

FORMATION CONTINUE

Le psychotrauma. Stress et trauma. Considérations historiques

Stress and psychotrauma. History of trauma

N. Chidiac^{a,*}, L. Crocq^b

^a Service du Professeur F.-Rouillon, clinique des maladies mentales et de l'encéphale (CMME), université Paris V, Cochin–Port-Royal–Sainte-Anne, 100, rue de la Santé, 75674 Paris cedex 14, France

^b Cellule d'urgence médicopsychologique, SAMU de Paris, hôpital Necker, 149, rue de Sèvres, 75015 Paris, France

Résumé

Des considérations historiques vont parcourir quatre périodes dans l'histoire du trauma : les précurseurs, les fondateurs, les continuateurs, les novateurs. Une distinction nécessaire entre stress et trauma sera ensuite envisagée afin de pouvoir mieux appréhender la notion du trauma.

© 2010 Publié par Elsevier Masson SAS.

Abstract

Historical consideration will cover four periods in the history of trauma: the precursors; the founders; the upholders; the innovators. A necessary distinction between stress and trauma will then be made so as to better conceive the notion of trauma.

© 2010 Published by Elsevier Masson SAS.

Mots clés : Historique du trauma ; Stress ; Trauma

Keywords: History of trauma; Stress; Trauma

I. CONSIDÉRATIONS HISTORIQUES

La réflexion sur le trauma est aussi ancienne que la violence des hommes et leur interrogation face à l'irruption incompréhensible de la mort. Mais il a fallu attendre la fin du XIX^e siècle pour que l'entité « névrose traumatique » soit proposée par Herman Oppenheim [38]. Cela étant, on peut distinguer quatre périodes dans l'histoire du trauma : les précurseurs ; les fondateurs ; les continuateurs ; les novateurs.

I.1. Les précurseurs : récits légendaires, rêves de bataille et vent du boulet

On en retrouve trace dans des récits légendaires aussi anciens que l'épopée sumérienne de *Gilgamesh* (2000 av. J.-C.) et l'*Illiade* d'Homère (900 av. J.-C.). L'Antiquité nous livre aussi de véritables observations cliniques, tel le cas du guerrier athénien Épizelos (Hérodote, 350 av. J.-C.), atteint de cécité hystérique émotionnelle en pleine bataille de Marathon. On trouve mention de rêves traumatiques dans le *Traité des songes* d'Hippocrate (400 av. J.-C.), dans le *De natura rerum*, de Lucrèce (40 av. J.-C.) et, plus tard, dans la *Chanson de Roland* (vers 1100) et dans les *Chroniques* de Froissard (en 1388).

Le jeune roi Charles IX, au lendemain du massacre de la Saint-Barthélemy dont il fut témoin en 1572, se plaint à Ambroise Paré d'être assailli par des hallucinations et des cauchemars terrifiants qui lui font dresser les cheveux sur la

* Auteur correspondant.

Adresse e-mail : nayla.chidiac@wanadoo.fr (N. Chidiac).

tête, thème repris par Agrippa d'Aubigné dans son poème *Les Tragiques* (« mes cheveux étonnés hérissent en ma tête »), où il décrit les atrocités auxquelles il a assisté en participant aux guerres de religion dans les rangs huguenots. À la même époque, deux pièces de Shakespeare (*Roméo et Juliette* ; *Henry IV*) mentionnent les rêves de bataille, et une troisième (*Macbeth*) décrit les symptômes psychotraumatiques ressentis par le couple Macbeth torturé par la culpabilité de ses crimes. Quelques décennies plus tard, en 1654, le philosophe Pascal manque d'être précipité dans la Seine avec son carrosse par ses chevaux emballés et ressent ensuite tous les symptômes de ce qui sera dénommé plus tard névrose traumatique (cas rapporté par Pinel). Enfin, la *nostalgie* décrite au sein des armées de l'ancien régime était souvent due non pas tellement à l'éloignement du village ancestral, mais à la frayeur inavouée d'avoir vu un camarade (un « pays ») fauché par la mitraille à côté de soi dans le rang.

Les événements de la Révolution et de l'Empire fournirent à Philippe Pinel de nombreuses observations de pathologie psychotraumatique qu'il classe, selon la sémiologie dominante, au rang de l'idiotisme, de la manie ou de la mélancolie consécutive aux « émotions morales » et, surtout, au rang des « névroses de la circulation et de la respiration », préfigurations de la névrose traumatique. Goethe, présent à Valmy auprès de l'armée de Brunswick, décrit le caractère inquiétant du sifflement de l'obus porteur de mort (« comme le bruissement de la toupie, le bouillonnement de l'eau et la voix flûtée de l'oiseau ») et rapporte l'état d'étrangeté qui l'étreint alors qu'il est entouré par le brouillard de la bataille. Desgenettes, Percy et Larrey, médecins de la grande armée, dénomment syndrome du « vent du boulet » l'état stuporeux qui saisit les combattants épargnés de justesse par un boulet passé tout près d'eux.

