

PSIHOLOGIE - PSIHOTERAPIE

Colecție coordonată de
Simona Reghintovschi

Louis Crocq

16 conferințe despre traumă

Traducere din franceză de
Ana Mihăilescu



Editori:
SILVIU DRAGOMIR
VASILE DEM. ZAMFIRESCU
Director editorial:
MAGDALENA MĂRCULESCU
Coperta:
FABER STUDIO (Magda Radu)
Redactor:
RALUCA HURDUC
Director producție:
CRISTIAN CLAUDIU COBAN
Dtp:
RĂZVAN NASEA
Corectură:
RODICA PETCU
SÂNZIANA DOMAN

Descrierea CIP a Bibliotecii Naționale a României
CROCQ, LOUIS

16 conferințe despre traumă / Louis Crocq ; trad.: Ana Mihăilescu. -
București : Editura Trei, 2014
ISBN 978-606-719-016-8

I. Mihăilescu, Ana (trad.)

616

Titlul original: 16 leçons sur le trauma
Autor: Louis Crocq

Copyright © Odile Jacob, 2012

Copyright © Editura Trei, 2014
pentru prezenta ediție

O.P. 16, Ghișeul 1, C.P. 0490, București
Tel.: +4 021 300 60 90 ; Fax: +4 0372 25 20 20
e-mail: comenzi@edituratrei.ro
www.edituratrei.ro

ISBN: 978-606-719-016-8

Cuprins

9	<i>Introducere</i>	
17	<i>Prima conferință</i>	Ce este trauma?
17		Traumă, stres și stres traumatic
23		Teorii și modele explicative ale traumei
38	<i>Conferința a 2-a</i>	Reacția imediată
39		Reacția imediată adaptativă
42		Reacția imediată inadaptată (reacția de „stres depășit“)
48		Criteriile unei trăiri traumatice a reacției imEDIATE inadaptate (stres depășit și reacții pur patologice)
52		Concluzie
53	<i>Conferința a 3-a</i>	Perioada postimediată
53		Autonomia clinică și nosologică a perioadei postmediate
54		Descriere clinică
59		Durata fazei de latență și factorii care condiționează această durată
63		Statutul diagnosticului de <i>stres acut</i> în DSM-IV
65	Concluzie	
66	<i>Conferința a 4-a</i>	Nevroza traumatică
67		Două condiții prealabile: trăirea traumatică și perioada de latență
69		Tabloul clinic al nevrozei traumatice

6	83	Evoluție
	84	Variantele: panorama sindroamelor psihotraumatice amânate și cronice
	85	Concluzie
	87	<i>Conferința a 5-a</i> Trauma la copii
	89	Tablourile clinice ale copilului traumatizat
	95	Tablouri clinice în funcție de vârstă
	98	Variante în funcție de natura traumatismului
	102	Variante în funcție de frecvența expunerii la situația traumatizantă
	103	Evoluție: reziliență sau sechele, uitare sau trezire
	107	Concluzie: destine compromise
	108	<i>Conferința a 6-a</i> Viol și traumă
	108	Istoric, definiție, circumstanțe și cazuri
	111	Tablouri clinice
	120	Evoluție
	124	Concluzie: umilință, rușine, culpabilitate
	125	<i>Conferința a 7-a</i> Stresul și trauma salvatorului
	125	Cine sunt salvatorii și ceilalți participanți?
	127	Situații potențial traumatizante și factori de stres sau traumatici care îi pot afecta pe salvatori
	130	Factorii personali
	131	Psihologia salvatorului în timpul fazelor succesive ale misiunii
	136	Tablouri clinice
	143	Concluzie
	145	<i>Conferința a 8-a</i> Sindromul de repetiție
	145	Formele clinice ale sindromului de repetiție
	153	Natura sindromului de repetiție
	160	Concluzie

