

# Complexité et difficultés de l'abord des traumatismes en psychanalyse\*

Hélène Oppenheim-Gluckman

Psychiatre et psychanalyste,  
136 avenue du Maine 75014 Paris, France

**Résumé.** Cet article décrit la complexité de l'abord des traumatismes dans la pratique clinique du psychanalyste. Il existe diverses modalités de surgissement du trauma dans les cures et du travail autour de celui-ci, avec parfois non pas un mais plusieurs traumatismes de natures différentes pour un même patient. Les liens entre trauma et destructivité, les agirs au cours de la cure, l'attaque du cadre, l'espace « virtuel » de la séance, font partie de cette clinique. Analystes et analysés seraient pris, à leur insu, dans le discours social sur le traumatisme infiltré par des « icônes passe-partout », d'où le risque d'aliénation et d'enfermement dans le traumatisme et de reconstruction d'une histoire familiale infiltrée par ces icônes.

**Mots clés :** traumatisme psychique, psychanalyse, violence, cure psychanalytique

**Abstract. Complexity and difficulties of dealing with traumas in psychoanalysis.** This article describes the complexity of determining an approach to trauma in psychoanalytic practice. Trauma emerges in different modes in the course of psychoanalytic treatment and the work undertaken in that setting. There may be not only one but several traumas of a different nature for a given patient. The issue of the links between trauma and destructiveness, acting out in the course of the treatment, the attack of the trauma and the virtual space of the session are all part of clinical practice in this context. Analysts and analysed could be unwittingly caught up in the social discourse on trauma, at large in society, infiltrated by "ready-made icons", resulting in a risk of alienation and enclosure in the trauma, and a reconstruction of the family history that is pervaded by these icons.

**Key words:** psychic trauma, psychoanalysis, violence, psychoanalytic treatment

**Resumen. Complejidad y dificultades del abordaje de los traumas en psicoanálisis.** Este artículo describe la complejidad del abordaje de los traumas en la práctica clínica del psicoanalista. Existen divergentes modalidades del surgimiento del trauma en las curas y del trabajo en torno a éste, con a veces no uno sino varios traumas de índoles diferentes para un mismo paciente. Los vínculos entre trauma y destructividad, los diferentes momentos del actuar en el transcurso de la cura, el ataque del cuadro, el espacio "virtual" de la sesión forman parte de esta clínica. Analistas y analizadas se verían cogidos, sin saberlo, en el discurso social sobre el traumatismo infiltrado por unos "iconos que valen para todo", de ahí el riesgo de alienación y de internamiento en el traumatismo y de reconstrucción de una historia familiar infiltrada por estos iconos.

**Palabras claves:** traumatismo psíquico, psicoanálisis, violencia, cura psicoanalítica

## Introduction

Les modalités d'approche des traumatismes ont évolué dans la société et parmi les psychanalystes depuis les débats entre Freud et Ferenczi. Il y a eu une double modification paradigmatique : celle de l'abord du traumatisme dans la société dans les années 1980, qui a des conséquences sur la pratique clinique, celle due à la confrontation de la psychanalyse à d'autres cliniques que la névrose qui a engagé, avec Winnicott, Bion et d'autres, « une inflexion métapsychologique qui ouvre sur une mutation paradigmatique » [1]. D'où l'abord plus fréquent dans les cures des traumatismes archaïques et des terreurs qu'ils entraînent. Les massacres, les génocides, les totalitarismes, la barbarie que Freud n'avait pu que pressentir, confrontent aussi les psychanalystes à des questions nouvelles.

Dans cet article, à partir de ma pratique clinique, d'une bibliographie psychanalytique, et d'une réflexion nourrie par l'anthropologie, la micro-histoire, la psychologie sociale et la littérature, je décrirai la complexité de l'abord des traumatismes dans la pratique clinique du psychanalyste, le risque toujours présent pour le patient comme pour le psychanalyste d'enfermement et d'aliénation au traumatisme, les modalités complexes et diverses du travail psychanalytique autour de la question du trauma.

## Trauma et psychothérapies ou cures analytiques

Le traumatisme pose à la psychanalyse la question de l'articulation entre la réalité psychique et de multiples autres

**Correspondance :** H. Oppenheim-Gluckman  
<hoppenheim@orange.fr>

\* Ce texte est issu d'un exposé fait le 25 mars 2017 au colloque de la Société de psychanalyse freudienne, « Psychanalyse dans le monde contemporain ».

