

**LE GRAND LIVRE
DU TRAUMA COMPLEXE
DE L'ENFANT À L'ADULTE**

SOUS LA COORDINATION DE
AMAURY MENGIN • JULIE ROLLING
PRÉFACE DE THIERRY BAUBET ET GUILLAUME VAIVA

LE GRAND LIVRE DU TRAUMA COMPLEXE DE L'ENFANT À L'ADULTE

FONDEMENTS • ENJEUX CLINIQUES
PSYCHOPATHOLOGIE • PRISE EN CHARGE

DUNOD

Mise en page : Belle Page

NOUS NOUS ENGAGEONS EN FAVEUR DE L'ENVIRONNEMENT :



Nos livres sont imprimés sur des papiers certifiés pour réduire notre impact sur l'environnement.



Le format de nos ouvrages est pensé afin d'optimiser l'utilisation du papier.



Depuis plus de 30 ans, nous imprimons 70 % de nos livres en France et 25 % en Europe et nous mettons tout en œuvre pour augmenter cet engagement auprès des imprimeurs français.



Nous limitons l'utilisation du plastique sur nos ouvrages (film sur les couvertures et les livres).

© Dunod, 2023

Dunod Éditeur
11, rue Paul Bert, 92240 Malakoff
www.dunod.com

ISBN : 978-2-10-084439-5

Préface

Thierry Baubet, Guillaume Vaiva

C'EST LA GUERRE du Vietnam qui a donné ses lettres de noblesses au trouble stress post-traumatique (TSPT) via son entrée dans le *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders* (DSM), celle-ci ayant assuré la promotion et l'internationalisation quasi hégémonique de cette dénomination et de ses critères diagnostiques. La situation était critique aux États-Unis : des centaines de milliers de jeunes combattants rentraient brisés de la guerre et présentaient des troubles graves. Il fallait définir une catégorie et ses contours de manière officielle afin que les troubles de ces vétérans puissent être pris en charge par les assurances. C'est ce qui fut fait en 1980 dans le DSM-III, troisième version de la classification américaine des troubles mentaux. Le TSPT ainsi défini écrasa d'une certaine manière toutes les autres descriptions de ce trouble, comme les « névroses traumatiques », concept en vogue en Europe encore imprégnée de psychanalyse, notamment chez les psychiatres militaires. Le TSPT s'imposa et devint incontournable dans la littérature scientifique et les essais thérapeutiques.

À partir des années 1990 pourtant, de plus en plus de données sont venues questionner sa validité, avec notamment les travaux de deux auteures. Lenore Terr (1991), qui travaillait auprès d'enfants, décrivit deux tableaux très différents : le traumatisme de type I (un traumatisme unique survenant chez un enfant disposant d'un environnement adéquat), à l'origine d'un tableau de TSPT, et le traumatisme de type II (un traumatisme répété, dont l'enfant – dépendant et impuissant – sait qu'il va se reproduire encore et encore, comme c'est le cas dans l'inceste, les violences conjugales, ou la guerre). Dans le traumatisme de type II, de nombreux autres symptômes étaient présents en plus des symptômes de TSPT, du fait de la durée d'exposition, mais aussi du fait des efforts faits par l'enfant pour tenter de s'adapter à une situation insupportable : en se dissociant, en s'anesthésiant, en déniant la réalité, etc. Autant de phénomènes qui avaient été décrits par Ferenczi dès 1932. Cela était à l'origine de tableaux beaucoup plus sévères et complexes avec de nombreuses comorbidités. Judith Herman (1992) s'est intéressée à des patients adultes qui avaient un point en commun : des traumatismes répétés ou prolongés subis dans un contexte d'impuissance, comme cela peut être le cas dans les situations d'emprise (violences conjugales) ou de détention (torture). Tout comme Terr, elle a mis en évidence une constellation de symptômes différente de celle du TSPT, puisqu'à côté

de ceux-ci coexistaient : des troubles de la régulation des affects, des troubles mnésiques et dissociatifs, des manifestations corporelles, des altérations de l'image de soi, de son agresseur et des autres entraînant de profondes perturbations relationnelles, et enfin des modifications profondes des systèmes de sens qui soutenaient les personnes jusque-là.

Il fut alors question de créer deux diagnostics différents dans le DSM, mais cette hypothèse fut rejetée. En revanche, le DSM intégra des symptômes caractéristiques du « traumatisme complexe » à sa description, aboutissant à un seul diagnostic. L'Organisation mondiale de la santé (OMS) a fait récemment un choix différent avec la 11^e version de la classification internationale des maladies (CIM-11) en choisissant de séparer ces deux troubles. C'est la porte ouverte à de nombreux développements pour la clinique et pour la recherche. Il n'est pas certain en effet que les connaissances accumulées sur le TSPT (son épidémiologie, son évolution, ses traitements) soient transposables aux TSPT complexes, et ce sont les travaux qui vont pouvoir se déployer désormais qui vont nous permettre d'y voir plus clair.