162	<i>Conferința a 9-a</i>	Traumă și memorie	7
162		Hipermnezie și amnezie: ambiguitatea tulburărilor de memorie	
165		Inconștientul traumatic și memoria în istoria traumei	
175		Traumă și memorie în sindroamele posttraumatice actuale	
176		Concluzie	
178	<i>Conferința a 10-a</i>	Traumă și somn	
179		Dificultățile de adormire	
182		Agitație nocturnă și somnambulism	
184		Somn superficial, cu treziri angoasate	
185		Coșmarul repetitiv	
193		Concluzie	
195	<i>Conferința a 11-a</i>	Traumă și reziliență	
196		Considerații preliminare	
198		Clinica și factorii rezilienței	
201		Reziliența secundară	
210		Concluzii	
211	<i>Conferința a 12-a</i>	Intervenția imediată și <i>defusing</i>	
212		Două operațiuni distincte: intervenția medico-psihologică și susținerea psihosocială	
212		Nevoile victimei și ale supraviețuitorului implicat	
215		Intervenția medico-psihologică imediată	
223		Susținerea psihosocială	
227		Concluzie	
228	<i>Conferința a 13-a</i>	Intervenția postimediată și <i>debriefing</i> -ul	
228		Utilitatea intervenției postmediate	
		Principii	
240		Experiența francofonă: mai degrabă verbalizarea emoțiilor decât povestirea factuală	

8	244	Departajarea controversei asupra eficacității <i>debriefing</i> -ului
	247	Concluzie
	248	<i>Conferința a 14-a</i> Abordarea cathartică
	249	Precursorii metodei cathartice
	255	Janet și Freud: dezinfectia morală și metoda cathartică
	259	Tehnicile cathartice: Freud și Janet
	265	Concluzii: demersul cathartic
	267	<i>Conferința a 15-a</i> Preistoria și istoria traumei
	268	Perioada precursorilor
	271	Fondatorii: descoperirea preconștientului traumatic (Oppenheim, Charcot, Janet, Freud și alții)
	274	Succesorii
	281	Novatorii
	285	Concluzie
	287	<i>Conferința a 16-a</i> Miturile traumei
	287	Ghilgameș și căutarea nemuririi
	288	Perseus, Medusa și spaima
	296	Sisif, condamnat la repetarea absurdului
	298	Orfeu în Infern
	299	Er, incursiune în Infern și asumarea traumei

Introducere

Violența din lumea modernă are ca urmări distrugeri, morți și răniți fizic, dar și „răniți psihic”, adică victime care nu au răni fizice, dar care sunt profund șocate, „traumatizate” psihic. De fapt, un rănit fizic poate fi și un rănit psihic, mai ales dacă nu și-a pierdut cunoștința în timpul accidentului, al agresiunii sau al oricărui alt eveniment violent, trăind cu surprindere, în acest scurt interval de timp, o experiență a iminenței morții, fără nicio putință de scăpare. Nu doar victimele pot fi afectate de acest fenomen de dezorganizare a psihismului, pe care îl numim „traumă”, ci și martorii și persoanele care au intervenit (polițiști, pompieri, cei care au acordat primul ajutor), deci toate persoanele care au fost expuse în mod direct la evenimentul terifiant.

Or, toate aceste persoane vor rămâne mult timp perturbate psihic, uneori chiar toată viața și vor fi marcate definitiv de pecetea traumei. Ele nu vor putea să se desprindă de amintirea brută, senzorială a experienței lor traumatice. Vor avea viziuni și coșmaruri care le vor face să retrăiască evenimentul; vor fi, din acel moment, temătoare, anxioase, mereu cu ochii în patru și în stare de alertă, apărându-se prin fobii de tot ce ar putea să le reamintească circumstanțele traumei. Vor avea impresia că nu sunt înțelese de cei din anturajul lor (familie, colegi, prieteni),

10 care „nu au cum să știe ce înseamnă asta“; ele însele își vor reproșa că nu pot exprima ceea ce li s-a întâmplat, ca și cum o „membrană invizibilă“ le-ar despărți pentru totdeauna de ceilalți. Le va fi greu să se integreze din nou în viața familială, profesională și socială și nu vor putea să-și dezvolte personalitatea, mai ales dacă este vorba despre copii sau adolescenți. Pe scurt, aceste persoane traumatizate nu vor fi decât niște vieți distruse și „destine compromise“.