éléments de la réalité extérieure : sociale, politique, médicale, relationnelle, familiale etc. Il confronte le psychanalyste au travail sur l'intrapsychique en tenant compte d'une pluralité d'espaces intriqués à celui-ci. Dans notre pratique, nous rencontrons des patients qui se définissent comme victimes de traumatismes, et d'autres pour qui nous repérons la présence du trauma dans l'inconscient, parfois très discrète et ignorée. Comment les aider à s'en déprendre ? Comment ne pas tracer de liens de causalité linéaire entre événement traumatique et trauma et travailler sur leur différenciation ? Comment aider les patients qui se définissent comme victimes de traumatismes à ne pas rester figés dans cette identité et à retrouver autant que possible le libre jeu de leur fonctionnement psychique ? Telles sont les questions auxquelles nous confronte notre pratique. Pour que l'événement traumatique ne soit pas un « bloc », le sujet doit pouvoir le morceler de façon à ce qu'un nombre suffisant des éléments qui le constituent puisse être pensables et que le jeu psychique puisse s'exercer sur eux. Pour que surgisse un effet de rupture et de surprise, que le sujet retrouve la singularité de son histoire, chaque détail de l'événement traumatique est important, ainsi que la relation dialectique entre cet événement et d'autres, heureux ou malheureux. Aussi souvent que nécessaire, y compris à l'intérieur d'une même séance, il s'agit d'entendre ce que le patient cherche à transmettre sur le ou les traumatismes qui ont jalonné son histoire et celle de sa famille. Il s'agit aussi d'essayer, à travers des détails, en particulier quand le ou les traumatismes risquent d'occuper toute la place, d'entendre les autres éléments présents dans la séance : les conflits psychiques du patient, le sentiment de son identité, ses expériences de vie et son histoire familiale, les interactions entre ceux-ci et le vécu du traumatisme, ce qui peut être perçu de l'atmosphère de la séance, le transfert et le contre-transfert. Des ouvertures à tous les sens possibles sont souvent difficiles dans le déroulement d'une cure ou d'une psychothérapie. Le risque qu'analysant et analyste soient enfermés dans des effets d'imaginaire et des fantasmes excessifs produits par la violence attribuée au traumatisme est permanent. Si l'analyste n'a qu'une connaissance intellectuelle, un savoir abstrait sur le traumatisme, il risque de ne pas entendre, dans le discours du patient, les allusions subtiles et souvent inconscientes à celui-ci et ses effets. S'il est trop proche, par son histoire, du patient, il les entendra, certes, mais avec le risque de n'entendre qu'elles.

## La pratique analytique infiltrée par le discours social sur le traumatisme

Le discours social sur le traumatisme, les théories et les pratiques psychanalytiques infiltrées par celui-ci, peuvent favoriser l'enfermement dans l'imaginaire ou une surdité excessive.

Pour Didier Fassin et Richard Rechtman [2], la notion de traumatisme s'impose depuis les années 80 comme un lieu commun du monde contemporain, d'où sa banalisa-

tion et l'effacement des différences entre les divers types d'événements traumatiques. Jusqu'à cette date, disent-ils, sous des formes diverses, la victime d'un traumatisme était frappée d'illégitimité, un doute pesant toujours sur la réalité de celui-ci et de ses effets. Le destin de la névrose traumatique restera longtemps, après la guerre de 14-18, infiltré par le sceau du soupçon, les psychanalystes, dans leur majorité, éludant l'événement traumatique pour se centrer sur l'intrapsychique. Dans l'émergence de la conception contemporaine de la notion de traumatisme, la mémoire de la Shoah constitue un point de départ. Cependant, jusque dans les années 1980, la complexité du vécu des survivants et de leurs descendants, les chemins multiples et difficiles pour se déprendre du traumatisme, sont rarement appréhendés par les psychanalystes. C'est l'introduction du DSM, le combat des féministes sur les violences faites aux enfants et aux femmes, celui des vétérans du Vietnam, décrit par Allen Young [3], qui aboutit à la création du PTSD, qui va imposer une double révolution paradigmatique du traumatisme dans la société. Le traumatisme s'impose comme un lieu commun du monde contemporain et l'événement traumatique devient le seul responsable de la pathologie. Les vétérans du Vietnam, dont certains avaient participé aux massacres de masse et aux atrocités, deviennent des victimes, des hommes traumatisés par ce que la guerre a fait d'eux, des hommes ordinaires placés dans une situation extraordinaire. Ils passent ainsi du statut de bourreau à celui de victime [4].

