



**HAL**  
open science

## Postface: L'effroi, un regard transculturel

Thierry Baubet

► **To cite this version:**

Thierry Baubet. Postface: L'effroi, un regard transculturel. Yoram Mouchenik, Thierry Baubet, Marie Rose Moro. Le manuel des psychotraumatismes. Cliniques et recherches contemporaines, La Pensée sauvage, pp.251-270, 2012, 9 782 85919 251 8. hal-04100639

**HAL Id: hal-04100639**

**<https://sorbonne-paris-nord.hal.science/hal-04100639v1>**

Submitted on 18 May 2023

**HAL** is a multi-disciplinary open access archive for the deposit and dissemination of scientific research documents, whether they are published or not. The documents may come from teaching and research institutions in France or abroad, or from public or private research centers.

L'archive ouverte pluridisciplinaire **HAL**, est destinée au dépôt et à la diffusion de documents scientifiques de niveau recherche, publiés ou non, émanant des établissements d'enseignement et de recherche français ou étrangers, des laboratoires publics ou privés.



Distributed under a Creative Commons Attribution - NonCommercial - ShareAlike 4.0 International License

## **Pour citer ce chapitre :**

Baubet T. L'effroi un regard transculturel. In : Mouchenik Y, Baubet T, Moro MR, éditeurs. *Le manuel des psychotraumatismes. Cliniques et recherches contemporaines*. Grenoble : La Pensée sauvage ; 2012. p. 251-270.

## **Postface : L'effroi, un regard transculturel**

### **Thierry Baubet**

Nous proposons ici d'explorer ce que peut apporter aujourd'hui l'approche transculturelle de l'effroi à la compréhension et au soin des traumatismes psychique. Après quelques rappels étymologiques sur les termes d'effroi, de frayeur, d'effraction et de traumatisme, nous analyserons différents modèles transculturels de troubles liés à l'effroi.

### **Effroi**

Le terme *effroi* désigne<sup>1</sup> le « saisissement provoqué par une très grande peur » et par extension, « ce qui cause de la frayeur ». Pour Laplanche et Pontalis (1967), l'effroi<sup>2</sup> est la « réaction à une situation de danger ou à des stimulations externes très intenses qui surprennent le sujet dans un état de non-préparation, tel qu'il n'est pas à même de s'en protéger ou de les maîtriser » (1992 : 128).

Freud distingue l'effroi de la peur et de l'angoisse : « Effroi (Schreck), peur (Furcht), angoisse (Angst) sont utilisés à tort comme des expressions synonymes ; ils se laissent bien discriminer dans leur rapport au danger. Angoisse désigne un certain état tel que attente du danger et préparation à celui-ci, fut-il inconnu ; peur réclame un objet déterminé dont on a peur ; effroi, pour sa part, dénomme l'état dans lequel on tombe quant on encourt un danger sans y être préparé, mettant l'accent sur le

---

<sup>1</sup> Sauf mention contraire, nous nous référons au dictionnaire : Trésor de la Langue Française Informatisé (ATILF-CNRS/Universités de Nancy 2004-2005).

<sup>2</sup> En allemand *schreck*, en anglais *fright* et en espagnol *susto*.

facteur de surprise » (1920 : 282). Freud ajoute : « Je ne crois pas que l'angoisse puisse engendrer une névrose traumatique ; l'angoisse comporte quelque chose qui protège contre l'effroi et donc aussi contre la névrose d'effroi » (1920 : 283).

Étymologiquement, *effroi* dérive, tout comme le verbe *effrayer* du latin *exfridare*, le préfixe *ex-* ayant une valeur privative, et la racine signifiant « paix ». L'effroi est ainsi ce qui « fait sortir de l'état de tranquillité ». L'Encyclopédie<sup>3</sup>, dite « des Lumières », apporte des précisions intéressantes concernant l'usage qui était en cours à la fin du XVIII<sup>ème</sup> siècle concernant ces mots, dans l'article «Allarme» (1751 : 412) :

« La terreur naît de la présence d'un événement ou d'un phénomène que nous regardons comme le pronostic et l'avant-coureur d'une grande catastrophe. [...] L'effroi et la terreur naissent l'un et l'autre d'un grand danger : mais la terreur peut être panique, et l'effroi ne l'est jamais. Il semble que l'effroi soit dans les organes, et que la terreur soit dans l'âme. La terreur a saisi les esprits, les sens sont glacés d'effroi ; un prodige répand la terreur, la tempête glace d'effroi » (1751 : 412).

Le substantif *frayeur* a une étymologie tout à fait différente. Il dérive du latin classique *fragor* : « bruit éclatant, fracas, vacarme » dont le résultat phonétique en ancien français était *frëor*. La forme moderne et le sens de *frayeur* (« peur violente ») s'expliquent par un rapprochement progressif, depuis le XII<sup>ème</sup> siècle avec le terme *effrayer*. Le terme *effraction* qui dérive du latin *effractus* (participe passé du verbe *effringere*), renvoie à la « fracture de serrure effectuée pour pénétrer dans une propriété ». Par analogie il désigne la pénétration accidentelle ou violente, et au figuré la « violation d'un domaine réservé, mental, religieux, ou artistique ». Enfin les termes de *trauma* et de *traumatisme* proviennent du grec et désignent, pour le premier, une blessure violente effractante, pour le second, l'ensemble des conséquences sur l'organisme d'une action résultant d'une action violente (Laplanche et Pontalis 1992 : 498). Le terme de névrose traumatique est quant à lui ambigu. Il préexistait à la psychanalyse, et on parlait aussi bien de traumatismes neurologiques physiques, que, de manière métaphoriques, de traumatismes psychiques.

---

<sup>3</sup> L'Encyclopédie est mise en ligne conjointement par l'ATILF/CNRS et le ARTFL Project de la Chicago University et consultable à l'adresse suivante : <http://portail.atilf.fr/encyclopedie/index.htm>

L'effroi peut être rendu responsable de troubles dans de nombreuses cultures.

## Exemples anthropologiques de modèles spécifiques

Les désordres liés à la culture (*culture-bound syndromes*) sont des tableaux cliniques, assez homogènes, rencontrés dans certaines cultures au sein desquelles ils sont reconnus et compris comme cohérents et porteurs d'un sens. Il s'agit, au sein d'une culture, d'une manière d'être « anormal » qui est comprise et reconnue, ou pour reprendre le terme de Linton, d'un « modèle d'inconduite ». L'*amok*, popularisé par Stephan Zweig, est sans doute le plus connu. Il serait complètement illusoire de chercher à établir des correspondances définitives entre ces syndromes et des syndromes issus de notre nosologie, de même, il serait imprudent de les essentialiser et de vouloir en faire des entités autonomes, discrètes et parfaitement bien délimitées.

