

UNIVERSITÉ DU QUÉBEC À MONTRÉAL

SOUTIEN SOCIAL ET ÉTAT DE STRESS POST-TRAUMATIQUE À LA SUITE
D'UNE AGRESSION SEXUELLE : SYNTHÈSE DES ÉCRITS ET ÉVALUATION
D'UN TRAITEMENT IMPLIQUANT LE CONJOINT

THÈSE
PRÉSENTÉE
COMME EXIGENCE PARTIELLE
DU DOCTORAT EN PSYCHOLOGIE

PAR
VALÉRIE BILLETTE

OCTOBRE 2007

UNIVERSITÉ DU QUÉBEC À MONTRÉAL
Service des bibliothèques

Avertissement

La diffusion de cette thèse se fait dans le respect des droits de son auteur, qui a signé le formulaire *Autorisation de reproduire et de diffuser un travail de recherche de cycles supérieurs* (SDU-522 – Rév.01-2006). Cette autorisation stipule que «conformément à l'article 11 du Règlement no 8 des études de cycles supérieurs, [l'auteur] concède à l'Université du Québec à Montréal une licence non exclusive d'utilisation et de publication de la totalité ou d'une partie importante de [son] travail de recherche pour des fins pédagogiques et non commerciales. Plus précisément, [l'auteur] autorise l'Université du Québec à Montréal à reproduire, diffuser, prêter, distribuer ou vendre des copies de [son] travail de recherche à des fins non commerciales sur quelque support que ce soit, y compris l'Internet. Cette licence et cette autorisation n'entraînent pas une renonciation de [la] part [de l'auteur] à [ses] droits moraux ni à [ses] droits de propriété intellectuelle. Sauf entente contraire, [l'auteur] conserve la liberté de diffuser et de commercialiser ou non ce travail dont [il] possède un exemplaire.»

REMERCIEMENTS

Je tiens tout d'abord à remercier mon directeur de thèse, Stéphane Guay, pour la confiance qu'il m'a témoignée et pour son intérêt soutenu pour mon projet doctoral. Je remercie également mon co-directeur, André Marchand, pour sa disponibilité et son soutien. Tous deux, de par leurs compétences cliniques, leur rigueur scientifique de même que par leur grande expertise dans le domaine du stress post-traumatique, ont fait de mon doctorat une expérience des plus enrichissantes.

Je voudrais également témoigner ma reconnaissance aux femmes qui ont participé à ce projet de recherche. Leur confiance de même que leur courage à relever les défis découlant de l'expérience terrible qu'est l'agression sexuelle se sont avérés des plus inspirants. Je souhaite également remercier tous les professionnels de recherche qui par leur compétence, leur intérêt et leur temps ont permis le bon déroulement de cette étude.

Je remercie ma famille, source considérable de soutien et de stabilité. Merci à ma mère, Françoise, pour sa valorisation des études, pour son temps si facilement accordé et pour la fierté qu'elle me témoigne. Merci à mon père, Raymond, pour sa confiance immuable. Merci à Francis et Clémence, pour ces petites attentions qui touchent par leur simplicité et leur gratuité. Tous, à leur façon, ont su m'encourager à persévérer. Merci à mes amis, Annie, Nadia et Jean-François pour leur encouragement et leur capacité à me rappeler le grand défi que représentait ce projet. Merci pour cette amitié qui perdure au delà des années et des changements de vie. Merci à Marie-Anne, amie et collègue, pour sa compréhension, sa disponibilité et son appui répété. Finalement, merci à Michaël, dont la passion et l'optimisme sont inspirants. Merci de croire en moi, en ma profession. Merci de ta présence tout au long de ces onze années universitaires, de ta valorisation de mes choix de vie et de l'acceptation des conséquences qui en découlent...

Merci donc à tous ces gens qui ont pour moi rendu tangible la nécessité d'un soutien adéquat..

TABLE DES MATIÈRES

LISTE DES TABLEAUX.....	vi
LISTE DES FIGURES	vii
RÉSUMÉ	viii
SOMMAIRE	1
L'état de stress post-traumatique	1
Soutien social et ÉSPT	2
La spécificité de l'agression sexuelle	3
Soutien social et agression sexuelle	4
Le rôle particulier du conjoint	4
L'impact de l'agression sexuelle sur le couple et sur le soutien du conjoint.....	5
L'impact des conséquences de l'ÉSPT sur le soutien social	6
L'impact d'un soutien inadéquat dans le cadre d'un traitement	6
Favoriser l'efficacité du traitement de l'ÉSPT en y impliquant le conjoint	8
Objectifs de la présente thèse.....	10
CHAPITRE I	
LE SOUTIEN SOCIAL ET LES CONSÉQUENCES PSYCHOLOGIQUES D'UNE AGRESSION SEXUELLE : SYNTHÈSE DES ÉCRITS	15
Résumé	17
Abstract	18
Le soutien social et les conséquences psychologiques d'une agression sexuelle : Synthèse des écrits	19
Le soutien social	21
Le soutien social chez les victimes d'agression sexuelle	22
L'impact sur le rétablissement des victimes	24
L'apport particulier du conjoint	26
L'impact sur les symptômes de l'ÉSPT	28
L'impact des conséquences de l'agression sexuelle sur le soutien social	29
Les implications cliniques et pistes de recherche.....	31
Références	33

CHAPITRE II	
ÉTAT DE STRESS POST-TRAUMATIQUE ET SOUTIEN SOCIAL CHEZ LES	
FEMMES VICTIMES D'AGRESSION SEXUELLE : IMPACT DE L'IMPLICATION	
DU CONJOINT SUR L'EFFICACITE DU TRAITEMENT COGNITIF-	
COMPORTEMENTAL	40
Résumé	42
Abstract	43
Post-traumatic stress disorder and social support in female victims of sexual	
assault : The impact of spousal involvement on the effectiveness of cognitive-	
behavioral therapy	44
Method	47
Participants	47
Measures	48
Treatment	50
Therapist.....	51
Procedure	51
Results	52
Daily Self-Monitoring.....	53
Clinical assessment	54
Self-report questionnaires	54
Discussion	56
References	60
CHAPITRE III	
DISCUSSION GÉNÉRALE	70
Intégration des notions provenant de la littérature et élaboration du traitement.....	71
Composantes.....	72
Format	73
Évaluation du traitement - interprétation des résultats	73
Implications cliniques	76
Considérations méthodologiques.....	78
Forces de l'étude	78
Limites de l'étude.....	79
Directions futures.....	80
BIBLIOGRAPHIE	84

APPENDICE A	
CRITÈRES DIAGNOSTIQUES DE L'ÉSPT	96
APPENDICE B	
MESURES CLINIQUES GÉNÉRALES	99
APPENDICE C	
FORMULAIRES DE CONSENTEMENT	116
APPENDICE D	
PROTOCOLE DE TRAITEMENT	125
APPENDICE E	
MANUELS DES PARTICIPANTS	146
APPENDICE F	
GRILLE D'INTÉGRITÉ THÉRAPEUTIQUE.....	174

LISTE DES TABLEAUX

SOMMAIRE

- 1 Synthèse des études démontrant la relation entre le soutien social et le rétablissement à la suite d'une agression sexuelle..... 13

CHAPITRE II

- 1 Questionnaires cut-off points, level of improvement and scores obtained by participants at pre-test, post-test and follow-up 68

LISTE DES FIGURES

CHAPITRE II

- 1 Level of disturbance related to PTSD symptoms reported by participants in their daily self-monitoring at baseline, during treatment and at follow-up..... 66
- 2 Satisfaction with support received from spouse reported by participants in their daily self-monitoring at baseline, during treatment and at follow-up..... 67
- 3 Scores obtained by each participant on the ISSAS and QSPC 69

RÉSUMÉ

L'état de stress post-traumatique (ÉSPT) est un trouble sévère et chronique dont souffrent de nombreuses victimes d'agression sexuelle. Plusieurs études démontrent un lien important entre la qualité du soutien social et l'ajustement à la suite d'un événement traumatique. Un soutien inadéquat aurait un effet déplorable sur l'état psychologique de la victime et sur son rétablissement. Les victimes d'agression sexuelle étant souvent blâmées pour le crime commis par un tiers contrairement aux victimes d'autres événements traumatiques, elles risquent d'autant plus d'être exposées à des réactions sociales négatives. Le développement de traitements adaptés et spécifiques qui tiennent compte du soutien social semble donc tout indiqué.

La présente thèse a pour but d'améliorer l'efficacité du traitement cognitif-comportemental (TCC) auprès des victimes d'agression sexuelle ayant développé un ÉSPT en y impliquant le conjoint. Le traitement élaboré est axé sur l'amélioration du soutien offert par le conjoint et favorise la gestion de l'impact de l'événement traumatique au sein du couple.

Le chapitre I présente un article théorique sous forme de synthèse des écrits portant sur le soutien social et les conséquences psychologiques de l'agression sexuelle. Un portrait des diverses réactions de soutien liées à l'agression sexuelle et de leur impact sur l'état psychologique des victimes, les symptômes post-traumatiques et le rétablissement est dressé. L'apport particulier du conjoint dans la réhabilitation des victimes vivant en couple et l'impact des conséquences de l'agression sexuelle sur la qualité du soutien sont exposés. Les implications cliniques et les pistes de recherche sont également présentées.

Le chapitre II présente les résultats de l'étude empirique qui compose cette thèse. L'objectif principal de cette étude consiste à documenter l'impact de l'application de la TCC impliquant le conjoint sur les symptômes d'ÉSPT, la satisfaction face au soutien reçu du conjoint et la gestion de l'impact de l'événement traumatique au sein du couple. Un protocole à cas unique avec niveaux de base multiples en fonction des individus est utilisé. Trois femmes ayant développé un ÉSPT à la suite d'une agression sexuelle ont participé au traitement. Les résultats obtenus soutiennent dans l'ensemble l'efficacité du traitement. Ainsi, l'ensemble des participantes ne présente plus les symptômes nécessaires au diagnostic de l'ÉSPT et note une augmentation importante de leur satisfaction en ce qui concerne le soutien reçu du conjoint.

Le chapitre III présente une discussion générale. Les notions théoriques et l'élaboration du traitement, l'interprétation des résultats, les implications cliniques et scientifiques ainsi que les considérations méthodologiques et les directions futures sont exposées.

Mots-clés : Agression sexuelle, état de stress post-traumatique, soutien social, traitement cognitif-comportemental

SOMMAIRE

L'état de stress post-traumatique

L'état de stress post-traumatique (ÉSPT) est diagnostiqué chez l'individu qui a vécu ou a été témoin d'un événement traumatique durant lequel des individus ont pu mourir, être grièvement blessés, menacés de mort ou de blessures graves, ou durant lequel son intégrité physique ou celle d'autrui a pu être menacée. La réaction émotionnelle de l'individu à l'événement se traduit par une peur intense, de l'impuissance ou de l'horreur. Pour que les critères donnant lieu à un diagnostic d'ÉSPT soient rencontrés, l'individu doit également présenter certains symptômes appartenant aux trois catégories suivantes : 1) la réexpérimentation du traumatisme (souvenirs intrusifs, cauchemars liés à l'événement), 2) l'évitement des stimuli liés au traumatisme et l'émoussement de la réactivité générale ainsi que 3) des symptômes persistants traduisant une activation neurovégétative (insomnie, hypervigilance, sursauts, irritabilité, difficultés de concentration). Ces symptômes doivent être observés simultanément pendant plus d'un mois et la perturbation doit entraîner une souffrance cliniquement significative ou une altération du fonctionnement dans un ou plusieurs domaines importants (American Psychiatric Association [APA], 2000; voir l'Appendice A pour les critères diagnostiques de l'ÉSPT).

Bien que les résultats des études diffèrent, on estime que près de 90 % des individus vivront un événement traumatique au cours de leur vie (Breslau et al., 1998) et 6,8 % développeront un ÉSPT au cours de leur vie (Kessler et al., 2005). Les événements interpersonnels, infligés par la main de l'homme, sont généralement plus traumatisants pour les victimes. Le viol, la torture et la séquestration, par exemple, constituent les événements qui entraînent le plus haut taux de symptômes traumatiques (Breslau, Davis, Andreski, & Peterson, 1991; Kessler, Sonnega, Bromet, Hugues, & Nelson, 1995).

L'ÉSPT est donc un trouble incapacitant, qui peut perdurer pendant plusieurs années en l'absence de traitement. Lorsqu'un traitement est disponible, les difficultés liées à l'ÉSPT peuvent malgré tout s'avérer complexes à traiter. De

plus, malgré que la psychothérapie d'orientation cognitive-comportementale de l'ÉSPT soit actuellement un traitement de choix (Bisson & Andrews, 2005; De Rubeis & Crits-Christoph, 1998; Guay, Marchand, Lavoie, Grimard, & Bond, 2006; INSERM, 2004) et qu'elle est la forme de psychothérapie ayant le plus grand nombre d'appuis empiriques en ce qui concerne son efficacité (Foa & Meadows, 1997; Foa, 2000; Solomon, 1997), les taux de succès varient entre 46 et 54 % lorsque les abandons sont considérés (Bradley, Greene, Russ, Dutra, & Westen, 2005). Il semble donc qu'il y ait place à l'amélioration.

Soutien social et ÉSPT

Il n'existe pas de définition unique du soutien social. De façon générale, il réfère aux comportements des proches qui sont en lien avec les besoins de l'individu qui doit composer avec une situation stressante (Cohen & Wills, 1985; Kaplan, Sallis, & Patterson, 1993; Wills & Fegan, 2001). Les principaux modèles étiologiques de l'ÉSPT décrivent le soutien social comme variable intermédiaire pouvant influencer le développement et le maintien du trouble (Foa, Steketee, & Rothbaum, 1989; Foy, Osato, Houskamp, & Neumann, 1992; Horowitz, 1986; Jones & Barlow, 1990; Joseph, Williams, & Yule, 1997; Keane, Zimering, & Caddell, 1985). Néanmoins, dans la plupart de ces modèles, les processus par lesquels le soutien agit comme variable modulant le développement ou le maintien du trouble n'ont été que très sommairement abordés. Le modèle de Joseph et ses collaborateurs (1997) fait toutefois exception. Ainsi, dans ce modèle, le soutien social est considéré comme une variable faisant partie du contexte environnemental et constitue un des facteurs atténuant ou accentuant le niveau de stress. Les auteurs suggèrent également que le point de vue des proches peut avoir un impact sur les victimes en influençant, positivement ou négativement, leur interprétation des événements et, par conséquent, avoir un impact sur les symptômes d'ÉSPT. Le soutien pourrait également avoir un impact sur les états émotionnels des victimes (peur, panique, culpabilité, tristesse et honte) et sur leurs stratégies de gestion de la détresse (i.e. le degré d'évitement des pensées et des comportements) et ce, directement ou par l'intermédiaire des processus d'évaluation des causes, des enjeux et des conséquences de l'expérience traumatique (Williams & Joseph, 1999).

Les résultats d'un bon nombre de recherches confirment la relation entre les symptômes d'ÉSPT et le soutien social. Les résultats d'une méta-analyse récente (n = 77 études) explorant les facteurs de risque liés à l'ÉSPT démontrent que, parmi un ensemble de facteurs, le manque de soutien social serait le plus important prédicteur pour l'ÉSPT (*r moyen pondéré* = .40; Brewin, Andrews, & Valentine, 2000). De plus, dans une méta-analyse subséquente (n = 68 études), le soutien social a été identifié parmi les plus importants facteurs de risques de l'ÉSPT (*r moyen pondéré* = .28) avec la perception de menace à la vie (*r moyen pondéré* = .26) et les émotions péri-traumatiques (*r moyen pondéré* = .26; Ozer, Best, Lipsey, & Weiss, 2003). De nombreuses autres recherches démontrent également que le soutien social est une variable pouvant contribuer au développement et au maintien de l'ÉSPT ainsi qu'à la réhabilitation d'une victime d'événement traumatique (voir Guay, Billette, & Marchand, 2006; Guay, Marchand, & Billette, 2006).

La spécificité de l'agression sexuelle

Le gouvernement du Québec décrit comme *Victime d'agression sexuelle* toute personne ayant subi contre sa volonté des gestes à connotation sexuelle avec ou sans contact physique, et ce, sans son consentement. L'agression sexuelle est un acte d'abus de pouvoir par l'utilisation de la force ou de la contrainte ou sous la menace implicite ou explicite qui vise à assujettir une autre personne à ses propres désirs (Gouvernement du Québec, 2001).

Pour l'année 2005, au Canada, on dénombrait 72,2 cas d'agressions sexuelles pour 100 000 habitants (Statistique Canada, 2006). Au Québec, 77 infractions d'ordre sexuel par 100 000 habitants ont été déclarées, soit 5883 cas (Ministère de la Sécurité publique, 2006). Il faut toutefois noter que 90 % des victimes ne rapportent pas l'événement à la police (Brickman & Brière, 1984; Gouvernement du Québec, 2001). L'agression sexuelle serait en effet l'un des actes criminels les moins rapportés. Le nombre de victimes semble donc fortement sous-estimé.

De tous les événements criminels, l'agression sexuelle est l'événement qui génère les séquelles psychologiques les plus graves (Breslau et al., 1991; Wirtz & Harrell, 1987) et entraînant la plus forte probabilité de développer un ÉSPT (Norris, Foster, & Weisshaar, 2002). De plus, si on les compare aux victimes d'agression non sexuelle, il semble que les victimes d'agression sexuelle présentent une plus grande intensité et une plus grande persistance des symptômes d'ÉSPT (Foa & Riggs, 1995; Valentiner, Foa, Riggs, & Gershuny, 1996). Ainsi, jusqu'à 94 % d'entre elles présenteraient les critères diagnostiques de l'ÉSPT peu après l'agression et 47 % trois mois plus tard (Rothbaum, Foa, Riggs, Murdock, & Walsh, 1992). Ajoutons que la victime d'agression sexuelle est souvent blâmée pour le crime commis par un tiers contrairement aux victimes d'autres événements traumatiques (Fontana, Swartz, & Rosenheck, 1997) et que le sentiment de blâme ressenti par la victime est associé à un niveau élevé de détresse psychologique et à une récupération plus longue (Lonsway & Fitzgerald, 1994). Il semble également important de rappeler que la majorité des victimes d'agression sexuelle sont des femmes et que le sexe féminin a été évalué comme étant un facteur de risque pour l'ÉSPT (Breslau & Davis, 1992).

Soutien social et agression sexuelle

Plusieurs auteurs ont observé une association entre l'histoire d'agression sexuelle et le soutien social. Entre autres, de nombreuses études démontrent un lien important entre la qualité du soutien et le rétablissement de la victime. Un soutien inadéquat aurait un effet déplorable sur l'état psychologique de la victime et sur son ajustement. Le tableau 1 présente une synthèse des études récentes portant spécifiquement sur la relation entre ces variables.

Le rôle particulier du conjoint

L'apport particulier des conjoints des individus ayant été exposés à un événement traumatique se doit également d'être mentionné. En effet, chez une victime vivant en couple, le conjoint devient généralement la principale source de soutien à la suite d'un événement traumatique comme une agression sexuelle

(Barker, Pistrang, Shapiro, & Shaw, 1990; Coyne & Fiske, 1992; Halford & Bouma, 1997; Primomo, Yates, & Woods, 1990). La perception de la victime en ce qui concerne le soutien reçu du conjoint s'avérerait plus importante que celui reçu des autres membres de son réseau social (Denkers, 1999; Winefield, Winefield, & Tiggeman, 1992). Le soutien provenant d'une autre source ne peut en effet compenser un manque de soutien provenant du conjoint (Coyne & DeLongis, 1986; Cutrona & Surh, 1992). Cela fait de ce dernier un agent de récupération important.

L'impact de l'agression sexuelle sur le couple et sur le soutien du conjoint

Les conjoints des victimes d'agression sexuelle peuvent avoir des réactions variables à la suite de l'événement. Ainsi, si la majorité d'entre eux semblent impliqués et soutenant, certains conjoints blâment la victime (17 %) et se disent en colère contre elle (25 %) (Ageton, 1983). De plus, si le conjoint s'avère soutenant dans les semaines suivant l'agression, lorsque les symptômes persistent, il aurait tendance à s'impatienter, à se décourager, à manquer d'empathie et à devenir plus exigeant (Moss, Frank, & Anderson, 1990). L'adhésion du partenaire aux mythes (croyances fausses et stéréotypées) concernant les agressions sexuelles (i.e. la femme a provoqué l'événement, le désirait; la violence et la force sont stimulantes; les hommes n'ont pas de contrôle sur leurs besoins, etc.) influencerait grandement la façon dont il comprend l'agression ainsi que l'importance des changements qui y sont liés. Plus le conjoint adhère aux mythes, plus il aurait tendance à blâmer et à responsabiliser sa partenaire pour l'agression (White et Rollins, 1981). Le soutien du conjoint peut donc s'avérer inadéquat.

L'agression sexuelle peut également avoir un impact important sur la relation de couple. Ainsi, des difficultés conjugales, particulièrement sur le plan de l'intimité et de la sexualité, sont souvent observées chez les couples dont la femme a été victime d'une agression sexuelle (Byrne & Riggs, 2002; Miller, Williams, & Bernstein, 1982; Moss et al., 1990). Ces conséquences de l'agression peuvent avoir un impact négatif sur le soutien provenant du conjoint.