L'expérience clinique montre que beaucoup de psychanalystes, dans les années 1960-1970, à l'image de la société, se sont montrés sourds aux allusions répétitives et aux passages à l'acte de leurs analysants en rapport avec l'histoire de la Shoah. Le silence des survivants est peut-être dû aussi à la surdité de leurs interlocuteurs dans la société, dont les psychanalystes. D'où le rêve, partagé par de nombreux déportés, dont parle Primo Levi [5] : « *Les déportés se voyaient rentrés chez eux, racontant avec passion et soulagement leurs souffrances passées en s'adressant à un être cher, et ils n'étaient pas crus, ils n'étaient même pas écoutés. Dans sa forme la plus typique (et la plus cruelle), l'interlocuteur se détournait et partait sans dire un mot* ». Une revue bibliographique que j'ai faite [6-12] montre qu'il n'existe que de très rares textes écrits par les psychanalystes avant les années 1973 sur la Shoah. Beaucoup ont été écrits après les années 1980-85 (le film de Lanzman « Shoah » est sorti en 1985).

Les analystes seraient donc pris, à leur insu, comme leurs analysants, dans le discours social sur le traumatisme qui circule dans la société et qui est infiltré par les récits et les images qui circulent à travers les médias, le cinéma, la littérature. H. Welzer [13] les appelle des « icônes passe-partout ». Elles ont des effets sur les représentations et l'imaginaire de l'analysant et de l'analyste, sur le transfert de l'un et le contre-transfert de l'autre, sur les demandes qui sont adressées à l'analyste et sur les modalités de son écoute. Elles risquent d'entraver la relation de découverte et de création dans le processus analytique.

H. Welzer dans *Grand père n'était pas un nazi* [13] pose deux questions qui concernent les analystes : celle de la place de ces « icônes passe-partout » dans la reconstruction de l'histoire familiale, ce qui, à mon avis, existe aussi dans toute reconstruction de l'histoire familiale dans les cures, et celle de l'utilisation de ces icônes pour transformer, au fil des générations et des entretiens, les anciens bourreaux en victime. Les entretiens menés avec trois générations (ceux qui ont participé activement au régime nazi, leurs enfants, leurs petits-enfants), centrés sur les histoires vécues et transmises dans la famille en provenance du passé national-socialiste, montrent que nombre d'entre elles se modifient en passant d'une génération à l'autre ou au cours de l'entretien. Des nazis se transforment en résistants, des fonctionnaires de la Gestapo en protecteurs des Juifs, et la plupart en victimes de la guerre. La construction du rôle de victime s'appuie sur les images et l'histoire de la Shoah utilisées au profit de la représentation de la souffrance des victimes allemandes. Devenues des « icônes de la destruction », elles sont intégrées à des contextes totalement différents et dans des histoires où les Allemands deviennent les victimes. « On voit se dessiner, dit Welzer, une évolution dans laquelle la Shoah est, d'une manière générale, le modèle narratif de toute forme d'histoire où il est question de victimes et de bourreaux. . . une histoire de victimes paraîtra d'autant plus plausible qu'elle s'appuiera sur ce schéma narratif. Nos interviews montrent que . . . les Allemands non juifs prennent un rôle de précurseur dans l'adaptation de ce modèle narratif lorsqu'ils se transforment en victimes du régime national-socialiste et de la période qui l'a suivi ». Les entretiens sont aussi parcourus par les traces d'images médiatiques sur la période du national-socialisme (en particulier les films de fiction) qui sont intégrées au vécu autobiographique qu'elles aident à créer et qui sont utilisées dans la perception et l'interprétation de l'histoire familiale sous le nazisme. Ces traces sont implicites pour les personnes interviewées. Dans les cures, les « icônes de la destruction », apparues après les années 1980, ont-elles modifié l'écoute des analystes et le discours des analysants sur le vécu de la Shoah et le traumatisme en général ? Ont-elles favorisé des discours mythiques partagés et les points aveugles de certaines cures ?