Les guerres du milieu du XIX^e siècle sont encore plus effrayantes et pourvoyeuses d'horreur. Henri Dunant, spectateur horrifié et secouriste bénévole de la bataille de Solferino le 24 juin 1859, décrira trois ans plus tard, dans son récit *Un souvenir de Solferino*, l'hébétude et le désespoir des soldats blessés abandonnés sur le champ de bataille, ainsi que le désarroi émotionnel des secouristes. Jacob Mendez Da Costa et Silas Weir Mitchell, médecins dans l'armée nordiste pendant la guerre de Sécession américaine (1861–1864), feront œuvre novatrice en décrivant l'un le « cœur du soldat » (*soldier's heart*), sorte d'anxiété cardiovasculaire due à l'épuisement et à la frayeur, l'autre l'hystérie post-émotionnelle chez l'homme, avant Charcot mais après Briquet, dont le *Traité Clinique et Thérapeutique de l'Hystérie* (1859) mentionne nombre de cas d'hystérie réactionnels à des frayeurs et autres chocs moraux.

1.2. Les fondateurs. Découverte de l'inconscient traumatique : Oppenheim, Charcot, Janet, Freud et quelques autres

En 1888, l'Allemand Herman Oppenheim crée le terme de « névrose traumatique » pour désigner les troubles psychiques particuliers consécutifs aux accidents (dont les accidents de chemin de fer) et caractérisés surtout par le souvenir obsédant de l'accident, les troubles du sommeil avec cauchemars de

reviviscence, les phobies électives (dont la *sidérodromophobie* ou phobie du chemin de fer) et la labilité émotionnelle. Dans ses considérations théoriques, Oppenheim opte sans ambiguïté pour la thèse psychogénique, incriminant l'effroi (*schreck*), qui provoque un ébranlement psychique (*seelische erschütterung*) « tellement intense qu'il en résulte une altération psychique durable ».

La proposition d'Oppenheim se situe dans le contexte de l'intérêt porté à la pathologie psychique consécutive aux accidents de chemin de fer, que l'on attribuait généralement aux effets mécaniques de la commotion de l'encéphale (d'où les vocables de *railway brain* et de *railway spine* créés par Putnam et Walton en 1884), tandis que certains cliniciens, dont Jean Martin Charcot (1884) à la Salpêtrière, optaient pour l'hypothèse émotionnelle, au vu des disproportions évidentes entre certains tableaux cliniques spectaculaires et le choc physique minime qui était censé les avoir déterminés. Toutefois, Charcot ne voulut pas reconnaître l'autonomie de la névrose traumatique, et rattacha cette pathologie à l'hystérie ou à l'*hystéro-neurasthénie*, diagnostic créé pour la circonstance. Après la mort de Charcot (1893), la névrose traumatique avait cependant gagné droit de cité, en particulier dans les nosographies établies par Kraepelin (1889) ; Kraft-Ebing (1898) en particulier y consacra des ouvrages démonstratifs.

L'année 1889 fut le pivot de ces découvertes, avec la thèse de doctorat ès lettres de Pierre Janet et le Congrès de Paris sur l'hypnotisme. Dans sa thèse *L'Automatisme psychologique* [22], Janet présente 20 cas d'hystérie et de neurasthénie, montre que sous hypnose on peut découvrir leur origine traumatique oubliée de la conscience et induire la cessation des symptômes. Il attribue leur pathogénèse à la « dissociation de la conscience », la partie de la conscience liée à la souvenance brute de l'expérience traumatique faisant bande à part dans un recoin de la conscience, tel un corps étranger, et suscitant des actes « automatiques » inadaptés, sans liaison avec le reste de la conscience qui continue d'inspirer des pensées et des actes circonstanciés et adaptés.

Freud, venu à Paris assister à ce congrès, y découvre que Janet professe des idées semblables aux siennes et publie quelques années plus tard en collaboration avec Breuer [17] ses conceptions sur la question : il emprunte à Janet les hypothèses de la dissociation du conscient et du corps étranger « parasite », trouve le mot de *réminiscence*, que Janet n'avait pas su trouver, et prône une thérapie cathartique de ces hystéries traumatiques, dans laquelle il convient de faire revivre l'événement assorti de toute sa charge d'affect et de faire associer à son sujet. Dans l'histoire de la pensée psychiatrique, la découverte du préconscient a donc inauguré celle de l'inconscient. Janet y a précédé Freud ; mais les deux médecins de marine Bourru et Burot, professeurs à l'École de médecine navale de Rochefort, les avaient devancés l'un et l'autre en publiant en 1888, dans leur ouvrage *Les variations de la personnalité*, le cas Louis V., guéri de conversions hystériques multiples par reviviscence sous hypnose d'un événement traumatique qui avait prélué huit ans auparavant à leur installation.

1.3. Les continuateurs. La psychiatrie de guerre prend le relais

La guerre des Boers (1899–1902) a connu des cas de conversion hystérique après émotion violente éprouvée au combat. Il en est de même pour la Guerre russo-japonaise de 1904–1905, au sujet de laquelle l'Allemand Honigman, qui y a participé comme psychiatre volontaire de la Croix Rouge, crée le terme de *névrose de guerre* (1908). C'est au cours de cette guerre que fut instaurée, par la force des choses (le chemin de fer transsibérien n'était pas achevé et il fallait traiter sur place), sous la direction du psychiatre russe Autocratov, la doctrine de la *psychiatrie de l'avant*, avec charrettes hippomobiles parcourant le front à la recherche des blessés psychiques, et triage, puis traitement à proximité du front.