La notion de TSPT complexe vient en effet questionner les prises en soin proposées et les grandes recommandations internationales. La plupart de ces recommandations internationales mettent en avant les thérapies individuelles centrées sur le trauma comme première ligne de traitement du TSPT. Quand une dysrégulation émotionnelle, accompagnée de difficultés à établir et maintenir des relations interpersonnelles est présente, la plupart des thérapies centrées sur le trauma ont été trouvées moins efficaces que dans le TSPT simple. De plus, dans un nombre très important de situations, des comorbidités psychiatriques et surtout addictologiques sont présentes, qui obligent à des traitements conjoints. Enfin, dans la très grande majorité des cas, le « corps » est engagé dans la relation de soin (le plus souvent sous l'angle de la dissociation), et la prise en compte de la médiation corporelle semble devoir s'imposer. Cette mise en question de nos protocoles de soins pourrait même aller vers la proposition de soins intensifs et intégrés, sur des périodes de 2 à 4 semaines, qui pourraient devenir un modèle pour les années à venir.

C'est donc un nouveau chapitre sur la compréhension et le soin des personnes ayant subi des psychotraumatismes qui s'ouvre et, à ce stade, dans le réseau des centres régionaux du psycho-trauma et au Centre national de ressources et de résilience, il nous a semblé indispensable de mettre à disposition du public et des praticiens francophones un ouvrage actuel sur ce sujet.

RÉFÉRENCES

FERENCZI, S. (1932). *Journal clinique. Janvier - Octobre 1932*. Paris : Payot ; 1985.

HERMAN, J.L. (1992). Complex PTSD : a syndrome in survivors of prolonged and repeated trauma. *J Trauma Stress*, 5, 377-391.

TERR, L. (1991). Childhood traumas : an outline and overview. *Am J Psychiatry*, 148, 10-20.

Table des matières

<i>PRÉFACE</i>	V
<i>TABLE DES MATIÈRES</i>	VII
<i>LISTE DES AUTEURS</i>	1
<i>REMERCIEMENTS</i>	7
<i>INTRODUCTION</i>	9

PARTIE I

MODÈLES, THÉORIES, FONDEMENTS

1. Naissance et évolution du concept de trauma complexe	15
<i>Amaury Mengin</i>	15
Introduction	15
Une brève histoire des traumatismes psychiques	16
L'émergence du trauma complexe	19
Conclusion	30
Références	30
2. Épidémiologie, comorbidités et diagnostics différentiels du trauma complexe	32
<i>Amaury Mengin</i>	32
Introduction	32
Épidémiologie des psychotraumatismes complexes	33
Comorbidités et diagnostics différentiels des psychotraumatismes complexes	36
Facteurs explicatifs du trauma complexe : une ouverture	40
Conclusion	42
Références	42

3. Physiopathologie et psychopathologie du trauma complexe : des expériences infantiles à l'âge adulte	47
<i>Julie Rolling</i>	47
Introduction	47
Événement traumatique complexe : maltraitance et événements de vie adverse	49
Physiopathologie et modèles cognitifs du TSPT	51
Psychotraumatisme et neurodéveloppement	56
Physiopathologie et psychopathologie du TSPT complexe	57
Principales conséquences fonctionnelles des traumas complexes	65
Conclusions et perspectives	69
Références	70

PARTIE II

ENJEUX CLINIQUES

4. Trouble stress post-traumatique complexe et trouble de personnalité <i>borderline</i>	79
<i>Vanessa Cagnone, Nathalie Dzierzynski, Gaëlle Abgrall</i>	79
Définitions des concepts	79
Épidémiologie	80
Différences et similitudes entre TPB et TSPT-C	83
Prise en charge	87
Conclusion	89
Références	90
5. La dissociation : symptôme central des traumatismes complexes ?	94
<i>Alexis Vancappel, Coraline Hingray</i>	94
Qu'est-ce que la dissociation ?	94
Les troubles dissociatifs	96
Les modèles de la dissociation	100
La dissociation, centrale dans le TSPT complexe ?	105
Références	106
6. Trauma et oubli : dépasser le débat amnésie dissociative versus faux souvenirs	108
<i>Olivier Dodier</i>	108
Introduction	108
Les preuves favorables et critiques de l'amnésie dissociative	110

Le débat amnésie dissociative versus faux souvenirs	114
Oubli subjectif et souvenirs retrouvés : explications alternatives	116
Que faire en pratique ?	120
Références	121
7. Errances diagnostiques et thérapeutiques du psychotraumatisme complexe : la perspective de patients	124
<i>Luigi Flora, avec les témoignages de : Lotfi Bechellaoui, Jennifer Borsellino, Florence Herbaut, Véronique Lartaud, Marianne L., Fabienne Sainte-Rose, Emmanuelle Verkest</i>	124
Introduction	124
L'errance	125
Les postures	132
L'art du soin	132
Des pistes de solutions	133
Personnaliser le soin ?	134
Conclusion	134
Références	135
8. Enjeux éthiques, déontologie dans les psychotraumatismes complexes	136
<i>Flavie Derynck, Déborah Flatot-Blin</i>	136
Introduction	136
Définitions	137
Différentes dimensions de l'éthique dans l'univers du psychotraumatisme	140
Perspectives	148
Conclusion	148
Références	150

PARTIE III

PSYCHOPATHOLOGIE, CHAMPS D'APPLICATION, PATIENTS PARTICULIERS

9. Spécificités de l'inceste	155
<i>Louis Jehel, Julie Rolling, Amaury Mengin</i>	155
Introduction	155
Définitions et aspects psychopathologiques	155
Spécificités juridiques	159
L'inceste : un phénomène sous-estimé	160