Când vorbim despre situațiile traumatizante, mai corect ar fi să spunem „potențial traumatizant“, pentru că același eveniment poate fi o traumă pentru un individ, dar nu și pentru un altul, în funcție de diferențele de personalitate, de nivelul de pregătire, de energia de care dispune individul pentru a face față și de sprijinul acordat de anturaj în acel moment. Aceste situații sunt diverse: catastrofe naturale sau tehnologice, accidente, agresiuni fizice (printre care și violul) și evenimente de război. Dar toate au ceva în comun: intrarea lor prin efracție în mecanismele de apărare ale psihismului: 1) apărările garantate de anticipare; 2) apărările constând în respingerea excitărilor violente legate de eveniment; 3) apărările constând în înțelegerea a ceea ce se întâmplă și conferirea unui sens. Traumatismul fizic sau trauma se dovedește a fi, în ultimă analiză, un fenomen de confruntare inopinată cu realul morții sau al neantului, fără posibilitatea de a-i recunoaște sau de a-i atribui un sens, mai ales că această confruntare are loc pe fondul surprizei și al neînțelegerii. „Realul“ este ceea ce nu are semnificație atunci când este perceput. El este diferit de „realitate“, care ni se prezintă, încă de la perceperea ei, prin filtrul culturii, al vocabularului și al imaginarului: ea are sens. Lumea pe care o percepem este o realitate tradusă prin limbaj și răsfățată prin imaginar. Dar în

această lume există două excepții: moartea și neantul, care ne impun realul lor brut. Cum am putea să avem o „reprezentare” despre ele de vreme ce nu am beneficiat de o „prezentare prealabilă”? Căci nimeni nu s-a întors din morți ca să ne spună cum se petrec lucrurile și nimeni nu s-a întors nici din misteriosul neant al originilor noastre, acest neant fără vocabular, total lipsit de sens.

Descoperirile din domeniul biologiei și al neurologiei le-au permis cercetătorilor și clinicienilor să înceapă explorarea și aprofundarea acestei dimensiuni a fenomenului traumei. Se vorbește despre „stres traumatic” pentru a preciza că reacția bio-fizico-psihologică de stres, care este o alertă *a priori* defensivă și adaptativă, poate, în cazul în care este prea intensă, prelungită și repetată la intervale scurte de timp, să se transforme în stres prelungit, traumatic, în cele patru modalități ale sale: șoc nervos, agitație, fugă disociativă și acțiuni automate. Existența simptomelor biologice sau somatice (tahicardie, hipertensiune, spasme viscerale, paloare, transpirație, tremurături) în tablourile clinice ale acestor reacții de stres prelungit și, uneori, în tablourile sechelelor posttraumatice tinde să acrediteze natura biologică și psihologică a traumei. Luarea în considerare a acestei dimensiuni biologice justifică terapiile medicamentoase, măcar ca sprijin pentru înlăturarea simptomelor neplăcute simțite de persoana traumatizată.

Dar adevărata miză este cea psihologică, iar investigația clinică evidențiază fenomenul de „disociere peritraumatică”: pe fondul derealizării, al dezorientării spațio-temporale și al depersonalizării (cu impresia de a fi în afara sa), aceasta separă conștiința în două părți: o parte care este legată de reminiscența brută a traumei, ducând la reacții elementare automate și inadaptate,

12 precum tresăriri, reviviscențe și coșmaruri, și o parte rămasă intactă, care continuă să funcționeze în mod circumstanțial, deliberat și adaptat.

Este dificil de făcut o distincție între aceste mize și o sinteză a lor: sunt mize apropiate de domeniul biologiei și al psihologiei (psihologia conștientului și a inconștientului și psihologia cognitiv comportamentală, care se referă la condiționări), iar aceste direcții se regăsesc în multe proiecte de cercetare. Creat cu mai mult de un secol în urmă, referindu-se la tulburările psihice cauzate de accidente de tren, conceptul de „nevroză traumatică” a fost extins apoi la toate sechelele agresiunilor. Psihiatrii europeni, dar și cei de pe alte continente au ajuns la un consens în ceea ce privește acceptarea acestui concept. Din anii '80, mulți clinicieni din lumea întreagă au preferat, dată fiind și hegemonia limbii engleze, conceptul de „tulburare de stres posttraumatic”, propus de psihiatrui americani care au studiat numeroasele sechele psihice distrugătoare ale războiului din Vietnam. În ceea ce privește ipoteza teoretică, acest concept se pretinde a fi neutru, promotorii săi respingând cuvântul „nevroză” tocmai pentru că amintește prea mult de psihanaliză. Și invers, cuvântul stres ținând de bio-neurologie, ce câștig am avea să renunțăm la o presupuziție teoretică dacă ne subordonăm alteia? Disputa mizelor teoretice este deci departe de a se fi încheiat.

