

1 Stress et trauma

L. Crocq

En 1980, la nosographie américaine DSM (Diagnosis and Statistical Manual of Mental Disorders), qui se revendique athéorique, a proposé le vocable d'« état de stress post-traumatique » pour remplacer le diagnostic de « névrose traumatique » des nosographies européennes, récusé à cause de sa connotation freudienne. Mais s'affranchir d'une hypothèse pathogénique (la psychanalyse) pour se subordonner à une autre (l'hypothèse neurobiologique) ne résout pas le problème. D'où l'opportunité de bien définir les deux termes de stress et de trauma, qui sont couramment utilisés et parfois associés dans le discours des cliniciens, et de délimiter clairement les conditions de leur utilisation.

1. Le stress

1.1. Origine du mot « stress »

Le mot anglais *stress* est emprunté au vocabulaire des métallurgistes, qui désignaient ainsi le comportement d'un métal soumis à des forces de pression, d'étirement ou de torsion. En 1914, le physiologiste américain Cannon l'a transposé à la régulation hormonale des émotions, chez l'animal. En 1945, les deux psychiatres militaires américains R. Grinker et J. Spiegel l'appliquent à la pathologie psychiatrique de guerre, dans leur ouvrage intitulé *Men under stress*, pour désigner l'état psychique des soldats soumis aux émotions du combat et développant en conséquence des troubles mentaux aigus ou chroniques. En 1950, le physiologiste canadien H. Selye adopte le terme de stress pour désigner ce qu'il appelait depuis 1936 le « syndrome général d'adaptation » ou réaction physiologique standard de l'organisme soumis à une agression, quelle que soit la nature de cette agression.

1.2. Nature bio-neuro-physiologique du stress

Dans la conception de Selye, le stress était un phénomène essentiellement physiologique, ou neurophysiologique réflexe, mettant immédiatement l'organisme agressé en état d'alerte et de défense. La réaction de stress se déroulait selon le parcours neurophysiologique suivant : primo, transmission des informations nociceptives depuis les organes des sens jusqu'au cerveau cortical par les voies nerveuses afférentes ; secundo, transmission de ces informations du cortex vers le mésencéphale par des connexions intracérébrales ; tertio, émission par ce mésencéphale de deux sortes de

messages vers les organes effecteurs, soit des messages neurovégétatifs utilisant la voie des nerfs, soit des messages hormonaux (délivrés par la posthypophyse) utilisant la voie sanguine. Ces messages avaient pour effet de mobiliser certains effecteurs (organes, muscles, peau, etc.) dans la vie neurovégétative et la vie de relation, et de mettre ainsi l'organisme en état d'alerte et de défense.

Des recherches neurobiologiques postérieures aux travaux de Selye (Selye est décédé en 1982) ont permis d'approfondir les mécanismes du stress, qui se déroule selon quatre axes.

- *L'axe cathécholaminergique*, reliant l'hippocampe, le système sympathique et la surrénale, aboutit dès qu'il est activé à la libération immédiate de noradrénaline dans le sang, avec ses effets d'accroître le rythme cardiaque et la pression artérielle, d'augmenter le taux de sucre sanguin, de provoquer la fuite de la masse sanguine de la périphérie vers les organes, et de susciter la vigilance. Ses effets durent environ 15 minutes.

- *L'axe corticotrope*, reliant l'hypothalamus, l'hypophyse et la surrénale, entraîne, s'il est activé, une libération massive de glucocorticoïdes, qui favorise la néoglycogénèse à partir des protéides et des lipides, prenant ainsi le relais de l'adrénaline qui a rapidement épuisé les réserves en glycogène. Son action dure environ 2 heures.

- *L'axe des peptides opiacés* utilise la libération de certains peptides – la mélanotrophine et la bêta-endorphine – pour atténuer l'intensité de la réponse émotionnelle, en particulier de la réponse de peur.

- Enfin, *l'axe immunitaire* pourrait représenter le niveau le plus profond de l'activité défensive du stress, car le cortisol détruit les tissus lymphoïdes et effondre ainsi les défenses immunitaires. Les glucocorticoïdes détiendraient donc un rôle ambivalent : assurer une défense dans l'urgence, mais affaiblissant d'autant la capacité défensive résiduelle de l'organisme.

