

Regard psychodynamique sur la différence entre STRESS & TRAUMA

Par Julie FRANCOLS,

Psychologue Clinicienne, spécialisée en psychotraumatologie. Praticienne Hypnose Ericksonienne. Praticienne EMDR.

Formatrice en psychologie clinique et psychotraumatologie.

Responsable du Cabinet de Psychotraumatologie et de Victimologie de Lyon (CPTV)

Coordonnées :

56 cours Lafayette

69003 LYON

Tel : 06.18.87.25.95

Mail : jf.psy@orange.fr

Depuis quelques années, la société et le langage courant se sont emparés des termes de "stress" et de "traumatisme", créant une confusion totale dans leur utilisation et banalisant leur signification. Tel un phénomène de « mode » parfaitement relayé par les médias en quête de sensationnel, nous sommes rentrés dans « l'ère du traumatisme ». Chaque jour, nous entendons autour de nous, des personnes se sentir stressées ou traumatisées ; une telle se dira "traumatisée par sa dernière relation amoureuse", un autre prétendra être traumatisé par une scène d'horreur diffusée à la télévision, et nombreux sont ceux qui se définissent comme "hyper-stressés » au quotidien.

Aujourd'hui, tout événement douloureux ou contrariant est qualifié de stressant ou traumatisant ; toute situation qui nous touche émotionnellement et qui bouscule un peu trop notre vie est dite stressante ou traumatisante. La banalisation de l'utilisation est telle, qu'elle a généré une indifférenciation totale entre la signification des termes « stress » et « trauma », amenant une perte totale de sens.

Aussi, est-il fondamental de leur réattribuer leur signification et leur spécificité respectives. Nous proposons de porter un regard psychodynamique sur les mouvements et les conflits intrapsychiques à l'œuvre dans les situations de stress pour démontrer les différences inhérentes à réactions, que sont le « stress » et le « traumatisme ». Nous nous appuyerons sur les travaux menés par Sigmund Freud (1920) et Sandor Ferenczi (1932) qui ont, sans nul doute largement inspirés les auteurs contemporains qui se sont penchés sur la clinique du traumatisme.

LE STRESS, UN PROCESSUS BIO-NEURO-PHYSIOLOGIQUE

Le mot "stress" appartient avant tout au langage neurophysiologique ; le stress se définit comme un "*phénomène essentiellement physiologique, ou neuro-physiologique réflexe, qui met immédiatement l'organisme agressé en état d'alerte et de défense*" (L. Crocq).

Le stress est une réaction neuro-physiologique en réponse à une situation de danger, comme une agression ou une menace mettant en jeu la vie du sujet ou son intégrité physique ou psychique. Le sujet manifeste alors immédiatement, un état d'alerte et de défense qui lui permet de faire face à la menace.

Plus en détail, l'organisme met en place de manière immédiate, différentes manifestations physiologiques et somatiques, qui vont permettre au sujet de se mobiliser et d'organiser sa défense face au danger. Nous pouvons citer :

- la libération de noradréline dans le sang qui provoque une accélération des rythmes cardiaques et respiratoires, et un accroissement de la tension artérielle,
- l'augmentation du taux de sucre sanguin,
- le déplacement de la masse sanguine de la périphérie vers les organes internes,
- des sensations de chaleur, pâleur, frissons, spasmes viscéraux,
- une sensation de « boule dans la gorge », un « nœud dans l'estomac »,...

Aussi, la réponse neuro-physiologique se double d'une réponse psychologique, qui permet la mobilisation des ressources cognitives et psychiques du sujet. Elle focalise l'attention du sujet sur la menace, mobilise ses capacités cognitives (attention, traitement de l'information, évaluation, mémorisation) et favorise la prise de décision et la mise en action.

Le stress apparaît ainsi comme une réaction naturelle et spontanée, utile et adaptative. Elle permet avant tout au sujet de s'organiser de manière adaptée pour faire face à un danger dans son environnement.

Soulignons néanmoins, que la réaction de stress est une opération très coûteuse en énergie ; elle épuise les réserves hormonales et glucidiques, et les ressources psychiques et cognitives. Elle durera aussi longtemps que la menace se ressentira, mais son efficacité sera limitée dans le temps. A l'issue de la situation menaçante, le sujet ressentira une sensation d'épuisement (sensation d'être « vidé »), souvent mêlée d'une sensation de soulagement euphorique.