Iată de ce vă propun să trecem în revistă toate cunoștințele dobândite până acum și toate întrebările referitoare la traumă, prin prezentarea studiilor universitare referitoare la acest subiect, activitate pe care o coordonez de mai bine de 20 de ani, pe parcursul a 16 conferințe. Mai întâi, trebuie să ne punem următoarea întrebare: „Ce este trauma?” (prima conferință). Apoi trebuie să urmărim tabloul clinic al traumei cu cele trei

faze ale sale: imediată, postimediată și amânată-cronică (conferința a 2-a, a 3-a și a 4-a). Faza imediată este marcată de disocierea peritraumatică; faza postimediată (din prima lună) este esențială, ea ducând fie la dispariția gradată a simptomelor, fie la persistența lor anormală și evoluția spre o nevroză traumatică; faza amânată-cronică este marcată de sindromul de repetiție (sau reviviscente involuntare și iterative ale trăirii senzoriale inițiale) și de „schimbarea sufletului” sau alterarea profundă a personalității după impactul cu trauma. Apoi ne vom ocupa de eventualele specificități ale tabloului clinic în cazul copilului, al femeii care a fost victima unui viol și al salvatorului expus unui eveniment potențial traumatizant (conferințele a 5-a, a 6-a și a 7-a). În conferințele a 11-a, a 12-a, a 13-a și a 14-a vom explora câmpul terapeutic: reziliență (sau capacitatea spontană de debarasare de efectele traumei), intervenția psihologică imediată (*defusing* sau deșocare), postimediată (*debriefing* sau bilanț psihologic al evenimentului) și tratament în faza cronică, vizând *catharsis*-ul sau ușurarea prin înțelegere. În ultimele două conferințe vom vorbi despre istoria traumei în societățile umane (conferința a 15-a) și despre miturile legate de ea din timpuri imemorabile (conferința a 16-a).

De ce am scris această carte? Pentru că, în calitate de psihiatru militar, am avut în îngrijire, din 1953 până acum, militari și civili suferind de nevroză traumatică de război, precum și victime ale atentatelor și catastrofelor, în cadrul „celulelor de urgență medico-psihologice”, rețea pe care am creat-o la ordinul președintelui Jacques Chirac și sub îndrumarea ministrului pentru acțiune umanitară de urgență Xavier Emmanuelli imediat după atentatul de la stația RER Saint-Michel din 25 iulie 1995. Pe parcursul acestor ani de muncă perseverentă, dincolo de vocația mea de a

14 ușura suferința psihică și cea fizică, am ascultat cu atenție relațiile victimelor și am fost mânat de dorința de a înțelege ce este traumatismul psihic și de a le transmite și altora toată pricepera și tehnica mea. Concomitent cu această muncă personală și cu aplicarea metodelor și tehnicilor pe care le-am învățat de la dascălii mei — medici, psihologi, filosofi și sociologi — din universități și spitale, mi-am îmbogățit cunoștințele citind lucrările și publicațiile științifice din acest domeniu și discutând cu colegii francezi și străini pe care i-am întâlnit în cadrul congreselor naționale și internaționale. Menționez în mod deosebit Asociația de Psihiatrie și Neurologie de Limbă Franceză (cu ocazia centenarului acestei asociații am condus ședința din 1990 în calitate de președinte), secția de psihiatrie militară și de catastrofă a Asociației Mondiale de Psihiatrie, al cărei președinte am fost în 1995, International Society for Traumatic Stress Studies (ISTSS), înființată în 1985, și Asociația de Limbă Franceză pentru Studiul Stresului și al Traumei (ALFEST), pe care am fondat-o împreună cu câțiva colegi în 1990. Astfel, programa de învățământ a fost îmbogățită de-a lungul timpului cu descoperirile și inovațiile tuturor personalităților eminente care au depus eforturi pentru a înțelege victimele traumatizate și pentru a explicita fenomenul traumei, contribuind în acest fel la elaborarea unui sistem de concepte care să permită descifrarea misterului traumei. Confruntarea și sedimentarea acestei diversități de puncte de vedere și varietatea de teorii și examinarea lor critică au stat la baza elaborării și actualizării acestei programe de învățământ. Am explicat între paranteze sensul cuvintelor tehnice sau care fac parte din jargonul profesioniștilor în domeniul traumei. Am gândit această carte în așa fel încât ea să fie accesibilă colegilor mai tineri care nu sunt încă familiarizați cu acest

vocabular și — de ce nu? — marelui public dornic de a afla mai multe despre traumă și de a înțelege cum îi afectează pe cei care îi cad victime.

