne dans une histoire où le problème domine toute son existence. Pour amorcer la reconstruction, le passage s'opère par l'externalisation (White & Epston, 1990). Cette technique consiste à traiter le traumatisme ou la souffrance comme une entité distincte de la personne. En séparant l'identité du problème, on crée l'espace nécessaire pour que le narrateur puisse observer les mécanismes de la blessure sans s'y identifier totalement, ce qui permet de commencer à rassembler un récit plus cohérent et porteur de sens.

À partir de cet espace libéré, le récit se tourne vers la découverte de résultats uniques (unique out comes) ou fait scintillants (sparkling facts) (White & Epston, 1990). Il s'agit de repérer des moments, souvent négligés, où la personne a agi selon ses propres valeurs ou a résisté à l'influence du traumatisme. Ces exceptions servent de fondations pour construire une histoire alternative qui honore les compétences de survie de l'individu.

Finalement, la résilience se cristallise par la restauration de l'agentivité (pouvoir d'agir). En reliant ces moments de force à un futur choisi, la narration permet à la personne de redevenir l'auteur principal de sa vie, transformant un récit de victimisation en une identité riche et multidimensionnelle, validée par des témoins extérieurs (outsider witnesses) qui donnent du poids social à cette nouvelle version de soi (White & Epston, 1990).

7. Le Clinical Ethnographic Narrative Interview (CENI)

La transition de la thérapie narrative vers des outils plus structurés permet de concrétiser la capacité de l'individu à transformer son expérience vécue en un récit intégrable. C'est précisément dans ce processus de narration que l'approche clinique narrative, et plus spécifiquement le Clinical Ethnographic Narrative Interview (CENI), trouve sa pertinence. Développé par Denise Saint Arnault (2017), le CENI est une méthode d'entretien qualitative conçue pour aider les personnes ayant vécu des traumatismes à articuler le sens de leur vie et à favoriser leur établissement. Cette approche opérationnalise les concepts de Michael White (1990), tels que l'externalisation et la reformulation de son histoire, à travers un cadre structuré appelé le voyage psychologique.

L'évolution vers le CENI enrichit la narration par la clinique ethnographique. Le concept central est que la détresse et la guérison sont des expériences culturelles façonnées par des savoirs tacites ou implicites, c'est-à-dire des vérités vécues qui ne sont pas encore formulées par des mots. L'objectif théorique n'est plus seulement de changer d'histoire, mais de mettre au jour le « Soi culturel » pour comprendre comment le contexte et les valeurs dictent la perception de la souffrance d'après Saint Arnault (2017). Le CENI structure cette reconstruction narrative en quatre dimensions clés :

Le niveau externe (Carte du réseau social), cette première étape permet de situer l'individu dans son contexte social actuel, en explorant ses relations et les ressources disponibles.

Le niveau interne (Cartographie corporelle/Body Mapping), La participante est invitée à placer physiquement sa détresse sur une représentation du corps, permettant ainsi d'accéder à des mémoires sensorielles souvent implicites ou non-verbales.

Le niveau chronologique (Ligne de vie / Lifeline), qui aide à organiser les événements, les stresses et les réponses de survie à travers le temps, restaurant ainsi une continuité dans un récit souvent fragmenté par la blessure.

Le niveau expérientiel (Tri de cartes/Card Sort), permettant la participante de mettre des mots sur ses sentiments actuels et de créer une carte précise de son expérience vécue.

Le processus aboutit à une intégration, le narrateur rassemble toutes les pièces de son histoire pour en interpréter les causes, les conséquences et surtout pour dessiner un futur choisi. En transformant des schémas inconscients en une conscience organisée, le CENI permet une réécriture de soi profonde, rendant à la personne sa maîtrise de soi et son pouvoir d'agir.

Le CENI incarne ainsi l'essence même de la résilience facilitée par la relation thérapeutique. Il fournit un cadre sécurisant, un espace de soutien où la personne peut passer du statut de victime subissant son histoire à celui d'auteur-acteur, recomposant peu à peu, outil après outil, le récit de son propre parcours. En ce sens, cette méthodologie ne se contente pas de recueillir et d'évaluer

des données, elle participe activement à l'œuvre de reconstruction qu'elle cherche à comprendre, contribuant de manière significative à la résilience du sujet.

Conclusion

Cette première partie a permis de poser les bases théoriques nécessaires à la compréhension du sujet étudié. Après avoir défini les principaux concepts en lien avec les violences conjugales et la résilience, ainsi que les mécanismes qui expliquent ces phénomènes complexes, il est désormais essentiel de se tourner vers les aspects pratiques de notre recherche.

CHAPITRE 2
Méthodologie

La conduite de cette étude de cas, consacrée à l'exploration du vécu psychotraumatique d'une maman victime de violences conjugales, suivie dans un contexte hospitalier, s'appuie sur un cadre méthodologique clinique et éthique rigoureux. L'approche qualitative a été privilégié pour expliciter les choix cliniques, tout en garantissant le respect des principes éthiques fondamentaux, indispensable auprès d'une personne en situation de détresse psychologique

Le choix d'une telle méthodologie ne relève pas simple option technique mais d'une nécessité épistémologique dictée par la nature même de notre objet d'étude. Comme le souligne Paillé et Mucchielli (2016), l'approche qualitative permet d'accéder à la subjectivité et au sens que le sujet donne à son expérience, là où les méthodes quantitatives tendent à réduire la complexité des phénomènes humains à des variables isolées.

Cette approche s'avère particulièrement adéquate dans le champ des sciences humaines pour explorer l'interaction entre l'individu et les structures de pouvoir, telles que le patriarcat.

Elle permet de saisir comment les rapports de domination s'inscrivent au cœur de l'expérience subjective et des parcours de vie (Dortier, 2008).

Le choix de cette étude de cas spécifique reposera sur la pertinence d'une double vulnérabilité rencontré en service de pédiatrie celle d'une mère accompagnante dont le vécu de violences conjugales est souvent occulté par l'urgence des soins de l'enfant. Ce terrain offrira une opportunité unique d'analyser l'interaction entre le traumatisme et la fonction de donneuse de soin. L'intérêt de ce cas résidera également dans la richesse potentielle du matériel.

1. Méthode

L'approche retenue s'inscrit ainsi dans une démarche intégrative articulant des entretiens cliniques semi-directifs, favorisant l'expression narrative, des outils projectifs, des méthodes visuelles et ethnocliniques ainsi que des échelles psychométriques standardisées permettant d'évaluerlessymptômespsychotraumatiques.Encomplémentaritédeceprotocole,lematériel recueilli fera l'objet d'un traitement systématique combinant un encodage des verbes et une analyse thématique catégorielle (Bardin, 2013).

La collecte des données a débuté en octobre 2025 et se poursuit dans le cadre du suivi clinique continu de la patiente. Dans ce contexte, l'analyse des productions graphiques de celle-ci sera réalisée en utilisant un cadre théorique proposé par plusieurs auteurs, permettant d'articuler plusieurs niveaux de lecture clinique. Cette approche inclura une analyse formelle portant sur l'utilisation de l'espace, la pression du trait et les proportions, une analyse symbolique visant à interpréter les métaphores visuelles et leur portée culturelle, une analyse narrative prenant en compte le récit associé à la production graphique et enfin une analyse contextuelle qui évalue l'influence du cadre culturel sur l'expression de la patiente.

2. Lieux des entretiens

Les entretiens cliniques ont été conduits au sein du service des consultations externes du service de pédiatrie de l'hôpital Mongi Slim LaMarsa. Ils se sont déroulés dans un bureau dédié, aménagé de manière à favoriser un cadre stable et contenant, propice à l'expression de récits à forte charge émotionnelle. Les rencontres ont eu lieu en entretien individuel, dans une configuration en face-à-face, autour d'une table, chaque personne étant assise sur une chaise.

Une attention particulière a été portée aux conditions matérielles et environnementales de passation, afin de garantir un climat de confidentialité, de calme et de sécurité psychique. Ce cadre spatial a été pensé comme un élément à part entière du dispositif clinique, visant à soutenir la libre expression de la participante tout en limitant les facteurs externes susceptibles d'interférer avec le processus d'entretien.

3. Information et consentement de la patiente

Dans le cadre de cette étude de cas, un dispositif structuré d'information et de recueil du consentement a été mis en place, conformément aux principes éthiques encadrant la recherche clinique impliquant des personnes en situation de vulnérabilité. Avant toute participation, la patiente a reçu une information complète concernant les objectifs de l'étude, son déroulement et les méthodes mobilisées, transmise à la fois oralement lors d'un échange explicatif et par le biais d'un document écrit détaillé (voir annexe 2).

Il lui a été clairement indiqué que sa participation reposait sur une démarche strictement volontaire et qu'elle conservait la possibilité de se retirer de l'étude à tout moment, sans conséquence sur la qualité ou la continuité de sa prise en charge médicale et psychologique.

Le formulaire de consentement éclairé signé après un temps de réflexion suffisant, précisait les modalités de protection de l'anonymat ainsi que les garanties de confidentialité des données recueillies. Ce protocole visait à assurer que l'engagement de la patiente s'inscrive dans une décision libre, éclairée et réversible, respectueuse de sa dignité et de son intégrité psychique.

4. Anonymat et confidentialité

Dans le cadre de cette étude de cas, une attention particulière a été accordée à la préservation de l'identité et de la vie privée de la patiente, en raison du caractère sensible des données recueillies et de la vulnérabilité associée à son histoire traumatique. La protection de l'anonymat a constitué un principe central du dispositif méthodologique, visant à prévenir tout risque d'identification directe ou indirecte susceptible de porter atteinte à son intégrité personnelle ou à son bien-être.

À cette fin, un pseudonyme a été utilisé de manière systématique afin de remplacer son prénom ainsi que ceux des membres de sa famille et de son entourage. Les informations contextuelles pouvant permettre une reconnaissance, telles que les lieux de vie, les références institutionnelles, les activités professionnelles ou les repères temporels précis, ont été volontairement modifiées ou omises dans la présentation du cas.

5. Outils de recherche

Pour appréhender de manière complète l'expérience psycho traumatique de la patiente, cette étude mobilise un ensemble d'outils qualitatifs, combinant méthodes narratives, projectives et graphiques. Ces instruments permettent d'explorer non seulement les symptômes et les vécus subjectifs, mais également les dimensions corporelles, émotionnelles et relationnelles du traumatisme. L'approche adoptée repose sur l'idée que la compréhension des processus de résilience et des effets des violences conjugales nécessite de recourir à des techniques variées, complémentairesetcentréessurlapersonne.Lesprincipauxoutilsutilisésdanscetteétudesont présentés dans le tableau ci-dessous, offrant une synthèse des méthodes mobilisées et de leurs objectifs respectifs.

Tableau des outils de recherche utilisés

Outil de recherche	Contexte	Objectif	Modalité
Le CENI: L'entretien narratif Clinique et Ethnographique (développé par Denise M. Saint Arnault)	• Etude du vécu et des affects dans des situations complexes souvent liées a des expériences difficiles ou mémorielles	• Favoriser le travail d'élaboration pour transformer un ressenti brut en souvenir représentable • Comprendre comment le sujet donne sens à son expérience	• Entretiens sous formes de discussions libres et bienveillantes • Guide d'entretien portant sur les expériences de rétablissement après un traumatisme psychique
Le sociogramme	Carte du réseau social explore la dimension externe de la participante pour situer sa détresse dans son environnement social actuel avant de plonger dans les dimensions internes ou chronologiques	Identifier les ressources, repérer les sources des soutiens sociaux. Mettre en lumière les relations conflictuelles Explorer la stigmatisation liée à son vécu dans son entourage	Une construction visuelle et participative (la patiente dessine son « soi » puis déploie ses cercles relationnels : amies, groupes, institutions)
La ligne de vie	S'inscrit dans le cadre de l'anamnèse et de recherche qualitative visant à explorer la singularité d'une histoire de vie	• Comprendre la trajectoire d'une histoire de vie et établir des liens entre les évènements passés (traumatismes, ruptures et la problématique actuelle)	• Recueil chronologique des événements marquants (mariage, séparation, décès, naissances), le processus implique de noter les dates, les âges
La carte corporelle	Etude du vécu des traumatismes et des émotions intimes difficilement verbalisables Médiateur agissant comme vignette qui soutient l'associativité du discours lors de l'entretien	• Accéder aux ressentis corporels et aux significations subjectives que le sujet donne à ses sensations physiques.	Utilisation d'un support visuel (silhouette humaine) sur lequel la participante localise ses zones de tensions et de douleurs

Outil de recherche	Contexte	Objectif	Modalité
Le tri des cartes des émotions	Une transition vers la phase expérientielle. • Exploration du sens, se concentrant sur le sens et le	• Permet de sortir l'émotion de l'espace psychique intérieur afin d'analyser en profondeur un événement spécifique et	La sélection des cartes d'émotions qui correspondent au point bas de la participante et
L'échelle PCL- 5 Posttraumatic Stress Disorder Cheklistfor DSM- 5	Auto-questionnaire de 20 questions basé sur les critères du DSM- 5	Dépister le trouble de Stress post-traumatique (TSPT), évaluer sa sévérité et suivre les symptômes après un événement traumatique Déterminer un diagnostic probable	Une évaluation permettant un dépistage rapide, un suivi de l'évolution des symptômes au cours de la prise en charge
L'échelle HAD/ Hospital Anxiety and Depresssion Scale	Auto-questionnaire de 14 items	Identifier précocement les troubles de l'humeur et mesurer l'impact émotionnel d'un contexte de vie sur le patient.	Une évaluation quantitative qui mesure séparément l'anxiété et la dépression en se focalisant sur les symptômes psychiques
L'échelle PCL- 5 Posttraumatic Stress Disorder Cheklistfor DSM- 5	Auto-questionnaire de 20 questions basé sur les critères du DSM- 5	Dépister le trouble de Stress post-traumatique (TSPT), évaluer sa sévérité et suivre les symptômes après un événement traumatique Déterminer un diagnostic probable	Une évaluation permettant un dépistage rapide, un suivi de l'évolution des symptômes au cours de la prise en charge
L'échelle HAD/ Hospital Anxiety and Depresssion Scale	Auto-questionnaire de 14 items	Identifier précocement les troubles de l'humeur et mesurer l'impact émotionnel d'un contexte de vie sur le patient.	Une évaluation quantitative qui mesure séparément l'anxiété et la dépression en se focalisant sur les symptômes psychiques
L'échelle PCL- 5 Posttraumatic Stress Disorder Cheklistfor DSM- 5	Auto-questionnaire de 20 questions basé sur les critères du DSM-5	Dépister le trouble de Stress post• traumatique (TSPT), évaluer sa sévérité et suivre les symptômes après un événement traumatique Déterminer un diagnostic probable	Une évaluation permettant un dépistage rapide, un suivi de l'évolution des symptômes au cours de la prise en charge
L'échelle HAD/ Hospital Anxiety and Depresssion Scale	Auto-questionnaire de 14 items	Identifier précocement les troubles de l'humeur et mesurer l'impact émotionnel d'un contexte de vie sur le patient.	Une évaluation quantitative qui mesure séparément l'anxiété et la dépression en se focalisant sur les symptômes psychiques

Conclusion

Cette partie permet déposer les bases méthodologiques, cliniques et éthiques de notre étude de cas, centrée sur le vécu psychotraumatique d'une femme victime de violences conjugales. L'articulation entre rigueur scientifique et respect des principes éthiques a guidé chacun des choix opérés, depuis la sélection des outils jusqu'à la posture adoptée par le psychologue-chercheur.

L'approche intégrative, combinant entretiens narratifs, outils projectifs et méthodes visuelles, ainsi que des échelles psychométriques standardisées, offre un cadre capable de saisir la complexité multidimensionnelle du psychotraumatisme. Elle permet d'appréhender non seulement les aspects émotionnels et relationnels de l'expérience traumatique, mais aussi ses dimensions corporelles, sociales et culturelles, tout en respectant la vulnérabilité et la sécurité de la patiente.

CHAPITRE 3
Etude de cas

Introduction

L'analyse institutionnelle réalisée a exposé le cadre dans lequel s'inscrit notre action. Nous opérons maintenant un déplacement essentiel vers le terrain concret de la clinique, en nous attachant à un objet d'étude à la fois significatif et riche d'enseignements : Le parcours d'évaluation et d'accompagnement d'une mère survivante de violences conjugales. Ce passage de la théorie à la pratique concrète est fondamental, il met en tension les mécanismes institutionnels avec les enjeux humains et techniques du suivi psychologique.

Notre objectif est d'enrichir notre compréhension méthodologique des processus d'évaluation face à la violence et à la souffrance psychique. Cette étude de cas se présente ainsi comme un espace privilégié d'analyse et de consolidation de notre pratique clinique.

1. Présentation du cas

Aspect général

Il s'agit de Madame L.S, une femme de 51 ans, dont l'apparence conjugue sobriété et retrait. De taille moyenne et de corpulence modérément robuste, elle porte des tenues uniformes aux couleurs sombres (noir, gris foncé), formant un choix de couleurs volontairement discret.

Son visage pâle, non maquillé, est encadré par un voile et des lunettes de vue, qui semblent moins des accessoires que les éléments d'une armature protectrice. Madame L.S est mère de deux filles, âgées de 13 et 10 ans. Actuellement séparée, elle a décidé d'engager des procédures de divorce contre son conjoint pour cause de violences conjugales, à la fois physiques et verbales.

Motif de la rencontre

Nous avons rencontré Madame L. S. dans le cadre de consultations externes au service de pédiatrie, où elle accompagnait sa fille aînée, H.,13ans, bénéficiant d'un suivi psychologique. L'histoire familiale nous a été exposée par la psychologue du service, référente de la jeune fille. Celle-ci nous a indiqué que H. avait été adressée au service par le Délégué de la Protection de l'Enfance (DPE), suite à une plainte du père pour des attouchements sexuels supposés de la part de son oncle (mari de la tante maternelle), également son professeur de soutien scolaire.

La psychologue a conclu, au terme de son expertise que les accusations étaient dépourvues de tout fondement.

Derrière la crise déclenchée par ces accusations et leur retentissement familial, s'est progressivement dessinée une réalité plus ancienne et plus complexe : celle des violences conjugales subies par Madame L.S, de la séparation conflictuelle et d'un déséquilibre persistant dans les rôles parentaux. La demande institutionnelle initiale, centrée sur la protection de l'enfant, a ainsi laissé émerger la souffrance propre de la mère.

Une prise en charge différenciée et complémentaire a donc été organisée, reflétant la multiplicité des besoins au sein du système familial :

Pour l'adolescente H., le suivi psychologique se poursuit avec la psychologue référente du service. Quant à sa sœur cadette, devant les signes de détresse observés, une orientation vers le service de pédopsychiatrie a été effectuée. Enfin pour Madame L.S., un espace thérapeutique distinct lui a été proposé, répondant à sa demande d'être accompagnée en tant que femme victime de violences conjugales et une orientation vers une association spécialisée a également été initiée.

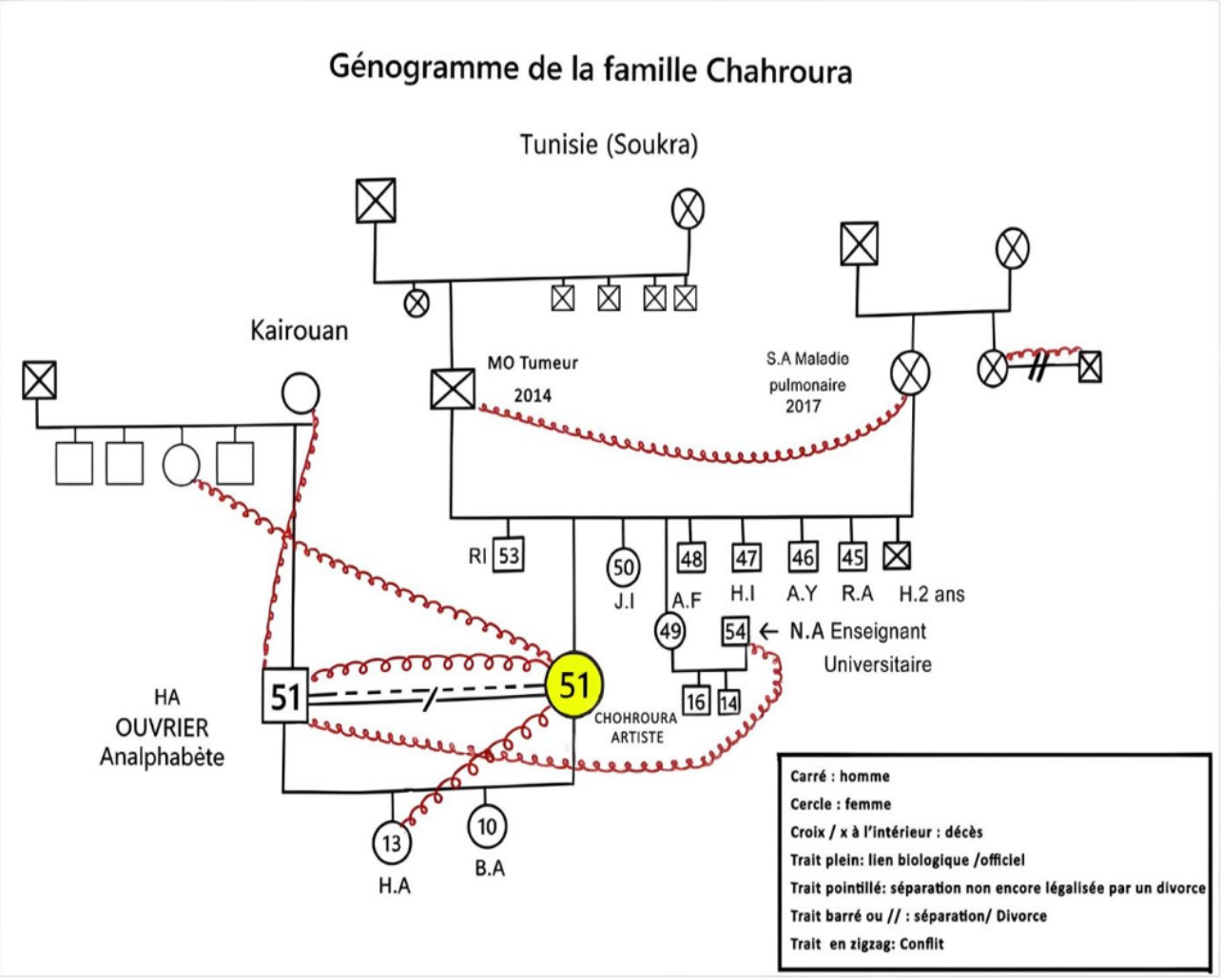
Notre intervention se concentre désormais sur l'accompagnement de Madame L.S, sur la reconnaissance de sa souffrance en tant que personne et sur l'élaboration de sa place dans un système familial marqué par la crise et la méfiance.

2. Données anamnestiques

Génogramme de la famille de Mme L.S

Le génogramme de la famille de Mme L.S (ci-dessous). Il permet de visualiser les relations familiales sur trois générations et d'identifier les dynamiques, alliances et conflits structurant son histoire que nous détailleront par la suite.

Dynamique familiale



Situation Personnelle, famille d'origine et contexte actuel	Née le 25 Juin 1974, originaire de la région soukra (Ariana). Rang fratrie : la 2e sur 8 enfants. Fratrie vivante :« R.I»,53ans, sa sœur « J.I»,50ans, sa sœur « A.F»,49ans, son frère « H.I»,48ans, son frère « A.Y»,47ans, son frère « R.A», 46ans, son frère «H»,45ans. Fratrie décédée : (H,2ansmalnutrition) Parents décédés (Père décédé 2014 (tumeur), mère décédée 2017(maladie pulmonaire) Logement hérité du père, cohabitation avec sa sœur « A.F» Expulsion par le propriétaire suite à impayés de loyer du conjoint. vit avec ses deux filles âgées de13 et 10 ans.
Dynamiques relationnelles	Violence paternelle pendant l'enfance. Banalisation des violences intimes. Mariage 2011 avec «HN » analphabète. Reproduction du cycle violent. Rivalité avec cousin universitaire mari de «AF ». Fausse accusation d'attouchements sexuel par « HN » contre son cousin. Séparation en Septembre 2025. Fille ainée violente envers sa mère. Harcèlement par la sœur de l'ex-conjoint. Transmission intergénérationnelle du modèle. Pression familiale persiste après séparation.
Parcours scolaire et formation	Baccalauréat non obtenu malgré investissement en lettre et arts. Echec académique surmonté par la pratique artistique. Talon précoce pour l'oud et le violon avec formation au conservatoire. Echec scolaire contrastant avec une réussite artistique institutionnelle. Persévérance et estime de soi cultivée hors du cadre scolaire.
Ancrage professionnel	Ouvrière en laboratoire pharmaceutique pour financer le conservatoire. Projet devenir enseignante de musique. Agilité entre travail, formation et famille. Sentiment de compétence et de contrôle. Collaboration avec artiste renommés. Participation à des émissions radio et télévision. La musique comme espace psychique sure. Identité d'artiste source de fierté et de résilience.
Contexte familial et pressionaumariage	Pression familiale croissante vers 37 ans pour se marier. Mère inquiète du célibat et entrave les projets d'émancipations. Passeport confisqué par la mère. Projet de travail en France et en Arabie Saoudite bloqués. Sœur cadette évoque la menace de stérilité après 38 ans. Loyauté familiale et normes sociales pressante. Consentement au mariage avec Mr « H.N» dans ce contexte. «أنا عرست بها كان خاطر باش نرضي أمي»

Vie de couple et violence conjugale	Mariage en 2011, violence dévoilée dés la1ere semaine. Fossé éducatif constaté. Première gifle et confiscation du salaire. Accusation injuste dès les premiers jours. Emprise installée, violence physique, sexuelle et psychologique. Contrôle économique et isolement imposée. Violence systématique ciblant tout ce qu'il la définissait. Mimétisme pour survivre (ووليت نضربو أنا كيف هو يضرب)

2.7. Evénements marquants et prise de conscience

Le point de non-retour survient lorsque Madame L. S. réalise que la violence de son mari menace aussi le bien-être de leurs filles, après un épisode où il s'est présenté à elles déguisé et maquillé de manière profondément perturbante. Ceci a révélé l'existence d'un dossier psychiatrique de Mr H.N et il est suivi au service de psychiatrie adulte de l'hôpital Mongi Slim, La Marsa. Elle entame alors un long et difficile parcours judiciaire : dépôt de plainte, demande de protection, procédures de divorce. Chaque tentative est systématiquement sabotée par l'inefficacité des institutions et surtout, par la stratégie de manipulation de son mari. Celui-ci utilise leur fille aînée, H., comme un levier de chantage affectif et juridique pour la forcer à retirer ses plaintes et abandonner les procédures.