Mais ces leçons furent oubliées lorsqu'éclata la Première Guerre mondiale, et la masse des blessés psychiques évacués sur les hôpitaux de l'arrière et persévérant dans leurs symptômes pour ne pas être renvoyés au front finit par constituer une fonte d'effectifs non négligeable. Sur le plan clinique, l'*hypnose des batailles*, identifiée par Milian pour désigner les états confuso-stuporeux observés dans les durs combats du début de la guerre, fit place – dès que le front fut stabilisé et alors que les soldats terrés dans leurs tranchées étaient écrasés sous des pilonnages d'artillerie – au *shell-shock* [31–37], diagnostic unanimement admis dans les armées de l'un et l'autre camp, mais recouvrant en fait davantage de syndromes post-émotionnels que de syndromes post-commotionnels. D'où les diagnostics le plus souvent posés ensuite d'anxiété, de neurasthénie et d'hystérie de guerre, puis de *névrose de guerre* et de *psychonévrose de guerre*. Sur le plan pathogénique, l'hypothèse commotionnelle céda peu à peu la place à l'hypothèse émotionnelle et aux premières avancées de la psychanalyse dans ce domaine, tant chez les élèves de Freud mobilisés aux armées [1,14,15] que chez quelques psychiatres du camp des alliés (Hesnard, Adrian, Eder), tandis que l'Allemand Ernst Simmel [44] insistait sur la régression de la personnalité sous l'impact du trauma (ensevelissement de la personnalité et « changement d'âme »). Sur le plan thérapeutique, toute la gamme des sédatifs connus de l'époque fut essayée avec plus ou moins de succès, ainsi que le repos, l'hypnose, la narco-analyse sous éther ou chloral et la psychothérapie appuyée de persuasion et même de conditionnement aversif par excitation électrique douloureuse, tant du côté allemand (Kaufmann) que du côté français (le *torpillage faradique* de Clovis Vincent, 1917). Abraham [1] tentera une « sorte de psychanalyse simplifiée » et Freud proposera aux autorités austro-allemandes (congrès de psychanalyse de Budapest, septembre 1918) la création de centres de psychothérapie d'inspiration analytique, projet accepté mais non réalisé du fait de la survenue de l'armistice de 1918. À la fin de la guerre, plusieurs psychiatres aux armées (Damaye, Roussy et Lhermitte [9,40]) préconiseront des dispositifs de psychiatrie de l'avant, doctrine qui sera ensuite reprise et codifiée en 1917 par l'Américain Thomas Salmon, père des cinq célèbres principes : immédiateté, proximité, espérance de guérison, simplicité et centralité.

C'est au lendemain de la guerre que Freud écrit son essai *Au-delà du principe du plaisir* [18], dans lequel, s'interrogeant sur le paradoxe du cauchemar traumatique qui contrevient au principe hédonique du rêve, il en vient à identifier une « compulsion de répétition », défense antérieure au principe du plaisir (répéter le désagréable pour s'y habituer), et à postuler derrière elle une pulsion de mort ou *destrudo*, attirance fascinée vers l'inanimé et la mort, et répondant dialectique de la *libido*, qui est pulsion de vie. Fenichel [13], reprenant les conceptions de Freud, déterminera clairement le tableau clinique de la névrose traumatique, selon trois axes :

- les symptômes de répétition ;
- les « complications psychonévrotiques » anxio-phobiques, hystériques, ou obsessionnelles ;
- le blocage des fonctions du moi (fonctions de filtration des stimuli de l'environnement, fonction de présence et fonctions libidinales de sexualité et de relation affective à autrui).

Une fois de plus, les leçons de la guerre précédente seront oubliées lorsqu'éclatera la Seconde Guerre mondiale, et les évacuations vers l'arrière seront cause de fonte d'effectifs. Dans le camp allié, la circulaire Bradley du 26 avril 1943 mettra fin à ces carences en prescrivant d'observer et de traiter sur place les blessés psychiques pendant une semaine avant de les évacuer, disposition pertinente, et de les dénommer *exhaustion* (épuisement), initiative moins heureuse en ce sens qu'elle efface toutes les nuances cliniques utiles. Après les deux incidents occasionnés par Patton (qui, en août 1943, invectiva et gifla des soldats traumatisés au combat), les psychiatres aux armées purent cependant œuvrer à leur guise et différencier les simples réactions de combat (*combat reactions*) des névroses de guerre (*war neuroses*) plus durables.

Dans l'armée américaine, la statistique a dénombré 350 000 pertes psychiques, soit à peine la moitié du chiffre des blessés physiques, et ce malgré une sélection psychique très serrée qui a éliminé un million d'hommes sur une ressource de 11 millions. Sur le plan clinique, on constate moins d'hystéries et davantage de troubles psychosomatiques. Sur le plan étiopathogénique, on incrimine non seulement la violence et la durée du combat (et le mot *stress* fait son apparition sous la plume des deux psychiatres américains R. Grinker et J. Spiegel [21]), mais aussi les conflits intrapsychiques présents (le *fight or flight*, combattre ou fuir) ou anciens, et extrapsychiques (conflits de groupe). Abraham Kardiner [24,25] se démarque du freudisme en opposant l'*ego effectif*, impliqué dans les névroses de guerre, à l'*ego affectif*, mis en cause dans les névroses de transfert. Sur le plan thérapeutique, la narcoanalyse [2,41] et l'hypnose sont pratiquées à grande échelle, au sein de programmes de traitement et de réhabilitation où la sociothérapie tient une place importante [5].

