



FICHES DE PSYCHO

# Le traumatisme psychique chez l'adulte

12 fiches pour comprendre

*Stress, violence, migration, deuil, histoire,  
collective, culture... comprendre, traiter, soigner...*

Sous la direction d'**Elisabetta Dozio**  
**Mathilde Laroche Joubert**  
et **Thierry Baubet**

• EDITIONS IN PRESS •

# **Le traumatisme psychique chez l'adulte**

## ÉDITIONS IN PRESS

74, boulevard de l'Hôpital – 75013 Paris

Tél. : 09 70 77 11 48

**www.inpress.fr**

Collection dirigée par Lydia Fernandez, professeur en psychologie de la santé et du vieillissement, psychologue clinicienne, université Lyon 2, Institut de psychologie, département du PSED.

*LE TRAUMATISME PSYCHIQUE CHEZ L'ADULTE.*

ISBN 978-2-84835-573-3

© 2020 ÉDITIONS IN PRESS

*Couverture : Lorraine Desgardin*

*Mise en pages : Lorraine Desgardin*

Toute représentation ou reproduction, intégrale ou partielle, faite sans le consentement de l'auteur, ou de ses ayants droit ou ayants cause, est illicite (Loi du 11 mars 1957, alinéa 1<sup>er</sup> de l'article 40). Cette représentation ou reproduction, par quelque procédé que ce soit, constituerait une contrefaçon sanctionnée par les articles 425 et suivants du Code pénal.

# Le traumatisme psychique chez l'adulte

Sous la direction de  
Elisabetta Dozio, Mathilde Laroche Joubert  
et Thierry Baubet





# SOMMAIRE

Les auteurs.....	7
Introduction.....	9
<u>Fiche 1</u>	
Aspects historiques.....	13
<b>Mathilde Laroche Joubert, Elisabetta Dozio</b>	
<u>Fiche 2</u>	
Traumatisme et culture.....	29
<b>Elisabetta Dozio, Mathilde Laroche Joubert</b>	
<u>Fiche 3</u>	
Cliniques de l'effroi.....	39
<b>Thierry Baubet</b>	
<u>Fiche 4</u>	
Trauma et deuil.....	51
<b>Thierry Baubet</b>	
<u>Fiche 5</u>	
Impact des traumatismes collectifs intentionnels et non intentionnels sur le sujet.....	59
<b>Marion Feldman, Malika Mansouri</b>	
<u>Fiche 6</u>	
Impact de l'histoire collective sur le devenir du sujet. Le cas du colonial.....	69
<b>Malika Mansouri, Marion Feldman</b>	

Fiche 7

- Le traumatisme en contexte humanitaire..... 77  
**Elisabetta Dozio**

Fiche 8

- Psychothérapie psychodynamique  
post-traumatique ..... 83  
**Carole Damiani**

Fiche 9

- Le groupe de patients traumatisés..... 91  
**Mathilde Laroche Joubert**

Fiche 10

- Psychothérapie transculturelle de groupe ..... 103  
**Charles Di**

Fiche 11

- Hypnose et traumatisme psychique ..... 113  
**Catherine Le Du, Dalila Rezzoug**

Fiche 12

- Le contre-transfert dans la clinique du trauma ..... 123  
**Mayssa' El Hussein**
- Conclusion ..... 143

## LES AUTEURS

**THIERRY BAUBET**, professeur de psychiatrie de l'enfant et de l'adolescent, Université Paris-13, chef du service de psychopathologie de l'enfant et de l'adolescent, Hôpital Avicenne, AP-HP, co-directeur scientifique du Centre National de Ressources et de Résilience ([www.cn2r.fr](http://www.cn2r.fr)).

**CAROLE DAMIANI**, docteur en psychologie clinique, directrice de l'association Paris Aide aux Victimes (PAV75).

**CATHERINE LE DU**, psychologue clinicienne, service de psychopathologie de l'enfant, de l'adolescent et de l'adulte de l'Hôpital Avicenne.