Ainsi, pour délimiter cette notion, nous pouvons 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* ». (L. Crocq, 2014) Qu'en est-il dans les situations de stress extrême ? A quel moment pouvons-nous légitimement parler de traumatisme psychique ? Quels sont les processus et les enjeux psycho-dynamiques qui nous permettent de qualifier un événement de traumatique ?

REGARD PSYCHODYNAMIQUE SUR LA DIFFERENCE ENTRE STRESS & TRAUMA

Freud (1920), nous propose d'imaginer l'appareil psychique comme une sorte de « vésicule vivante » entourée d'une membrane défensive appelée « pare-excitation ». Cette vésicule vivante est animée en son sein, par une énergie qui permet aux pensées et aux représentations de circuler librement et de se lier les unes aux autres. L'équilibre et la « santé psychique » résulte de la circulation libre et harmonieuse de l'énergie psychique entre les représentations à l'intérieur de cette vésicule, notre psyché.

Le pare-excitation représente l'ensemble des défenses psychiques que le sujet est capable de mobiliser inconsciemment pour faire face aux excitations extérieures perturbantes qui pourraient déstabiliser son équilibre interne. Le pare-excitation est donc initialement déjà chargé d'énergie positive pour protéger la psyché de toute « intrusion » et repousser les excitations extérieures qui pourraient pénétrer dans l'appareil psychique. Aussi, lorsque le sujet perçoit des menaces dans son environnement, le pare-excitation renforce sa charge positive créant une membrane plus solide et plus « opaque ».

Ainsi, dans les situations de stress, la vésicule est sollicitée par une grande quantité d'énergie venant de l'extérieur, une énergie « agressive » produite par les facteurs menaçants, et faisant pression sur la vésicule. La membrane se trouve alors pressée et écrasée par les excitations extérieures, ce qui contrarie la libre circulation de l'énergie psychique à l'intérieur de la vésicule et génère une situation de souffrance. A ce titre, rappelons que le terme anglais « to stress » signifie « presser » ; le sujet en situation de stress exprime souvent une sensation de tension ou de pression dans son corps.

Lorsque la menace aura disparue, que les stimulations extérieures perçues comme dangereuses auront cessées, la vésicule pourra peu à peu reprendre sa forme initiale, et le sujet pourra retrouver son fonctionnement habituel et sa sérénité. La souffrance psychique s'estompera au bout de quelques heures ou quelques jours ou semaines, mais l'appareil psychique reprendra sa forme initial et son fonctionnement « normal ».

Ainsi, dans la situation de stress, la membrane reste intacte ; elle est malmenée, oppressée et écrasée, certes, mais elle ne subit aucune effraction : rien de l'extérieur ne pénètre à l'intérieur de la vésicule. C'est là toute la différence avec le traumatisme.

LE TRAUMA : UNE EFFRACTION PSYCHIQUE

Le traumatisme psychique se définit 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"* (L. Crocq, 2014).

Dans le cas d'un traumatisme, il y a effraction du « pare excitation » (Freud, 1920) ; la membrane défensive est perforée et traversée par les stimulations extérieures dangereuses. Selon l'auteur, l'élément fondamental est l'effet de surprise : le sujet n'est pas préparé, la charge positive à la surface du pare-excitation est, à ce moment-là, faible, ce qui permet à l'image de la menace vitale de pénétrer à l'intérieur de l'appareil psychique et de s'y installer. Le pare-excitation ne peut supporter la rencontre avec la situation traumatique.

Et pour cause, il s'agit d'une rencontre bien particulière avec, ce que F. Lebigot (1994) appelle « le réel de la mort ». Ce dernier explique que *« le traumatisme provient d'un vécu de mort psychique contemporain d'une menace vitale qui surprend le sujet en état de repos »*. Le trauma se veut donc le résultat d'une rencontre singulière, entre un sujet et le réel de la mort, la sienne ou celle d'un proche.

Nous ne disposons pas au sein de notre appareil psychique, de représentation de la mort. Nous nous savons mortels bien sûr, intellectuellement, mais nous vivons tous comme si nous étions immortels. Aussi, nous pouvons imaginer la mort, la fantasmer, mais nous n'en n'avons pas de représentation. Nous ne nous situons que du côté de l'imaginaire, et non du réel.