Pour décrire ces tableaux cliniques liés à la culture, nous nous baserons sur les travaux de Moro (1994) suggérant pour la compréhension des enjeux de la rencontre thérapeutique en situation transculturelle, l'analyse à un triple niveau : le niveau ontologique (de l'*être*), des théories étiologiques (renvoyant au *sens*) et des logiques thérapeutiques qui en découlent (le *faire*). La culture est la somme des connaissances et des comportements qui caractérisent une société humaine. Elle permet aux membres de cette société d'appréhender le monde et d'attribuer un sens aux événements d'une manière homogène, en leur fournissant une grille de lecture transmise de façon implicite à travers des représentations culturelles communes. Ces représentations culturelles varient d'une culture à l'autre, elles définissent la façon dont les membres de chaque culture considèrent les notions de normalité/anormalité, maladie/santé, ordre/désordre, réel/non-réel, masculin/féminin, etc. Elles ne doivent cependant pas être conçues comme des choses figées, mais comme des processus dynamiques qui empruntent au contexte. D'une part chaque sujet emprunte à différents mondes (par exemple la culture du village et celle plus syncrétique de la ville, la culture médicale, celle du pays d'accueil dans la migration) et d'autre part, chacun s'approprie ces représentations d'une manière qui lui est

propre, qui dépend de son histoire, du contexte social, politique, etc. On appelle affiliation ce processus actif et dynamique d'inscription dans un monde culturel, souvent dans plusieurs.

Ces représentations culturelles sont les interfaces entre le dedans et le dehors, elles sont le résultat de l'appropriation par les individus de systèmes de pensée d'origine culturelle. Elles permettent l'expérience subjective. Le sujet incorpore ces représentations et il les retravaille à partir de ses propres mouvements, ses conflits internes et ses traits de personnalité. La culture permet un codage de l'ensemble de l'expérience vécue par un individu, elle permet d'anticiper le sens de ce qui peut survenir et donc de maîtriser la violence de l'imprévu, et par conséquent du non-sens. La culture cherche à mettre à la disposition du sujet une grille de lecture du monde. Ce codage est un processus constitué d'ingrédients complexes, d'inférences ontologiques (la nature des êtres et des choses) mais aussi d'inférences de causalité permettant de donner un sens à un événement répertorié (Pourquoi ? Pourquoi moi ? Pourquoi moi à ce moment-là...) (Sindzingre 1989). L'élaboration de théories étiologiques par les patients va faire appel aux représentations culturelles, ainsi qu'à certains autres facteurs comme des éléments du discours médical, ce que Moro (ibid.) nomme le second niveau, celui du sens. La nosologie, dans les sociétés traditionnelles n'est pas tant fondée sur la sémiologie que sur le sens, et l'élucidation de ce sens constitue le premier temps de la prise en charge du trouble. Le sens des symptômes peut être fourni par un guérisseur dépositaire d'un savoir, au moyen de procédés divinatoires, ou bien par inférence à partir de certaines caractéristiques du trouble qui permettent de le reconnaître. Les théories étiologiques font appel à différentes catégories de causes comme : l'intervention d'un être culturel, par exemple d'un djinn; un procédé technique : sorcellerie, maraboutage; les manifestations d'un ancêtre offensé; les conséquences de transgression d'un tabou, d'un interdit; le retour d'un mort, et la frayeur. L'élucidation du sens de la maladie, c'est-à-dire l'énonciation de son étiologie implique l'utilisation de moyens thérapeutiques particuliers. C'est le troisième niveau, celui des logiques thérapeutiques, du « faire ».

Le procédé dépend de l'étiologie présumée : si un ancêtre a été offensé, il faudra réparer cette offense par un sacrifice, si c'est un être culturel qui possède le sujet, il

faudra "négocier" avec lui, par exemple au moyen d'un rituel de possession, si le sujet a été "attaqué", il faudra s'occuper de sa vulnérabilité par la mise en place de systèmes de protection, etc. Les procédés thérapeutiques utilisés face à la maladie mentale sont multiples (guérisseurs, religieux, médecine "occidentale"), mais complémentaires et non concurrentiels, chacun restant à sa place. On nomme *itinéraire thérapeutique* ce parcours par lequel les différents types de savoir sur la maladie sont tour à tour questionnés selon le type de trouble, son évolution, le moment de l'histoire du sujet, les pressions familiales et groupales éventuelles, les ressources disponibles, etc. Le processus de recherche de soins répond ainsi à une double exigence : quête de la guérison, et construction d'un sens à la maladie.

Nous allons passer en revue quelques modèles localement signifiants de troubles liés à la frayeur.

### ***Khala'â* (Maghreb)**

En arabe, deux mots peuvent être utilisés pour désigner la frayeur (Nathan 1994) : *sar'*, mot répandu et plutôt littéraire, signifiant littéralement « se répandre », « perdre sa forme originelle », et *khala'â*, terme utilisé plus fréquemment en arabe dialectal, notamment au Maghreb et qu'on peut traduire par « arracher brutalement ». Le terme *sar'* a été très utilisé par la médecine arabe du Moyen-âge, et a fini par désigner des troubles comportant une agitation désordonnée du corps, rattachés aujourd'hui à l'épilepsie, à l'hystérie, ou bien à la possession (Nathan 1994). Le terme de *khala'â* est en revanche resté très près des théories étiologiques traditionnelles. La *khala'â*<sup>4</sup> est aussi un modèle spécifique de trouble lié à la frayeur observé dans le monde maghrébin. Ce terme provient de l'arabe littéraire renvoie au fait d'ôter, d'arracher brutalement quelque chose, et dans le cas de la frayeur, à une séparation âme/corps. Lors de la *khala'â*, l'âme (*ro'h*) peut quitter le corps, et des êtres surnaturels (comme par exemple un *djinn*) peuvent y pénétrer. La personne touchée est dite *makhlouï* : son être a été enlevé, « sa raison est partie », il est « effaré », et un *djinn* a profité de cet instant pour prendre possession de son intériorité. Pour Westermarck (1926 I : 276), c'est le *djinn* qui en entrant a provoqué cet état de frayeur. La *khala'â* réalise ainsi un type particulier de possession qui est soudaine, totale, et prive le sujet de ses capacités de résistance et de toute possibilité de

---

<sup>4</sup> Tahar Abbal, psychologue clinicien à l'Hôpital Avicenne (Bobigny), et arabisant a participé à la rédaction de ce paragraphe.