**CHARLES DI**, psychologue clinicien, PhD en psychopathologie, professeur certifié de philosophie. Maison des adolescents de l'Hôpital Cochin (Paris), Hôpital Avicenne (Bobigny), Clinique de Santé Mentale (CESAME) Roger Misès d'Angers. Université Paris-Descartes, Université Catholique de l'Ouest (Angers), Université Jules-Verne (Amiens).

**DALILA REZZOUG**, pédopsychiatre, maître de conférences des universités-praticien hospitalier (MCU-PH), CESP/Inserm Université Paris-13, service de psychopathologie de l'enfant, de l'adolescent et de l'adulte de l'Hôpital Avicenne.



**ELISABETTA DOZIO**, psychologue clinicienne, docteure en psychologie clinique, référente en santé mentale et pratique de soins à Action Contre la Faim. Chercheuse à l'Unité Inserm 1178, Université Paris-Descartes, Université Paris-Sud, Université de Versailles Saint-Quentin-en-Yvelines.

**MAYSSA' EL HUSSEINI**, psychologue clinicienne – PhD, maître de conférences, Université de Picardie Jules-Verne. Centre d'Histoire des Sociétés, des Sciences et des Conflits – CHSSC EA 4289.

**MARION FELDMAN**, professeure de psychopathologie psychanalytique, Université Paris-Nanterre, EA 4430 CLIPSYD – A2P, Approches en Psychopathologie psychanalytique, psychologue-clinicienne.

**MATHILDE LAROCHE JOUBERT**, maître de conférences en psychologie psychanalytique, Université Paris-Nanterre, EA 4430 CLIPSYD – A2P, Approches en Psychopathologie psychanalytique, psychologue clinicienne, AP-HP, Hôpital Avicenne, Service de psychopathologie de l'enfant et de l'adolescent, psychiatrie générale et addictologie spécialisée, Bobigny.

**MALIKA MANSOURI**, maître de conférences psychologie clinique, Université Paris-Descartes, Sorbonne Paris-Cité, Psychologie clinique, psychopathologie, psychanalyse (PCPP) EA 4056, psychologue-clinicienne en protection de l'enfance.

# INTRODUCTION

Après avoir délimité, dans un premier ouvrage<sup>1</sup>, les contours de la notion de traumatisme psychique chez l'enfant et ses modalités thérapeutiques, ce livre porte son regard sur l'âge adulte. Les deux ouvrages s'inscrivent dans une continuité de pensée, offrant au lecteur des outils théorico-cliniques sur le traumatisme psychique aux différents âges de la vie.

De nombreuses recherches et ouvrages ont été publiés sur le traumatisme psychique et leur nombre s'accroît depuis quelques années. En effet, les événements qui émaillent l'actualité poussent à vouloir comprendre, à mettre du sens sur le monde qui nous entoure et sur les effets que ces événements produisent sur notre psychisme. Ces événements réinterrogent notre pratique tout autant que nos repères théoriques. Ils nous confrontent à la nécessité de tenter de se représenter la souffrance irréprésentable, à l'accueillir et à accepter de se laisser affecter par elle pour qu'elle puisse être transformée. Le traumatisme psychique traverse les âges et les frontières dans l'expérience qu'il impose au sujet et dans ses théorisations. Le "trauma" passé dans le langage courant a pourtant ses contours et ses spécificités.

Ce concept parcourt l'histoire de la psychanalyse et de la psychiatrie. Il a fait l'objet de nombreuses descriptions et théorisations au cours du temps. Le traumatisme psychique est envisagé ici comme le résultat d'un débordement des capacités psychiques de liaison et de métabolisation, provoqué par un événement brutal et inattendu, entraînant des vécus agonistiques. La place

---

1. Laroche Joubert M, Dozio E, Moro MR (dir.). (2019). *Le traumatisme psychique chez l'enfant*. Paris, France : In Press.

de la réalité extérieure a été, tout au long de l'histoire de la psychanalyse et de la psychiatrie, mise en débat. Ce dernier reste actuel, s'exprimant autour de la place de l'objectivation et de la subjectivité aussi bien dans la description des troubles que dans le traitement proposé. Les fiches de cet ouvrage témoignent de ces variations autour des représentations du traumatisme psychique.