Au total, la réaction de stress en réponse à une agression ponctuelle ne dépasse pas quelques heures. Toutefois, si les stressseurs (facteurs de stress) maintiennent leur action, il va de soi qu'elle se prolongera d'autant. Son inconvénient est qu'elle est grevée de symptômes gênants (pâleur, sueur, tachycardie, spasmes viscéraux) et qu'elle est coûteuse en énergie. Elle est tellement dépensière en énergie qu'elle épuise les réserves hormonales et glucidiques, et que, si la situation d'agression se perpétue ou se renouvelle à de trop brefs intervalles, l'organisme s'épuise et s'effondre. Dans certaines expériences de Selye, des stress violents et prolongés pouvaient aboutir à la mort de l'animal par épuisement.

1.3. Psychologie du stress

Selye insistait surtout sur la nature physiologique du stress, sans chercher à en explorer le vécu psychique. Des recherches ultérieures ont exploré ce vécu. De nature réflexe, le stress se déclenche et se déroule sans intervention

de la volonté, même si le sujet est conscient de la menace ou de l'agression, et conscient ensuite de sa propre réaction ainsi que des modifications physiologiques et psychiques qu'elle entraîne. On admet que le stress a trois principaux effets psychologiques :

- il focalise l'attention sur la situation menaçante, chassant provisoirement de la conscience les autres préoccupations et pensées en cours ;
- il mobilise les capacités cognitives (attention, mémorisation, évaluation, raisonnement) ;
- et il incite à la prise de décision et à l'action.

En outre, le stress permettrait au sujet de contrôler relativement son émotion. Le stress est une réaction utile, adaptative. Grâce à son stress, le sujet échappe au danger ou se trouve en mesure d'y faire face, ce qui correspond au mot anglais *coping*. La réaction de stress s'achève alors, sur le plan psychologique, par une sensation ambiguë d'épuisement physique et psychique intriquée avec un vécu euphorique de soulagement (« quitte pour la peur »). Mais il arrive que si le stress est trop intense, trop prolongé ou répété à de trop courts intervalles, il se mue en réaction de stress dépassé, inadaptative. La clinique de cette réaction de stress dépassé sera exposée plus loin, dans un autre chapitre.

1.4. Extensions du mot « stress »

Au cours de l'évolution de sa pensée, Selye fut amené à préciser que le mot « stress » désigne la réaction de l'organisme, et non pas les agents extérieurs provoquant cette réaction. À ces agents extérieurs, il réservait le nom de stressseurs (*stressors*). Selye avait aussi, vers la fin de sa vie, étendu la notion de stress aux réactions de joie subite éprouvées à l'annonce d'un événement heureux (mariage, héritage, avancement dans la carrière). Ces réactions étaient comparables aux stress répondant à une agression ou une menace, et les modifications observées sur les effecteurs étaient les mêmes. Il y avait ainsi l'*eustress* du bonheur, et le *distress* du malheur. Enfin, une troisième distinction admise par Selye admettait une variété atténuée et prolongée du stress, concernant les « stress de la vie courante ». À côté des stress répondant à une agression intense et brève, il y avait lieu d'admettre les stress répondant à des microagressions prolongées ou répétées. Par exemple, l'exposition prolongée aux vibrations, au bruit, à l'éclairage violent, aux atmosphères enfumées, le manque de sommeil et de repos, l'accumulation de fatigue, et même les soucis et conflits de la vie quotidienne pouvaient constituer des stressseurs à effet cumulatif.

1.5. Définition du stress

Compte tenu de ce qui vient d'être exposé, on peut définir le stress comme la *réaction réflexe, neurobiologique, physiologique et psychologique d'alarme, de*

mobilisation et de défense, de l'individu à une agression, une menace ou une situation inopinée.

2. Le traumatisme psychique ou trauma

2.1. Origine étymologique et emprunt à la chirurgie

Le mot « traumatisme » vient des mots grecs anciens *traumatismos*, signifiant action de blesser, et *trauma*, signifiant blessure. Appliqué à la pathologie chirurgicale, il signifie « transmission d'un choc mécanique exercé par un agent physique extérieur sur une partie du corps et y provoquant une blessure ou une contusion ». Transposé à la psychopathologie, il devient *traumatisme psychologique* ou *trauma*, soit « la transmission d'un choc psychique exercé par un agent psychologique extérieur sur le psychisme, y provoquant des perturbations psychopathologiques, transitoires ou définitives ». La clinique chirurgicale distingue les « traumatismes ouverts », où il y a effraction du revêtement cutané, et les « traumatismes fermés », sans effraction. En psychopathologie, on admet que les excitations attenantes à l'événement traumatisant ont fait effraction au travers des défenses du psychisme.