« négociation » avec le *djinn* (Lheimeur 1990). Cliniquement, lors de l'épisode de frayeur, la personne apparaît figée, hébétée, elle semble « ne plus être là », ne « plus être la même », et peut uriner sur elle. C'est ce moment de sidération, caractéristique de l'effroi, qui fait reconnaître la *khala'à*. Lorsque les troubles persistent, ils sont susceptibles de s'exprimer par des états de transe répétés (Baubet 2008), aux cours desquels le comportement de la personne se modifie (avec de crises d'agitation, de violence, un dialogue avec des entités invisibles), et de nouvelles caractéristiques apparaissent témoignant d'une modification de l'identité (par exemple une force surhumaine, ou encore le fait de ne plus « reconnaître » ses proches).

La logique thérapeutique consiste à faire émerger la raison par un autre trauma. Par exemple chez les Berbères du Maroc, ce peut être une brûlure circonscrite, réalisée par surprise par un membre de la famille, par exemple à l'aide d'une cuillère chauffée au feu, réalisant une petite marque corporelle. Ce traitement permet à la fois de répéter l'expérience traumatique dans ce qu'elle a de douloureux, d'incompréhensible et de surprenant, tout en agissant sur l'enveloppe corporelle, pour la « fermer ». Lheimeur (1990) donne une description de traitement de la *khala'à* par une thérapeute *ghawia* (Maroc) qui illustre cette nécessité de provoquer un nouvel effroi.

Dans les confréries Hamadcha du Maroc, on considère habituellement qu'il y a lieu de réaliser une *hadra*, un rituel thérapeutique utilisant la transe, après un tel événement (Crapanzano 2000 : 243).

### ***Susto et perdida de la sombra (Amérique du Sud et Centrale)***

Le tableau de *susto* a été précisément décrit par Maria Pia Arias-Schreiber (1987) à partir d'une expérience de terrain chez les Quechas de l'Amérique du Sud<sup>5</sup>. Pour les Quechas, l'âme est conçue comme séparée du corps tout en lui étant liée. Elle est capable de se dégager de celui-ci pendant la nuit, et dans certains cas, notamment lors de la survenue d'un événement imprévu et effrayant, à l'état de veille. L'auteur propose de traduire le terme de *susto* par *frayeur* dans la mesure où celui-ci désigne une peur liée à une cause immédiate, subite, produisant une réaction de sursaut. Le

---

<sup>5</sup> On peut se référer également au travail de la linguiste De Pury Toumi (1990) sur le *susto* dans la langue nahuatl, au Mexique.

sujet est pris d'un sursaut brusque, son souffle est coupé, et cet instant marque précisément la disjonction âme - corps.

« C'est comme si la frayeur ouvrait une brèche qui laisse partir l'âme, brisant l'enveloppe corporelle, la frontière qui délimite le dedans et le dehors » (ibid. : 135).

Dans les cas bénins, l'âme va rester à proximité du corps, mais dans les situations plus graves, elle peut être « captée » par la terre ou les divinités qui la représentent. Trois symptômes sont constamment retrouvés qui témoignent de la double étiologie de frayeur et de vol de l'âme : une exténuation physique et psychique, des sursauts lors du sommeil, des crises de frayeur diurnes et nocturnes aux cours desquelles le sujet, les yeux écarquillés, pousse des cris d'épouvante. Les rituels thérapeutiques alors appliqués visent à obtenir une remise en lien de l'âme dans le corps, parfois en négociant ce retour avec les forces telluriques qui maintiennent l'âme prisonnière, ainsi qu'à restituer à la peau son rôle de frontière au travers de différents gestes techniques effectués sur le corps du patient. Les rituels thérapeutiques impliquent la famille et la communauté et permettent de « rattacher la souffrance individuelle du malade – encore désorganisée – à un cadre culturel partagé par la collectivité » (ibid. : 132).

Rubel et ses collaborateurs ont mené différents travaux sur le *susto* qu'ils ont synthétisés dans un livre (1984) et un article (1985). Ils soulignent que le *susto*, retrouvé dans toute l'Amérique du Sud, l'Amérique Centrale ainsi qu'au Mexique, affecte aussi bien les populations d'origine indienne que les populations d'origine hispanique. Ceci est discordant avec ce qu'on nomme habituellement les syndromes liés à la culture qui sont considérés comme caractéristiques d'une culture donnée. Les modèles de compréhension du *susto* font toujours appel à la frayeur et au vol de l'âme, simplement chez les populations indiennes, l'accent est davantage mis sur la capture de cette dernière par des divinités extérieures. Les symptômes retrouvés comprennent la perte de l'appétit, de poids, et de force, agitation nocturne, lassitude diurne, dépression introversion, aboulie. Les populations indiennes et non-indiennes ont tendance à chercher de l'aide pour ce trouble auprès de guérisseurs plutôt que des médecins. Rubel précise également que ce n'est pas l'événement qui crée le *susto*. L'exposition à l'événement n'est pas suffisante elle doit être associée à la perte de l'âme pour que des symptômes surviennent. Ainsi, il est fréquent qu'au sein d'un groupe de personnes exposées à un même événement effrayant, certaines

développent un *susto* tandis que d'autres sont indemnes. Enfin, Rubel souligne que le laps de temps entre l'événement effrayant et les premières manifestations de *susto* peut être très long, jusqu'à une trentaine d'années dans un cas (1984). Bien que de telles durées soient plutôt rares, le temps écoulé n'est en tout cas pas un facteur entrant dans le diagnostic.

Alvarez et Lavana (1977) ont décrit le cas de Doña Modesta, jeune femme enceinte de cinq mois qui avait du se jeter dans un cours d'eau pour secourir une amie tombée dans l'eau alors qu'elles étaient occupées à laver des vêtements. Elle avait pu alors sauver son amie. Cette jeune femme commenta ultérieurement les choses ainsi : « Je n'ai pas ressenti de peur particulière à ce moment là. Je n'ai même pas pensé que l'action que j'entreprenais aurait pu me mettre en danger. Pourtant, quinze jours après sa naissance, mon enfant a commencé à présenter des troubles du sommeil » (Alvarez & Lavana 1977 : 459). Une guérisseuse (*curandera*) consultée sur la suggestion d'une autre femme utilisa des méthodes traditionnelles de diagnostic et conclut que l'enfant souffrait d'une *perdida de la sombra*, une perte de l'ombre, de l'âme. Celle-ci avait été captée par des esprits de l'air et de l'eau et plus précisément par les esprits de deux personnes noyées à cet endroit précis. Cette situation souligne la possibilité d'une transmission du *susto* d'une mère à l'enfant qu'elle porte.