L'événement traumatique vient ébranler les croyances et les frontières préalablement établies et structurant l'existence. Le vécu lors de l'expérience traumatique est spécifique à chaque individu et s'exprime de façon différente bien au-delà de ce qui est perceptible. L'environnement immédiat, le groupe, la culture peuvent représenter des enveloppes contenant, permettant d'absorber et de transformer les vécus face à l'événement. Mais il est également des situations où le groupe lui-même est agent du traumatisme, non pas dans ce qu'il impose d'un voyage vers l'originaire, mais dans ce qu'il devient une négation violente de l'altérité dans l'ici et maintenant ou à travers les époques. La prise en charge thérapeutique des sujets souffrant de traumatisme psychique oblige les soignants à réinterroger leur pratique. Le temps du récit des événements traumatiques constitue un moment d'extrême tension, de fragilité psychique tant pour le patient que pour les thérapeutes. Cette clinique ne peut être que créative et implique une écoute particulière comme l'illustre cet extrait du célèbre article de Rachel Rosenblum, *Peut-on mourir de dire ?* : « *Le silence de l'analyste est intolérable. Il est signe, non d'une indifférence aux événements de ma vie, mais d'une dépréciation de ce que j'ai de plus intime. Fin de non-recevoir de mes dons, de ce qui sort de mon ventre, de ce que je produis : ma marchandise alors c'est de la merde ? Autant donc ne rien donner, ne rien dire ; au moins le silence est d'or. Mais ce silence lui aussi m'est intolérable. D'où la nécessité impérieuse d'entendre mes paroles reprises et prises...* » (Rosenblum, 2000, p. 126).

C'est ce que les auteurs de ce livre développent à travers 12 fiches, construites autour de trois axes proposant au lecteur des notions théoriques sur le concept de traumatisme psychique chez l'adulte, définissant ses contours et ses spécificités ; un regard sur les intrications du collectif et du subjectif, sur des terrains spécifiques ; différentes modalités thérapeutiques pouvant être mises en place. Cet ouvrage s'adresse à tous les professionnels qui s'intéressent au traumatisme psychique et à ses conséquences, pour que la pensée reste dynamique et ne se fige pas dans le temps du trauma.

## Références bibliographiques

Rosenblum R. (2000). Peut-on mourir de dire ? Sarah Kofman, Primo Levi. *Revue française de psychanalyse*, 64 (1), 113-138.



# ASPECTS HISTORIQUES

Mathilde Laroche Joubert, Elisabetta Dozio

La notion de traumatisme psychique est largement utilisée dans le langage courant, suscitant de multiples représentations. Dans le contexte sociopolitique actuel, l'intérêt clinique concernant la prise en charge des patients traumatisés est grandissant. Profondément ancrée dans l'histoire de la psychanalyse, puis de la psychiatrie et de la psychologie clinique, cette fiche présente l'histoire et les évolutions de cette notion à travers les développements des auteurs fondateurs.

- 
- *traumatisme psychique* • *réalité interne* • *réalité externe* • *effraction du pare-excitation* •

## 1. Introduction

Concept nomade issu de la chirurgie, le traumatisme est devenu un **concept central de la psychanalyse**. Son statut et la place qui lui sont attribués varient selon les époques et les courants. Il renvoie à la violence du choc, l'effraction et aux conséquences sur l'organisme. Ses contours s'appréhendent différemment en fonction des cultures sociétales et scientifiques, mais également dans la place que l'on accorde à la réalité extérieure.