On peut donc définir le traumatisme psychique ou trauma comme *un phénomène d'effraction du psychisme, et de débordement de ses défenses par les excitations violentes afférentes à la survenue d'un événement agressant ou menaçant pour la vie ou l'intégrité (physique ou psychique) d'un individu, qui y est exposé comme victime, témoin ou acteur.*

2.2. Premières théories psychologiques du trauma

C'est Pierre Janet qui, dans sa thèse de doctorat ès lettres de 1889, *L'Automatisme psychologique*, a cerné le premier ce qu'est le traumatisme psychique : des excitations liées à un événement violent viennent frapper le psychisme, y pénètrent par effraction, et y demeurent ensuite comme un « corps étranger ». Puis, ce corps étranger va donner lieu à une *dissociation de la conscience* : la souvenance brute de cet événement (souvenance de sensations, d'images et d'éprouvés bruts, que Janet dénomme « idée fixe ») fait bande à part dans un recoin du préconscient, ignoré de la conscience, et y suscite des manifestations psychiques ou psychomotrices « automatiques », non délibérées et inadaptées (telles qu'hallucinations, cauchemars, sursauts et actes automatiques), tandis que le reste de la conscience continue d'élaborer des pensées et des actes circonstanciés et adaptés. Sur le plan thérapeutique, Janet préconise :

- de faire réapparaître sous hypnose l'événement traumatisant oublié de la conscience et de le révéler au patient à son réveil ;

- d'induire sous hypnose une issue heureuse à l'événement, pour effacer les effets nocifs de son issue réelle ;
- et d'inciter le sujet à transformer par le langage sa souvenance brute en souvenir construit.

2.3. Théorie freudienne (psychanalytique) du trauma

Quatre ans plus tard, en 1893, dans sa *Communication préliminaire*, Freud reprend à son compte les hypothèses de Janet concernant le choc émotionnel, l'effraction dans le psychisme, le corps étranger et le phénomène de dissociation du conscient, et désigne la souvenance brute de l'événement par le terme platonicien de « *réminiscence* », terme adéquat que Janet n'avait pas su trouver, tant il est vrai que le concept d'idée fixe évoque une construction cognitive qui n'est pas le fait de la souvenance traumatique. Qui plus est, concernant la thérapie, Freud préconise la « *méthode cathartique* » (le mot catharsis est emprunté cette fois à Aristote), qui consiste à faire revivre au patient (sous hypnose) l'événement assorti de toute sa charge d'affect (pour débarrasser le psychisme des affects traumatiques restés coïncés, non abréagés), et à lui demander d'établir des associations d'idées à son sujet (« le réinscrire dans le grand complexe des associations »), afin de lui attribuer du sens et de pouvoir le réinsérer dans le continuum de l'existence, entre un avant et un après. Freud a ainsi pointé du doigt les deux aspects du trauma : son aspect dynamique d'effraction au travers des défenses du psychisme, et son aspect absence de signifiant.

En 1921, dans son essai *Au-delà du principe du plaisir*, Freud va expliciter les aspects dynamiques de sa théorie du trauma. Il compare métaphoriquement le psychisme à une vésicule vivante, boule protoplasmique en constant remaniement protégée par une couche superficielle « pare-excitation », qui sert à la fois de contenant et de protection à l'appareil psychique, et dont le rôle est de repousser les excitations nuisibles ou de les filtrer en les atténuant pour les rendre acceptables et assimilables (plus faciles à lier). Les différences constitutionnelles font que certains individus sont dotés d'un pare-excitation fort, et d'autres non. En outre, dès que l'individu voit venir le danger extérieur, il renforce son pare-excitation en mobilisant de l'énergie venant de l'intérieur du psychisme, s'il a à ce moment-là de l'énergie disponible, ce qui n'est pas toujours le cas (il peut être momentanément épuisé par un effort récent). Certains individus névrosés dont toute l'énergie interne est sans cesse accaparée par la sauvegarde de leurs refoulements n'auront jamais d'énergie disponible pour renforcer leur pare-excitation. Ce qui fait qu'un même événement potentiellement traumatisant fera effraction (et donc *trauma*) pour certains individus et pas pour d'autres, et pour certains individus aujourd'hui mais pas demain. Le concept de traumatisme, dit Freud, est donc tout relatif, et dépend du rapport de forces entre les excitations venant du dehors et l'état – constitutionnel et conjoncturel – de la barrière de défenses qui les reçoit.

