

# Clinique et prise en charge des adultes victimes d'agressions sexuelles

G. Lopez

*Une agression sexuelle unique entraîne généralement un état de stress post-traumatique et différents troubles comorbides ; les révélations tardives d'agressions sexuelles répétées, des troubles graves de la personnalité et des troubles dissociatifs au sens de Janet. La prise en charge et le traitement des agressions sexuelles nécessitent une évaluation de leurs conséquences personnelles, familiales, sociales et judiciaires pour mettre en place un réseau d'accompagnement qui protège le cadre thérapeutique des intrusions « survictimisantes » de la réalité. Quelle que soit la nature des événements traumatiques subis, le traitement nécessite un aménagement du cadre thérapeutique. Les thérapies corporelles sont souvent initialement nécessaires pour apprendre à mieux gérer ses émotions. Les thérapies spécifiques sont utiles, mais c'est une thérapie relationnelle qui permet de réécrire le scénario traumatique dans la maîtrise contre-transférentielle d'un transfert littéral et ce, d'autant mieux si le sujet aura pu bénéficier d'une reconnaissance judiciaire.*

© 2012 Elsevier Masson SAS. Tous droits réservés.

**Mots clés :** Borderline ; État de stress post-traumatique ; Justice ; Personnalités traumatiques complexes ; Répétition littérale ; Réseau ; Scénario traumatique ; Troubles dissociatifs

## Plan

■ Introduction	1
■ Clinique des agressions sexuelles uniques	1
Troubles péritraumatiques	1
Troubles post-traumatiques	2
■ Clinique des agressions sexuelles répétées	2
■ Prise en charge et traitement des agressions sexuelles	3
Évaluation et protection du cadre thérapeutique	3
Exemple clinique	3
Aménagement du cadre thérapeutique	4
Techniques thérapeutiques	4
■ Conclusion	5

## ■ Introduction

La façon d'aborder et de traiter une victime d'agression sexuelle unique et celle d'agressions sexuelles anciennes et répétées est très différente. Une agression sexuelle unique entraîne généralement un état de stress post-traumatique (ESPT) avec des particularités dues à la nature de l'événement traumatique causal. Les agressions sexuelles répétées, très fréquentes, entraînent des troubles de la régulation des affects, mais aussi des effractions narcissiques et des troubles identitaires qui affectent profondément la personnalité des sujets victimes.

La recherche est essentiellement consacrée à la prise en charge de l'ESPT, beaucoup moins aux victimes d'agressions sexuelles vécues dans l'enfance qui posent des problèmes de prise en charge complexes.

La fréquence des agressions sexuelles est largement sous-estimée. Selon l'Observatoire national de la délinquance, en 2007, on dénombrait environ 130 000 viols, 100 000 tentatives

de viol et 200 000 agressions sexuelles en France par an, contre moins de 20 000 plaintes ou procédures judiciaires.

Les violences sexuelles, comme les autres formes de maltraitances, récentes et/ou anciennes, devraient être systématiquement recherchées dans tout bilan clinique initial au même titre que les antécédents médicaux, chirurgicaux, psychiatriques, allergiques, addictifs, judiciaires, etc. Poser systématiquement la question permettrait d'obtenir des réponses, ce qui constituerait une nouvelle chance de reconnaissance, car, bien souvent, les révélations antérieures, explicites ou implicites, ont été négligées, voire purement et simplement niées. Cette réticence à poser cette question nous paraît être une défense de la part de ceux qui la formulent. Rappelons tout simplement que les limites de l'intimité et/ou de la vie privée sont définies par le Code pénal qui criminalise les agressions sexuelles et les viols. D'une façon générale, les violences sexuelles font l'objet d'un déni généralisé, les statistiques en témoignent.

Cet article distingue :

- la clinique des agressions sexuelles uniques ;
- la clinique des agressions sexuelles répétées ;
- la prise en charge et le traitement des agressions sexuelles.

## ■ Clinique des agressions sexuelles uniques

On distingue les troubles péritraumatiques et les troubles post-traumatiques.

### Troubles péritraumatiques

Sur le plan clinique, dans 70 % environ des cas, l'impact traumatique déclenche une réaction de détresse et/ou un état de dissociation péritraumatique qui est un état de conscience modifiée probablement destiné à soustraire la victime à l'horreur de la situation vécue. Ces réactions de défense péritraumatique permettent de prévoir la survenue d'un ESPT <sup>[1]</sup> selon la

fréquence cardiaque par exemple. La prescription précoce de bêtabloqueurs permettrait de prévenir l'apparition d'un ESPT. Il existe des échelles spécifiques de détresse péritraumatique et de dissociation péritraumatique.