Conséquences cliniques chez l'enfant	163
Conséquences cliniques chez l'adolescent	164
Spécificités cliniques de l'inceste dans le TSPT-C	164
Conclusion	165
Références	166
10. Les répétitions transgénérationnelles des traumatismes	167
<i>Céline Dedier, Dominique Frémy</i>	167
Terminologie et enjeux liés aux répétitions transgénérationnelles des traumas	167
Matériel thérapeutique, outils permettant l'accès à l'exploration et à la transmission de l'histoire familiale	177
Conclusion	183
Références	184
11. Les crises fonctionnelles dissociatives : des manifestations de psychotraumatismes complexes ?	186
<i>Arnaud Leroy, Coraline Hingray</i>	186
Cas Clinique	186
De la crise d'hystérie aux crises fonctionnelles dissociatives	187
Démarche diagnostique	189
Crises fonctionnelles dissociatives et psychotraumatismes complexes	190
Traitement des crises fonctionnelles dissociatives et du psychotrauma	194
Conclusion	196
Références	196
12. Les addictions dans le trauma complexe	201
<i>Louise Jakubiec, Fabien Renaud, Amaury Durpoix, Amaury Mengin, Laurence Lalanne, Mélina Fatseas, Chantal Bergéy</i>	201
Introduction	201
Épidémiologie	202
Interactions réciproques	205
Repérage et évaluation	207
Expression clinique	208
Prise en charge	210
Conclusion	211
Références	212

13. Aspects médico-légaux dans le trauma complexe	215
<i>Mathieu Lacambre, Nidal Nabhan Abou</i>	215
Introduction	215
Trauma complexe et soins courants	216
Trauma complexe et justice	220
Conclusion	225
Références	225
14. Croissance post-traumatique : le versant positif du trauma ?	227
<i>Nelly Goutaudier, Mélanie Voyer</i>	227
Croissance post-traumatique : conceptualisation et modèle théorique	227
Facteurs prédisposant à la croissance post-traumatique	232
Croissance post-traumatique et psychotrauma	233
Croissance post-traumatique et traumas complexes	235
Croissance et psychothérapies	236
Favoriser la croissance en thérapie	237
Conclusion	238
Références	239

PARTIE IV

STRATÉGIES THÉRAPEUTIQUES

15. Enjeux thérapeutiques des psychotraumatismes complexes	245
<i>Adrien Gateau, Alexis Vancappel</i>	245
Spécificités chez l'enfant et l'adolescent, aspects développementaux	245
Enjeux thérapeutiques chez l'adulte	250
Conclusion	257
Références	257
16. EMDR et trauma complexe	259
<i>Hamida Xardel-Haddab</i>	259
La thérapie EMDR	259
Aménagements du protocole standard dans la prise en charge du trauma complexe chez les adultes	261
Chez les enfants et les adolescents	271
En guise d'épilogue	275
Références	276

17. Thérapies brèves, mouvements alternatifs et trauma complexe	278
<i>Emmanuel Malphettes</i>	278
Introduction	278
La relation thérapeutique	280
Travail sur les capacités à s'auto-apaiser	283
Le changement est-il possible ?	284
Problème de cible et de cognition négative	285
Problème d'objectif et de cognition positive	286
La nécessité au changement	288
Problème de désensibilisation : quand la sensation bloque	289
Réassociation et travail sur le futur	291
Conclusion	292
Références	292
18. Traitement des traumatismes complexes par hypnose	293
<i>Flavie Derynck, Guillaume Belouriez</i>	293
Introduction	293
L'hypnose – historique, définition et clinique	294
Hypnose thérapeutique du psychotraumatisme complexe	296
Controverses	307
Conclusion	309
Références	310
19. IFS (<i>Internal Family System</i>)	312
<i>Laurence Carluer, Catherine Jehan-Riout</i>	312
Introduction	312
La multiplicité du psychisme	312
Le Self	313
Les différents types de parties	314
Conflit ou polarisation	316
IFS et trauma complexe	317
Une séance IFS	319
Intérêt et limites	328
Conclusion	330
Références	330

20. Le <i>Lifespan Integration</i> ou ICV dans le traitement des traumatismes complexes	332
<i>Joanna Smith</i>	332
Introduction	332
Historique	333
Soubassements théoriques	334
Le traitement du traumatisme simple par Lifespan Integration	335
Le traitement du traumatisme complexe	339
Plan de traitement et stratégies thérapeutiques	343
Conclusion	346
Références	347
21. Thérapies cognitives et comportementales et trauma complexe	349
<i>Alexis Vancappel</i>	349
Rappels conceptuels	349
Mise en place des interventions thérapeutiques	351
Qu'en est-il d'Alexandra ?	360
Références	362
22. La thérapie comportementale dialectique pour le trauma complexe	363
<i>Martin Bohus, Luisa Weiner, Sébastien Weibel, Julie Rolling, Amaury Mengin</i>	363
Introduction	363
De la thérapie comportementale dialectique (TCD) standard à la TCD-trauma	364
Le modèle du trauma complexe	367
Bases et principes	371
Aperçu du traitement	375
L'expérience strasbourgeoise	381
Preuves d'efficacité	382
Comment se former à la TCD-trauma ?	383
Références	383
23. Pharmacothérapie du TSPT complexe	384
<i>Amaury Durpoix, Arnaud Leroy, Hervé Javelot, Amaury Mengin</i>	384
Introduction	384
Recommandations dans le trouble de stress post-traumatique (TSPT)	385
Recommandations dans le trouble de personnalité borderline (TPB)	388
La question de la polypharmacie	390