Alors, lorsque le sujet fait face à une situation de danger extrême, il est amené à éprouver par tous ses sens la réalité de la mort. Il se trouve du côté du réel et non plus de l'imaginaire avec toute la détresse que cela suppose. L'image de la mort pénètre dans l'appareil psychique mais ne trouve pas de représentation pour

l'accueillir et se lier à elle, puisqu'il n'y a pas de représentation de la mort dans notre inconscient. L'image traumatique va donc s'installer à l'intérieur de l'appareil psychique, comme un « Corps Etranger Interne » pour reprendre le terme de Freud (1895). Sans possibilité de liaison à d'autres représentations, l'événement va rester gravé « tel quel » dans la psyché, à l'état brut, tel qu'il a été perçu.

Ainsi, un « Corps Etranger Interne » se loge et s'incruste fixement au cœur de la vésicule vivante et va gêner la libre circulation de l'énergie psychique. Sa présence va perturber le fonctionnement psychique et générer un certain nombre de symptômes.

L'effet de surprise et la brutalité de la situation sont les caractéristiques essentielles de l'événement qui favorisent le phénomène d'effraction et l'intrusion de l'image traumatique. Le caractère inopiné et imprévisible est fondamental, puisqu'il explique l'absence d'anticipation et la non-préparation du pare excitation à l'assaut des excitations dangereuses. L'instant du trauma est généralement très bref, comme un coup de couteau dans l'appareil psychique, au moment où le sujet est au repos, d'où l'expression connue « blessure psychique ». Rappelons d'ailleurs à ce propos, que l'étymologie du mot grec ancien « trauma » signifie « blessure avec effraction ».

Ainsi, nous pouvons nous représenter, à travers un regard psychodynamique, la différence fondamentale entre la réaction de stress et le traumatisme psychique. Dans la première, le pare excitation est certes écrasé, mais reste intact, alors que dans la situation traumatique, la membrane défensive est atteinte et perforée par la brutalité de l'image traumatique.

Une fois la menace disparue, dans la réaction de stress, l'appareil psychique récupère peu à peu sa forme initiale et le sujet retrouve son fonctionnement « normal ». En revanche, dans le trauma, la disparition des éléments de néantisation n'arrête pas la perturbation psychique. La membrane est trouée et l'image traumatique, c'est-à-dire l'image de l'expérience de la rencontre avec le réel de la mort, s'est incrustée profondément dans l'appareil psychique, constituant ce que Freud a nommé un « Corps Etranger Interne ». Même après l'événement traumatique, lorsqu'il n'y aura plus de danger dans l'environnement, ce « Corps Etranger Interne » va continuer à perturber le fonctionnement psychique et générer des troubles psychiques importants pendant une très longue période.

Ainsi, l'angoisse créée par la menace externe se double d'une angoisse provenant de l'image traumatique incrustée qui devient alors une sorte de menace interne. Celle-ci est à l'origine des symptômes de reviviscence et de répétition qui envahissent le sujet, à travers des cauchemars répétitifs et des pensées intrusives diurnes.

Soulignons également, que chaque sujet étant différent, les structures d'accueil des informations extérieures le sont donc également. Les différences constitutionnelles font que certains sujets sont dotés d'un pare-excitation fort, et d'autres non. De même, certains organismes sont capables de mobiliser davantage d'énergie venant de l'intérieur pour renforcer la charge défensive de la membrane, et d'autres moins. De même encore, à certains moments de sa vie, le sujet aura plus ou moins d'énergie disponible et mobilisable ; ainsi selon son état physique et émotionnel, il pourra y avoir effraction ou non. Ainsi, toutes ces variabilités font qu'un même événement potentiellement traumatique fera effraction pour certains sujets et pas pour d'autres, et de la même façon, pour un même sujet, l'événement pourra faire effraction aujourd'hui, mais pas demain.

Nous pourrions être tentés de conclure que l'effraction psychique et donc le trauma dépendent du rapport de force entre les excitations venant du dehors et l'état (constitutionnel et conjoncturel) du pare-excitation du sujet. Il s'agit bien alors d'une rencontre singulière entre un sujet, à un instant T, et un événement qui fait exister le réel de la mort.

LE TRAUMA : UNE RENCONTRE AVEC LE REEL DE LA MORT

Comme nous l'avons dit plus haut, le trauma est une rencontre avec le réel de la mort, une confrontation inopinée avec le réel de la mort. Cela suppose que le sujet vive l'événement et l'éprouve pour faire l'expérience de cette rencontre. Le trauma par procuration n'existe pas (Lebigot, 2016). Le récit ou le témoignage, aussi horrible soit-il, ne pourra jamais constituer une rencontre avec le réel de la mort et donc susciter une effraction psychique. De même que les films, ou les scènes de mort à la télévision, ne pourront faire éprouver au sujet la rencontre avec le réel de la mort. Ces images peuvent montrer la mort ou l'évoquer, mais elles ne sont pas le réel de la mort ; elles ne sont que des médiateurs, des intermédiaires entre le sujet et la mort. Ces représentations nous laissent toujours du côté de l'imaginaire et non du réel. Le trauma est une rencontre avec la mort sans médiation.