## Bourreau ou victime ?

Welzer [13], comme Fassin et Rechtman [2], pose la question du glissement de la position de bourreau à celle de victime. Celui-ci est illustré par le récent procès au Tribunal pénal international de Dominique Ongwen, enfant soldat accusé de crimes de guerre en Ouganda. Pour Ingrao [14, 15], la position de victime a justifié les massacres de l'Allemagne nazie, les Allemands se sentant victimes des puissances qui avaient vaincu en 14-18 et des Juifs infestant mortellement le corps pur de la mère patrie, et se sentant aussi investis de la mission de constituer un empire aryen pur pour sauver les *Volksdeutsche* éparpillés

et minoritaires dans plusieurs pays de l'Europe de l'Est, qu'ils décrivaient comme persécutés. Les Hutus se considéraient victimes du pouvoir et de la beauté des Tutsis [16], et en ex-Yougoslavie, les Serbes des Croates fascistes et alliés des nazis pendant la Seconde Guerre mondiale et indûment vainqueurs au Moyen Âge lors de la bataille du Champ des Merles. Ces glissements posent la question des liens entre traumatisme et destructivité. Des écrits littéraires, des travaux de psychologie sociale et de micro-histoire permettent d'essayer de comprendre, sans réponse univoque et claire, comment des hommes « ordinaires » deviennent acteurs de massacres de masse ou bourreaux dans un mouvement d'adhésion à une idéologie ou au totalitarisme [14, 15, 17-21]. Les analystes peuvent réfléchir aux liens entre trauma et destructivité à partir de leur clinique. Pour D. Oppenheim [22, 23], le trauma ne découle pas seulement des caractéristiques de l'expérience traumatique mais peut faire surgir ou ressurgir des terreurs archaïques qui peuvent inciter à une violence destructrice pour s'en défendre, les extérioriser, pour ne pas être le seul à en souffrir. Cette violence destructrice ne doit pas être confondue avec une destructivité primaire inscrite au plus près de l'instinct vital et du biologique. Pour B. Lechevallier [24], les conduites psychopathiques graves pouvant conduire à la criminalité à l'adolescence sont une tentative d'échapper « aux angoisses du vide anéantissant ». Elle décrit une destructivité narcissique avec mécanismes de clivage et d'identification projective et une destructivité dans l'adhésivité à des traces sensorielles qui implique « un collage sans mobilité à des impressions sensuelles en deçà de la perception » (p. 148). L'expérience de terreur dans la prison de Pitesti en Roumanie [25] entre 1949 et 53 où les détenus opposants au régime ont été torturés avec une barbarie extrême jusqu'à ce qu'ils acceptent de torturer à leur tour d'autres détenus reste énigmatique : l'ont-ils fait pour échapper à la poursuite des tortures jusqu'à la mort, par identification à l'agresseur, ou parce que, comme le suggère l'auteur du livre Virgil Ierunca, tout ce qui les structurait psychiquement dans leur humanité avait été détruit et qu'il n'existait plus, dans ces conditions, que la pulsion de mort et de destruction en roue libre ? Cette question est d'autant plus complexe que plusieurs exemples de rescapés de camp nazis, cités par Catherine Coquio [26] et Daniel Oppenheim [27, 28], ont montré que si quelques rares enfants ou adultes se sont identifiés à l'agresseur, d'autres, pour garder leurs repères moraux et éthiques, ont refusé de tuer leurs bourreaux à la libération des camps alors qu'ils en avaient la possibilité.

## Complexité de l'abord des traumatismes pour le psychanalyste

La clinique montre une diversité des causes, des modalités d'expression, des processus de constitution du trauma, parfois chez un même patient. Elle est importante à repérer. Il y a une différence entre la destruction de quelque chose

de déjà construit, ce qui ne s'est pas construit alors que ça devait se construire, les traumatismes transgénérationnels, etc... Les destins des traumatismes originaires sont variables. Un traumatisme « tardif » où le lien interhumain et le quotidien sont préservés est différent de celui où cela risque de ne pas l'être comme dans les génocides et les massacres de masse, etc. ... Divers traumatismes peuvent s'intriquer chez un même patient.

Le trauma pose la question, abordée par Roussillon dans *Deux paradigmes pour les situations limites* [29], du transfert et du contre-transfert paradoxal, du risque de la violence des interventions et de l'interprétation de l'analyste, des modalités de construction d'un espace transitionnel. Il pose aussi celle des multiples modalités d'organisation psychique chez un même patient par rapport à l'expérience traumatique et dans le processus de la cure. Patient et analyste sont confrontés dans la clinique du trauma à l'excès (de fantasmes, d'*acting*, d'identification, de désir de réparation, de transfert et de contre-transfert, de clivage) et/ou au trop peu [30], ou aux deux à la fois, l'un venant recouvrir l'autre et inversement. Je poursuivrai cet article par quelques brefs exemples cliniques, sans prétendre à l'exhaustivité, pour illustrer mon propos.