## Troubles post-traumatiques

Les victimes de viols, agressions sexuelles, mises en péril d'un mineur, harcèlement sexuel, selon les définitions du Code pénal, présentent dans un peu moins de 40 % des cas environ un ESPT (F 43.1) [2] dont les manifestations cliniques sont bien connues [3]. Soulignons que les événements traumatiques sexuels ont des conséquences plus fréquentes et plus graves que les autres types d'événements traumatiques. Ils atteignent profondément les croyances fondamentales antérieures de ces sujets : les concernant (contrôle, confiance, estime de soi, intimité), concernant les autres et le monde devenus dangereux. Les conduites d'évitement caractéristiques de l'ESPT affectent fréquemment leur sexualité de façon plus ou moins durable.

Les états dépressifs, plus fréquents que les ESPT, affectent la moitié des victimes.

Les troubles comorbides sont fréquents. Selon Kessler [4], l'anxiété généralisée touche environ 15 % des hommes et des femmes ; le trouble panique : 12,6 % des femmes contre 7 % des hommes ; la phobie simple près de 30 % des hommes et des femmes ; la phobie sociale près de 30 % des hommes et des femmes ; l'agoraphobie 22 % des femmes et 16 % des hommes. La toxicomanie et/ou l'alcoolisme constituent une complication fréquente ; ils peuvent s'interpréter comme une tentative d'automédication contre les symptômes d'intrusion ou d'hyperactivation neurovégétative de l'ESPT. Les troubles somatoformes ne figurent pas parmi les critères de l'ESPT dans le Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (DSM IV) [5], mais ils sont une complication cliniquement fréquente.

Les troubles dissociatifs durables, intermittents sont une complication qu'il faut rechercher attentivement, nous les aborderons dans le chapitre suivant.

**Tableau 1.**  
Developmental Trauma Disorder (DTD).

A. Exposition	A. Exposure
1. Maltraitements divers : abandon, trahison, agressions physiques, agressions sexuelles, menaces à l'intégrité corporelle, pratiques coercitives, violence psychologique, être témoin de violence ou de mort 2. Expériences subjectives négatives : rage, trahison, peur, démission, défaite, honte	1. Multiple or chronic exposure to one or more forms of developmentally adverse interpersonal trauma (abandonment, betrayal, physical assaults, sexual assaults, threats to bodily integrity, coercive practices, emotional abuse, witnessing violence and death) 2. Subjective experience (rage, betrayal, fear, resignation, defeat, shame)
<b>B. Dysrégulation des réponses aux signaux traumatiques (durables, répétées, non modifiées par la conscience)</b> Troubles émotionnels Troubles somatiques Troubles du comportement (par exemple : répétition, automutilation) Troubles cognitifs (attente d'une répétition des événements traumatiques, confusion, dissociation) Troubles relationnels (violence, opposition, méfiance, hyperconformisme) Honte, culpabilité	<b>B. Triggered pattern of repeated dysregulation in response to trauma cues</b> <b>Dysregulation (high or low) in presence of cues. Changes persist and do not return to baseline; not reduced in intensity by conscious awareness</b> Affective Somatic (physiological, motor, medical) Behavioral (e.g. re-enactment, cutting) Cognitive (thinking that it is happening again, confusion, dissociation, depersonalization) Relational (clinging, oppositional, distrustful, compliant) Self-attribution (self-hate and blame)
<b>C. Attentes et croyances erronées</b> Manque de confiance en soi Méfiance envers les éducateurs Méfiance envers les autres Manque de confiance envers les organismes sociaux Manque de confiance dans la justice Attente d'autres événements traumatiques	<b>C. Persistently altered attributions and expectancies</b> Negative self-attribution Distrust protective caretaker Loss of expectancy of protection by others Loss of trust in social agencies to protect Lack of recourse to social justice/retribution Inevitability of future victimization
<b>D. Perturbations</b> Scolaires Familiales Relationnelles Judiciaires Professionnelles	<b>D. Functional Impairment</b> Educational Familial Peer Legal Vocational