Până la urmă, ce reprezintă aceste 16 conferințe, rod al unei jumătăți de secol de experiență, de confruntări și reflecții? Nu este vorba doar despre transmiterea cunoștințelor dobândite, ci, mai degrabă, despre o invitație adresată cititorului la o perpetuă căutare, la o autointerogare luată mereu de la capăt pentru a răspunde la această enigmă cu care omul s-a confruntat din cele mai vechi timpuri: „problema traumei“.

Ce este trauma?

Violența din lumea contemporană, cu consecințe psihologice dureroase și de durată, preocupă atât de mult opinia publică, încât termenul „traumatism psihic” și abrevierea sa, „traumă”, nu mai sunt acum apanajul psihiatrilor și al psihologilor, intrând în limbajul curent. De aceea, trebuie să clarificăm acești doi termeni încă din prima conferință, atât în folosul profesioniștilor din sănătate, cât și al oricărui cetățean care poate fi victima unei catastrofe sau a unei agresiuni sau care cunoaște, în anturajul său, persoane care sunt victime ale traumei.

Traumă, stres și stres traumatic

Trauma: etimologie, câmp semantic și definiție

Cuvântul „traumă”, contragere a cuvântului „traumatism”, își are originea în limba greacă veche: *traumatismos*, care poate fi tradus prin „rană”. Transpus în patologia chirurgicală, înseamnă „transmiterea unui șoc mecanic violent exercitat de un agent fizic exterior asupra unei părți a corpului, ceea ce provoacă o rană sau contuzie”. Transpus în psihopatologie, cuvântul, însoțit de precizarea „psihică”, înseamnă „transmiterea unui șoc psihic

18 (nu mecanic), exercitat de *agenți exteriori psihici* (nu fizici) asupra *psihismului* (deci nu asupra corpului), provocând *tulburări psihice* (nu somatice)“.

Caracterul traumatic al șocului depinde de violența agresiunii, dar și de starea psihismului celui care este supus acestui șoc. Un eveniment nu este niciodată inevitabil traumatic, ci prin raportare la personalitatea care trebuie să îi facă față, cu forțele sale constitutive și energia de care dispune; de aceea, este preferabil să vorbim mai degrabă de un eveniment „potențial traumatogen“.

Trauma este fenomenul care tulbură psihismul, ca reacție la un eveniment care implică amenințarea cu moartea sau alterarea integrității fizice sau psihice, ca de exemplu: o agresiune individuală, un viol, un accident grav, o ambuscadă, un atentat sau o catastrofă. Unii autori, îndeosebi psihanalisti, au extins însă conceptul de traumă la situații frustrante din viața cotidiană, care au ca urmare reacții psihologice moderate. Astfel, unii au vorbit despre traume neaparente sau „silențioase“ și de „traume cumulative“ (care ar deveni traumatizante prin acumularea unor microagresiuni). După părerea mea, este vorba despre accepții abuzive ale conceptului și consider că trebuie să-i rezervăm traumei caracterelor sale de violență și excepție (Crocq, 1974).

Ținând cont de aceste considerații, putem defini traumatismul psihic sau trauma astfel: „Fenomenul de perturbare care se petrece în interiorul psihismului în urma excesului de excitații exterioare în cazul unui eveniment subit, violent și agresor trece prin efracție dincolo de mecanismele de apărare ale acestui psihism“.

Acestea fiind spuse, termenul folosit de clinicienii americani fiind „stres traumatic”, se cuvine să examinăm ce este stresul și cum se articulează la fenomenul traumei.

Stresul: origine, natură și avataruri

În 1980, a treia ediție a sistemului nosologic american DSM (*Diagnosics and Statistical Manual of Mental Disorders*) a promovat termenul *post-traumatic stress disorder* (PTSD), tradus ca „tulburare de stres posttraumatic” (TSPT), pentru a desemna ceea ce nosografiile europene denumesc prin conceptul de nevroză traumatică. Introducerea cuvântului englez *stress* în patologia psihică nu este lipsită de însemnătate și reflectă o luare de poziție în mod clar biologică, în detrimentul cuvântului „nevroză”, respins de autorii DSM din cauza conotației psihanalitice.