La notion de traumatisme psychique parcourt la psychanalyse depuis son origine. À travers les théorisations des différents auteurs, elle met en débat, au sein même de la discipline, la place accordée à la réalité externe et la réalité psychique. Ce débat reste actuel tant la notion impacte différents niveaux dans le traitement et la prise en charge des patients traumatisés (social,

culturel, somatique et psychique). Pierre Marty parle du traumatisme comme une notion « *devenue un lieu de malentendus où se mêlent fantasme et réalité, actualité et résurgence du passé, aspects quantitatifs et vulnérabilité, aléas de l'histoire événementielle et événement psychique* » (Marty, 2011, p. 35).

En 1888, Hermann Oppenheim, neurologue allemand, utilise pour la première fois la définition de « *névrose traumatique* » pour expliquer les accidents de chemin de fer dont les victimes présentaient un tableau clinique caractérisé par des répétitions, des cauchemars et des réminiscences de la scène traumatique, ainsi que des manifestations de type anxieux ou encore des réactions de sursaut et d'hyper-réactivité à des stimuli évocateurs du traumatisme. Pendant la même période en France, à la Salpêtrière, Jean-Martin Charcot fait les mêmes constats auprès de ses patients, mais il attribue les symptômes à des formes cliniques d'hystérie en se basant sur une notion de chaos nerveux qui prolonge le patient dans un état dissociatif, déconnecté de la réalité (Charcot, 1889). Il constate une spécificité des symptômes qui surviennent après un choc psychique qui peut être défini comme "traumatique", et qui provoque une dissociation de la conscience. Cette intuition pose les bases du lien « *traumatisme-dissociation* » des névroses, qui sera ensuite repris par Pierre Janet. En continuant les études de Charcot sur l'hystérie, Janet développe une théorie selon laquelle une situation terrifiante peut rendre le sujet temporairement incapable de gérer ses schémas cognitifs (Janet, 1898). L'hystérie serait une maladie mentale qui porte à une division de personnalité par un mécanisme de défense contre le débordement psychique provoqué par un choc. Janet identifie le traumatisme psychique comme principale cause de la dissociation, le choc subi provoquant une désagrégation psychique qui ne permet pas au sujet de garder un souvenir de l'expérience vécue dans son ensemble et de pouvoir l'intégrer à son histoire personnelle. La personne exposée à

l'expérience traumatique garde des impressions sensorielles partielles, des souvenirs cognitifs et des traces de mémoire qui s'expriment à travers des idées fixes de nature verbale ou motrice.

Le processus de dissociation peut être ainsi décrit : un événement extrême provoque un choc, une émotion violente chez le sujet. Il ne peut pas y faire face, car l'événement est tellement inattendu par sa nature et sa temporalité qu'il n'a pas les éléments pour le coder et donc l'intégrer dans son histoire passée. La réaction sera celle d'une action dissociante qui, d'un côté amène à un rétrécissement du niveau conscient du sujet et en même temps, à un dédoublement de sa personnalité.

Mais c'est le contemporain de Janet, Sigmund Freud, qui propose les théories du traumatisme psychique et un concept du trauma, qui font avancer la clinique et la compréhension de la névrose traumatique.

## 2. Freud

L'oscillation entre réalité interne et externe dans l'origine du trauma est présente dès les premières conceptualisations. Nous retrouvons dans la pensée de Freud cette constante interrogation sur le rôle du réel, témoignant de ses remaniements métapsychologiques. Ses premiers développements, à partir des cures de patientes hystériques, placent l'origine du traumatisme dans l'excitation libidinale déclenchée par la situation de séduction vécue par ces patientes. Se référant au sexuel, le traumatisme se trouve lié à la théorie de la séduction et celle du traumatisme en deux temps, ce qu'il nommera ensuite **la théorie de l'après-coup**. Cependant, ne pouvant trouver dans l'inconscient de ses patientes des signes de la réalité de l'expérience, Freud accorde ensuite une place centrale au fantasme dans l'origine des névroses (abandon de sa *Neurotica*, 1897). À ce propos, Claude Janin nuance et précise qu'il « *serait plus exact de dire que la*