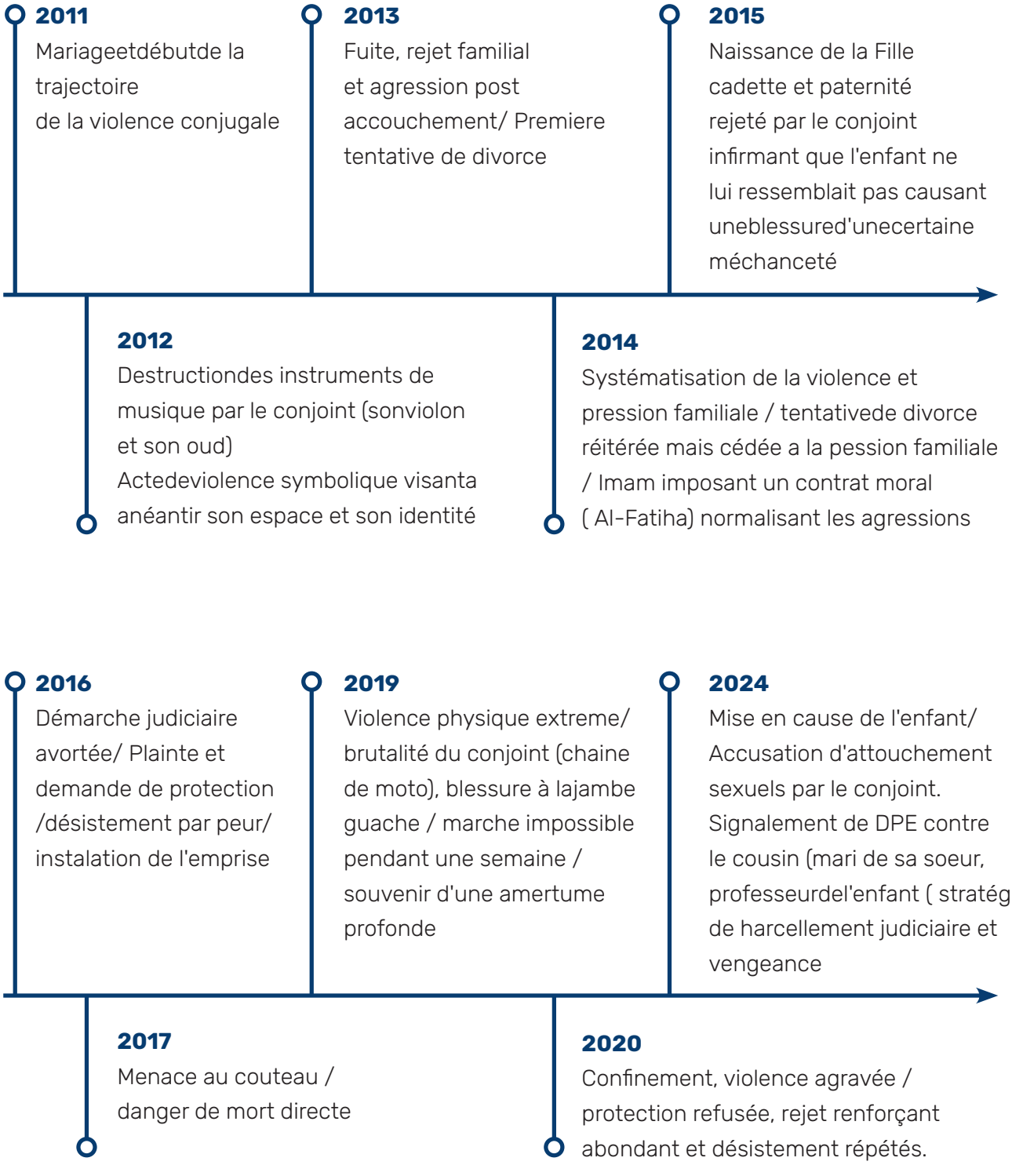
Aujourd'hui, Madame L.S. vit séparée de son mari, une décision qu'elle présente comme définitive. Cependant, l'emprise persiste sous une autre forme, une guerre d'usure psychologique et judiciaire où l'ex-conjoint utilise toujours leur fille aînée comme moyen de pression, altérant profondément la relation mère-fille. Sans revenus stables, elle vit dans une précarité matérielle et dépend de la solidarité familiale. Elle cohabite avec sa sœur dans un appartement hérité de ses parents. Son espace psychique reste marqué par la vigilance et la tristesse, mais elle puise une force résiliente dans la spiritualité et la création musicale, continuant à composer pour ses filles et à cultiver une forme d'espérance.

3. Les antécédents familiaux et personnels

Sur le plan familial, les antécédents familiaux sont marqués par le décès du père suite à une tumeur et celui de la mère d'une maladie pulmonaire. Sur le plan psychiatrique, il n'y a pas d'antécédents familiaux notables.

Sur le plan somatique, Madame L.S. présente des antécédents médicaux nécessitant une attentionparticulière.Ellesignaledestroublesgastriqueschroniquesayantmotivélaréalisation d'une fibroscopie il y a trois ans.

4. Parcours de violences conjugale



5. Éléments sémiologiques

Ces signes ont été relevés au cours d'entretiens cliniques, dans le cadre d'un bilan psychologique visant à évaluer l'impact des violences conjugales subies et la dynamique de reconstruction actuelle.

Symptomatologie affective et émotionnelle	Symptomatologie Cognitive
• Anxiété et hypervigilance se manifeste par un état d'alerte et de tension permanent, marqué par une crainte constante des réactions de l'ex-conjoint. Manifestations anxieuses importantes à l'évocation des démarches judiciaires ou des interactions avec lui. • Ambivalence affective prononcée : Alternance entre un désir ferme de tourner la page et sa décision de quitter le conjoint, démarches de divorce et des doutes, des craintes paralysantes surtout quant aux conséquences sur les enfants. • Tristesse latente et expression symbolique : La patiente exprime sa détresse de manière indirecte et symbolique, évoquant un deuil profond et une douleur intérieure. "فراق الحاة ذبل الروح..واعان بالدمع نوحي" • Culpabilité envahissante : Sentiment aigu d'être responsable des conséquences de la situation sur ses enfants, en particulier concernant l'instrumentalisation de sa fille aînée et l'impact du conflit parental sur elle. • Sentiment de honte : Lié au vécu des violences, au rejet familial initial « C'est la honte » نحنا ما عندنا بنا تطلق	Une pensée anxieuse et persistante caractérisée par des préoccupations constantes centrées sur les événements passés, la sécurité présente et une anxiété anticipatoire concernant les procédures judiciaires et l'avenir de sa relation avec ses enfants.

Symptomatologie affective et émotionnelle	Symptomatologie Cognitive
• Evitement spécifique et actif de situations telles que les conversations ou lieux directement associés au traumatisme et à l'ex-conjoint, susceptibles de raviver une détresse intense ou de provoquer un conflit est observé. Cet évitement est une stratégie de protection psychique. • La patiente ne présente pas de retrait social généralisé, elle entretient au contraire des relations significatives et positives avec sa fratrie, ses voisines et son réseau de connaissances. • Hyper protection anxieuse manifesté par des inquiétudes excessives pour la sécurité physique et psychique des filles, conduisant à une surveillance accrue. • Difficulté à poser un cadre ferme lié à la crainte des conflits avec l'aînée dans un contexte de chantage affectif, pouvant mener à une incapacité de poser un cadre constant. • Dépendance et recherche de soutien concret traduit par une dépendance économique à la solidarité familiale. La cohabitation avec la sœur et nécessité affirmée d'un accompagnement pour les démarches juridiques et administrative.	• Fatigue chronique (asthénie) et épuisement correspondant à un état de lassitude physique et psychique marqué, non proportionnel à l'effort, souvent rapporté comme un épuisement profond. • Tensions musculaires traduites par des manifestations corporelles traduites par des douleurs articulaires, localisées au niveau des Genoux et du dos. • Symptômes gastriques manifesté par des maux d'estomac, de sensations de malaise survenant notamment lors des périodes d'anxiété.

5.5. Mécanismes d'adaptation

Face aux situations de stress et aux expériences traumatiques, Mme L.S est en train de développer divers mécanismes d'adaptation pour gérer ses émotions et pour répondre aux défis du quotidien. Les mécanismes observés d'ordre spirituel et artistique tandis que le mécanisme de résilience est en cours de développement.

- Les mécanismes spirituels reposant sur la foi qui constitue un pilier central d'équilibre, une source de sens, de réconfort et de force résiliente en citant le hadith :

«تفاءلوا بالخ□ر تجدوه»

- Les mécanismes artistiques impliquant la composition et la pratique musicale fonctionnent comme une modalité essentielle de régulation émotionnelle et un moyen privilégié de maintenir et d'exprimer l'amour et l'espoir envers ses filles. C'est un espace préservé du son monde intérieur.

- Les mécanismes de résilience reposant sur La décision, malgré toutes les peurs, de quitter définitivement le conjoint et d'engager des démarches de divorce, témoigne d'une force de volonté critique et d'un mouvement actif de reprise de contrôle sur sa vie(passage de la position de victime à celle de survivante agissante). Son premier souci reste le bien-être de ses filles. Cette motivation profonde, même source d'angoisse, est aussi le moteur principal de sa résilience et de sa recherche de protection.

6. Dynamique des entretiens

La prise en charge de Mme L.S a débuté par un entretien d'investigation approfondi réalisé à notre initiative, dans le cadre d'une demande de bilan psychologique. Notre présence en tant qu'évaluateur lors de cet entretien initial nous a permis d'acquérir une première vision claire de sa situation clinique, à travers l'observation attentive de ses comportements, de ses réactions émotionnelles, de ses réponses verbales et de ses expressions non verbales.

Cet entretien inaugural a constitué une opportunité pour recueillir les données personnelles et familiales essentielles de la patiente, une étape primordiale pour établir un premier contact et compléter une fiche de recueil de données (voir annexe 1).

Le premier entretien, comme l'ensemble du processus, s'est inscrit dans une démarche proposée et expliquée à la patiente, lui laissant le libre choix d'y adhérer. En effet, il relève de la responsabilité et de l'éthique du clinicien d'offrir un espace de parole et d'évaluation, que la demandeé mane directement du sujet ou du contexte. Cette proposition respecte l'autonomie du patient tout en affirmant celle du professionnel dans la mise en place du cadre.

Les entretiens suivants, au nombre d'une vingtaine, se sont déroulés individuellement selon un rythme régulier de deux rencontres par semaine (mardi et vendredi) sur une période de quatre mois. Le transfert établi avec Mme L.S s'est avéré rapidement positif et stable, ce qui a grandement facilité la progression du travail et l'exploration de sujets complexes sans rencontrer de blocage.

Mme L.S s'est montrée tout au long de cette évaluation une collaboratrice motivée, ouverte et fiable. Son assiduité a été remarquable, seulement quatre absences sur l'ensemble de la période, témoignant d'un réel investissement. Elle a accepté de répondre aux questions avec authenticité et a participé aux épreuves proposées avec sérieux.

Une relation de confiance et un échange verbal de qualité se sont installés rapidement.

La conduite des entretiens a été facilitée par la capacité de Mme L.S à verbaliser son vécu et par son état de santé physique stable, permettant un travail soutenu et régulier. La priorité a toujours été accordée à son rythme et à son confort émotionnel.

Le processus d'évaluation, au-delà des entretiens, a inclus le protocole de CENI, des épreuves projectives et des temps d'observation. Mme L.S a abordé ces tâches avec intérêt, y trouvant parfois un moyen d'expression complémentaire à la parole.

L’entretien clinique

L’entretien clinique a été l’outil central de cette évaluation. Il a permis à Madame L.S de mettre en récit son vécu traumatique, favorisant l’expression de sa souffrance et l’émergence de ses préoccupations conscientes et inconscientes. Cette parole, associée à l’observation du non-verbal (posture, regards, sourire social) et des réactions physiologiques lors de l’évocation des événements, a offert un accès clinique essentiel à l’impact du traumatisme et à ses mécanismes psychiques en jeu.

La condition de survie terrorisée et structure clinique	L’ambivalence relationnelle entre contrainte structurelle et conflit interne	L’état dépressif, effacement identitaire traumatique	Résilience discrète et préservation de soi	Pseudonyme «Le Rossignol» un acte de résilience identitaire	« L’espoir spirituel » un moteur de résistance
Le récit de Mme L.S montre que l’expérience traumatique structure sa réalité quotidienne comme une adaptation à une menace perçue comme vitale. “حياتي كاملة مهدد فيها بالسكاكين وليت نحط تحت راسي تحت المخدة سكينة باش نحمي روحي.” La présence d’un couteau sous l’oreiller symbolise la dissolution du sentiment de sécurité même dans le sommeil. Ce fonctionnement évoque un stress post-traumatique complexe ou l’anxiété laisse place à des rituels défensifs de survie térrorisé.	L’ambivalence de Mme L.S est imposée par des pressions externes et un devoir familial déformé, plutôt que de tenir à une hésitation entre amour et haine. Son mariage est présenté comme un acte de soumission et non par un choix émotionnel “عرست عليها في 2011 باش نرضي أمي” Contrairement à l’ambivalence familiale, son désir de fuite est quant à lui, sans équivoque “أنا ما نتحسن كان ما نبعد من حياتي نهائيا”	La clinique révèle moins un trouble dépressif caractérisé qu’une posture dépressive constitutive du trauma “كان الموزيكا توجعني” Cet état Dépressif traduit un effacement identitaire et un désespoir ancré dans la chronicité du traumatisme. De fait le même sentiment d’impuissance etd’échec s’étend également à son rôle maternel, comme en témoignecette parole “أنا ماندش قادرة باش نوفرلهم الي يحبو عليه”	Malgré la souffrance, le récit de Mme L.S révèle une résilience discrète qui ne cherche pas à reconstruire ouvertement mais à résister et protéger ce qui peut encore l’être, à l’abri des regards “عندي التصاور الي ورتهملك، مخبيتهم عليه، هذمكا ذكرياتي أنا مخبيتهم في بلاصة ماطلعها حد” Cette préservation symbolique defragments desoifaceà un environneme ntdestructeur est un acte d’auto-affirmation	Le choix de pseudonyme «الشحرورة» emprunté à la légende « Sabah » symbole de liberté audacieuse et de voix résonnant sur les grandes scènes. Ce pseudonyme constitue l’opposé de sa propre condition de vieconfisquée et de voix étouffé.	Mme L.S maintien un récit d’espoir ancré dans le spirituel qui soutien ses multiples tentatives de chercher de l’aide “نحس فما بصيص أمل والي جاي خير ” الرسول صلى لله عليه وسلم قال “تفاءلواخيرا تجدوه”

8. Thématiques dégagées lors des entretiens

Traumatisme et emprise	Deuils multiples	Relation marquée par l'ambivalence	Résilience et mécanisme
Mme L.S a subi des violences et décrit avec précision ce qu'elle a vécu ainsi que la façon dont son ex-conjoint la contrôlait. En en parlant, elle cherche à donner du sens à ce qui s'est passé et à faire reconnaître sa souffrance.	Elle a vécu plusieurs pertes profondes, elle a perdu le sentiment de sécurité dans son corps et dans son esprit, ainsi que son identité d'artiste après la destruction de ses instruments de musique. Elle n'arrive plus à faire confiance aux autres. • Une grande tristesse l'habite, qu'elle exprime parfois en évoquant des chants traditionnels tristes, comme un écho à sa peine...	Les relations de Mme L.S avec les autres sont marquées par des sentiments contradictoires En couple, la confiance est remplacée par la méfiance, car le lien amoureux est désormais associé au danger. En tant que mère, elle est tiraillée entre un désir intense de protéger ses filles et une peur constante de les perdre. Envers sa famille, elle éprouve un mélange de reconnaissance pour le soutien reçu aujourd'hui et de blessure à cause du manque de soutien qu'elle a pu ressentir par le passé.	Mme L.S est en train de développer des stratégies pour se maintenir être construire sa vie. La spiritualité lui apporte un ancrage et du réconfort. La pratique artistique spécialement la musique, lui offre un espace d'expression, permettant une survie symbolique et le maintien du lien avec ses enfants. Par ailleurs son départ de son conjoint et les démarches actives qu'elle a entreprise témoigne de sa capacité à rendre le contrôle de sa propre vie.

9. Fonctionnement psychique

Pour compléter l'analyse du fonctionnement psychique de Madame L.S, il est pertinent d'examiner les principaux mécanismes de défense qu'elle mobilise face à l'angoisse et à la détresse liées à son vécu traumatique. Ces mécanismes, observables dans sa manière de structurer son discours et de gérer ses affects, témoignent de ses tentatives d'adaptation et de protection psychique. Ils révèlent à la fois des défenses de type névrotique et des mouvements plus archaïques, cohérents avec un vécu d'effraction répétée. Les plus importants sont :

La projection

Ce mécanisme se manifeste par une externalisation des sentiments intolérables d'impuissance et de rage. Madame L.S perçoit son ex-conjoint comme un persécuteur absolu et omniprésent, dont l'unique volonté est de la détruire. Cette représentation rigide, bien qu'ancrée dans une réalité menaçante, semble également porter la projection de son propre sentiment d'anéantissement interne et de sa colère, rendant ainsi l'angoisse plus localisable et plus maîtrisable.

La rationalisation

Madame L.S a largement recours à ce procédé pour donner une explication logique et acceptable à des situations sources de honte ou de culpabilité. Elle explique ainsi son maintien passé dans la relation par la force de l'emprise, les contraintes matérielles ou les pressions familiales. Cette recherche d'une causalité externe et cohérente lui permet d'atténuer la confrontation douloureuse avec sa propre vulnérabilité et ses conflits internes.

Le déplacement

L'intensité affective liée à son insécurité fondamentale et à son angoisse se déplace vers un objet plus contrôlable, pour elle c'est la sécurité de ses filles. L'hypervigilance et les inquiétudes exc essivesqu'ellerapporteconcernantleurbien-êtresemblentfonctionnercommeunrécipient pour une détresse plus large, incontrôlable.

La formation réactionnelle

Face à un vécu dépressif et à un désespoir menaçant, Madame L.S adopte souvent une attitude manifestement résiliente, optimiste et déterminée. Cette présentation de force, centrée sur ses ressources (spiritualité, création) et ses projets, peut être comprise comme une défense contre des affects opposés plus difficiles à supporter, lui permettant de préserver une estime de soi essentielle.

L'identification

Ce processus défensif et réparateur est particulièrement visible à travers deux stratégies complémentaires. D'une part, le choix d'un pseudonyme (الشحرورة) emprunté à une icône artistique majeure (Sabah) lui permet de contre-investir une figure de puissance, de liberté et de créativité, offrant une réponse narcissique à l'anéantissement symbolique subi. D'autre part, l'affirmation (أنا بنت عرش والخير و الطبيعة و السواني) , qui la rattache à un lignage noble

, éduqué et vertueux, opère un clivage salutaire entre l'identité dévastée de l'épouse violentée et une identité restaurée, fière de ses racines. Ces identifications l'une tournée vers un idéal artistique, l'autre réhabilitant son héritage privé forment les deux piliers d'une reconstruction active de son identité.

10. Formulation des Hypothèses

Hypothèses diagnostiques

Suite aux observations cliniques et à l'analyse des données recueillies au cours des entretiens avec Madame L.S, plusieurs hypothèses diagnostiques peuvent être envisagées.

En premier lieu, la symptomatologie présentée incluant une hypervigilance permanente, une détresse psychique lors de la confrontation à des indices rappelant le traumatisme, un évitement actif et persistant des souvenirs, des altérations cognitives (sentiment ciblé d'échec conjugal, culpabilité) et des altérations de l'éveil (difficultés de concentration, répond aux critères d'un état de stress post-traumatique (TSPT) selon le DSM-5 (APA, 2013).

En effet, Madame L.S a été exposée, de manière répétée et prolongée, à des événements traumatiques extrêmes, impliquant des violences physiques, sexuelles, psychologiques et économiques, ainsi qu'à des menaces graves pour son intégrité physique et psychique (critère A).

Les symptômes observés, qui incluent une réactivité physiologique marquée (hypervigilance), une détresse intense face aux indices rappelant le traumatisme, un évitement persistant, des émotions négatives persistantes (culpabilité, honte) et des altérations de l'éveil (critères B à E), sont présents

depuis plus d'un mois et entraînent une détresse cliniquement significative ainsi qu'une altération du fonctionnement social, familial et parental.

La chronicité et la multiplicité des violences subies, ainsi que la dynamique d'emprise, permettent d'envisager la spécification d'un traumatisme complexe, rendant compte des atteintes prolongées de l'identité, de la régulation affective.

Parallèlement, le tableau clinique comporte des éléments évocateurs d'un épisode dépressif (critères du DSM-5). Un état de tristesse, une perte d'intérêt, une fatigue persistante, des sentimentsexcessifsdeculpabilitéetunediminutiondel'estimedesoisontnettementprésents. Ces manifestations dépressives apparaissent directement liées aux conséquences psychologiques du traumatisme et aux pertes multiples subies. Ainsi, l'hypothèse d'un trouble dépressif associé au TSPT est à retenir.

Il est important de noter que Madame L.S ne présente pas certains symptômes d'intrusion typiques tels que des cauchemars ou des flashbacks dissociatifs. En revanche, elle mobilise activement des ressources adaptatives notamment la spiritualité, la création artistique et un espoir réaliste qui contrôlent les émotions négatives et soutiennent sa reconstruction identitaire.

On peut distinguer les mécanismes de défense prédominants (projection, rationalisation, déplacement, identification) et les structures relationnelles ambivalentes observées reflètent les efforts d'adaptation et de survie psychique face au trauma. Ils illustrent l'impact structurel d'un stress post-traumatique complexe sur l'organisation défensive.

Hypothèse étiologique

L'étiologie du tableau clinique est directement liée à l'exposition prolongée à une situation de victimisation multiple, impliquant des violences physiques, sexuelles, psychologiques et économiques. La dynamique d'emprise a constitué un facteur aggravant, entravant les possibilités de mise à distance et de protection.

Les violences subies, par leur nature répétée, leur gravité et leur caractère intentionnel, agissent comme des facteurs de stress traumatiques complexes. Ils expliquent la sévérité des symptômes, l'atteinte des fondements identitaires et la chronicité des perturbations affectives et relationnelles observées.

Les manifestations dépressives sont comprises comme une conséquence psychologique des

traumatismes et des pertes multiples de sécurité, d'intégrité et de son projet de vie. Les ressources adaptatives identifiées, spiritualité et créativité, représentent des facteurs de protection ayant permis une forme de résilience et soutenu la survie psychique au sein de la situation traumatique.

Hypothèse du fonctionnement psychique

À partir des données recueillies lors des entretiens cliniques et de l'observation du fonctionnement de Madame L.S., nous pouvons formuler des hypothèses quant à son organisationpsychique. Contrairementàl'enfantoul'adolescentdontlapersonnalitéestencore en construction, celle de l'adulte est considérée comme stabilisée. Toutefois, l'exposition prolongée à un traumatisme

complexe peut entraîner des remaniements défensifs profonds et une réorganisation durable du fonctionnement interne.

La symptomatologie observée (hypervigilance, évitement, culpabilité, honte) et les mécanismes de défense prédominants (projection, rationalisation, déplacement, formation réactionnelle, identification) reflètent une adaptation psychique face à un vécu de violences répétées. Ces mécanismes, bien que mobilisés pour assurer la survie psychique, témoignent de conflits intrapsychiques intenses et d'une fragilisation des assises identitaires.

Les angoisses dominantes semblent structurées autour de la crainte de la répétition du trauma (hypervigilance, évitement), de l'effondrement de l'estime de soi (culpabilité, honte) et d'une ambivalence relationnelle marquée, entre désir de lien et peur de la re victimisation.

Ces éléments sont caractéristiques des atteintes liées aux traumatismes complexes. Deux hypothèses principales peuvent être envisagées :

Une organisation de type névrotique, dont les défenses auraient été débordées par la charge traumatique, conduisant à une symptomatologie post-traumatique.

Une organisation limite de la personnalité, révélée par le trauma, avec une prédominance de défenses narcissiques et projectives, une régulation affective sensible et une identité fragile.

Pour affiner cette compréhension, une évaluation à l'aide de tests projectifs pourrait être indiquée en complément, afin d'explorer plus avant les conflits inconscients et la nature des angoisses. Dans le cadre de cette évaluation intégrative, les entretiens cliniques et les outils psychométriques ont déjà permis de mettre en lumière l'impact structurel du traumatisme sur le fonctionnement psychique de Madame L.S.

11. Evaluation psychologique

L'évaluation psychologique a débuté par des entretiens cliniques approfondis de type semi-structuré, visant à recueillir le récit de vie de la patiente, son expérience subjective des violences subies ainsi que ses représentations de soi et d'autrui.

Sur cette base, une séquence méthodologique progressive et intégrative ensuite été appliquée, privilégiant une approche clinique compréhensive pour cerner tant la dynamique symptomatique que les ressources de résilience et les capacités d'adaptation.

Evaluation systémique et historique de la violence	Exploration corporelle et relationnelle
• Génogramme cartographiant la structure familiale sur plusieurs générations, révélant héritages et schémas répétitifs de violences transgénérationnel. • Ligne de vie (protocole CENI) retraçant la trajectoire biographique subjective, le sujet ordonne le récit, lutte contre la fragmentation mémorielle et met en lumière les événements marquants. • Articulation du contexte familial (génogramme)au vécu chronologique personnel (ligne de vie). • Ces outils transforment l'expérience traumatique en un récit organisé et porteur de sens.	• Sociogramme (étape1) visualise la situation sociale actuelle (relations, ressources, tensions). • Consigne : Cercle centrale (elle) + cartographie des interactions + questions ouvertes sur la nature des liens (intimité, soutien, conflits, attentes), ce qui permet d'analyser l'influence du réseau sur le vécu émotionnel/corporel et la perception du soutien social • Carte corporelle (étape 2) explore le soi incarné en dessinant sur une silhouette humaine les ressentis corporels et émotionnels lié aux événements marquants. • Articulation de l'externe (social) à l'interne (corps, émotions), cette combinaison relie expérience relationnelle et manifestation corporelle pour une compréhension de la personne dans son contexte social et son vécu incarné

Évaluation émotionnelle et projective	Evaluation cognitive
• Tri des cartes des émotions permet le passage du général au particulier (Mme L.S sélectionne des cartes correspondant à un moment difficile, les regroupe par sens, nomme chaque groupe). • Exploration du sens, croyance, signification de l'événement, influence sur ses actions, causes et conséquences perçus). • Après clarification émotionnelle, accès aux continus implicites et compréhension profonde du vécu psychique. • TAT (Thematic Aperception Test) pour explorer les dynamiques psychiques par des images ambigües, comprendre le vécu émotionnel, représentation du soi, des relations, mécanismes de défenses et d'adaptation dans un cadre sécurisant. • Récits recueillis pour analyse qualitative. • Articulation du tri émotionnel organisé à l'expression projective indirecte (TAT) ce qui permet d'accéder aux dimensions implicites du psychotraumatismes.	• L'objectif n'est pas de mesurer les performances intellectuelles mais d'explorer l'organisation des souvenirs, croyances et liens entre identité, relations et parcours de vie. • La ligne de vie permet une organisation chronologique des événements qui réduit la fragmentation mémorielle. • Le tri des cartes des émotions sert à explorer des croyances, significations attribuées aux expériences et influence sur les réactions et les choix de Mme L.S. • Articulation des deux outils (ligne de vie et tri de cartes des émotions permet d'explorer les schémas cognitifs et les modèles explicatifs culturels (règles implicites, compréhensions des symptômes et de leurs origines.