## ■ Clinique des agressions sexuelles répétées

De plus en plus d'adultes révèlent spontanément ou à la demande de leur thérapeute avoir subi des agressions sexuelles répétées dans l'enfance. Parfois, ils ne font pas le lien entre leurs troubles actuels et les événements traumatiques subis qui ont affecté plus ou moins gravement leur capacité de régulation de affects et la structuration narcissique et identitaire de leur personnalité. Il faut, par conséquent, ne pas se laisser aveugler par l'évidence des troubles psychotraumatiques spécifiques qu'ils présentent (intrusions, évitement, hyperactivation neurovégétative), mais rechercher des troubles de la personnalité. Forts de cette évidence, des auteurs anglo-saxons décrivent un état de stress post-traumatique complexe [6-8], un Disorder of Extrem Stress Not Otherwise Specified (DESNOS) ou un Developmental Trauma Disorder (DTD) [9] dont les symptômes sont très proches de ceux décrits dans la catégorie diagnostique borderline des nomenclatures internationales, mais ils font, quant à eux, clairement un lien avec des psychotraumatismes répétés. Ces « personnalités traumatiques complexes » présentent des troubles dissociatifs, une incapacité à faire confiance aux autres, une agressivité, la répétition des éléments traumatiques dans des relations actuelles, des passages à l'acte hétéroagressif et sexuel, des comportements automutilatoires, des idéations suicidaires, des prises de risque excessives, une absence d'estime de soi, une forte culpabilité, de la honte, une tendance à idéaliser l'agresseur, des conduites de revictimation, des troubles somatoformes, des troubles des conduites alimentaires comme le montre de façon exhaustive le tableau suivant qui décrit le Developmental Trauma Disorder [9] (Tableau 1).

Ces sujets hyperémotifs, prétendument alexithymiques, se dissocient lorsqu'ils sont confrontés à des situations rappelant ou symbolisant le ou les événements traumatiques. L'hyperactivation

cataclysmique des amygdales cérébrales par un événement traumatique entraînerait la sécrétion d'endorphines et de kétamine-like, antagonistes des récepteurs au N-méthyl-D-aspartate qui, par hyperstimulation, déconnecteraient le système limbique du cortex cingulaire, empêchant de contextualiser l'événement. Cela renforcerait l'inscription des mémoires traumatiques et pourraient produire des lésions neurotoxiques cérébrales [10, 11].

L'imagerie médicale permet d'objectiver clairement la déconnexion entre le système limbique et le cortex.

Certaines conduites paradoxales socialement ou judiciairement stigmatisantes (automutilations, conduites à risque, conduites hétéroagressives, consommation de produits psychotoxiques, conduites sexuelles déviantes, etc.) leur permettent de se mettre dans un état dissociatif d'anesthésie émotionnelle qui les soulage, comme ces adolescents qui s'automutilent par exemple ou cette femme qui ne pouvait avoir un rapport sexuel avec son mari sans regarder au préalable un film X, ce qui aggravait sa faible estime de soi et validait les propos de son agresseur qui la traitait de « salope » quand, enfant, il la violait. Ces troubles de dysrégulation de la gestion des émotions sont également probablement responsables du phénomène de répétition littérale que de nombreux praticiens ont repéré dans leur mode de fonctionnement [9, 12], lequel se déploie dans de nombreux domaines qui permettent de remettre en scène les scénarios traumatiques :

- le terrain prostitutionnel permet de rejouer, littéralement, l'emprise familiale et l'inceste et de répondre ainsi à la malédiction perverse : la femme prostituée devient la chose des clients qui l'achètent comme le faisait le père, tandis que le proxénétisme est un rapport de domination rappelant la dynamique familiale d'emprise totalitaire ;
- les sujets éternellement agressés dans leurs relations de couple et dans leurs contacts avec les professionnels et les institutions rejouent souvent littéralement leur enfance maltraitante ;
- les femmes violées dans leur enfance ont fréquemment des relations sexuelles avec leurs thérapeutes, etc.

Cette répétition littérale peut également s'exprimer dans le domaine de l'agression directe. On parle alors d'identification à l'agresseur, mécanisme psychologique initialement décrit par Ferenczi [13] et qui explique la perpétuation des lignées d'agresseurs. C'est ainsi que l'on peut expliquer le parcours de certains sujets borderline avec aménagement « psychopathique » qui règlent constamment leurs comptes avec leurs parents maltraitants par l'intermédiaire des autorités répressives, représentations symboliques, qui les « maltraitent » de plus en plus en prononçant des peines de prison de plus en plus prolongées, équivalents symboliques de situations « abandonniques ».

## ■ Prise en charge et traitement des agressions sexuelles

### Évaluation et protection du cadre thérapeutique

La reconstruction d'un sujet victime d'une ou d'agressions sexuelles récentes ou anciennes passe par la reconnaissance personnelle et sociale du statut de victime que lui confère la loi.