Conclusion	391
Références	391
24. Clinique et prise en charge du trauma chez l'enfant : du TSPT au trauma complexe	396
<i>Michèle Battista, Ophélie Nachon, Morgane Gindt, Camille Rollet</i>	396
Introduction	396
Le psychotraumatisme chez l'enfant	399
Les thérapies chez l'enfant	401
Les partenaires de l'enfant comme co-thérapeutes du traumatisme complexe	414
Conclusion	414
Références	415
25. Prise en charge thérapeutique des adolescents avec psychotraumatisme complexe	418
<i>Julie Rolling, Mario Speranza</i>	418
Introduction	418
Enjeux du traitement des traumas complexes chez les adolescents	420
Évaluation du trauma complexe chez l'adolescent	422
Implication des parents dans les soins de l'adolescent	422
Phase de stabilisation	423
Traitement du trauma – thérapies validées pour le TSPT	425
Thérapies multimodales élaborées pour le trauma complexe	429
Thérapie comportementale et dialectique	432
Programme intégrant la prise en charge des conduites addictives	438
Thérapies complémentaires aux traumas complexes	439
Conclusion	445
Références	446
26. Thérapies corporelles	451
<i>Déborah Malet, Claire Guépin, Frédérique Warembourg, Agnès Dansin, Bruno Kufeld, Thomas Chihaoui, Vanessa Cagnone, Gaëlle Abgrall, Nathalie Dzierzynski</i>	451
Introduction	451
Corps, intéroception, émotions	452
Inférences intéroceptives et trauma	453
Corps, mémoire somatique et trauma complexe	455
Psychomotricité et trauma complexe (Claire Guépin)	457
Une pratique intégrative de plusieurs psychothérapies du psychotraumatisme à partir de l'intéroception (Agnès Dansin)	463

Acupuncture : le flux de la vie (Bruno Kufeld)	465
L'atelier de Boxe thérapie : sentiment de verticalité et d'existence dans le lien à l'autre	466
Conclusion	467
Références	467
27. Thérapies de groupe et trauma complexe	469
<i>Philippe Vignaud, Nicolas Chauliac, Sébastien Richer, Nathalie Prieto</i>	469
Généralités sur le groupe	470
Le trauma complexe et le groupe	471
Les groupes centrés sur les ressources	472
Modalités possibles de groupes centrés sur la désensibilisation et l'intégration des événements à potentiels traumatiques	475
Conclusion	479
Références	479
28. Programmes de soins intensifs et intégratifs : quel intérêt pour le trouble stress post-traumatique (complexe) ?	482
<i>Laurent Brodin, Clément Buée, Guillaume Vaiva, Éric Bui</i>	482
Introduction	482
Barrières aux psychothérapies centrées sur le trauma	483
Une réponse au problème des abandons : les programmes de thérapies intensives	485
Vers un programme de soins ambulatoire intensif et intégratif pour le TSPT complexe	487
Conclusion	489
Références	490
29. Soutien aux thérapeutes	492
<i>Marina Binet, Amaury Mengin</i>	492
Du trauma complexe au trauma vicariant	492
Risques pour les professionnels	493
Réfléchir à des stratégies de soutien pour les thérapeutes	496
Au cœur de ses ressources : la notion de réflexivité	504
Conclusion	505
Références	506
GLOSSAIRE	508

Liste des auteurs

Coordonnateurs

Amaury Mengin est psychiatre au service de psychiatrie d'urgences, liaison et psychotraumatologie des Hôpitaux Universitaires de Strasbourg, responsable de la filière adulte du Centre régional du psychotraumatisme Grand Est et chercheur à l'unité Inserm U1114.

Julie Rolling est pédopsychiatre au service de psychiatrie de l'enfant et de l'adolescent des Hôpitaux Universitaires de Strasbourg, responsable de la filière enfants, adolescents, familles du Centre régional du psychotraumatisme Grand Est, et membre de l'unité de recherche CNRS UPR 3212.

Contributeurs

Gaëlle Abgrall est psychiatre, responsable médicale de la CUMP du SAMU de Paris, de la coordination des CUMP franciliennes, du Centre régional du psychotrauma Paris Centre et Sud, AP-HP, et enseignante à l'Université de Paris.

Michèle Battista est pédopsychiatre, responsable de service adjoint du service universitaire de psychiatrie de l'enfant et de l'adolescent (SUPEA) du CHU de Nice.

Thierry Baubet est professeur de psychiatrie de l'enfant et de l'adolescent à Université Sorbonne Paris Nord, chef du service de psychopathologie de l'enfant et de l'adolescent, psychiatrie générale et addictologie à l'Hôpital Avicenne, AP-HP, Bobigny, et co-responsable scientifique du Centre national de ressources et de résilience (Cn2r), Lille.

Guillaume Belouriez est psychiatre, psychothérapeute et exerce à l'EPSAN de Brumath en gérontopsychiatrie et en consultation de psychothérapie intégrative, ainsi qu'au CHRU de Strasbourg en liaison en soins palliatifs. Il est coordinateur et responsable pédagogique du diplôme universitaire (DU) de psychothérapie intégrative à l'Université de Strasbourg.