La Seconde Guerre mondiale s'est achevée par la découverte horrifiée des camps d'extermination nazis, et par les deux bombardements atomiques d'Hiroshima et Nagasaki. Un « syndrome des déportés », avec asthénie et hypermnésie émotionnelle (équivalent du syndrome de répétition), a été très tôt identifié par le Français Targowla [46]. Douze ans plus tard, Eitinger a cru le redécouvrir sous le nom de KZ syndrome [11], nom adopté depuis par la communauté internationale

anglophone. Quinze ans après la fin de la guerre, l'Américain R. Lifton [29] a défini un profil psychopathologique spécial des rescapés de la bombe atomique, caractérisé par l'inhibition, la dépression et la dévalorisation.

Si la guerre de Corée a pu instaurer un dispositif de psychiatrie de l'avant efficace [20], les guerres postcoloniales d'Indochine, d'Indonésie, d'Algérie, de Rhodésie et d'Angola ont encore oublié cette leçon thérapeutique des guerres précédentes. Sur le plan clinique, on y observe un profil différent du profil des guerres à grosse puissance de feu, et on décrit ce que L. Crocq [8] a appelé la *névrose de guérilla*, où l'insécurité quotidienne de la vie en poste isolé, des patrouilles et des embuscades et la culpabilité éprouvée comme témoin ou acteur d'exactions créent un climat névrogène et une pathologie proche de l'ancienne nostalgie et compliquée d'alcoolisme. Les Américains identifieront un profil clinique semblable lors de leur guerre du Vietnam, qu'ils dénommeront *low intensity combat psychiatry war profile* (profil de guerre à faible intensité de combat), et même *nostalgia* [23]. On retrouvera ce profil au sein de l'armée soviétique lors de la guerre d'Afghanistan (1978–1989).

Les conflits du Moyen-Orient, qui ont opposé par cinq fois le nouvel État d'Israël à ses voisins arabes (1948, 1956, 1967, 1973, 1982, 1996, 2006), puis l'Irak à l'Irak (1978–1989), puis l'Irak à une coalition occidentale (guerre du Golfe, 1991), sans compter la guerre civile au Liban (1975–91), n'ont rien apporté de très marquant à la pathologie psychotraumatique. Les guerres africaines post-coloniales inter-États, inter-ethniques et inter-tribus, ont été caractérisées par la violence sauvage (massacre de populations à l'arme blanche) et l'épineux problème des enfants soldats. On retrouvera cette violence et cette cruauté dans la récente guerre en ex-Yougoslavie (1991–1999), avec les exactions et les exodes institués au nom de la « purification ethnique ». Concernant les troupes de l'ONU affectées à des missions d'interposition et de secours humanitaire, on a identifié de nouveaux profils de psycho-traumatismes de guerre, avec démotivation et exaspération [10,27]. Enfin, les troupes occidentales envoyées en Irak et en Afghanistan (à partir de 2005) connaissent un taux inquiétant de syndromes psychotraumatiques de guerre.

À partir des années 1970 est apparue en Europe et même aux États-Unis une nouvelle forme de guerre, à savoir le terrorisme, guerre en temps de paix frappant la population civile. L'impréparation de la population, l'aspect inattendu et absurde de l'agression, les questions obsédantes que se posent les victimes (« pourquoi moi, pourquoi font-ils cela ? ») confèrent à cette pathologie psychotraumatique un caractère particulier. En ce qui concerne les prises d'otages, on a décrit, sous le nom de *syndrome de Stockholm*, un syndrome paradoxal d'attachement affectif de l'otage pour son ravisseur, qui implique aussi une distorsion de la perception, du jugement, du raisonnement et une démission de la volonté.

1.4. La période des novateurs. *Post-Vietnam syndrome* et *Post-Traumatic Stress Disorder*. Au-delà du PTSD

En 1952, lorsque les psychiatres américains résolurent de créer un nouveau système nosographique affranchi des

hypothèses pathogéniques (surtout des hypothèses freudiennes) et reposant essentiellement sur l'identification de constellations de symptômes et de profils évolutifs, redécouvrant ainsi le modèle kraepelinien, ils proposèrent, dans leur nouveau système DSM-I [3] le diagnostic de *Gross Stress Reaction* pour remplacer celui de *névrose traumatique*. L'introduction du mot *stress*, emprunté à Selye (1950), reflétait à la fois la détermination de se détourner des hypothèses psychanalytiques attachées au mot *névrose* et l'intention de promouvoir une psychiatrie résolument biologique.

Puis, en 1968, et alors que leurs soldats au Vietnam, en pleine offensive du Têt, connaissaient une recrudescence des combats intenses, les auteurs américains du DSM supprimèrent paradoxalement ce diagnostic dans la deuxième révision de leur système, dite DSM-II. Les lendemains qui déchantent ne tardèrent pas à se faire connaître et, à partir des années 1974 et 1975, on vit de plus en plus de *post-Vietnam syndromes* chez les G.I. de retour du Vietnam aux États-Unis qu'une politique de psychiatrie de l'avant simpliste (qui s'était contentée de réprimer hâtivement les symptômes voyants sans aborder la question du trauma) n'avait pas su ni prévoir ni prévenir.