12 Analyse des évaluations

Test	Résultat	Interprétation
Le sociogramme	Cartographier le réseau social de l'environnement montrant le cercle central (le Soi) et les différents personnes, groupes ou institutions qui sont autour. On y visualise les niveaux d'intimités, les types de liens et l'étendu du monde social actuel (Voir annexe 5)	L'analyse porte sur le soi-en-contact. Il s'agit d'identifier les ressources de soutien disponibles face aux sources de stress ou de conflit. L'examen de la perception de l'entourage montre une absence de stigmatisation ou négativité liée au trauma. Ce relationnel sécurisant permet de situer la patiente dans un environnement social validant ou sa détresse n'est pas alimenté par des pressions extérieures. Sa résilience sociale s'exprime ici par des choix relationnels protecteurs.
La carte corporelle	La patiente a localisé ses sentiments physiques, émotionnels et spirituels Les résultatsmontrent graphiquement où se situent les tensions, les cicatrices, les zones de douleurs abdominales (zones traumatisées), ce qui permet une visualisation des symptômes sans interrogatoire intrusif (Voir annexe7)	L'analyse marque le passage vers le soi interne. On a pu décoder les mémoires corporelles (mémoire implicite) qui n'ont pas encore été verbalisées, permettant ainsi de localiser physiquement l'impact des événements marquants.
La ligne de vie	L'axe chronologique montre les « Hauts et les bas » de l'histoire de la patiente. Les résultats mettent en évidence les évènements marquants, les périodes de crises et les moments de répit. - Pic négative à 37 ans (mariage étouffant) (Voir annexe 6)	L'analyse se concentre sur le soi à travers le temps. Cet outil sert à créer de l'ordre dans un récit souvent fragmenté par la violence. On analyse la capacité de la patiente à lier les situations passées, les stresseurs et ses propres actions, combattant ainsi la fragmentation mémorielle. - Cette étape facilite la fonction ordinatrice du cerveau pour capturer une vérité expérientielle Identifier visuellement les schémas de survie.
Tri des cartes des émotions	Créer, regrouper et nommer des émotions complexes. - Mme L.S observe ses émotions sur la table, elle a exclu un ensemble d'émotions (jugées non représentatives (Voir annexe 8)	C'est la phase de soi expérientiel, L'analyse ne porte pas sur les faits (circonstances du trauma), mais sur le sens. On analyse les croyances de la patiente au moment de l'évènement, les causes perçues et les conséquences émotionnelles. Cet outil aide la patiente à organiser cognitivement son vécu émotionnel (passé/présent). L'externalisation de ses émotions favorise une mise à distance sécurisante et peut s'inscrire dans un mécanisme de déni adaptatif. A travers ce processus, cinq formes de résilience identifiées : Personnelle, Emotionnelle, Spirituelle, Cognitive et Sociale (Voir annexe 9 et 10)

Test	Résultat	Interprétation
-EchelleHAD: **HOSPITAL ENXIETY AND DEPRESSION SCALE**	Score Total : 22/ 42 Sous-échelle Anxiété : 16 / 21. Seuil : ≥ 11 pour «cas probable». Sous-échelle Dépression : 6/21. Seuil : 0-7 pour «zone normale» (Voir annexe 12)	Une anxiété clinique significative Lescorede16/21àlasous-échelled'Anxiétéle place clairement dans la zone des «cas probables». Par contre la symptomatologie dépressive est absente, avec un score de 6/21 situé dans la fourchette normale. L'évaluation souligne une problématique spécifiquement anxieuse.
Poste Traumatic Checklist selon DSM-5 (PCL-5)	Score Total : 36/ 80. Score Seuil (Probabilité ESPT) : Fixé entre 31 et 33. Scores par Clusters de Symptômes : Cluster B (Intrusion) : Score de 4 (seuil atteint). Cluster C (Évitement) : Score de 5 (seuil atteint). Cluster D (Altérations cognitives/ émotionnelles): Score de 15 (seuil atteint, avec 5 items ≥ 2). Cluster E (Hyperactivation) : Score de12(seuil atteint, avec 4items ≥2)	Un score total de 36 (dépassant le seuil de 31-33), Mme L. S présente une symptomatologie hautement évocatrice d'un État de Stress Post-Traumatique (ESPT). L'analyseconfirmela présence des 4 dimensions symptomatiques : le DSM-5 (intrusion, évitement, altérations cognitives/émotionnelles et hyperactivation). (Voir annexe 13) Tous les critères DSM-5 pour l'ESPT sont satisfaits.
Le génogramme	Lignée patiente comprenant un père agresseur et une mère victime. Lignée conjoint où le fils frappe sa mère après le décès du père Rencontre marquant l'emboîtement de deux schémas violents. Climat marqué par le silence et la légitimation du sang chaud dans la famille (l'agir remplace la parole interdite)	La normalisation du trauma conjugal s'inscrit dans une dynamique transgénérationnelle, le seuil de tolérance élevé de Mme L.S semble être le reflet d'un model hérité, ou la violence est érigée en normes de survie. Il semble exister une loyauté invisible qui pousse la patiente à reproduire une forme d'effacement de soi, comme pour rester en lien avec l'histoire de vie maternelle.

Test	Résultat	Interprétation
Dessin de famille	Partition de l'espace en deux zones distinctes (bas vs haut). Absence totale de l'ex-conjoint dans la scène. Côté gauche sur développé du corps. Uniforme rouge, Mère et filles vêtues à l'identique (Voir annexe 15)	Le matériel clinique met en lumière une organisation psychique articulée autour d'un clivage spatial, Mme L.S semble opéré une rupture entre son noyau de survie immédiat et un idéal inaccessible. Ce clivage est renforcé par un processus de rejet radical évoquant la dynamique de forclusion en excluant l'agresseur du champ symbolique. La patiente mobilise un appui anaclitique massif ou la fonction maternelle est hyper investie comme «béquille identitaire» lui permettant de maintenir une cohésion interne.
TAT **Thematic Aperception Test**	Violence/Agression (Planche3,4, 19). Déni/ Protection/ intellectualisation (Planche 2, 6, 10, 13) Identité Artistique (Planche1(violon), Planche 12 (Philo), Planche blanche (Liberté) (Voir annexe 14)	Le profile défensif dominé par la sublimation 40 %, le déni 30% et la projection 20% révèlent une dissonance identitaire majeure. Mme L.S est confrontée au statut de victime (des violences subies), des craintes d'être responsable (relations aux filles, projection) et des capacités de résilience (Sublimation créative et spirituelle). L'enjeu pour Mme L.S est de convertir sa culpabilité projetée en un levier de rupture, utilisant la sublimation comme socle identitaire pour s'affranchir de la répétition générationnelle de la violence.

Analyse des ressources et de la résilience à travers le CENI

L'entretien final, centré sur les expériences de guérison et de bien-être, permet de contrebalancer la lecture par le prisme des vulnérabilités et d'identifier les compétences, les forces et les sources de résilience sur lesquelles Mme L.S peut s'appuyer pour orienter son parcours vers le rétablissement.

Premièrement, la capacité même à mobiliser et cartographier un réseau de soutien actif et diversifié (communauté scolaire, soutien spirituel et matériel de l'imam, solidarité familiale et présence de voisines, amies) constitue en soi un facteur de résilience majeur.

Cela témoigne d'une compétence sociale, d'une aptitude à demander de l'aide et à inspirer la bienveillance, ainsi que d'une capacité d'alliance qui a directement protégé son intégrité physique. L'inclusion spontanée de la psychologue dans ce réseau indique une ouverture à la relation d'aide et une capacité à investir le cadre thérapeutique comme une ressource nouvelle.

Deuxièmement, son parcours de vie illustré dans la carte de ligne de vie, malgré les traumatismes, montre une ténacité et une capacité d'adaptation indéniables. Avoir traversé l'expérience de mort imminente dans l'enfance, les deuils familiaux et des années de violences conjugales, tout en maintenant son rôle de mère et en préservant des liens extérieurs, atteste d'une force de survie remarquable. La manière dont elle organise sa pensée (catégorisation des émotions, réalisation détaillée du génogramme et de la carte corporelle) révèle par ailleurs un fonctionnement cognitif structuré et une capacité de réflexivité, qui sont des atouts précieux pour le travail thérapeutique d'élaboration.

Troisièmement, l'entretien a fait émerger des représentations positives et des aspirations au bien-être. Malgré la souffrance, elle évoque le désir d'une vie paisible pour ses enfants, l'importance de la spiritualité comme réconfort, et la valeur qu'elle accorde à la solidarité féminine qu'elle a expérimentée. Ces représentations sont le pilier de la motivation pour le changement.

Ainsi, la prise de conscience et la verbalisation même de la fracture le cœur morcelé (carte corporelle), les émotions qui « n'appartiennent pas » sont le premier pas indispensable vers la réparation. Son engagement dans l'évaluation, malgré la détresse, démontre un courage et une volonté de comprendre et de changer sa situation.

Mme L.S ne présente pas un tableau de résilience d'adaptation immédiate, mais plutôt une résilience « en devenir » et contextuelle. Ses ressources sont principalement externes et relationnelles (son réseau) et cognitives (sa capacité d'analyse). Le défi thérapeutique consistera à consolider et internaliser ces ressources externes pour qu'elles deviennent des convictions

internes de soutien et de sécurité, et à réintégrer les parties émotionnelles clivées pour qu'elle puisse pleinement s'approprier et bénéficier du bien-être que son entourage semble prêt à lui offrir. La présence d'un réseau protecteur objectif est un terrain favorable pour ce travail de reconstruction identitaire et de réappropriation de sa vie (voir annexe 15).

En premier lieu, sa défense la plus aboutie et la plus caractéristique est la sublimation. C'est cette évaluation multidimensionnelle, ayant parcouru l'histoire familiale, l'expression symptomatique, les dynamiques relationnelles, le monde interne et les ressources, permet désormais de proposer une synthèse diagnostique intégrative et des recommandations thérapeutiques ciblées, qui tiennent compte à la fois des vulnérabilités identifiées et des forces repérées.

Les retours de la patiente, recueillis à l'issue de l'ensemble du protocole, sont présentés dans l'annexe14. Après la passation complète du Clinical Ethnographic Narrative Interview (CENI), elle a montré des changements significatifs dans son parcours psychologique. Lors de son avant dernière séance de suivi, elle manifeste de l'espoir et un engagement actif dans sa vie, elle s'est inscrite à une formation de cuisine, cherche des solutions pour améliorer son quotidien et nourrit à nouveau le projet de reprendre son activité artistique, notamment le chant. De plus, elle rêve désormais de diffuser le conte qu'elle a écrit dans le cadre du projet thérapeutique. Elle commence à développer une autonomie croissante, tout en explorant sa dépendance de manière consciente et constructive. Ces progrès illustrent que le CENI ne se limite pas à une simple évaluation, il constitue également un outil thérapeutique permettant à la patiente de prendre conscience de ces émotions, de structurer son vécu et de mobiliser ses ressources personnelles pour se reconstruire après un traumatisme.

13. Discussion diagnostique

Cette évaluation approfondie permet de faire une analyse de la situation de Madame L.S.et de revenir, avec une compréhension affinée, aux questionnements initiaux. En se basant sur les évaluations quantitatives :

(PCL-5=36, HADS Anxiété=16) et l'analyse qualitative, nous pouvons déduire que le tableau clinique dépasse un TSPT simple.

Les scores (cluster D à 15 pts sur la honte/culpabilité, cluster E à 12 pts sur l'hypervigilance) et le profil défensif dominé par la sublimation (40%), le déni (30%) et la projection (20%) révèlent une dissonance identitaire majeure. Madame L.S est simultanément confrontée au statut de victime (violences subies), des craintes d'être responsable (relation aux filles, projection) et des capacités de résilience paradoxales (sublimation créative et spirituelle).

L'hypothèse d'un état de stress post-traumatique (TSPT) complexe se trouve pleinement confirmée. Le tableau clinique correspond aux critères du DSM-5, mais son expression est marquée par la chronicité et la multiplicité des violences subies dans un contexte d'emprise.

La symptomatologie dépasse les manifestations classiques, elle s'exprime à travers une inscription somatique prédominante (carte corporelle), un clivage organisateur des émotions

(Catégorisation en « passé », « présent » et « non-soi ») et la répétition transgénérationnelle d'un scénario relationnel violent, objectivée par le génogramme. L'ensemble se structure ainsi autour de cette fracture identitaire, où les mécanismes d'adaptation tentent de trouver un point d'équilibre entre violence subie, violence redoutée et la quête de sens.

Cette évaluation confirme l'hypothèse d'un processus de résilience en cours de construction, où les outils diagnostiques de CENI se manifestent également thérapeutiques en facilitant son émergence. La typologie identifiée en révèle les multiples facettes. La résilience personnelle s'observe par l'affirmation « Je surmonte » dans le présent, corroborée par une ligne de vie montrant une remontée récente. La résilience sociale se manifeste par des choix relationnels positifs, objectivés au sociogramme. La résilience cognitive transparaît dans la capacité de catégorisation entre passé et présent, visible dans l'analyse des émotions temporelles.

La résilience émotionnelle est marquée par une transition de la honte vers la peur, mise en lumière par l'introspection au TAT (planche blanche).

Enfin, une résilience spirituelle ou existentielle émerge à travers une forme d'acceptation philosophique et un processus de sublimation, notamment illustré par la réponse du « violon » au TAT.

Ces cinq volets convergent pour valider l'hypothèse clinique d'une « résilience évolutive », qui se construit progressivement malgré la réalité d'un état de stress post-traumatique complexe. Le processus semble naviguer à travers la violence transgénérationnelle (documentée parle génogramme) et la somatisation du multi traumatisme (inscrite sur la carte corporelle). Ainsi, les mécanismes d'adaptation positive se développent et s'articulent, étage par étage, en parallèle de la charge traumatique, dessinant un parcours de reconstruction.

Les résultats obtenus confirment l'hypothèse de recherche selon laquelle les violences conjugales subies par les femmes produisant des psychotraumatismes, une prise en charge par la thérapie narrative (CENI), inscrite à un cadre institutionnel contenant, permet une réappropriation de l'histoire qui transforme ces marques corporelles et ces fragmentations temporelles en leviers de résilience.

14. Discussion psychopathologique

La théorique de l'attachement (Bowlby, 1973) offre un cadre d'analyse éclairant pour appréhender l'histoire de Mme L.S. Ce système motivationnel, essentiel à la survie et au développement, conduit l'enfant à rechercher la proximité de sa figure de soin. Or chez Mme L.S, les premières relations ont été structurées par une figure paternelle effrayante et une figure maternelle loin de jouer un rôle protecteur, apparaissait elle-même effrayée et défaillante.

Cetteconfigurationconstituelemilieuclassiquedel'attachementdésorganisé-désorienté (Main & Solomon, 1990) où l'enfant est pris dans le paradoxe insoluble de devoir s'approcher de la source même de sa peur. Ce style d'attachement, considéré comme un facteur de risque majeur pour la psychopathologie ultérieure (Van lJzendoorn et al.,1999), structure des modèles internes opérants (Bowlby, 1973) dans lesquels le moi est perçu comme indigne de soins et autrui comme dangereux ou imprévisible.

Ces schémas relationnels internalisés éclairent la dynamique de répétition à l'œuvre dans son couple. La théorie postule que les individus tendent à recréer inconsciemment dans leurs relations adultes les patterns interactionnels de leur enfance, un processus parfois nommé compulsion de répétition (Freud, 1920) ou dans le cadre de l'attachement, recherche de la familiarité. Son lien avec Mr H.N réplique ainsi le schéma primaire : un partenaire perçu comme à la fois indispensable et menaçant. Son maintien dans cette relation, malgré la violence, peut être compris comme une tentative de résoudre le paradoxe originel et d'obtenir une issue différente, dans une logique de tentative de maîtrise rétroactive (Liotti, 2004). La difficulté à rompre renvoie à l'angoisse de désorganisation liée à la perte de la figure d'attachement, aussi mauvaise soit-elle (Main & Hesse, 1990).

Pour survivre à cette angoisse et à la contradiction affective, des mécanismes défensifs archaïques se sont mis en place. Le clivage observé dans son classement des émotions séparant le passé, le présent et les affects « qui n'appartiennent pas » est une défense caractéristique des états dissociatifs liés au trauma complexe (VanderHartetal.,2006). Parallèlement, la violence subie, n'ayant pu être mentalisée ou intégrée dans un récit symbolique, s'est logée dans le corps. Sa carte corporelle et la symbolique du cœur morcelé illustrent de façon frappante la somatisation extrême et la défaillance de la fonction réflexive (Fonagy et al. 2002), où l'expérience traumatique reste à l'état d'éprouvé sensoriel et d'image iconique, faute d'avoir été contenue par le psychisme d'un autre.

Cependant, son parcours n'est pas seulement celui de la vulnérabilité. La présence robuste d'un réseau de soutien social effectif constitue l'un des facteurs de protection les plus documentés face aux conséquences du trauma (Charuvastra & Cloitre, 2008). Ces liens la communauté, la famille,

les voisines offrent des expériences relationnelles correctrices. Ils représentent une opportunité fondamentale e pour développer ce que l'on nomme un attachement sécure acquis (Pearlman & Courtois,2005), c'est-à-dire la construction de modèles internes plus sûrs grâce à des relations fiables et bienveillantes survenant plus tard dans la vie.

Lecadrethérapeutiquedoitdoncsefondersurcesassises.L'objectifprioritaireestdedevenir, dans la relation d'alliance, une base de sécurité suffisamment fiable et prévisible pour qu'une exploration et une réorganisation deviennent possibles (Bowlby,1988). Il s'agira d'utiliser cette sécurité naissante pour l'aider à mentaliser progressivement son expérience à transformer les sensationscorporellesetlesémotionsclivéesenrécitetàrevisitersesmodèlesinternesopérants (Fonagyetal.2002). Le travail visera une intégration neuro-affective des états dissociés et une réparation symbolique des fractures identitaires, afin qu'elle puisse progressivement internaliser une sécurité qui ne dépende plus du regard d'autrui, mais devienne une propriété stable du self (Schore, 2001).

Au terme de cette analyse, il est possible de formaliser les principaux enseignements de cette étude de cas. Les éléments qui suivent présentent une synthèse conclusive, évaluent la portée des résultats et en dégagent les implications directes pour la compréhension et la prise en charge du psychotraumatisme complexe.

Confrontation des approches : Attachement, Systémique et Ethnographique

L'analyse de la situation de Mme L.S à travers le prisme de la théorie de l'attachement offre un éclairage fondamental et profondément structurant. Ce cadre permet de comprendre comment sespremièresexpériencesrelationnellesconfrontéeàunpèreeffrayantetàunemèreelle-même effrayée ont constitué le terreau d'un attachement désorganisé (Main & Solomon, 1990). Ce style d'attachement spécifique place l'enfant, puis l'adulte, dans un paradoxe relationnel insoluble : la figure dont on dépend pour la sécurité est simultanément une source de terreur. Ce modèle explique avec une grande pertinence la répétition traumatique à l'œuvre dans son couple. Son lien avec un partenaire violent réactive ce schéma archaïque, où l'ex conjoint de Mme L.S représente à la fois la figure d'attachement principale et la source du danger. Son maintien dans cette relation peut alors être interprété, non comme un choix rationnel, mais comme la manifestation d'une recherche de familiarité (Bowlby,1973) et d'une tentative aussi coûteuse soit-elle, de résoudre ce paradoxe originel en obtenant une issue différente. Les mécanismes défensifs observés, tels que l'hypervigilance, la dissociation et le clivage des émotions, sont les conséquences directes de cette lutte pour survivre psychiquement à une angoisse de désorganisation fondamentale.

Cependant, une lecture centrée sur la théorie de l'attachement, bien qu'essentielle, présente certaines limites. Elle tend à centrer l'explication sur la dynamique intra psychique et dyadique (les modèles internes, la relation à la figure d'attachement), ce qui peut conduire à une psychologisation excessive de comportements qui sont également contraints et informés par des logiques sociales et familiales plus larges. Cette grille seule peine à rendre pleinement compte de la complexité des loyautés familiales invisibles qui lient Mme L.S à sa lignée maternelle, ou du rôle spécifique que sa détresse peut jouer dans l'équilibre relationnel de son réseau actuel. Elle peut aussi minorer l'influence des normes culturelles qui façonnent les représentations du couple, de la violence et des voies légitimes pour demander de l'aide.

L'approche systémique : de la transmission à la loyauté

L'approche systémique, héritée des travaux fondateurs de Minuchin et Bowen, propose un changement de perspective essentiel, elle déplace le regard de la psyché individuelle vers le système relationnel dans lequel cette psychése construit et fonctionne. Alors que la théorie de l'attachement explique la répétition de schémas douloureux par la réactivation de modèles internes, l'approche systémique y décèle l'influence de loyautés familiales invisibles et la quête d'homéostasie d'un système qui préserve son équilibre, même au détriment du bien-être d'un membre (Boszormenyi-Nagy & Spark, 1973) Cette grille de lecture complémentaire permet d'enrichir considérablement la compréhension du cas de Mme L.S.

Appliquée à sa situation, cette perspective éclaire d'abord la puissance des loyautés transgénérationnelles. Si l'attachement désorganisé explique son maintien dans une relation effrayante par la recherche de familiarité, l'analyse systémique y voit également une fidélité inconsciente au destin de sa mère et à la lignée féminine familiale. Rompre le cycle des violences pourrait ainsi être psychiquement équivalent à une trahison de ce contrat relationnel invisible, préservant à ses dépens la cohésion fantasmée du système familial originel.

De plus, cette approche invite à interroger la fonction potentielle du symptôme au sein de l'écologie relationnelle actuelle. La position de victime et la détresse manifeste de Mme L.S ont joué un rôle dans la mobilisation et la consolidation de son réseau de soutien extérieur (les voisines, les parentes d'élèves). Cette lecture suggère que sa souffrance individuelle n'est pas seulement une conséquence passive, mais peut aussi constituer un élément actif, bien qu'involontaire, dans la régulation et le resserrement des liens qui l'entourent, une dynamique observée dans les contextes de trauma familial.

Enfin, l'outil du génogramme révèle pleinement sa valeur systémique. Au-delà de l'identification des modèles d'attachement, il met en lumière la place structurante de Mme L.S au sein de la fratrie. En tant que deuxième enfant d'une famille nombreuse, précédant le décès d'un petit frère, elle a pu être assignée à un rôle de médiatrice et de soignante. Ce rôle, inscrit dans l'architecture familiale, a probablement renforcé un schéma précoce de subordination de ses propres besoins à l'équilibre perçu du système, un pattern qui transcende et influence profondément ses dyades relationnelles ultérieures.

L'approche ethnographique (CENI) : de l'intrapsychique au culturel

Le protocole CENI (Clinical Ethnographic Narrative Interview), en plaçant le récit de vie au cœur de l'investigation, nous invite à resituer résolument l'expérience de Mme L.S dans sa matrice socioculturelle tunisienne. Si les grilles de l'attachement et du trauma complexe éclairent des mécanismes psychologiques fondamentaux, leur déploiement concret est indissociable des cadres normatifs, des structures familiales et des ressources symboliques qui donnent un sens local à la souffrance et au soutien.

Cette perspective ethnographique révèle d'abord comment les représentations culturelles du couple, de l'autorité masculine et du devoir filial modèlent la perception même de la violence. La dynamique relationnelle violente observée chez ses parents n'était peut-être pas perçue comme

une exception pathologique, mais comme une variation douloureuse d'un script culturel en partie accepté. Son propre récit « des actes de violence par tout » dépasse ainsi la seule logique défensive, il peut refléter une normalisation partielle et culturellement située de la violence conjugale, où celle-ci est inscrite dans un continu um de rapports de genre et de pouvoir qu'une analyse purement intrapsychique risquerait de méconnaître.

De plus, cette même lecture contextuelle permet d'apprécier la nature spécifiquement encastrée des ressources de sa résilience. Le réseau de soutien qu'elle a mobilisé la solidarité pratique et morale des mères d'élèves, le rôle de l'imam, la vigilance du voisinage n'est pas un simple « facteur de protection » universel. Ces appuis sont ancrés dans des institutions et des solidarités communautaires culturellement disponibles et légitimes en contexte tunisien. Leur activation transforme ainsi une détresse individuelle en une affaire collective reconnue, conférant à sa situation une légitimité sociale et morale qui renforce sa propre capacité d'action.

Enfin, le CENI met en lumière comment le travail narratif sur sa propre histoire constitue un acte de repositionnement identitaire au sein de ce contexte. Le classement de ses émotions en catégories temporelles (« passées », « présentes », « étrangères ») ne relève pas uniquement d'un clivage défensif. Il représente aussi un geste actif de réorganisation de son identité dans le temps, parle quel elle tente de démêler les fils de son héritage familial et culturel pour définir Les frontières de ce qu'elle accepte désormais d'être et de ressentir.

En somme, intégrer ce prisme ethnographique à la discussion ne disperse pas l'analyse il l'ancre et la nuance en montrant comment les vulnérabilités et les forces de Mme L.S émergent précisément de l'interaction entre son histoire psychique individuelle et l'écosystème culturel qui la porte. Cela souligne qu'une prise en charge réellement efficace d'un trauma relationnel doit savoir reconnaître, et le cas échéant s'appuyer sur, ces ressources et ces significations locales pour accompagner une reconstruction à la fois personnelle et culturellement adaptée.

15. Projet Thérapeutique

Selon Mori (2019) la thérapie narrative est une approche psychothérapeutique qui considère que « notre représentation de la réalité est codée sous forme de récits ou histoires impliquant des choix narratifs qui, insidieusement, «épaississent» certaines croyances et en disqualifient d'autres ». Cette vision narrative de l'expérience humaine place les récits personnels au cœur de la construction identitaire et de la relation aux problèmes psychologiques.

Mori (2019) explique que l'identité peut être conçue comme une « géographie narrative » composée d'autoroutes, les histoires dominantes, souvent problématiques et de petits chemins alternatifs, riches de ressources mais souvent négligés. L'un des fondements méthodologiques de cette approche est l'externalisation : le problème est nommé, objectivé et traité comme une entité extérieure à la personne, permettant ainsi une reconfiguration du rapport à l'expérience difficile.

Cette approche s'inscrit dans un cadre collaboratif et décentré, le thérapeute n'est pas l'expert du vécu du patient, mais un partenaire dans l'exploration et la réécriture des récits de vie.

Elle reconnaît la multiplicité des perspectives et l'influence des contextes historiques, culturels et sociaux sur la construction du sens (Mori, 2019).

Dans le contexte clinique, notamment auprès de personnes ayant subi des violences conjugales, la thérapie narrative offre un cadre pour redonner du pouvoir d'agir sur son récit. C'est-à-dire la capacité à redevenir auteur de sa propre histoire en redonnant voix et valeur aux récits de résistance, de valeurs et d'identité préférée.

Ce travail se propose donc d'explorer les apports de la thérapie narrative dans l'accompagnement d'une femme victime de violences conjugales, en interrogeant notamment ses dispositifs d'externalisation, de réappropriation et de réintégration des récits alternatifs dans la construction d'un nouveau rapport à soi.

Cette approche, en redéfinissant le problème comme extérieur et la personne comme experte de sa vie, offre un cadre non-directif. Conformément à cette éthique de la restauration, l'intervention avec Mme L.S n'a pas consisté à lui prescrire un récit autobiographique. À partir de la compréhension partagée de son paysage narratif, nous lui avons simplement proposé l'écriture d'un conte, en lui laissant une entière liberté quant aux héros, au thème et à la trame. C'est dans cet espace de création ouvert que son projet thérapeutique s'est imposé avec une évidence particulière, porté par sa propre initiative.

Transposant son expérience dans la fiction, elle a choisi de ne pas écrire directement son histoire, mais de la confier à un personnage principal qui, à son image, reçoit un nom nouveau...autour de cette figure centrale, d'autres personnages féminins, porteurs de violences

similaires mais aussi d'issues différentes, ont émergé, transformant son récit en un espace de réparation à la fois intime et universel, elle s'est saisie de cette idée avec une force rare et a produit, séance après séance, des fragments d'histoire. Et chaque fois qu'elle en partage un nouvel extrait, son visage s'éclaire d'une satisfaction profonde. Cette joie n'est pas un détail, elle est le signe que nous touchons à l'essentiel. Car au cœur des violences subies, ce qui a été brisé, c'est son pouvoir de donner du sens à ce qui lui arrive. Le projet d'écriture est précisément l'outil pour le reconquérir.