2.4. Deux variantes psychanalytiques : Kardiner et Ferenczi

Plutôt que l'*ego affectif* freudien, dont les mécanismes de défense classiques ne peuvent expliquer la survenue des symptômes de la névrose traumatique, Kardiner (1941, 1947) se réfère à un *ego effectif*, qui lors de l'expérience traumatique serait débordé dans ses fonctions d'adaptation à l'environnement. Cet ego effectif, développé dès la naissance, est chargé de faire face aux stimuli agressifs et d'inspirer soit des conduites de modification de l'environnement (pour éliminer ces stimuli), soit des conduites de retrait (pour y échapper), soit enfin des réactions de contrôle du milieu interne (pour réduire l'impact des stimuli nocifs quand on ne peut pas les éviter). L'ego effectif utilise surtout les fonctions sensorielles, les capacités cognitives, les capacités psychomotrices et les régulations neurovégétatives. Mais, sous l'impact d'excitations exceptionnellement violentes, les fonctions habituelles d'organisation perceptive, d'orientation temporo-spatiale, de motricité volontaire et de contrôle neurovégétatif sont sidérées ou débordées, et il ne reste comme solution à l'ego effectif agressé que la contraction sur soi, ou la dissociation ; d'où les symptômes d'inhibition, de distractibilité, les conversions sensorielles, sensibles et motrices, les perturbations neurovégétatives et la dépersonnalisation, tentative désespérée pour maintenir un contact avec le monde au prix d'une fragmentation de la conscience. Ces symptômes traduisent les quatre changements fondamentaux de l'ego effectif : changement quant à la perception du monde extérieur, changement quant aux techniques d'adaptation, changement quant à la perception de soi et changement quant à la régulation neurovégétative ; ils témoignent de l'instauration d'une « nouvelle personnalité », dit Kardiner, « établie sur les ruines de ce qui fut le système effectif ».

Cette conception de Kardiner, proche de celle de Pierre Janet, est proche aussi de celle de Ferenczi. Ferenczi (1930) pensait que la première réaction à un choc était de l'ordre d'une « psychose passagère » impliquant une rupture d'avec la réalité ; sous l'impact, il se produisait d'abord une « hallucination négative », vertige ou brève perte de conscience, immédiatement suivie d'une « compensation hallucinatoire positive » apportant l'illusion du plaisir. Ensuite s'installait l'amnésie névrotique, traduisant le clivage psychotique, puisqu'une partie de la personnalité allait vivre pour son compte et chercher d'autres issues que les symptômes psychonévrotiques qui utilisent le symbole. Ferenczi maintenait parallèlement l'hypothèse de perturbations affectives, dont celles consécutives à l'expérience d'effondrement du sentiment narcissique d'invulnérabilité et à l'expérience d'anéantissement du sentiment de soi, l'une et l'autre génératrices d'angoisse. Seule l'autodestruction de sa cohésion psychique – unique solution accessible – pouvait délivrer le sujet de cette angoisse, évitant la destruction totale et promettant une reconstitution de soi à partir des fragments.

2.5. Conception lacanienne du trauma

Beaucoup d'exégètes de Freud se sont attardés sur cet aspect « énergétique » du trauma, en oubliant son aspect « absence de signification ». Plus récemment, se référant à Lacan, des cliniciens tels que Briole et Lebigot (1994) ont réhabilité cet aspect. Pour eux, ce qui fait essentiellement trauma, c'est la *confrontation inopinée avec le réel de la mort*. Dans la vie courante, nous ne sommes pas confrontés directement au réel du monde, mais à la *réalité* que nous en construisons, dès le stade de la perception, par le biais de nos symboles, de notre langage, de nos représentations mentales et de notre culture ; bref, de nos signifiants. Nous ne percevons du monde qu'une réalité édulcorée, travestie par le fantasme et choyée par le rêve (Crocq, 1999). Or, voici que l'événement violent nous met subitement et directement en contact avec le « réel de la mort », sans que nous ayons eu le temps ni même la possibilité (car nous sommes démunis de « représentations » de la mort, faute d'avoir bénéficié d'une « présentation » préalable) d'interposer devant cette perception l'écran protecteur de notre système signifiant (selon Lacan), et d'habiller ce réel en réalité. D'où l'expérience fondamentale d'effroi, pressentiment de la mort de soi-même, ou destruction totale, néantisation, avec ses vécus cliniques de « trou noir », ou de « panne psychique » par défaut de parole et de pensée.