Ces *post-Vietnam syndromes*, qui éclataient au terme d'un assez long temps de latence (des semaines ou des mois) après le retour en métropole, comprenaient des reviviscences, des cauchemars, un état d'alerte, l'impression d'être séparé d'autrui par une « membrane » d'incommunicabilité, de l'agressivité et, surtout, l'impression d'avoir perdu son ancienne personnalité (la « transfiguration de la personnalité », selon Shatan [43]). Shatan, qui avait écouté ces anciens du Vietnam dans des *rap-groups* où ils cherchaient à se guérir entre eux par la parole et l'écoute, constitua un groupe de réflexion auprès de psychiatres motivés, pour la plupart eux aussi anciens du Vietnam, et aboutit à proposer l'ébauche de ce qui deviendra en 1980 le diagnostic de *Post-Traumatic Stress Disorder* (PTSD) dans la troisième révision du DSM.

Les critères diagnostiques du PTSD comprenaient :

- A le fait d'avoir subi un événement qui provoquerait de la détresse chez quiconque ;
- B des reviviscences intrusives de cet événement ;
- C de l'émoussement psychique avec restriction des affects ;
- D un ensemble disparate de symptômes tels que l'état d'alerte, les troubles du sommeil, la culpabilité du survivant et les troubles de la mémoire et de la concentration.

Pour l'établissement du diagnostic, on n'exigeait pas la présence de tous les critères figurant au catalogue, mais seulement celle d'un certain nombre dans chaque catégorie. Deux formes de PTSD étaient arbitrairement identifiées : une forme « aiguë » et une forme « chronique ou différée », avec des critères de délai d'apparition et de durée de six mois.

À partir des années 1980, la littérature psychiatrique américaine produisit une efflorescence de publications et d'ouvrages sur les PTSD du Vietnam, avec les noms de C. Figley [16], M. Friedman [19], T. Keane [26], S. Sonnenberg [45] et J. Wilson [51], pour ne citer que les principaux. Ces travaux aboutirent à affiner la clinique du syndrome, ses variantes et sa pathologie « associée » (en fait les symptômes non spécifiques

de la névrose traumatique). Sur le plan thérapeutique, les Américains, qui sont pragmatiques, ont vite compris que les anciens du Vietnam répugneraient à venir consulter dans les hôpitaux de la *Veteran's Administration*, et ont créé le réseau des *Vet Centers*, centres de consultation extra-hospitaliers et employant non seulement des psychiatres, mais aussi des personnels psycho-sociaux et de conseil juridique [6]. Le réseau des *Vet Centers* a connu un succès inattendu et a révélé en même temps l'étendue des séquelles psychiques de la guerre du Vietnam, puisque, dix ans après sa création en 1979, 700 000 vétérans y avaient consulté (sur les 3 millions de G.I. qui avaient été envoyés au Vietnam).

Par-delà l'expérience des militaires, toute une série d'observations et de réflexions sur les traumatismes psychiques survenant dans la société civile, en temps de paix, sont venues étoffer le corpus des travaux sur le PTSD : catastrophes naturelles ou technologiques, accidents individuels ou collectifs, agressions, viols, etc., donnant lieu à de nombreuses publications, dont les plus notables sont celles de B. Van der Kolk [48,49], de T. Williams [50], de M. Wolf et A. Mosnaim [52], de R. Ursano [47], R. Pynoos [39] et de G. Everly et J. Lating [12] qui ont choisi d'intituler leur livre *Psychotraumatology*.

L'expérience y incitant, les auteurs américains du DSM ont été amenés par deux fois à modifier les critères diagnostiques du PTSD, dans deux révisions dites DSM-III R (*revised*) en 1987, et DSM-IV en 1994. Les dernières modifications portent sur le critère A (l'événement traumatisant doit avoir été vécu dans la peur, l'impuissance ou l'horreur) ; sur le critère B (on y replace à juste titre la réactivité psychophysiologique lors de l'exposition à des indices évocateurs, jusqu'alors rattachée aux critères D) ; sur le critère C (on joint l'évitement des stimuli évocateurs à l'érousement de la réactivité) ; sur le critère D, dit d'« hyperexcitabilité » (en fait, fourre-tout de symptômes disparates contenant toujours la difficulté de concentration, signe discutable d'hyperexcitabilité) ; et rajoutent un nouveau critère E (durée des troubles de plus d'un mois) et un nouveau critère F de souffrance subjective cliniquement significative et d'altération du fonctionnement social. En outre, le DSM-IV crée, à côté du diagnostic de PTSD (qui s'écrit désormais, sans trait d'union, *Posttraumatic Stress Disorder*), le nouveau diagnostic d'« état de stress aigu » (*Acute Stress Disorder*), adjoignant à ces mêmes critères un nouveau critère de dissociation, tandis que le critère temporel fixe le délai d'apparition dans les quatre premières semaines et le créneau de durée de deux jours à quatre semaines. Notons à ce sujet que le DSM américain – lacune notable – ne propose aucune entité diagnostique pour désigner la réaction immédiate (premières heures, premier jour) à l'agression traumatique.

Ces *métamorphoses* successives du PTSD ne sont pas que contingentes, inspirées par le souci d'adéquation à la réalité clinique. En fait, elles traduisent un rapprochement progressif inavoué de la pensée américaine vers la clinique psychiatrique européenne. Ce rapprochement se manifeste en particulier par l'exigence du caractère vécu de l'événement traumatique et par la reconnaissance implicite du blocage de la personnalité (hypervigilance, sursauts, difficulté d'endormissement, évite-

ment des stimuli et érousement de la réactivité générale). Reste que certains critères D (difficulté de concentration et accès de colère) seraient mieux dénommés « symptômes non spécifiques » et s'adjoindre ce que le DSM désigne comme « pathologie associée » (anxiété, asthénie, dépression et troubles des conduites). D'ailleurs, certains auteurs américains, comme Lipkin, Blank et Scurfield [30] s'inquiètent de devoir répertorier au rang de la « pathologie associée » les symptômes qui sont omniprésents dans la plupart des tableaux cliniques de PTSD et qu'ils souhaitent inclure comme symptômes clés (*core symptoms*) du diagnostic.