L'impact des conséquences de l'ÉSPT sur le soutien social

L'ÉSPT peut lui aussi avoir un impact négatif sur la relation de couple et par le fait même sur la qualité du soutien. Les réactions de stress post-traumatique engendrent en effet de l'instabilité dans les relations et peuvent générer des difficultés additionnelles au sein du couple. Différents auteurs ont ainsi observé que les individus souffrant d'ÉSPT rapportent davantage de détresse conjugale, de difficultés sur le plan de l'intimité et de problèmes dans leurs relations comparativement à ceux sans ÉSPT (Jordan et al., 1992; Riggs, Byrne, Weathers, & Litz, 1998). Riggs et ses collaborateurs (1998) ajoutent que les symptômes d'évitement, et tout particulièrement les symptômes d'émoussement émotionnel, sont fortement liés à la qualité de la relation. Les symptômes d'hyperactivité neurovégétative, tels que l'irritabilité et les difficultés de concentration, peuvent également affecter négativement les échanges entre les conjoints et, en retour, contribuer au maintien des difficultés. La nature même des symptômes de l'ÉSPT peut donc avoir un impact négatif sur les relations interpersonnelles et par conséquent sur le soutien disponible. Les conjoints peuvent éprouver des difficultés à gérer les changements et les difficultés qu'entraînent les conséquences d'une agression sexuelle et de l'ÉSPT. Les comportements négatifs qui peuvent en découler risquent d'influencer la victime et avoir un impact sur le rétablissement.

L'impact d'un soutien inadéquat dans le cadre d'un traitement

Une étude prospective de Tarrier, Sommerfield et Pilgrim (1999) indique que les comportements de soutien inadéquats des proches envers la victime mesurés avant le début d'une thérapie affectent l'efficacité de la thérapie cognitive-comportementale (TCC) pour l'ÉSPT. En effet, il semble que les critiques et l'hostilité envers la victime soient des prédicteurs significatifs des résultats du traitement en ce qui concerne les symptômes d'ÉSPT. Les proches peuvent donc nuire à la réhabilitation de la victime. Foa et Rothbaum (1998) affirment que plusieurs victimes ont besoin d'une aide extérieure pour débiter et compléter un traitement et qu'un proche non supportant peut grandement

interférer avec le suivi. Il peut ainsi ne pas comprendre l'ÉSPT et son traitement ou le juger sans importance.

L'intégration d'un proche dans le traitement n'est donc pas uniquement pertinent de par les effets bénéfiques qu'elle ajoute, mais également parce qu'elle pourrait permettre d'éliminer ou de diminuer les entraves au traitement. Le thérapeute a en ce sens tout avantage à faire de l'aidant un allié et à favoriser les comportements compatibles au bon déroulement du traitement (Guay et al., 2006; Tarrier & Humphreys, 2003).

Deux approches semblent prévaloir dans la littérature traitant de l'implication d'un proche dans le traitement des victimes d'événements traumatiques : l'approche systémique et l'approche axée sur le soutien (Riggs, 2000). La thérapie systémique s'intéresse à la relation (conjugale ou familiale) dans le processus de rétablissement et vise à diminuer la détresse en agissant sur la dynamique contribuant au maintien des difficultés. C'est davantage la diminution de la détresse dans la relation que la diminution des symptômes de la victime qui est ciblée. Ce type d'intervention vise entre autres la diminution des conflits, l'amélioration de la communication et l'apprentissage de techniques de résolution de problèmes et se base sur les principes de la thérapie familiale ou conjugale. La seconde approche se base sur le postulat que les proches peuvent être une source importante de soutien social pouvant contribuer au rétablissement de la victime. La thérapie est axée sur l'amélioration du soutien d'un proche tel que le conjoint. L'augmentation de la qualité et de la fréquence du soutien de même que la diminution des comportements et des attitudes contribuant au développement et au maintien de l'ÉSPT sont visées. Ce type de traitement repose principalement sur les approches éducationnelles et d'entraînement aux habiletés. Ces deux approches se distinguent également dans l'évaluation de leur efficacité. En effet, alors que l'évaluation de la thérapie systémique porte sur l'amélioration du fonctionnement familial ou conjugal, l'évaluation de la thérapie axée sur le soutien porte sur l'évolution des symptômes de la victime (Riggs, 2000). Ainsi, bien que ces deux approches ne soient pas mutuellement exclusives et qu'elles partagent certaines stratégies, la présente thèse s'intéresse principalement à la seconde approche. Ce choix a été

effectué car la thérapie axée sur le soutien adresse directement les symptômes ÉSPT et ne nécessite pas d'habiletés en thérapie conjugale pour le thérapeute, ce qui en favorise l'accessibilité.

Favoriser l'efficacité du traitement de l'ÉSPT en y impliquant le conjoint

Hogan, Linden et Najarian (2002) ont effectué une recension des écrits portant sur l'évaluation des interventions de soutien social auprès de personnes aux prises avec divers problèmes (par ex. : alcoolisme, troubles alimentaires, infarctus du myocarde, adolescentes enceintes, patients psychiatriques, dépression chronique, etc.). Les stratégies d'intervention étudiées consistaient à augmenter la compréhension des proches vis-à-vis du problème, à modifier les attitudes dysfonctionnelles qui interfèrent avec le soutien social donné ou reçu, à renforcer les liens avec les membres positifs du réseau, etc. Les études recensées semblent appuyer l'efficacité de ces interventions. En effet, des cent projets de recherche à l'étude, 83 % rapportent que les interventions de soutien ont au moins certains effets bénéfiques par rapport au groupe contrôle ou à l'absence de traitement. Ces résultats portent sur les interventions, individuelles et de groupe, dirigées par les proches et par les professionnels. Il ne semble malheureusement pas y avoir de consensus à savoir si un type d'intervention convient mieux à une population particulière et aucune de ces études n'aborde la problématique de l'ÉSPT. Cutrona et Cole (2000) ainsi qu'Hogan et ses collaborateurs (2002) ajoutent que les interventions de soutien devraient impliquer les membres du réseau naturel, les individus recherchant plus souvent l'aide informelle et le soutien dans l'environnement immédiat. Selon Cutrona et Cole (2000), le but premier des interventions de soutien devrait consister à améliorer la qualité et la fréquence du soutien des proches, en intervenant à la fois auprès de la victime et auprès des proches. Il peut ainsi être intéressant d'impliquer un ou des proches significatifs dans le processus thérapeutique dans le but d'interrompre les échanges négatifs (Hogan et al., 2002). L'application de ces recommandations apparaît pertinente chez les individus aux prises avec un ÉSPT.

Notamment, les habiletés des proches à offrir un soutien adéquat pourraient être bonifiées par l'entremise de la psychoéducation sur les réactions de stress post-traumatiques, de la modification des attentes irréalistes concernant l'évolution de l'ÉSPT, d'une meilleure connaissance des comportements d'aide pertinents et de l'encouragement à communiquer ouvertement au sujet de l'événement (Pynoos, Sorenson, & Steinberg, 1993). En ce sens, le fait de parler aux proches de l'événement contribuerait au processus d'intégration émotionnel et cognitif des victimes et constituerait un aspect thérapeutique dans le traitement de l'ÉSPT (Foa & Kozak, 1986; Pennebaker, Kiecolt-Glaser, & Glaser, 1988).

Guay, Billette, St-Jean Trudel, Marchand et Mainguy (2004) ont évalué l'efficacité d'une TCC impliquant le conjoint et visant à améliorer le soutien de ce dernier auprès d'individus souffrant d'ÉSPT. L'objectif principal était de comparer l'effet de deux formes de TCC sur les symptômes d'ÉSPT, avec et sans intervention sur le soutien. Huit participants, victimes de trauma divers, et leur conjoint ont été recrutés. Les résultats indiquent que les participants ayant reçu le traitement avec la participation du conjoint ont un niveau de symptômes d'ÉSPT moins élevé au post-test que ceux qui ont reçu le traitement individuel. Ils perçoivent également plus d'amélioration dans leurs rapports de soutien avec ce dernier. L'amélioration la plus importante concerne les perceptions de la victime vis-à-vis des encouragements du conjoint à parler de l'événement traumatique. La façon de demander de l'aide ou du soutien au conjoint au sujet des difficultés liées au trauma serait également plus satisfaisante. Ces résultats suggèrent qu'il est possible d'améliorer le soutien conjugal et de diminuer les symptômes d'ÉSPT avec une intervention brève et ce, dans le cadre même d'une thérapie individuelle. La faisabilité de ce type d'intervention semble démontrée. Cette étude n'inclue toutefois pas de victimes d'agression sexuelle et n'aborde pas les conséquences du trauma sur le couple.

Les éléments mentionnés précédemment démontrent clairement que le soutien des proches, et particulièrement du conjoint pour les victimes vivant en couple, peut influencer négativement l'état de la victime à la suite d'un événement traumatique comme une agression sexuelle. Ainsi, un traitement

impliquant un proche significatif tel que le conjoint et favorisant un soutien adéquat de la part de ce dernier pourrait s'avérer plus efficace qu'un traitement individuel. Le conjoint, mieux informé et plus outillé pour offrir un soutien adéquat, pourrait en effet favoriser le rétablissement. Plusieurs auteurs suggèrent d'intervenir auprès des proches de victimes d'événements traumatiques (Foa & Rothbaum, 1998; Guay et al., 2006; Riggs, 2000; Tarrier & Humphreys, 2003; Taylor, 2004). Or, l'effet de l'implication du conjoint dans le traitement de l'ÉSPT chez les victimes d'agression sexuelle n'a pas été évalué empiriquement.

Objectifs de la présente thèse

La présente thèse a été réalisée dans le but de documenter l'efficacité du traitement cognitif-comportemental (TCC) auprès des victimes d'agression sexuelle à l'âge adulte ayant développé un ÉSPT en y impliquant le conjoint. La thérapie a été axée sur l'amélioration du soutien offert par le conjoint et favorisait la gestion de l'impact de l'événement traumatique au sein du couple.

Objectifs :

- 1) Réaliser une synthèse des écrits sur le soutien social dans un contexte d'agression sexuelle afin de dégager les considérations particulières à ce champ d'étude;
- 2) Élaborer un traitement cognitif-comportemental impliquant le conjoint pour les victimes d'agression sexuelle à l'âge adulte ayant développé un ÉSPT;
- 3) Évaluer empiriquement l'impact de l'application de la TCC intégrant le conjoint sur les symptômes d'ÉSPT, la satisfaction face au soutien reçu et la gestion de l'impact de l'événement traumatique au sein du couple.

La thèse se compose donc de deux articles, soit un article théorique et un article empirique.

Le chapitre I présente un article théorique sous forme de synthèse des écrits portant sur le soutien social et les conséquences psychologiques de l'agression sexuelle. Cet article, intitulé *Le soutien social et les conséquences psychologiques d'une agression sexuelle : Synthèse des écrits*, a été publié dans

la revue *Santé mentale au Québec* (2005). Il a pour but de dresser un portrait des diverses réactions de soutien liées à l'agression sexuelle et de leur impact sur l'état psychologique des victimes, les symptômes post-traumatiques et le rétablissement. L'apport particulier du conjoint sur la réhabilitation des victimes vivant en couple et l'impact des conséquences de l'agression sexuelle sur la qualité du soutien sont exposés. Les implications cliniques et les pistes de recherche y sont également présentées.

Le chapitre II présente un article empirique : *Post-traumatic stress disorder and social support in female victims of sexual assault : The impact of spousal involvement on the effectiveness of cognitive-behavioral therapy*, soumis pour publication (*Behavior Modification*). Il présente les résultats de l'étude empirique qui compose cette thèse. L'objectif principal de cette étude consiste à documenter l'impact de l'application de la TCC intégrant le conjoint sur les symptômes d'ÉSPT, la satisfaction face au soutien reçu du conjoint et la gestion de l'impact de l'événement traumatique au sein du couple. Les hypothèses suivantes seront vérifiées : 1) Les victimes ne présenteront plus le diagnostic de l'ÉSPT à la suite du traitement; 2) Les symptômes d'ÉSPT diminueront de façon significative à la suite du traitement; 3) Il y aura maintien des progrès lors de la relance à trois mois; 4) Les victimes percevront une amélioration en ce qui concerne le soutien reçu du conjoint; 5) Les conséquences de l'agression sexuelle sur le couple (insatisfaction sexuelle et peur de l'intimité) seront *mieux gérées*. Il y aura ainsi augmentation de la satisfaction sexuelle et diminution de la peur de l'intimité au sein du couple.

Afin de répondre à ces questions, une étude à protocole à cas unique expérimental avec niveaux de base multiples a été réalisée. Trois femmes ayant été victimes d'agression sexuelle à l'âge adulte et répondant aux critères diagnostiques de l'ÉSPT ont participé au traitement. Les résultats obtenus soutiennent dans l'ensemble l'efficacité du traitement. Ainsi, l'ensemble des participantes ne présente plus les symptômes nécessaires au diagnostic de l'ÉSPT et note une augmentation importante de leur satisfaction en ce qui concerne le soutien reçu du conjoint.

Le chapitre III présente une discussion générale des deux articles réalisés dans le cadre de la présente thèse doctorale. Une première partie présente les notions théoriques et l'élaboration du traitement. Une seconde partie porte sur l'interprétation des résultats obtenus dans l'article empirique en fonction des hypothèses énoncées. Les implications cliniques et scientifiques ainsi que les considérations méthodologiques de la thèse sont ensuite discutées. Finalement, des pistes de recherches futures sont suggérées.

Tableau 1

Synthèse des études démontrant la relation entre le soutien social et le rétablissement à la suite d'une agression sexuelle

Auteurs	N	Observations principales
Campbell et al. (2001)	102♀ VAS	<p>Les réactions sociales négatives ont un impact sur le rétablissement, contrairement aux réactions sociales positives, qui ont un effet négligeable.</p> <p>L'impact des réactions sociales sur le rétablissement peut dépendre de l'interprétation de la victime. Les victimes percevant un comportement comme non-aidant rapportent davantage de symptômes psychologiques et physiques que celles percevant ce comportement comme aidant et celles n'ayant pas connu cette réaction.</p>
Davis et al. (1991)	105♀ VAS	<p>Les comportements de soutien négatifs sont associés à un plus pauvre ajustement à la suite d'une agression sexuelle.</p>
Filipas & Ullman (2001)	323♀ VAS	<p>Les réactions des proches (positives et négatives) ont un impact sur le rétablissement.</p> <p>Les femmes recevant des réponses de blâme en lien avec l'agression rapportent une plus faible estime de soi que les femmes n'ayant pas été blâmées.</p> <p>Les réactions des amis semblent particulièrement importantes.</p>

Tableau 1 (suite)

Kimerling & Calhoun (1994)	115♀ VAS	Le soutien social semble avoir un impact sur les symptômes somatiques observés chez les victimes d'agression sexuelle et sur leur évaluation subjective de leur état de santé. Les victimes qui ont la possibilité de se confier à quelques proches ou membres de la famille manifestent moins de symptômes somatiques de stress et se perçoivent plus en santé. Le réseau social de la victime immédiatement après l'agression serait particulièrement important.
Ullman (1996a)	155♀ VAS	Les réactions sociales négatives (être traitée différemment, être contrôlée, distraction) sont fortement associées à l'augmentation des symptômes psychologiques et à un faible rétablissement. Les réactions sociales positives (à l'exception d'être crue et écoutée) ne sont pas liées au rétablissement.
Ullman & Filipas (2001a)	323♀ VAS	Les réactions sociales négatives à la suite du dévoilement sont liées à la sévérité des symptômes d'ÉSPT. Le fait d'être traitée différemment (stigmatisation) prédit le plus fortement la sévérité des symptômes d'ÉSPT dans une analyse multivariée.
Zoellner et al. (1999)	142♀ VAS et VANS	Les conflits interpersonnels, et non le soutien social positif, sont corrélés à la sévérité des symptômes d'ÉSPT trois mois après l'agression.

Note. ÉSPT = État de stress post-traumatique ; VAS = Victimes d'agression sexuelle ; VANS = Victimes d'agression non sexuelle

CHAPITRE I

LE SOUTIEN SOCIAL ET LES CONSÉQUENCES PSYCHOLOGIQUES D'UNE
AGRESSION SEXUELLE : SYNTHÈSE DES ÉCRITS
(ARTICLE I)

En-tête : SOUTIEN SOCIAL ET AGRESSION SEXUELLE

Le soutien social et les conséquences psychologiques d'une agression sexuelle :
Synthèse des écrits

Valérie Billette

Université du Québec à Montréal

Stéphane Guay

Centre d'étude sur le trauma de l'Hôpital Louis-H. Lafontaine

André Marchand

Université du Québec à Montréal

Centre d'étude sur le trauma de l'Hôpital Louis-H. Lafontaine

Publié, Santé Mentale au Québec

Automne 2005

Résumé

L'agression sexuelle entraîne des conséquences importantes chez la victime. Un soutien social inadéquat peut avoir un impact sur l'état psychologique de la victime et nuire à son ajustement. Le présent article a pour but de dresser un portrait des diverses réactions de soutien liées à l'agression sexuelle et de leur impact sur l'état psychologique des victimes, les symptômes post-traumatiques et le rétablissement. L'apport particulier du conjoint chez les victimes vivant en couple est exposé. L'impact des conséquences de l'agression sexuelle sur la qualité du soutien est également présenté. Suivent les implications cliniques et pistes de recherche.

Mots-clés : Agression sexuelle, soutien social, état de stress post-traumatique

Abstract

Sexual assault results in important consequences for the victims. An inadequate social support may have an impact on the victim's psychological condition and interfere with her adjustment. The purpose of the present article is to describe different support reactions linked to sexual assault and their impact on the psychological condition of the victims, the posttraumatic symptoms and the recovery. The specific contribution of the spouse living with the victim is exposed. The impact of the consequences resulting from the sexual assault on the quality of the support is also presented. Finally, clinical implications and research approach are proposed.

Key words : Sexual assault, social support, posttraumatic stress disorder

Le soutien social et les conséquences psychologiques d'une agression sexuelle :
Synthèse des écrits

L'agression sexuelle est un terme légal basé sur les valeurs et les normes d'une société. Elle inclut de multiples comportements allant du harcèlement au viol. Le gouvernement du Québec décrit comme *Victime d'agression sexuelle* toute personne ayant subi contre sa volonté des gestes à connotation sexuelle avec ou sans contact physique, et ce, sans son consentement. Il s'agit d'un acte d'abus de pouvoir par l'utilisation de la force ou de la contrainte ou sous la menace implicite ou explicite qui vise à assujettir une autre personne à ses propres désirs. Cette définition s'applique, peu importe le sexe, l'ethnie, la culture, l'orientation sexuelle, la religion et l'âge de la victime et de l'agresseur. Elle s'applique aussi peu importe le lieu, le type de gestes à caractère sexuel commis, le milieu de vie dans lequel il a été perpétré, et quelle que soit la nature du lien entre la victime et son agresseur (Gouvernement du Québec, 2001).

Pour l'année 2003, au Canada, on dénombrait 74,1 cas d'agressions sexuelles pour 100 000 habitants (Statistique Canada, 2005). Au Québec, 57 agressions sexuelles par 100 000 habitants ont été déclarées, soit 4244 cas, le niveau le plus élevé depuis 1993 (Ministère de la Sécurité publique, 2004). Il faut toutefois noter que selon Brickman et Brière (1984), seulement une victime sur dix rapporte l'événement à la police. Ce taux est de 6 sur 100 selon Statistique Canada (1993). L'agression sexuelle serait l'un des actes criminels les moins rapportés. Le nombre de victimes semble donc fortement sous-estimé.

Plus de 80 % des victimes d'agression sexuelle sont des femmes (Gouvernement du Québec, 2001). Il s'agit en effet du seul crime violent pour lequel elles sont plus sujettes d'être victimes que les hommes (Flannery, 1992). Les victimes sont souvent très jeunes, et, même si on retrouve des victimes dans tous les groupes d'âge, les femmes de 18 à 24 ans sont les plus touchées. Les agresseurs sont connus de la victime dans 76 % des cas (Gouvernement du Québec, 2001).

La victimisation sexuelle entraîne des répercussions négatives graves dans plusieurs sphères du fonctionnement de la victime. Les auteurs qui se sont intéressés au phénomène ont observé chez la femme des réactions sur le plan physiologique, sexuel, social et psychologique. Ces réactions surviennent à court, moyen et long termes (pour une recension des écrits, voir Ellis, 1983; Resick, 1993; Steketee & Foa, 1987). En général, les séquelles psychologiques qui surviennent à la suite d'une agression sexuelle sont beaucoup plus importantes et persistantes dans le temps que les séquelles physiques (Calhoun & Atkeson, 1991). Les victimes peuvent ainsi présenter toute une gamme de symptômes. Malgré les variations individuelles, il est possible d'en dégager les principales caractéristiques. Ainsi, la peur, l'anxiété, la culpabilité, la honte, l'isolement, les difficultés d'ordre sexuel, la peur de l'intimité et l'atteinte à l'estime de soi sont des réactions prédominantes dans le tableau clinique des victimes d'agression sexuelle (Foa & Rothbaum, 1998). Des symptômes dépressifs ont également été observés chez de nombreuses victimes et ce, plusieurs mois après l'événement (Atkeson, Calhoun, Resick, & Ellis, 1982; Frank, Turner, & Duffy, 1979; Kilpatrick, Veronen, & Resick, 1979). L'état de stress post-traumatique (ÉSPT) est également un problème psychologique fréquemment associé à l'histoire d'agression sexuelle.

L'ÉSPT est diagnostiqué chez l'individu qui a vécu, a été témoin ou a été confronté à un ou des événements durant lesquels des individus ont pu mourir, être grièvement blessés, menacés de mort ou de blessures graves, ou durant lesquels son intégrité physique ou celle d'autrui a pu être menacée. La réaction émotionnelle de l'individu à l'événement se traduit par une peur intense, de l'impuissance ou de l'horreur. Pour que les critères donnant lieu à un diagnostic d'ÉSPT soient rencontrés, l'individu doit également présenter certains symptômes appartenant aux trois catégories suivantes : réexpérience du traumatisme, évitement persistant des stimuli liés au traumatisme et symptômes persistants d'activation neurovégétative. Ces symptômes doivent être observés simultanément pendant plus d'un mois et la perturbation doit entraîner une souffrance cliniquement significative ou une altération du fonctionnement dans un ou plusieurs domaines importants (American Psychiatric Association [APA], 1994).