### ***Hak-Tao* (Hakka de Polynésie)**

Le tableau de *hak tao* a été décrit par Chan (2003) chez les Hakka de Polynésie. Les Hakka font partie d'un des groupes Han de la Chine continentale, nomades pacifiques, ayant traversé la Chine vers le sud lors de plusieurs périodes d'exodes. Certains ont migré vers la Polynésie française dans le milieu du XIX<sup>ème</sup> siècle pour des raisons de survie économique. Là, ils ont modifié leur mode de vie pour s'intégrer de plus en plus au mode de vie polynésien à partir du milieu du XX<sup>ème</sup> siècle, lorsqu'avec l'avènement du communisme, un retour au pays est devenu moins probable. Le *hak tao* peut atteindre l'individu à tout âge, mais l'enfant y est davantage exposé, du fait de la fragilité de son enveloppe protectrice et de son noyau. L'effraction et le passage d'éléments du dedans au dehors sont facilités d'autant. Le terme *hak* renvoie à l'action d'effrayer ce qui est à bien différencier du verbe *k'ong* qui signifie avoir peur. L'effet de surprise, d'inattendu sont essentiels dans la définition de la frayeur. *Hak tao* signifierait ainsi littéralement « le fait d'avoir

été effrayé suite à un effroi » (2003 : 191). Au degré extrême, le *hak tao* désigne l'étiologie traditionnelle par la frayeur, qui peut aller jusqu'au *hak si* : avoir été effrayé à en mourir. La frayeur a des conséquences physiques, ainsi peut-on dire *hak tao tsoi tsai tsu suk ji* : avoir été effrayé au point d'avoir un rétrécissement du pénis<sup>6</sup>, ou bien *hak ch'uk ngiau* : jusqu'à avoir un relâchement urinaire. Chez la femme, un blocage des fonctions ovariennes peut survenir. Il en résulte, dans les deux sexes, une perte de la puissance génitale et une impossibilité à procréer et à assurer une descendance. La personne se trouve profondément modifiée. Selon les représentations locales, le double ou l'âme, est parti, ou bien s'est dissoute. « Il faut donc la récupérer et l'amener à son semblable pour qu'il vive » (Chan 2003 : 193). Il est intéressant de noter que les Hakka considèrent que le traitement sera d'autant plus difficile que le temps aura passé entre le moment de la frayeur et le début du traitement : l'éloignement temporel se double d'un éloignement spatial, et l'âme peut être faite prisonnière dans un lieu inconnu, ou bien être capturée par une autre enveloppe qu'elle ne pourra plus quitter, ou encore être capturée par des esprits errants (2003 : 193).

Dans certaines philosophies chinoises, la personne est pensée comme duelle : le même jour, naissent l'entité physique de l'être (Yin) et son entité spirituelle (Yang) : l'âme, le souffle, le double. Chaque être est composé de ces deux parties qui n'existent que l'une par rapport à l'autre (Chan 2003 : 194). Lorsque l'âme s'envole, c'est tout ce qui énerveille l'être qui disparaît, le laissant vide, entraînant son dépérissement, plus ou moins rapide, et sa mort. Les signes présentés alors par l'enfant sont les suivants : les yeux sont écarquillés, mais le regard dans le vague ; le sommeil est très perturbé avec des sursauts, des pleurs ; les pleurs sont fréquents dans la journée, avec des attitudes d'agrippement ; l'appétit diminue, l'enfant est pâle, fatigué ; une énurésie apparaît ; l'humeur est perturbée ; une coloration bleutée apparaît parfois entre les doigts.

Durant le sommeil, l'âme quitte fréquemment le corps pour le réintégrer dans la nuit (on dit d'ailleurs qu'il ne faut pas dormir près d'un miroir car l'âme en voulant réintégrer le corps pourrait être leurrée, heurter le miroir et s'enfuir). La perte d'âme peut parfois être attribuée à la malchance, ou à un manque de protection des ancêtres. Le plus souvent, le *hak tao* trouve son origine dans une frayeur

---

<sup>6</sup> Cette crainte du rétrécissement du pénis n'est pas sans évoquer le koro, syndrome décrit en Malaisie, en Indonésie, mais aussi sous d'autres noms en Chine.

accidentelle et brutale : soit une rencontre avec une créature surnaturelle, soit un événement réalisant un traumatisme. Le choc conduit à une effraction et à une expulsion de l'âme au dehors. De manière préventive, lorsqu'un tel choc survient chez un enfant, il est d'usage de lui frotter le lobe de l'oreille avec un peu de salive en chantonnant « Petit double, n'aie pas peur, petit double sois courageux » afin que le double ne s'échappe pas de l'enveloppe fragilisée (2003 : 202). En cas de *hak tao* avéré, les logiques thérapeutiques consistent à rappeler le double, afin qu'il réintègre le corps. Les traitements font appel à des prières et des incantations : on fait des promesses au double, on lui garantit son bien-être, on tente de l'effrayer en l'incitant à se méfier des esprits errants du dehors. En plus des paroles, des objets sont utilisés pour aider le double à retrouver le chemin du corps qu'il a abandonné, ainsi que des rituels de bain. On utilise également des objets de protection, des interventions visant à éloigner les esprits errants et à solliciter l'aide des ancêtres. On voit donc que ce traitement mobilise l'ensemble de la communauté des vivants et des ancêtres, et ses fonctions ré-affiliantes.

### ***Bla kira* (Miskitos du Nicaragua)**

Le tableau de *bla kira* a été décrit par Martin & Moro (1989) chez les Miskitos du Nicaragua déplacés au Honduras. Ce tableau traditionnel a fait une ré-apparition massive au décours des conflits qu'a connus le pays, et se manifestait principalement par des troubles du comportement paroxystiques chez les adolescents, dans les camps de réfugiés, avec une dimension épidémique. Le traitement faisait notamment appel à des amulettes qui devaient être placées sur les narines de la personne affectée. L'apparition du *bla kira*, et ses récurrences, apparaissaient liées à la frayeur produite par la rencontre avec un être surnaturel.

### ***Lanti* (Bisayas des Philippines)**

Le groupe bisaya, aux Philippines, comprend trois groupes ethniques : Cebuans (groupe numériquement le plus important du pays), Panayans, et Samarans. Les Bisayas représentent 40% de la population du pays dont ils occupent les parties centrale et méridionale, ils sont très majoritairement catholiques, cette religion s'étant implantée à partir du XVI<sup>e</sup> siècle. Hart (1985) a décrit dans ce groupe et plus précisément à partir d'études de terrain réalisées à Lalawigan, une maladie appelée *lanti*, qui est directement liée à la frayeur. De très nombreux symptômes, non

spécifiques, sont associés au *lanti* : fièvre élevée et diarrhées verdâtres, langue blanche (*atas*), éruptions cutanées (*habas*), tachycardie, douleurs de l'estomac, pleurs, réactions d'agrippement, tremblements, cris au cours du sommeil, dépression de la fontanelle chez les bébés, sensation de « tomber » pour les enfants plus grands. Le *lanti* touche préférentiellement les enfants, et dans une famille, le plus souvent le plus jeune des enfants. Si un aîné est atteint, cela sera attribué à une « faiblesse » de ce dernier. La cause du *lanti* est attribuée à une frayeur liée à des événements naturels, et plus rarement surnaturelle (des esprits, le *sigbin* - un animal mythique). Dans la population étudiée par Hart (1985) le *lanti* ne signifie pas une perte de l'âme comme on peut l'observer ailleurs aux Philippines<sup>7</sup>.