Qu'en est-il du contre-transfert de l'analyste lorsqu'il est confronté chez un même patient à des traumas multiples (originaires et tardifs) et à la participation de son patient à des opérations militaires brutales contraires aux idéaux de l'analyste et qui résonnent avec l'histoire de ce dernier marquée par un génocide ? Un patient que j'ai suivi a vécu de multiples traumatismes (originaires et tardifs) et a participé à une guerre où il y a eu des exécutions sommaires et brutales. S'enchevêtrent de façon complexe dans la cure, parfois dans une même séance, des éléments liés aux traumas, aux angoisses archaïques et à la destructivité. Je m'interroge sur mon contre-transfert, surprise par le calme avec lequel j'ai pu entendre le récit du passage à l'armée de ce patient : est-ce la sensibilité et l'intelligence que je perçois chez lui, les références culturelles et les préoccupations communes qu'elles révèlent, qui suscitent suffisamment ma sympathie ? Pour pouvoir approcher l'enfant en souffrance, les angoisses archaïques et sa souffrance actuelle, est-ce que je fonctionne avec un désaveu nécessaire par rapport à une partie de mes ressentis ? Ou puis-je appréhender toute la complexité d'un parcours en étant suffisamment déprise de représentations trop écrasantes et iconiques liées à l'histoire ? Sans doute les trois.

Le traumatisme peut venir se loger dans le cadre tel que Bleger [31] le conceptualise. Un patient refusait de payer les séances manquées et exigeait des feuilles de soins. Dans cette demande et ce refus se concentraient des traumatismes précoces liés à des parents très insuffisants dont il avait été séparé, la présence dans l'histoire familiale d'un ascendant de formation médicale tué dans un génocide, la recherche de réparation et d'un tiers institutionnel pour éviter que j'approche de trop près ses angoisses archaïques. Les feuilles de soin me mettaient-elles dans le transfert à la place de son ascendant, les circonstances de sa mort pouvant faire

écho aux angoisses et aux terreurs archaïques du patient ? Le refus de paiement des séances manquées incarnait-il la « pièce manquante » irremplaçable (l'ascendant exterminé) ? Dans ce refus, il maîtrisait l'absence et cherchait à m'en faire éprouver les effets et à me la faire payer comme il aurait aimé la faire payer à ses proches défailants. La haine dans le contre-transfert [32] qu'il suscitait était sans doute aussi celle de sa mère et la sienne.

Une autre patiente, qui présente des terreurs archaïques liées aux conditions dramatiques de sa naissance et à une mère dépressive, a été confrontée dans l'enfance à la violence d'un membre de sa fratrie et de son père. Elle est confrontée à des fantasmes destructeurs et elle est prise aussi dans un Œdipe intense, conflictuel et contradictoire. Son analyse a été longtemps envahie par l'excès d'« *acting out* » pris dans le transfert qui lui permettait d'éviter une attaque directe de l'analyste et de l'analyse, seuls points de continuité. Dans son histoire on retrouve l'excès de consistance du père dans sa violence vis-à-vis d'elle liée à l'histoire familiale et à sa participation à une guerre coloniale, l'excès de violence de sa sœur suivie pour une maladie psychiatrique, l'excès d'absence et de consistance d'une mère déprimée. Ses « *acting-out* », à travers des choix amoureux qui la mettaient en danger, interrogeaient ce qui a été incompréhensible pour elle enfant : ses parents, la relation parent-enfant, le regard qu'elle porte sur elle dans ce contexte, le sentiment de son identité. Ils interrogeaient aussi la violence qui circule dans sa famille, l'expérience de son père pendant la guerre coloniale à laquelle il a participé, les destins de sa propre destructivité (sans doute intriquée à de l'agressivité et à du masochisme). Les ruptures répétitives dans sa vie exprimaient ses terreurs archaïques et une tentative de survie face à celles-ci. Je suis débordée et envahie par les « *acting-out* » et la préoccupation de les contenir. Les angoisses archaïques sont partiellement abordées, de même que la destructivité, dans la première phase de la cure envahie par ces « *acting-out* ». Dans une seconde phase, la répétition des *acting* cesse, le regard que la patiente porte sur elle-même, ses parents et son histoire, se complexifie, ses angoisses archaïques et sa destructivité peuvent se délier, être élaborées et retrouver leur mobilité.