De nombreuses victimes développent les symptômes de l'ÉSPT à la suite d'une agression sexuelle. Ainsi, selon les auteurs, jusqu'à 51 % d'entre elles en présenteraient les critères diagnostiques et ce, trois mois après l'événement (Foa & Riggs, 1995; Rothbaum, Foa, Riggs, Murdock, & Walsh, 1992; Valentiner, Foa, Riggs, & Gershuny, 1996). Des résultats similaires ont également été observés dans une étude auprès de victimes québécoises (Brillon & Marchand, 1997). Si on les compare aux victimes d'agression non sexuelle, il semble que les victimes d'agression sexuelle présentent une plus grande intensité des symptômes d'ÉSPT (Valentiner et al., 1996). Ainsi, plusieurs données indiquent qu'un nombre important de victimes d'agression sexuelle manifeste des symptômes sévères d'ÉSPT. De plus, malgré une certaine diminution des symptômes avec le temps, plusieurs victimes rencontrent encore les critères diagnostiques de l'ÉSPT plusieurs années après l'agression.

Le soutien social

Il n'existe pas de définition unique du soutien social. De façon générale, il réfère aux comportements des proches qui sont en lien avec les besoins de l'individu qui doit composer avec une situation stressante (Cohen & Wills, 1985; Kaplan, Sallis, & Patterson, 1993; Wills & Fegan, 2001). Le lien entre le soutien social et la santé repose sur une littérature abondante tant sur le plan de la santé physique que mentale (Coyne & Downey, 1991; Uchino, Cacioppo, & Kiecolt-Glaser, 1996). Le soutien social étant un concept multidimensionnel, il importe toutefois d'en distinguer les différentes facettes. Ainsi, le soutien positif (souvent appelé *soutien social* dans la littérature) fait référence aux comportements ou interactions positives comme être à l'écoute, poser des questions, donner du feedback, favoriser les activités de détente, aider aux tâches ménagères, etc., alors que le soutien dit négatif fait référence aux comportements ou interactions négatives telles que s'impatienter, blâmer, éviter les discussions, ramener l'attention sur soi, critiquer et ridiculiser les réactions de l'autre, etc. Il importe ici de faire la distinction entre manque ou absence de soutien positif et soutien négatif, qui ne réfère pas aux mêmes constats. Différencions également le soutien perçu du soutien reçu. Le premier réfère à la perception du soutien qui

pourrait être disponible si le besoin s'en ressentait, alors que le deuxième implique du soutien effectivement reçu. Il est également important de distinguer le soutien fonctionnel du soutien structurel. Le soutien structurel réfère au nombre de personnes ressources et à la fréquence des interactions avec ces dernières. C'est la quantité des contacts sociaux réguliers qui devient importante (Wills & Fegan, 2001). Le soutien social fonctionnel quant à lui réfère à la qualité des ressources disponibles et tout particulièrement aux perceptions de l'individu en ce qui concerne l'accomplissement de certaines fonctions (écoute, conseils, aide matérielle, détente, etc.) par ses proches (Wills & Fegan, 2001). La littérature indique clairement que ces types distincts de soutien sont liés différemment à la détresse, à l'ÉSPT et au rétablissement à la suite d'un événement traumatique comme une agression sexuelle (Barrera, 1986; King, King, Foy, Keane, & Fairbank, 1999; Ullman, 1999).

Le soutien social chez les victimes d'agression sexuelle

Il semble que plusieurs victimes d'agression sexuelle (65,2 % - 87 %) dévoilent l'agression (Golding, Siegel, Sorenson, Burnam, & Stein, 1989; Ullman & Filipas, 2001b). Toutefois, les victimes agressées par un étranger sont significativement plus à même de le faire (Golding et al., 1989). Or, peu de victimes dévoilent l'agression aux institutions telles que la police (10,5 % - 26,4 %), le clergé (3,9 % - 7,6 %) et les centres d'aide aux victimes d'agression sexuelle (1,9 % - 14,1 %) (Golding et al., 1989; Ullman & Filipas, 2001b). En effet, la majorité d'entre elles se tourne vers leurs amis et leur famille (59,3 % - 94,2 %) (Golding et al., 1989; Ullman & Filipas, 2001b). Notons, malgré tout, qu'un nombre non négligeable de victimes ne parle pas du tout de l'agression. Ainsi, selon les auteurs, de 13 % à 35 % des victimes restent dans le silence (Brickman & Brière, 1984; Golding et al., 1989; Ullman & Filipas, 2001b) et de celles qui se confient, 60 % ne discutent plus de l'agression après trois mois (Popiel & Susskind, 1985).

Dans une étude effectuée auprès de 323 adultes victimes d'agression sexuelle, Filipas et Ullman (2001) ont observé que la plupart des victimes

perçoivent des réactions positives (97,1 %) et négatives (98,2 %) à la suite du dévoilement. Il semble que les réactions les plus fréquemment perçues comme négatives soient des réponses stigmatisant la victime et perpétuant les mythes (attitudes et croyances fausses et stéréotypées) concernant l'agression sexuelle (ex : Il ne s'agit pas d'une agression sexuelle si aucune arme n'est utilisée; la violence et la force sont stimulantes pour une femme; elle s'est mise dans une situation risquée en marchant seule la nuit ou en s'habillant ainsi). Ainsi, pour plusieurs individus, l'agression classique serait commise par un étranger qui utilise une arme et qui agresse avec beaucoup de violence, à l'extérieur, dans une ruelle sombre, avec beaucoup de résistance de la part de la victime et résultant en des signes perceptibles de lutte. Toutefois, pour la majorité des victimes, ces éléments sont absents (Lonsway & Fitzgerald, 1994).

La majorité des femmes interrogées perçoivent également avoir été blâmées, condamnées et découragées de parler de l'agression. De plus, la plupart des femmes auraient souhaité recevoir davantage de soutien émotionnel (réassurance, écoute, empathie, etc.), de validation (feedback, normalisation des émotions, etc.) et d'aide tangible (être conduite à l'hôpital, être hébergée, etc.) (Filipas & Ullman, 2001).

Le degré de soutien est également associé à la sévérité de l'agression. Les agressions plus sévères, avec pénétration par exemple, sont liées à un soutien plus faible, ainsi qu'à moins de réactions positives et plus de réactions négatives (Golding, Wilsnack, & Cooper, 2002; Ullman & Filipas, 2001a). Les agressions perpétrées par un étranger, pour leur part, génèrent plus de soutien émotionnel (Golding et al., 2002), ce qui pourrait s'expliquer par le fait que ce type d'agression fait davantage référence aux mythes adoptés par les aidants, entraînant ainsi plus de sympathie de leur part. Car en dépit des données suggérant que l'agresseur est une connaissance de la victime dans la plupart des cas, il semble que l'attitude des autres à l'égard de la victime soit plus négative lorsque l'agression est perpétrée par une connaissance, contrairement à l'agression par un étranger qui serait perçue comme un crime plus sérieux (Tetreault & Barnett, 1987). Les agressions impliquant de l'alcool (chez la victime, l'agresseur ou les deux) sont également davantage associées à des

réactions négatives de la part des aidants que celles n'en impliquant pas (Ullman & Filipas, 2001b). De plus, il semble que les victimes d'agression sexuelle, comparées à des individus n'ayant pas été agressés, soient moins sujettes à être mariées et rapportent moins de contact avec des amis ou des proches. Elles obtiennent également moins de soutien émotionnel de la part des amis, des proches et des époux (Golding et al., 2002).

L'impact sur le rétablissement des victimes

Les victimes d'agression sexuelle rapportent différentes réactions, positives ou négatives, à la suite de l'événement. Les réactions négatives ont un effet déplorable sur l'état psychologique des victimes.

Les résultats présentés par Ullman (1999) dans une recension des écrits portant sur l'impact du soutien social sur l'ajustement des victimes d'agression sexuelle vont dans ce sens. Ainsi, malgré que certaines études semblent établir un lien entre le manque de soutien positif et la détresse (Burgess & Holmstrom, 1978; Ullman & Siegel, 1995), de plus en plus d'études indiquent que la fréquence des réactions négatives a un impact plus important sur la détresse des victimes que la fréquence des interactions positives (Davis & Brickman, 1996; Ullman, 1996a). Ainsi, lorsque mesurés simultanément, les comportements de soutien négatif sont davantage prédicteurs de la sévérité des réactions suite à une agression sexuelle (et des symptômes de l'ÉSPT) que les comportements de soutien positif (Zoellner, Foa, & Brigidi, 1999).

Ainsi, les résultats obtenus par Davis, Brickman et Baker (1991) auprès de 105 femmes victimes d'agression sexuelle démontrent que les comportements de soutien négatif sont associés à un ajustement plus pauvre à la suite d'une agression sexuelle. Ullman (1996a) ajoute que les réactions négatives sont liées de façon significative aux symptômes psychologiques et à un faible rétablissement. D'autres études, n'ayant pas été recensées par Ullman (1999), tirent la même conclusion. Ainsi, Resick, Calhoun, Atkeson et Ellis (1981) rapportent qu'à la suite de l'agression, l'ajustement social des femmes est altéré. Brewin, MacCarthy et Furnham (1989) ont pour leur part examiné la relation

entre les processus d'attribution à la suite d'un événement stressant et la recherche de soutien. Leurs résultats indiquent que plus les victimes se blâment pour leurs actions inadéquates, plus elles se retirent socialement et, conséquemment, moins elles font appel à leurs proches pour gérer leur détresse. De plus, il semble que les femmes recevant des réponses de blâme en lien avec l'agression rapportent une plus faible estime de soi que les femmes n'ayant pas été blâmées (Filipas & Ullman, 2001).

Joseph, Williams et Yule (1997) suggèrent quant à eux que les points de vue des proches peuvent avoir un impact sur les victimes en influençant, positivement ou négativement, leurs interprétations des événements. Par exemple, si une victime d'agression sexuelle perçoit qu'elle a mal agi durant l'événement, il est possible qu'elle interprète ses actions comme étant moins inappropriées si un proche l'informe qu'il aurait agi de la même manière. Notons également que les femmes ayant vécu une agression sans violence physique sont plus affectées sur le plan psychologique, ce qui semble attribuable au fait qu'elles soient plus à risques que leur crédibilité et leur honnêteté soient mises en doute par leur entourage (Thornhill & Thornhill, 1990).

Campbell, Ahrens, Sefl, Wasco et Barnes (2001) ont étudié l'impact des réactions sociales sur l'ajustement de victimes en tenant compte de la perception de la victime de ce qui est aidant ou non. Il semble en effet que les victimes peuvent recevoir des réponses positives et négatives, mais qu'elles ne les perçoivent pas toutes de la même façon. Ainsi, certains comportements qui étaient au préalable considérés comme négatifs par les chercheurs ont été étudiés comme comportements positifs après avoir été qualifiés d'aidants par les victimes. Les résultats indiquent que selon la perception des victimes, un comportement peut ou non avoir un impact sur le rétablissement. Par exemple, les victimes qui rapportent que l'aidant désire se venger de l'agresseur et qui perçoivent ce comportement comme non-aidant rapportent davantage de symptômes dépressifs, traumatiques et physiques que celles percevant ce comportement comme aidant et celles n'ayant pas connu cette réaction. Des résultats semblables ont été observés pour les comportements « vous a dit de poursuivre votre vie » et « a essayé de contrôler vos décisions ». Les auteurs

ajoutent que le fait de ne pas recevoir de soutien peut être moins dommageable que de recevoir un soutien que l'on considère comme inadéquat.

Le soutien social aurait également un impact sur les symptômes physiques observés chez les victimes d'agression sexuelle. Les résultats d'une étude de Kimerling et Calhoun (1994) indiquent en effet que les victimes qui ont la possibilité de se confier à quelques proches ou membres de la famille manifestent moins de symptômes somatiques de stress (maux de dos et de tête, nausées, palpitations, problèmes de peau, etc.).

On remarque ici tout l'impact de la qualité du soutien perçu ou reçu sur le rétablissement des victimes. La victimisation sexuelle engendrant énormément de stigmatisation, les victimes d'agression sexuelle risquent d'être exposées à des réactions nuisibles à leur ajustement. Notons que la victime d'agression sexuelle est souvent blâmée pour le crime commis par un tiers contrairement aux victimes d'autres événements traumatiques. De plus, la honte et la stigmatisation peuvent engendrer la diminution de la recherche d'aide et les sentiments de la victime peuvent à leur tour être exacerbés par les attitudes négatives des proches (Fontana, Swartz, & Rosenheck, 1997). Ullman (1999) rappelle donc l'importance d'évaluer les réactions des proches pour ensuite permettre l'amélioration des interactions favorisant la réhabilitation plutôt qu'une seconde victimisation.

L'apport particulier du conjoint

À la suite d'un événement traumatique comme une agression sexuelle, le conjoint devient généralement la principale source de soutien pour une victime vivant en couple (Barker, Pistrang, Shapiro, & Shaw, 1990; Coyne & Fiske, 1992; Halford & Bouma, 1997; Primomo, Yates, & Woods, 1990) et le degré de bien-être ultérieur de la victime est davantage lié à sa perception du soutien reçu par son partenaire que par d'autres membres de son réseau social (Denkers, 1999; Winefield, Winefield, & Tiggeman, 1992). Cela fait du conjoint un agent de récupération important. Le soutien provenant d'une autre source ne peut en effet compenser un manque de soutien provenant du conjoint (Coyne & DeLongis,

1986; O'Hara, 1986 dans Cutrona & Surh, 1992). Ainsi, ce dernier peut, par des comportements de soutien adéquats, contribuer à la réhabilitation de la victime en l'aidant à analyser l'événement différemment, à organiser ses pensées en l'amenant à mieux gérer son stress ou même à trouver un sens positif ou des bénéfices à son expérience (Clark, 1993; Manne, Pape, Taylor, & Dougherty, 1999; Tait & Silver, 1989). À l'opposé, il peut avoir, tel que mentionné précédemment, un impact négatif sur l'ajustement, la détresse et les symptômes psychologiques de la victime en ayant par exemple tendance à l'isoler, à éviter de parler de l'agression, à nier l'importance des symptômes et à modifier l'environnement dans le but de la protéger (Moi & Foster, 1991).

Ageton (1983) a pour sa part observé que les conjoints des victimes d'agression sexuelle ont des réactions variables. Ainsi, la majorité d'entre eux semblent impliqués, soutenant et ressentent de la colère envers l'agresseur et plus de la moitié sont inquiets pour la victime. Toutefois, 17 % blâment la victime et 25 % se disent en colère contre elle. Il semble également important de mentionner que, si le conjoint s'avère soutenant dans les semaines suivant l'agression, il a tendance à s'impatienter, à se décourager, à manquer d'empathie et à devenir plus exigeant lorsque les symptômes persistent (Moss, Frank, & Anderson, 1990). Certains conjoints ressentent également de la jalousie et se sentent menacés en rapport avec leur performance sur le plan sexuel. Ils ont alors tendance à questionner leur partenaire sur l'événement et à insister pour avoir une relation sexuelle. Il peut aussi arriver que le conjoint, par crainte de devenir lui-même agresseur, fuit les contacts sexuels (Bateman & Mendelson, 1989; Foley, 1982).

Moss et ses collaborateurs (1990) ont observé auprès de victimes d'agression sexuelle que les femmes mariées recevant un soutien négatif du conjoint développent davantage de symptômes psychologiques que celles dont le soutien du conjoint s'avère positif. White et Rollins (1981) rapportent que l'adhésion du partenaire aux mythes concernant les agressions sexuelles influencera grandement la façon dont il conçoit l'agression ainsi que l'importance des changements qui y sont liés. Plus le conjoint adhère aux mythes, plus il aurait tendance à blâmer et à responsabiliser sa partenaire pour l'agression. La

façon dont le conjoint perçoit l'agression serait également un élément des plus importants en ce qui concerne sa réaction à l'événement. Ainsi, ce dernier offrirait davantage de soutien à la victime s'il considère l'agression comme un acte de violence plutôt qu'un acte sexuel (Ullman, 1996b).

L'impact sur les symptômes de l'ÉSPT

Les données citées précédemment nous indiquant la forte prévalence de symptômes traumatiques chez les victimes d'agression sexuelle, ce facteur se doit d'être considéré. Ainsi, les résultats de deux méta-analyses récentes (Brewin, Andrews, & Valentine, 2000; Ozer, Best, Lipsey, & Weiss, 2003) révèlent que parmi un ensemble de facteurs, la qualité du soutien des proches ressort comme un des plus importants facteurs de risque de l'ÉSPT (*r moyen pondéré* = .40; = .28). De nombreuses études démontrent également que le soutien social est une variable pouvant contribuer au développement et au maintien de l'ÉSPT ainsi qu'à la réhabilitation d'une victime d'événement traumatique (Andrews, Brewin, & Rose, 2003; Andrykowsky & Cordova, 1998; Guay, Billette, & Marchand, 2002; Kimerling & Calhoun, 1994; King, King, Fairbank, Keane, & Adams, 1998; Zoellner et al., 1999).

Zoellner et ses collaborateurs (1999), dans une étude longitudinale auprès de victimes d'agression sexuelle et non sexuelle, ont observé que les conflits avec les proches peu après l'agression permettent de prédire la sévérité des symptômes de l'ÉSPT trois mois après l'agression. Ullman et Filipas (2001a) se sont pour leur part intéressées à la façon dont les réactions sociales peuvent influencer la sévérité des symptômes de l'ÉSPT chez les femmes victimes d'agression sexuelle. Selon eux, le fait d'être traité différemment prédit de façon significative la sévérité des symptômes de l'ÉSPT. La victime, se sentant différente et percevant l'événement comme l'ayant transformée définitivement, peut présenter plus de symptômes. Il semble que les tentatives de distraction provenant des proches (et donc l'entrave à l'expression des émotions qui en découle) soient également liées positivement à la sévérité des symptômes.

Les données précédentes démontrent clairement l'impact du soutien social sur l'état psychologique et la détresse liés à l'agression sexuelle et à l'ÉSPT. Notons également l'impact des conséquences de l'agression sexuelle sur la qualité du soutien. La section suivante en fait mention.

L'impact des conséquences de l'agression sexuelle sur le soutien social

L'agression sexuelle peut avoir un impact important non seulement sur la victime mais également sur son conjoint et sur la relation de couple et, par conséquent, sur la qualité du soutien disponible. Khouzam et Marchand (1998), dans une recension des écrits portant sur les conséquences d'une agression sexuelle sur le couple, rapportent que le conjoint de la victime vit des sentiments d'impuissance, de choc et de rage similaire à ceux de la victime. Ainsi, il est important de noter que les conjoints, qui ne sont pas davantage préparés que la victime, réagissent également au dévoilement. Par conséquent, la victime, en plus d'avoir à gérer ses symptômes, se voit confrontée aux réactions de son conjoint. N'en comprenant pas toujours le sens, elle peut hésiter à parler de l'agression et des difficultés qui y sont liées (Golding et al., 1989).

Plusieurs auteurs ont également identifié des difficultés de communication (Miller, Williams, & Bernstein, 1982; Moss et al., 1990) et des problèmes sexuels (Holmstrom & Burgess, 1979; Miller et al., 1982) chez les couples dont la femme a été victime d'une agression sexuelle. Ces conséquences de l'agression peuvent aussi avoir un impact négatif sur le soutien provenant du conjoint. Miller et ses collaborateurs (1982) ajoutent que l'agression sexuelle affecte les aspects déjà vulnérables de la relation de couple en agissant comme facteur supplémentaire de stress. Ainsi, l'événement perturbe sérieusement les relations interpersonnelles et intensifie la détresse. Cela aurait pour conséquence d'ébranler le niveau d'attachement qui permet de faire face aux difficultés rencontrées. La rupture dans le processus de communication en serait la conséquence la plus sérieuse. Enfin, notons l'impact de l'agression sexuelle sur la séparation. À cet effet, une étude de Moss et ses collaborateurs (1990) démontre que 37 % des femmes victimes d'agression sexuelle ont vécu une

séparation et que 31 % l'envisagent. Les demandes insistantes du conjoint pour des relations sexuelles auraient ici un impact important.

L'ÉSPT peut lui aussi avoir un impact qui va au-delà de la victime et perturber les relations intimes, et par le fait même avoir un impact sur la qualité du soutien. Riggs, Byrne, Weathers et Litz (1998) ont observé que les individus qui ont développé un ÉSPT rapportent davantage de détresse conjugale, de difficultés au niveau de l'intimité et des problèmes dans leurs relations comparativement à ceux sans ÉSPT. Riggs et ses collaborateurs (1998) notent également que les symptômes d'évitement, et tout particulièrement les symptômes d'éroussement émotionnel, sont fortement liés à la qualité de la relation. Les symptômes d'hyperactivité neurovégétative, tels que l'irritabilité et les difficultés de concentration, peuvent également teinter négativement les échanges entre les partenaires et, en retour, contribuer au maintien des difficultés. Ces symptômes peuvent amener les victimes à répondre négativement aux offres d'aide des proches et conséquemment à augmenter la probabilité d'une réponse négative ou d'une absence de réponse à leur égard (Foy, Resnick, Sippelle, & Carroll, 1987). La nature même des symptômes de l'ÉSPT peut donc avoir un impact négatif sur les relations interpersonnelles et l'intimité et par conséquent sur le soutien disponible.

Ainsi, les proches peuvent éprouver des difficultés à gérer les changements et les difficultés qu'entraînent les conséquences d'une agression sexuelle et l'ÉSPT et avoir de la difficulté à fournir un soutien adéquat. L'inquiétude ressentie pour la victime, les attentes de l'entourage quant au soutien offert ainsi que les nombreux stressors peuvent également affecter le fonctionnement psychologique et social de l'aidant (Pynoos, Sorenson, & Steinberg, 1993).

D'autre part, il est possible que les réactions négatives des proches soient liées à la sévérité de l'événement parce qu'ils éprouvent des difficultés à gérer leur propre détresse lorsque les victimes dévoilent les détails de ce qu'elles ont vécu (Ullman & Filipas, 2001a). Les comportements négatifs qui peuvent en découler (i.e. critiques négatives, évitement, invalidation émotionnelle, etc.)

risquent d'influencer la victime, de contribuer au développement ou au maintien des symptômes de l'ÉSPT et d'avoir un impact sur l'ajustement à l'agression. Ils peuvent même l'amener à adopter des comportements contre-productifs si la victime se trouve actuellement en traitement pour ses difficultés (Foa & Rothbaum, 1998).