Le rôle du professionnel de santé est capital [14]. Quand il n'est pas en position d'expert, le thérapeute doit clairement signifier qu'il croit son patient, l'encourager, faire référence au Code pénal pour qualifier les faits en évitant un euphémisme (abus, passage à l'acte, fait, tournante), aborder la question de la culpabilité, l'aider à faire le lien entre ses souffrances actuelles et les agressions sexuelles subies. Il faut encourager un dépôt de plainte, indiquer les délais de prescription des faits, analyser les résistances, mais surtout ne jamais faire pression et ne pas en faire une condition nécessaire à la prise en charge. Quand il est en position d'expert judiciaire, le thérapeute doit accorder au sujet un crédit temporaire de bonne foi surtout dans des

situations de répétition littérale qui pourraient compromettre sa crédibilité aux yeux des tiers [15].

Sur le plan pratique, avant de commencer les soins, il faut évaluer les conséquences psychologiques, mais aussi les conséquences sociales et judiciaires. Il est habituel de commencer l'entretien par le motif de la consultation en précisant la nature et la durée des actes de violences sexuelles subis, s'accompagnant ou non de maltraitements physiques, psychologiques ou de graves négligences. Il est souvent possible de pointer le début des actes de maltraitance ou des agressions sexuelles en repérant une rupture biographique significative (voir exemple clinique).

Rechercher un ESPT ainsi que les symptômes qui caractérisent une personnalité traumatique complexe ou borderline avec d'éventuelles conduites de revictimation qui constitueraient des manifestations de répétition littérale de situations traumatiques antérieures. Rechercher des troubles comorbides : dépressifs, anxieux, somatoformes (et psychosomatiques), addictifs, et surtout dissociatifs. Évaluer le fonctionnement familial, les difficultés professionnelles, d'éventuels antécédents judiciaires (infraction à la législation des stupéfiants, violences diverses, etc.) comme auteur ou victime pour mettre en place un accompagnement adéquat. Cette évaluation peut être confiée à :

- une association avec laquelle le professionnel travaille en réseau : association d'entraide aux femmes, relais efficace vers des centres d'hébergement et de réinsertion sociale, indispensables lorsqu'il convient de protéger une femme ou une famille en danger ;
- une association d'aide aux victimes adhérent à l'Institut national d'aide aux victimes et de médiation.

### “ Point important

- Association européenne contre les violences faites aux femmes au travail (AVFT) Libres et Égales. Tél. : 01 45 84 24 24. Mail : [contact@avft.org](mailto:contact@avft.org). [www.avft.org](http://www.avft.org)
- Centre national de documentation et d'information de la femme et de la famille (CNIDFF). Tél. : 01 42 17 12 34. [www.infofemmes.com](http://www.infofemmes.com)
- Institut national d'aide aux victimes et de médiation (INAVEM). Mail : [08VICTIMES.contact@inavem.org](mailto:08VICTIMES.contact@inavem.org)
- Viol Femmes Informations (collectif féministe contre le viol). Tél. : 0800 05 95 95. [www.cfcv.asso.fr](http://www.cfcv.asso.fr)

### Exemple clinique

Bonnie, 24 ans, est mise en examen pour tentative d'assassinat, vol avec violence, séquestration avec libération avant le septième jour, infraction à la législation des stupéfiants. Cinq ans auparavant, elle était en complète dérive sociale : usage de cannabis et de cocaïne, arrêt des études, partenaires multiples, maladie sexuellement transmissible. Jeune fille de milieu très favorisée, elle a repris ses études et termine brillamment HEC. Elle s'estime guérie grâce à une psychanalyse entamée depuis 3 ans, mais elle présente un état de stress post-traumatique subsyndromique, porte les vêtements classiques d'une femme de 50 ans, n'a plus d'amis et ne sort que rarement, toujours accompagnée de ses parents. L'expert judiciaire repère une évidente rupture biographique que la jeune femme refuse dans un premier temps d'aborder. Il s'agit d'un viol en réunion subi en terminale, lequel aurait été classé sans suite. Elle refuse, en vain, que cela figure dans le rapport d'expertise et n'en a jamais parlé à sa thérapeute.

La procédure judiciaire reste le meilleur moyen de réinscription symbolique des victimes comme sujet dans le groupe social, en particulier pour celles qui n'ont jamais pu conquérir une place dans la famille, l'école, la société, etc. Mais une procédure judiciaire est toujours une rude épreuve où rien n'est gagné d'avance. Si le patient est désireux de se lancer dans cette

périlleuse aventure, il faut lui offrir un accompagnement judiciaire performant, en règle assuré par un avocat et une association spécialisée.

Ce travail en réseau permet de protéger le cadre thérapeutique des multiples intrusions et maltraitances que peuvent leur infliger les proches, les autorités répressives, les professionnels de la santé, véritables événements traumatiques secondaires survictimisants.