Chantal Bergey est psychiatre, praticien hospitalier, cheffe du pôle urgences Médoc-Arcachon, responsable du Centre ressource psychotrauma Sud Aquitaine, centre hospitalier Charles Perrens, CHU de Bordeaux.

Marina Binet est psychologue, doctorante en psychologie à l'Université de Strasbourg (EA 3071, SuLiSom).

Martin Bohus est professeur de psychiatrie, président de la chaire de médecine psychosomatique et de psychothérapie à l'Université de Heidelberg, responsable scientifique de l'Institut central

de santé mentale de Mannheim (Allemagne), ancien président de la Société européenne pour l'étude des troubles de la personnalité (ESSPD) et président de l'association allemande de TCD.

Laurent Brodin est psychologue au Centre régional du psychotraumatisme Normandie, CHU de Caen.

Clément Buée est psychiatre, praticien hospitalier au Centre régional du psychotraumatisme Normandie, CHU de Caen.

Éric Bui est professeur de psychiatrie, responsable du Centre régional du psychotraumatisme Normandie, CHU de Caen, chercheur à l'Unité Inserm U1237 et ancien président de l'International Society for Traumatic Stress Studies (ISTSS).

Vanessa Cagnone est psychiatre, praticien hospitalier au Centre régional du psychotraumatisme Paris Centre et Sud, et DMU Neurosciences (poste trisite : services de psychiatrie des hôpitaux Pitié-Salpêtrière et Saint-Antoine, et unité de psychiatrie et psychotraumatologie, Hôpital Tenon, AP-HP), Sorbonne Université.

Laurence Carlier est neurologue et psychothérapeute formée à l'*internal family system*, membre de l'Unité Inserm U1077 à Caen.

Nicolas Chauliac est psychiatre, praticien hospitalier au Centre régional du psychotraumatisme Auvergne-Rhône-Alpes, Hospices Civils de Lyon.

Thomas Chihaoui est psychologue clinicien dans l'unité de psychiatrie et psychotraumatologie, Hôpital Tenon, AP-HP, Paris, DMU Neurosciences, Sorbonne Université.

Agnès Dansin est infirmière diplômée d'État, consultation de psychotraumatologie, unité de psychiatrie et psychotraumatologie, Hôpital Tenon, AP-HP, Paris, DMU Neurosciences, Sorbonne Université.

Céline Dedier est psychologue clinicienne au centre hospitalier de Novillars à l'unité du psychotraumatisme au Centre régional du psychotraumatisme Bourgogne Franche-Comté, et au Centre de guidance infantile. Elle est aussi praticienne en ICV et chargée de cours à l'Université de Franche-Comté.

Flavie Derynck est psychiatre, praticien hospitalier, référente du Centre régional du psychotraumatisme PACA Corse Antenne 13 Arles-Marseille, enseignante à l'Université Aix-Marseille et hypnothérapeute.

Olivier Dodier, docteur en psychologie, est maître de conférences en psychologie cognitive à l'Université de Nîmes et chercheur au Laboratoire APSY-V.

Amaury Durpoix est psychiatre, docteur junior au pôle de psychiatrie, santé mentale et addic-tologie des Hôpitaux Universitaires de Strasbourg, thérapeute TCD et youtubeur (<https://www.youtube.com/@gremohus8612/featured>).

Nathalie Dzierzynski est psychiatre, responsable médicale de l'unité de psychiatrie et psychotraumatologie de l'Hôpital Tenon, AP-HP, Paris, DMU Neurosciences, Sorbonne Université.

Mélina Fatseas est psychiatre, addictologue, professeure à l'Université de Bordeaux, cheffe du pôle inter-établissement d'addictologie, centre hospitalier Charles Perrens, CHU de Bordeaux.

Déborah Flatot-Blin est psychologue coordinatrice au Centre régional du psychotraumatisme PACA-Corse Antenne 13 Marseille et doctorante en psychologie à l'Université d'Aix-Marseille.

Luigi Flora, docteur en sciences de l'éducation, est coordinateur du partenariat entre personnes à l'épreuve du psychotraumatisme et professionnels, Centre national ressources et résilience (Cn2r) ; Co-directeur patient, Centre d'innovation du partenariat avec les patients et le public (CI3P), faculté de médecine, chercheur RETInES et CHERPA, Université Côte d'Azur ; chercheur associé du Centre de recherche juridique de Paris 8 (CRJP8) ; conseiller patient senior, Centre d'excellence du partenariat avec les patients et le public (CEPPP), CR-CHUM, Université de Montréal, Québec, Canada.

Dominique Frémy est pédopsychiatre, praticien hospitalier au centre hospitalier de Novillars, responsable médicale de l'unité du psychotraumatisme de Besançon, antenne du Centre régional du psychotraumatisme Bourgogne-Franche-Comté, expert psychiatre inscrit sur la liste de la Cour d'appel de Besançon et médecin coordonnateur dispositif injonctions de soin.

Adrien Gateau est pédopsychiatre au Centre universitaire de pédopsychiatrie et au Centre régional du psychotraumatisme Centre-Val de Loire, CHU de Tours.