Ces recherches font ressortir la possibilité d'une hypothèse alternative selon laquelle l'ÉSPT et autres conséquences de l'agression sexuelle seraient précurseurs de l'augmentation des interactions négatives ou de la diminution du soutien social. Ainsi, un événement traumatique tel que l'agression sexuelle peut affecter les proches des victimes et avoir un impact négatif sur les relations interpersonnelles. Le soutien provenant des proches s'avérant des plus importants dans le rétablissement, cela est d'autant plus pertinent à considérer.

Les implications cliniques et pistes de recherche

Les éléments recensés démontrent clairement que le soutien des proches peut influencer positivement ou négativement l'état de la victime à la suite d'une agression sexuelle. Les comportements du conjoint étant liés aux processus d'adaptation au stress et aux symptômes psychologiques et celui-ci étant habituellement la principale source de soutien pour les victimes vivant en couple, il s'avère un aidant des plus importants.

Ainsi, un traitement intégrant un proche significatif tel que le conjoint et favorisant un soutien adéquat de la part de ce dernier pourrait s'avérer plus efficace qu'un traitement traditionnel. Une étude pilote de Guay, Billette, St-Jean Trudel, Marchand et Mainguy (2004) évaluant l'efficacité d'une thérapie cognitive-comportementale impliquant le conjoint auprès d'individus ayant développé un ÉSPT (mais n'incluant toutefois pas de victime d'agression sexuelle) indique en ce sens que les participants ayant reçu le traitement avec la participation du conjoint ont un niveau de symptômes de l'ÉSPT moins élevé au post-test que ceux dont le conjoint ne participe pas au traitement. Ils perçoivent également plus d'amélioration dans leurs rapports de soutien avec ce dernier.

De plus, une étude prospective de Tarrier, Sommerfield et Pilgrim (1999) indique que les comportements de soutien négatif des proches envers la victime, mesurés avant le début d'une thérapie, sont des précurseurs de l'efficacité de la thérapie cognitive-comportementale pour l'ÉSPT. Les proches peuvent donc nuire à la réhabilitation de la victime en favorisant des comportements contraires à ce qui est préconisé en thérapie (comme l'évitement, l'isolement ou la culpabilisation). L'intégration d'un proche dans le traitement n'est donc pas uniquement pertinente de par les effets bénéfiques qu'elle ajoute, mais également parce qu'elle pourrait permettre d'éliminer ou de diminuer les entraves au traitement. Le thérapeute a en ce sens tout avantage à faire de l'aidant un allié et à favoriser les comportements compatibles au bon déroulement du traitement.

Ajoutons que le trauma sexuel, de par son impact au niveau relationnel, semble d'autant plus influencer la qualité du soutien disponible. Actuellement, les partenaires composent séparément avec ces difficultés. Les aspects sexuels et de communication ne sont pas ou sont peu abordés. Ces conséquences auraient avantage à être abordées au sein du couple. La participation du conjoint au traitement permettrait au thérapeute d'y accéder, d'en améliorer la gestion et ainsi de favoriser l'efficacité du traitement.

L'implication du conjoint dans le traitement des victimes d'agression sexuelle ayant développé un ÉSPT pourrait ainsi être une solution de choix. Cela s'avère d'autant plus important lorsque l'on considère que la présence de l'ÉSPT est un facteur de risque pour la revictimisation sexuelle (Acierno, Resnick, Kilpatrick, Saunders, & Best, 1999). Plusieurs auteurs suggèrent d'intervenir auprès des proches de victimes d'événements traumatiques (Blanchard & Hickling, 1997; Foa & Rothbaum, 1998; Foy et al., 1987; Keane, Albano, & Blake, 1992; Tarrier & Humphreys, 2004). Or, l'effet de l'implication du conjoint des victimes d'agression sexuelle dans le traitement de l'ÉSPT n'a pas été évalué empiriquement. Il serait ainsi nécessaire et fort pertinent que des études futures s'y intéressent.

Références

- Acierno, R., Resnick, H., Kilpatrick, D. G., Saunders, B., & Best, C. L. (1999). Risk factors for rape, physical assault, and posttraumatic stress disorder in women : Examination of differential multivariate relationship. *Journal of Anxiety Disorders, 13*, 541-563.
- Ageton, S. S. (1983). *Sexual assault among adolescents*. Lexington, DC : Health.
- American Psychiatric Association (1994). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders (4th ed.)*. Washington, DC : American Psychiatric Association.
- Andrews, B., Brewin, C. R., & Rose, S. (2003). Gender, social support and PTSD in victims of violent crime. *Journal of Traumatic Stress, 16*, 421-427.
- Andrykowsky, M. A., & Cordova, M. J. (1998). Factors associated with PTSD symptoms following treatment for breast cancer : Test of the Andersen model. *Journal of Traumatic Stress, 11*, 189-203.
- Atkeson, B. M., Calhoun, K. S., Resick, P. A., & Ellis, E. M. (1982). Victims of rape : Repeated assessment of depressive symptoms. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 50*(1), 96-102.
- Barker, C., Pistrang, N., Shapiro, D. A., & Shaw, I. (1990). Coping and help seeking in the UK adult population. *British Journal of Clinical Psychology, 29*, 271-285.
- Barrera, M. (1986). Distinctions between social support concepts, measures, and models. *American Journal of Community Psychology, 14*(4), 413-445.
- Bateman, A., & Mendelson, E. F. (1989). Leading comments, sexual offences : Help for the forgotten victims. *Sexual and Marital Therapy, 4*, 5-7.
- Blanchard, E. B., & Hickling, E. J. (1997). *After the crash : Assessment and treatment of motor vehicle accident survivors*. Washington, DC : American Psychological Association.
- Brewin, C. R., Andrews, B., & Valentine, J. D. (2000). Meta-analysis of risk factors for post-traumatic stress disorder in trauma-exposed adults. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 68*, 748-766.
- Brewin, C. R., MacCarthy, B., & Furnham, A. (1989). Social support in the face of adversity : The role of cognitive appraisal. *Journal of Research in Personality, 23*, 354-372.

- Brickman, J., & Brière, J. (1984). Incidence of rape and sexual assault in an urban Canadian population. *International Journal of Women's Studies*, 7(3), 195-206.
- Brillon, P., & Marchand, A. (1997). Survivre à une agression sexuelle : Symptomatologie post-traumatique et dépressive. *Revue Québécoise de Psychologie*, 18(3), 125-146.
- Burgess, A. W., & Holmstrom, L. L. (1978). Recovery from rape and prior life stress. *Research in Nursing and Health*, 1, 165-174.
- Calhoun, K. S., & Atkeson, B. M. (1991). *Treatment of rape victims : Facilitating psychological adjustment*. Toronto : Pergamon Press.
- Campbell, R., Ahrens, C. E., Sefl, T., Wasco, S. M., & Barnes, H. E. (2001). Social reactions to rape victims : Healing and hurtful effects on psychological and physical health outcomes. *Violence and Victims*, 16(3), 287-302.
- Clark, L. F. (1993). Stress and the cognitive-conversational benefits of social interactions. *Journal of Social and Clinical Psychology*, 12, 25-55.
- Cohen, S., & Wills, T. A. (1985). Stress, social support, and the buffering hypothesis. *Psychological Bulletin*, 98, 310-357.
- Coyne, J. C., & DeLongis, A. (1986). Going beyond social support : The role of social relationships in adaptation. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 54, 454-460.
- Coyne, J. C., & Downey, G. (1991). Social factors and psychopathology : Stress, social support, and coping processes. *Annual Review of Psychology*, 42, 401-425.
- Coyne, J. C., & Fiske, V. (1992). Couples coping with chronic and catastrophic illness. In T. J. Akamatsu, M. A. P. Stephens, S. E. Hobfoll & J. H. Crowther (Eds.), *Family health psychology* (pp. 129-149). Washington, DC : Hemisphere.
- Cutrona, C. E., & Suhr, J. A. (1992). Controllability of stressful events and satisfaction with spouse support behaviors. *Communication Research*, 19, 154-174.
- Davis, R. C., & Brickman, E. (1996). Supportive and unsupportive aspects of the behavior of others toward victims of sexual and nonsexual assault. *Journal of Interpersonal Violence*, 11(2), 250-262.
- Davis, R. C., Brickman, E., & Baker, T. (1991). Effects of supportive and unsupportive responses of others to rape victims : Effects on concurrent victim adjustment. *American Journal of Community Psychology*, 19, 443-451.

- Denkers, A. (1999). Factors affecting support after criminal victimization : Needed and received support from the partner, the social network, and distant support providers. *Journal of Social Psychology, 139*, 191-201.
- Ellis, E. M. (1983). A review of empirical rape research : Victim reactions and response to treatment. *Clinical Psychology Review, 3*, 473-490.
- Filipas, H. H., & Ullman, S. E. (2001). Social reactions to sexual assault victims from various support sources. *Violence and Victims, 16*(6), 673-692.
- Flaherty, J., & Richman, J. (1989). Gender differences in the perception and utilization of social support : Theoretical perspectives and an empirical test. *Social Science and Medicine, 28*, 1221-1228.
- Flannery, R. B. (1992). *Post-traumatic stress disorder : The victim's guide to healing and recovery*. New York : Crossroad.
- Foa, E. B., & Riggs, D. S. (1995). Posttraumatic stress disorder following assault : Theoretical considerations and empirical findings. *Current Directions in Psychological Science, 4*(2), 61-65.
- Foa, E. B., & Rothbaum, B. O. (1998). *Treating the trauma of rape : Cognitive-behavioral therapy for PTSD*. New York : Guilford Press.
- Foley, T. S. (1982). Family response to rape and sexual assault. In A. S. Burgess (Ed.), *Rape and sexual assault* (pp. 159-188). New York : Garland Publishing.
- Fontana, A., Swartz, L., & Rosenheck, R. (1997). Posttraumatic stress disorder among female Vietnam veterans : A causal model of etiology. *American Journal of Public Health, 87*(2), 169-175.
- Foy, D. W., Resnick, H. S., Sippelle, R. C., & Carroll, E. M. (1987). Premilitary, military, and postmilitary factors in the development of combat-related posttraumatic stress disorders. *The Behavior Therapist, 10*, 3-9.
- Frank, E., Turner, S. M., & Duffy, B. (1979). Depressive symptoms in rape victims. *Journal of Affective Disorders, 1*, 269-277.
- Golding, J. M., Siegel, J. M., Sorenson, S. B., & Burnam, M. A. (1989). Social support sources following sexual assault. *Journal of Community Psychology, 17*(1), 92-107.
- Golding, J. M., Wilsnack, S. C., & Cooper, L. (2002). Sexual assault history and social support : Six general population studies. *Journal of Traumatic Stress, 15*(3), 187-197.

- Gouvernement du Québec (2001). *Orientations gouvernementales en matière d'agression sexuelle*. La direction des communications du Ministère de la Santé et des Services sociaux, Bibliothèque nationale du Québec.
- Guay, S., Billette, V., & Marchand, A. (2002). Soutien social et trouble de stress post-traumatique : Théories, pistes de recherche et recommandations cliniques. *Revue Québécoise de Psychologie*, 23(3), 165-184.
- Guay, S., Billette, V., St-Jean Trudel, E., Marchand, A., & Mainguy, N. (2004). Thérapie de couple et trouble de stress post-traumatique. *Revue Francophone du Stress et du Trauma*, 4, 81-88.
- Halford, W. K., & Bouma, R. (1997). Individual psychopathology and marital distress. In W. K. Halford & H. J. Markman (Eds.), *Clinical handbook of marriage and couples interventions* (pp. 291-321). London : Wiley.
- Holmstrom, L. L., & Burgess, A. W. (1979). A rape : The husband's and boyfriend's initial reaction. *Family Coordinator*, 28, 321-330.
- Joseph, S., Williams, R., & Yule, W. (1997). *Understanding post-traumatic stress : A psychosocial perspective on PTSD and treatment*. Chichester : Wiley.
- Kaplan, R. M., Sallis, J. F., & Patterson, T. L. (1993). *Health and human behavior*. New York : McGraw Hill.
- Keane, T. M., Albano, A., & Blake, D. D. (1992). Current trends in the treatment of post-traumatic stress symptoms. In M. Basoglu (Ed.), *Torture and its consequences : Current treatment approaches* (pp. 363-401). Cambridge : Cambridge University Press.
- Khouzam, C., & Marchand, A. (1998). Conséquences d'une agression sexuelle récente vécue par la conjointe sur chacun des partenaires et sur la relation de couple : Recension des écrits. *Revue Sexologique*, 6, 129-157.
- Kilpatrick, D. G., Veronen, L. J., & Resick, P. A. (1979). The aftermath of rape : Recent empirical findings. *American Journal of Orthopsychiatry*, 49(4), 658-669.
- Kimerling, R., & Calhoun, K. S. (1994). Somatic symptoms, social support, and treatment seeking among sexual assault victims. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 62, 333-340.
- King, L. A., King, D. W., Fairbank, J. A., Keane, T. M., & Adams, G. A. (1998). Resilience-recovery factors in post-traumatic stress disorder among female and male Vietnam veterans : Hardiness, postwar social support, and additional stressful life events. *Journal of Personality and Social Psychology*, 74, 420-434.

- King, L. A., King, D. W., Foy, D. W., Keane, T. M., & Fairbank, J. A. (1999). Post-traumatic stress disorder in a national sample of female and male Vietnam veterans : Risk factors, war-zone stressors, and resilience-recovery variables. *Journal of Abnormal Psychology, 108*, 164-170.
- Lonsway, K. A., & Fitzgerald, L. F. (1994). Rape Myths. *Psychology of Women Quarterly, 18*, 133-164.
- Manne, S. L., Pape, S. J., Taylor, K. L., & Dougherty, J. (1999). Spouse support, coping and mood among individuals with cancer. *Annals of Behavioral Medicine, 21*(2), 111-121.
- Miller, W. R., Williams, A. M., & Bernstein, M. H. (1982). The effects of rape on marital and sexual adjustment. *American Journal of Family Therapy, 10*, 51-58.
- Ministère de la Sécurité publique du Québec (2004). *La criminalité au Québec, statistiques 2003*. Bibliothèque nationale du Québec.
- Mio, J., & Foster, J. D. (1991). The effects of rape upon victims and families : Implications for comprehensive family therapy. *American Journal of Family Therapy, 19*, 147-159.
- Moss, M., Frank, E., & Anderson, B. (1990). The effects of marital status and partner support on rape trauma. *American Journal of Orthopsychiatry, 60*, 379-391.
- Ozer, E. J., Best, S. R., Lipsey, T. L., & Weiss, D. S. (2003). Predictors of posttraumatic stress disorder and symptoms in adults : A meta-analysis. *Psychological Bulletin, 129*, 52-73.
- Popiel, D. A., & Susskind, E. C. (1985). The impact of rape : Social support as a moderator of stress. *American Journal of Community Psychology, 13*(6), 645-676.
- Primomo, J., Yates, B., & Woods, N. (1990). Social support for women during chronic illness : The relationship among sources and types to adjustment. *Research in Nursing and Health, 13*, 153-161.
- Pynoos, R. S., Sorenson, S. B., & Steinberg, A. M. (1993). Interpersonal violence and traumatic stress reactions. In L. Goldberger & S. Breznitz (Eds.), *Handbook of stress : Theoretical and clinical aspects (2nd ed.)* (pp. 573-590). New York : Free Press.
- Resick, P. A. (1993). The psychological impact of rape. *Journal of Interpersonal Violence, 8*(2), 223-255.
- Resick, P. A., Calhoun, K. S., Atkeson, B. M., & Ellis, E. M. (1981). Social adjustment in victims of sexual assault. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 49*(5), 705-712.

- Riggs, D. S., Byrne, C. A., Weathers, F. W., & Litz, B. T. (1998). The quality of the intimacy relationships of male Vietnam veterans : Problems associated with posttraumatic stress disorder. *Journal of Traumatic Stress, 11*(1), 87-101.
- Rothbaum, B. O., Foa, E. B., Riggs, D. S., Murdock, T., & Walsh, W. (1992). A prospective examination of post-traumatic stress disorder in rape victims. *Journal of Traumatic Stress, 5*(3), 455-475.
- Statistique Canada (1993). Tendances en matière de victimisation : 1988-1993. *Juristat, 14*(13), 85-002.
- Statistique Canada (2005). Crimes selon le type d'infraction. CANSIM, tableau 252-0013.
- Steketee, G., & Foa, E. (1987). Rape victims : Post-traumatic stress responses and their treatment. *Journal of Anxiety Disorders, 1*, 69-86.
- Tait, R., & Silver, R. C. (1989). Coming to terms with major negative life events. In J. S. Ullman & J. A. Bargh (Eds.), *Unintended thoughts* (pp. 351-382). New York : Guilford Press.
- Tarrier, N., & Humphreys, A. L. (2004). PTSD and social support of the environment : The development of social cognitive behavior therapy. In S. Taylor (Ed.), *Advances in the treatment of posttraumatic stress disorder : Cognitive-behavioral perspectives* (pp. 113-127). New York : Springer Publishing Co.
- Tarrier, N., Sommerfield, C., & Pilgrim, H. (1999). The effect of the relatives' level of expressed emotion (EE) on the outcome of psychological treatment of PTSD patients. *Psychological Medicine, 29*, 801-811.
- Tetreault, P. A., & Barnett, M. A. (1987). Reactions to stranger and acquaintance rape. *Psychology of Women Quarterly, 11*(3), 353-358.
- Thornhill, N. W., & Thornhill, R. (1990). An evolutionary analysis of psychological pain following rape : III. Effects of force and violent behavior. *Aggressive Behavior, 16*(5), 297-320.
- Uchino, B. N., Cacioppo, J. T., & Kiecolt-Glaser, J. K. (1996). The relationship between social support and physiological processes : A review with emphasis on underlying mechanisms and implications for health. *Psychological Bulletin, 119*, 488-531.
- Ullman, S. E. (1996a). Social reactions, coping strategies, and self-blame attributions in adjustment to sexual assault. *Psychology of Women Quarterly, 20*, 505-526.

- Ullman, S. E. (1996b). Do social reactions to sexual assault victims vary by support providers? *Violence and Victims, 11*, 143-157.
- Ullman, S. E. (1999). Social support and recovery from sexual assault : A review. *Agression and Violent Behavior, 4*(3), 343-358.
- Ullman, S. E., & Filipas, H. H. (2001a). Predictors of PTSD symptom severity and social reactions in sexual assault victims. *Journal of Traumatic Stress, 14*, 369-389.
- Ullman, S. E., & Filipas, H. H. (2001b). Correlates of formal and informal support seeking in sexual assaults victims. *Journal of Interpersonal Violence, 16*(10), 1028-1047.
- Ullman, S. E., & Siegel, J. M. (1995). Sexual assault, social reactions, and physical health. *Women's Health : Research on Gender, Behavior and Policy, 1*, 289-308.
- Valentiner, D. P., Foa, E. B., Riggs, D. S., & Gershuny, B. S. (1996). Coping strategies and posttraumatic stress disorder in female victims of sexual and nonsexual assault. *Journal of Abnormal Psychology, 105*(3), 455-458.
- White, P. N., & Rollins, J. C. (1981). Rape : A family crisis. *Family Relation, 30*, 103-109.
- Wills, T. A., & Fegan, M. F. (2001). Social networks and social support. In A. Baum, T. A. Revenson & J. E. Singer (Eds.), *Handbook of health psychology* (pp. 209-234). NJ : Lawrence Erlbaum.
- Winefield, H. R., Winefield, A. H., & Tiggeman, M. (1992). Social support and psychological well-being in young adults : The Multi-Dimensional Support Scale. *Journal of Personality Assessment, 58*, 198-210.
- Zoellner, L. A., Foa, E. B., & Bridigi, D. B. (1999). Interpersonal friction and PTSD in female victims of sexual and nonsexual assault. *Journal of Traumatic Stress, 12*, 689-700.

CHAPITRE II

ÉTAT DE STRESS POST-TRAUMATIQUE ET SOUTIEN SOCIAL CHEZ LES
FEMMES VICTIMES D'AGRESSION SEXUELLE : IMPACT DE L'IMPLICATION
DU CONJOINT SUR L'EFFICACITE DU TRAITEMENT COGNITIF-
COMPORTEMENTAL
(ARTICLE II)

Running head : SPOUSAL INVOLVEMENT IN CBT

Post-traumatic stress disorder and social support in female victims of sexual assault : The impact of spousal involvement on the effectiveness of cognitive-behavioral therapy

Valérie Billette

Université du Québec à Montréal

Stéphane Guay

Centre d'étude sur le trauma de l'Hôpital Louis-H. Lafontaine

André Marchand

Université du Québec à Montréal

Centre d'étude sur le trauma de l'Hôpital Louis-H. Lafontaine

Submitted for publication, Behavior Modification
March 2007

Résumé

L'état de stress post-traumatique (ÉSPT) est un trouble sévère et chronique fréquemment associé à l'agression sexuelle. Malgré que la psychothérapie cognitive-comportementale de l'ÉSPT s'avère actuellement un traitement de choix, ses résultats sont limités et les abandons fréquents. Le développement de traitements adaptés et spécifiques semble donc indiqué. Une avenue des plus prometteuses consiste à tenir compte de l'impact du soutien social dans l'amélioration du traitement de l'ÉSPT. Le but de cette étude était de documenter l'efficacité du traitement cognitif-comportemental auprès des victimes d'agression sexuelle souffrant d'ÉSPT en y impliquant le conjoint. Ainsi, en plus de viser la diminution des symptômes d'ÉSPT, la thérapie était axée sur l'amélioration du soutien offert par le conjoint et favorisait la gestion de l'impact de l'événement traumatique au sein du couple. Un protocole à cas unique avec niveaux de base multiples en fonction des individus a été utilisé. Trois femmes victimes d'agression sexuelle à l'âge adulte avec diagnostic d'ÉSPT ont participé à l'étude. Les résultats au post-test et à la relance de trois mois sont prometteurs. L'ensemble de participantes ne présente plus de diagnostic d'ÉSPT et rapporte une amélioration significative de leur satisfaction face au soutien reçu du conjoint.