## Aménagement du cadre thérapeutique <sup>[12]</sup>

Les victimes se plaignent fréquemment de thérapeutes qui veulent les entraîner dans des thérapies où l'événement subi est occulté en ne s'intéressant qu'à leur enfance, leurs parents, etc.

Cela tient à une grande difficulté héritée de certains courants analytiques qui postulent que les troubles psychotraumatiques actuels sont liés dans l'après-coup aux avatars de la structuration œdipienne. Mais depuis une quinzaine d'années, des techniques psychothérapeutiques ont été adaptées au psychotraumatisme. Cependant, la recherche concerne essentiellement l'ESPT, assez peu la prise en charge des conséquences des événements traumatiques répétés à laquelle se consacrent les chercheurs de la *task force* <sup>[16-18]</sup> chargés de la révision du *Manuel diagnostique et statistique des troubles mentaux* qui ont le plus grand mal à convaincre leurs confrères malgré la multitude d'études qu'ils fournissent à chaque incessante demande de précisions.

Selon les travaux de Van der Kolk <sup>[9]</sup> et son équipe, il conviendrait tout d'abord d'utiliser des techniques corporelles (respiratoires, relaxation, tai chi chuan, yoga, etc.) pour désamorcer les effets dissociatifs de la mémoire traumatique piégée dans le système limbique déconnecté de ses rétrocontrôles corticaux, ce que ne peut faire dans un premier temps une thérapie fondée sur la parole. Lorsque le patient parvient à mieux gérer ses émotions, une thérapie relationnelle tente de briser la répétition littérale et de réécrire le scénario traumatique que le sujet va constamment s'ingénier à remettre en scène dans le transfert traumatique.

Les grands principes d'aménagement du cadre sont les suivants <sup>[12, 14]</sup> :

- prendre parti pour la victime pour ne pas se faire le complice (involontaire) du déni caractéristique du système de domination ;
- gagner sa confiance, ce qui va être une rude épreuve pour la victime et le thérapeute, les sujets victimes d'agressions sexuelles, surtout si ces dernières sont anciennes et répétées, ayant été trahis par ceux en qui ils avaient confiance ;
- être empathique, mais en gardant une distance thérapeutique : la neutralité bienveillante, nécessaire pour prendre en charge un sujet névrosé, est particulièrement malveillante pour ces sujets (on peut évoquer ici, le rôle régulateur de la bienveillance sur la régulation des affects) ;
- négocier démocratiquement le cadre afin de réorienter le sujet à chacune de ses nombreuses tentatives de transgression sans que cela puisse être vécu comme une maltraitance ou une relation d'emprise qui rappellerait littéralement ses vécus antérieurs ;
- éviter le silence qui rappellerait la « loi du silence » caractéristique du viol ou de l'emprise perverse ;
- ne pas occulter le ou les événements traumatiques ;
- ne pas tenter d'intégrer l'inintégré dans l'histoire de la victime, comme cela nous est enseigné, parce qu'un viol ne peut être intégré.

La recherche de sens – « Pourquoi moi ? » – passe par la critique du système de domination (le sexisme dans ce cas) qui a protégé l'agresseur, aveuglé les proches, les institutions et les professionnels de la santé. Les différents systèmes sacrificiels totalitaires de domination, sexisme, racisme, élitisme, ultracapitalisme, etc. fondés sur des stéréotypes culturels, légitiment nombre de violences. Dans le cas précis des agressions sexuelles, de nombreux agresseurs, ainsi que la société dans son ensemble, adhèrent aux stéréotypes sexistes pour justifier ou atténuer la gravité des crimes sexuels : « Elle n'a rien dit » ; « C'est ma femme, j'ai pas pu la violer » ; « Elle m'a invité chez elle à

prendre un pot, alors... » ; « Docteur, si c'était pas une femme, je l'aurais pas violée », etc.

De façon schématique, la réécriture du scénario traumatique signe la résolution et le succès du traitement. Pour ce faire, le thérapeute doit contrôler le contre-transfert traumatique en ne manifestant aucune contre-attitude de rejet et surtout en évitant la tentative transférentielle d'interaction sexuelle, réelle ou symbolique, qui survient nécessairement quand la relation de confiance est suffisamment bonne. Si elle est de sexe féminin, la thérapeute tente d'éviter la répétition littérale qui se rejoue dans un transfert latéral en devenant le parent protecteur, auparavant défaillant, qui, cette fois, tente de protéger le sujet du prédateur. C'est ainsi que le cadre thérapeutique, dans une forme de thérapie relationnelle, est thérapeutique en soi.