Certes ces événements peuvent produire des symptômes ou des troubles psychiques chez le sujet mais il ne touche ce dernier qu'à travers un écran, une parole, une pensée, c'est-à-dire des représentations, et non pas des perceptions. Il ne peut donc pas y avoir d'effraction, mais potentiellement des angoisses.

Le trauma nécessite toujours la présence physique du sujet dans l'événement. Le sujet doit éprouver par ses perceptions et ses sens la rencontre avec le réel de la mort. Oublier que le trauma résulte d'une perception ou d'une sensation, c'est courir le risque de banaliser le trauma et de le voir un peu partout !

Ainsi, trois types de circonstances peuvent produire une effraction traumatique :

1- les situations où le sujet lui-même est menacé pour sa vie ou son intégrité physique ou psychique ;

2- les situations dans lesquelles le sujet rencontre le réel de la mort à travers la mort de l'autre, c'est-à-dire en tant que témoin direct de la mort ;

3- enfin, les situations, où le sujet est l'auteur de la mort de l'autre.

La rencontre avec le réel de la mort se vit à travers la perception et tous les organes des sens possible. La vue le plus souvent, mais aussi l'ouïe (déflagration, crissement de pneus, paroles de l'agresseur), l'olfaction (odeurs de fumée, de cadavre), le toucher (sensation de froid du revolver sur le front), le goût (goût de cyanure) et les sensations proprioceptives.

L'effraction psychique résulte de la rencontre singulière entre un sujet et le réel de la mort. Le pare excitation et perforé et l'image traumatique se loge profondément dans l'appareil psychique. Cette rencontre soudaine et brutale se vit dans l'effroi.

L'EFFRACTION SE VIT DANS L'EFFROI

L'effroi est l'état du sujet au moment du traumatisme, c'est-à-dire au moment de l'effraction psychique. Il correspond à l'instant où la lame (l'image traumatique) transperce la membrane défensive et que le réel de la mort envahit la psyché. C'est un temps très bref.

Le sujet est comme foudroyé par le néant. Il ne ressent plus rien, ni peur ni angoisse, il est dans un vide complet de sa pensée. Il n'y a plus de pensée, plus rien. Le temps de l'effroi est un temps très bref, sans pensées, sans mots, sans affect.

Les témoignages décrivent l'effroi comme un moment de « vide », de « blanc », de « black out ». Le sujet décrit l'impression de vivre sa propre mort : « *je me suis vu mort* ». Il perd le sentiment de maîtrise de soi et de sa vie et prend conscience que « nous ne sommes rien ». Le sujet est traversé par l'insupportable réalité de sa qualité de mortel et de son impuissance face à la mort. L'instant de quelques secondes ou minutes, il perd sa condition d'homme et son appartenance au monde des humains. Il n'est plus homme, ni femme, il n'est plus sujet, il n'est « *plus rien* ». Le trauma a ce pouvoir atroce et insupportable de projeter le sujet en dehors du monde des humains

Nous n'obtenons que très rarement un récit détaillé de cette expérience d'effroi ; le plus souvent les sujets n'expriment qu'une brève description de ce qu'ils ont éprouvé et s'en limitent à la sensation de mort : « *j'ai cru que j'étais mort* ».

En 1997, Marmar (« *Trauma and dissociation* », *PTSD Research Quarterly*, Marmar et al., 1997) a tenté de traduire « *cette rupture de l'unité psychique au moment de l'effroi* », en élaborant un questionnaire de dissociation péri-traumatique en 10 items. L'enjeu était d'évaluer le vécu du sujet au moment de la situation traumatique et de déterminer s'il y avait eu effroi ou non, et ainsi savoir si le sujet était plus à risque de développer par la suite un TSPT. Il a ainsi pu démontrer que « *plus la dissociation péri-traumatique est intense, plus le risque de développer un état de stress post-traumatique ultérieur est sévère* » (Marmar et al., 1998).

Marmar a identifié plusieurs manifestations de dissociation péri-traumatique, telles que la confusion mentale, la désorientation temporelle et spatiale, l'impression de temps ralenti, la perte du fil de ses idées, l'impression d'être spectateur de la scène, l'impression d'étrangeté de l'environnement, les

sensations de déréalisation et de dépersonnalisation, l'amnésie de certains aspects de l'événement.