Approfondissant la métaphore de l'effraction au travers du pare-excitation, Lebigot (2003 et 2004) dit que l'image traumatique pénètre très profondément dans l'appareil psychique, atteignant non seulement le niveau de l'inconscient où elle pourrait un jour (sous l'effet d'une thérapie) nouer des liens avec le maillage des représentations de l'inconscient et se transformer ainsi en souvenir sensé, mais encore le lieu – inaccessible à la conscience – du refoulé originaire. C'est le lieu « d'avant le langage », où sont déposées les premières expériences du nourrisson, expériences brutes de jouissance dans la complétude alimentaire, ou d'anéantissement par défaut du contact maternel. Avec l'acquisition du langage, ces expériences ont fait l'objet d'un premier refoulement, à partir duquel elles constituent le socle d'élaboration fantasmatique de l'« objet perdu », où les angoisses de perte de satisfaction, de perte d'objet, et de castration, référées au principe du plaisir, remplaceront les angoisses d'anéantissement (d'où l'intitulé de l'essai de Freud *Au-delà du principe du plaisir*). Or, l'expérience traumatique, court-circuitant le recours au langage, court-circuite aussi le refoulement originaire et renvoie le sujet, horrifié et fasciné, à ses expériences archaïques d'anéantissement et de jouissance brute. Il est horrifié, car il se retrouve face au néant de ses origines ; il est fasciné, car il retrouve ainsi l'objet perdu du sein maternel. D'où son attachement morbide à son trauma, mais aussi sa culpabilité pour avoir commis (même s'il n'a pas choisi de le faire) cette transgression majeure.

2.6. Théorie phénoménologique du trauma

Les considérations sur la confrontation avec le réel de la mort renvoient en fait à une approche phénoménologique du trauma (Crocq, 1999). Au regard de la phénoménologie, la pathologie de l'effroi se démarque de la pathologie de l'angoisse, laquelle se déroule dans la seule histoire intérieure de vie. L'effroi implique un objet extérieur au *dasein*, relevant d'un être-au-monde plus vaste, et renvoie toujours à la scène traumatique, qui se situe à la frontière du dehors et du dedans, et hors de la continuité du temps, ne promettant rien d'autre que l'anéantissement immédiat. Avec Barrois (1988), nous pouvons dire que l'accident traumatisant est « moment propulsif » dans sa temporalité, « épiphanie » dans son apparition subite, « apocalypse » dans sa révélation du néant, et « prophétie » dans sa proclamation de la mort comme vérité ultime. Sur le plan du vécu clinique, l'expérience traumatique est un bouleversement de l'être, qui laissera une impression de changement radical de la personnalité, une altération profonde de la temporalité (puisque le temps s'est arrêté au moment figé sur la terreur ou l'horreur, sans possibilité de vivre le présent fugace, ni d'envisager un avenir différent, ni même de reconsidérer le passé différemment à chaque instant), et une perte de la possibilité d'attribuer un sens aux choses. Plus qu'une perte de sens, le trauma serait d'ailleurs une expérience de non-sens, ce passage où l'on quitte l'univers des choses qui peuvent être désignées et représentées, pour entrer dans le monde du néant, ce néant dont nous sommes issus, dont nous avons tous la certitude sans en avoir la connaissance, et que nous avons tenté vainement d'exorciser à chacune de nos paroles, où – comme le disait Merleau-Ponty en 1961 dans son cours au Collège de France – nous affirmions désespérément notre être comme « quelque chose... et non pas rien ».

3. Recommandations pour l'emploi des mots « stress » et « trauma »

3.1. Stress et trauma : deux registres différents

Stress et trauma relèvent de deux registres différents : bio-neuro-physiologique pour le stress, et psychologique pour le trauma. L'un parle de mobilisation des ressources énergétiques, l'autre d'effraction dans les défenses psychiques, dont la défense qui consiste à attribuer du sens. L'un décrit les orages neurovégétatifs, l'autre la clinique de l'effroi. En effet, sur le plan clinique, il n'y a pas équivalence entre les deux registres. Le plus souvent, les individus qui réagissent à un événement agressant par un stress adapté ne le vivent pas comme un trauma, tandis que ceux qui réagissent par un stress dépassé le vivent sur un mode traumatique et développent ensuite une pathologie

psychotraumatique ; mais cette correspondance n'est pas absolue, et on a vu des stress parfaitement adaptés cacher les pires vécus traumatiques, et à l'inverse des stress dépassés spectaculaires se résoudre sans suites psycho-traumatiques.