*psychanalyse ne peut pas décider du caractère de "réalité" des scènes de séduction* » rapportées par les patientes (Janin, 1898, p. 15). Le traumatisme, comme élément organisateur de la névrose, doit ainsi « toujours » être envisagé « en référence aux fantasmes inconscients qui constituent la réalité psychique interne » (Bokanowski, 2010, p. 12). À travers ce bouleversement, Freud ouvre la voie à l'exploration du monde interne, à l'exploration « détaillée et révolutionnaire de l'inconscient » (Garland, 2001, p. 25).

Le contexte de la première guerre mondiale réintroduit la question de l'impact de l'événement réel dans l'origine du trauma. Freud tente alors de lier vie interne et réalité objective dans la compréhension des troubles de guerre. Son expérience auprès des soldats blessés lui offre un terrain concret pour l'élaboration de la névrose de guerre et de la névrose traumatique, mais aussi sur les rapports que l'humain entretient avec la mort. Il évoque ainsi, l'impossible représentation, pour l'être humain, de sa propre mort puisque : « dans l'inconscient, chacun de nous est persuadé de son immortalité » (Freud, 1915, p. 26). C'est dans la rencontre effroyable, irréprésentable et non symbolisée avec le réel de la mort que naît le traumatisme psychique.

*Au-delà du principe de plaisir* (Freud, 1920) marque un tournant dans la psychanalyse et dans la conception du traumatisme psychique. Celui-ci est alors envisagé comme le débordement, l'attaque du système de pare-excitation par un afflux d'excitations traumatiques, dont les sources appartiennent à la réalité interne ou externe. Freud introduit alors le concept de liaison, opération défensive qui tente de maîtriser l'excitation pour maintenir l'appareil psychique à un niveau le plus bas. Celle-ci est mise en échec par la situation traumatique et laisse le sujet dans un état de détresse. L'effroi est un acteur central du débordement, signant l'échec de la préparation par l'angoisse. En effet, Freud inscrit l'angoisse au sein du Moi et lui attribue

une fonction de signal d'appel, protégeant le Moi de l'exposition aux dangers externes (Freud, 1926). Il distingue deux types d'angoisse dont l'origine se situe dans l'histoire précoce du nourrisson : l'angoisse automatique et l'angoisse signal. **L'angoisse automatique** apparaît en lien avec une expérience traumatique primaire de vécu d'abandon par l'objet primaire. *L'Hilflosigkeit*, désaide du nourrisson (vécu catastrophique en lien avec la dépendance du nourrisson à l'objet primaire) devient le paradigme de l'angoisse par débordement. **L'angoisse signal** se met en place au fur et à mesure d'expériences rassurantes chez le nourrisson, et prévient du danger à venir. Le trauma apparaît lié au vécu de perte d'objet.

Enfin, à la fin de son œuvre, Freud revient sur ses développements concernant le traumatisme psychique pour évoquer les atteintes narcissiques du Moi, consécutives aux expériences traumatiques (Freud, 1939). Il se rapproche en cela des conceptions de Sandor Ferenczi sur le sujet.

### 3. Ferenczi et ses successeurs

Contemporains de Freud, les développements théorico-cliniques de Ferenczi représentent un champ important de la théorie du trauma et vont marquer les développements psychanalytiques ultérieurs. À partir de cures de patients "difficiles", Ferenczi cherche à répondre à la détresse de ses patients qu'il formule comme : « *Vite, aidez-moi, ne me laissez pas mourir dans la détresse...* » (Ferenczi, 1932, p. 33). Il attribue les difficultés rencontrées dans le traitement analytique au **concept de compulsion de répétition** (répétition des traumas vécus dans l'enfance), ce qui l'amène à réinterroger les sources du traumatisme. Il reconsidère le rôle de la réalité externe, percevant un danger d'interprétations hâtives dans la seule prise en compte de la réalité interne. Ferenczi envisage « *l'étiologie traumatique*