La dixième révision de la *Classification Internationale des Maladies mentales* (CIM-10), parue en 1992, a emboîté le pas aux Américains, et propose les trois diagnostics de *réaction aiguë à un facteur de stress*, cote F43.0 (réaction immédiate du premier jour), d'*état de stress post-traumatique*, cote F43.1 (calqué sur le PTSD américain) et de *modification durable de la personnalité après une expérience de catastrophe*, cote F62.0, diagnostic qui a le mérite de souligner l'altération de personnalité, caractéristique majeure des conséquences de l'expérience traumatique.

De 1965 à 1986, Crocq et al. publièrent une série d'articles sur les névroses de guerre et le traumatisme. Puis, Claude Barrois [4] fit paraître en 1988 le premier ouvrage de référence sur ces troubles, dans ses aspects historiques, cliniques et une optique alliant psychanalyse et phénoménologie, optique reprise par L. Crocq dans son ouvrage de référence, *Les traumatismes psychiques de guerre* [8]. Par ailleurs, plusieurs cliniciens (Briole, Lebigot) [7,28] ont proposé une relance de la psychanalyse des névroses traumatiques, en reprenant la métaphore freudienne de la vésicule vivante ou en y transposant la pensée lacanienne.

2. STRESS ET TRAUMA

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. Aussi convient-il d'explicitier le sens de chacun des deux mots *stress* et *trauma*.

2.1. Le stress

2.1.1. 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 [21] 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 H. Selye (Hongrois émigré au Canada) 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 [42].

2.1.2. Nature bio-neuro-physiologique du stress

Dans la conception de Selye, le *stress* était un phénomène essentiellement physiologique ou neuro-physiologique réflexe mettant immédiatement l'organisme agressé en état d'alerte et de défense. La réaction de *stress* se déroulait selon le circuit suivant : transmission des informations nociceptives des organes des sens au cerveau cortical par les voies nerveuses afférentes, puis transmission de ces informations du cortex vers le mésencéphale par des connexions intracrâniennes, puis émission par ce mésencéphale de deux sortes de messages vers les organes effecteurs : des messages neurovégétatifs utilisant la voie des nerfs ; des messages hormonaux (délivrés par la post-hypophyse) utilisant la voie sanguine. Ces messages avaient pour effet de mobiliser certains effecteurs dans la vie neurovégétative et la vie de relation, et de mettre ainsi l'organisme en état de répondre dans l'urgence : attitude d'alerte, mobilisation de l'énergie, gestes de défense ou conduites de retrait et de fuite.

La réaction de *stress* en réponse à une agression ponctuelle ne dépasse pas quelques heures. Toutefois, si les stresseurs 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'effondre et peut même mourir. Dans les expériences de Selye, des *stress* violents et prolongés pouvaient aboutir à la mort de l'animal par épuisement.

2.1.3. Psychologie du stress

Selye insistait surtout sur la nature physiologique et éventuellement psychophysiologique du *stress*, sans chercher à en explorer le vécu psychique, ce qu'ont fait des recherches ultérieures. 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 et des modifications physiologiques et psychiques qu'elle entraîne. 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. On distingue quatre sortes de *stress* dépassé : l'inhibition stuporeuse, l'agitation désordonnée, la fuite panique et l'action automatique.

2.1.4. Avatars 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 stressors (*stressors*). Cette distinction est importante et judicieuse, car, dans la conscience populaire et même dans la presse, on voit encore le mot *stress* utilisé à tort, au lieu de stressor, pour désigner l'agent causal.

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 ou bénéfique (mariage, héritage, avancement dans la carrière). Ces réactions étaient du même ordre que les *stress* face à une agression ou une menace, et les modifications observées sur les effecteurs étaient les mêmes. Il y avait ainsi les *eustress* du bonheur, et les *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 micro-agressions 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 stressors à effet cumulatif.

2.1.5. Définition du stress

Compte tenu de ce qui vient d'être exposé, on peut définir le *stress* comme « la réaction biologique, physiologique et psychologique d'alarme, de mobilisation et de défense, de l'individu (plutôt que de l'organisme) à une agression, une menace ou une situation inopinée » [4].

2.2. Le traumatisme psychique ou trauma

2.2.1. Origine étymologique et emprunt à la chirurgie

Le mot traumatisme vient du grec ancien *traumatismos*, signifiant action de blesser ; mais son acception française actuelle correspond plutôt au mot grec *trauma*, qui signifie blessure. En psychologie, le concept de traumatisme psychique ou *trauma* a été emprunté à la pathologie chirurgicale, où 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, le mot a conservé cette connotation. Le traumatisme psychique est la transmission d'un choc psychique exercé par un agent psychologique extérieur sur le psychisme, y provoquant des perturbations psychopathologiques, que ces dernières soient transitoires ou définitives. La clinique chirurgicale distingue les « traumatismes ouverts », où il y a effraction du revêtement cutané, et les « traumatismes fermés », sans cette effraction. En psychopathologie, on admet que les excitations attenantes à l'événement traumatisant font effraction au travers des défenses du psychisme. De toute façon, comme pour la pathologie chirurgicale, on ne doit

confondre en pathologie psychique le phénomène de traumatisme (ou trauma) ni avec l'agent traumatisant, ni avec ses séquelles (de névrose traumatique par exemple).