Une des particularités du *lanti* est qu'il peut affecter un sujet - notamment un jeune enfant - par transfert, de manière indirecte après qu'un des adultes qui s'occupent de lui (le plus souvent son père) ait été effrayé. Dans certains cas, le choc n'a pas été suffisant pour affecter l'adulte, mais des troubles vont survenir chez l'enfant. La maladie peut toucher indifféremment garçons ou filles, mais lorsqu'elle est ainsi transmise, elle atteint électivement le dernier-né, les enfants précédents étant considérés comme immunisés. En revanche, un dernier-né devenu adulte peut toujours être touché, et Hart (1985) cite le cas d'un époux effrayé dont la femme, dernière-née de sa famille, avait secondairement été atteinte de *lanti*.

### ***Mogo laya* (Hulis de Papouasie Nouvelle Guinée)**

Le *mogo laya* – terme que l'on pourrait traduire par « sursaut » - a été décrit chez les Hulis de Papouasie Nouvelle Guinée comme un trouble lié à la frayeur qui affecte particulièrement les très jeunes enfants (Frankel 1985). L'esprit peut vagabonder lors du sommeil, les images de ce voyage constituant les rêves. Il peut également se détacher du corps à l'état de veille, notamment sous l'effet d'une frayeur qui a entraîné un sursaut, le sujet étant alors décrit ainsi : « son esprit est parti, il ne reste qu'une peau vide » (Frankel 1985 :400). Les enfants sont les plus exposés, et ce d'autant qu'ils sont plus jeunes. Chez le bébé, l'âme quitte le corps à travers la fontanelle antérieure (la même région est incriminée chez l'adulte), et cette zone est l'objet de différents rituels visant à protéger les enfants ou à soigner les personnes

---

<sup>7</sup> Nydegger et Nydegger (1966) ont décrit de tels phénomènes dans un village philippin situé sur l'île de Luzon : l'âme du jeune enfant dont la fixation au corps est encore fragile peut être détachée par un choc ayant causé une frayeur. L'enfant souffre alors de tremblements, de tics, de vertiges et un coma et la mort peuvent en résulter. Si les soins familiaux échouent, on fait appel à un guérisseur qui applique des traitements rituels.

atteintes de *mogo laya*. Les cheveux de cette zone sont également empoignés chez les individus que l'on pense mourants afin de retenir leur âme.

Frankel a observé dix cas de *mogo laya*, tous chez des enfants de moins de quatre ans. Sept avaient moins d'un an. La symptomatologie était constituée d'affections somatiques sévères et relativement aiguës comme des diarrhées, des troubles respiratoires, des fièvres élevées, des convulsions. Dans trois cas, les mères ne savaient pas précisément ce qui avait effrayé l'enfant (l'une soupçonnait un rêve), mais le *mogo laya* avait été retenu par elles du fait de symptômes considérés comme typiques (tremblements, convulsions).

Chez l'adulte, les Hulis considèrent que l'esprit peut moins facilement être délogé. Si une personne se révèle aussi sensible à la frayeur, cela signifie alors qu'il existe des facteurs causaux additionnels. Frankel cite le cas du *kuyanda*, qui représente une manifestation du pouvoir du sang féminin. Les Hulis considèrent que si un enfant avale du sang maternel durant l'accouchement, celui-ci va rester dans sa poitrine, formant une masse qui va se développer avec lui, comme une masse parasitique, tout en étant capable de gonfler et de se rétracter, causant des variations de la croissance de l'enfant. Le principal danger vient alors du fait que le *kuyanda* peut exploser, causant alors le plus souvent la mort de son porteur, notamment sous l'effet de la frayeur. Ainsi pour les Hulis, la frayeur causant un *mogo laya* peut être mortelle chez le jeune enfant, mais elle ne peut être mortelle chez l'adulte que si des facteurs liés à l'individu sont présents (Frankel 1985).

### ***Ataque de nervios***

On peut citer l'*ataque de nervios*, tableau fréquent en Amérique du Sud, Centrale, et chez les Hispano-américains. Cette affection touche par exemple 13,8% de la population générale à Porto-Rico, et 75% des personnes qui en sont affectées ont déjà demandé des soins ou de l'aide pour ce problème. Ces personnes ont 4,35 fois plus de chances d'avoir également un trouble psychiatrique selon le DSM-IV que les non affectés, le plus souvent dans un registre anxieux ou thymique (Guarnaccia & al. 1993). L'*ataque de nervios* se manifeste par la survenue épisodique, soudaine, en réponse à un stimulus déclenchant une forte émotion, d'un trouble variant de la crise d'angoisse à la grande agitation psychomotrice. Il s'agit d'une catégorie diagnostique « profane », le trouble étant désigné sous ce terme spontanément par les patients et leur famille, et reconnu socialement. Dès les premières descriptions de ce trouble

(Fernandez-Marina 1961), un parallèle avec ce qu'on nommait alors les « névroses de guerre » a été établi. Lewis-Fernandez a ensuite montré que les crises pouvaient être provoquées par des éléments rappelant un trauma antérieur, ce qui en faisait un équivalent de reviviscence traumatique, et il proposait de considérer certaines crises comme des manifestations dissociatives (au sens névrotique du terme, avec dépersonnalisation, déréalisation, amnésie totale ou partielle de l'épisode, sentiment d'être « possédé », « agi de l'extérieur ») ; par ailleurs l'entourage décrivait fréquemment le sentiment que durant la crise, leur proche était « devenu un autre » (Lewis-Fernandez 1994). Plus récemment, il a été établi que les patients présentant une symptomatologie d'*ataque de nervios* associée à des troubles de l'humeur ou anxieux présentaient significativement plus d'antécédents de traumas infantiles que ceux qui présentaient une symptomatologie anxieuse ou dépressive sans *ataque de nervios* (Schechter & al. 2000). Selon ces auteurs, l'*ataque de nervios* pourrait donc être considérée dans certains cas comme le marqueur d'une dysrégulation extrême des affects liée à des expériences traumatiques infantiles (ibid.).