*comme le résultat soit d'un viol psychique de l'enfant par l'adulte, soit d'une confusion des langues entre ceux-ci, soit encore comme d'un déni par l'adulte du désespoir de l'enfant* » (Bokanowski, 2010, p. 32). Le trauma provoque un sentiment d'anéantissement de soi. Les mécanismes de défense mis en place pour survivre apparaissent de l'ordre de l'identification à l'agresseur, du clivage du Moi pouvant entraîner une fragmentation de la psyché, d'une atomisation de la vie psychique ou bien encore de la bascule vers la folie. Ces mécanismes se traduisent dans les symptômes post-traumatiques.

Ferenczi inscrit ainsi la source du trauma dans la qualité de l'environnement précoce, replaçant la réalité extérieure au centre de ses conceptualisations. Il ouvre ainsi la voie aux élaborations théoriques qui sont le fondement de la clinique contemporaine, que sont les travaux de l'école anglo-saxonne, notamment ceux de Donald Woods Winnicott, Wilfred Bion, John Bowlby... À travers les soins et la réponse de l'environnement aux besoins du nourrisson, celui-ci va se construire un sentiment continu d'exister (Winnicott, 1992) nécessaire à la construction d'un self. « *L'intrusion trop soudaine et trop imprévisible d'un fait réel* » et « *l'apparition de la haine chez l'individu, haine du bon objet* » qui y est associée, forment le traumatisme (Winnicott, 1970). Par empiétement de l'environnement, une rupture dans le sentiment continu d'exister se produit, laissant la place à des agonies primitives. L'échec de la transformation des éprouvés du bébé par l'environnement, entraîne celui-ci dans ce que Bion nomme les « *terreurs sans nom* » (Bion, 2007).

**Le traumatisme psychique est donc envisagé comme le résultat d'un débordement des capacités psychiques de liaison et de métabolisation, provoqué par un événement brutal et inattendu et entraînant des vécus agonistiques.**

La place de la réalité extérieure à travers, notamment, le rôle joué par l'environnement dans le vécu traumatique apparaît de plus en plus clairement. L'environnement immédiat, le groupe,

la culture peuvent cependant représenter une enveloppe contenante, permettant d'absorber et de transformer les vécus face à l'événement. Ce débat reste néanmoins toujours actuel, pouvant prendre d'autres formes qu'est la place de l'objectivation et de la subjectivité aussi bien dans la description des troubles que dans le traitement proposé.

## 4. Une oscillation toujours actuelle

« *Les théories du traumatisme, celles élaborées par S. Freud, puis celles qui concernent essentiellement les effets de l'événement traumatique réel (effet de stress post-traumatique) abordent-elles la même réalité ? Peut-on mettre sur le même plan le traumatisme lié à la séduction originare et le traumatisme vécu par une personne victime d'un viol ? Les conséquences au plan psychique sont-elles les mêmes ?* » (Marty, 2001, p. 35). Telles sont les questions qui persistent.

Un détour historique éclaire la cristallisation des positions théoriques. Le contexte historique des deux grandes guerres a remis au-devant de la scène les descriptions nosographiques du traumatisme psychique. Les termes de « *névroses de guerre* » et de « *psychonévrose de guerre* » ont laissé place dans les catégories diagnostiques au *Gross Stress Reaction* (DSM-I, 1952), puis au *Post-Traumatic Stress Disorder* (DSM-III, 1980) et enfin à l'*État de Stress Post-Traumatique* dans la classification française (CIM-10, 1992). Il s'agit, selon Christian Lachal, d'un phénomène de « *rebranding* » (Lachal, 2010) issu d'un désir de reconnaissance de leurs troubles chez les vétérans du Vietnam et d'une représentation a-théorique des troubles psychiatriques. Le PTSD est inscrit dans le DSM pour la première fois en 1952, sous l'intitulé *Gross Stress Reaction*. Les troubles étaient décrits comme transitoires, susceptibles d'être amendés à l'aide d'une prise en charge et correspondant à la « *réaction* »