Morgane Gindt est psychologue, docteure en psychologie, coordinatrice du Programme « 14-7 » au centre d'évaluation pédiatrique du psychotraumatisme, service universitaire de psychiatrie de l'enfant et de l'adolescent du CHU de Nice.

Nelly Goutaudier est professeure de psychologie à l'Université de Poitiers et chercheuse au Centre de recherches sur la cognition et l'apprentissage (CeRCA, UMR CNRS 7295).

Claire Guépin est psychomotricienne diplômée d'État au Centre régional du psychotraumatisme Hauts-de-France.

Coraline Hingray est psychiatre, responsable du Centre du psychotraumatisme Lorraine Sud, Nancy, CPN, co-auteur de l'ouvrage *Le trauma, comment s'en sortir ?*, responsable de l'unité neuro-psychiatrique, CHRU Nancy.

Louise Jakubiec est psychiatre, addictologue, praticien hospitalier au pôle inter-établissement d'addictologie du centre hospitalier Charles Perrens, CHU De Bordeaux.

Hervé Javelot est pharmacien hospitalier, responsable du Centre ressources et d'expertise en psychopharmacologie (CREPP) Grand Est, EPSAN, Brumath.

Catherine Jehan-Rioult est psychologue clinicienne, psychothérapeute, formée à la méthode Esther Bick/psychanalyse, analyste transactionnelle et thérapeute IFS certifiée, actuellement en activité libérale à Caen.

Louis Jehel est professeur de psychiatrie, responsable du service de psychiatrie et psychologie médicale, psychotraumatologie, addictologie, CHU Amiens-Picardie.

Bruno Kufeld est gynécologue-obstétricien, praticien attaché et diplômé d'un diplôme interuniversitaire (DIU) acupuncture, unité de psychiatrie et psychotraumatologie, Hôpital Tenon, AP-HP, Paris, DMU Neurosciences, Sorbonne Université.

Mathieu Lacambre est psychiatre, praticien hospitalier, au sein de la filière de psychiatrie légale du CHU de Montpellier ; co-président de la section psychiatrie légale de l'AFPBN (Association française de psychiatrie biologique et de neuropsychopharmacologie).

Laurence Lalanne est professeure de psychiatrie et d'addictologie, cheffe du service d'addictologie des Hôpitaux Universitaires de Strasbourg, et membre de l'équipe INSERM Addictions UMR 1114.

Arnaud Leroy, psychiatre, maître de conférences-praticien hospitalier, exerce au CHU de Lille et à l'Université de Lille. Il est membre du Centre régional du psychotraumatisme Hauts-De-France et de la cellule d'accompagnement méthodologique du Centre national de ressources et de résilience (Cn2R).

Déborah Malet est psychiatre, praticien hospitalier contractuel, coordinatrice de la plate-forme téléphonique du Centre régional du psychotraumatisme Paris Centre et Sud.

Emmanuel Malphettes est psychiatre, responsable de service de psychiatrie au CHU de Nantes, responsable du Centre régional de psychotraumatisme Pays de la Loire et d'une unité de consultation de post-urgence ; formateur au diplôme universitaire (DU) d'hypnose, au diplôme interuniversitaire (DIU) de prise en charge de la douleur, au sein de l'ARepta-IMHENA et dans d'autres instituts de formation.

Nidal Nabhan Abou est psychiatre, praticien hospitalier en psychiatrie légale au centre hospitalier Guillaume Régnier à Rennes, co-présidente de la section psychiatrie légale de l'AFPBN (Association française de psychiatrie biologique et de neuropsychopharmacologie).

Ophélie Nachon est docteure en psychologie, psychologue au Centre d'évaluation et de rééducation pluridisciplinaire pour enfants et adolescents, Nice.

Nathalie Prieto est psychiatre, responsable du Centre régional du psychotraumatisme Auvergne-Rhône-Alpes et de la cellule d'urgence médico-psychologique 69 (CUMP 69), référente nationale des CUMP.

Fabien Renaud est psychiatre, addictologue, docteur junior au centre hospitalier des Pyrénées, Pau.

Sébastien Richer est psychologue clinicien au centre régional du psychotraumatisme Auvergne Rhône-Alpes.

Camille Rollet est psychologue au Centre d'évaluation pédiatrique du psychotrauma (CE2P) et au Centre régional du psychotraumatisme PACA-Corse.

Joanna Smith est psychologue clinicienne, formatrice en ICV et auteure de plusieurs ouvrages sur le psychotraumatisme.

Mario Speranza est professeur des universités-praticien hospitalier, chef du service de psychiatrie de l'enfant et de l'adolescent au centre hospitalier de Versailles et professeur de psychiatrie de l'enfant et de l'adolescent à Université Paris.

Guillaume Vaiva est professeur de psychiatrie à l'Université de Lille, chef du service de psychiatrie d'adultes du CHU de Lille et du Secteur 59G08, co-responsable scientifique du Centre national de ressources et de résilience (Cn2r), Lille.

Alexis Vancappel est psychologue et maître de conférences en psychologie. Il exerce une activité clinique au CHRU de Tours en service de psychiatrie et de psychotraumatologie. Il enseigne et réalise des recherches au sein de l'Université de Tours et est affilié au laboratoire QualiPsy.