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.

2.2.2. Théories psychanalytiques du trauma

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 facile 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 rameutant 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 le reçoit.

Beaucoup d'exégètes de Freud se sont attardés sur cet aspect « énergétique » du trauma, en oubliant son aspect « absence de signification ». Il a appartenu à des psychanalystes militaires, tels Barrois [4], Briole et Lebigot [7], de réhabiliter cet aspect. Pour eux, ce qui fait essentiellement trauma pour le sujet, c'est la confrontation brutale avec le réel de la mort. Dans la vie courante, nous ne sommes pas confrontés directement avec le réel du monde, mais avec les représentations que nous en avons forgé, en nous servant de notre langage et de notre culture. Nous ne percevons qu'un réel déjà édulcoré, « travesti par le fantasme et choyé par le rêve » [8]. 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. Le trauma a donc été « court-circuit dans le signifiant » ou « traversée sauvage du fantasme ». D'où l'expérience fondamentale d'effroi, pressentiment de la mort de soi-même, ou destruction totale,

anéantissement, avec ses vécus cliniques de « vide psychique », ou de « panne psychique » par défaut de parole et de pensée.

Approfondissant la métaphore de l'effraction au travers du pare-excitation, Lebigot [28] 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 les 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 où sont déposées les premières expériences du nourrisson, expériences brutes d'anéantissement et de jouissance dans la complétude alimentaire. 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.

2.2.3. Le pont entre psychanalyse et phénoménologie

Les considérations sur la confrontation avec le réel de la mort renvoient en fait à une approche phénoménologique du trauma [8]. Au regard de la phénoménologie, la pathologie de l'effroi se distingue fondamentalement de la pathologie de l'angoisse, qui se déroule dans la seule histoire intérieure de vie. L'effroi implique un objet extérieur au *das-ein*, 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 [4], 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 dernière. Sur le plan de la phénoménologie [8], l'expérience traumatique a trois caractéristiques :

- elle constitue un bouleversement de l'être et laisse une impression de changement radical de la personnalité, de « changement d'âme » selon Simmel [44] ou de « transfiguration de la personnalité » selon Shatan [40] ;
- elle marque 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) ;
- elle impose 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 (plutôt que le seul monde de la mort), 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 nous affirmons notre être comme « quelque chose... et non pas rien » (Merleau-Ponty, in [8]).

2.3. 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. Car, 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 vivent pas cet événement 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 psychotraumatiques.

CONFLIT D'INTÉRÊT

Aucun.