### ***Latah*, *Myriatchit* et *Imu* : comportements culturels stéréotypés en réponse à la frayeur**

Les observations de comportements culturels stéréotypés en réponse à la frayeur datent de la fin du XIX<sup>ème</sup> siècle. Les plus connus sont le *latah* (chez les Malais), le *myriatchit* (observé chez certaines ethnies sibériennes) et l'*imu* chez les Aïnous du Japon. A la suite d'une frayeur, les membres de ces populations ont tendance à réagir par des comportements de mimétisme, comme l'écholalie et l'échopraxie.

### **Autres exemples**

En bambara le terme *diatigé* désigne les désordres psychiques causés par la frayeur, notamment les crises d'agitation ou bien les états délirants aigus. Etymologiquement, *dia* signifie « ombre » et par extension « âme » et « psyché » ; et *tigé* signifie « coupé ». *Ba* signifiant « grand », on appelle généralement *diabatigé* la grande frayeur qui résulte par exemple de la rencontre avec un être surnaturel tel qu'un esprit, un sorcier, ou bien l'âme d'un défunt. Le terme *diatigé* peut être interprété comme « âme coupée », ou bien « âme séparée », « ayant fui le corps du sujet » (Nathan 1994 : 224).

En wolof, l'expression *sama fit dem na*, « je suis effrayé », peut se traduire mot à mot par « mon âme (mon principe vital) s'est échappée de mon corps » (Nathan 1994 : 224).

A La Réunion, la théorie étiologique par le *saisissement* rend compte du même ordre de phénomène (Andoche 1988).

Chez les Berbères du Maroc, quelques gouttes du sang des victimes d'accident ou de meurtres (dont on peut supposer qu'elles ont été saisies par la frayeur) entrent dans la composition de talismans destinés à s'assurer la fidélité éternelle d'un fiancé ou d'un époux. Cependant, si un bébé inhale l'odeur d'un tel talisman (*tawmmist* en langue berbère), il risque de mourir en quelques heures de « diarrhée verte ». Le *tawmmist* (terme qui désigne également la maladie de l'enfant) se caractérise par la survenue brutale d'une fièvre avec une diarrhée, des vomissements, et – signe particulièrement évocateur - l'apparition d'une béance de la fontanelle. Selon cette théorie étiologique, l'effraction des enveloppes est liée à l'olfaction, et elle provoque la mort par écoulement des contenus hors du corps (Adohane 1989, Nathan 1994). Pour les Lobi du Burkina Faso, le *tuh* (double) peut quitter le corps d'une personne lorsque celle-ci subit une vive frayeur (Fiéloux 1993 : 220). La personne devient une sorte « d'enveloppe vide » susceptible de devenir folle, idiote, muette, et de mourir. Les très jeunes enfants sont particulièrement vulnérables à cette perte du double, et il convient de prendre garde à ne pas les effrayer.

Dans la nosologie traditionnelle mandingue, telle que la rapporte des guérisseurs gambiens interviewés à travers des focus-groupes par Fox (2003), la frayeur peut causer différents troubles, le plus sérieux est dénommé *perrio*, et correspond à un départ de l'âme, qui n'est « plus à sa place ».

Enfin, au Burundi, dans la langue kirundi, selon Barancira<sup>8</sup> la racine *kanga* est retrouvée dans toute une série de mots relatifs à la frayeur. *Gukanga* signifie « effrayé », *kwikanga* « sursauter », *ggukangagurika* désigne l'état de celui qui est agité, sursaute, se réveille la nuit effrayé.

## Logiques thérapeutiques

Nous avons vu que certains traitements spécifiques étaient utilisés face à des modèles culturellement codés de troubles liés à la frayeur. La manière dont les

---

<sup>8</sup> Barancira « Théorie et traitement traditionnel de la frayeur ». Communication présentée au Centre Culturel de Bujumbura (Burundi), le 30 mars 2004, Cité par Nathan & Grandsart (2006).

symptômes de souffrance s'extériorisent et sont perçus par l'individu, sa famille, le groupe, conduit à un comportement de recherche de soins congruent à ces modèles. Les représentations culturelles conditionnent ainsi à la fois la manière dont les symptômes sont vécus, le degré de gravité qui leur est conféré, l'attente par rapport aux soins, les possibilités d'alliance thérapeutique avec le praticien sollicité, etc. Loin d'être anecdotiques, ces éléments sont à prendre en compte dans la mise en place de soins. Sur les terrains humanitaires, par exemple, nous avons pu constater que la population possède déjà un savoir sur les troubles liés à la frayeur ; un savoir, des représentations, des logiques thérapeutiques. A Pejë au Kosovo, lors d'un programme de soins mené dans l'immédiat après-guerre dans le cadre de l'association Médecins Sans Frontières (Reynaud & Baubet 2003), nous avons demandé à nos collaborateurs albanophones comment on disait « trauma » en albanais. Après un silence, ils répondirent « *on dit trauma* ». Apparemment le trauma restait une notion étrangère, clivée par rapport aux représentations locales. Certains membres de l'équipe organisèrent alors une rencontre avec un religieux, un Imam, réputé pour ses soins. Dans la cour de sa maison et jusque dans la rue s'étendait certains jours, dès le petit matin, une longue file de gens qui venaient chercher de l'aide. Ce monsieur très âgé nous reçut et consentit à nous livrer quelques éléments de sa pratique. Une partie non négligeable des situations qu'il rencontrait était constituée de problèmes de peurs et de troubles du comportement chez l'enfant. Des troubles que nous aurions sans doute qualifiés de post-traumatiques, et qui ressemblaient en tous points à ceux présentés par la population d'enfants qui venaient à nos consultations. Cependant cet Imam ne recevait pas les enfants, seulement les mères ; et il interrogeait celles-ci non pas sur les événements traumatiques que l'enfant avait pu traverser, mais sur sa place dans la filiation, et sur le processus de nomination. Il prescrivait ensuite différents traitements religieux (de nombreux fragments de papiers et de grandes plumes devant lui avaient été préparés pour qu'il y inscrive à l'encre des paroles choisies dans le Coran). D'autres Imams, localement, établissaient leurs prescriptions après une séance de divination qui passait par la lecture des formes prises par du plomb en fusion jeté dans de l'eau froide (Baubet et Moro 2003).