Ce choix n'est pas un hasard. Il est la suite logique de l'esprit même du CENI (Clinical Ethnographic Narrative Interview), le protocole qui a guidé notre évaluation. Le CENI n'est pas seulement une méthode pour recueillir un récit, il pose que le récit est fondamental pour se construire.

Les objectifs de ce travail d'écriture sont multiples et profonds. D'abord, il s'agit de réparer la fracture identitaire symbolisée par son cœur morcelé. En écrivant, elle rassemble les morceaux épars de son vécu. Elle donne une chronologie à ce qui fut bouleversé, une voix à ce qui fut du silence. Cet acte transforme une mémoire traumatique, souvent inscrite dans le corps sous forme de douleurs ou d'images isolées, en un récit intégré qu'elle peut tenir à distance, relire, et posséder. Ensuite, cette écriture lui permet de revisiter et de corriger l'ambivalence affective qui la traverse. Car son histoire est tissée de sentiments contradictoires : l'amour et la peur de son père, la pitié et la colère rentrée envers sa mère, la dépendance et la haine dans son couple. L'écriture offre un espace sécurisé pour donner une place légitime à ces deux pôles sans s'y perdre.

Cette correction de l'ambivalence par la mise en récit est fondamentale, elle l'aide à sortir de la confusion paralysante où les émotions s'annulent pour accéder à une compréhension plus nuancée et apaisée de ses liens.

Parallèlement, ce processus lui permet de revisiter les loyautés familiales invisibles que l'approche systémique a mises en lumière. Sous couvert de la page, elle peut nommer l'indicible, questionner le destin de sa mère, et dessiner les contours de sa propre loyauté non plus une fidélité silencieuse à la souffrance, mais une fidélité à elle-même, à son désir de vivre autrement.

Enfin, en produisant son « conte », elle accomplit un travail ethnographique sur sa propre vie. Elle catégorise, analyse, et donne du sens à ses expériences à travers le filtre de ses valeurs et de ses ressources culturelles, comme la solidarité communautaire qui l'a protégée.

Notre rôle en tant que psychologue, se transforme alors. Nous devenons le témoin privilégié et le premier lecteur de cette œuvre en devenir. Il s'agit d'accueillir ses textes avec un regard qui valorise non seulement le contenu, mais le geste même d'écrire.

L'objectif était de l'accompagner vers l'achèvement de ce récit, en l'aidant à traverser les moments où un blocage ou la peur pourraient resurgir. Ensemble, nous pourrons ensuite relire cette histoire écrite, pour y discerner, au-delà de la trace de la blessure, tout ce qui témoigne déjà de sa résilience, les thèmes de résistance, les figures ressources et ces moments de bascule où sa force a percé, y compris dans l'expression courageuse de ses propres contradictions. L'idée serait de célébrer cet achèvement par une lecture ou la conservation précieuse du manuscrit pour acter symboliquement qu'une page se tourne.

Ainsi, l'écriture de son conte a été le foyer de sa résilience, chaque élément créé, des

personnages aux fins alternatives, a consolidé son pouvoir de reprendre la main sur son histoire, dans l'affirmation personnelle d'une liberté narrative retrouvée.

De manière significative, cette reconquête trouve aujourd'hui une résonance particulière dans le désir qu'elle exprime de publier son conte. Ce projet dépasse la simple diffusion, il en constitue l'aboutissement logique et l'affirmation ultime, transformant un récit intime de réparation en un témoignage offert, et sa voix reconquise en une voix qui porte. Au-delà de cette reconstruction narrative, des perspectives thérapeutiques complémentaires pourraient enrichir son parcours. En effet, si la thérapie narrative a permis à Mme L.S de reprendre le contrôle de son histoire et de reconstruire une identité plus cohérente et résiliente, l'ajout d'approches complémentaires, comme la TCC, l'EMDR ou thérapie familiale, pourrait enrichir son parcours thérapeutique, en apportant des outils supplémentaires pour gérer l'impact émotionnel du trauma, renforcer la sécurité intérieure et consolider sa reconstruction personnelle.

Conclusion

Au terme de ce travail de recherche, nous pouvons témoigner de la complexité des manifestations psychiques chez les mères victimes de violences conjugales dans le contexte tunisien tout en analysant les leviers permettant l'optimisation de leur processus de résilience. Le choix de cette thématique fut en réalité motivé par une préoccupation personnelle, animée par l'urgence d'une intervention humaine suite aux rencontres quotidiennes lors de notre pratique clinique.

Sur le plan méthodologique, nous avons opté pour une approche qualitative sur l'étude de cas approfondie. Dans cette perspective, nous avons fait le choix de combiner deux protocoles.

L'un relevant de l'école systémique américaine de Muray Bowen (Bowen & Kerr, 1988), principalementassociéàlathéoriedessystèmesfamiliaux,legénogramme,pourcartographier l'histoire familiale en trois génération, mettant en lumière les répétitions et les loyautés invisibles et l'autre courant, interdisciplinaire et situé au carrefour de l'anthropologie clinique, de la médecine narrative et de la sociologie qualitative, est le Clinical Ethnographic Narrative Interview (CENI) de Denise Saint Arnault (Saint Arnault, 2024). Cette approche ethnographique narrative clinique permet d'éclairer les significations culturelles de la souffrance et de la guérison dont j'ai réussi à en obtenir l'autorisation. L'exploitation de ce dernier protocole fut une première expérience non seulement pour notre étude de cas, pour ce mémoire mais probablement pour la clinique tunisienne. La combinaison entre ces deux protocoles nous a permis de saisir la singularité du vécu traumatique dans toute sa profondeur.

Dans un premier axe, nous avons identifié des indicateurs confirmant l'hypothèse d'un État de Stress Post-traumatique (TSPT) complexe. Les scores obtenus, 36 au PCL-5 et 16 à l'échelle HADS-Anxiété, ont révélé une souffrance aiguë, marquée par une inscription somatique du trauma et une dissonance identitaire majeure.

A travers la carte Corporelle du protocole CENI « Clinique Ethnographique narrative Interview

», nous avons obtenu des résultats marquants révélant une inscription somatique profonde de la douleur. Le Génogramme, quant à lui, a objectivé la répétition d'un scénario relationnel violent sur plusieurs générations.

Dans un second axe, nous avons identifié le processus de résilience découlant de La Ligne de Vie montrant une remontée significative dans le présent de la patiente. En revanche le test projective, TAT, a illustré une transition de la sidération vers une capacité de sublimation. L'évolution des cartes des émotions au fil du travail clinique ont témoigné du dépassement de cette fragilité initiale au profit d'une réappropriation de la fierté, signe d'une identité en reconstruction. Il s'avère que l'utilisation du protocole CENI, expérience pionnière en Tunisie, constitue le levier de cette renaissance.

Cette dynamique trouve sa pleine concrétisation dans un projet thérapeutique qui consiste en l'écriture d'un conte par la patiente, elle-même, que nous considérons comme l'acte ultime de l'affirmation de son passage d'une identité de victime à celle de sujet créateur, ambitieux et enfin revalorisé.

Par ailleurs, la contribution majeure de cette étude de cas tient dans la définition d'une éthique du soin centrée sur la réhabilitation de la subjectivité. Il apparait que la fonction contenante du cadre thérapeutique est avant tout portée par l'écoute clinique, laquelle offre au patient une reconnaissance symbolique indispensable pour amorcer son processus de reconstruction identitaire.

De surcroît, malgré les progrès législatifs réels en Tunisie, la perception du statut de la femme reste souvent entravée par des représentations sociales traditionnelles.

Entant que psychologue clinicienne, nous réaffirmons la nécessité de dépasser le seul cadre de la consultation car la guérison psychique, à notre sens, ne peut être isolée du contexte social et juridique. Nous appelons donc à une alliance solide et indissociable entre psychologues, sociologues, avocats et associations féministes afin de construire un front commun pour défendre la femme et ses droits. Notre posture clinique nous impose de devenir des actrices de changement aux côtés des autres corps de métier, suivant une approche intégrative. Cette recherche invite à penser une société où la reconstruction des mères deviendrait le socle d'une nouvelle éducation, laissant place à une culture de la revalorisation, de la dignité et du respect.

Cet appel exige en sommes une application rigoureuse de la loi, car la législation reste vaine sans une revalorisation symbolique et une sensibilisation capable de déconstruire les préjugés alimentant le patriarcat. Car, si cette recherche a permis de décrypter les mécanismes de renaissance psychique, elle ouvre néanmoins vers cette interrogation : Comment transformer l'indignationenuneactioncollectivedurableetpluridisciplinairecapabledebriserlessilences transgénérationnels ?

En tant que femme et clinicienne, nous avons à cœur de porter la voix de celles que l'on n'entend pas, car nous sommes convaincues que la femme nécessite impérativement d'être revaloriséepourretrouversaplacedesujet.Cetravailseveutainsiunacted'engagementpour la dignité et la restauration de l'image de soi des femmes.

Liste Bibliographique

Abraham, A. (1962). Le dessin d'une personne : *Le test de Machover. Delachaux & Niestlé*.

American Psychiatric Association. (2015). DSM-5 : *Manuel diagnostique et statistique des troubles mentaux* (5e éd., C.-B. Pull, P. Boyer, M.-C. Pull, M.-A. Crocq, & J.-D. Guelfi, trad.). Elsevier Masson. (ISBN 978-2-294-73929-3).

American Psychiatric Association. (2013). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders* (5th ed.). American Psychiatric Publishing. https://doi.org/10.1176/appi.books.9780890425596

Anaut, M. (2015). *Psychologie de la résilience* (3e éd.). Armand Colin.

Anaut, M. (2018). Quête de sens et reconstruction résiliente après les traumatismes. Dans R. Coutanceau & C. Damiani (dir.), *Victimologie : Évaluation, traitement, résilience* (pp. 240–248). Dunod. https://doi.org/10.3917/dunod.couta.2018.02.0240

Association Tunisienne des Femmes Démocrates. (2022). L*es trajectoires de lutte contre la violence faite aux femmes, entre blocage et résilience*. (ISBN 978-9973-751-22-5). https://atfd-tunisie.org

Bardin, L. (2013). *L'analyse de contenu*. Presses Universitaires de France. https://doi.org/10.3917/puf.bard.2013.01

Bellak, L., & Abrams, D. M. (1997). *Le test d'aperception thématique, le test d'aperception pour enfants et la technique d'aperception pour personnes âgées en usage clinique* (6e éd.). Allyn & Bacon.

Boszormenyi-Nagy, I. (1984). *Invisible loyalties* (1re éd.). Routledge. https://doi.org/10.4324/9781315825939

Bowen, M., & Kerr, M. E. (1988). *Family evaluation: An approach based on Bowen theory.* W. W. Norton & Company.

Bowlby, J. (1988). *A secure base: Clinical applications of attachment theory*. Routledge. https://books.google.tn/books?redir_esc=y&hl=fr&id=8aopZFOWWiMC&q=doi#v=onepage&q=doi&f=false

Bowlby, J. (1969). *Attachment and loss* (Vol. 1, Attachment). Basic Books.

Bowlby, J. (1973). *Attachment and loss* (Vol. 2, Separation: Anxiety and anger). Basic Books. https://ndl.ethernet.edu.et/bitstream/123456789/59709/1/57.pdf

Campbell, J. C. (2002). *Health consequences of intimate partner violence*. The Lancet, 359(9314), 1331–1336.

Canini, F., El-Hage, W., Garcia, R., & Abgrall, G. (2024). *L'ABC des psychotraumas : Approches biologiques et cliniques des psychotraumas*. Ellipses.

CAWTAR. (2020). *Prévention de la violence fondée sur le genre à l'université : De la connaissance à l'action vers le changement* - Rapport Tunisie. Centre de la Femme Arabe pour la Formation et la Recherche (CAWTAR).

Charcot, J. (2013). *Clinical lectures on diseases of the nervous system*. Taylor & Francis. https://www.google.tn/books/edition/Clinical_Lectures_on_Diseases_of_the_Ner/Db5lAgAAQBAJ?hl=fr&gbpv=0

Charuvastra, A., & Cloitre, M. (2008). *Social bonds and posttraumatic stress disorder. Annual Review of Psychology,* 59(1), 301–328. https://doi.org/10.1146/annurev.psych.58.110405.085650

Centre de recherches, d'études, de documentation et d'information sur la femme (CREDIF), & ONU Femmes. (2016, 4 mars). Étude sur les violences fondées sur le genre dans l'espace public en Tunisie [Communiqué de presse]. ONU Femmes Maroc. https://morocco.test.unwomen.org/fr/actualites-evenements/actualites/2016/03/etude-tunisie-violences-faites-aux-femmes

Crocq, L. (2011). *Traumatismes psychiques : Prise en charge psychologique des victimes*. Elsevier Masson.

Cyrulnik, B. (1999). *Un merveilleux malheur*. Odile Jacob.

Cyrulnik, B. (2001). *Les Vilains Petits Canards*. France : Odile Jacob.

https://www.google.tn/books/edition/Les_Vilains_Petits_Canards/0bCbxY896O0C?hl=fr&gbpv=0

Cyrulnik, B. (2004). *Parler d'amour au bord du gouffre*. Le Grand Livre du Mois.

Cyrulnik, B. (2011). *Quand un enfant se donne « la mort »*. France: Odile Jacob.

Debauche, A., Lebugle, A., Brown, E., et al. (2017). *Enquête Violences et rapports de genre (Virage) : Présentation de l'enquête Virage et premiers résultats sur les violences sexuelles* (Documents de travail, n° 229). Institut national d'études démographiques (Ined).

Dortier, J.-F. (dir.). (2008). *Pierre Bourdieu : Son œuvre, son héritage*. *Éditions Sciences Humaines*. https://doi.org/10.3917/sh.colle.2008.02

Dozio, E., Caron, L., Gady, C., & Bizouerne, C. (2021). *Le dessin comme outil d'élaboration du traumatisme psychique dans un dispositif de soins en Afrique*. L'Autre, 22(2), 172–186. https://doi.org/10.3917/lautr.065.0172

Fonagy, P., Gergely, G., & Jurist, E. L. (2002). *Affect regulation, mentalization, and the development of the self* (1st ed.). Routledge. https://doi.org/10.4324/9780429471643

Freud, S. (1920). *Au-delà du principe de plaisir*. Payot.

Garmezy, N., Masten, A. S., & Tellegen, A. (1984). *The study of stress and competence in children: A building block for developmental psychopathology*. Child Development, 55(1), 97–111. https://doi.org/10.1111/j.1467-8624.1984.tb00276.x

Hamel, C., Debauche, A., Brown, E., Lebugle, A., Lejbowicz, T., Mazuy, M., Charruault, A., Cromer, S., & Dupuis, J. (2016). Viols et agressions sexuelles en France : premiers résultats de l'enquête Virage. *Population&Sociétés*,538(10),14.https://doi.org/10.3917/popsoc.538.0001

Hardy,K.V.,&Laszloffy,T.A.(1995). *The cultural genogram: Keytotraining culturally competent family therapists*. Journal of Marital and Family Therapy, 21(3), 227 242.https://doi.org/10.1111/j.1752-0606.1995.tb00158.x

Herman, J. L. (1992). Complex PTSD : *A syndrome in survivors of prolonged and repeated trauma*. Journal of Traumatic Stress,*5*(3),377–391.https://doi.org/10.1002/jts.2490050305

Hirigoyen,M.F.(1998). *Le harcèlement moral, la violence perverse au quotidien,* Éditions La Découverte et Syros, Coll.

Hirigoyen,M.F.(2017). *Emprise, soumission et violence dans le couple. Femmes diplômées*, 262(1), 65-76.

Hirigoyen,M.F.(2022).*Femmes sous emprise: les ressorts de la violence dans le couple*. Pocket.

Janet,P.(1889). *L'automatisme psychologique: essai de psychologie expérimentale sur les formes inférieures de l'activité humaine*. Alcan.

Krais,B.(1999).*Autour du livre de Pierre Bourdieu Ladomination masculine. Travail, genre et sociétés*, 1(1), 214-221. https://doi.org/10.3917/tgs.001.0214.

Liotti,G.(2004). *Traumatisme, dissociation et attachement désorganisé: trois brins d'une seule tresse. Psychotherapy: Theory, research, practice, training,* 41 (4), 472.

Main, M., & Solomon, J. (1990). *Procedures for identifying infants as disorganized/ disorientedduringtheAinsworthStrangeSituation.Attachmentinthe preschoolyears: Theory, research, and intervention*, 1, 121-160.

Main, M., & Hesse, E. (1990). Parents' unresolved traumatic experiences are related to infant disorganized attachment status: Is frightened and/or frightening parental behavior the linking mechanism?

Masten, A. S. (2014). *Ordinary magic: Resilience in development*. Guilford Press.

Mélan,E.(2017). Violences conjugales et regard sur les femmes. *Qu'apporte une définition basée sur une construction genrée des victimes* ? Champ pénal/Penalfield, 14. https://journals.openedition.org/champpenal/9574

Mori,S.(2019). *Pratiques de la thérapie narrative: comprendre et appliquer*. De Boeck Supérieur.

Mowrer, O. H. (1960). *Learning theory and behavior.* John Wiley & Sons.

Observatoire National pour la Lutte Contre la Violence à l'Égard des Femmes (ONLVF),& Agence Espagnole de Coopération Internationale pour le Développement(AECID).(2010). E*nquête nationale sur la violence à l'encontre des femmes en Tunisie* (ENVEFT 2010).

https://doi.org/10.1037/10802-000

http://www.observaction.info/wp-content/uploads/2015/01/Enqu%C3%AAte-Nationale-Violence-envers-les-femmes-Tunisie-2010.pdf

Organisation mondiale de la Santé. (2002). *Rapport mondial sur la violence et la santé : Résumé*. Organisation mondiale de la Santé.

Paillé, P., & Mucchielli, A. (2016). *L'analyse qualitative en sciences humaines et sociales* (4e éd.). Armand Colin. https://doi.org/10.3917/arco.paill.2016.01

Pearlman, L. A., & Courtois, C. A. (2005). Clinical applications of attachment framework: Relational treatment of complex trauma. *Journal of Traumatic Stress*, 18(5), 449–459. https://doi.org/10.1002/jts.20050

Postmus,J.L.,Plummer,S.B.,McMahon,S.,Murshid,N.S.,&Kim,M.S.(2012). *Understanding economic abuse in the lives of survivors. Journal of Interpersonal Violence*, *27*(3), 411-430. https://doi.org/10.1177/0886260511421669

Rutter, M. (2006). Implications of resilience concepts for scientific understanding. *Annals of the New York Academy of Sciences*, 1094, 1–12. https://doi.org/10.1196/annals.1376.002

Saint Arnault, D. M. (2017). The use of the clinical ethnographic narrative interview to understand and support help seeking after gender-based violence. TPM: *Testing, Psychometrics, Methodology in Applied Psychology*, 24(3), 423–432.

Saint Arnault, D. (2024). *Clinical ethnographic narrative interviewing: Illuminating culture and meaning*. Cognella.

Saint Arnault, D., & Roles, D. J. (2012). Social networks and maintenance of conformity: Japanese women on temporary stay. *International Journal of Culture and Mental Health*, 5(2), 77–93. https://doi.org/10.1080/17542863.2011.562557

Salmona, M. (2021). Comprendre l'emprise pour mieux protéger et prendre en charge les femmes victimes de violences conjugales. In R. Coutanceau & M. Salmona (Eds.), *Violences conjugales et famille* (pp. 98–107). Dunod. https://doi.org/10.3917/dunod.couta.2021.01.0098

Salmona, M.(2022). *Lelivre noir des violencessexuelles-3e éd.*Dunod.

Schore, A. N. (2001). Effects of a secure attachment relationship on right brain development, affect regulation, and infant mental health. *Infant Mental Health Journal*, 22(1–2), 7–66.

Southwick, S. M., Bonanno, G. A., Masten, A. S., Panter-Brick, C., & Yehuda, R. (2014). Resilience definitions, theory, and challenges: Interdisciplinary perspectives. European *Journal of Psychotraumatology*, 5(1). https://doi.org/10.3402/ejpt.v5.25338

Van der Hart, O., Nijenhuis, E. R. S., & Steele, K. (2006). T*he haunted self: Structural dissociation and the treatment of chronic traumatization*. W. W. Norton & Company.

Van der Kolk, B. A. (1994). The body keeps the score: Memory and the evolving psychobiology of posttraumatic stress. *Harvard Review of Psychiatry*, 1(5), 253–265. https://doi.org/10.3109/10673229409017088

Van IJzendoorn, M. H., Schuengel, C., & Bakermans-Kranenburg, M. J. (1999). Disorganized attachment in early childhood: Meta-analysis of precursors, concomitants, and sequelae. *Development and Psychopathology*, 11(2), 225–250. https://doi.org/10.1017/S0954579499002035

Walker, L.E. (1979). T*he battered woman*. Harper & Row.

White, M., & Epston, D. (1990). *Narrative means to therapeutic ends.W*. W.Nort

Liste des acronymes

OMS : L'Organisation Mondial de la Santé

CREDIF : Centre de Recherches, d'Etudes, de Documentation et d'Information sur La Femme

L'INED : Institutnational d'études démographiques en France DPE : Délégué de Protection de l'Enfance

CENI : Clinical Ethnographic Narrative Interview TAT : Thematic Apperception Test

EPST: l'Etat de Stress Post Traumatique.

Annexes

Tableau récapitulatif des Annexes

	Annexe	Titre de l'Annexe	Type de Document
I. CADRE ÉTHIQUEET PROCÉDURE	1	Fiche de recueil de données	Fiche technique des informations cliniques et contextuelles
	2	Autorisation d'usage de protocole CENI	Correspondance électronique (émail) (accord de l'auteur)
	3	Consentement éclairé	Formulaire d'accord signé et anonyme
	4	Guide de l'entretien semi directif	Thématiques abordés lors de la rencontre
II.DISPOSITIF NARRATIF (CENI)	5	La carte du réseau social : Sociogramme de Mme L. S	Données systémiques, visualisation de l'étayage relationnel
	6	Ligne de vie de Mme L.S	Données biographiques : Représentation de la temporalité
	7	La carte corporelle de Mme L.S	Données psychosomatiques, inscription du trauma dans le corps.
	8	Les cartes des émotions Tri des cartes des émotions	Données affectives/Relevée de la palette émotionnelle
	9	Catégorisationdes56émotionsselonles quatre temporalités choisies par la patiente	Grille de classification temporelle
	10	Tableau des formes de résilience : Personnelle, sociale, cognitive, émotionnelle et spirituelle	Typologie de résilience
	11	Evaluation après Clinical Ethnographic Narrative Interview « CENI »	Synthèse d'évaluation clinique
III. EVALUATION CLINIQUEET PROJECTIVE	12	Echelle HAD : HOSPITALENXIETY AND DEPRESSION SCALE	Données psychométriques : Intensité de la symptomatologie
	13	Poste Traumatic Check list selon DSM-5 (PCL-5)	Données psychométriques
	14	Feuille de cotation du TAT – Le Thematic Apperception Test	Données cliniques projectives, analyse des processus de pensée
	15	Dessin de la famille	Données projectives graphique
	16	Dessin libre	Protocole clinique
IV. Traitement et analyse de l'entretien	17	Transcription intégrale du Verbatim	Corpus brut de la parole
	18	Tableau d'encodage des verbes	Analyse morphosyntaxique
	19	Grille d'analyse thématique	Analyse de contenu, codage et unité de sens

Annexe 1 : Fiche de recueil de données

Fiche de recueil de données – Patient adulte (Mme L.S)

Date de l'évaluation : ...../..... / .....

I. Identification et motif

Nom/Prénom : Mme L.S

Date de naissance : ...../..... / ..... | Âge : .....ans

Adresse actuelle : .....

Statut d'occupation : Propriétaire/Locataire/Hébergée (parla famille)

Téléphone : .....

Adressée par : (Elle-même/ Médecin traitant / Assistance sociale/ Autre: .....)

Motif principal de la demande : Bilan psychologique suite à des violences conjugales / Évaluation de l'impact psychotraumatique / Demande d'orientation pour un suivi.

II. Origines familiales et histoire précoce

Origine géographique : Père : ..... | Mère : .....

Parents:

Père : Nom/Prénom : .....

Niveau d'études : ..... | Profession : ..... (Décédé ? / En vie)

Mère : Nom/Prénom :

Niveau d'études : .....| Profession : ..... (Décédée ? / En vie)

Consanguinité parentale : Oui/Non

Fratrie: (Prénom, âge, profession, qualité du lien actuel)

1. .....
2. .....
3. .....

Rang dans la fratrie : Aînée/Cadette/etc.

Choix de son prénom : (Signification, anecdote si connue)

III. Parcours de vie et développement

Scolarité : Niveau maximal atteint : ..... |
Déroulement (difficultés, réussites) : .....

Parcours professionnel : Métier (s) exercé (s): .....

|Situation actuelle : En poste/ Sans emploi/Arrêt maladie/ Autre.

Vie relationnelle et conjugale :

- **État civil actuel :** Mariée/ Séparée/ Divorcée/En instance de divorce.
- **Histoire conjugale :** (Prénom de l'ex-conjoint, date du mariage, date de séparation, nombre d'enfants).
- **Enfants :** (Prénoms, dates de naissance, lieu de résidence actuel, lien actuel).

  .....
  .....

IV. Antécédents et éléments cliniques

Antécédents médicaux personnels : (Maladies, hospitalisations, traitements encours).

Antécédents psychiatriques personnels ou familiaux : (Consultations, suivi, traitements).

Antécédents de violences : (Dans l'enfance ? Dans la famille d'origine ?)

Histoire de la maladie / du traumatisme actuel : (Résumé chronologique des événements : début des violences, nature, escalade, dates clés, démarches entreprises - plainte, médecine, etc.).

Consommations : Tabac/Alcool/Médicaments/Autres substances : .....

(Fréquence).

V. Évaluation psycho sociale actuelle

Réseau de soutien actuel : (Qui? Famille, amis, professionnels):

....

Situation financière et logement:(Revenus, autonomie, précarité).

Démarches en cours : (Judiciaires-divorce, protection, sociale, thérapeutique).

Principales préoccupations actuelles :

1. .....

2. .....

3. .....

Ressources et centres d'intérêt identifiés : (Activités, passions, croyances, sources de réconfort - ex : musique, spiritualité, cuisine).

Annexe 2 « Autorisation d'usage de protocole CENI»



Denise Saint Arnault <starnaul@umich.edu> lun. 3 nov. 2025 21:35

À moi

Ce message semble être en anglais ×

Traduire en : français

Hello Anissa

You have my permission to use the translated CENI for your dissertation work. Best wishes on your success!

Denise

From: marco anissa <marcoanissa335@gmail.com>
Sent: Monday, November 3, 2025 2:55 PM
To: starnaul@umich.edu <starnaul@umich.edu>
Subject: Request for authorization to use research instruments

...

[Message tronqué] Afficher l'intégralité du message



marco anissa <marcoanissa335@gmail.com> lun. 3 nov. 2025 22:15

À Denise

Hello,

Thank you very much for granting me permission to use the translated document in my dissertation. Your support means a lot to me, and I'm grateful for your encouragement.