Mots-clés : Agression sexuelle, soutien social, état de stress post-traumatique, traitement cognitif-comportemental, cas unique.

Abstract

Post-traumatic stress disorder (PTSD) is a severe chronic disorder often associated with sexual assault. Although cognitive-behavioral therapy is currently the treatment of choice for PTSD, the results are limited and the drop-out rate is high. It therefore appears to be necessary to develop specific, adapted treatments. One of the most promising avenues consists of taking the impact of social support into account to improve PTSD treatment. The goal of this study was to assess the effectiveness of cognitive-behavioral therapy with victims of sexual assault suffering from PTSD by involving the partner in course of therapy. Thus, in addition to attempting to reduce PTSD symptoms, the therapy focused on improving the support offered by the spouse and favored management of the impact of the traumatic event within the couple. A single-case, multiple-baseline across-subjects design was used. Three female victims of sexual assault with a diagnosis of PTSD participated in the study. Results at post-treatment and at three-month follow-up are promising. None of the participants still presented a diagnosis of PTSD and all reported a significant improvement in their level of satisfaction regarding their partner's support.

Keywords : Sexual assault, social support, post-traumatic stress disorder, cognitive-behavioral treatment, single-case.

Post-traumatic stress disorder and social support in female victims of sexual assault : The impact of spousal involvement on the effectiveness of cognitive-behavioral therapy

Of all crimes, sexual assault is the one that results in the most severe psychological aftermath (Breslau, Davis, Andreski, & Peterson, 1991; Wirtz & Harrell, 1987). Post-traumatic stress disorder (PTSD) is a severe disorder that is often associated with sexual assault. Epidemiological data show prevalence rate of up to 94 % in this population (Foa & Riggs, 1995; Rothbaum, Foa, Riggs, Murdock, & Walsh, 1992; Valentiner, Foa, Riggs, & Gershuny, 1996), as well as severe and persistent symptoms (Foa & Riggs, 1995; Valentiner et al., 1996).

PTSD in a context of sexual assault is therefore a complex and disabling disorder, which may last for several years in the absence of treatment. Even when treatment is available, the problems related to PTSD may still prove difficult to treat. Although cognitive-behavioral therapy (CBT) is currently the treatment of choice for PTSD (Bisson & Andrews, 2005; De Rubeis & Crits-Christoph, 1998; Guay, Marchand, Lavoie, Grimard, & Bond, 2006; INSERM, 2004) and is the form of psychotherapy that has the most empirical support for its effectiveness (Foa, 2000; Foa & Meadows, 1997; Solomon, 1997), success rates range only from 46 % to 54 % when drop-outs are taken into consideration (Bradley, Greene, Russ, Dutra, & Westen, 2005). Thus, the development of specific and adapted treatments is justified.

One of the most promising avenues consists of taking into account the impact of social support on improving the treatment of PTSD. In fact, the theoretical models of PTSD describe social support as an intermediate variable capable of influencing the development and maintenance of the disorder (Foa, Steketee, & Rothbaum, 1989; Foy, Osato, Houskamp, & Neumann, 1992; Horowitz, 1986; Jones & Barlow, 1990; Joseph, Williams, & Yule, 1997; Keane, Zimering, & Caddell, 1985). Furthermore, a recent meta-analysis (77 studies) examining the risk factors related to PTSD showed that lack of social support was the strongest predictor of the development and maintenance of PTSD ($ES = .40$;

Brewin, Andrews, & Valentine, 2000). In a subsequent meta-analysis (11 studies), social support was consistently found to be among the strongest predictive factors of PTSD (*weighted average* $r = .28$), along with perceived life threat (*weighted average* $r = .26$), and peri-traumatic emotions (*weighted average* $r = .26$; Ozer, Best, Lipsey, & Weiss, 2003). Several other studies also indicate that social support is a variable contributing to the development and maintenance of PTSD and to the victim's recovery (see Guay, Billette, & Marchand, 2006; Guay, Marchand, & Billette, 2006).

Social support appears to be an especially relevant factor since the victims of sexual assault, unlike the victims of other traumatic events, are often blamed for the crime committed by a third party (Fontana, Swartz, & Rosenheck, 1997). Thus, sexual victimization is very much subject to stereotypical beliefs and victims of sexual assault are particularly likely to be exposed to negative social reactions (Fontana et al., 1997). These reactions have a damaging effect on the victims' psychological condition (Campbell, Ahrens, Sefl, Wasco, & Barnes, 2001; Filipas & Ullman, 2001; Ullman, 1999; Ullman & Filipas, 2001a; Zoellner, Foa, & Brigidi, 1999).

Moreover, the impact of sexual assault and PTSD can extend beyond the victim and disrupt intimate relationships, thereby affecting the quality of support received (Riggs, Byrne, Weathers, & Litz, 1998). Miller, Williams, and Bernstein (1982) note that sexual assault may affect the already vulnerable aspects of a couple's relationship by acting as an additional stress factor. Thus marital problems, mainly with regard to intimacy and sexuality (Byrne & Riggs, 2002), are often observed in couples when the woman has been a victim of sexual assault. Since the spouse generally becomes the main source of support after a traumatic event for a victim (Barker, Pistrang, Shapiro, & Shaw, 1990; Coyne & Fiske, 1992; Halford & Bouma, 1997; Primomo, Yates, & Woods, 1990) and the victim's subsequent well-being is linked more closely to the perceived support received from her partner than from other members of her social network (Denkers, 1999; Winefield, Winefield, & Tiggeman, 1992), the negative repercussions of marital problems must be considered.

The aforementioned factors clearly show that lack of support from friends and relatives, and particularly from the spouse in the case of victims who are in a relationship, can have a negative impact on the victim's condition after a traumatic event such as sexual assault. Thus treatment that gets a significant other involved such as the spouse and favors appropriate support could prove to be more effective than traditional treatment. Several researchers have claimed that there is a need to enhance social support in the treatment of PTSD (Guay et al., 2006; Riggs, 2000; Tarrier & Humphreys, 2003; Taylor, 2004). However, there is a lack of empirical research in this area. To the best of our knowledge, only the study by Guay, Billette, St-Jean Trudel, Marchand, and Mainguy (2004) has assessed the effectiveness of CBT involving the spouse and developed to improve the support provided by this person to individuals with PTSD. The results indicate that participants who had received treatment in which the spouse participated had a lower level of PTSD symptoms at post-test than those who had received individual treatment. They also perceived more of an improvement in their supportive relationships with their spouses. However, this study did not include victims of sexual assault and did not address the consequences of such a trauma for the couple. A study by Tarrier, Sommerfield, and Pilgrim (1999) also indicates that inappropriate support behaviors from close relatives of victims, measured at the beginning of therapy, affect the effectiveness of CBT for PTSD.

The goal of this study was therefore to assess the effectiveness of CBT for victims of sexual assault suffering from PTSD by involving the spouse. In addition to striving to decrease the symptoms of PTSD, the treatment aimed to improve the support offered by the spouse and favoring management of the impact of the traumatic event within the couple. In order to evaluate the effectiveness of this new form of CBT, an experimental single-case, multiple-baseline across-subjects design was used (see Barlow & Hersen, 1984; Ladouceur & Bégin, 1980 for the characteristics of single-case design).

Method

Participants

Three women who had developed PTSD following a sexual assault took part in this study. They were recruited from different community and hospital environments in the Montreal area. Advertisements in the media were also used.

To be included in this study, participants had to meet the following criteria : (a) be a woman; (b) be 18 years old or over; (c) have been a victim of sexual assault during adulthood; (d) have a primary diagnosis of moderate to severe chronic PTSD; (e) be part of a couple and live with the partner; and (f) have a spouse who consented to take part in the study. Potential participants were excluded if they met one of the following criteria : (a) the sexual assault corresponded to their first sexual relations, and (b) they had a substance abuse problem. Certain relationship variables were also considered as exclusion criteria : (a) the presence of physical conjugal violence, and (b) a high potential for separation. 15 participants were excluded. In order to control the effect of conditions that might have a negative impact on the study's internal validity, the participants had to agree : (a) not to start pharmacological treatment during the course of the study or less than eight weeks before the beginning of the study; (b) not to change their medication (type or dose) during the course of the study; and (c) not to take part in any other type of psychotherapy or support group during the course of the study.

Participant 1 was a 44-year-old woman, who was not employed at the time of the initial assessment and had a high school education. She had been in a relationship for 2 years 8 months and said she was satisfied with it. The sexual assault, perpetrated by an acquaintance, occurred 5 years ago. It should be noted that this participant had also been a victim of incest in the past. At the time of the assessment, she had severe chronic PTSD. She had no comorbid disorders. Participant 1 had a score of 60 on the Global Assessment of Functioning Scale (GAF; American Psychiatric Association [APA], 2000). She

was taking the following medication: mirtazapine, 30 mg/d, venlafaxine, 187 mg/d, and oxazepam, 15 mg as needed.

Participant 2 was a 28-year-old woman. She was employed as a veterinary technician and had a college education. She had been in a relationship for 1 year 5 months and said she was satisfied with it. The sexual assault, perpetrated by a stranger, occurred 11 years ago. At the time of assessment, the participant had moderate chronic PTSD. She had no comorbid disorders. She had a score of 65 on the GAF (APA, 2000). She was not taking any medication.

Participant 3 was a 43-year-old woman. She was employed as an accounting technician and had a university education. She had been in a relationship for 23 years and said she was satisfied with it. The sexual assault, perpetrated by a stranger, had occurred 24 years ago. At the time of the assessment, the participant had severe chronic PTSD. She had no comorbid disorders. She had a score of 60 on the GAF (APA, 2000). She was taking the following medication: venlafaxine, 150 mg/d, and clonazepam, 0.5 mg as needed.

Measures

The impact of treatment was assessed using standardized interviews, daily self-monitoring booklets and self-report questionnaires.

Standardized interview. The Structured Clinical Interview for DSM-IV (SCID-I; First, Spitzer, Gibbon, & Williams, 1995) is a semi-structured interview that assesses major Axis I disorders including past and ongoing PTSD. It was used to evaluate the presence or absence of PTSD and comorbid disorders and their severity.

Daily measurements. Daily self-monitoring booklets were used to assess the level of disturbance related to PTSD symptoms and the satisfaction with the support received from the spouse. Participants had to answer the following questions: (a) "To what extent did the symptoms of PTSD and their

consequences bother you today?" (b) "To what extent are you satisfied with the support (related to PTSD and its consequences) you received from your spouse today?" using a scale ranging from 0 (not at all) to 100 (extremely). The criteria for PTSD were listed in each of the booklets to make the assessment easier. The booklets made it possible to establish a baseline level and allowed to track the participants' progress during treatment and follow-up period.

Self-report questionnaires. *The Modified PTSD Symptom Scale – Self-report* (MPSS-SR; Falsetti, Resnick, Resick, & Kilpatrick, 1993) assesses the severity and frequency of the 17 symptoms included in the three clusters of PTSD according to the DSM-IV : re-experiencing, avoidance and numbing, and hyperarousal. *The Beck Depression Inventory – II* (BDI-II; Beck, Steer, & Brown, 1996) is a 21-item questionnaire measuring the presence and intensity of depression symptoms. *The Inventory of Social Support in Anxious Situations* (ISSAS; St-Jean Trudel, Guay, Marchand, & O'Connor, 2005) is a self-report instrument of 65 items measuring the perceived frequency of different partners' behaviors during highly anxious situations. The respondent answers on a scale ranging from 1 ("never") to 5 ("always"). It is composed of two separate factors : (a) supportive interactions and (b) unsupportive interactions. *The Fear of Intimacy Scale* (FIS; Descutner & Thelen, 1991) is a 35-item questionnaire measuring anxiety and fear of intimacy in interpersonal relationships. A high score is indicative of a greater fear of intimacy. *The Interpersonal Exchange Model of Sexual Satisfaction Questionnaire* (Lawrance & Byers, 1998) is a questionnaire composed of three scales assessing sexual satisfaction. For this study, only one of these scales, *the Global Measure of Sexual Satisfaction* (GMSEX), which contains five items to evaluate overall sexual satisfaction, was used. *The Questionnaire on Satisfaction and Perceived Changes* (QSPC) was created for this study. It makes it possible to measure changes perceived by the victims (deterioration vs. improvement) with regard to certain dimensions related to support and the couple's relationship. This assessment is done with a Likert-type scale ranging from -4 (much worse) to +4 (much better). One item also evaluates the victims' perception of the impact of their spouse's support on their recovery, again using a Likert-type scale ranging from -4 (not at all related) to +4 (very closely related). *The Revised Conflict Tactics Scales* (CTS-2; Straus, Hamby,

Boney-McCoy, & Sugarman, 1996) is a 78-item questionnaire measuring the frequency of use of violent behaviors and injuries sustained in a context of conflict or disagreement during the previous 12 months. Finally, *the Marital Status Inventory* (MSI; Weiss & Cereto, 1980) measures the potential for separation. It includes 14 items (true or false).

Treatment

The cognitive behavioral treatment consisted of 22 to 27 sessions (depending upon each participant's needs), each lasting between 60 and 90 minutes. The protocol was composed of different strategies recommended by a consensus of experts in the field of PTSD (Foa, Davidson, & Frances, 1999) and sexual assault (Foa & Rothbaum, 1998; Resick & Schnicke, 1993). Treatment included the following components : (a) psychoeducation about PTSD and sexual assault; (b) anxiety management techniques; (c) cognitive restructuring; (d) emotional regulation; (e) in vivo and imaginal exposure; and (f) relapse prevention.

Four 60-minute sessions each involving the spouse were added to the CBT. One psychoeducation session on the nature and definition of PTSD symptoms and description of appropriate support behaviors (e.g., encouraging the victim to participate actively in treatment and do homework), and behaviors to avoid (e.g., avoiding talking about the traumatic event, criticizing the victim about how she handled her PTSD symptoms and their consequences) was held with the spouse alone at the beginning of the therapy. The reactions to the assault, the impact of the adherence to myths and the impact of the sexual assault on the couple's intimacy and sexuality were also addressed with the partner in a subsequent session. The spouse was met alone to make sure that he was comfortable asking questions that seemed relevant to him and expressing the emotions he felt about the different topics that were addressed. The third session was given at mid-treatment and was held with both the victim and the partner. The goal of this session was to favor the expression of emotions about the consequences of the traumatic event and the effect of treatment. The therapist led the discussion by providing an update on the victim's progress and the

treatment process. Then the therapist asked both partners to offer their views on these issues. The therapist ended the session by mentioning the treatment steps to come and reinforcing the appropriate behavioral modifications that the partners had made (e.g., less avoidance on the victim's part, more adequate support on the spouse's part). Finally the fourth session was also conducted with both the victim and the spouse and aimed to teach relapse prevention strategies. More specifically, a clear definition of a relapse was given, risk factors were identified, and actions that should be taken to prevent a relapse were described. The ways in which the spouse could help the victim in this process were explored individually with each couple.

Participants and their spouses were given a manual that covered issues of psychoeducation about the consequences of sexual assault, myths, PTSD, and CBT for PTSD. The manual also included information about the support strategies that the partner should adopt and how the victim should ask for support and reinforce the spouse for his positive support attempts (e.g., guide the partner in his efforts, suggest changes to improve his support without criticizing, etc.). The entire content of this manual was reviewed in the psychoeducation sessions at the beginning of the therapy. For each part of therapy, a treatment manual was used by the psychologist in order to increase the treatment integrity.

Therapist

A psychologist (the first author), who is a member of the Quebec order of psychologists, with five years of clinical experience and a specialization in CBT for PTSD and sexual assault, administered the treatment. Regular supervisory meetings were held with the second author, a clinical psychologist with 10 years of experience, who is a researcher in the field of PTSD.

Procedure

Recruited participants were assessed by independent evaluators (doctoral students in psychology) at the Trauma Study Center of Louis-H. Lafontaine Hospital in Montreal. The SCID-I was used to determine the presence of PTSD

and comorbid Axis I disorders and their severity. It is also at this assessment interview that the MSI and CTS-2 were administered and that the consent form was signed. If the participant met the eligibility criteria, she was shown how to complete the daily self-monitoring booklets. The various questionnaires, to be given to the therapist at the first meeting, were also given to her.

Each participant was then assigned to a baseline period, ranging from two to six weeks. These periods were extended until the participants had reached the stability criteria for PTSD symptoms, as observed with the self-monitoring booklets. The daily observations had to remain stable during this period, or else trend in the opposite direction to that expected further to treatment. The minimum baseline period was 14 days, as recommended by various authors (Barlow & Hesen, 1989; Ladouceur & Bégin, 1980). During the baseline period, the therapist individually met with participants every two weeks. The first participant to meet the stability criteria began therapy at that first session. The other participants benefited from a 30-minute preliminary session, during which only active listening was offered. The goal of these sessions was to control the effect of the therapeutic relationship during the baseline levels by allowing direct, regular contact with the therapist.

At the end of treatment, an independent evaluator reassessed the participants, using the SCID-I. The questionnaires were completed again. The same procedure was applied at the follow-up session three months later.

In order to assess the therapist's adherence to the treatment, all sessions were recorded (audio) and 25 % of them were checked by an independent evaluator using a coding chart for therapeutic integrity including all strategies that could be used during the therapy. For all three participants, treatment integrity reached 96 %.

Results

The impact of treatment was measured using the data from the self-monitoring booklets, the self-report questionnaires and the standardized

interviews. A level of global functioning was also determined for each participant following treatment. Self-monitoring booklets appeared to be completed adequately and regularly by participants. The results are presented on an individual basis in the following sections.

Daily Self-Monitoring

Figures 1 and 2 present, for each participant, each day, the level of disturbance related to PTSD symptoms and satisfaction with the support received from the spouse. To facilitate visual analysis, the data were smoothed to reduce the daily variability. The raw data were smoothed by taking, for each piece of data, a three-day mean, using the data for the given day, the previous day and the following day. A regression slope was also added to illustrate the general trend of the data.

The analysis of the daily observations suggests that all subjects responded positively to treatment. The PTSD symptoms decreased with treatment while satisfaction with support increased. The changes were maintained at three-month follow-up. Thus, for Participant 1, the mean scores for disturbance related to PTSD symptoms were 54.5 during the baseline period, 19.6 at the end of treatment, and 9.5 at follow-up, which represents a reduction of more than 80 %. For Participant 2, the mean scores were 38.9 at baseline, 17.5 at the end of treatment, and 7.9 at follow-up, which also represents a decline of close to 80 %. Participant 3 obtained mean scores of 47.3 at baseline, 29.3 at the end of treatment, and 2.93 at follow-up, which represents a reduction of more than 90 %.

With regard to satisfaction with support, for Participant 1, the mean scores were 54.3 at baseline, 99.3 at the end of treatment, and 100 at follow-up, which represents an increase of almost 85 %. For Participant 2, the mean scores were 36.8 at baseline, 65.4 at the end of treatment, and 82.6 at follow-up, which represents an increase of close to 125 %. Finally, Participant 3 obtained mean scores of 16.12 at baseline, 84.3 at the end of treatment, and 95 at follow-up, which represents an increase of more than 450 %.

Insert Figure 1 here

Insert Figure 2 here

Clinical assessment

Independent evaluators administered the SCID-I following treatment and at three-month follow-up. At post-treatment and follow-up, all three participants no longer met the diagnostic criteria for PTSD.

Self-report questionnaires

For the results of the self-report questionnaires, the C Index and the Reliable Change Index (RC) were calculated for the MPSS-SR, the BDI-II, the FIS, and the GMSEX, and that is for each testing time (Table 1). The C Index (Jacobson & Truax, 1991) was calculated for each questionnaire based on the scores at pretest and those for the normal population to determine whether the scores obtained at post-treatment and at follow-up had decreased to a clinically significant extent, that is, whether a non-clinical level had been achieved. The RC index (Jacobson & Truax, 1991) was calculated in order to determine the *degree of change* that had occurred during treatment and therefore assess whether the observed *level of improvement* was clinically significant. The cutoff point used was 1.65, which corresponds to a 95 % confidence interval.

Insert Table 1 here

C Index. Participant 1 obtained non-clinical scores for all questionnaires at post-treatment and follow-up. Participant 2 also obtained non-clinical scores for all questionnaires at post-test. At follow-up assessment, she obtained non-clinical scores on all questionnaires except the GMSEX, for which her score was slightly below normal. At post-test and follow-up, Participant 3 achieved non-clinical scores on the MPSS-SR, the FIS and the BDI-II but not the GMSEX. The results obtained on the questionnaires suggest that the treatment was effective for all participants and the progress they had made was maintained three months after treatment, since the participants obtained scores that were situated within the norms for the non-clinical population on most instruments.

Reliable Change Index. Participant 1 showed significant improvement on all questionnaires at both testing times. Participant 2 improved significantly on the MPSS-SR and the BDI-II at post-treatment and follow-up assessments. However, she did not make significant progress on the FIS or the GMSEX. Note, however, that her scores were still at the non-clinical threshold. At post-treatment assessment, Participant 3 showed significant positive changes on all questionnaires except the BDI-II, for which her score nevertheless remained non-clinical. These scores were maintained at follow-up, except for the GMSEX, which score decreased.

Endstate functioning. An endstate functioning index was determined based on the number of questionnaires (MPSS-SR, BDI-II, FIS, GMSEX) for which non-clinical levels of severity (C Index), significant progress (RC Index) and absence of a diagnosis of PTSD were obtained. Based on the number of measures meeting these criteria, a low (0–1), moderate (2–3) or high (4–5) level of functioning was ascribed to each participant. Participant 1 achieved a high level of functioning at post-treatment assessment and follow-up. Participants 2 and 3 achieved a moderate level of functioning at both testing times.

With regard to medication, at three-month follow-up, Participant 1 stopped taking antidepressants. Participant 2 never started pharmacological treatment and Participant 3's medication remained stable.