Ce cas et d'autres posent la question du cheminement nécessaire pour chaque patient, de ce que le patient cherche à transmettre de ses attentes par rapport à l'analyste et à l'espace analytique et de ce que nous pouvons en entendre. Ferro [33, 34] considère la situation analytique comme un espace « virtuel », « à mi-chemin, dans une sorte de no man's land, entre la réalité extérieure et la réalité intérieure... ». Le récit du patient est en lien avec la réalité du traumatisme et avec son monde interne marqué par l'expérience de celui-ci et par de multiples autres expériences et conflits psychiques. Il est aussi une indication sur sa perception de l'atmosphère de la séance et de la cure, sur ce qu'il en attend, sur ce qu'il est capable de supporter, sur son transfert et notre contre-transfert. Pour un autre patient, « le trop peu » parcourt les séances. Il le protège d'un excès d'excitation qui l'effraye mais qui lui permet d'approcher son « vrai self »

[35] et son agressivité. Il a été confronté dans son enfance à une mère hospitalisée fréquemment en psychiatrie. Enfant, il la retrouvait plongée dans un désarroi profond sans autre adulte présent. Il n'a pas dépassé les effets du suicide de sa sœur quand il était adolescent et une dépression motive sa demande. Dans les séances, ponctuées par beaucoup de silences, il parle de façon très abstraite et allusive des événements traumatiques qui ont jalonné son histoire, de son travail, de sa relation à ses parents, aux femmes, à ses amis, comme si il était spectateur de lui-même. Il m'indique aussi par ce discours ce que Ferro appelle « les lignes et les ondes émotionnelles » [34] présentes dans le champ de la cure et la façon dont je dois moduler ma présence et mes interventions. J'interviens par « petites touches », attentive à donner un signe de ma présence à chaque séance. Peu à peu, le patient parle avec retenue d'émotions multiples et contradictoires qu'il peut accepter comme faisant partie de lui sans que je puisse cependant avoir accès à celles-ci et au contenu d'un récit sur son histoire. Puis émergent quelques rêves traduisant l'appui qu'il peut trouver dans le cadre de la cure et une potentialité d'évolution. L'analyse constitue ici un espace permettant la survenue « d'un tissage narratif et transformatif » qui rend possible des « micro-transformations » [34] même si le discours du patient reste abstrait et allusif. Je me pose la question d'une « position phobique centrale » [36] faisant obstacle aux relations entre les différents traumatismes et liée au risque d'excès potentiel et à l'insécurité que créeraient leurs mises en perspectives. Ma prudence est sans doute nécessaire. Mais ai-je été à certains moments moi-même prise dans une position phobique avec le sentiment d'une fragilité intouchable ?

## Conclusion

Dans les psychothérapies ou les cures analytiques, il n'y a pas une, mais des cliniques du trauma, qui se manifestent selon des modalités singulières et multiples y compris pour un même patient. Les tentatives de dépassement du traumatisme se font dans un temps et un espace « transitionnel » qui n'appartient ni la réalité ni au fonctionnement psychique, ni à l'analysant, ni à l'analyste, mais aux uns et aux autres durant le temps de la rencontre, jusqu'au moment où la différenciation peut se faire, d'une façon qui ne redouble pas le traumatisme, entre réalité et fonctionnement psychique, entre l'analysant et l'analysé. Dans cet espace, ce n'est pas la remémoration des souvenirs et leurs contenus qui est le plus important, mais la possibilité d'actes de création et de découverte porteurs de changement chez l'analysant comme chez l'analyste.