Cuvântul „stres” este împrumutat din vocabularul metalurgiștilor, desemnând modificările metalului supus unor forțe de presiune, etirare sau torsiune. În 1914, fiziologul american Cannon îl transpune în reglarea hormonală a emoțiilor la animale (citat de Selye, 1950). În 1945, cei doi psihiatri militari americani Roy Grinker și John Spiegel îl aplică în patologia psihiatrică de război, în lucrarea intitulată *Men Under Stress*, pentru a desemna starea psihică a soldaților supuși emoțiilor din timpul războiului, care dezvoltă, în consecință, tulburări psihice acute sau cronice. În 1950, fiziologul canadian Hans Selye adoptă termenul *stress* pentru a desemna ceea ce el numea, încă din 1936, „sindromul general de adaptare” sau reacție fiziologică standard a organismului supus unei agresiuni, oricare ar fi natura acesteia.

În concepția lui Selye, stresul era un fenomen neurofiziologic reflex, care făcea ca organismul agresat să intre imediat în stare de alertă și apărare (vezi caseta următoare).

Circuitul stresului

Pentru Selye, reacția de stres se desfășoară conform următorului circuit: transmiterea informațiilor nociceptive (agresoare) de la organele de simț la nivel cortical, pe căile nervoase aferente; transmiterea acestor informații de la cortex spre mezencefal prin conexiunile intracerebrale; emiteră de către mezencefal a două tipuri de mesaje spre organele efectoare: primo — mesaje neurovegetative (inervare simpatică și parasimpatică a organelor interne) folosind căile nervoase; secundo — mesaje hormonale (eliberate de posthipofiză) folosind calea sangvină. Aceste mesaje aveau ca efect mobilizarea anumitor efectori în viața neurovegetativă și în relaționare, astfel încât organismul să poată să răspundă de urgență: atitudine de alertă, mobilizare a energiei, gesturi de apărare sau comportamente de retragere și fugă. Cercetări neurobiologice posterioare lucrărilor lui Selye (decedat în 1982) au permis aprofundarea mecanismelor stresului, care se desfășoară pe patru axe. Axa catecolaminergică (axa adrenalinei), care leagă hipocampusul (creierul central), sistemul simpatic și suprarenala, eliberează adrenalina în sânge imediat ce este activată, având ca efect creșterea procentului de zahăr sangvin, a ritmului cardiac, a presiunii arteriale, a vasoconstricției periferice, dar și a vigilenței. Efectele durează aproximativ 15 minute. Axa corticotropă (axa cortizolului), care leagă hipotalamusul (creierul central), hipofiza și suprarenala, se pune în mișcare după mai mult de 15 minute și antrenează o eliberare sangvină masivă de cortizol, care favorizează glicogeneza (producerea zahărului) plecând de la protide și lipide, înlocuind astfel adrenalina, care și-a epuizat rapid rezervele de glicogen. Acțiunea sa durează mai multe ore.

Axa peptidelor opiacee utilizează eliberarea unor peptide rezultate din degradarea unui precursor hormonal al cortizolului, efectul fiind acela de atenuare a intensității reacției emoționale, îndeosebi a reacției de frică. În sfârșit, axa imunitară ar putea să reprezinte nivelul cel mai profund al activității defensive la stres. Unele cercetări, printre care cele ale lui Glaser, în Statele Unite (1990), au demonstrat că gestionarea cognitivă a stresului ar exercita un efect stimulator asupra apărărilor imunitare.

Reacția de stres ca răspuns la o agresiune punctuală nu depășește o jumătate de zi sau cel mult 24 de ore. Totuși, dacă stresorii (factorii de stres) își mențin acțiunea, este de la sine înțeles că, dacă această acțiune se va prelungi, reacția de stres va dura și ea mai mult. Există și un inconvenient important: reacția de stres e însoțită de simptome neplăcute (paloare, transpirație, tahicardie, spasme viscerale) și e mare consumatoare de energie. Se cheltuiește atât de multă energie, încât rezervele hormonale și glucidice se epuizează, iar dacă situația de agresiune se perpetuează sau se reînnoiește la intervale de timp prea scurte, organismul se prăbușește și chiar poate să moară. În experiențele lui Selye, stresurile violente și prelungite puteau să ducă la moartea prin epuizare a animalului.

Selye preconiza o distincție făcută între *stress*, reacție internă a organismului, și *stressors* (stresori) sau agenți exteriori care provoacă această reacție. Această distincție este importantă și judicioasă: chiar și acum, pentru a desemna agentul cauzal, se folosește în mod greșit cuvântul „stres” în loc de „stresor”. Spre sfârșitul vieții, Selye a extins noțiunea de stres la reacții de bucurie subită apărute cu ocazia anunțării unui eveniment fericit