d'une « *personnalité normale* » face à un « *stress inhabituel* » (Baudet, 2008). De façon plus contemporaine, le PTSD (APA, 1996) propose une approche diagnostique dont la nature de l'événement et la réaction subjective du sujet à celui-ci sont indissociables (Critère A). Un certain nombre de symptômes, apparus dans les six mois qui suivent l'événement et durant au moins un mois, sont présentés : symptômes de reviviscences, évitement des stimuli associés au traumatisme, émoussement de la réactivité générale, symptômes en lien avec une activation neurovégétative, souffrance cliniquement significative ou altération du fonctionnement social. La révision proposée par le DSM-V (APA, 2015) met en avant le rôle du stress dans l'origine du syndrome, qui change d'appellation : Trouble de Stress Post-Traumatique (TSPT). Cette nouvelle classification (voir *encadré ci-dessous*) tente de dépasser les difficultés de systématisation du trouble liées aux variabilités culturelles, variabilités du contexte et de l'histoire personnelle du sujet. Il donne également une place à la description chez l'enfant de 6 ans et moins. Cependant, les réactions émotionnelles du sujet face à l'événement (telles que la peur, l'impuissance, l'horreur) qui liaient la réaction à l'événement n'apparaissent plus.

► **Critères diagnostiques du DSM-V pour le trouble de stress post-traumatique (TSPT)**

Le sujet doit avoir été confronté à un ou plusieurs événements traumatiques et présenter un ensemble de symptômes dans une période allant jusqu'à six mois de l'exposition. Cependant, le diagnostic de stress post-traumatique ne peut être posé qu'un mois après l'exposition à un ou plusieurs événement(s) traumatique(s). Lorsque l'exposition est plus récente (trois jours à un mois), il faudra considérer un diagnostic de stress aigu.

**Critère A** – Exposition à la mort, à des blessures graves ou à la violence sexuelle, effectives ou potentielles, d'une (ou plusieurs) des façons suivantes :



Deuil, effroi, traumatisme individuel ou collectif... Quels sont les effets du traumatisme psychique chez l'adulte ? Quels dispositifs de soin proposer face à cette clinique de l'extrême ? Comment innover et créer pour chaque patient ?

À travers 12 fiches, cet ouvrage interroge la clinique du traumatisme : les approches psychodynamiques et psychiatriques, les traumatismes collectifs, l'impact du trauma intentionnel et non intentionnel, le contexte humanitaire. Enfin les auteurs abordent les multiples prises en charge : thérapie individuelle, de groupe, hypnose... 12 fiches clés pour mieux reconnaître, comprendre et soigner le traumatisme.

**Les directeurs d'ouvrage :** Elisabetta Dozio est psychologue clinicienne, docteure en psychologie clinique, référente en santé mentale et pratique de soins à Action Contre la Faim.

**Mathilde Laroche Joubert** est psychologue clinicienne, maître de conférences en psychologie à l'université Paris-Ouest Nanterre.

**Thierry Baubet** est professeur de psychiatrie de l'enfant et de l'adolescent à l'université Paris 13, Sorbonne Paris Cité, chef du service de psychopathologie de l'enfant et de l'adolescent, psychiatrie générale et addictologie de l'hôpital Avicenne.

**Les auteurs :** Carole Damiani, Catherine Le Du, Charles Di, Dalila Rezzoug, Elisabetta Dozio, Mayssa'El Hussein, Marion Feldman, Mathilde Laroche Joubert, Malika Mansouri, Thierry Baubet

Collection dirigée par **Lydia Fernandez**.



ISBN : 978-2-84835-573-3

11 € TTC - France

[www.inpress.fr](http://www.inpress.fr)