Concernant les soins psychiques en situation humanitaire, Summerfield (1995) a souligné que l'application de modèles thérapeutiques adaptés aux sociétés occidentales (il pensait essentiellement au *debriefing*) pouvait conduire à l'échec,

voire à des effets néfastes. Le travail de Peter Elsass (2001), par exemple, illustre bien la variété de situations que l'on peut rencontrer. L'étude de deux communautés villageoises, l'une au Pérou, l'autre en Colombie a montré des différences majeures dans l'appréhension de la souffrance liée aux événements traumatiques vécus par les deux communautés. Dans le village colombien, les réactions post-traumatiques étaient marquées par un sentiment de honte et de culpabilité, et dans cette communauté au fonctionnement assez individualiste, les patients recherchaient surtout une aide psychologique individuelle. Dans le village péruvien, en revanche, au fonctionnement beaucoup plus communautaire, les individus cherchaient « à oublier » consommant de l'alcool et des psychotropes, et ne souhaitaient pas consulter pour cela. Il est évident que des programmes de soins s'établissant dans ces villages auraient à tenir compte des formes différentes de la demande et des modalités thérapeutiques spontanément utilisées par la population elle-même. Dans de nombreux pays d'Afrique sub-saharienne, des rituels de purification et de réconciliation intégrant la famille et la collectivité sont menés pour réintégrer à la communauté des adultes ou des enfants « souillés » par la guerre. Qu'ils aient eux-mêmes commis des exactions ou qu'ils en aient été témoins, ils doivent être réintégrés à leur groupe d'appartenance, protégés du désir de vengeance de leur entourage, mais aussi de leur propre culpabilité, reprendre des liens aussi harmonieux que possible avec la communauté des vivants et aussi avec l'invisible. Green & al (1999) donnent des exemples de tels rituels chez des enfants au Mozambique : la réalisation du rituel s'accompagne également d'une amélioration voire d'une disparition des symptômes post-traumatiques. Bagilishya (2000) a souligné, à partir de l'exemple rwandais, que la santé mentale et le bien être des Rwandais ne pouvaient être séparés de ceux de leur famille et de ceux qui les entourent. Il souligne l'importance et la pertinence de manières de faire locales comme l'utilisation de contes et de proverbes qui permettent une mise à distance des affects envahissants, notamment du désir de vengeance. « Même si un modèle occidental n'est pas nécessairement délétère, son utilisation doit être examinée avec précaution pour éviter de détruire le fragile équilibre interne qui tente de se rétablir » (Bagilishya 2000).

## **Analyse**

En 1985, Simons et Hughes, au terme d'un important travail de synthèse sur les syndromes liés à la culture se révélaient en désaccord sur la question de la signification des syndromes liés à la frayeur. Hughes (1985) était tenté de regrouper les différents troubles liés à la frayeur sous la bannière de la catégorie « troubles anxieux » du DSM. Pour Simons (1985) en revanche, on ne pouvait considérer les troubles liés à la frayeur comme une catégorie possédant une cohérence sur le plan psychiatrique puisqu'elle se référait à de multiples tableaux cliniques complètement différents (et témoignant parfois de maladies somatiques), pas plus qu'on ne pouvait considérer les différentes entités décrites comme des syndromes liés à la culture, puisqu'ils n'apparaissaient pas correspondre à des « altérations spécifiques du comportement ou de l'expérience » (1985 : 331).

L'analyse de la littérature sur ces différentes catégories révèle leur hétérogénéité. Il semble que de nombreuses sociétés disposent d'une catégorie de troubles liés à la frayeur. On retrouve de manière constante une vulnérabilité spécifique des enfants, et plus particulièrement des jeunes enfants dont les enveloppes sont considérées comme plus fragiles et perméables. La frayeur peut être causée par des événements naturels ou surnaturels, et les troubles qu'elle provoque n'affectent pas nécessairement toutes les personnes exposées ce qui souligne la complexité des théories étiologiques et leur dimension non mécaniciste. Rarement, le moment de la frayeur est associé à des symptômes spécifiques qui permettent de la reconnaître. Les tableaux cliniques sont extrêmement variables, certains étant comparables à la symptomatologie de névrose traumatique, d'autres en étant très éloignés ou témoignant manifestement de désordres somatiques. Le diagnostic peut-être porté par l'entourage, devant l'existence de signes considérés comme spécifiques, ou bien peut-être révélé par un guérisseur. Lorsque la physiopathologie des troubles est précisée, elle fait appel le plus souvent à l'idée d'une effraction associée à une séparation entre l'âme et le corps, l'âme étant expulsée au dehors, susceptible d'être captée par des divinités ou des créatures surnaturelles. Dans certains cas, de telles créatures sont susceptibles de venir habiter l'enveloppe corporelle laissée vide réalisant un tableau de possession. Un point important à noter est que certaines de ces théories évoquent la possibilité d'une transmission de la frayeur généralement vers des êtres plus vulnérables, comme les enfants, et ce même si l'adulte qui la transmet n'en a pas ressenti les effets. Il est toutefois nécessaire qu'un lien privilégié existe pour que la transmission soit possible, comme par exemple un lien parent-

enfant, voire même un lien mère-enfant à naître. La frayeur est donc pensée comme un « agent » transmissible à la fois aux autres membres du groupe et sur un plan transgénérationnel.

## **Conclusion**

La clinique transculturelle de l'effroi est à même d'éclairer utilement nos conceptions théoriques sur le traumatisme psychique. L'idée selon laquelle la frayeur, que celle-ci résulte d'événements vécus dans le monde naturel, ou bien de la rencontre inopinée avec le monde invisible (apparition ou vision d'un esprit malfaisant, ou de l'esprit d'une personne morte d'une « mauvaise mort), paraît ainsi très répandue. La frayeur concerne l'ensemble du groupe et pas seulement le sujet qui en est affecté, de même qu'elle concerne également sa descendance. Elle affecte ainsi les liens familiaux et transgénérationnels. Elle réalise ce qu'on pourrait appeler une *dépossession de soi*, traduisant à la fois l'hémorragie narcissique, l'attaque des contenants et la pénétration au sein du psychisme d'un contenu qui lui reste hétérogène, bouleversant le sentiment identitaire. Son soin appelle des logiques multiples qui concernent le psychisme, le corps et la restructuration des liens familiaux et sociaux. Cette clinique transculturelle de l'effroi éclaire et questionne les principales pistes théoriques et les cliniques contemporaines autour de la question des traumatismes psychiques telles qu'elles ont été présentées dans cet ouvrage. Elle invite à poursuivre le dialogue des disciplines, des théories et des approches qui a été développé ici.