Support and Satisfaction questionnaires. Figure 3 shows the scores on the ISSAS and the QSPC for each participant at all testing times. All three participants reported a decrease in unsupportive interactions and an increase in supportive interactions from pre-test to follow-up. They also noted an improvement regarding their requests for support from their spouses and the support offered by them. Participants 1 and 3 reported that the quality of their relationship with their partners had improved.

Insert Figure 3 here

All participants also stated that if they had had a choice, they would have wanted their spouse to take part in the therapy and reported that they perceived that their spouses' support was related (+4, +2 and +1) to their recovery.

Discussion

The goal of this study was to assess the effectiveness of CBT for PTSD, with a focus on improving social support from the spouse and the couple's relationship, in victims of sexual assault. Overall, the results obtained support the effectiveness of such treatment. None of the participants continued to present a diagnosis of PTSD and all reported a significant increase in their satisfaction with the support they had received from their spouses. One of the participants achieved a high level of functioning and the other two presented moderate levels of functioning. These observations were maintained at three-month follow-up. However, it should be mentioned that taking both index (C and RC) into account simultaneously in establishing the endstate functioning index is a very conservative method of calculating this index. We would have obtained high functioning levels for all three participants if the C Index alone had been used. We should add that the scores on the ISSAS indicate that all participants reported a decline in negative support behaviors after the treatment. Since negative support has been identified as strongly related to the development and maintenance of PTSD symptoms (Davis & Brickman, 1996; Ullman, 1996a,

1999), these results are highly promising. The results also indicate that all participants perceived their recovery to be related to the improved support received from their spouses. Future research exploring how PTSD symptoms interact with support during treatment could provide more information about the relationship between these variables. Among other things, the relative effectiveness of each component of the treatment has not been systematically evaluated. It could also be relevant in future studies to try to identify which social support components are the most effective.

Certain characteristics specific to each participant should be mentioned here. Thus, regarding Participant 2, it is important to note that she ended her relationship between post-test and follow-up, which explains the deterioration in the quality of her relationship and the absence of any significant progress regarding sexuality and intimacy. She explained this decision by saying that the improvement in her condition made her want to realize her full potential in a relationship that corresponded better to her expectations. Among other things, she now wants to have children, unlike her former partner. However, he continues to be her most significant other and both of them agreed that he should continue to be involved in the study. Thus, they continued to see each other regularly and reported that they were still having sexual relations. As a result, the measurements concerning the spouse were maintained. As for Participant 3, we should note that the slight increase in depressive symptoms at post-treatment assessment seems to be attributable to the end of her treatment. And in fact, this participant reported that she had found it hard to end her therapy. We should add that the results obtained still remained at the sub-clinical level. It is also interesting to mention that Participants 1 and 3 decided to return to school and Participant 1 got married a few months after the treatment. Regarding the length of treatment, it appears to have taken longer for two of the participants because the imaginal exposure strategies were prolonged, given that the duration of the aggression was longer in both cases.

Overall, this innovative, adapted treatment seems to be very promising. The results suggest that the increase in satisfaction with the support received from the spouse coincides with the progress of the therapy, and that the therapy

generally results in improvements in the relationship. Moreover, its effectiveness was assessed using multiple, complementary measures. We should add that it was applied to chronic PTSD cases that had experienced an event considered to be highly traumatic (Breslau et al., 1991; Norris, Foster, & Weisshaar, 2002). The number of sessions also proved to be representative of the treatment available in community clinics. Since these types of problems and traumas can represent a therapeutic challenge for many professionals, the creation of an additional therapeutic tool that is proven to be effective is likely to be very valuable.

Nevertheless, despite the interesting results, this study has certain limitations. For one thing, the generalizability of the results is limited due to the protocol used and the limitations on external validity. Moreover, the absence of a control group means that we cannot compare the effectiveness with that of other types of psychotherapy. Furthermore, all participants were in relatively stable relationships. Consequently, we do not know whether including the spouse in the treatment for PTSD would be recommended for couples who are close to separation/divorce or for whom physical violence is a factor. Furthermore, studies have shown that half of all individuals present at least two anxiety disorders simultaneously (Brown, Campbell, Lehman, Grisham, & Mancill, 2001; Kessler, Sonnega, Bromet, Hugues, & Nelson, 1995) and that, of all Axis I disorders, major depression is the syndrome most frequently associated with PTSD (Kessler et al., 1995). This was not the case for our sample, although it was not an exclusion criterion. We therefore do not know what the impact of this intervention would be if there were comorbid disorders such as major depression.

It might also be relevant to consider the sensitivity of the daily observations. Because we wanted to simplify things for the participants by limiting the number of questions to be answered each day, our observations are less detailed. Thus, the question about PTSD symptoms, "To what extent did the symptoms of PTSD and their consequences bother you today?", concerns all symptoms of the disorder, which may have been difficult for participants to quantify. We should also note that the increase in the level of disturbance observed following the start of therapy may be attributable to better identification of the daily impact of the disorder, promoted by the psychoeducation sessions

and the identification of avoided situations in the context of in vivo exposure. These ratings may therefore have been higher afterwards, as the participants were better able to accurately identify their reactions. However, we should note that the general trend observed with the use of the booklets was in accordance with the results obtained on the clinical evaluations and questionnaires.

To the best of our knowledge, this study is the first to assess the effect of a treatment involving the spouse on victims of sexual assault who are suffering from PTSD. The results could help clinicians to assess and target the quality of a victim's social interactions, in addition to the PTSD symptoms. The structure of the proposed program—namely sessions designed to improve support in addition to conventional treatment—does not require any specific skills in couple therapy, which means that it could conceivably be applied all clinician. The data informing us that the victims appreciate this kind of involvement and consider it to be important for their recovery also support the relevance of this treatment protocol and reinforce the importance of having the spouse participate.

In conclusion, given the magnitude of the consequences of sexual assault and PTSD on victims' quality of life and the promising results obtained in this study, clinicians should consider adding the assessment of, and intervention in, social interactions to their practices.

References

- American Psychiatric Association (2000). *Diagnostic and statistical manual, 4th ed., Text revision (DSM-IV-TR)*. Washington, DC : American Psychiatric Association.
- Barker, C., Pistrang, N., Shapiro, D. A., & Shaw, I. (1990). Coping and help seeking in the UK adult population. *British Journal of Clinical Psychology, 29*, 271-285.
- Barlow, D. H., & Hersen, M. (1984). *Single case experimental design : Strategies for studying behavior change (2nd ed.)*. New York : Pergamon.
- Beck, A. T., Steer, R. A., & Brown, G. K. (1996). *Manuel de l'Inventaire de dépression de Beck (2e éd.)*. Canada : Harcourt Brace & Compagny.
- Bisson, J., & Andrews, M. (2005). Psychological treatment of post-traumatic stress disorder (PTSD). *Cochrane Database System Review, 18*(2), CD003388.
- Bradley, R., Greene, J., Russ, E., Dutra, L., & Westen, D. (2005). A multidimensional meta-analysis of psychotherapy for PTSD. *American Journal of Psychiatry, 162*, 214-227.
- Breslau, N., Davis, G. C., Andreski, P., & Peterson, E. (1991). Traumatic events and posttraumatic stress disorder in an urban population of young adults. *Archives of General Psychiatry, 48*, 216-222.
- Brewin, C. R., Andrews, B., & Valentine, J. D. (2000). Meta-analysis of risk factors for post-traumatic stress disorder in trauma-exposed adults. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 68*, 748-766.
- Brewin, C. R., MacCarthy, B., & Furnham, A. (1989). Social support in the face of adversity : The role of cognitive appraisal. *Journal of Research in Personality, 23*, 354-372.
- Brown, T. A., Campbell, L. A., Lehman, C. L., Grisham, J. R., & Mancill, R. B. (2001). Current and lifetime comorbidity of the DSM-IV anxiety and mood disorders in a large clinical sample. *Journal of Abnormal Psychology, 110*(4), 585-599.
- Byrne, C. A., & Riggs, D. S. (2002). Gender issues in couple and family therapy following traumatic stress. In R. Kimerling, P. Ouimette & J. Wolfe (Eds.), *Gender and PTSD* (pp. 382-402). New York : Guilford Press.
- Campbell, R., Ahrens, C. E., Sefl, T., Wasco, S. M., & Barnes, H. E. (2001). Social reactions to rape victims : Healing and hurtful effects on psychological and physical health outcomes. *Violence and Victims, 16*(3), 287-302.

- Coyne, J. C., & Fiske, V. (1992). Couples coping with chronic and catastrophic illness. In T. J. Akamatsu, M. A. P. Stephens, S. E. Hobfoll & J. H. Crowther (Eds.), *Family health psychology* (pp. 129-149). Washington, DC : Hemisphere.
- Davis, R. C., & Brickman, E. (1996). Supportive and unsupportive aspects of the behavior of others toward victims of sexual and nonsexual assault. *Journal of Interpersonal Violence, 11*(2), 250-262.
- Davis, R. C., Brickman, E., & Baker, T. (1991). Effects of supportive and unsupportive responses of others to rape victims : Effects on concurrent victim adjustment. *American Journal of Community Psychology, 19*, 443-451.
- Denkers, A. (1999). Factors affecting support after criminal victimization : Needed and received support from the partner, the social network, and distant support providers. *Journal of Social Psychology, 139*, 191-201.
- DeRubeis, R. J., & Crits-Christoph, P. (1998). Empirically supported individual and group psychological treatments for adult mental disorders. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 66*(1), 37-52.
- Descutner, C. J., & Thelen, M. H. (1991). Development and validation of Fear-of-Intimacy Scale. *Psychological Assessment, 3*(2), 218-225.
- Falsetti, S. A., Resnick, H. S., Resick, P. A., & Kilpatrick, D. G. (1993). The Modified PTSD Symptom Scale : A brief self-report measure of posttraumatic stress disorder. *The Behavior Therapist, 16*(6), 161-162.
- Filipas, H. H., & Ullman, S. E. (2001). Social reactions to sexual assault victims from various support sources. *Violence and Victims, 16*(6), 673-692.
- First, M. B., Spitzer, R. L., Gibbon, M., & Williams, J. B. W. (1995). *Structured Clinical Interview for Axis I DSM-IV Disorders – Patient edition*. New York : New York State Psychiatric Institute, Biometrics Research Department.
- Foa, E. B. (2000). Psychosocial treatments of posttraumatic stress disorder. *Journal of Clinical Psychiatry, 61*(suppl. 5), 43-51.
- Foa, E. B., Davidson, J. R. T., & Frances, A. (1999). The expert Consensus Guideline Series. Treatment of post traumatic stress disorder. *Journal of Clinical Psychiatry, 60* (suppl.16), 4-76.
- Foa, E. B., & Meadows, E. A. (1997). Psychosocial treatments for posttraumatic stress disorder : A critical review. *Annual Review of Psychotherapy, 48*, 449-480.

- Foa, E. B., & Riggs, D. S. (1995). Posttraumatic stress disorder following assault : Theoretical considerations and empirical findings. *Current Directions in Psychological Science*, 4(2), 61-65.
- Foa, E. B., & Rothbaum, B. O. (1998). *Treating the trauma of rape : Cognitive-behavioral therapy for PTSD*. New York : Guilford Press.
- Foa, E. B., Steketee, G., & Rothbaum, B. (1989). Behavioral/cognitive conceptualizations of post-traumatic stress disorder. *Behavior Therapy*, 20, 155-176.
- Fontana, A., Swartz, L., & Rosenheck, R. (1997). Posttraumatic stress disorder among female Vietnam veterans : A causal model of etiology. *American Journal of Public Health*, 87(2), 169-175.
- Foy, D. W., Osato, S. S., Houskamp, B. M., & Neumann, D. A. (1992). Etiology of posttraumatic stress disorder. In P. A. Saigh (Ed.), *Posttraumatic stress disorder* (pp. 28-49). New York : Macmillan.
- Guay, S., Billette, V., & Marchand, A. (2006). Exploring the links between post-traumatic stress disorder and social support : Processes and potential research avenues. *Journal of Traumatic Stress*, 19, 1-12.
- Guay, S., Billette, V., St-Jean Trudel, E., Marchand, A., & Mainguy, N. (2004). Thérapie de couple et trouble de stress post-traumatique. *Revue Francophone du Stress et du Trauma*, 4, 81-88.
- Guay, S., Marchand, A., & Billette, V. (2006). Impact du soutien social sur l'état de stress post-traumatique. In S. Guay & A. Marchand (Dir.), *Les troubles liés aux événements traumatiques* (pp. 369-384). Montréal : Les Presses de l'Université de Montréal.
- Guay, S., Marchand, A., Lavoie, V., Grimard, F., & Bond, S. (2006). Les interventions psychologiques pour l'état de stress post-traumatique. In S. Guay & A. Marchand (Dir.), *Les troubles liés aux événements traumatiques* (pp. 192-214). Montréal : Les Presses de l'Université de Montréal.
- Halford, W. K., & Bouma, R. (1997). Individual psychopathology and marital distress. In W. K. Halford & H. J. Markman (Eds.), *Clinical handbook of marriage and couples interventions* (pp. 291-321). London : Wiley.
- Horowitz, M. J. (1986). *Stress response syndrome (2nd ed.)*. New York : Jason Aronson.
- INSERM (2004). *Psychothérapies : Trois approches évaluées*. Paris : Éditions INSERM.

- Jacobson, N. S., & Truax, P. (1991). Clinical significance : A statistical approach to defining meaningful change in psychotherapy research. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 59*(1), 12-19.
- Jones, J. C., & Barlow, D. H. (1990). The etiology of post-traumatic disorder. *Clinical Psychology Review, 10*, 299-328.
- Joseph, S., Williams, R., & Yule, W. (1997). *Understanding post-traumatic stress : A psychosocial perspective on PTSD and treatment*. Chichester, England : Wiley.
- Keane, T. M., Zimering, R. T., & Caddell, J. M. (1985). A behavioral formulation of post-traumatic stress disorder in combat veterans. *The Behavior Therapist, 8*, 9-12.
- Kessler, R. C., Berglund, P., Demler, O., Jin, R., Merikangas, K. R., & Walters, E. E. (2005). Lifetime prevalence and age-of-onset distributions of DSM-IV disorders in the National Comorbidity Survey Replication. *Archives of General Psychiatry, 62*, 593-603.
- Kessler, R. C., Sonnega, A., Bromet, E., Hugues, M., & Nelson, C. B. (1995). Posttraumatic stress disorder in the National Comorbidity Survey. *Archives of General Psychiatry, 52*, 1048-1060.
- Ladouceur, R., & Bégin, G. (1980). *Protocoles de recherche en sciences appliquées et fondamentales*. St-Hyacinthe, QC : Edisem.
- Lawrance, K., & Byers, E. S. (1998). Interpersonal Exchange Model of Sexual Satisfaction Questionnaire. In C. M. Davis, W. L. Yarber, R. Bauserman, G. E. Schruer & S. L. Davis (Eds.), *Handbook of Sexuality-Related Measures*. Thousand Oaks, CA : Sage.
- Miller, W. R., Williams, A. M., & Bernstein, M. H. (1982). The effects of rape on marital and sexual adjustment. *American Journal of Family Therapy, 10*, 51-58.
- Norris, F. H., Foster, J. D., & Weisshaar, D. L. (2002). The epidemiology of sex differences in PTSD across developmental, societal and research context. In P. Kimerling, P. Ouimette & J. Wolfe (Eds.), *Gender and PTSD* (pp. 3-42). New York : Guilford.
- Ozer, E. J., Best, S. R., Lipsey, T. L., & Weiss, D. S. (2003). Predictors of Posttraumatic stress disorder and symptoms in adults : A meta-analysis. *Psychological Bulletin, 129*, 52-73.
- Primomo, J., Yates, B., & Woods, N. (1990). Social support for women during chronic illness : The relationship among sources and types to adjustment. *Research in Nursing and Health, 13*, 153-161.

- Resick, P. A., Calhoun, K. S., Atkeson, B. M., & Ellis, E. M. (1981). Social adjustment in victims of sexual assault. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 49*(5), 705-712.
- Resick, P. A., & Schnicke, M. K. (1993). *Cognitive processing therapy for rape victims : A treatment manual*. Thousand Oaks, CA : Sage Publications.
- Riggs, D. S. (2000). Marital and family therapy. In E. B. Foa, T. M. Keane & M. J. Friedman (Eds.), *Effective treatments for PTSD : Practice guidelines from the international society for traumatic stress studies* (pp. 280-301). New York : The Guilford Press.
- Riggs, D. S., Byrne, C. A., Weathers, F. W., & Litz, B. T. (1998). The quality of the intimacy relationships of male Vietnam veterans : Problems associated with posttraumatic stress disorder. *Journal of Traumatic Stress, 11*(1), 87- 101.
- Rothbaum, B. O., Foa, E. B., Riggs, D. S., Murdock, T., & Walsh, W. (1992). A prospective examination of post-traumatic stress disorder in rape victims. *Journal of Traumatic Stress, 5*(3), 455-475.
- Solomon, S. D. (1997). Psychosocial treatments of posttraumatic stress disorder. *Psychotherapy in Practice, 3*(4), 27-41.
- St-Jean Trudel, E., Guay, S., Marchand, A., & O'Connor, K. (2005). Développement et validation d'un questionnaire mesurant le soutien social en situation d'anxiété auprès d'une population universitaire. *Santé Mentale au Québec, 1*, 43-60.
- Straus, M. A., Hamby, S. L., Boney-McCoy, S., & Sugarman, D. B. (1996). The Revised Conflict Tactics Scales (CTS2) : Development and preliminary psychometric data. *Journal of Family Issues, 17*, 283-316.
- Tarrier, N., & Humphreys, A. L. (2003). PTSD and the social support of the interpersonal environment : The development of the social cognitive behavior therapy. *Journal of Cognitive Psychotherapy, 17*, 187-198.
- Tarrier, N., Sommerfield, C., & Pilgrim, H. (1999). The effect of the relatives' level of expressed emotion (EE) on the outcome of psychological treatment of PTSD patients. *Psychological Medicine, 29*, 801-811.
- Taylor, S. (2004). *Advances in the treatment of post-traumatic stress disorder*. New York : Springer.
- Thornhill, N. W., & Thornhill, R. (1990). An evolutionary analysis of psychological pain following rape : III. Effects of force and violent behavior. *Aggressive Behavior, 16*(5), 297-320.

- Ullman, S. E. (1996a). Social reactions, coping strategies, and self-blame attributions in adjustment to sexual assault. *Psychology of Women Quarterly, 20*, 505-526.
- Ullman, S. E. (1999). Social support and recovery from sexual assault : A review. *Aggression and Violent Behavior, 4*(3), 343-358.
- Ullman, S. E., & Filipas, H. H. (2001a). Predictors of PTSD symptom severity and social reactions in sexual assault victims. *Journal of Traumatic Stress 14*, 369-389.
- Valentiner, D. P., Foa, E. B., Riggs, D. S., & Gershuny, B. S. (1996). Coping strategies and posttraumatic stress disorder in female victims of sexual and nonsexual assault. *Journal of Abnormal Psychology, 105*(3), 455-458.
- Weiss, R. L., & Cereto, M. C. (1980). The Marital Status Inventory : Development of a measure of dissolution potential. *American Journal of Family Therapy, 8*, 80-85.
- Winefield, H. R., Winefield, A. H., & Tiggeman, M. (1992). Social support and psychological well-being in young adults : The Multi-Dimensional Support Scale. *Journal of Personality Assessment, 58*, 198-210.
- Wirtz, P. W., & Harrell, A. V. (1987). Victims and crime characteristics, coping responses and short and long-term recovery from victimization. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 55*(6), 866-871.
- Zoellner, L. A., Foa, E. B., & Bridigi, D. B. (1999). Interpersonal friction and PTSD in female victims of sexual and nonsexual assault. *Journal of Traumatic Stress, 12*, 689-700.