3.2. Au sujet du vocable « état de stress post-traumatique »

En 1980, la troisième version du système nosologique américain DSM (*Diagnosis and Statistical Manual of Mental Disorders*) a promu le vocable de *post-traumatic stress disorder* (PTSD) pour désigner ce que les nosographies européennes reconnaissaient sous le concept de névrose traumatique. Ce vocable, mal traduit en français par les mots « état de stress traumatique » (alors que le mot « trouble » eût plus fidèlement traduit *disorder*), a fait fortune de part et d'autre de l'Atlantique (l'hégémonisme de la langue anglaise y aidant), et il a même été adopté par la Classification internationale des troubles mentaux dans sa 10^e révision de 1992 (CIM-10). Notons que l'introduction du mot anglais « *stress* » dans la pathologie psychique n'est pas anodine et reflète une prise de position résolument biologique, au détriment du mot « névrose », qui est récusé par les auteurs du DSM à cause de sa connotation psychanalytique. Quoi qu'il en soit, dans la nosographie européenne classique, le concept de névrose traumatique désignait une affection névrotique développée après une expérience de traumatisme psychique ou trauma. Dans la nosographie du DSM et dans celle de la CIM-10, le concept d'état de stress post-traumatique désigne une perturbation mentale, supposée être de nature biologique (c'est-à-dire un stress), consécutive elle aussi à une expérience de traumatisme psychique.

3.3. Événement traumatique ou événement potentiellement traumatisant

De même, on voit trop souvent employer le vocable d'événement traumatique à la fois pour des victimes qui ont réellement vécu cet événement sur le mode du trauma, et pour des rescapés qui, exposés au même événement, y ont réagi par un stress adaptatif et sans séquelles. Aussi recommandons-nous, pour désigner des événements susceptibles de générer des traumas, d'utiliser le vocable d'événement potentiellement traumatisant.

Pour en savoir plus

- American Psychiatric Association (1980). *Diagnostic and statistical manual of mental disorder* (3rd ed.). Washington, D.C: APA, 1980.
- Barrois, C. (1988). *Les Névroses traumatiques*. Paris: Dunod.
- Briole, G., Lebigot, F., et al. (1994). *Le Traumatisme psychique. Rencontre et devenir*. Paris: Masson.

- Crocq, L. (1999). *Les Traumatismes psychiques de guerre*. Paris: Odile Jacob.
- Ferenczi, S. (1930). Principe de relaxation et néocatharsis, trad. fr. In *Œuvres complètes* (pp. 82-97). Paris: Payot, 1982, t. 4.
- Ferenczi, S. (1932). Réflexions sur le traumatisme, trad. fr. In *Œuvres complètes* (pp. 139-147). Paris: Payot, 1982, t. 4.
- Freud, S. (1921). *Au-delà du principe du plaisir*, trad. fr. Paris: Payot, 1956.
- Freud, S., & Breuer, J. (1895). *Études sur l'hystérie, précédées de Communication préliminaire (1893)*, trad. fr. Paris: PUF, 1953.
- Grinker, R., & Spiegel, J. (1945). *Men under stress*. Philadelphia: Blakiston.
- Janet, P. (1889). *L'Automatisme psychologique*. Paris: Alcan.
- Kardiner, A. (1941). *The Traumatic neuroses of war*. Washington: National Research Council.
- Kardiner, A., & Spiegel, H. (1947). *War stress and neurotic illness*. New York: Hoeber.
- Lebigot F. (2003), « Stress et trauma », *Neuropsych*, n° spécial « Les syndromes psychotraumatiques ».
- Lebigot, F. (2004). « Le Traumatisme psychique ». *Revue Francophone du Stress et du Trauma*, 1(4), 5-12.
- Organisation Mondiale de la Santé. (1992). *Classification internationale des troubles mentaux et des troubles du comportement. Descriptions cliniques et directives pour le diagnostic, 10^e révision*. Genève: OMS [trad. fr. par C.B. Pull, Paris, 1993].
- Selye, J. (1950). *The Stress of life*. New York: McGraw-Hill, rééd. 1986.