## Bibliographie

- Adohane T. Le nourrisson médusé : notes de recherche ethnopsychiatrique. *Nouvelle Revue d'Ethnopsychiatrie* 1989 ; (13) : 183-204.
- Alvarez L, Lavana M. Un caso de *Pérdida de la sombra*. *América Indígena* 1977 ; 37(2) : 457-463.
- Andoche J. L'interprétation populaire de la maladie et de la guérison à l'île de la Réunion. *Sciences Sociales et Santé* 1988 ; 6(3-4) : 145-165.
- Arias-Schreiber MP. *Susto* ou le vol de l'âme. Métaphores corporelles dans le cadre d'un désordre ethnique. *Nouvelle Revue d'Ethnopsychiatrie* 1987 ; (8/9) : 123-137.
- Bagilishya D. Mourning and recovery from trauma: in Rwanda, tears flow within. *Transcult Psychiatry* 2000 ; 37(3) : 337-353.
- Baubet T. *Effroi et métamorphose. Psychothérapie transculturelle des névroses traumatiques en situation d'impasse thérapeutique*. Thèse de doctorat en psychologie. Villetaneuse : Université Paris 13 ; 2008.
- Baubet T, Moro MR. Cultures et soins du trauma en situation humanitaire. In : Baubet T, Le Roch K, Bitar D, Moro MR, editors. *Soigner malgré tout. Vol 1 : Trauma, cultures et soin*. Grenoble : La Pensée sauvage ; 2003a.p.71-95.
- Chan ES. Une étiologie traditionnelle chez les *Hakka* de Polynésie Française : le *hak tao*, ou la théorie étiologique de la frayeur. *Ethnopsy – Les mondes contemporains de la guérison* 2003 ; (5) : 181-207.
- Crapanzano V. *Les Hamadcha. Une étude d'ethnopsychiatrie marocaine*. Paris : Institut d'Édition Sanofi-Synthélabo ; 2000.
- Elsass P. Individual and collective traumatic memories: a qualitative study of post-traumatic disorder symptoms in two latin american localities. *Transcult Psychiatry* 2001 ; 38(3) : 306-316.
- Fernández-Marina R. The puerto-rican syndrome: its dynamic and cultural determinants. *Psychiatry* 1961 ; 24 : 79-82.
- Fiéloux M. *Biwanté. Récit autobiographique d'un Lobi du Burkina Faso*. Paris : Karthala ; 1993.
- Fox SH. The mandinka nosological system in the context of post-trauma syndromes. *Transcultural Psychiatry* 2003 ; 40(4) : 488-506.
- Frankel S. *Mogo laya*, a New Guinea fright illness. In : Simons RC, Hughes CC, editors. *The Culture-Bound Syndromes, Folk Illnesses of psychiatric and Anthropological Interest*. Dordrecht/Boston/Lancaster/Tokyo : Reidel Publishing Company ; 1985.p.399-404.
- Freud S. (1920) Au delà du principe de plaisir. In : *OCF.P vol. XV*. Paris : PUF ; 1996.p.277-338.
- Green EC, Honwana A. Utilisation de thérapeutiques autochtones pour soigner les enfants victimes de la guerre en Afrique. *Notes CA (Banque Mondiale)* 1999 ; (10) : 1-4.
- Guarnaccia JP, Camino G, Rubo-Stipek M, Bravo M. The prevalence of ataques de

nervios in the puerto-rican disaster study: the role of culture in psychiatric epidemiology. *J Nerv Ment Dis* 1993 ; 181 : 157-165.

Hart DV. *Lanti*, illness by fright among bisayan filipinos. In : Simons RC, Hughes CC, editors. *The Culture-Bound Syndromes, Folk Illnesses of psychiatric and Anthropological Interest*. Dordrecht/Boston/Lancaster/Tokyo : Reidel Publishing Company ; 1985.p.371-397.

Hughes CC. Fright-illness taxon. In : Simons RC, Hughes CC, editors. *The Culture-Bound Syndromes, Folk Illnesses of psychiatric and Anthropological Interest*. Dordrecht/Boston/Lancaster/Tokyo : Reidel Publishing Company ; 1985.p.405-406.

Laplanche J, Pontalis JB. (1967) *Vocabulaire de la psychanalyse*. Paris : PUF ; 1992.

Lewis-Fernández R. Culture and dissociation : a comparison of ataque de nervios among puerto-ricans and possession syndrome in India. In : Spiegel D, editor. *Dissociation : culture, mind, and body*. Washington : American Psychiatric Press ; 1994.p.123-167.

Lhumeur M. D'un type de possession déclenché par la frayeur (Maroc). *Nouvelle Revue d'Ethnopsychiatrie* 1990 ; (15) : 151-161.

Martin D, Moro MR. Alfonso, le président des fous... Approche ethnopsychiatrique du « Bla kira » en Moskitia hondurienne. *Nouvelle Revue d'Ethnopsychiatrie* 1989 ; (13) : 89-130.

Moro MR. *Parents en exil. Psychopathologie et migration*. Paris : PUF ; 1994.

Nathan T. *L'influence qui guérit*. Paris : Odile Jacob ; 1994.

Nathan T, Grandsard G. (2006) PTSD and fright disorders: rethinking trauma from an ethnopsychiatric perspective. *Paper presented at the Third International Trauma Research Net Conference, Trauma-Stigma and Distinction: Social Ambivalences in the Face of Extreme Suffering*, St Moritz, 14-17 September 2006. [Accessed from: [http://www.ethnopsychiatrie.net/TN&CG\\_PTSD.htm](http://www.ethnopsychiatrie.net/TN&CG_PTSD.htm) ] (accès le 28/11/2007)

Nydegger WF, Nydegger C. *Tarong: an ilocos barrio in the Philippines*. New York : John Wiley and Sons ; 1966.

de Pury Toumi S. Une maladie nommée *susto*. *Nouvelle Revue d'Ethnopsychiatrie* 1990 (15) : 173-182.

Reynaud C, Baubet T. Une intervention au Kosovo en situation de post-conflit : une urgence qui dure. In : Baubet T, Le Roch K, Bitar D, Moro MR, editors. *Soigner malgré tout. Vol 1 : Trauma, cultures, et soins*. Grenoble : La Pensée sauvage ; 2003.p.165-179.

Rubel AJ, O'Neill CW, Collado R. *Susto, A folk Illness*. Berkeley and Los Angeles : University of California Press ; 1984 (réédition 1991).

Rubel AJ, O'Neill CW, Collado R. The folk illness called *susto*. In : Simons RC, Hughes CC, editors. *The Culture-Bound Syndromes, Folk Illnesses of psychiatric and Anthropological Interest*. Dordrecht/Boston/Lancaster/Tokyo : Reidel Publishing Company ; 1985.p.333-350.

Schechter DS, Marshall R, Salmàn E, Goetz D, Davies S, Liebowitz MR. Ataque de nervios and history of childhood trauma. *J Trauma Stress* 2000 ; 13(3) : 529-34.

Simons RC. Introduction to the fright illness taxon. In : Simons RC, Hughes CC, editors. *The Culture-Bound Syndromes, Folk Illnesses of psychiatric and Anthropological Interest*. Dordrecht/Boston/Lancaster/Tokyo : Reidel Publishing Company ; 1985.p.329-331.

Sindzingre N. La notion de transfert de représentations : l'exemple des aspects culturels de l'infortune. *Anthropologia Medica* 1989 ; (5-6).

Westermarck E. *Ritual and belief in Morocco* (2 vol). Londres : MacMillan ; 1926.