Figure 1

Level of disturbance related to PTSD symptoms reported by participants in their daily self-monitoring at baseline, during treatment and at follow-up

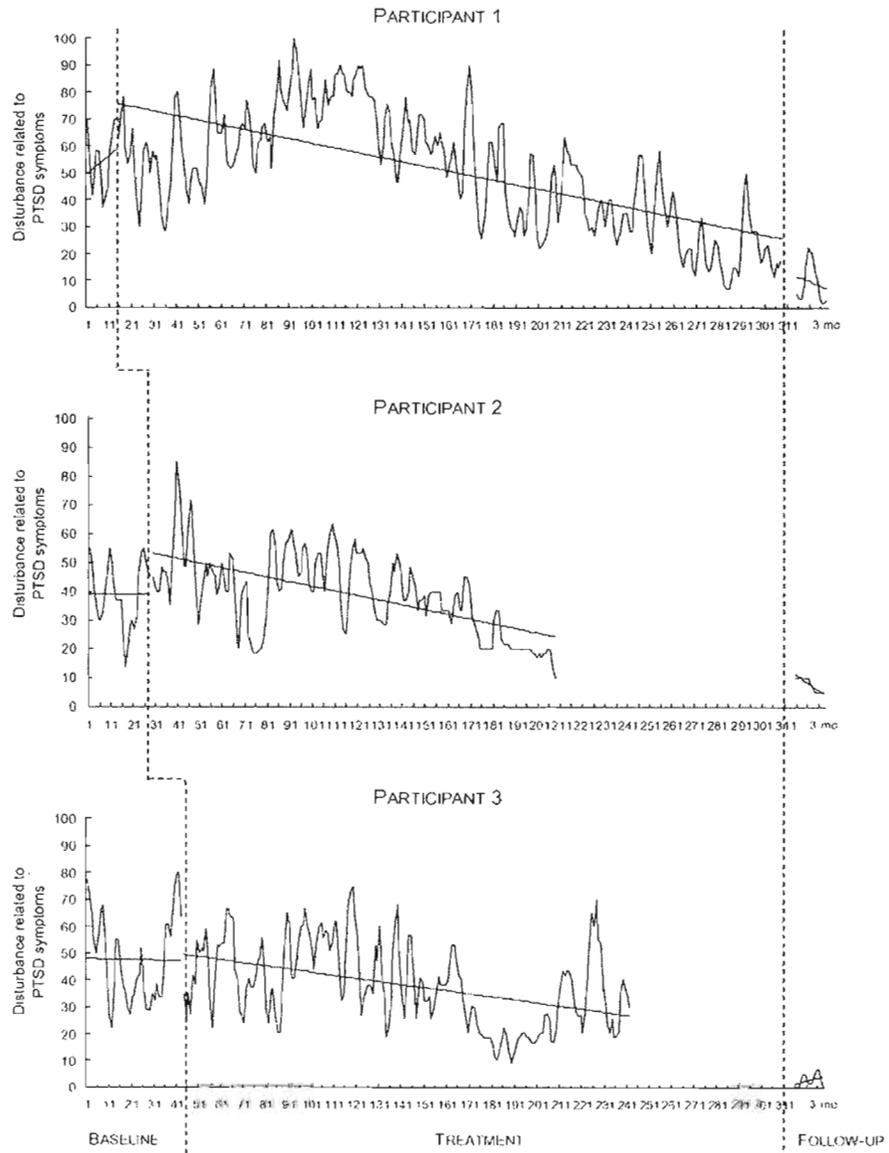


Figure 2

Satisfaction with support received from spouse reported by participants in their daily self-monitoring at baseline, during treatment and at follow-up

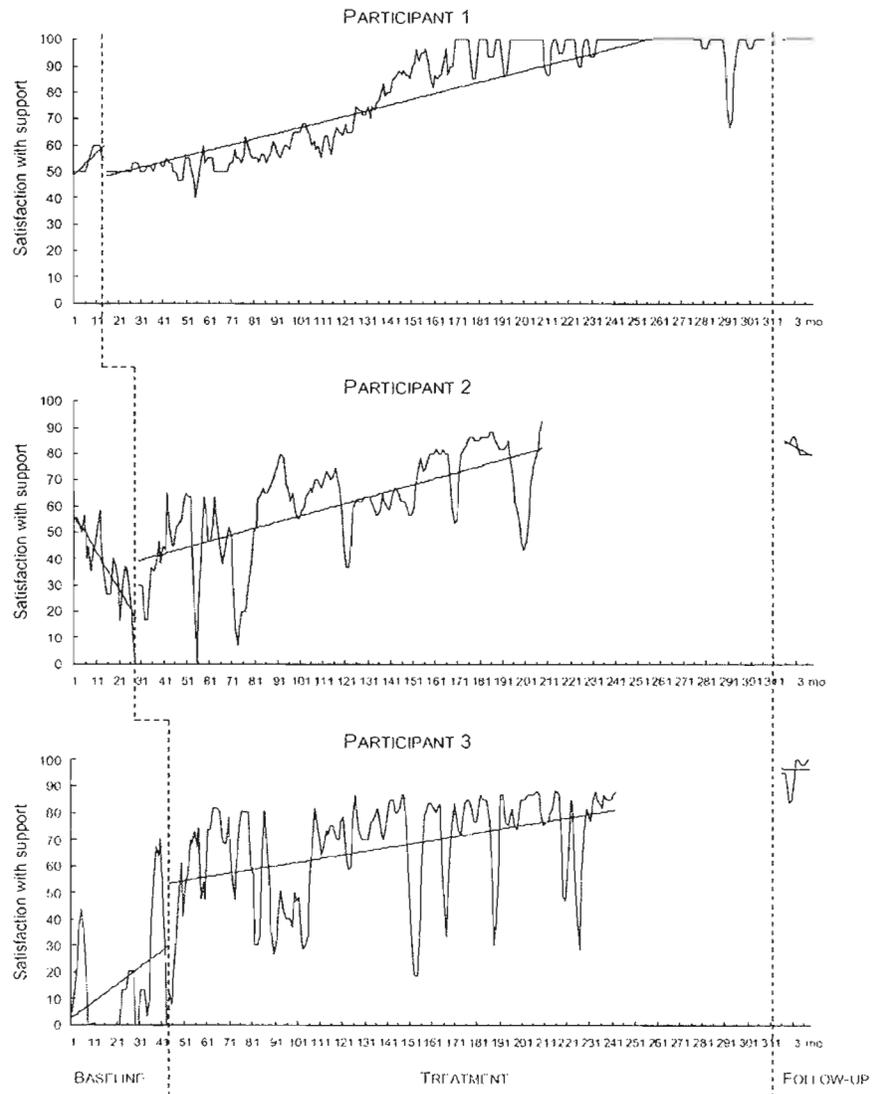


Table 1

Questionnaires cut-off points, level of improvement and scores obtained by participants at pre-test, post-test and follow-up

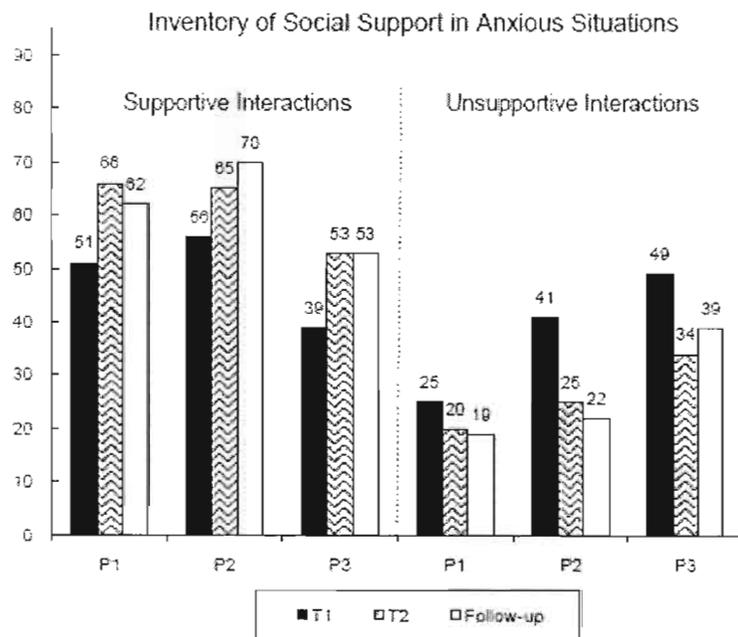
Questionnaires	C Value	Pre-test	Post-test	3-month Follow-Up	Level of improvement	
					Post-test	Follow-Up
Participant 1						
Modified PTSD Symptom Scale	42.45	70	18*	19*	4.06 ^a	3.98 ^a
Beck Depression Inventory	18.51	48	7*	4*	3.48 ^a	3.73 ^a
Global Measure of Sexual Satisfaction	26.23	23	33*	33*	2.68 ^a	2.68 ^a
Fear of Intimacy Scale	77.32	84	43*	39*	3.97 ^a	4.36 ^a
Participant 2						
Modified PTSD Symptom Scale	42.45	84	16*	8*	5.31 ^a	5.93 ^a
Beck Depression Inventory	18.51	28	3*	0*	2.12 ^a	2.37 ^a
Global Measure of Sexual Satisfaction	26.23	32*	30*	26	-0.54	-1.61
Fear of Intimacy Scale	77.32	53*	50*	58*	0.29	-0.48
Participant 3						
Modified PTSD Symptom Scale	42.45	45	15*	13*	2.34 ^a	2.50 ^a
Beck Depression Inventory	18.51	12*	15*	15*	-0.25	-0.25
Global Measure of Sexual Satisfaction	26.23	14	25	15	2.95 ^a	0.27
Fear of Intimacy Scale	77.32	100	66*	71*	3.29 ^a	2.81 ^a

*score in nonclinical range

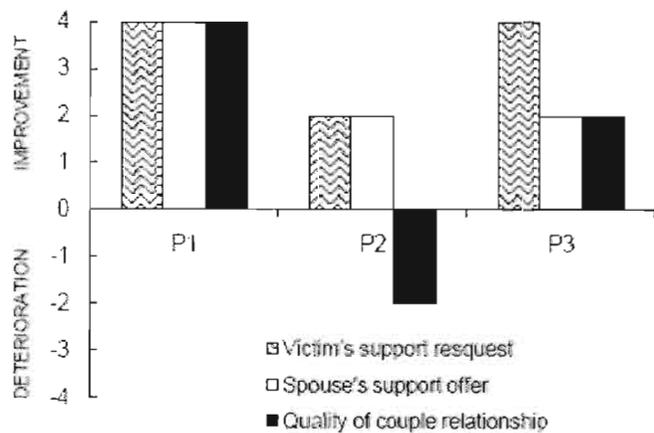
^a significant level of improvement

Figure 3

Scores obtained by each participant on the ISSAS and QSPC



Changes perceived between beginning and end of therapy



CHAPITRE III

DISCUSSION GÉNÉRALE

DISCUSSION GÉNÉRALE

Ce dernier chapitre consiste en une discussion générale des objectifs, des observations théoriques et des résultats empiriques de la présente thèse doctorale. Il se subdivise en cinq sections. La première partie aborde les notions théoriques et l'élaboration du traitement adapté aux victimes d'agression sexuelle souffrant d'ÉSPT. La deuxième partie porte sur l'interprétation des résultats obtenus à partir de l'étude empirique portant sur l'efficacité du traitement et ce, en fonction des hypothèses énoncées. La troisième section adresse les implications et contributions cliniques. La quatrième partie aborde les considérations méthodologiques et les limites de la recherche. Finalement, la dernière partie traite des directions futures dans le domaine, sur le plan clinique et de la recherche.

Intégration des notions provenant de la littérature et élaboration du traitement

Le premier objectif de la présente thèse consistait à réaliser une synthèse des écrits portant sur le soutien social dans un contexte d'agression sexuelle afin de dégager les considérations particulières à ce champ d'étude et les applications possibles dans le traitement cognitif-comportemental (TCC) de l'ÉSPT.

En résumé, la synthèse de la littérature nous apprend que : 1) de nombreuses victimes d'agression sexuelle reçoivent un soutien inadéquat; 2) le soutien social inadéquat peut avoir un impact négatif sur l'état psychologique de la victime (dont l'ÉSPT) et nuire au rétablissement; 3) à la suite d'un événement traumatique, le conjoint devient généralement la principale source de soutien pour une victime vivant en couple et le degré de bien-être ultérieur de la victime est lié à sa perception du soutien reçu de son partenaire; 4) l'adhésion aux mythes entourant l'agression sexuelle est fréquente et ce facteur a un impact sur le rétablissement de la victime; 5) l'agression sexuelle et l'ÉSPT ont des conséquences négatives sur la relation de couple (détresse, communication, sexualité, intimité) et ces conséquences peuvent affecter la qualité du soutien

conjugal. C'est sur ces considérations particulières qu'a été basé le traitement élaboré pour la présente thèse.

Le second objectif de la thèse visait à élaborer un traitement cognitif-comportemental impliquant le conjoint pour les victimes d'agression sexuelle à l'âge adulte souffrant d'ÉSPT à partir du traitement individuel existant. Différentes composantes identifiées comme pertinentes à la suite de la synthèse des écrits ont donc été adaptées et ajoutées sous la forme d'information et de conseils psychoéducatifs. Des cliniciens et des chercheurs d'expérience ont participé à l'élaboration de cette adaptation. Ainsi, le traitement proposé innove et se distingue grâce aux composantes ajoutées et au format utilisé.

Composantes

Psychoéducation sur les réactions à l'agression sexuelle et sur l'ÉSPT. Ce premier volet vise à informer le conjoint sur les réactions de sa partenaire à l'événement traumatique pour faciliter sa compréhension des difficultés vécues quotidiennement par cette dernière.

Psychoéducation sur les demandes et offres de soutien. Ce volet a pour but de sensibiliser la victime et son conjoint à l'impact du soutien social sur le rétablissement et de distinguer les comportements de soutien adéquats des comportements inadéquats.

Psychoéducation sur les mythes. Ce volet vise à éduquer le conjoint et la victime sur les jugements et les croyances pouvant affecter les perceptions, principalement en ce qui concerne la responsabilité de la victime, et possiblement avoir un impact sur le soutien offert.

Psychoéducation sur les conséquences de l'agression sexuelle sur le couple. Ce volet a pour objet d'informer la victime et son conjoint sur les conséquences de l'événement sur le couple, principalement en ce qui concerne l'aisance dans l'intimité et la sexualité, de normaliser leurs réactions et de favoriser les discussions.

Format

Le format de l'intervention proposée se distingue par la simplicité avec laquelle il est possible de l'intégrer à la thérapie individuelle. En effet, les volets ajoutés, quatre rencontres d'une heure, se sont voulus brefs et ne nécessitent pas d'habiletés spécifiques en thérapie conjugale. L'ordre des rencontres a également été pensé dans le but de favoriser les succès et d'amener le conjoint à s'impliquer dès le début du suivi. La rencontre avec les deux membres du couple à la mi-traitement donne également la possibilité au conjoint de se réajuster par rapport à la qualité et la fréquence de ses interventions et favorise les échanges entre les conjoints, diminuant ainsi les risques de rupture dans le processus de communication observé chez de nombreux couples dont la femme a été victime d'agression sexuelle (Miller, Williams, & Bernstein, 1982). La dernière rencontre permet de favoriser l'implication du conjoint dans le maintien des acquis.

Le traitement novateur proposé se démarque donc par son originalité, son accessibilité et par l'intégration des notions résumées précédemment tirées de la littérature scientifique. En effet, cette thèse apporte une contribution considérable en répondant directement aux constats et aux propositions de nombreux chercheurs dans le domaine.

Évaluation du traitement - interprétation des résultats

La présente thèse a également comme objectif de documenter l'impact de l'application de la TCC impliquant le conjoint sur les symptômes d'ÉSPT, la satisfaction face au soutien reçu et les conséquences sur le couple. Selon les hypothèses proposées : 1) les victimes ne devaient plus présenter le diagnostic de l'ÉSPT à la suite du traitement; 2) les symptômes d'ÉSPT devaient diminuer de façon significative à la suite du traitement; 3) il devait y avoir maintien des progrès lors de la relance à trois mois; 4) les victimes devaient percevoir une amélioration en ce qui concerne le soutien reçu du conjoint; 5) les principales conséquences de l'agression sexuelle sur le couple (insatisfaction sexuelle, peur

de l'intimité) se devaient d'être *mieux gérées*. Ainsi, une augmentation de la satisfaction sexuelle et une diminution de la peur de l'intimité au sein du couple devaient être observées.

Les résultats présentés dans le chapitre II appuient ces hypothèses. En effet, aucune des participantes ne présente un diagnostic d'ÉSPT à la suite du traitement (hypothèse 1) et le nombre et l'intensité des symptômes ont grandement diminué pour chacune d'entre elles (hypothèse 2). Ces progrès se sont maintenus dans le temps (hypothèse 3). Finalement, l'ensemble de participantes rapporte une augmentation de la satisfaction en ce qui concerne le soutien reçu du conjoint (hypothèse 4).

Par contre, la cinquième hypothèse de recherche ne se trouve que partiellement soutenue par les résultats obtenus. Le traitement impliquant le conjoint a effectivement engendré une augmentation de l'aisance dans l'intimité pour les participantes 1 et 3 sans toutefois favoriser cette amélioration chez la participante 2. Rappelons toutefois que les scores obtenus par cette dernière restent sous-cliniques. En ce qui concerne la satisfaction sexuelle, malgré des progrès significatifs pour la participante 1, contrairement à nos attentes initiales, ceux des participantes 2 et 3 sont limités. Rappelons toutefois que pour la participante 2, ces résultats peuvent s'expliquer par la séparation et que cette dernière visait l'atteinte d'un mieux-être. De plus, considérons que les scores de la participante 3 suggèrent des progrès significatifs au post-test, progrès qui ne se sont toutefois pas maintenus à la relance. La présente recherche ne nous permet donc pas de tirer des conclusions claires quant à ces variables.

Certaines hypothèses peuvent toutefois être énoncées pour expliquer ces résultats limités. Ainsi, il est important de préciser que la participante 3 était confrontée à de nombreux stressors (difficultés financières, rénovations majeures, etc.) lors du post-test et de la relance. Ces éléments pourraient ainsi avoir affecté la satisfaction sexuelle, amenant les conjoints à être entre autres moins disponibles. On peut également suggérer que la diminution de la peur des rapports sexuels à la suite du traitement ait pu amener la participante à être plus critique face à sa vie sexuelle et par le fait même moins satisfaite. La poursuite

de l'évaluation de l'efficacité du traitement dans sa forme actuelle nous semble donc pertinente puisqu'il s'avère efficace en l'absence d'interférence.

Ainsi, le but principal de la présente thèse, soit de documenter l'efficacité de la TCC auprès des victimes d'agression sexuelle souffrant d'ÉSPT en y impliquant le conjoint, semble atteint. Les résultats sont prometteurs et suggèrent de nouvelles pistes de recherche et d'applications cliniques.

Certains résultats s'avèrent également comparables avec les données provenant des écrits existants sur le soutien social dans le contexte d'une agression sexuelle. Le faible taux de satisfaction en ce qui concerne le soutien reçu du conjoint au pré-test est en effet concordant avec les études rapportant un soutien inadéquat et nuisible à l'ajustement chez de nombreuses victimes d'agression sexuelle (Filipas & Ullman, 2001; Golding, Wilsnack, & Cooper, 2002; Ullman, 1999). Le faible taux de soutien durant le niveau de base peut nous amener à nous questionner sur l'efficacité de la thérapie si l'amélioration du soutien n'avait pas été ciblée. La chronicité des symptômes d'ÉSPT chez les participantes se veut également concordante avec les données empiriques suggérant la persistance des symptômes d'ÉSPT chez les victimes d'agression sexuelle (Foa & Riggs, 1995; Valentiner, Foa, Riggs, & Gershuny, 1996). En effet, les femmes rencontrées présentaient un ÉSPT modéré et sévère et ce bien que l'agression se soit produite il y a 5, 11 ou 24 ans. Les participantes 1 et 3 présentaient des difficultés sur le plan sexuel et de l'intimité, ce qui est également concordant avec les éléments recensés (Byrne & Riggs, 2002). La participante 2 est toutefois moins représentative à ce niveau.

Les données empiriques en ce qui concerne l'efficacité des traitements impliquant le conjoint étant presque inexistantes, il nous apparaît difficile d'approfondir les comparaisons. Nous ne pouvons que rappeler les résultats prometteurs de Guay et ses collaborateurs (2004) et espérer la réplication de ce type d'études. De nombreux auteurs suggèrent d'intervenir auprès des proches, de la famille ou du conjoint des victimes et notent l'importance du soutien adéquat dans le rétablissement. Les résultats de la présente étude apportent un appui significatif à cette suggestion.

Implications cliniques

Au plan clinique, la présente étude pourrait en premier lieu permettre d'aider les victimes d'agression sexuelle dans leur rétablissement. Le nombre de victimes d'agression sexuelle présentant un ÉSPT étant élevé et ce trouble s'avérant incapacitant, il s'avère essentiel de porter une attention spécifique à cette population. De plus, l'ÉSPT peut perdurer plusieurs années en l'absence de traitement et lorsqu'un traitement est disponible, les problèmes qui y sont associés peuvent malgré tout s'avérer difficiles à traiter. Les taux de succès de la TCC varient en effet entre 46 et 54 % lorsque les abandons sont considérés (Bradley, Greene, Russ, Dutra & Westen; 2005). Ainsi, le développement de traitements adaptés et spécifiques semblait tout indiqué. La présente thèse permet de souligner l'importance de tenir compte du soutien social et d'en faire un ingrédient thérapeutique pouvant favoriser l'ajustement psychologique des victimes. On peut aussi penser que la participation du conjoint au traitement pourrait diminuer le taux d'attrition en permettant aux victimes de se sentir appuyées dans leur démarche et dans les difficultés qu'elle comporte.

De plus, les événements traumatiques de nature interpersonnelle bouleversant la conception du monde et de la nature humaine des victimes, nous croyons qu'il peut être bénéfique pour la victime de voir son conjoint s'impliquer. En effet, l'implication d'un homme qui semble vouloir son bien pourrait faciliter la confrontation des croyances dysfonctionnelles de la victime, ce qui peut être un gain supplémentaire sur le plan clinique.

Ajoutons que les stratégies thérapeutiques évaluées dans la présente étude pourraient aussi favoriser le rétablissement de la satisfaction conjugale et avoir un impact certain sur les coûts sociaux qu'entraînent les conséquences de l'agression sexuelle. Son application à une clientèle complexe, dans un cadre semblable à celui retrouvé en clinique, nous apparaît également des plus intéressantes.

Cette étude pourrait également avoir pour effet de sensibiliser les intervenants à l'importance du soutien social et de les amener à évaluer et à cibler la qualité des interactions sociales pour augmenter l'efficacité de leurs interventions. Car si de nombreux auteurs suggèrent d'intervenir sur ce plan, les données empiriques justifiant cette intervention s'avèrent extrêmement rares. Les cliniciens ne pouvaient jusqu'ici que spéculer sur l'utilité d'impliquer le conjoint dans la thérapie des victimes d'événement traumatique. Ce manque de données empiriques laissait les thérapeutes avec peu de directives ou de recommandations favorisant la prise de décision à ce sujet. Les résultats prometteurs obtenus s'avèrent en ce sens des plus pertinents.

Il apparaît également juste de croire que l'implication du conjoint (et éventuellement des proches ou de la famille) dans le traitement des victimes d'agression sexuelle peut indirectement avoir un impact sur les mythes entourant l'agression sexuelle. En effet, les mythes ont pour fonction de mettre le blâme sur la victime plutôt que sur l'agresseur et permettent ainsi aux individus et à la société de ne pas se confronter à la réalité et à l'étendue de la problématique des agressions sexuelles. Impliquer les proches nécessite une telle confrontation et peut favoriser une conception différente de l'agression, soit en tant que problématique sociale. Cela peut amener le bris de l'isolement de la victime ainsi que la diminution de sa responsabilisation. De tels changements comportementaux et cognitifs, peuvent selon nous, favoriser une diminution de la honte et une augmentation du recours à l'aide.