RÉFÉRENCES

- [1] Abraham K. Contribution à la psychanalyse des névroses de guerre. Œuvres complètes, II. Paris: Payot; 1918. p. 172–180.
- [2] Alexander F, French M. Psychothérapie analytique. Principes et applications, 1959. Paris: PUF; 1946.
- [3] American Psychiatric Association. Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorder, Third Edition. Washington DC: APA; 1980.
- [4] Barrois C. Les névroses traumatiques. Paris: Dunod; 1998.
- [5] Bion WR. Recherches sur les petits groupes. Paris: PUF; 1965.
- [6] Blank A. The Veterans Administration's Vietnam Veterans outreach and counseling centers. In: Sonnenberg S, editor. The trauma of war. Stress and recovery in Vietnam veterans. Washington: Am Psychiatric Press; 1985. p. 227–38.
- [7] Briole G, Lebigot F, et al. Le traumatisme psychique. Rencontre et devenir. Paris: Masson; 1994.
- [8] Crocq L. Les traumatismes psychiques de guerre. Paris: Odile Jacob; 1999.
- [9] Damaye H. Fonctionnement d'un centre psychiatrique d'Armée. Progrès Médical 1917;32:362–4.
- [10] Doutheau C, Lebigot F, Moraud C, Crocq L, Fabre LM, Favre JD. Facteurs de stress et réactions psychopathologiques dans l'armée française au cours de missions de l'ONU. Revue Internationale des Services de Santé des Forces Armées 1994;LXVII:30–4.
- [11] Eitinger L. Pathology of the concentration camp syndrome. Arch Gen Psychiatr 1961;37:1–9.
- [12] Everly GS, Lating JM. Psychotraumatology. Key Papers and core concepts in post-traumatic stress. New York: Plenum Press; 1995.
- [13] Fenichel O. La théorie psychanalytique des névroses. Paris: PUF; 1953.
- [14] Ferenczi F. Deux types de névroses de guerre. Œuvres complètes, T. II. Paris: Payot; 1970. pp. 238–252.
- [15] Ferenczi S. Psychanalyse des névroses de guerre. Œuvres complètes, T. III. Paris: Payot; 1974. pp. 26–43.
- [16] Figley CR. Symptoms of delayed combat stress among a college sample of Vietnam veterans. Military Medicine 1978;143:107–10.
- [17] Freud S, Breuer J. Études sur l'hystérie (1895), précédées de Communication préliminaire (1893). Paris: PUF; 1953.
- [18] Freud S. Au-delà du principe du plaisir, trad. fr in Essais de psychanalyse (1920). Paris: Payot; 1967, 7–81.
- [19] Friedman MJ. Post-Vietnam syndrome: Recognition and management. Psychosomatics 1981;22:931–43.
- [20] Glass AJ. Psychiatry in the Korean Campaign. US Army Forces Med J 1953;4:1387–401.
- [21] Grinker R, Spiegel J. Men under stress. Philadelphia: Blakiston; 1945.
- [22] Janet P. L'automatisme psychologique. Paris: Alcan; 1889.
- [23] Jones FD, Sparacino L, Wilcox V, Rothberg JM, Stokes JW. War psychiatry, textbook of military medicine, part I. Washington: Office of the Surgeon General USA; 1995.
- [24] Kardiner A. The traumatic neuroses of War. Washington: Psychosomatic Medicine Monograph II-III, National research Council; 1941.
- [25] Kardiner A, Spiegel H. War stress and neurotic illness. New York: P.B. Hoeber inc; 1947.
- [26] Keane TM, Fairbank JA, Caddell JM, et al. A behavioral approach to assessing and treating post-traumatic stress disorder in Vietnam veterans. In: Figley C, editor. Trauma and its wake: The assessment and treatment of post-traumatic disorder. New York: Brunner & Mazel; 1985.
- [27] Lassagne M, Vignault PJ, De Montleau F. Clinique et psychopathologie de la conduite d'utilisation inappropriée de l'arme dans le cadre d'une mission d'interposition de l'armée française. Médecine et Armées 1997;25:505–8.
- [28] Lebigot F. Stress et trauma. Neuropsy, numéro spécial « Les syndromes psychotraumatiques »; 2003.
- [29] Lifton R. Survivors of Hiroshima. New York: Random House; 1967.
- [30] Lipkin OJ, Blank AS, Scurfield RM. Forensic assessment of post-traumatic stress disorders in Vietnam veterans. In: Sonnenberg S, et al., editors. The Trauma of War. Washington: Am Psychiatric Press; 1985. p. 439–45.
- [31] Mott F. Effects of high explosives upon the central nervous system (Lettsomian lecture n° 1, 2, et 3). Lancet 1916; 331–338, 441–449, 545–553
- [32] Mott F. The brain in shell shock. Brit Med J 1917;612–5.
- [33] Myers C.S. Contributions to the study of shell shock (1915–16). (I) Being an account of three cases of loss of memory, vision, smell and taste, admitted into the Duchess of Westminster's war hospital, Le Touquet. Lancet 1915; 316–320
- [34] Myers C.S. Being an 19 account of certain cases treated by hypnosis. Lancet, 1916; 65–69
- [35] Myers C.S. Being an account of certain disorders of cutaneous sensibility, Lancet 1916; 608–613
- [36] Myers C.S. Being an account of certain disorders of speech, with special reference to their causation and their relation with malingering. Lancet, 1916; 461–467
- [37] Myers CS. Shell shock in France 1914–18. Cambridge Univ Press; 1940.
- [38] Oppenheim H. Die traumatischen Neurosen (1888). Berlin: V. von August Hirschwald ed.; 1892.
- [39] Pynoos RS. Traumatic stress and developmental psychopathology in children and adolescents, in post-traumatic stress disorder. A clinical review. Lutherville: The Sidran Press; 1994, 65–93.
- [40] Roussy G, Lhermitte J. Psychonévroses de guerre. Paris: Masson; 1917.
- [41] Sargant W, Slater E. Acute war neuroses. Lancet 1940;2:1–2.
- [42] Selye J. The stress of life. New York: McGraw Hill; 1986.
- [43] Shatan CF. Through the membrane of reality: Impacted grief and perceptual dissonance in Vietnam combat veterans. Psychiatr Opin 1974;11:7–14.
- [44] Simmel E. Kriegs-Neurosen und Psychisches Trauma. Ihre gegenseitigen Beziehungen dargestellt auf Grund psycho-analytischer, hypnotischer Studien. Munchen-Leipzig: Otto Nemnich; 1918.
- [45] Sonnenberg M, Blank A, Talbott J. The trauma of war: Stress and recovery in Vietnam veterans. Washington: Am Psychiatric Press; 1985.

- [46] Targowla R. La pathologie neuro-psychique post-concentrationnaire. Rapport de psychiatrie, Congrès international La pathologie des déportés, Paris, 4–5 octobre 1954, comptes rendus. Paris: RMF; 1954. pp. 177–189.
- [47] Ursano RJ. Vietnam aera prisoners of war: Study of U.S. Air Force prisoners of war. In: Sonnenberg SM, et al., editors. The trauma of war. Stress and recovery in Vietnam veterans. Washington: Am Psychiatric Press; 1985. p. 339–57.
- [48] Van Der Kolk B. Post-traumatic stress disorder: Psychological and biological sequelae. Washington: Am Psychiatric Press; 1984.
- [49] Van Der Kolk B, Brown P, Van Der Hart TO. Pierre Janet on post-traumatic stress. *J Traumatic Stress* 1989;2:365–78.
- [50] Williams T. Post-traumatic stress disorders. A Handbook for clinicians. Cincinnati: Disabled American Veterans National Headquarters ed; 1987.
- [51] Wilson JP. Conflict, stress and growth: The effects of the Vietnam war on psychosocial development among Vietnam veterans. In: Figley CR, Leventman S, editors. Strangers at home: Vietnam veterans since the War. New York: Praeger Press; 1980.
- [52] Wolf ME, Mosnaim AD. Post-traumatic stress disorder. Etiology, phenomenology and treatment. Washington: Am Psychiatric Press; 1984.