I wish you all the best,

Sincerely,
Anissa MARCO

Annexe 3 « Consentement »

استمارة موافقة للمشاركة بدراسة علمية

الدراسة العلمية: التعافي من تجارب العنف القائم على النوع الاجتماعي (العنف اللي تعرضتلو على خاطرني امرأة)

الباحثة: أنيسة ماركو
طالبة بالسنة الثانية من الماجستير المهني لعلم نفس الطفولة والمراهقة
بالمعهد العالي للدراسات الإنسانية
جامعة تونس المنار

1- لدي علم بنوعية و أهداف و طريقة القيام بهذا البحث.
2- لدي علم بما ينجر عن مشاركتي بهذا البحث.
3- لدي علم بان مشاركتي حرة غير مشروطة و بإمكاني الانسحاب بأي وقت بدون أي نتائج سلبية.
4- لدي علم بأن نتائج الاستبيان سيتم القيام بها في كامل السرية المهنية ولن تنشر إلا لأهداف علمية من قبل الباحثة.
5- لقد تسنى لي أن أسأل كل التساؤلات الممكنة للاستفسار عن هذا البحث و تلقيت إجابات كافية من قبل الباحثة.
6- أعرف أن مشاركتي بهذا البحث لا تخلي ذمة الباحثين و المختصين المهنيين بالمؤسسة من واجباتهم المهنية و القانونية تجاهي.
7- أعرف أن ليس هنالك مقابل لمشاركتي.
8- لدي نسخة من استمارة الموافقة.
9- لقد قرأت هذه الاستمارة و أبدي موافقتي الحرة للمشاركة في هذا البحث.

اسم المشاركة	التاريخ	الإمضاء
	11/11/2021	

Annexe 4 : Guide d'entretien

دراسة ميدانية حول تجارب التعافي من الصدمات النفسية و الإحساس بجودة الحياة

الباحثة:.....

التاريخ ..11..نوفمبر 2025

الرمز: " الشحرورة "

العمر:
قداش عمرك؟ 50 سنة

المستوى الدارسي : سنة سابعة آداب
قريت و الا ؟
(الإجابة بنعم ☐السؤال الموالي)
حد لوين قريت ؟(اختار اجابتك مابين المقترحات)
- ☐ ابتدائي
- ☐ أساسي
- ☐ ثانوي
- ☒ باك
- ☐ جامعي (إجازة – ماجستير – دكتوراه)

الوضعية المهنية: (اختار اجابتك مابين المقترحات)
- ☐ نخدم
- ☐ نفركس في خدمة
- ☐ ما نخدمش
- ☐ نقرى
- ☒ ربة بيت
- ☐ متقاعدة او في الانتريت
- ☐ ما نجمش نخدم على خاطر عندي مرض مزمن و الا إعاقة
- ☐ وضعية أخرى : فسرها

أنواع العنف:
منظمة الأمم المتحدة تعتبر إلّي العنف القائم على النوع الاجتماعي (الجندر ☐ على خاطر مرأة) هو أي تصرّف ينجم يسبّب ألم ولا أذى للمرأة، سواء كان جسدي، جنسي ولا نفسي، وحتى التهديد بأفعال كيما الحبس ولا الحرمان من الحرية من غير سبب، سواء في الدار ولا في الأماكن العامة.

شنوا نوع العنف اللي تعرّضتلّو على خاطرك امرأة ؟
- ☐ حتى شيء
- ☒ عنف جسدي
- ☒ عنف نفسي أو عاطفي
- ☒ عنف جنسي
- ☒ عنف مادي أو اقتصادي (نحاولك فلوسك)
- ☒ يلاحق فيك (او يعسّ عليك /
- ☐ نوع اخر ☐اذكره :

1

الضحية

في الاقتراحات اللي باش نقدموهملك اماهم الي يوصفوا اللي صار عليك من عنف و اعتداء؟
- ☒ عنف من قبل شريك الحياة
- ☒ اعتداء في الصغرة
- ☒ عنف في العايلة
- ☐ اعتداء جنسي
- ☐ اغتصاب
- ☒ هرسلة جنسية
- ☐ ملاحقة او عسّة
- ☒ عنف بالسلاح
- ☐ الدعارة القسرية (لم بسيف)
- ☐ عنف عصابات
- ☐ محتجزة للإنجاب (باش تجيب الصغار)
- ☐ عنف في مناطق صراعات (مثل ليبيا / سوريا)/ وضعيات أخرى : الرجاء وصفها.

الاعتداء في الوقت الحالي :

في الأثناش الأشهرة الاخرنين تعرضتش للعنف على خاطرك امرأة؟
- ☐ لا
- ☒ أي و مازال صابر
- ☐ أي أما معنداش توا

2

الاكتئاب

باش نقدملك مقترحات على احاسيس يمكن حسيتها او أفعال قمت بيها □بالنسبة لكل مقترح باش تقوللنا قداش عشته من مرة في الجمعتين الاخرنيين؟

	لا بالكل	بعض الأيامات	أغلبية الأيامات	محسوب كل يوم
نتلهى ونفرح شوية بالكل كنعمل حاجات		4		
نحس روحي حزينة □ متشائمة و نهز في روحي بالسيف		X		
مايجينيش النوم □ ما نرقدش برشا □ نرقد برشا		X		
نحس روحي تاعبة□ ما عنديش برشا قوة				4
ماعنديش برشا شاهية للماكلة□ ناكل برشا			9	
نحس حاجات خايبة على روحي □ نحس روحي إنسانة فاشلة □ خليت روحي و إلا عايلتي اللوطة	4			
عندي مشكلة في التركيز على الحاجات مثال كنقرى الأخبار و إلا نتفرج في التلفزة				X
نتحرك و نتكلم بالشوية للّي الناس الاخرين لاحظوها □ العكس متوترة ياسر و ماتركحش		9		

3

اضطرابات ما بعد الصدمة

باش نقدملك مقترحات على المشاكل اللي يمكن يعيشوها الناس بعد تعرضهم للضغط. بالنسبة لكل مشكل حاول تقوللناقداش تعبك في الشهر الاخراني

	لا بالكل	شوية بالكل	بالزايد	بالزايد برشا	على الاخر
1.ترجعلي الذكريات متع اللي صارلي من غير ما نتحكم فيها و تتعاودو تمهشني		4			
2.تحس روحك مظطربة وقتلي حاجة تفكرك باللي صارلك			4		
3.تتجنب الأفكار و الأحاسيس و الذكريات اللي مربوطة باللّي صارلك				4	
4.تتجنب الحاجات الخارجية التي تذكرك باللّي صار (مثال : أشخاص □بلايص□ حكايات □ أنشطة □حاجات □ وضعيات)	9				
5.عندك معتقدات خايبة على روحك و الا على الناس و الا على الدنيا (مثال : عندك أفكار من نوع انا خايبة□ فما حاجة سافايا عندي □ ما تنجم تصدق حد □ الدنيا خايبة و خطيرة)				4	
6.ما عادش يهمك في الحاجات اللي كنت تعمل عليهم جو	4				
7.تحس روحك متوترة فيسع ما تشعل					4
8.عندك مشكلة في التركيز					9

4

الخدمات المستعملة

شنوما الخدمات الصحية اللي مشيتلهم في الاثناش الشهر الاخرين ؟

- ☒ طب عام
- ☒ استعجالي
- ☐ عيادة
- ☒ طبيب نفسي
- ☒ اخصائي نفسي
- ☐ دوايات ☐ الرجاء ذكرها :
- ☒ مستوصف
- ☐ عيادات أخرى ☐ الرجاء ذكرها:
- ☐ لا شيء

سوابق علاجية في الصحة النفسية

داويتش عند طبيب نفسي في السابق ؟

- ☒ نعم
- ☐ لا

اذا تعالجت في الصحة النفسية☒ من فضلك قوللنا وقتاشو قداه دامت مدة العلاج

- ☐ استشارة (مرشدة اجتماعية او اختصاص اخر)

.....

- ☒ اخصائي نفسي

مستشفى مختص بتعليم الأطفال العقلي

- ☒ طبيب نفسي

ما بين سنة و 2023

- ☐ رقدت في الصبيطار (قداش من مرة ☐ المدة)

.....

- ☐ اختصاص اخر : من فضلك أوصفه

.....

5

التشخيص الطبي

اذا شفت طبيب (ة) ☐بعد ما عديت عطاوكشي اسم المرض النفسي و الا الجسدي ؟

- ☐ لا
- ☒ نعم : من فضلك فسرلنا

في الاثناش الشهر الاخرنينن تصور إلى أنا حاجتي بعلاج نفسي

- ☐ لا ماحاجتيش بالكل
- ☐ شوية
- ☐ حاجتي نوعا ما بشكون يعاوني
- ☐ حاجتي ياسر بشكون يعاوني
- ☒ ديما حاجتي بشكون يعاوني

إدراك الاحتياجات

في الاثناش الشهر اللي تعداوا نتصور اللي انا حاجتي بشكون يعاوني

- ☐ لا ابدا
- ☐ شوية
- ☐ حاجتي نوعا ما بشكون يعاوني
- ☐ حاجتي ياسر بشكون يعاوني
- ☒ ديما حاجتي بشكون يعاوني

في الاثناش أشهرة الآخرنين فماشي أوقات حسيت فيهم اللّي يمكن تستحق للمختص بسبب مشاكل في المشاعر متاعك و الا خاطرك متوترة و الا بسب تناول الكحول او المخدرات و لكن مع ذلك ما مشيتش؟

- ☐ لا
- ☒ نعم : من فضلك فسرلنا

أما سنة لا راجلي يرتاق بيا .

6

موانع البحث عن المساعدة

كي ترجع تتفكّر □وقتلي خمّمت تفركس شكون يعاونك في الاثناش شهر لخرانين على العنف الي تعرّضتلو ،قداش كل وحدة من المقترحات اللي باش نقدموهالك أثرت على قرارك باش ما متشوفش شكون يعاونك؟

ما فماش إجابات صحيحة و لاخرة غالطة

	ما أثرتش عليا	أثرت عليا شوية	أثرت عليا نوعا ما	أثرت عليا برشا
نخمم إلي المشكل باش يوفى وحدو وحدو			✓	
خفت لا المساعدة الي باش نطلبها تتكلفلي برشا				✓
خفت من كلام الناس واش باش يخمموا عليا	✓			
كنت حاشمة و متحرّجة	✓			
حبيت نحل مشاكلي وحدي و الانخم الي لازمني نحل مشاكلي وحدي				✓
كنت نخمم انو اللي عشته حاجة عادية وانو الحكاية ما تستاهلش	✓			
كنت متقلقة لا مانتحصلش على مساعدة في الوقت			✓	
ماكنتش فرحانة بالخدمة الي تحصلت عليها				✓
فركست قبل على مساعدة لاكن ما عاونتنيش برشا				✓
ما عنديش منين نجيب الفلوس اللازمة				✓
الضمان الاجتماعي اللي عندي ما يغطيش المصاريف هذي				✓

	ما أثرتش عليا	أثرت عليا شوية	أثرت عليا نوعا ما	أثرت عليا برشا
النوع متع المساعدة اللي حاجتي بيه موش موجود				✓
نخاف لايغزرولي بنظرة دونية	✓			
خفت من العواقب عليا و على أولادي و عايلتي			✓	
كنت داخلة بعضي و مانجمش ننظم التفاصيل و المراحل				✓
كنت نحس بروحي عاكشة و إلا متجمدة و ما نجم نبدا شيء		✓		
كنت نخمم الي الناس باش تحكم عليا				✓
ما كنتش نعرف شنوة نحس، ولا شنوة نحب بالضبط			✓	
كنت خايفة و مانجمش نعبر بوضوح على اللي حاجتي بيه				✓
فما شكون منعني من اني نتحصل على المساعدة الي حاجتي بيها				✓
ما طلبتش المساعدة على خاطر كنت نحاول نحمي روحي	✓			
حلان الباب لمشاعري ينجم يضعفني				✓
يمكن انه طلب المساعدة يعني اني فشلت و الا انهزمت	✓			
يظهرلي و انه الناس القوية ما تطلبش المساعدة				✓
كيف باش نطلب المساعدة، لازم نعترف بحاجات أنا في الأصل ما نحبّش نفكّر فيهم ولا نواجههم	✓			

	ما أثرتش عليا	أثرت عليا شوية	أثرت عليا نوعا ما	أثرت عليا برشا
كنت خايفة إلّي ما نستاهلش و الا ما نستحقش المساعدة	X			
كنت متقلقة من اني نولي منعوتة بالصبع على خاطر تعرضت لاعتداء بصفتي امراة	X			
خفت لا نتفضح الى انا تعرضت للعنف و نولي منعوتة بالصبع	X			

الناس عندهم ردود فعل مختلفة بعد ما يعيشوا احداث صادمة. باش نعرفوا شنية الأفكار الي خممت فيها بعد التجربة الصادمة الي عشتها باش نقدمولك مجموعة من المقترحات الي يمكن تنطبق عليك و يمكن لا □ من فضلك قللنا بالنسبة لكل مقترح قداش توافق عليه.

ما فماش إجابات صحيحة و إجابات غالطة.

	ما نوافقش بالكل	ما نوافقش	ما نوافقش نوعا ما	لا ما نوافقش	نوافق نوعا ما	نوافق	نوافق على الاخر
الي صار في جرّة تصرفاتي	X						
ما نجموش نالقوا في الناس						X	
لوكان جاء حد آخر راهو ماتحطيش في وضعية كيما نهكا						X	
مانجمش نعمّل على الناس الاخرين						X	
ما نجمش نوقف الحاجات الخايبة اللي تصيرلي						X	
الناس مايبانوش على حقيقتهم						X	
فما حاجة فيا اللتي تخلي الشيء هذا صار						X	
ماعادش باش يصيرلي حتى شيئ باهي	X						

كان جاي باب حتى ما يصيرليش شكاية

Bai? Pa Da@

القدرة على التعامل مع المطالب

المقترحات اللي باش نقدموهملك توا مرتبطة بالمشاعر الي تنجم تحسها على قدرتك في التعامل مع المطالب من وقت الي عشت تجربة العنف

ردة الفعل تنجم تكون مختلفة من شخص إلى آخر و مافماش إجابات صحيحة و إجابات غالطة

بالنسبة لكل مقترح قللنا قداش تحس روحك قادرة

	مانيش قادرة بالكل	مانيش قادرة	نوعا ما مانيش قادرة	قادرة بالقدا	لا قادرة لا مانيش قادرة	نوعا ما قادرة	قادرة
نتعامل مع التأثير اللي عملتوا التجربة الصادمة على حياتي				X			
نقوم بحياتي اليومية				X			
نتحدث على التجربة الصادمة اللي عشتها							X
نواجه التصاور المرعبة و الكوابيس متع التجربة الصادمة						X	
نكون متفائلة من وقت اللي صارت التجربة الصادمة						X	
نفركس على شكون ينجم يعاوني بعد اللّي صار							X
نكون نفسانيا أقوى				X			

الادراكات حول العنف اللي تعرضتلوا على خاطرني امراة

باش نقدمولك مجموعة من المقترحات □ من فضلك قللنا قداش توافق على كل مقترح

	ما نوافقش بالكل	ما نوافقش نوعا ما	لا نوافق لا ما نوافقش	لا ما توافقش	نوعا ما نوافق	نوافق عالاخر
المرأة لازمها تقعد صامدة و تعمل إلي لازم تعملوا حتى ولو هي تعاني جرة الاعتداء عليها						X
من مظاهر القوة و العزة انه المراة تعاني بسكات	X					
عادي انه راجل يعنف امرأة	X					
المرأة لازمها تتلها بشنوا حاجتهم الآخرين	X					
اللحمة العائلية أهم من إن تعيش المرأة مفرهدة					X	
لو كان فما اعتداء في وسط العايلة لازم تقعد الأمور لداخل	X					
المراة لازمها تكون صبورة و متسامحة مع الي يعملو الراجل فيها	X					
التحكم و القوة حاجات متع الرجال	X					
الرجال عندهم أكثر عقل و حكمة هذاكا علاش لازمهم يشرفوا على تسيير العايلة	X					
كيفاش المرأة تلبس و الا تتصرف هو السبب في تعامل الراجل معاها					X	
عادي وانه الراجل يحب يعرف وين مشات مرته					X	

11

التعافي

فما برشا أنواع متع عنف الي تدخل تحت مسمى العنف القائم على النوع الاجتماعي (الجندر) كيفما العنف من قبل شريك الحياة☑العنف الجنسي □الاعتداء في سن الطفولة □الدعارة القسرية (بالسيف) □طهارة النساء / البنات□الملاحقة (العسة).

العنف اللي تعرضطلوا على خاطرك امراة عندو تاثير على الصحة الجسدية و النفسية و على الحياة الاجتماعية

باش نقدمولك مجموعة من المقترحات اللي توصف احاسيس و تجارب الأشخاص

من فضلك قوللنا قداش كل مقترح يوصف اللي تحس فيه حاليا.

	ما يوصفش الي قاعدة نحس فيه	يوصف شوية الي قاعدة نحس فيه	يوصف باسر الي قاعدة نحس فيه	يوصف أغلب الي قاعدة نحس فيه	يوصف بالقدا الي قاعدة نحس فيه
نحس روحي نعرف انا شكون وشنوة الي يخليني انا نكون انا			X		
نحس روحي قادرة باش نتقبل الجزء الي فيا ما نحبوش	X				
نحس روحي قوية بطبيعتي					X
نحس روحي عندي إضافة في المجتمع					X
نحس إلي الناس الآخرين يحسوا بقيمتي و يعاملوني كيفما نستحق				X	
عندي ثقة في اللي قرابلي و أنهم يتصرفوا لأحسن ما فما في مصلحتي					X
نحس روحي قادرة باش نبني علاقة حميمية اذا انا اخترت لا نحب نطيش حزة	X				
نحس إلي الناس إلي نثق فيهم في حياتي يسمعوني و يفهموني					X
نحس روحي نجم نتواصل بكل صدق مع الناس اللي نثق فيهم					X
نحس بالأمل في انه التعافي ممكن بالوقت					X
نحس روحي إلّي ما زال عندي القدرة نشوف الخير في الدنيا					X

12

	ما يوصفش الي قاعدة نحس فيه	يوصف شوية الي قاعدة نحس فيه	يوصف ياسر الي قاعدة نحس فيه	يوصف أغلب الي قاعدة نحس فيه	يوصف بالقدا الي قاعدة نحس فيه
نجم نرا امكانيات جديدة في مستقبلي					٢
نجم نحس بالطمأنينة كنبدى وحدي					٣
نجم نكون باهية مع روحي					٩
نجم نوصل اللي حاجتي بيه للآخرين					٩
نجم نسامح روحي على التصرفات السابقة اللي خلاتني نحس بالحشمة و الا بالذنب		٢			
نحس و نخم الي ما لازمنيشنتلام على تجاربي	٢				

الأسئلة اللي باش نطرحوها عليك مبعد نتعلق بتجربة العنف الي ممكن صارتلك على خاطرك مرأة و اللي تنجم تكون اعتداء جنسي □ عنف من قبل شريك الحياة □ اعتداء في وسط العايلة□ اعتداء في سن الطفولة و أنواع أخرى.
من الممكن و انه عند بعض المشاكل الجسدية و الا النفسية مرتبطة بنوع اخر من المعاناة.
باش نطلبوامنك التركيز على المشاكل الصحية و مشاكل حياتك اللي مرتبطة بالعنف اللي تعرضطلوا على خاطرك امراة.
باش نقدموك مقترحات ممكن تنطبق على مشاعرك و افكاركو قتليتخم في روحك و في ماضيك. ما تنساشو انه الموجود في المقترحات هذي ينجم يتبدل مع الوقت. من فضلك ركز مع اللي تحس فيه اليوم.

<u>تعريف الصدمة</u>

كيفاش نوصف تجربة العنف اللي عشتها :

- [ ] عشت العنف اللي صارلي على خاطرني امراة وتسببتلي في مشاكل و لكنمانعتبرهاشي جزء مهم من حياتي.
- [ ] صعيب و انينخم في روحي من غير ما نخم في تجربة العنف اللي صارلي على خاطرني امراة اللي عشتها.
- [ ] نعرف اللي انا عشت تجربة عنفعلى خاطرني امراةو لكن نحاول و انه الذكريات و الاحاسيس هذي نسكر عليها و نبعد عليها باش نحمي روحي و نحسبو كانها عمرها ما صارت.

حاجة تافهة خاطر يلزمني نتقدم

- [ ] العنف اللي صارلي على خاطرني امراة حاجة خايبة من الحاجات الخايبين اللي صارتلي في حياتي. تظهرلي حاجة من الحاجات اللي موش ماشية في حياتي.
- [ ] نحاول واني ننظر لتجربة العنف اللي صارلي على خاطرني امراة من منظور اخر لكن تطلب برشا مجهود.
- [ ] نعرف الي العنف اللي صارلي على خاطرني امراة اللي كان حاجة غير عادية ومضرة و لكنه جزء مني و انا كانسان ما نتلخصش في التجارب متاعي.

الترابط

- [ ] كيفاش نتعرف على العلاقة بين المشاعر و الأفكارو الجسدو التصرفات:
- [ ] بالرغم الي المعاناة اللي نحس فيها في بدني و في نفسيتي مربوطة بالعنف اللي صارلي على خاطرني امراة الا انه ماتراش علاش باش نحكي عليه و الا باش نعمل حاجة بخصوصه.
- [ ] العنف الليصارلي على خاطرني امراة هو السبب الرئيسي متع المعاناة النفسية و الجسدية اللي نحس فيها.
- [ ] سعات معادش نحس ببدني و مشاعري□ سعات ما عاد نحس حتي شيء. جاي جاي جاي جاي
- [ ] نحس روحي منهكة (تاعبة برشا) و مضغوطة أصلا في جرة الحاجات الكل اللي موش ماشية في حياتي.
- [ ] قاعدة نعمل في مجهود باش نفهم العلاقة بين بدني و مخّي لكن نعرف اللي مازلت ما فهمتش كل شيئ بلقدا.
- [ ] نحس في روحي نجم نفهم العلاقة بين بدني و مخّيو هذا يخليني نحس بالطمأنينة.

اثار الصدمة

قداش نتصور اللي انا تأثرت بالعنف اللي صارلي على خاطرني امراة:

- [ ] ما نعتقدش العنف اللي صارلي على خاطرني امراة اللي عندوتاثير على الدوام و الا دمّرلي حياتي
- [ ] نعتقد اللي العنف اللي صارلي على خاطرني امراة يأثر لليوم على تفكيري و احاسيسيو علاقاتي
- [ ] نعتقد اللي ما يصلح الي شيء باش نركز على العنف اللي صارلي على خاطرني امراة نتجنب نخم فيه يوجع برشا.
- [ ] الهم متاعي توا هو مشاكل الحياة اليومية و العنف اللي صارلي على خاطرني امراة ما هوش اوّل ماتخم فيه.
- [ ] بالرغم اللي ديما نجاهد باش نتعامل مع مخلفات العنف الليصارلي على خاطرني امراة الا اني مازالت لازمني نبذل مجهود. نرا اللي فما تحسن و عندي امل اللي باش نبرا بالوقت.
- [ ] التأثير متع العنف الي صارلي على خاطرني امراة اقل من العادة. وقتلي نفيق اللي انا قاعدة نفقد في السيطرة نعرف اللي هذا ردّ فعل عادي بعد اللي عشته.

التعبير على الذات

كيفاش نرا روحي في المرحلة اللي قاعدة نبرى فيها :

- [ ] نعتقد اللي العنف اليصارلي على خاطرني امراة ما عندوش أهمية قدام ذاتي و مستقبلي
- [ ] العنف الي صارلي على خاطرني امراة رئيسي في ذاتي و مستقبلي
- [ ] نحس روحي مخدرة و الا مقطوعة من تاثيرالعنف اليصارلي على ذاتي.
- [ ] ديما نجاهد مع المشاكل و الحرمان في حياتي اليومية و هذا هو السبب الرئيسي في حزني و معاناتي النفسية.
- [ ] بالرغم اللي سعات نبدى مشغولة بالأحاسيس و الذكريات متع الماضي اما نحب نعرف كيفاش نغزر القدام و ننتهى بالعلاج متاعي
- [ ] قابلة فكرة و انه العنف اللي تعرضتلوا جزئ مني و من الماضي متاعي. نعرف اللي ذاتي فيها حاجات باهية و حاجاتخايبة بخلاف العنف اللي تعرضتلوا.

القدرة على الفاعلية

كيفاش نرى قدرتي على الفعل:

- ☐ الصدمات حاجة تصير للناس الكل.وما نظنش إلّي أثّرتلي على كيفاش نتصرف. اما سعات كن خمم فيها ما زلت نحس بالحشمة.
- ☐ المشاعر اللي نحسّ بيها بسبب العنف اللي تعرّضتلّو خاطرني مرأة، تأثّرلي ديما على حياتي اليومية وعلى كيفاش نتصرف.
- ☐ نحاول نبعد على مشاعري ونخبي ذكرياتي مع العنف اللي تعرّضتلّو خاطرني مرأة، باش نجم نكمّل حياتي بشكل طبيعي.
- ☐ في جرة الحزن و الحاجات الخايبة اللي صارتلي في حياتي ديما نفقد السيطرة.
- ☐ بالرغم اللي نحاول نبرى اما باقي عندي صعوبة في انيتحكم في مشاعري و قدرتي على الفعل ☐ لكني متفائلة اللي بالوقت باش نطوّر قدراتي.
- ☐ نحسّ إلّي العنف اللي تعرّضتلّو خاطرني مرأة قليل وين ما يأثّرلي على حياتي. وكي يأثّر، نعرف روحي نجم نتحكّم في مشاعري وناخذ قراراتي وحدي.

الشبكة الاجتماعية

كيفاش نوصف علاقتي بالشبكة الاجتماعية اللي تساندني؟

- ☐ اكثرية علاقاتي سطحية. نتجنب العلاقات القريبة و الحميمية على خاطر ما نحبش العباد تعرفني على حقيقتي.
- ☐ نشك اللي نجم نعمل علاقات باهية على خاطر اعراضي متع الصدمة قوية و الناس ما تفهمش
- ☐ ساعات نحسّ روحي كي الغريبة، في المجتمع وحتى في علاقاتي مع الناس، خاطر نحسّ روحي مقطوعة ، وصعيب نحسّ اللي نندمج ولا نلقى بلاصتي.
- ☐ برشا حاجات ماشية بالغالط في حياتي و ماعنديش برشا جهد باش نجاري علاقات بخلاف اللي لازم.
- ☐ نحاول نكون منفتحة على علاقات جديدة وقت اللي نحس بالأمان و الراحة بالرغم اللي مزال عندي مشكل باش نعطي الثقة.
- ☐ يما نشارك الناس اللي قرابلي و نثق فيهم مشاعري و احتياجاتي و هكذا نجم نلقى المساعدة في الأوقات الصعيبة.

٩ نحسّ في علاقتي بهيام إنبشي الكيمة اندهورت ما ينسش عارفة أن السبب ولا اللي قاعد يصير قدامها.