**Liens d'intérêts** les auteurs déclarent ne pas avoir de lien d'intérêt en rapport avec cet article.

## Références

1. Roussillon R. *Le transitionnel, le sexuel et la réflexivité*. Paris : Dunod, 2008.

2. Fassin D, Rechtman R. *L'empire du traumatisme, enquête sur la condition de victime*. Paris : Flammarion, 2007. Coll « Champs essais ».
3. Young A. *The harmony of illusions*. Princeton (EU) : Princeton University Press, 1995.
4. Young A. L'auto-victimisation de l'agresseur : un éphémère paradigme de maladie mentale. *Evol Psychiatr* 2002 ; 67 : 630-50.
5. Levi P. *Les naufragés et les rescapés 40 ans après Auschwitz*. Paris : Gallimard, 1989. Coll « Arcades ».
6. Wanhg M. National Socialism and the Genocide of the Jews. A Psycho-Analytic Study of a Historical Event. *International Journal of Psycho-Analysis* 1964 ; 45 : 386-95.
7. Grunberger B. L'antisémitisme devant l'œdipe. *Revue Française de Psychanalyse* 1962 ; 26 : 655-74.
8. Barocas H, Barocas C. Wounds of the fathers : the next generation of holocaust victims. *International Review of Psycho-Analysis* 1979 ; 6 : 331-40.
9. Klein H. « Les enfants de l'holocauste, deuil et perte d'un être cher ». In : Anthony EJ, Koupernik C. *L'enfant dans la famille* (eds). T2. Paris : Masson, 1974. pp. 322-35.
10. Krystal H. *Massive psychic trauma*. New-York : International Universities Press, 1964.
11. Friedlander S. La solution finale. In : Besançon A (ed). *L'histoire psychanalytique, une anthologie*. Paris/La Haye : Mouton, 1974. pp. 332-61.
12. Kestemberg J. Symposium les enfants de l'holocauste. In : Anthony EJ, Koupernik C. *L'enfant dans la famille* (eds). T2. Paris : Masson, 1974. pp. 297-98.
13. Welzer H, Moller S, Tschugngnall K. *Grand-père n'était pas un nazi. National-socialisme et Shoah dans la mémoire familiale*. Paris : Gallimard, 2013.
14. Ingrao C. *Croire et détruire, les intellectuels dans la machine de guerre SS*. Paris : Fayard, 2010. Coll. « Pluriel ».
15. Ingrao C. *La promesse de l'Est, espérance nazie et génocide*. Paris : Seuil, 2016.
16. N'Diaye S. Neighbour murders in Rwanda : what mutilated bodies and killing methods tell us about historical imaginaries and imaginaries of hatred. *Human Remains and Violence (Manchester University Press)* 2016 ; 2 : 3-22.
17. Browning C. *Des hommes ordinaires, le 101e bataillon de réserve de la police allemande et la solution finale en Pologne*. Paris : Tallandier, 2007. Coll. « Texto ».
18. Welzer H. *Les exécuteurs des hommes normaux aux meurtriers de masse*. Paris : Gallimard, 2007.
19. De Swaan A. *Diviser pour tuer, les régimes génocidaires et leurs hommes de main*. Paris : Seuil, 2016.
20. Zazoubrine V. *Le tchékiste*. Paris : Christian Bourgois ed, 1990.
21. Babel I. « La cavalerie rouge ». In : Œuvres complètes. Paris : Le bruit du temps, 2011. pp. 491-634.
22. Oppenheim D. Pourquoi les adolescents croient qu'il est bien et légitime de massacrer les gens qu'ils ne connaissent pas et qui ne leur ont rien fait. *Carnet psy* 2017 ; 207 : 54-7.
23. Oppenheim D. Malêtre et incertitude, une réponse dans les idéologies radicales ? Intervention au colloque de la Société de Psychanalyse Freudienne « Psychanalyse dans le monde contemporain ». Paris, 25-26 mars 2017.
24. Lechevallier B. *Le souffle de l'existence*. Paris : In Press, 2016.
25. Ierunca V. *Pitesti, laboratoire concentrationnaire*. Paris : Ed Michalon, 1996.
26. Coquio C., Kalisky A. *L'enfant et le génocide, Témoignages sur l'enfance pendant la Shoah*. Paris : Robert Laffont, 2007. Coll. « Bouquins ».
27. Oppenheim D. *Peut-on guérir de la barbarie*. Paris : Desclée de Brouwer, 2012. Coll. « Espace du sujet ».
28. Oppenheim D. *Des adolescences au cœur de la Shoah*. Paris : Le bord de l'eau, 2016. Coll « Judaïsme ».
29. Roussillon R. Deux paradigmes pour les situations limites. *Le carnet psy* 2012 ; 161 : 37-41.
30. Chervet B. *Trop ou trop peu, deux réminiscences de la dimension traumatique dans la cure*. Intervention au colloque de la Fédération européenne de psychanalyse. Berlin, mars 2016.
31. Bleger J. Psychanalyse du cadre psychanalytique. In : Kaës R, Missenard A, Kaspi R, et al. *Crise, rupture et dépassement*. Paris : Dunod, 1979. Coll « Inconscient et culture ». pp. 255-74.