Dans une perspective intégrative ou multimodale, certaines techniques thérapeutiques évaluées ou consensuelles sont utiles, mais à condition d'aménager le cadre thérapeutique selon les principes qui viennent d'être définis.

## Techniques thérapeutiques

On ne dispose pas de recherches effectuées dans le champ des maltraitances anciennes, mais uniquement dans le cadre de l'ESPT, évaluées selon les normes de l'Agency of Health Care Policy and Research (AHCPR) ou de la Haute Autorité de santé (HAS) : ce sont pour l'essentiel la chimiothérapie (force A), les thérapies cognitivocomportementales (force A), le mouvement des yeux par la désensibilisation et la restauration (*eye movement for desensitization and reprocessing* EMDR) (force A), les thérapies d'inspiration psychodynamique (force B) et l'hypnose (force C).

### Antidépresseurs

L'efficacité des antidépresseurs, inhibiteurs de la recapture de la sérotonine (IRS) pour l'essentiel, a été évaluée de façon très positive par de multiples études <sup>[19, 20]</sup>. Ils luttent contre les éléments dépressifs extrêmement fréquents après les événements traumatiques et possèdent de plus des propriétés sédatives très utiles pour juguler l'anxiété. Ils favorisent également le sommeil. Ils ne provoquent aucune accoutumance. Il est nécessaire d'évaluer le moment opportun pour proposer d'instaurer le traitement antidépresseur, une prescription trop précoce exacerbant les troubles anxieux. L'expérience clinique indique que pour être efficaces, ils doivent être prescrits à des posologies supérieures à celles qui sont utilisées pour les syndromes dépressifs et pendant une durée plus longue (8 semaines minimum et souvent beaucoup plus selon les auteurs).

### Thérapies cognitivocomportementales

Les thérapies cognitivocomportementales ont été évaluées de façon positive dès les années 1980 <sup>[21-28]</sup>. Le volet comportemental est assuré par des techniques d'exposition pour que la confrontation à l'angoisse provoque une habituation progressive et l'extinction des symptômes <sup>[24]</sup>. Les techniques de gestion du stress ont pour but d'apprendre à contrôler l'anxiété quand elle perturbe le fonctionnement quotidien. Les techniques d'affirmation de soi permettent de s'exprimer clairement et directement, mais sans agressivité, ses pensées et ses sentiments. Elles s'avèrent fructueuses pour aider certaines victimes à se présenter à des entretiens d'embauche ou à faciliter les démarches judiciaires. La technique de résolution de problèmes est utile pour les victimes qui s'engagent de moins en moins dans leurs activités habituelles, en partie parce qu'elles ont peur de leur propre agressivité ou de celle des autres. Le volet cognitif est nécessaire pour corriger l'effondrement des croyances fondamentales antérieures.

### Mouvement des yeux pour la désensibilisation et la restauration

L'EMDR a été évalué par plus de 14 études contrôlées démontrant son efficacité, notamment dans l'ESPT <sup>[29, 30]</sup>. Trois méta-analyses arrivent à la même conclusion <sup>[31-33]</sup>. L'EMDR permet

de renverser les cognitions négatives qui accompagnent les pensées et les émotions suscitées par l'image intrusive cible du traitement. Le mécanisme d'action de l'EMDR, encore incertain, demande à être précisé.

## Approche psychodynamique

Une approche psychodynamique [34, 35], aménagée comme ci-dessus proposé, est nécessaire parce ce que c'est le contrôle (plus que l'interprétation) du transfert direct (ou latéral) et du contre-transfert traumatique qui permet de réécrire le scénario traumatique.

## Hypnose

L'hypnose a été évaluée positivement, mais en matière d'agressions sexuelles, elle est d'utilisation délicate et contre-indiquée dans le cadre des souvenirs tardifs de viols subis dans l'enfance, lesquels souvenirs pourraient être malencontreusement greffés par des thérapeutes au cours de psychothérapies suggestives ou « régressives ». Le Royal College of Psychiatry du Royaume-Uni contre-indique l'usage de l'hypnose dans ce cadre particulier [36]. Pourtant, l'hypnose est utile pour traiter les troubles dissociatifs post-traumatiques et les états dissociatifs récurrents [37].

## Thérapies familiales

Les thérapies familiales [38] sont contre-indiquées dans le cadre de la violence familiale.

## Groupes de paroles

Les groupes de paroles [39] sont consensuellement recommandés ; ils permettent de critiquer le sexisme comme système de domination, justifiant les violences sexuelles à l'encontre des femmes (considérées comme des cibles fragiles, mal protégées).