L'auteur a également mis en évidence les signes de détresse péri-traumatique, à savoir : le vécu de peur extrême, d'horreur, l'impression de mort imminente, la tristesse, la colère, la honte et la culpabilité, l'impression de s'évanouir, le vécu d'impuissance et la peur de perdre son contrôle.

Dans la clinique l'effroi apparaît donc comme le facteur prédictif le plus fiable du risque de développer un TSPT par la suite.

Aussi, face à l'expérience insupportable de cette rencontre mortifère, des mécanismes de défense ultimes se mettent en place immédiatement, dès que les éléments de néantisation se présentent devant le sujet : l'angoisse, le déni ou l'état de dissociation péri-traumatique.

DENI ET REACTION DE STRESS DEPASSE

Dans certains cas, l'effroi n'est pas éprouvé. Le déni, en tant que mécanisme de défense ultime, s'empare de l'image traumatique et l'évacue de la réalité, supposant que le psychisme du sujet ne pourrait soutenir la violence de la rencontre avec le réel de la mort, d'une part, de même que sa réapparition à travers les symptômes de répétition d'autre part. Le sujet est dans le déni de l'horreur et de la néantisation de l'événement. Lebigot (2016) parle du « déni de l'effroi ».

Le déni peut porter précisément sur l'instant de l'effroi ou bien s'étendre à tout l'événement traumatique, voire même englober une période antérieure ou postérieure à l'événement, créant ainsi une amnésie péri-traumatique qu'il est difficile de lever.

Dans la clinique, le déni de l'effroi amène un certain nombre de réactions et de comportements inadaptés face à la situation de danger : des réactions qualifiées de « stress dépassé », par opposition à la « réaction de stress adapté » qui elle se veut adaptative et salvatrice. Dans ce déni de la réalité dramatique de la situation, qu'il s'agisse d'un attentat, d'un accident ou d'un viol, le sujet va adopter une « réaction inadaptée ».

L. Crocq (2014) identifie 4 types de réaction immédiate inadaptée : la sidération, l'agitation, la fuite panique et l'activité d'automate.

La sidération se traduit par un état global de paralysie : paralysie de la pensée, paralysie émotionnelle, immobilisation physique, incapacité de décider. Le sujet est stuporeux, dans un état second, au-delà de la peur. Il est pétrifié devant le danger, incapable de bouger. Il est dans l'impossibilité de penser et d'analyser la situation : on parle d'une « suspension de la pensée ».

A l'inverse, l'agitation se manifeste par un état d'excitation psychique et émotionnelle et de désorganisation comportementale. Le sujet s'agite dans tous les sens, crie, gesticule, commence quelque chose puis autre chose sans cohérence, formule des propos incohérents. Il est incapable d'analyser la situation et d'élaborer une décision pertinente.

Une troisième réaction de stress dépassé est la fuite panique. Il s'agit ici d'une course effrénée, affolée et éperdue. Le sujet est dans une fuite impulsive, non raisonnée, sans même savoir où il va et dans laquelle il peut heurter tous les obstacles sur son chemin, objets ou personnes. Cette réaction de fuite panique peut durer 1 à 2 minutes, le temps de l'impulsion ou bien perdurer plusieurs dizaines de minutes jusqu'à ce que le sujet soit épuisé. Il ne conservera qu'un souvenir assez confus de sa fuite.

Enfin, L. Crocq décrit le comportement d'automate. Ici, à priori, la réaction du sujet semble adaptée ; il semble calme, attentif, réagit aux ordres et peut venir en aide aux personnes autour... Mais en observant mieux, on remarque que ses

gestes sont saccadés, répétitifs et inutiles. Nous verrons un monsieur plier et replier ses vêtements dans sa valise, un autre reclasser les papiers sur son bureau, une autre se remaquiller machinalement dans sa voiture... Le regard du sujet est « absent », et donne l'impression qu'il ne se rend pas compte de l'horreur de la situation.

Ces réactions immédiates inadaptées peuvent durer quelques minutes ou plusieurs heures, et le sujet n'en gardera aucun souvenir ou bien quelques éléments très flous et fragmentés. Il s'agit des « oublis » de l'expérience d'effroi.