Philippe Vignaud est psychiatre, praticien hospitalier au Centre régional du psychotraumatisme Auvergne-Rhône-Alpes et à la CUMP 69, Hospices Civils de Lyon.

Mélanie Voyer est psychiatre, praticien hospitalier, responsable du Centre régional de psychotraumatologie Nord Nouvelle Aquitaine.

Frédérique Warembourg est psychiatre, responsable médicale du centre régional du psychotraumatisme Hauts-de-France et responsable zonale CUMP Hauts-de-France, CHU de Lille.

Sébastien Weibel est psychiatre, praticien hospitalier, responsable d'un programme ambulatoire spécialisé pour les troubles de la régulation émotionnelle et le trouble de la personnalité *borderline* (CAREST) aux Hôpitaux Universitaires de Strasbourg, chercheur à l'unité Inserm U1114 et secrétaire du Réseau francophone pour la thérapie comportementale dialectique.

Luisa Weiner est professeure de psychologie, responsable du Master de thérapies cognitives et comportementales de la faculté de psychologie de Strasbourg, chercheuse au laboratoire LPC (UR 4440) et présidente du Réseau francophone pour la thérapie comportementale dialectique.

Hamida Xardel-Haddab est docteure en psychologie, psychologue clinicienne spécialisée en neuropsychologie clinique. Elle est formée à la PNL, l'hypnose, au Brainspotting et à la thérapie Mosaic. Elle est praticienne, superviseuse et formatrice EMDR Europe. Elle contribue à la formation initiale et continue des praticiens EMDR Europe. Elle exerce son activité en Meuse auprès d'enfants, d'adolescents et d'adultes.

Remerciements

Nous adressons nos remerciements les plus chaleureux :

- au Centre national de ressources et de résilience (Cn2r) représenté par le Pr Guillaume Vaiva et le Pr Thierry Baubet pour nous avoir accordé leur confiance et leur soutien renouvelé tout au long de la réalisation de cet ouvrage ;
- au Pr Pierre Vidailhet pour son enthousiasme et sa confiance dès la naissance de l'idée de cet ouvrage, ainsi que pour son soutien constant et bienveillant ;
- au Pr Carmen Schröder pour sa confiance et son soutien au développement du champ de la pédopsychotraumatologie et des soins des enfants et adolescents psychotraumatisés ;
- à toute l'équipe du Centre régional du psychotraumatisme Grand Est pour son engagement au service des patients et le plaisir à travailler ensemble ;
- à toutes les personnes citées dans cet ouvrage, pour la richesse et la diversité de leurs travaux dans le domaine du trauma complexe. Ils ont nourri nos réflexions et les recherches visant à améliorer la prise en charge des personnes avec trauma complexe ;
- à tous les auteurs pour leur précieuse contribution, donnant tout le sens à cette œuvre éminemment collective. Nous nous réjouissons de la dynamique nationale existante entre les professionnels des Centres régionaux du psychotraumatisme et leurs partenaires ;
- à tous les lecteurs et toutes les lectrices, en leur souhaitant de riches découvertes.

Enfin, nous adressons des remerciements particuliers aux personnes à l'épreuve du trauma qui, par leur expérience et leur vécu, nous apprennent à améliorer l'accompagnement et les soins en psychotraumatologie. C'est à elles que nous dédions ce livre.

Introduction

Amaury Mengin, Julie Rolling

LES PSYCHOTRAUMATISMES COMPLEXES représentent un problème majeur de santé publique, touchant tous les âges de la vie (enfants, adolescents, adultes). Ils impacteraient 1 à 8 % de la population, avec des conséquences à moyen et long terme pour les personnes concernées.

Si plus de 70 % des individus sont un jour confrontés à un événement potentiellement traumatique (accidents, agressions, guerres, catastrophes naturelles, etc.), chaque événement n'aura pas les mêmes répercussions psychiques chez ces individus. De même, face à des événements similaires, chaque personne sera impactée différemment. Certaines n'en garderont que peu de traces, d'autres seront marquées, sans pour autant développer des symptômes psychotraumatiques, d'autres encore développeront un trouble stress post-traumatique.

Les traumatismes complexes sont le plus souvent la conséquence d'événements traumatiques répétés, inscrits dans des parcours de vie chaotiques, marqués par des ruptures, des violences et de l'exclusion. Ces événements traumatiques répétés ou prolongés ont ceci de spécifique qu'ils impliquent une agression par autrui (traumatismes interpersonnels), des situations de captivité ou une impossibilité de fuir (par exemple violences intrafamiliales, inceste). Ces expositions traumatiques peuvent survenir à tout âge de la vie. Lorsque ces événements ont lieu au cours de l'enfance et de l'adolescence, les conséquences peuvent dépasser les symptômes post-traumatiques classiques en impactant le développement et le fonctionnement de l'enfant (cognitif, émotionnel, relationnel, etc.), modifiant à long terme la trajectoire de vie des personnes concernées.

Ainsi, en plus des souvenirs répétés et intrusifs des événements, d'un sentiment de menace persistant et de l'évitement des rappels du trauma (triade de symptômes du trouble stress post-traumatique), les traumatismes complexes s'accompagnent d'une deuxième triade symptomatique touchant l'organisation de soi (triade des symptômes de perturbation de l'organisation de soi). En effet, la nature même des événements, leur répétition voire leur précocité vont impacter les personnes avec trauma complexe dans leurs capacités de régulation émotionnelle (anesthésie affective, symptômes dissociatifs ou, au contraire, hyperréactivité émotionnelle, impulsivité), leurs relations interpersonnelles (difficultés à faire confiance ou à maintenir des relations, retrait social) et leur perception d'elles-mêmes (vision négative de soi, honte, culpabilité).