أفكار حول الحياة بصفة عامة

من فضلك فكر في حياتك اليومية و حياتك بصفة عامة. باش نقدملك مجموعة من المقترحات فما ناس تتوافق معاها و ناس لا
بالنسبة لكل مقترح اعطينا الإجابة اللي تناسبك
ما فماش إجابات صحيحة و أخر غالطة
وقتلي لفكر في حياتي بصفة عامة

	قليل ولا لا بالكل	سعات	بانتظام	غالبا	ديما
نحس حياتي عندها معنى ووتستاهل نعيشها				X	
نحس روحي لاهية و مهتمة بحياتي		+			
نحس اللي حياتي اليومية تعطيني نوع من الرضا					X
نحس اللي حياتي باهية برشا		+			
نحسّ روحي جزء مهمّ من العالم اللي داير بيا	+		.		
نحسّ إلّي حياتي عندها معنى واضح		4			
قاعدة نسعى بش حياتي تكون كيما لازمها تكون					X
نعتقد اللي حياتي عندها أهداف واضحة				4	
نفهم كيفاش الحاجات تسير و دوري في هذا					X
نفهم العباد اللي داير بيا				4	
في العادة نجم نتكهّن و الا نطلّع كيفاش الأمور باش تسير في حياتي					4

	قليل ولا لا بالكل	سعات	سعات	غالبا	ديما
نعرف شنوا اللي صاير في حياتي و شنوا لازمني نعمل					٩
نجم نفهم علاش الأمور اللي صايرة في حياتي صايرة هككا			٢		
نعرف كيفاش نجاري الوضعيات في حياتي				٤	
نعرف علاش نعمل في اللي نعمل فيه				٤	
نفهم علاش نحس في اللي نحس فيه				٤	
نجم نرى العلاقة بين الوضعيات اللي عايشتهم و أحاسيسي			٩		

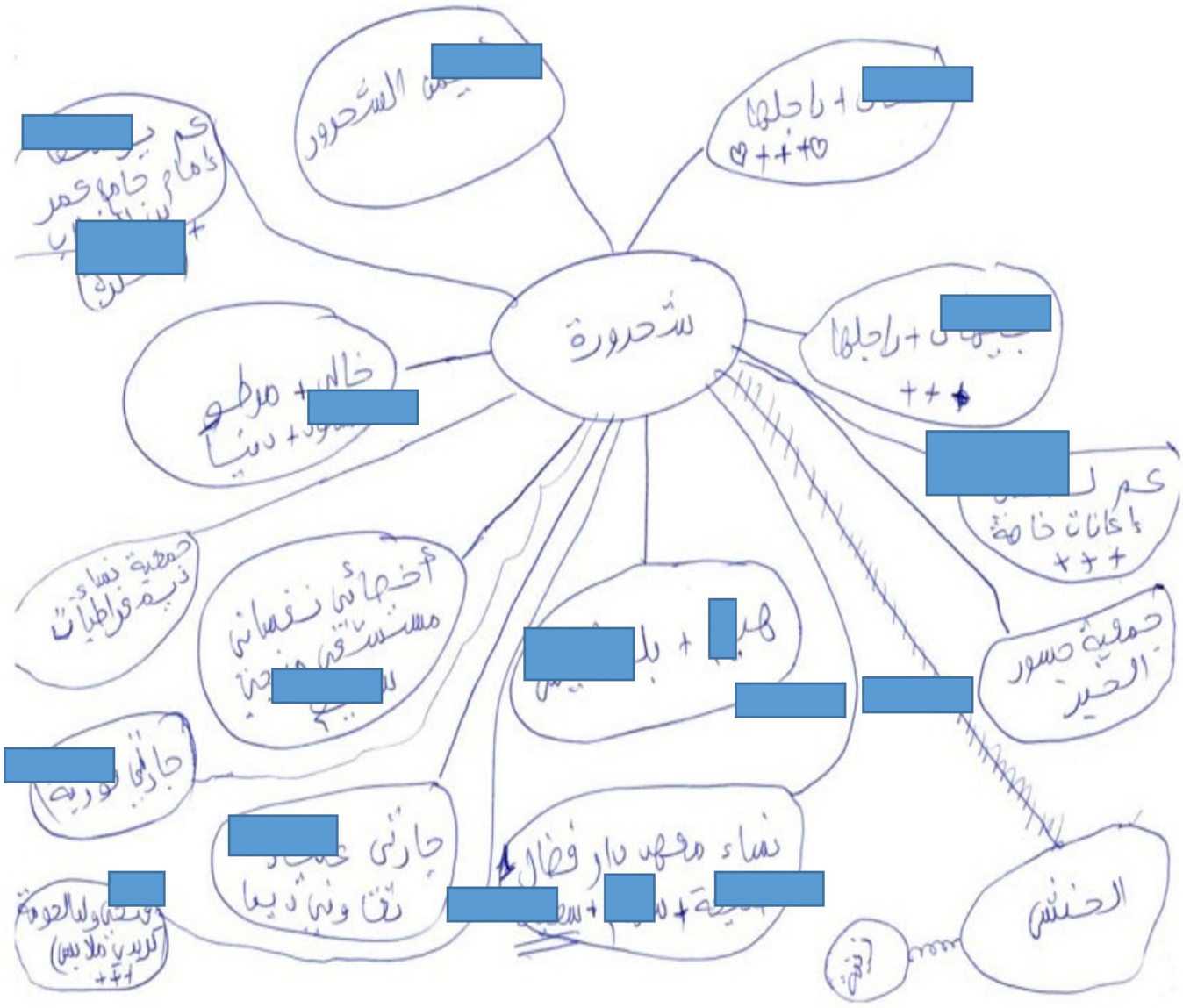
نحاول نتأقلم معاها

معلومات إضافية

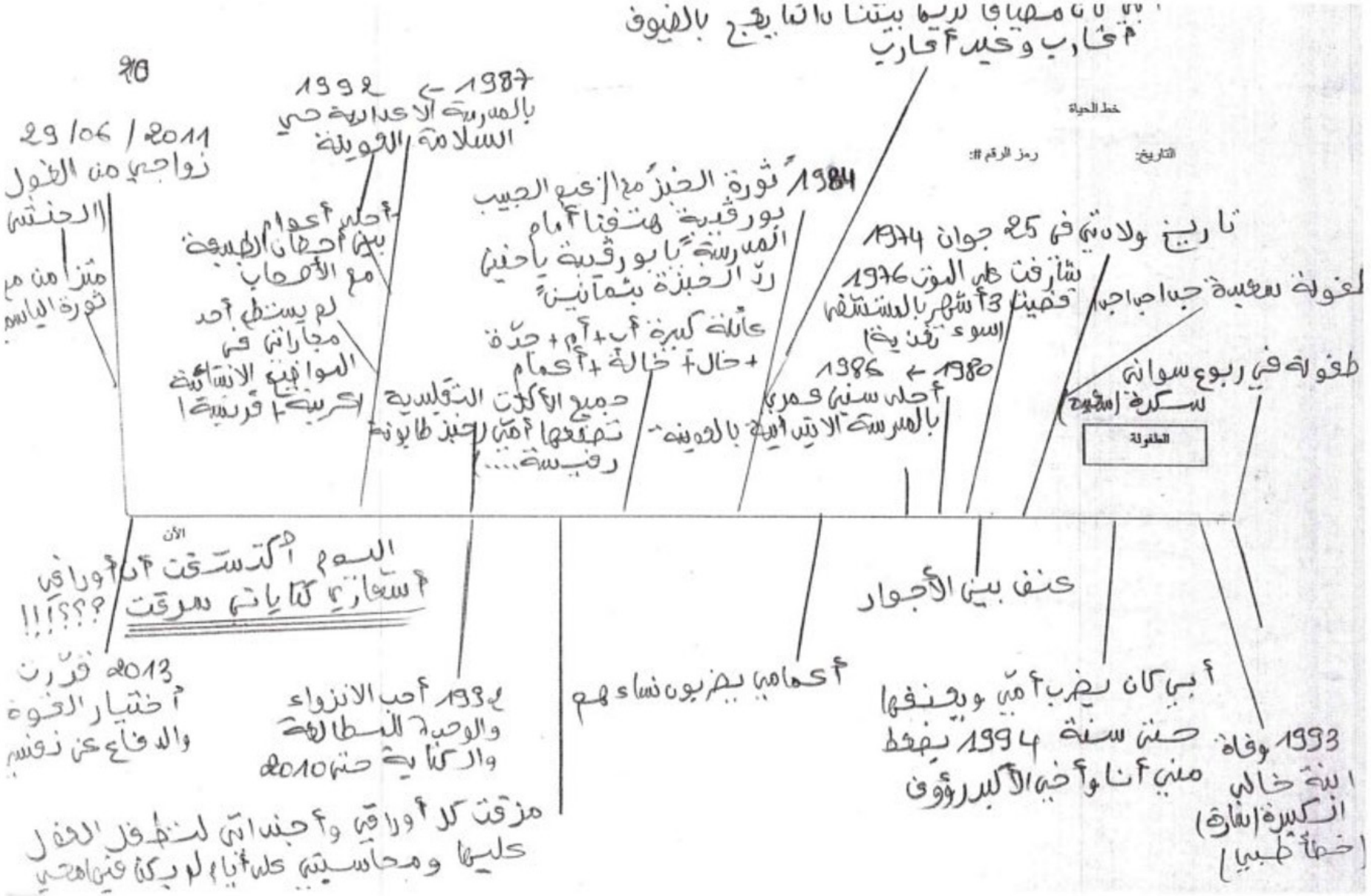
من فضلك لوكان فما حاجة أخرى تحب تزيدها قوللنا عليها:

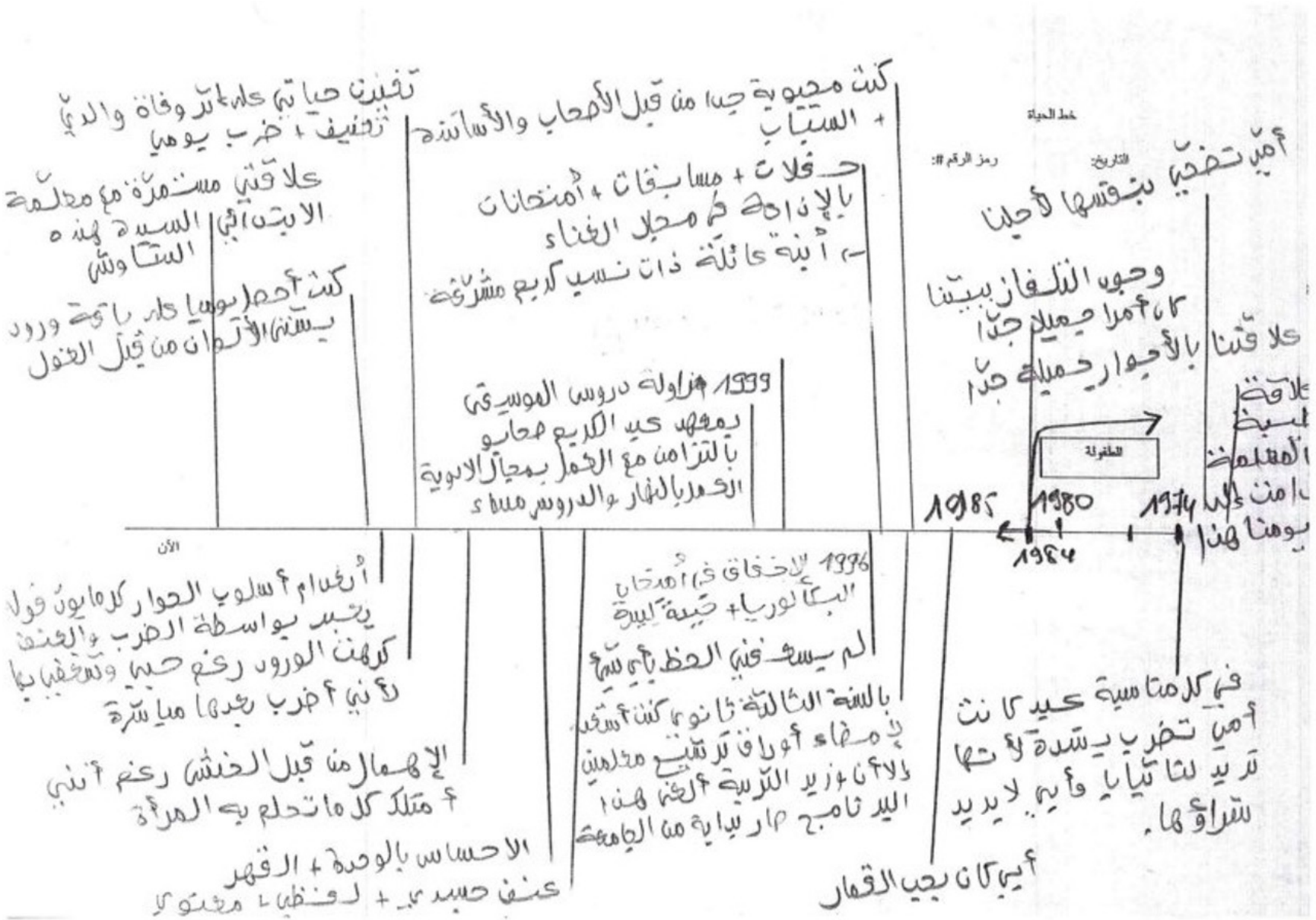
٩ حتى كيف نتعرض عليا حاجات ما نحبهاش نحاول نتأقلم معاها
٩ ما تحبش نخمم فيها حاجة باش انجم انتقدم ونتطور بنايتي البلزمني ديما نقوى وفايدة لبنايتي.
٨ نحب الحياة برشا ونتمنى يجيبا نهار نعيشها كيما حلمت وخططت.

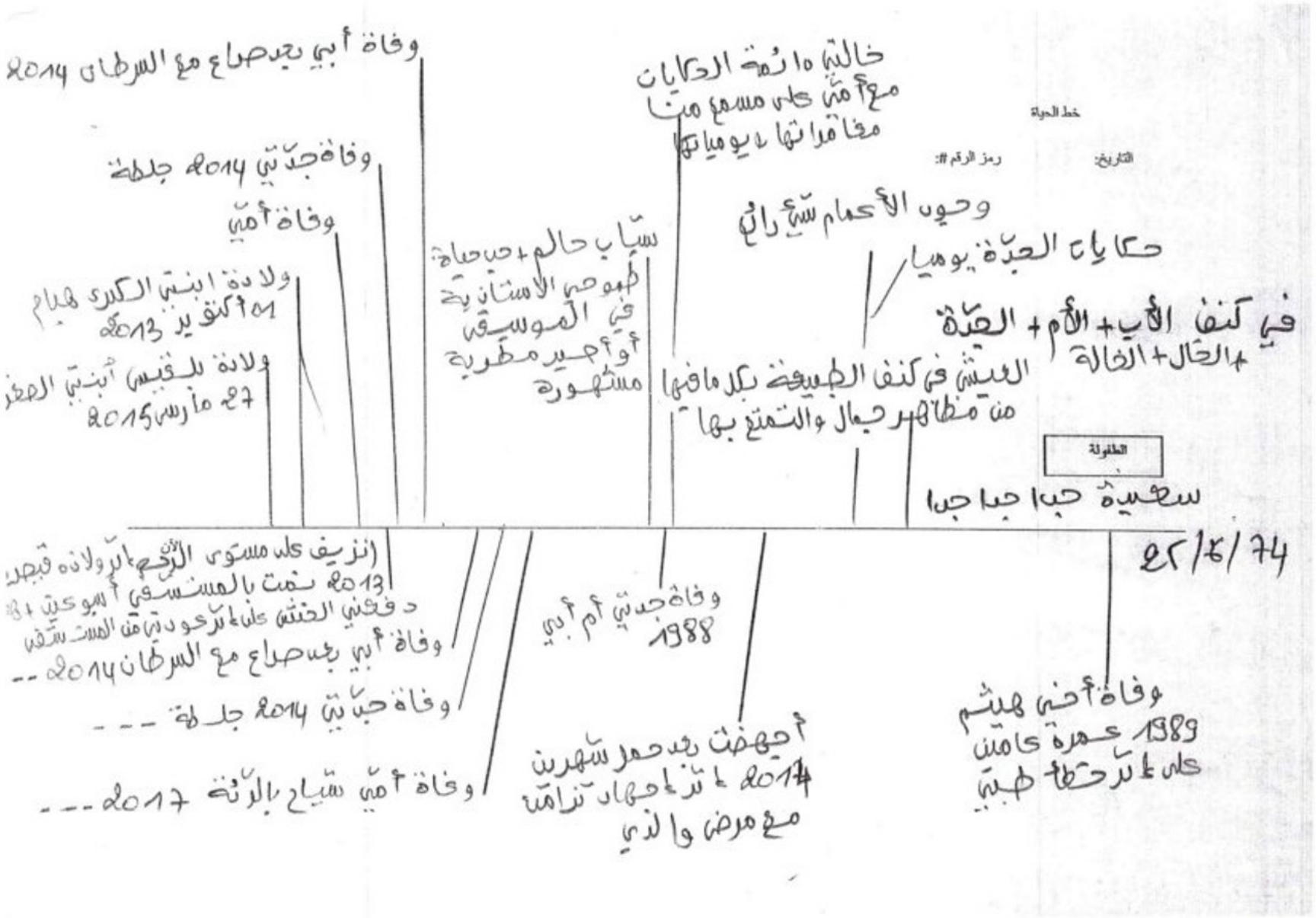
Annexe 5 : Sociogramme de Mme L.S

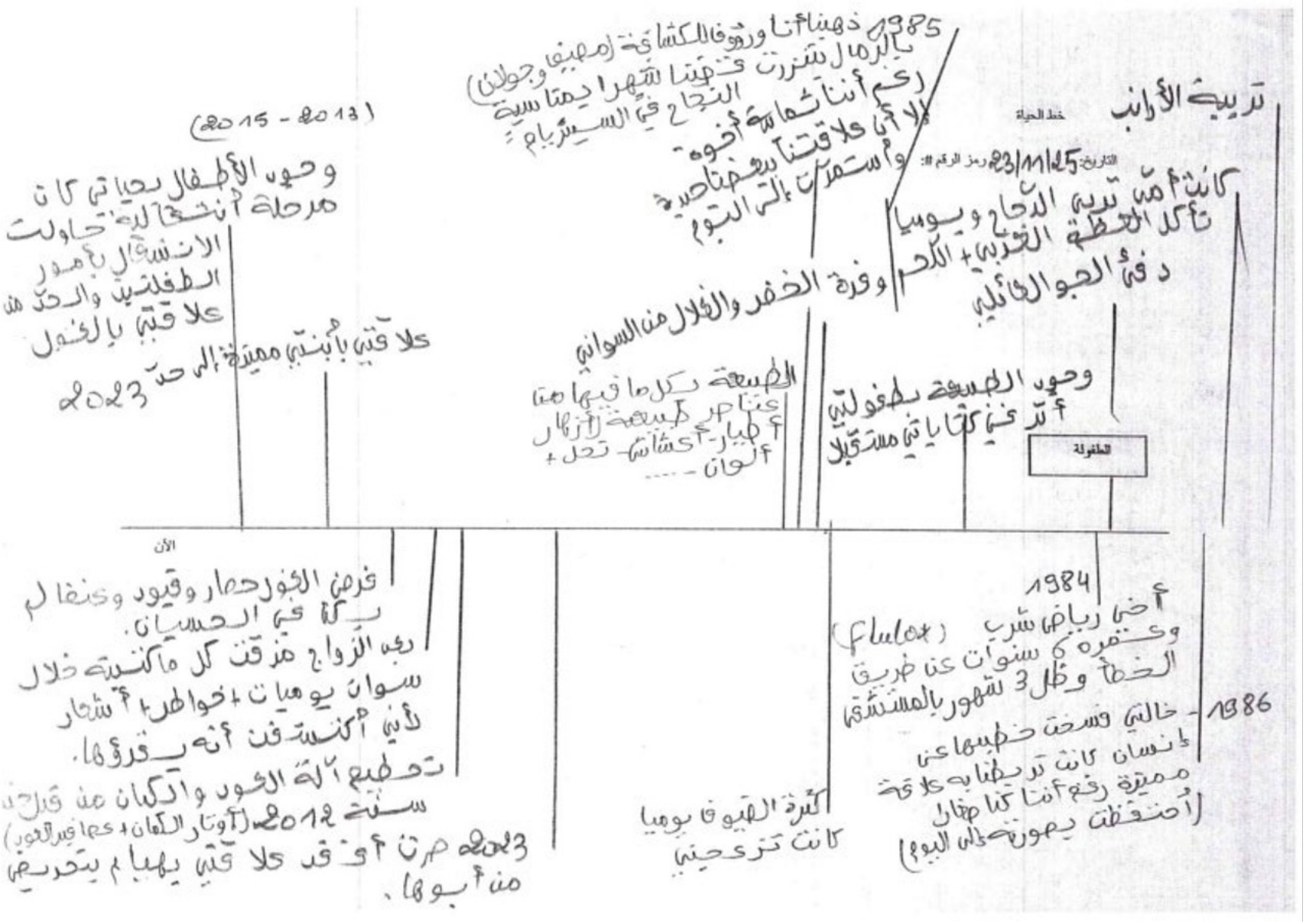


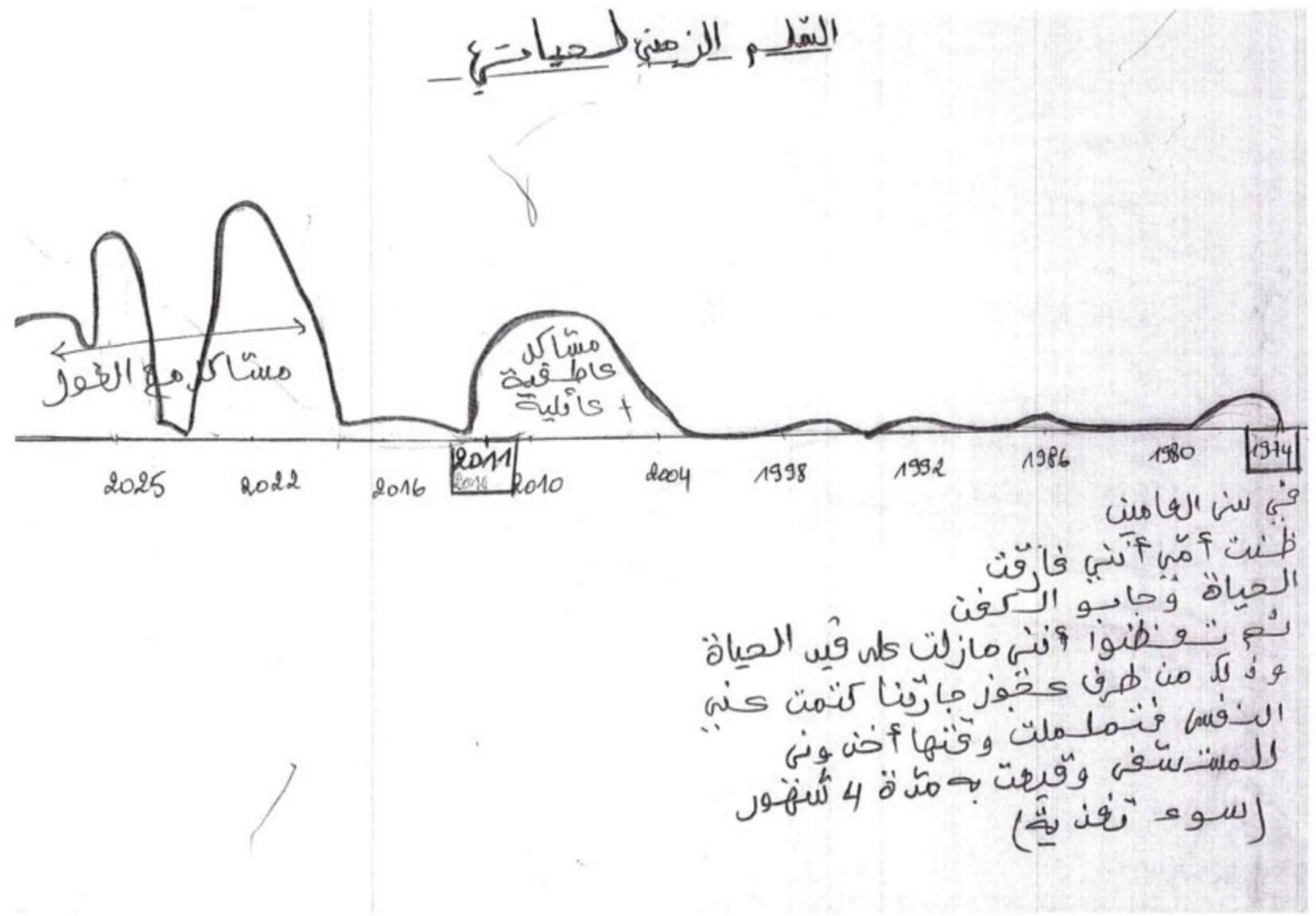
Annexe 6 : Ligne de vie de Mme L.S



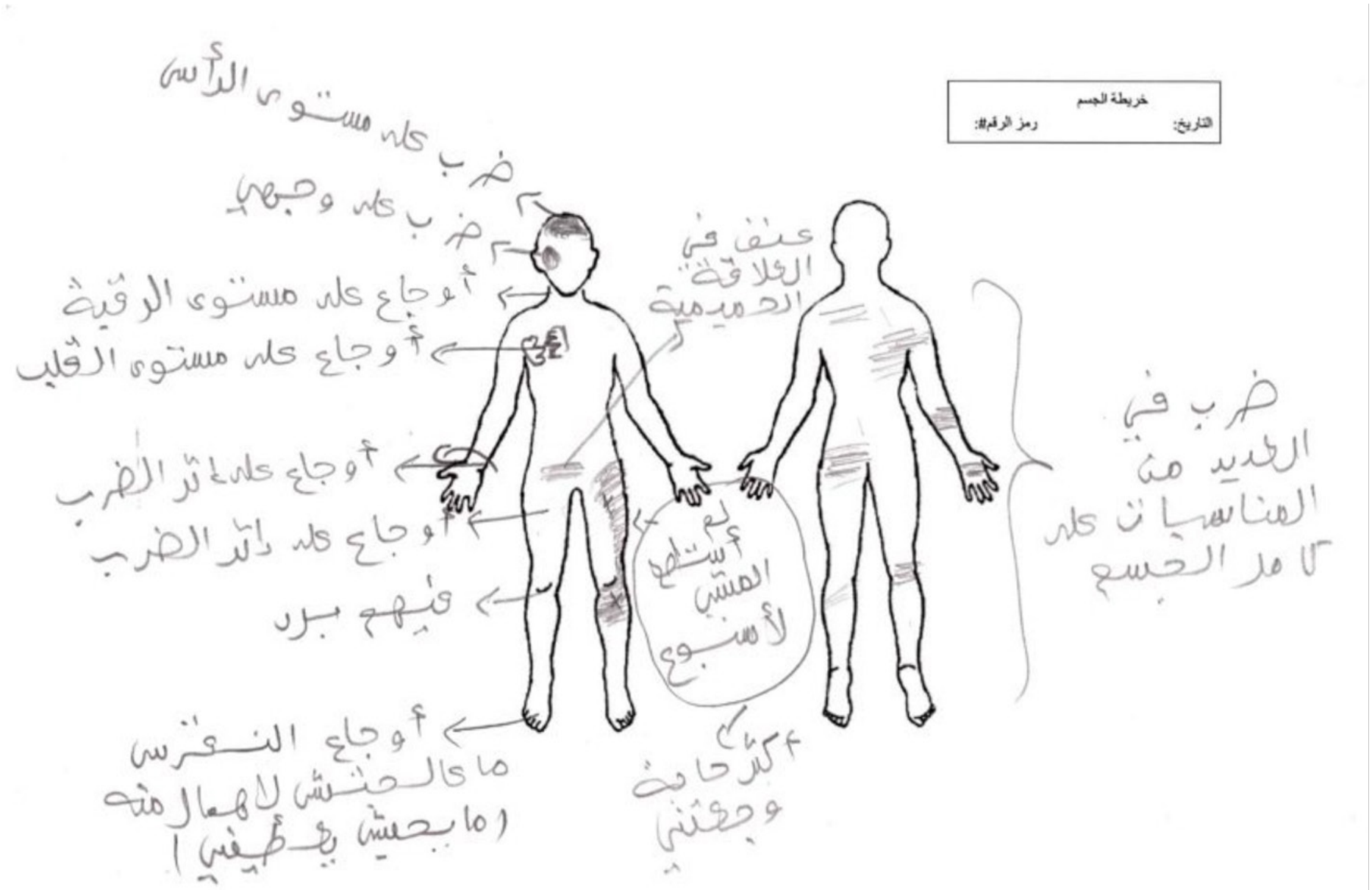

خط الحياة
التاريخ:
رمز الرقم #:
أمي تضحي بنفسها لأجلنا
وجود التلفاز ببيتنا كان أمرا جميلا جدا بالأحوار جميلة جدا
علاقتنا
1982
1980
1974
1984
الطفولة
الآن
تغيرت حياتي كلها بعد وفاة والدي تعنيف + ضرب يوميا
علاقتي مستمرة مع معلمة الابتدائي السيدة هذه الستاوتي
كنت أحصل يوميا على راحة ورود بسبب الأدوان من قبل الخول
كنت محبوبة جدا من قبل الأصحاب والأساتذة + السباب
حفلات + مسابقات + أمسيات بالإذاعة في مجال الغناء
ـ ابنة عائلة ذات نسب كريم مشرفة
1999 مزاولة دروس الموسيقى بمعهد عبد الكريم محايو بالتزامن مع العمل بمجال الاتوية العمل بالنهار والدروس مساء
1996 الإخفاق في امتحان البكالوريا + خيبة كبيرة
لم يسعفني الحظ بأي شيء
بالسنة الثالثة ثانوي كنت أستعد لإمضاء أوراق الترشيح مع المعلمين
لكن مع زيد الترسبة أغلقت هذا الباب نهائيا من الجامعة
أبي كان يحب القمار
في كل مناسبة عيد كانت أمي تضرب بشدة لأنها تريد لنا ثيابا وأبي لا يريد شراءها.
أرغمت أسلوب الحوار كل مايوم قول يتبدل بواسطة الضرب والعنف كرهت الورود رغم حبي وتعشقي بها لأني أضرب بعدها مباشرة
الإهمال من قبل الخنشي رغم أنني أمتلك كل ما تحلم به المرأة
الإحساس بالوحدة + القهر عنف جسدي + لفظي + معنوي