Le déni peut se prolonger plusieurs semaines, mois, ou années, « aspirant » dans un trou noir le contenu de l'expérience traumatique. Le sujet vit alors comme s'il n'avait pas rencontré la mort, niant l'horreur et l'effroi généré par celle-ci, sans souvenir ni conscience, et sans retour possible de l'image traumatique dans les cauchemars ou les reviviscences diurnes. Cette « période de sommeil » du traumatisme a été appelée « phase de latence » par Oppenheim en 1988. Cette période se vit, certes, sans trace mnésique, mais n'est pas totalement silencieuse sur le plan symptomatique : le sujet peut développer des troubles anxieux et/ou dépressifs, des troubles des conduites (agressivité, addiction, tentatives de suicide...) et des troubles relationnels, mais sans accès à l'image traumatique interne, il ne peut établir de lien entre sa souffrance et l'événement traumatique à l'origine.

Ce n'est qu'au bout d'un certain temps, souvent lorsque le sujet est confronté à un nouvel événement qui rappelle l'événement traumatique d'origine, ou bien que son système de défense est affaibli par divers événements de vie difficiles (une rupture, un accident, un deuil...), que le déni perd de sa puissance et de son efficacité et s'impose alors à la conscience, dans toute sa brutalité, l'expérience d'effroi. « *L'image productrice d'effroi vient « exploser dans la tête » du sujet (Lebigot, 2014).* Les symptômes de répétition vont se développer, permettant d'établir le lien aussi insupportable soit-il avec l'événement traumatique et ainsi ouvrir potentiellement la porte à une prise en charge psychologique.

CONCLUSION :

En conclusion, à l'heure où la confusion est totale et fortement entretenue par les médias en recherche de sensationnel, poser un regard psycho-dynamique sur les processus en jeu dans les situations de stress, nous permet de mettre en évidence la différence fondamentale entre la réaction de stress et le traumatisme psychique.

Ces deux phénomènes appartiennent à deux dimensions bien différentes : la réaction de stress appartient au registre bio-neuro-physiologique et fait référence à la mobilisation des ressources physiologiques, énergétiques et psychiques. Il s'agit là d'une réaction normale et adaptative qui permet au sujet de se protéger d'une menace identifiée dans son environnement.

Le trauma, quant à lui, signifie la rencontre inopinée et brutale du sujet avec le réel de la mort ; une rencontre qui vient « effracter » les défenses psychiques du sujet. L'image traumatique perfore le pare excitation et pénètre dans l'appareil psychique pour s'y loger en profondeur. Cette image incrustée, aussi appelée « Corps Etranger Interne » sera à l'origine des symptômes de répétition, cauchemars et reviviscences diurnes.

Dans une situation de stress extrême, qui confronte le sujet à la réalité de sa condition de mortel, le système des défenses psychiques est sauvagement troué par l'imprévisibilité de la menace. Le sujet est alors traversé par l'effroi, vivant la situation dans la sidération, l'incompréhension, l'impuissance et l'abandon.

L'effroi se veut donc l'élément fondamental qui nous permet de délimiter la frontière entre stress & trauma et ainsi de nous prémunir contre la banalisation du concept de trauma dans la société et la confusion de son utilisation dans le langage courant.

BIBLIOGRAPHIE

Barrois C., *Le trauma, un symptôme de la culture de notre époque ?*, In : *Victimologie, évaluation, traitement, résilience*, Dunod, 2018.

Couteanceau R., *Clinique du Trauma*, In : *Victimologie, évaluation, traitement, résilience*, Dunod, 2018.

Crocq L., *Traumatismes psychiques : prise en charge psychologique des victimes*, Elsevier Masson, 2^{ème} Edition, 2014.

Damiani C., Lebigot F., *Les mots du trauma*, Philippe Duval, 2011.

Ferenczi S., *Confusions de langues entre les adultes et l'enfant*. In : *Œuvres complètes*, Psychanalyse IV, 644. Paris : Payot; 1932–1982.

Freud S., *Au-delà du principe de plaisir*. In : *Essai de psychanalyse*. Paris : Petite Bibliothèque 647 Payot; 1920–1976. p. 13–28

Lebigot F., *Traiter les traumatismes psychiques. Clinique et prise en charge*, Dunod, 2005.

Marmar et al., *Trauma and dissociation* », *PTSD Research Quaterly*, Marmar et al., 1997.

Tovmassian L.T., Bentata H., *Le traumatisme dans tous ses éclats. Clinique du traumatisme*. Paris : In Press, 2012.

MOTS CLES :

Traumatisme psychique– Effraction – Effroi – Déni – Pare excitation – Membrane psychique - Trouble de Stress Post-Traumatique – Mort psychique – Symptôme de répétition.