Les personnes avec trauma complexe sont impactées dans de nombreux domaines de leur vie : familial, social, scolaire, professionnel, etc., et leurs troubles peuvent aller jusqu'à engager leur pronostic vital.

L'un des éléments les plus paradigmatique de la clinique du trauma complexe concerne le rapport à l'autre. En effet, les personnes avec trauma complexe voient leurs relations marquées du sceau de ce qu'elles ont vécu. Comment faire à nouveau confiance quand l'autre (parent, tiers protecteur) s'est très tôt montré violent ? Comment se sentir en sécurité dans le monde quand on vous a jeté sous les obus et que le danger pouvait surgir à chaque coin de rue ? Accompagner une personne avec trauma complexe, c'est tout d'abord recréer un lien de confiance, une sécurité dans la relation. C'est dans un climat relationnel sûr que la personne pourra mobiliser ses ressources afin d'aborder les événements douloureux, pour mieux s'en libérer.

Ces particularités ont conduit depuis 30 ans les cliniciens et chercheurs à approfondir leur compréhension des psychotraumatismes complexes et à développer des stratégies thérapeutiques adaptées, à l'image des thérapies centrées sur le trauma complexe. Ces thérapies sont essentielles pour aider les personnes psychotraumatisées à trouver un nouvel équilibre de vie. L'intégration de ces soins spécialisés aux soins psychiatriques courants est un enjeu déterminant au vu du nombre de patients concernés par le trauma complexe. À ce titre, l'ensemble des professionnels de santé devrait avoir accès à des connaissances sur les composantes thérapeutiques transversales du traitement du trauma complexe.

Or, de nombreux professionnels de santé, des milieux socio-éducatifs, médico-sociaux ou d'autres domaines ont été amenés à rencontrer ou à accompagner professionnellement des personnes avec trauma complexe, parfois sans le savoir, s'agissant d'un diagnostic récent dans les nosographies et d'une clinique évolutive masquée par la prédominance des manifestations comportementales (conduites auto- ou hétéro-agressives, addictions, etc.). D'autres fois, ils ont pu suspecter un trauma complexe, sans savoir comment agir.

Le *Grand livre du Trauma complexe* voit le jour à partir d'une volonté collective forte d'apporter un ouvrage de référence aux professionnels et étudiants ayant à cœur de développer des ressources pour les personnes avec trauma complexe. Cet ouvrage s'adresse aussi bien aux professionnels de santé et du médico-social qu'aux chercheurs, ou tout professionnel intervenant auprès d'enfants, d'adolescents ou d'adultes avec trauma complexe.

Cet ouvrage collectif interdisciplinaire s'inscrit dans une perspective résolument intégrative alliant les apports théoriques issus de différents domaines conceptuels à la pratique clinique. Différentes perspectives thérapeutiques y sont exposées avec une place particulière accordée aux thérapies centrées sur le corps, mais aussi aux soins apportés aux enfants et aux adolescents. L'impact du trauma complexe dans ces populations souligne l'importance d'intégrer une vision développementale à notre pratique.

Dans cet ouvrage, vous trouverez une première partie retraçant les fondements du concept de trauma complexe, les modèles et théories actuels. Dans une deuxième partie seront abordés les

enjeux cliniques et éthiques des traumas complexes, incluant un chapitre donnant la parole aux personnes à l'épreuve du trauma. La troisième partie soulèvera des questions psychopathologiques et s'intéressera à des aspects particuliers des traumas complexes (situations d'inceste, violences transgénérationnelles, etc.). Enfin, la quatrième partie développera largement les thérapeutiques actuelles et d'avenir du trauma complexe.

Avec le soutien du Pr Pierre Vidailhet et du Centre national de ressources et de résilience (Cn2r), nous avons eu à cœur de proposer une mise à jour des connaissances dans le domaine du trauma complexe, en apportant des regards croisés, ceux de cliniciens, de chercheurs et de différents professionnels impliqués quotidiennement dans les soins et l'accompagnement des personnes avec trauma complexe.

Cet ouvrage réunit plus de 50 auteurs fortement engagés dans le développement des soins, de la formation et de la recherche sur le trauma complexe au sein des centres régionaux du psychotraumatisme ou de leurs partenaires en France et à l'étranger.

Nous vous souhaitons une lecture passionnante, avec de belles découvertes pour enrichir votre pratique professionnelle et pour aider les personnes avec trauma complexe à s'extraire d'une trajectoire de vie marquée par le trauma, en leur permettant de trouver en elles les ressources pour écrire une nouvelle page de leur histoire.

Amaury Mengin et Julie Rolling



PARTIE I

Modèles, théories, fondements

Chap.1. Naissance et évolution du concept de trauma complexe	15
Chap.2. Épidémiologie, comorbidités et diagnostics différentiels du trauma complexe .	32
Chap.3. Physiopathologie et psychopathologie du trauma complexe : des expériences infantiles à l'âge adulte	47