خط الحياة
التاريخ:
رمز الرقم #:
سعيدة حبا حبا
27/6/74
الطفولة
في كنف الأب + الأم + الجدة
+ الخال + الخالة
حكايات الجدة يوميا
وحيون الأحلام شيء رائع
العيش في كنف الطبيعة بكل ما فيها
من مظاهر جمال والتمتع بها
خالتي دائمة الحكايات
معي أمتى كل مسمع من
مغامراتها ويومياتها
شباب حالم + حب حياة
طموحي الاستثنائية
في الموسيقى
أو أي مطربة
مشهورة
ولادة ابنتي الكبرى هيام
01 أكتوبر 2013
ولادة للقيس ابنتي الصغرى
27 مارس 2015
وفاة أبي بعد صراع مع السرطان 2014
وفاة جدتي 2014 جلطة
وفاة أمي
انزيف على مستوى الرحم أثناء ولادة قيصرية
2013 سنت بالمستشفى أبيوكيتي + 8
دفعني الخشم على العودة من المستشفى
وفاة أبي بعد صراع مع السرطان 2014 --
وفاة جدتي 2014 جلطة ---
وفاة أمي شياخ بالرئة 2017 ---
وفاة جدتي أم أبي
1988
أصيبت بعد حمل شهرين
2014 + نزيف حاد تزامنا
مع مرض والدي
وفاة أخي هيثم
1989 عمره عامين
على + نزيف طبي

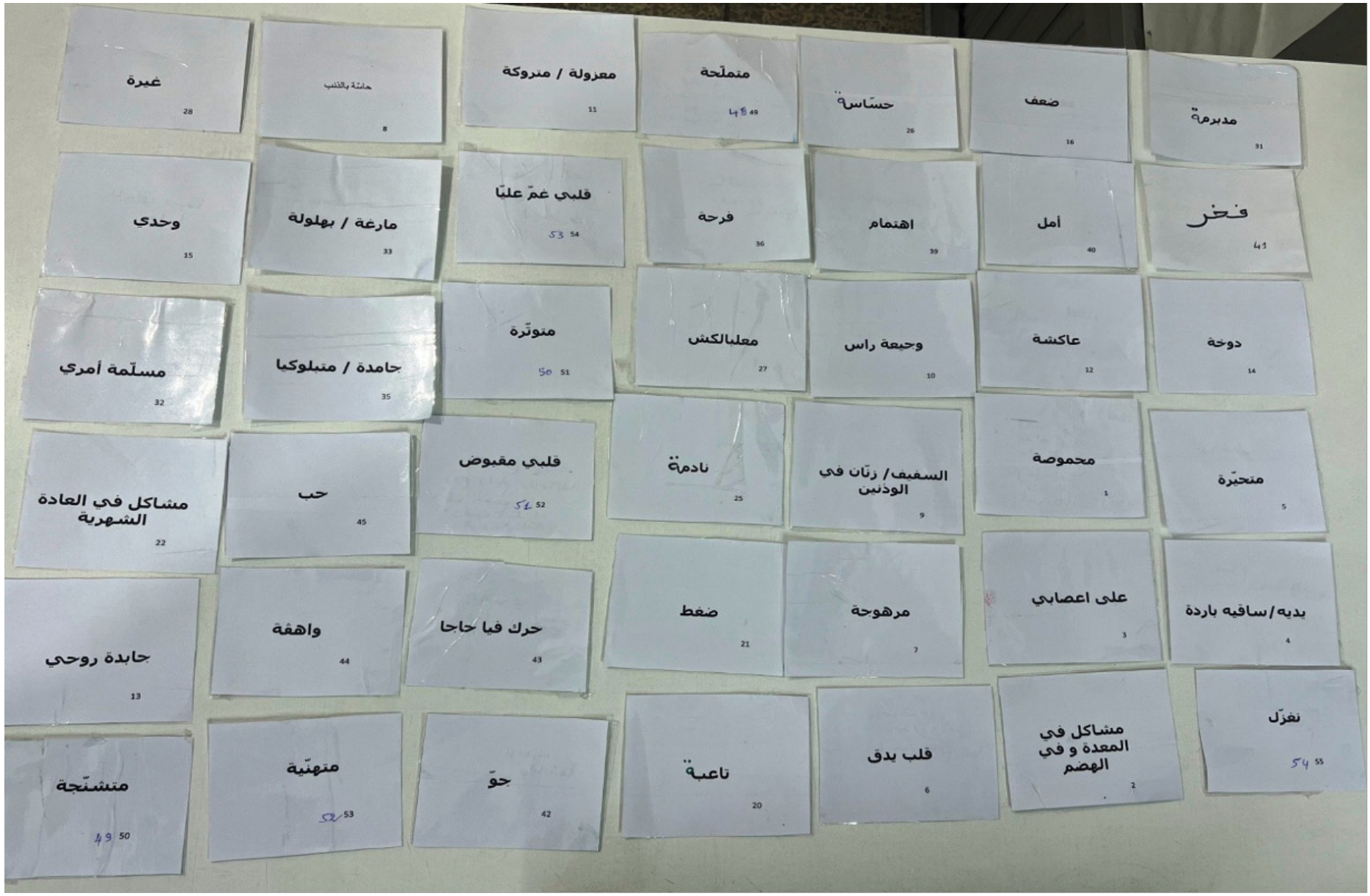

تربية الأرانب
خط الحياة
التاريخ: 23/11/25 رمز الرقم #:
كانت مهنة تربية الدجاج ويوميا تأكل الخطة الشرقية + اللحم
دفء الجو العائلي
1985 ذهبنا أنا وزوجي للكشافة إلى هيفا وجولان بالرمال تنزهت فيها شهرا بمتاعبة النجاح في السيزيام
رغم أننا شماسة أخوه
لا أبي علاقتنا بعض متاعبة
واستمرت إلى اليوم
وفاة الخفر والغزال من السواني
الطبيعة بكل ما فيها من عناصر طبيعة الأزهار أطيار أكشاش تحل + ألوان ----
وجود الطبيعة بطفولتي أثر في كتاباتي مستقبلا
الطفولة
(2015 - 2013)
وجود الأطفال بحياتي كان مرحلة أنشغالية حاولت الانشغال بأمور الطفلتين والحد من علاقتي بالخمول
علاقتي بابنتي مميزة إلى حد 2023
الآن
فرض الكورونا وقيود وعزلة لم يكن في الحسبان.
بعد الزواج مزقت كل ما كتبته خلال سنوات يوميات + خواطر + أشعار لأني أكتشفت أنه يقرؤها.
تطبيع آلة الكمان من قبل ابنتي سنة 2012 (أوتار الكمان + عصا الكمان)
2023 عرض أفلام علاقتي بها لم يتحرر من أبوها.
كثرة الهيوفا يوميا كانت تزعجني
1984
أخي رياض شرب (Flulex) وعمره 6 سنوات عن طريق الخطأ وظل 3 شهور بالمستشفى
1986 - خالتي فسخت خطبتها عن إنسان كانت تربطها به علاقة مميزة رغم أننا كنا صغار أحتفظت بصورته حتى اليوم


العلم الزمني لحياتي
مشاكل مع الغول
مشاكل عاطفية عائلية +
2025
2022
2016
2011
2010
2004
1998
1992
1986
1980
1974
في سن العاشرة
ظننت أمي أنني فارقت
الحياة وجابو الكفن
ثم تعظنوا أنني مازلت على قيد الحياة
وفك من طرف عجوز جارتنا كتمت عني
النفس فتململت وقتها أخذوني
للمستشفى وقدرت بمدة 4 أشهور
(سوء تغذية)

Annexe 7 : La carte corporelle de Mme L.S



Annexe 8 : Les cartes des émotions



فرز البطاقات

الشخص الي صارت معاه المقابلة: "الشحرورة"

التاريخ: 19 DEC 2025

النصيحة

"بناءا على الي تعلمتو وفهمتو اليوم نحب نقول لروحي الي انا مانيش فاشلة، أنا مرا حاربت باش نعيش، باش نمنع روحي، باش ناقف لبناتي، سكاتي ما كانش ضعف، توا لقيت شكون يسمعني و يفهمني، أنا اخترت باش نوقف العنف و الضرب، اخترت حياة جديدة، نحب ناقف على ساقيا"

" الهدف متاعي توا نمنع روحي ونمنع بناتي، ماعدش يهمني اش يقولو عليا" نحب نعمل تكوين في الطبخ، نحب نخدم و نعمل على روحي باش ما نستحق حتى لحد" المرا الي بلاش خدمة ما تنجم تعمل شيء" باش نمشي لجمعية النساء الديمقراطيات باش يعملولي محامية لإتمام إجراءات الطلاق"

توا نحس في روحي حيية، و الغصن متاع الشجرة الي ماتت ولا أخضر ، وليت نجم نتنفس، باش نطير حرة"

المعنى لروحك

أنا انسانة "محطمة"
انا نستاهل الي صار عليا "على خاطرني خذيتو ورضيت بيه،
"قتل فيا كل حاجة حلوة، " بعدني على موزيكتي"
"خديتو باش نرضي أمي"
"أنا ما نستحقش الظلم الي صارلي"
"ما عادش نحب نجكي عيه"
"نتجنب كل حاجة تربطني بيه"
" ما كنتش نجم نواجه"
"كنت محقورة" كيف نمشي للبوليسية باش نشكي يقولولي " برا روح لدارك"
"كنت نحس في روحي عرف يابس مكسر من شجرة"

المعنى لغيرك

"النسا الكل ياكلو طريحة "
"كان في بالي نورمال، أمي عيات ما تاكل في الضرب من عند بابا"
"خذيتو على خاطرني كبرت في العمر (37سنة) و ما عرستش"
"وليت بايرة في نظر أمي و المجتمع و ماعادش نخلط على جيبان الصغار"
"وقتها خفت لا يقولو عليا مانيش بنت أصل"
دارنا قالولي " ما عناش بنات تطلق"
ما كنتش نطلب المساعدة كان من عند أختي و راجلها

مشاعر الحاضر	مشاعر الماضي	مشاعر ما بين الماضي و الحاضر	مشاعر ما تمثلنيش
36	38	37	28
39	11	29	45
40	19	46	52
41	16	55	13
42	26	56	15
43	34	24	32
54		17	53
20		18	44
25		23	31
7			33
12			8
47			22
48			30
21			35
1			
2			
3			
4			
5			
6			
9			
10			
14			
27			
49			
50			
51			

Annexe 9 : Catégorisation des 56 émotions selon les quatre temporalités choisies par la Mme L.S

N° de la carte	Émotion (arabe)	Traduction/ Équivalent en français	Joie	Colère	Peur/ Anxiété	Temps choisi par la patiente
36	فرحة	Joyeuse	X			Présent
37	الحمد و الشكر	Louange et gratitude	X			Passé vs Présent
38	راحة البال	Paixintérieure	X			Passé
39	اهتمام	Attention / intérêt	X			Présent
40	أمل	Espoir	X			Présent
41	فخر	Fierté	X			Présent
42	جو	Ambiance / énergie positive	X			Présent
43	حرك فا حاجة	Quelqu'un m'a touché /bouge en moi	X			Présent
28	غ رة	La jalousie				
45	حب	Amour				
52	متهنّ ة	Encouragée / motivée				
54	نغزّل	une colère maintenue dans le temps.	X			Présent
11	معزولة/متروكة	Isolée/abandonnée		X		Passé
13	جابدة روحي	Âmefatée / épuisée				
15	وحدي	Seule				
52	متهنّ ة	Encouragée / motivée				
54	نغزّل	une colère maintenue dans le temps.	X			Présent
11	معزولة/متروكة	Isolée/abandonnée		X		Passé
13	جابدة روحي	Âmefatée/épuisée				
15	وحدي	Seule				
19	مغلوبة	Vaincue/accable		X		Passé

N° de la carte	Émotion (arabe)	Traduction/ Équivalent en français	Joie	Colère	Peur/ Anxiété	Temps choisi par la patiente
20	تاعبة	Souffrante/ malade	X			Présent
25	نادمة	Regrettante	X			Présent
29	يحشّم/يعمل العار	Honteux/ quifaithonte	X			Passé vs Présent
32	مسلّمة أمري	Qui abandonne son sort				
46	مقهورة	Opprimée/vaincue	X			Passé vs Présent
53	قلبيغمّعليّا	Cœurtriste/ chagrin				
55	موجوعة	Blessée/souffrante	X			Passé vs Présent
56	مظلومة	Victimed'injustice	X			Passévs Présent
7	مرهوجة	Fatiguée/ épuisée	X			Présent
44	واهـڤة	Fatiguée/épuisée (autre dialecte)				
12	عاكشة	Insolente/rebelle				Présent
24	منرفزة	fachée	X			Passé vs Présent
31	مدبرمة	Contrariée/ fâchée				
33	مارغة/بهلولة	Folle/déjantée				
47	شايخة/ متفرهدة	épanuit		X		Présent
48	متملّحة	indiférente		X		Présent
8	حاسّة بالذنب	Coupable				
21	ضغط	Pression		X		Présent
1	محموصة	furieuse			X	Présent
2	مشاكل في المعدة و في الهضم	Problèmes d'estomac et de digestion			X	Présent
3	على أعصابي	Sur les nerfs/ énervée			X	Présent

N° de la carte	Émotion (arabe)	Traduction/ Équivalent en français	Joie	Colère	Peur/ Anxiété	Temps choisi par la patiente
4	يديه / ساقيه باردة	Mains/jambes froides			X	Présent
5	متحﷺرة	Perdue/confondre			X	Présent
6	قلب ﷺدق	Cœur qui bat fort/ palpitations			X	Présent
9	السفﷺف/زنّان في الوذنﷺن	Sifflement/ bourdonnement dans les oreilles			X	Présent
10	وجﷺعة راس	Mal de tête			X	Présent
14	دوخة	Vertige			X	Présent
16	ضعف	Faiblesse			X	Passé
17	متغششة	Flou/confusion			X	Passé vs Présent
18	وجﷺعة في الاكتاف/ الظهر	Douleur aux épaules/dos			X	Passévs Présent
22	مشاكل في العادة الشهرﷺة	Problèmes de règles				
23	متقلّقة	Inquiet/ anxieux			X	Passévs Présent
26	حسّاسة	Sensible			X	Passé
27	معلبالكش	Ennuyée/dérangée			X	Présent
30	متأزمة	Encrise/endifficulté				
34	مخنوقة	Étouffée/ opprimée			X	Passé
35	جامدة/ متبلوكﷺا	paralysée				
49	متشنّجة	Tendu/nerveuse			X	Présent
50	متوتّرة	Stressée			X	Présent
51	قلبي مقبوض	Cœur serré			X	Présent

Annexe10 : Tableau des formes de résilience : personnelle, sociale, cognitive, émotionnelle et spirituelle

N°de la carte	Émotion (arabe)	Émotion/ état	Résilience			Résilience	
36	فرحة	Joyeuse	1			1	
37	الحمد والشكر	Louange et gratitude					1
38	راحةالبال	Paix intérieure	1			1	1
39	اهتمام	Attention/intérêt		1	1		
40	أمل	Espoir	1		1		1
41	فخر	Fierté	1				
42	جو	Ambiance/énergie positive	1			1	
43	حرك فيّا حاجة	Quelqu'un m'a touché/ bougeenmoi		1		1	1
28	غيرة	Jalousie					
45	حب	Amour					
52	متهنّية	Encouragée/motivée					
54	نغزّل	Une colère maintenue dans le temps.				1	
11	معزولة/متروكة	Isolée/abandonnée	1	1		1	
13	جابدة روحي	Retirée					
15	وحدي	Seule					
19	مغلوبة	Vaincue	1			1	
20	تاعبة	Souffrante/ malade	1			1	
25	نادمة	Regrettante			1	1	
29	يحشّم / يعمل العار	Honteux/quifait honte				1	
32	مسلّمة أمري	Quiabandonneson sort / résignée					
46	مقهورة	Opprimée/vaincue	1	1		1	
53	قلبي غمّ عليّا	Cœurtriste/ chagrin					
55	موجوعة	Blessée/souffrante	1	1		1	
56	مظلومة	Victimed'injustice	1	1		1	
7	مرهوجة	Fatiguée/ épuisée	1			1	
44	واهـڤة	Fatiguée/épuisée (autre dialecte)					
12	عاكشة	Insolente/rebelle		1		1	
24	منرفزة	Irritable/ agacée				1	
31	مدبرمة	Contrariée/ fâchée					
33	مارغة/بهلولة	Folle/déjantée					

N°de la carte	Émotion (arabe)	Émotion/ état	Résilience			Résilience	
47	شايخة / متفرهدة	Effrayé/encolère				1	
48	متملّحة	désabusée		1		1	
48	حاسّة بالذنب	Coupable					
21	ضغط	Pression/stress	1		1	1	
1	محموصة	furieuse				1	
2	مشاكل في المعدة وفي الهضم	Problèmes d'estomac et de digestion	1			1	
3	علىاعصابي	Surlesnerfs/énervée	1			1	
4	يديه / ساقيه باردة	J'ailesmainsetles jambes froides	1			1	
5	متحيّرة	Perdue/confondre			1	1	
6	قلب يدق	Coeurquibatfort/ palpitations	1			1	
9	السفيف/زنّان في الوذنين	Sifflement/ bourdonne mentdanslesoreilles	1			1	
10	وجيعة راس	Maldetête	1			1	
10	وجيعة راس	Vertige	1			1	
16	ضعف	Faiblesse	1			1	
17	متغششة	Énervée			1	1	
18	وجيعة في الاكتاف/ الظهر	Douleuraux épaules/ dos	1			1	
22	مشاكل في العادة الشهريّة	Problèmesde règles					
23	متقلّقة	Inquiète/anxieuse			1	1	
26	حسّاسة	Sensible		1		1	
26	حسّاسة	Ennuyée/dérangée		1		1	
27	معلبالكش	Indifférente	1	1		1	
30	متأزمة	Encrise/endifficulté					
34	مخنوقة	Étouffée/opprimé	1			1	
35	جامدة/ متبلوكيا	Paralysée					
49	متشنّجة	Tendue/nerveuse	1		1	1	
50	متوتّرة	Stressée	1			1	
51	قلبي مقبوض	Cœur serré	1				

Annexe 11 : Evaluation après Clinical Ethnographic Narrative Interview

«CENI»



التقييم بعد المقابلة				
	لا جملى	شوية	برشة	التعليقات
المقابلة هاذي عاونتني نفهم اللي فما حاجات يلزمني نعملهم باش تعاوني نحسّن وضعيتي			X	أحسست أنني رجعت لذاتي اللي فقدتها مستقبلا هلي لا عالة بباتي نحقيق أهدافي برشا أفكار باش نقدم وضاحت الرؤيا طريقة حضارية وتجربة حلوة
المقابلة عطاتني طرق جديدة باش نشوف مشاكلي بطريقة مختلفة			X	
فهمت شنوّة حبينا نحاولو نحققو في المقابلة هاذي			✓	
المقابلة عطاتني أفكار مختلفة على شنوّة المشاكل اللي عندي			✓	
المقابلة ساعدتني باش نكوّن فهم واضح على أنواع التغييرات اللي باهية ليا			✓	
نمن اللي الطريقة اللي شفنا بيها مشاكلي كانت الطريقة الصحيحة			✓	
نمن اللي المقابلة غطّات الجوانب متع وضعيتي اللي نراهم مهمين			✓	كلي من خلال ما أروت أن أكون

Annexe 12: Echelle HAD :
HOSPITAL ANXIETY AND DEPRESSION SCALE

الإسم : الشحورة ..... اللقب : ـــ ..... التاريخ : 9 ديسمبر 2024

A		D	
1 نحس روحي على أعصابي و متوتر		2 نستمتع بنفس الحوايج متاع قبل بالأشياء الباهية فوق	
• دائما	3 ☐	• نعم كيف العادة	0 ☒
• أغلب الأوقات	2 ☒	• لا موش ياسر	1 ☐
• مرات	1 ☐	• شوية شوية	2 ☐
• لا أبدا	0 ☐	• تقريبا بالكل	3 ☐
3 نحس بالخوف كأن حاجة مرعبة باش تصير		4 نضحك بسهولة ونشوف الناحية الآجابية من الأشياء	
• نعم بالضبط	3 ☐	• نعم كيف العادة	0 ☒
• نعم أما ما نماش خطر كبير	2 ☐	• موش كيف العادة	1 ☐
• شوية أما موش متقلق من الحكاية	1 ☐	• أقل ياسر من العادة	2 ☐
• لا أبدا	0 ☒	• لا أبدا	3 ☐
5 نخمم و نشغل روحي		6 نحس روحي مفرهد و ميزاجي رائق	
• دائما	3 ☐	• لا أبدا	3 ☐
• أغلب الأوقات	2 ☒	• نادرا	2 ☐
• مرات	1 ☐	• أغلب الأوقات	1 ☒
• نادرا	0 ☐	• دائما	0 ☐
7 نجم نقعد مرتاح مانعمل شيء ونحس روحي مسترخي		8 نحس اني نمارس نشاطي بنسق بطيء على العادة	
• نعم مهما كانت الظروف	0 ☐	• تقريبا دائما	3 ☐
• نعم في أغلب الأوقات	1 ☐	• أغلب الأوقات	2 ☒
• نادرا	2 ☐	• مرات	1 ☐
• لا أبدا	3 ☒	• لا أبدا	0 ☐
9 نحس بالخوف و ماعدتي معقودة		10 ما عدتش نهتم بمظهري الخارجي	
• لا أبدا	0 ☒	• لا أبدا	3 ☐
• مرات	1 ☒	• موش كيف مايلزم	2 ☐
• ياسر	2 ☐	• ممكن ساعات ما عدتش نهتم به	1 ☐
• دائما	3 ☐	• نهتم كالعادة	0 ☒
11 نحس روحي مانجمش نركح في بلاصة		12 نشيخ بالمسبق كيف نعرف روحي باش نعمل بعض الأشياء	
• نعم بالضبط	3 ☒	• كيف العادة	0 ☒
• شوية	2 ☐	• أقل شوية من العادة	1 ☐
• شوية بالكل	1 ☐	• أقل ياسر من العادة	2 ☐
• لا أبدا	0 ☐	• لا أبدا	3 ☐
13 نحس بحالات رعب مفاجىء		14 نجم نستمتع بقراءة كتاب باهي أو بالآستماع لبرنامج باهي في التلفزة و الراديو	
• دائما	3 ☐	• دائما	0 ☒
• ياسر مرات	2 ☐	• مرات	1 ☐
• موش ياسر ياسر	1 ☐	• نادرا	2 ☐
• لا أبدا	0 ☒	• نادرا جدا	3 ☐

اجمع نقاط الأجوبة 1 و 3 و 5 و 7 و 9 و 11 و 13 ← المجموع يساوي A = ...

اجمع نقاط الأجوبة 2 و 4 و 6 و 8 و 10 و 12 و 14 ← المجموع يساوي D = ...

يمكن طرح القراءة التالية لكل مجموع لتشخيص عوارض الآكتآب أو القلق:

7 أو أقل : لا وجود لعوارض ←

من 8 إلى 10 : عوارض غير أكيدة ←

11 أو أكثر : عوارض أكيدة ←

بحسب النتائج ،من المحبذ أحيانا اللجوء إلى رأي طبيب مختص.