## Conclusion

La prise en charge des victimes d'agressions sexuelles ne peut se concevoir qu'en réseau avec des juristes (avocats) et des associations spécialisées qui accompagnent les victimes dans leurs démarches sociales et judiciaires. Ce nécessaire accompagnement protège le cadre thérapeutique des incessantes difficultés que les victimes risquent de rencontrer avec leurs proches ou avec les institutions dans le parcours de réparation globale.

Les études évaluatives empiriques concernent essentiellement l'ESPT. Les agressions sexuelles uniques ne posent pas de problèmes trop difficiles de prises en charge.

Pour les victimes d'agressions sexuelles répétées, les principes thérapeutiques, plus ou moins consensuellement admis, consistent à contrôler les phénomènes dissociatifs récurrents par des techniques de relaxation qui permettent, dans un second temps, de réécrire le scénario traumatique dont la résolution, favorisée par une possible et parfois difficile reconnaissance judiciaire, signe le succès du traitement. Le sens à donner au traumatisme est, dans la majorité des cas, la critique des processus de domination : le sexisme dans le cas des viols et agressions sexuelles.

Cet article a fait l'objet d'une prépublication en ligne : l'année du copyright peut donc être antérieure à celle de la mise à jour à laquelle il est intégré.



## Références

- Marmar CR, Weiss DS. The peritraumatic dissociative experiences scale. In: Wilson JP, editor. *Assessing Psychological Trauma and PTSD: a handbook for practitioners*. New York: Guilford Press; 1997. p. 412-28.
- Organisation mondiale de la santé. *Classification internationale des troubles mentaux et des troubles du comportement (10<sup>e</sup> ed)*. Paris: Masson; 1993.
- Ferreri F, Agbokou C, Peretti CS, Ferreri M. Psychotraumatismes majeurs, état de stress aigu et état de stress post-traumatique. *EMC* (Elsevier Masson SAS, Paris), Psychiatrie, 37-329-A-11, 2011.
- Kessler R, Sonnega A, Bromet E. Posttraumatic stress disorder in the National Comorbidity Survey. *Arch Gen Psychiatry* 1995;**52**: 1048-60.
- American Psychiatric Association. *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders – (4<sup>th</sup> ed). Text Revision (DSM-4-TR)*. Washington DC: APA; 2004.
- Herman J. Complex PTSD: a syndrome in survivors of prolonged and repeated trauma. *J Trauma Stress* 1992;**5**:377-91.
- Pelcovitz D, Van der Kolk BA, Roth S, Mandel F, Kaplan S, Resick P. Development and validation for the structured interview for disorders of extreme stress. *J Trauma Stress* 1997;**10**:3-16.
- Van der Kolk BA, Roth S, Pelcovitz D, Sunday S, Spinazzola J. Disorders of extreme stress: The empirical foundation of a complex adaptation to trauma. *J Trauma Stress* 2005;**18**:389-99.
- Van der Kolk BA. Developmental Trauma Disorder: Toward a rational diagnosis for children with complex trauma histories. *Psychiatr Ann* 2005;**35**:401-8.
- Nutt DJ. The psychobiology of posttraumatic stress disorder. *J Clin Psychiatry* 2000;**61**:24-9.
- Vaiva G, Ducrocq F. Neurobiologie des états de stress psychotraumatiques. In: Jehel L, Lopez G, editors. *Psychotraumatologie*. Paris: Dunod; 2006. p. 13-25.
- Lopez G. Comment aborder et traiter une maltraitance ancienne chez l'adulte? In: *Conférence de consensus, Les conséquences des maltraitances sexuelles : les reconnaître, les soigner, les prévenir*. Paris: John Libbey Eurotext; 2004. p. 217-38.
- Ferenczi S. *Le traumatisme*. Paris: Payot; 2006.
- Lopez G, Sabouraud Seguin A, Jehel L. *Psychothérapie des victimes : traitements, évaluations, accompagnement*. Paris: Dunod; 2006.
- Lopez G, Portelli S, Clément S. *Les droits des victimes : Droit, audition, expertise, clinique*. Paris: Dalloz; 2007.
- Herman J. *Trauma and recovery*. New York: Basic Books; 1992.
- Lineham M. *Cognitive behavioral treatment of borderline personality disorder*. New York: Guilford Press; 1993.
- Cloitre M, Cohen L, Koenen K. *Treating Survivors of Childhood Abuse*. New York: Guilford Press; 2006.
- Allain H, Lessard Y, Bentué-Ferrer D. Thérapeutiques médicamenteuses. In: Thurin JM, editor. *Stress, pathologies et immunité*. Paris: Flammarion; 2003. p. 249-57.
- Ducrocq F, Vaiva G. Place du traitement pharmacologique. In: Jehel L, Lopez G, editors. *Psychotraumatologie*. Paris: Dunod; 2006. p. 189-99.
- Franck E, Anderson B, Stewart BD. Efficacy of cognitive behaviour therapy and systemic desensitization in the treatment of rape trauma. *Behav Ther* 1998;**19**:155-76.
- Kilpatrick DG, Veronen LJ, Resick PA. Psychological sequelae to rape: assessment and treatment strategy. In: *Behavioural medicine: assessment and treatment strategy*. New York: Plenum Press; 1982.
- Resick PA, Jordan CG, Girelli SA. A comparative victim study of behavioural group therapy for sexual assault victims. *Behav Ther* 1988; **19**:385-401.
- Deblinger E, McLeer SV, Henry D. Cognitive behavioural treatment for sexually abused children suffering from post-traumatic stress: Preliminary findings. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry* 1990;**29**: 747-52.
- Resick PA, Schnike MK. Cognitive processing therapy for sexual assault victims. *J Consult Clin Psychol* 1992;**60**:748-56.
- Echeburua E, de Corral P, Zubizarreta I, Sarasua B. Psychological treatment of chronic posttraumatic stress disorder in victims of sexual aggression. *Behav Modif* 1997;**21**:433-56.
- Foa EB, Dancu CV, Hembree EA. The efficacy of exposure therapy, stress inoculation training and their combination in ameliorating PTSD for female victims of assault. *J Consult Clin Psychol* 1999;**67**:194-200.
- Sabouraud Seguin A. *Revivre après un choc. Comment surmonter le traumatisme psychologique*. Paris: Odile Jacob; 2001.
- Chambless D, Baker M. Update on Empirically Validated Therapies, II. *Clin Psychol* 1998;**51**:3-16.
- Chemtob CM, Tolin DF. Eye-Movement Desensitization and Reprocessing (EMDR). In: Foa EA, Keane TM, Friedman MJ, editors. *Effective treatments for PTSD: Practice Guidelines from the International Society for Traumatic Stress*. New York: Guilford Press; 2000. p. 139-55.