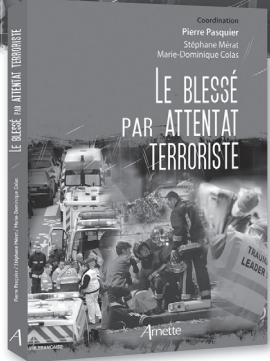
32. Winnicott D. « La haine dans le contre-transfert ». In : *De la pédiatrie à la psychanalyse*. Paris : Payot, 1969. pp. 72-82.  
 33. Ferro A. Quelle réalité dans la séance analytique. *Bulletin de la Fédération Européenne de Psychanalyse* 2002 ; 56 : 89-100.  
 34. Ferro A. Transformations en rêve et personnages dans le champ psychanalytique. *Revue Française de Psychanalyse* 2009 ; 73 : 817-42.

35. Winnicott DW. Les souvenirs de la naissance, le traumatisme de la naissance et l'angoisse. In : *De La pédiatrie à la psychanalyse*. Paris : Payot, 1960. pp. 111-34.  
 36. Green A. La position phobique centrale avec un modèle de l'association libre. *Revue française de Psychanalyse* 2000 ; 64 : 743-72.

INÉDIT

# LE BLESSÉ PAR ATTENTAT TERRORISTE

## Toute la chaîne de soins ... au post-hospitalier




• Septembre 2017  
 • 17 x 24 cm  
 • 320 pages  
 • ISBN : 978-2-7184-1481-2  
 • 65 €

**Aspects tactiques, médico-chirurgicaux et médico-psychologiques : un partage d'expérience militaire et civile.**


**C**et ouvrage collectif rassemble 120 experts issus des différentes institutions (Service de santé des armées, SAMU, pompiers et hôpitaux publics), confrontés à la prise en charge de victimes d'attentats terroristes.


Destiné aux équipes médicales et paramédicales, comme à tous les professionnels de santé, cet ouvrage présente les particularités de la prise en charge des blessés physiques et psychiques dans une **approche pluridisciplinaire, globale et continue du parcours de soins** : coordination des équipes de secours et de santé, stratégie de *damage control* par spécialité, orientation médico-psychologique, etc...

Didactique et abondamment illustré, pour une pratique immédiate de terrain, il constitue une **source d'informations unique dans le contexte actuel de menace terroriste.**



En savoir + sur  
[www.jle.com](http://www.jle.com)






Les coordinateurs

- **Stéphane Mérat**  
Hôpital Marie-Lannelongue,  
Le Plessis-Robinson
- **Pierre Pasquier**  
HIA Percy, Clamart
- **Marie-Dominique Colas**  
HIA Percy, Clamart

### COMMENT COMMANDER ?

- ▶ Par courrier, à l'aide du bon de commande ci-contre  
**Éditions John Libbey Eurotext**  
127, avenue de la République  
92120 Montrouge - France
- ▶ Sur Internet  
[www.jle.com](http://www.jle.com)
- ▶ Par e-mail  
[contact@jle.com](mailto:contact@jle.com)
- ▶ Pour tout renseignement  
+33 (0) 1 46 73 06 60



[www.jle.com](http://www.jle.com)

**Je souhaite recevoir**

**Le blessé par attentat terroriste** 65 €

Frais de port	France	+ 1 €
	Étranger	+ 6 €

Total  €

**Règlement**

Ci-joint mon règlement d'un montant de \_\_\_\_\_ €

Par chèque à l'ordre de **John Libbey Eurotext**

Par carte bancaire

Visa       Eurocard/Mastercard

Carte N°

Saisissez les 3 derniers chiffres inscrits au dos de votre carte

Date d'expiration          Signature : \_\_\_\_\_

N° de TVA (obligatoire pour les institutions) : \_\_\_\_\_

---

M.  Mme  Mlle      Nom \_\_\_\_\_      Prénom \_\_\_\_\_

Adresse \_\_\_\_\_

CP   Ville \_\_\_\_\_ Pays \_\_\_\_\_

Tél. \_\_\_\_\_ E-mail \_\_\_\_\_

Je désire recevoir une facture acquittée pour ma déclaration de frais professionnels  
 Conformément à la loi « Informatique et libertés » du 6/01/1978, vous disposez d'un droit d'accès et de rectification aux données personnelles vous concernant.  
 Pour l'exercer, adressez-vous aux Éditions John Libbey Eurotext - 127, avenue de la République - 92120 Montrouge.

APE : 8814Z / SIRET : 32819530400037

LBPNT017