Annexe 13: Poste Traumatic Check list selon DSM-5(PCL-5)

المستشفى الجامعي المنجي سليم المرسى
قسم الطب لنفسي للأطفال و المراهقين
الأستاذة أحلام بلحاج
وحدة المستشفى النهاري

CHU Mongi Slim
Service de Pédopsychiatrie
Pr Ahlem Belhadj
Hôpital Du Jour
Unité Trauma & Résilience

Nom et Prénom de ~~l'enfant~~ : CHOHROURA Numéro du dossier : 09/12/2025

Post traumatic Checklist selon DSM-5 (PCL-5)

فيما يلي قائمة من المشاكل والاعراض التي قد تظهر على الفرد في بعض الأحيان ردا على هذه التجارب المؤلمة للغاية (الصدمة). يرجى قراءة ما يلي بتمعن ووضع دائرة على الرقم الذي يناسب درجة تأثرك في **الشهر الماضي.**

	في الشهر الماضي، إلى أي مدى كان انزعاجك من:	أبدا	بصفة قليلة	بصفة متوسطة	بصفة كبيرة	بأقصى صفة
1	ذكريات متكررة، مثيرة للقلق أو غير مرغوب فيها عن التجربة الصادمة؟	0	1	2	3	4
2	أحلام متكررة مزعجة عن التجربة	0	1	2	3	4
3	شعور أو تصرف مفاجئ كما لو أن التجربة الصادمة تحدث مرة أخرى؟ (كما لو كنت تعشها مرة)	0	1	2	3	4
4	شعور بالضيق عندما يكون هناك شيء يذكرك بالتجربة الصادمة؟	0	1	2	3	4
5	عوارض بدنية قوية عند وجود شيء يذكرك بالتجربة الصادمة؟ (مثل تسارع دقات القلب، صعوبة في	0	1	2	3	4
6	محاولة تجنب الذكريات، الأفكار أو الأحاسيس المتعلقة بالتجربة الصادمة؟	0	1	2	3	4
7	محاولة تجنب الأشياء الخارجية التي تذكرك بالتجربة الصادمة (على سبيل المثال: الناس، الأماكن،	0	1	2	3	4
8	صعوبة في تذكر أحداث مهمة من التجربة الصادمة؟	0	1	2	3	4
9	وجود أفكار سلبية قوية تجاه نفسك، أشخاص آخرين، أو العالم من حولك (على سبيل المثال وجود أفكار مثل: أنا سيئ، أنا لست البتة على ما يرام، لا يمكن الوثوق	0	1	2	3	4
10	إلقاء اللوم على نفسك أو شخص آخر بسبب التجربة الصادمة أو ما حدث بعدها؟	0	1	2	3	4
11	وجود أحاسيس سلبية قوية مثل الخوف، الرعب، الغضب، الشعور بالذنب، أو الخجل؟	0	1	2	3	4
12	فقدان الاهتمام بالأشياء التي كنت تستمتع بها؟	0	1	2	3	4
13	الإحساس بالبعد أو العزلة عن الآخرين؟	0	1	2	3	4
14	صعوبة الشعور بالأحاسيس الإيجابية (على سبيل المثال: عدم القدرة على الشعور بالسعادة أو المحبة	0	1	2	3	4
15	سلوك عصبي , نوبات غضب, او تصرف بعدوانية؟	0	1	2	3	4
16	المجازفة بنفسك أو القيام بأشياء يمكن أن تسبب لك الضرر؟	0	1	2	3	4
17	شعور كأنك في حالة يقظة قصوى أو مراقبة أو احتراس؟	0	1	2	3	4
18	شعور بأنك سريع الفزع أو الانتفاض؟	0	1	2	3	4
19	صعوبة في التركيز؟	0	1	2	3	4
20	صعوبة في النوم أو البقاء نائما؟	0	1	2	3	4

Annexe14 : Feuille de cotation du TAT–Le Thematic Apperception Test (Grille d'analyse des variables thématiques et formelles)

Planche	Histoire (dialecte tunisien original)	Thème principal	Personnage principal	Conflits	Résolution	Procédés défensifs
	Ah! Violon !					
1	نشوف في طفل نتصور و يخمم في شعر,,,يستنبط في لحن وكيفاش باش يعمل " نوتا" يتخيل في الكعب و كيفاش النوتة باش تكون, لحضة تأملية ,,,عايش مع روحو, كيف ما كنت أنا بالضبط أهاه هاه هاه	Deuil violon/identité artistique	Enfant violoniste	Identitaire (art vs silence conjugal)	Inexistante	Régression, sublimation violon
2	واااو البادية ! و ما أدراك من البادية! الطفلة هاذي يا اما رجعت للبادية وتغزر في اتجاه معين ,,,, كانت تقرى و بعد بعدت و بعد رجعت و الا تستنى في النقل الريفي و الا تودع في أهلها ماشية تقرى على روحها الطفلة هاذي يا اما رجعت للبادية الأكثر لحضة وداع,,,هي ماشية وكل شيء وراء ظهرها	Rupture, départ	Jeune fille	Spatial-affectif	Séparation	Isolation

3	هذي نتصورها امراة تعرضة للعنف نتصورها سكرت ورقدت من غير وعي منها هزها النوم بكات بكات اين هزها النوم ما نتصورش مرا لاباس عليها ترقد في الوضعية كيما هكاكا	Violence subie	Femme victime	Conscience	Dissociation	Déni, projection
4	لحضات من السكوت الراجل كاينو يحب يتخلص مالمرا النظرة متاعو كاينو باش يهاجم شخص أخر يدافع على المرا هاذي كاينو باش ينقض هذا موش راجلها, ضديفها يدافع عليها وجا باش يدافع عليها من الشخص لى تهجم عليها الراجل ينتمي للمرا هاذي هيى تشد فيه,,,,,,يدافع عليها	Ambivalence défense	Homme ambivalent	Relationnel	Protection	Rationalisation
5	هاذي كيما طلتي أنا، بناتي راقدين وأنا نطل على بناتي في البيت هاذي كيفي أنا بالضبط هاذي موش بيت نوم,,,,,طاولة وكراسي بناتي على الزربية يلعبو في الصالة ما نخليهمش يفيقو بيا باش ما يلصقوش فيا	Identification maternelle	Mère vigilante	Proximité	Structuration	Identification

6	ضحكة ليلى مراد و يوسف وهبي مشهد متاع فيلم طبس عليها و السيقارو في فمو نفس اللوك مشهد من فيلم ، جها يشبهلها	Artifice cinématographique	Couple mythique	Fiction	Classification	Intellectualisation
7	الي في يدها شنية؟ دمية هاذي هيام، نفس الصباط ضحكة قاعدة بحذايا، تشكيلي من صاحباتها نبدى قاعدة بحذاها و نواسي فيها الدمية نقلها هاك كبرت سيب عليك أعطيها لبلقيس لا أنا مازلت صغيرة,,,,شنوة عمري؟ نبدى بحذاها ننصح فيها على الدنيا أما ما تسمعنيش	Conflit maternel	Mère/Houyam	Surprotection	Impasse	Projection
9	انا و البنات كيف نمشي لباجة المناظر الطبيعية في الوسط في الوسط هكاكا صخرية نسرحو في الطبيعة كلها حجر نتعداو منو نعملو برشا نزهة	Communion féminine	Groupe féminin	Obstacle	Collective	Sublimation

10	ضحكة هذا متاع واحد يحب في واحدة بعيييييدة عليا الشيء هذا بعيييدة عليا برشا	Distanciation	Narratrice	Personnel	Refus	Déni
11	شنية هذي؟ دورتها (rotation) ما فهمتهاش بالحق دورتها (rotation) قاعدة نتأمل فيها شنوة تلجم تطلع نتصور فنان صورها الجانب الأكحل أكثر من,,, ثنية حجر ثنية مسدودة ثنية حجر متراكم الدنيا كلها سواد يطغى عليها العتامة ممر صغير يمكن يعدي الضوء فما ضوء و شعلة، فما أمل	Quête sens	Observateur	Lumière	Espoir	Esthétisation

12	هذا منظر الخريف قداش نموت عليه الطبيعة عندي هي مراحل حياة الانسان الفصول الأربعة مالي يكبر حتى لين يموت هذا وقت يبدى الانسان في مرحلة اليأس الشيخوخة الأوراق تبدى تتساقط الطبيعة حزينة أما عندها جمال من وراء الخيال فما Barque يعني انطلاقة هذا كيما يوصف Rousseau الطبيعة يطلع في Barque باش يمشي بيه في النهر ما أحلاها ياسر عجبتني	Cycle vie	Philosophe	Beauté	Esthétique	Sublimation

13	ضحكة هذا كيف حسن كيما ينجمش روحو مشهد جنسي كان يحاول و بعد يولي يبكي ما نحبش نشلق الي هو ما ينجمش روحو,,,نسكت وقتاش نتكلم ,,,,في الغش و ما نخلي ما نقول	Échec	Hassan	Silence	Ambivalent	Déni
19	هذي بنتي كيف تبدى خايفة بلقيس و لا هيام البنات يخافو من الظلمة ترا كان العينين هكاكا خيالات هاويني تتخيل في حاجات ما فماش وراه Gardien يا ماما شوفو أهاوكا شوف عينيه خيالات من كل بلاصة	Peur enfantine	Mère/fille	Imaginaire	Aucune	Projection

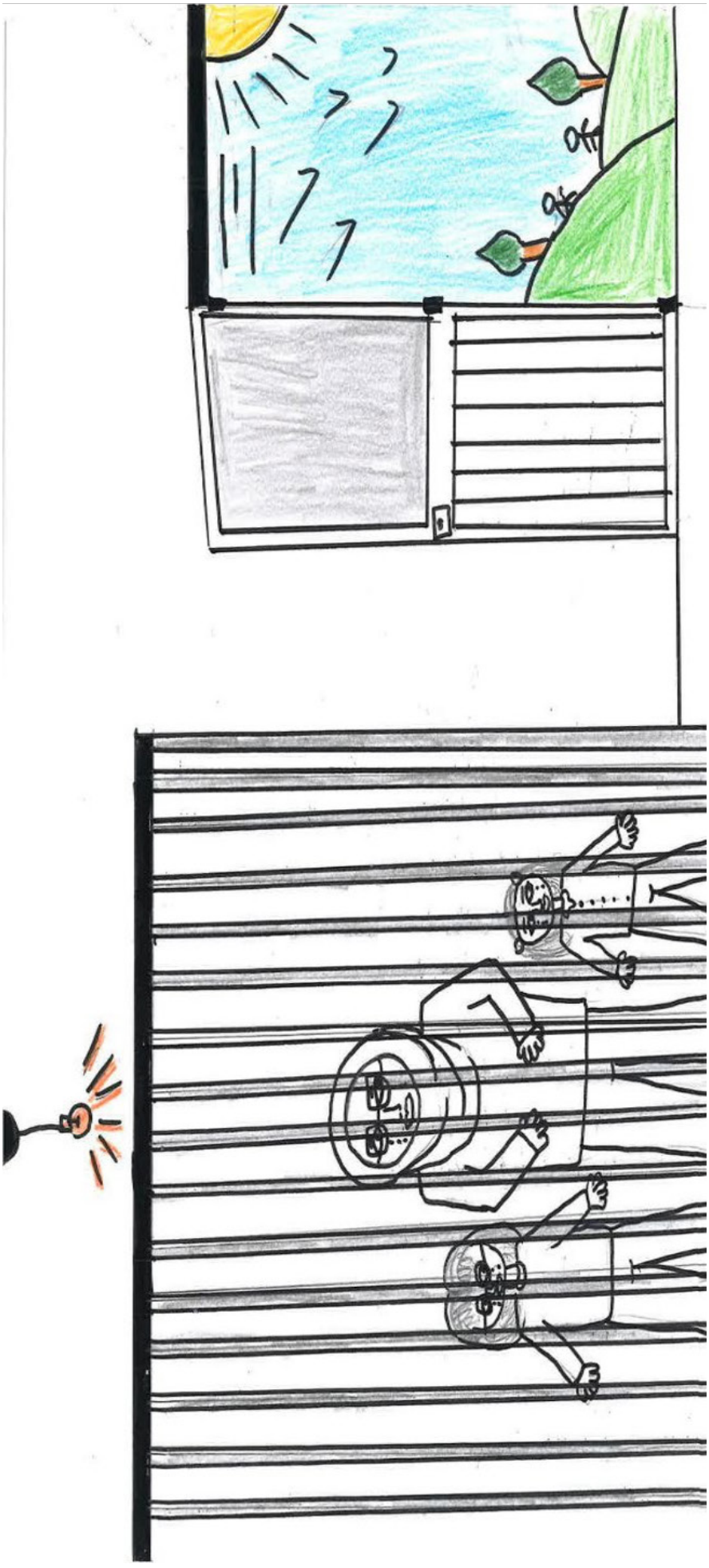
Planche blanche	نتصور نهز البنات لبقعة خضرا نجريوو في الطبيعة نغنيو بصوت عاااالي نصبحو نتكربصو نصطادو عصافير و في أخر النهار نوريهم غروب الشمس وبعد نروحو	Une sortie idéalisée, caractérisée par la liberté	Un groupe uni dans une activité récréative	L'environnement est entièrement bienveillant	Le récit suit plutôt une progression naturelle et satisfaisante : départ →activités exubérantes → moment de contemplation esthétique (coucher du soleil) → retour L'issue est le bonheur accompli et le retour au calme.	Déni Sublimation par l'activité physique et l'immersion naturelle

Planche 1 révèle deuil créatif (violon étouffé par mariage) plutôt que violence directe → conflit identitaire artistique primaire ce qui renforce l'hypothèse de résilience sublimatoire à travers la musique et nature (planches 9, 11, 12).

Annexe 15 : Dessin de la famille



Annexe 16 : Dessin libre



Annexe 17 :
Transcription intégrale du Verbatim

اسمي الي نختارو "الشحرورة"
"انا بنت عرش، بنت السواني والطبيعة و الخير...بابا قاري و كادر في الصوناد وأمي كانت تمشي تقرى في برنامج محو الأمية..
خواتي كلهم بالقدا..نحنا كتلة واحدة.." ر" و أنا بعدو و بعد "ع" ،"ج" ،"ه" ،"ر" ،"أ" ،"ه" توفى صغير و "ر" الوحيد إلي مازال موش معرس..
أنا كنت انسانة طموحة مغرومة بالآداب والموسيقى بعد باكالوريا الآداب قريت الإعلامية أما مالقيتش فيها المناهج التحليلية و قريت الانكليزية والألمانية بعد...وكنت نمشي للكونسارفاتوار.. نحب ديما نغني وصوتي حلو...كنت نعزف العود والكمنجة..
كانوا أصحابي يشجعوا فيا.....أما" تجري الرياح بما لا تشتهي السفن"
كنت حطايطية....حتى من حوايجي كانوا ماركات وسينيي...كنت نمشي للحجامة...كنت كيف نطلب فلوس من عند باباناخو...
كنت نعزفو نغني، اقترحوا عليا نمشي لفرنسا و دخلت في قروب LouisBray
كنت نعزف معاهم و قالولي امشي معانا لفرنسا..وفرحت برشا برشا حبيت نمشي.. لكن كيف حكيت لأمي :
قالتلي "حليبي حرام عليك لوكان تمشي"
بعدمدة أخرى،
بنت الجيران لقاتلي خدمة في السعودية.. أنا في طبيعتي ما نحبش نقعد نستنى في رزقي.. نحب نطلع حاجة... بعد ما حضرت الباسبور وكملت حضرت روحي للسفر كيف كيف تعرضتلي أمي...
قعدت نخدم في الدواء في لابوراتوارOPALIA نصنع في pommade et Crème ونمشي بعد الخدمة نقرا عند سي عبد الكريم صحابو
في المعهد الموسيقي متاعو واختارني أنا باش نعمل قروب متاع موزيكا...
بابا كان صعيب.. نهار بقيت حتى لنصف الليل. في البروفا...عندي تلفوني مازال كيف طلع....كلمو عبد الكريم صحابو الفنان المعروف وقالو" بنتك في الحفظ و الأمان وتهني عليها," سكت بابا.

نهاردخلت بالعود في ايديا للعايلة، بابا ولىيعارك فيا و أمي نقزت وبدات تقول :نحناعايلة محافظة
قلتلهم :راني نقرا وباش نوليلكم أستاذة موسيقى بابا قال لأمي: بالكشي تطلعلنا حاجة ؟
نهار سي عبد الكريم صحابو مدير معهد الموسيقى جاب كمنجات للبيع للتلامذة فشريت كمنجة بفلوسي.." و غاية دز جوابي من جربة" تعلمتها على النوتة وعزفتها في الدار وبابا كان يسمع فيا وفرح...
أما وقتها ما حبوش يعاونوني ماديا..
كنت نمشي للإذاعة كل ما فما كونكور..شاركت في"برنامج مواهب على السلم" و في برنامج "The First Step" مع المخرج عبد القادر الجديدي و المنشط علاء الشابي
ونجحت ونجحت...وخذيتشهادة في"الابداع الفني"
و عندي التصاور إلي وريتهملك، مخبيتهم عليه، هاذمكا ذكرياتي أنا مخبيتهم في بلاصة ما يطلعها حد.. مرة شاف التصويرة هذي قالي علاش حاطط يدو عليك هذا و معنقك....تيكيفاش..أما أنا خبيتهم و منعتهم باش ما يقطعهمش..
اناعديت كونكور مع الفنانة " آمنة فاخر" كانت زميلتي كيف مشينا قدمنا مواهبنا..

كان فما مرة شاركت في مسابقة للأغنية التونسية كانو المشاركين الكل معاهم شكون ولا معاهم أمهم ولا بوهم اما انا كنت وحدي... المرة هذي خفت وصوتي هرب.....وضحكوا عليا...
أما انا قعدت نحاول ومايئستش..
أمي قالتلي على موضوع الراجل الي يقرب لراجل أختي والي هو انسان باهي برشا و أستاذ تعليمعالي و الراجل الي تحكيلي عليه..يكون ولدخالو..أما الراجل هذا مايعجبنيش"
" شتالا بين الثرى والثريا، الراجل هذا مستواه الدراسي سنة الثانية ابتدائي.. ما أبعدني عليه.. أمي قالتلي: اشرب معاه حتى قهوة ميسالش.. قلتلها ما نحبش...
أختي قالتلي انت عمرك 37 وراهو ماعادش تجيب صغيراذا تفوت ها العمر و ما تعرسش..

تعرفت عليه شوية...لكن ماكانشي فيالصورة الي نحلم بيها..خايب...دامت فترة الخطوبة 6أشهرفقط...كانت فترة الثورة في تونس في 2011... وعرست عليه باش نرضي أمي....

وبعد العرس بأسبوع" أعطاني كف"وقتها خذيت salaire متاعي من خدمة الدواء ومشيت قضيت و هبطت كل شيء ب 100 دينار وقتها..خذيتلو وقتها..Tenu.. دوب ماروحت وأنا نهبط فيالقضية للدار عرضني وعطاني كف..خلالي كل صبع وحدو على خدي..وقالي"هات بقية الفلوس ويني بقية الشهرية و أنا قتلو"و الله لا تراهم..."اما بعد خذاهم..

-ما عاد يوجعني شيء..كان الموزيكا توجعني..

-أنا ما نتحسن كان ما يبعد من حياتي نهائيا...

نتفكرها ، وقت إلي كنت مازلت عروسة جاني مساج من عند نومرو جارتنا على تلفوني، جارتنا إلي تبعت الثنية الخايبة مع الليبية ..المساج فيه " قول لصاحبتك تكلمني" شافو وسألني شكونو النومروهذايا و..طراف.....بقا من وقتها يشك.. هو يشرب ويفطر رمضان...

بوه توفى صغير،عاش اليتم والفقر وأمهم تمرمدت عليهم،.....هو عندو عقدة النقص إلي العباد الكل تخزرلهم بحقرة.

هو يشك فيا إلي عندي علاقة مع ولد خالتو إلي هوفي نفس الوقت راجل أختي، إنسان باهي برشا برشا متربي و متخلق و أستاذ جامعي..هو وأختي يعاونو فيا كان حتى يشريلي الكوش لصغاري و يصرف علينا..

عملت مطلب حماية لكن عن تجربة زاد عطاني طريحة و في دار بابا وشكيت بيها...لكن الحاكم قالولو برا روح بعد ما وراهم إلي هو يعدي في قسم الامراض النفسية في صبيطار المنجي سليم..
الحنش يقولي:"انجم نقتلك ومايعملولي شيء""عندي دوسي"
"أنا ما نحبوش جملا و مانحملوش"اما خذيتو باش نرضي أمي الي كانت مريضة، عندها الشياح في الرية ، كانت تتنفس في الدخان متاعبابا.
أأأه الحنش تمادى فيالضرب...
المرة الثانية ضربتو بالكف الأول و الثاني وبعد وليت الحاجة الي يعملهالي نعملو كيفها..هو يضرب وأنا نضرب هو يسب وأنا نسب...-فما مرة طلع عريان و عمل ماكياج متع نساء و بناتي الزوز كانوا صغار أربعة سنين و عامين ولا ثلاثة..خفت برشا..

فقت بيه يتفرج فيالتلفون فيالحاجات هذيكا..
هو يحب..يشدني بالسيف ويعنفني أما أنا قتلو راهو حرام ..راهو ربي ما يحبش هكاكا أنا ديما عايفتو...كارهتو..
مرات يسايسني في العلاقة الحميمية لكن كيف هو يحب يرقد معايا وانا ما نحبش يولي يضرب في بناتو و بعد وليت نرقد مع البنات.
-كيف حبلت ب-بنتي "ه" فرحت.. و أمي سماتها على اسم السلطانة "ه"..المهم اسم خير من اسمي...
هو يحب أسامي démodé ، كنت وقتها مع أخواتي البنات " ج " و" ف " وتفاهمنا باش نغموه، عملنا أوراق مكتوب فيهم أسامي قدامو أما أنا ثنيت الورقة اللي مكتوب فيها اسم "ه" و حطيتها مع بقية أوراق القرعة و في الآخر هزيت اسم "ه" ياخي اقتنع و سكت.
وفي"ب"حب يسمي"سالمة" على اسم أمو و في البلدية قتلو أقسم باالله العظيم لا تسميلي بنتي" سالمة" ماكانش نعمل شكاية متاع طلاق. أنا نحب نسمي" ب"

جات فترات حبيت نبعد عليه قبل حتى مانجيب البنات...كنت نروح مالخدمة في الكار..وهبطت فيالمحطة إلي بعد المحطة الي كل يوم نهبط فيها .. و بعد مشيت لبابا قتلو راهو راجلي ضربني..بابا عيطلو وعملو عشاء وزاد عطاه فلوس.. وقالو"هز مرتك وروح""

ما عناش بنات يطلقو" وزيد أمي ما حبتش..

بابا كان يضرب أمي بالطبيعة و كنت نتعرضلو أنا وخويا و نحاميو عليها ...كنت نجري نحامي عليها وخويا هو إلي ياقف قدام بابا...
أمي كانت تقرى في محو الأمية ومرة كانت مع جارتنا إلي قالتلها:راهي بنتك قاعدة تتعنف ،آقف لبنتك..
أمي قالتلي شنية مشكلتك -فلوس -توا بوك في سراه ويمدلو...كان بابا يحل في المشاكل بالفلوس

فما مرة مشيت لمفتي الديار التونسية» ع.ب" باش نستشيرو على خاطر وقتها وصلت للطلاق، ورمى علي اأيمين الطلاق..أما ما طلقتش بالمحكمة..
شكيت بيه..وبعد.. على خاطر بناتي رجعنا، قالي المفتي يلزم خطبة جديدة و حلالية مالأول وجديد ودارنا عملولنا عشاء ورجعنا..
مات بابا، أما أمي ماعادش تعطيه الفلوس كيما بابا..

" ب" بنتي كيف النسمة، عندي مشكل مع بنتي"ه" يؤثر عليها نظرة الآخرين لبوها." تكرهني "ه. "
"ه. " ديما تسبني"كيما بوها"
تضرب وتكسرآلي قدامها ..عنيفة برشا معايا
ما تحبنيش نغني
هيا تقلي":أنا نحب نعيش مع بابا، بابا يشريلي وأنت فقيرة ما عندك حتى شيء" "أنا مانيش قادرة باش نوفرلهم الي يحبو عليه"
"ه. " قالتلي:انت وعدتني وكذبت عليا باش تشريليتلفون
قلتلها نصلح تلفوني ونعطيهوولك

"أنا نخاف علاها على خاطرها عنيفة و قت تتغشش تضرب وتكسر كل شيء"
بوها شرالها boxedeGant s وبدا يغرم فيها...زرعلها الفكرة فيمخها و ييجيها قدام collège ويقوللها " ايجا نتضاربو"
"قلتلها راك ترصيلك في الحبس اذا تضرب حد"
بنتي يفوكولها بلاصتها فيالمكتب وديما تعمل العرك و المشاكل وديم ا exclوامالكلاس.

Annexe 18 :

Tableau d'Analyse des Verbes

Catégorie Clinique	Verbes Clés Dialecte Tunisien	Sens et Fonction Psychique	Impact sur le Processus
Le "Moi" Idéal (Passé)	«كنت» (J'étais) «نحب» (J'aime) «نغني» (Je chante) «نعزف» (Je joue)	Restauration narcissique Ces verbes définissent son Identité de" Chohroura" (l'artiste). Ils sont ancrés dans le plaisir. L'esthétique	Soutien de l'estime de soi malgré le trauma
L'emprise	«سكتت» (Se taire), «يضرب» (Frapper), «جبرني » (m'a obligé) «يفك» (Prendre de force), «يهدد» (Menacer)	Sidération et objectivation de la victime. Verbes de contrainte placent Mme L.S dans une position d'objet soumis à l'action de l'agresseur.	Traduit la paralysie Traumatique et l'impuissance
La Résistance (Ruse)	«ثنيت» (Plier/Ruser), «نخبي»(Cacher), «نمنع» (Sauver/ Empêcher), «أنغمو» (Le duper)	Agencéité clandestine. Verbes de survie. Mme L.S reprend le contrôle par la stratégie et le secret (Les photos cachés, les prénoms).	Amorçage de la résilience active
La Défense (Action)	ضربت (J'ai frappé),	Sortie de la passivité.	Marqueur d'une force vitale retrouvée
La Défense (Action)	نضرب (Je frappe), شكيت (Porter plainte), نحامي (Protéger)	Verbes de contre-violence et de protection. Le corps réagit pour ne plus être Une victime "sacrifiée".	Marqueur d'une force vitale retrouvée
TSPT	نخاف (Craindre), نحس (Sentir), نعس (Surveiller), يوجع (Faire mal)	Hypervigilance. Verbes de perception sensorielle liés à l'insécurité permanente et à la douleur émotionnelle persistante.	Manifestations sensorielles de la réactivation traumatisme dans la TSPT

Annexe 19 :
Tableau de Codage de l'Entretien Clinique (Analyse de Contenu)

Thème Majeur (Nœud)	Verbatim (Dialecte tunisien	Unité de Sens (Codage)	Interprétation Clinique
I. L'identité refuge "La Chohroura"	"اسمي إلي نختارو، الشحرورة"	Auto-nomination	Refus de l'identité de victime maintien d'un idéal du Moi artistique
	"كنت حطايطية... حوايجي سيني"	Narcissisme	Préservation d'une image de soi Digne et élégante avant le trauma.
	"مخبيتهم عليه ذكرياتي أنا "	Espace privé	Résistance passive, garder une part De soi hors d'atteinte de l'agresseur.
II. L'Emprise et la Prédation **(L'ex-conjoint surnommé " El Hanach "par la victime)**	" نقتلك وما يعملو لي شيء"	Impunité Menace	Sentiment d'insécurité totale L'agresseur se croit au-dessus des lois.
	"أعطاني كف...خلى كل صبع وحدو على خدي"	Effraction corporelle	Marquage physique de la domination dès le début du lien conjugal.
	"يحب يقتل كل حاجة نحبها"	Prédation psychique	Volonté de l'agresseur de détruire l'autonomie et le plaisir de sa partenaire.
III. Les Entraves Systémiques	"حليبي حرام عليك لو كان تمشي لفرنسا"	Dette maternelle	La mère comme agent de contrôle social freinant l'émancipation de la victime.
	"ما عناش بنات يطلقو"	Honneur familial	Poids des traditions qui sacrifient la sécurité de la femme au nom des normes familiales.
	"بنتي تسبني "كيمابوها" .. تقلي أنت فقيره"	Aliénation parentale	L'agresseur utilise les enfants pour détruire l'image de la mère.
IV. La Résilience Active	"حطيت اسم...ثنيت الورقة.."	Ruse créative	Reprise de pouvoir décisionnel par Le détournement du réel.
	"دز جوابي من جربة... بابا فرح"	Médiation artistique	La musique comme lien de communication possible avec le père.
	"نحط تحت المخدة سكّينة"	Auto-protection	Sortie de la sidération et préparation active à la défense de soi