- [31] Van Etten ML, Taylor S. Comparative efficacy of treatments for post-traumatic stress disorder: a meta-analysis. *Clin Psychol Psychother* 1998;**5**:126-44.
- [32] Sack M, Lempa W. Study quality and effect-sizes - a meta-analysis of EMDR-treatment for posttraumatic stress disorder. *Psychother Psychosom Med Psychol* 2001;**51**:350-5.
- [33] Maxfield L, Hyer LA. The relationship between efficacy and methodology in studies investigating EMDR treatment of PTSD. *J Clin Psychol* 2002;**58**:23-41.
- [34] Roth S, Batson R. *Naming the shadows: a new approach to individual and group psychotherapy for adult survivors of childhood incest*. New York: Free Press; 1997.
- [35] Thurin JM, Thurin M. *Evaluer les psychothérapies*. Paris: Dunod; 2007.
- [36] Brandon S, Boakes J, Glaser D, Green R. Recovered memories of childhood sexual abuse. Implications for clinical practice. *Br J Psychiatry* 1998;**172**:296-307.
- [37] Kédia M. *L'aide mémoire de psychotraumatologie : 45 notions*. Paris: Dunod; 2008.
- [38] Figley CR. *Helping traumatized families*. San Francisco: Jossey-Bass; 1989.
- [39] Morbois C, Casalis MF. *L'aide aux femmes victimes de viols*. Paris: L'Esprit du temps; 2002.

---

G. Lopez, Psychiatre (gerard.lopez@hotmail.fr).

Laboratoire de médecine légale et d'éthique médicale, Université René-Descartes Paris 5, 45, rue des Saint-Pères, 75005, France.

Toute référence à cet article doit porter la mention : Lopez G. Clinique et prise en charge des adultes victimes d'agressions sexuelles. EMC (Elsevier Masson SAS, Paris), Psychiatrie, 37-510-A-60, 2012.

Disponibles sur [www.em-consulte.com](http://www.em-consulte.com)



Arbres  
décisionnels



Iconographies  
supplémentaires



Vidéos /  
Animations



Documents  
légaux



Information  
au patient



Informations  
supplémentaires



Auto-  
évaluations



Cas  
clinique

Cet article comporte également le contenu multimédia suivant, accessible en ligne sur [em-consulte.com](http://em-consulte.com) et [em-premium.com](http://em-premium.com) :

### 1 autoévaluation

*[Cliquez ici](#)*