Finalement, il est aussi intéressant de rappeler que le soutien social inadéquat s'avère un facteur de risque du développement de l'ÉSPT. On peut donc croire que des stratégies psychoéducatives sur le soutien social, telles qu'intégrées au traitement individuel dans la présente étude, pourraient être ajoutées dans le cadre d'interventions post-immédiates et ainsi possiblement avoir un impact sur l'ajustement dans les jours suivant l'événement traumatique. Cette piste reste toutefois à valider.

Considérations méthodologiques

Cette thèse offre une contribution originale à l'étude de l'ÉSPT dans un contexte d'agression sexuelle. Les principales forces de l'étude résident dans son originalité, dans l'utilisation d'un protocole de traitement standardisé et détaillé et dans l'emploi d'un protocole à cas unique expérimental pour en évaluer l'efficacité. Cette recherche comporte toutefois certaines lacunes qu'il convient de mentionner. La section qui suit aborde les forces et les lacunes de cette recherche.

Forces de l'étude

Certaines procédures ont permis de favoriser une validité interne plus que satisfaisante. Ainsi, le diagnostic d'ÉSPT a été établi de façon multimodale, soit à l'aide d'une entrevue semi-structurée (SCID-IV; First, Spitzer, Gibbon, & Williams, 1995) et d'un questionnaire auto-rapporté (EMST; Falsetti, Resnick, Resick, & Kilpatrick, 1993). Deux évaluateurs distincts ont effectué les évaluations pré et post traitement, dans le but contrôler les biais potentiels de l'évaluation par une seule personne. L'évaluation consistait également en une évaluation quotidienne des symptômes d'ÉSPT à l'aide des carnets d'auto-enregistrement. Le soutien social a également été mesuré de plusieurs façons. Ainsi, deux questionnaires auto-rapportés (Questionnaire de satisfaction et des changements perçus et Questionnaire sur les comportements de soutien en situation d'anxiété) et des carnets d'auto-enregistrement quotidien ont été utilisés. Le fait que ce dernier questionnaire soit un inventaire des comportements de soutien spécifiques aux situations d'anxiété et de trauma et qu'il permette d'évaluer le soutien adéquat et inadéquat ajoute également à la validité de la présente étude.

L'utilisation d'un protocole de traitement détaillé a également permis de s'assurer de la validité de la variable indépendante, soit le traitement adapté. De plus, l'utilisation d'une grille d'intégrité thérapeutique a permis de s'assurer de l'application spécifique des interventions. Le taux d'intégrité obtenu est des plus satisfaisants, soit 96 %.

Dans le but de maximiser la généralisation des résultats, certaines mesures ont également été adoptées dans la planification de l'expérimentation. Ainsi, les critères de sélection ont été établis de façon à permettre la constitution d'un échantillon caractéristique de la population à l'étude. En effet, la prise de médication, la présence de troubles comorbides ou de difficultés conjugales n'étaient pas des critères d'exclusion. L'échantillon sélectionné s'avère également diversifié en ce sens qu'il comporte différents types d'agression sexuelle et de lien entre la victime et l'agresseur. De plus, le temps écoulé depuis le trauma et la durée de la relation sont variables. Le nombre de rencontres s'avère également représentatif des suivis offerts en clinique.

L'utilisation d'instruments de mesure valides et fidèles pour évaluer la symptomatologie, le soutien et les conséquences sur le couple (sexualité et intimité) est également une force de la présente étude. La réévaluation des participantes dans le cadre de la relance de trois mois permet également de valider la stabilité des résultats obtenus.

Limites de l'étude

La présente étude comporte également certaines limites. Ainsi, la généralisation des résultats s'avère limitée en raison du protocole utilisé et du nombre restreint de participants. De plus, l'absence de groupe de comparaison ne nous permet pas de comparer l'efficacité relative de l'intervention avec celle d'autres formes de traitements psychologiques. L'échantillon est également composé des femmes uniquement, rendant impossible la généralisation des résultats à une population masculine. Rappelons toutefois que la majorité des victimes d'agression sexuelle sont des femmes (Gouvernement du Québec, 2001). Aussi, l'ensemble des participantes était dans une relation relativement stable. Ainsi, nous ne pouvons généraliser les résultats obtenus aux couples proches de la séparation. De plus, des études démontrent que la moitié des individus présente au moins deux troubles anxieux simultanément (Brown, Campbell, Lehman, Grisham, & Mancill, 2001; Kessler, Sonnega, Bromet, Hugues, & Nelson, 1995) et que la dépression représente, parmi les troubles de

l'axe I, le syndrome le plus fréquemment associé à l'ÉSPT (Kessler et al., 1995) ce qui n'est pas le cas pour notre échantillon, bien que cela n'ait pas représenté un critère d'exclusion. Nous ne connaissons donc pas l'impact de l'intervention en présence de troubles comorbides. L'efficacité du traitement évalué pourrait aussi différer dans un contexte de pratique clinique. La formation et l'expérience des professionnels, les caractéristiques individuelles et la diversité de la clientèle pourraient en effet varier.

Les instruments de mesure utilisés présentent également certaines limites. Il peut en effet être pertinent de se questionner sur la sensibilité des observations quotidiennes. En voulant simplifier la tâche des participantes en limitant le nombre de questions posées quotidiennement, nos observations s'avèrent en effet peut-être moins précises. Finalement, ajoutons qu'une lacune de la présente étude est qu'elle réfère au soutien perçu de la victime, évalué à l'aide de questionnaires auto-rapportés uniquement. Il aurait été pertinent d'observer de façon directe (à l'aide de discussions filmées par exemple) la qualité et la fréquence des comportements de soutien du conjoint.

Directions futures

Les résultats obtenus dans la présente thèse permettent une meilleure compréhension théorique des liens entre l'agression sexuelle, l'ÉSPT et le soutien social et favorisent l'essor et la diffusion de nouvelles connaissances. La section suivante propose des pistes de recherche futures dans le domaine à l'étude.

Nous croyons tout d'abord qu'il serait intéressant de poursuivre l'évaluation de l'efficacité de la TCC impliquant le conjoint chez les victimes d'agression sexuelle souffrant d'ÉSPT dans le cadre d'une étude utilisant un devis expérimental comportant un plus grand nombre de participants et utilisant un groupe de comparaison (soit une condition avec une TCC sans l'implication du conjoint ou une condition d'attente). Ce type d'étude permettrait de vérifier s'il est possible de répliquer les résultats de la présente étude et ainsi d'établir la supériorité de l'efficacité du traitement impliquant le conjoint. Des comparaisons

avec des victimes d'autres types de trauma ainsi qu'avec d'autres types d'aidants (membres de la famille, amis) pourraient également être des plus pertinentes. Rappelons également que les résultats de l'étude ne nous renseignent pas sur l'interaction entre l'amélioration du soutien et la diminution des symptômes d'ÉSPT. D'autres études devront être réalisées dans le but de clarifier la nature de ce lien. Il pourrait également être pertinent que des études futures nous permettent d'identifier précisément quels comportements de soutien influencent le rétablissement.

D'autres pistes pourraient également être suivies. Ainsi, le traitement proposé pourrait être modifié. Entre autres, il pourrait être intéressant d'évaluer si un nombre différent de rencontres impliquant le conjoint pourrait s'avérer aussi efficace. De plus, le traitement proposé suggérait uniquement un contenu psychoéducatif. L'apport de rencontres visant par exemple l'apprentissage de stratégies de communication ou de résolution de problèmes doit être envisagé. On peut entre autres penser que les améliorations sur le plan des habiletés de communication et de résolution de problèmes puissent favoriser l'amélioration du soutien. En effet, la qualité du soutien peut être affectée si les partenaires ne parviennent pas au préalable à échanger ou si les discussions sont évitées ou conflictuelles. Monson, Schnurr, Stevens et Guthrie (2004), dans une étude exploratoire portant sur l'évaluation de l'efficacité de la thérapie de couple pour l'ÉSPT visant entre autres l'amélioration de la communication (approche systémique), ont en ce sens obtenu des résultats prometteurs. Il pourrait aussi être intéressant de faire participer de façon active le conjoint à l'exposition in vivo. De l'information sur la procédure et son rationnel, de même qu'un feedback sur ses interventions, devraient dans ce cas être ajoutés. Ces diverses modifications pourraient permettre une plus grande efficacité et une application plus facile.

Nous croyons également que l'implication du conjoint dans le traitement devrait amener les intervenants à être plus rigoureux dans l'évaluation du potentiel de ce dernier d'offrir de l'aide et du soutien. Évaluer l'histoire traumatique et psychologique du conjoint ainsi que sa détresse face aux conséquences de l'agression sexuelle pourrait ainsi s'avérer bénéfique. En effet,

impliquer un conjoint affecté psychologiquement pourrait s'avérer néfaste. Il en va de même d'un conjoint violent ou peu motivé à s'impliquer. Le développement des connaissances en ce qui concerne les critères d'exclusion par rapport à ce type de traitement est donc également nécessaire.

Les recherches futures pourraient également s'orienter vers une meilleure identification des victimes recevant un soutien inadéquat de la part du conjoint ou des proches pour permettre à ces dernières d'avoir accès aux ressources appropriées. Il serait aussi pertinent d'évaluer les couples à risque, c'est-à-dire ceux dont les conséquences de l'agression sur le couple sont les plus importantes, pour s'assurer d'intervenir sur ces aspects dans le cadre d'un traitement.

Des études futures devraient aussi évaluer l'impact de telles interventions sur la dynamique conjugale. Des études dans le domaine du trouble panique avec agoraphobie (Marchand, Comeau, & Trudel, 1994) suggèrent qu'un état de dépendance chez les individus agoraphobes est souvent observé et que le traitement et les changements qu'il entraîne peuvent avoir un impact sur la complémentarité des conjoints. En est-il de même dans le domaine du trauma? On peut entre autres se questionner sur l'impact de la diminution de l'évitement sur la structure conjugale. Comment le conjoint réagit-il à la victime qui n'en est plus une? On peut également se questionner sur les attentes des participantes quant au soutien et à la disponibilité du conjoint lorsque se sont résorbés les symptômes d'ÉSPT. La séparation de la participante 2 peut en ce sens être le résultat de cet impact sur la complémentarité et des changements dans les besoins au sein de la relation. L'approfondissement des connaissances à ce sujet doit être ciblé.

Un autre aspect sur lequel il apparaît nécessaire de se questionner est la difficulté de recrutement rencontrée dans la présente recherche. Nous avons en effet été confrontés à d'importantes difficultés malgré des diffusions dans les différents médias, la sollicitation de divers milieux œuvrant auprès de victimes d'agression sexuelle et d'actes criminels, la collaboration du Service de police de la ville de Montréal et l'implication au sein d'une équipe de recherche reconnue.

Comme mentionné précédemment, les victimes d'agression sexuelles se dévoilent peu et leur faible participation à la recherche est un obstacle reconnu par de nombreux chercheurs. Elles peuvent en ce sens avoir des difficultés à recevoir de l'aide. Ainsi, malgré les résultats des plus encourageants en ce qui concerne l'amélioration du traitement, le rendre accessible semble primordial. On peut en ce sens se questionner sur l'adéquacité des échanges entre les milieux scientifiques et cliniques dans le domaine. La problématique de l'ÉSPT et l'agression sexuelle générant des difficultés importantes et une grande détresse chez les victimes et leur entourage, il est nécessaire que les intervenants dans le milieu soient à l'affût des données probantes et qu'une collaboration efficace soit instaurée.

Finalement, bien que la notion de mythes et les conséquences de l'adhérence à ces derniers aient été présentées dans le cadre du traitement, l'adhésion des conjoints aux mythes n'a pas été évaluée dans la présente thèse. Il serait intéressant d'évaluer dans le futur si le traitement adapté permet leur diminution et, si c'est le cas, de connaître l'impact sur les symptômes d'ÉSPT et sur les conséquences de l'agression sur le couple.

En conclusion, la présente thèse propose un traitement novateur et original. Les résultats obtenus démontrent son efficacité auprès des victimes d'agression sexuelle souffrant d'ÉSPT et la pertinence d'impliquer le conjoint. Le soutien social est maintenant reconnu par de nombreux auteurs comme étant une variable pouvant influencer le développement et le maintien des symptômes d'ÉSPT et pouvant contribuer au rétablissement. L'utilisation de cette modalité d'intervention dans l'avenir est donc à considérer. De nombreuses pistes restent également à explorer.

BIBLIOGRAPHIE

BIBLIOGRAPHIE

- Acierno, R., Resnick, H., Kilpatrick, D. G., Saunders, B., & Best, C. L. (1999). Risk factors for rape, physical assault, and posttraumatic stress disorder in women : Examination of differential multivariate relationship. *Journal of Anxiety Disorders, 13*, 541-563.
- Ageton, S. S. (1983). *Sexual assault among adolescents*. Lexington, DC : Health.
- American Psychiatric Association (1994). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders (4th ed.)*. Washington, DC : American Psychiatric Association.
- American Psychiatric Association (2000). *Diagnostic and statistical manual (4th ed.), Text revision (DSM-IV-TR)*. Washington, DC : American Psychiatric Association.
- Andrews, B., Brewin, C. R., & Rose, S. (2003). Gender, social support and PTSD in victims of violent crime. *Journal of Traumatic Stress, 16*, 421-427.
- Andrykowsky, M. A., & Cordova, M. J. (1998). Factors associated with PTSD symptoms following treatment for breast cancer : Test of the Andersen model. *Journal of Traumatic Stress, 11*, 189-203.
- Atkeson, B. M., Calhoun, K. S., Resick, P. A., & Ellis, E. M. (1982). Victims of rape : Repeated assessment of depressive symptoms. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 50*(1), 96-102.
- Barker, C., Pistrang, N., Shapiro, D. A., & Shaw, I. (1990). Coping and help seeking in the UK adult population. *British Journal of Clinical Psychology, 29*, 271-285.
- Barlow, D. H., & Hersen, M. (1984). *Single case experimental design : Strategies for studying behavior change (2nd ed.)*. New York : Pergamon.
- Barrera, M. (1986). Distinctions between social support concepts, measures, and models. *American Journal of Community Psychology, 14*(4), 413-445.
- Bateman, A., & Mendelson, E. F. (1989). Leading comments, sexual offences : Help for the forgotten victims. *Sexual and Marital Therapy, 4*, 5-7.
- Beck, A. T., Steer, R. A., & Brown, G. K. (1996). *Manuel de l'Inventaire de dépression de Beck (2e éd.)*. Canada : Harcourt Brace & Compagny.
- Bisson, J., & Andrews, M. (2005). Psychological treatment of post-traumatic stress disorder (PTSD). *Cochrane Database System Review, 18*(2), CD003388.

- Blanchard, E. B., & Hickling, E. J. (1997). *After the crash : Assessment and treatment of motor vehicle accident survivors*. Washington, DC : American Psychological Association.
- Bradley, R., Greene, J., Russ, E., Dutra, L., & Westen, D. (2005). A multidimensional meta-analysis of psychotherapy for PTSD. *American Journal of Psychiatry*, 162, 214-227.
- Breslau, N., & Davis, G. C. (1992). Post traumatic stress disorder in a urban population of young adults : Risk factors for chronicity. *American Journal of Psychiatry*, 149, 671-675.
- Breslau, N., Davis, G. C., Andreski, P., & Peterson, E. (1991). Traumatic events and posttraumatic stress disorder in an urban population of young adults. *Archives of General Psychiatry*, 48, 216-222.
- Breslau, N., Kessler, R. C., Chilcoat, H. D., Schultz, L. R., Davis, G. C., & Andreski, P. (1998). Trauma and posttraumatic stress disorder in the community. *Archives of General Psychiatry*, 55, 626-632.
- Brewin, C. R., Andrews, B., & Valentine, J. D. (2000). Meta-analysis of risk factors for post-traumatic stress disorder in trauma-exposed adults. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 68, 748-766.
- Brewin, C. R., MacCarthy, B., & Furnham, A. (1989). Social support in the face of adversity : The role of cognitive appraisal. *Journal of Research in Personality*, 23, 354-372.
- Brickman, J., & Brière, J. (1984). Incidence of rape and sexual assault in an urban Canadian population. *International Journal of Women's Studies*, 7(3), 195-206.
- Brillon, P., & Marchand, A. (1997). Survivre à une agression sexuelle : Symptomatologie post-traumatique et dépressive. *Revue Québécoise de Psychologie*, 18(3), 125-146.
- Brown, T. A., Campbell, L. A., Lehman, C. L., Grisham, J. R., & Mancill, R. B. (2001). Current and lifetime comorbidity of the DSM-IV anxiety and mood disorders in a large clinical sample. *Journal of Abnormal Psychology*, 110(4), 585-599.
- Burgess, A. W., & Holmstrom, L. L. (1978). Recovery from rape and prior life stress. *Research in Nursing and Health*, 1, 165-174.
- Byrne, C. A., & Riggs, D. S. (2002). Gender issues in couple and family therapy following traumatic stress. In R. Kimerling, P. Ouimette & J. Wolfe (Eds.), *Gender and PTSD* (pp. 382-402). New York : Guilford Press.

- Calhoun, K. S., & Atkeson, B. M. (1991). *Treatment of rape victims : Facilitating psychological adjustment*. Toronto : Pergamon Press.
- Campbell, R., Ahrens, C. E., Sefl, T., Wasco, S. M., & Barnes, H. E. (2001). Social reactions to rape victims : Healing and hurtful effects on psychological and physical health outcomes. *Violence and Victims, 16*(3), 287-302.
- Clark, L. F. (1993). Stress and the cognitive-conversational benefits of social interactions. *Journal of Social and Clinical Psychology, 12*, 25-55.
- Cohen, S., & Wills, T. A. (1985). Stress, social support, and the buffering hypothesis. *Psychological Bulletin, 98*, 310-357.
- Coyne, J. C., & DeLongis, A. (1986). Going beyond social support : The role of social relationships in adaptation. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 54*, 454-460.
- Coyne, J. C., & Downey, G. (1991). Social factors and psychopathology : Stress, social support, and coping processes. *Annual Review of Psychology, 42*, 401-425.
- Coyne, J. C., & Fiske, V. (1992). Couples coping with chronic and catastrophic illness. In T. J. Akamatsu, M. A. P. Stephens, S. E. Hobfoll & J. H. Crowther (Eds.), *Family health psychology* (pp. 129-149). Washington, DC : Hemisphere.
- Cutrona, C. E., & Cole, V. (2000). Optimizing support in the natural network. In S. Cohen, L. G. Underwood & B. H. Gottlieb (Eds.), *Social support measurement and intervention* (pp. 278-308). New York : Oxford University Press.
- Cutrona, C. E., & Suhr, J. A. (1992). Controllability of stressful events and satisfaction with spouse support behaviors. *Communication Research, 19*, 154-174.
- Davis, R. C., & Brickman, E. (1996). Supportive and unsupportive aspects of the behavior of others toward victims of sexual and nonsexual assault. *Journal of Interpersonal Violence, 11*(2), 250-262.
- Davis, R. C., Brickman, E., & Baker, T. (1991). Effects of supportive and unsupportive responses of others to rape victims : Effects on concurrent victim adjustment. *American Journal of Community Psychology, 19*, 443-451.
- Denkers, A. (1999). Factors affecting support after criminal victimization : Needed and received support from the partner, the social network, and distant support providers. *Journal of Social Psychology, 139*, 191-201.

- DeRubeis, R. J., & Crits-Christoph, P. (1998). Empirically supported individual and group psychological treatments for adult mental disorders. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 66*(1), 37-52.
- Descutner, C. J., & Thelen, M. H. (1991). Development and validation of Fear-of-Intimacy Scale. *Psychological Assessment, 3*(2), 218-225.
- Ellis, E. M. (1983). A review of empirical rape research : Victim reactions and response to treatment. *Clinical Psychology Review, 3*, 473-490.
- Falsetti, S. A., Resnick, H. S., Resick, P. A., & Kilpatrick, D. G. (1993). The Modified PTSD Symptom Scale : A brief self-report measure of posttraumatic stress disorder. *The Behavior Therapist, 16*(6), 161-162.
- Filipas, H. H., & Ullman, S. E. (2001). Social reactions to sexual assault victims from various support sources. *Violence and Victims, 16*(6), 673-692.
- First, M. B., Spitzer, R. L., Gibbon, M., & Williams, J. B. W. (1995). *Structured Clinical Interview for Axis I DSM-IV Disorders – Patient edition*. New York : New York State Psychiatric Institute, Biometrics Research Department.
- Flaherty, J., & Richman, J. (1989). Gender differences in the perception and utilization of social support : Theoretical perspectives and an empirical test. *Social Science and Medicine, 28*, 1221-1228.
- Flannery, R. B. (1992). *Post-traumatic stress disorder : The victim's guide to healing and recovery*. New York : Crossroad.
- Foa, E. B. (2000). Psychosocial treatments of posttraumatic stress disorder. *Journal of Clinical Psychiatry, 61*(suppl. 5), 43-51.
- Foa, E. B., Davidson, J. R. T., & Frances, A. (1999). The expert consensus guideline series. Treatment of post traumatic stress disorder. *Journal of Clinical Psychiatry, 60* (supp.16), 4-76.
- Foa, E. B., & Kozak, M. J. (1986). Emotional processing of fear : Exposure to corrective information. *Psychological Bulletin, 99*, 20-35.
- Foa, E. B., & Meadows, E. A. (1997). Psychosocial treatments for posttraumatic stress disorder : A critical review. *Annual Review of Psychotherapy, 48*, 449-480.
- Foa, E. B., & Riggs, D. S. (1995). Posttraumatic stress disorder following assault : Theoretical considerations and empirical findings. *Current Directions in Psychological Science, 4*(2), 61-65.
- Foa, E. B., & Rothbaum, B. O. (1998). *Treating the trauma of rape : Cognitive-behavioral therapy for PTSD*. New York : Guilford Press.

- Foa, E. B., Steketee, G., & Rothbaum, B. (1989). Behavioral/cognitive conceptualizations of post-traumatic stress disorder. *Behavior Therapy, 20*, 155-176.
- Foley, T. S. (1982). Family response to rape and sexual assault. In A. S. Burgess (Ed.), *Rape and sexual assault* (pp.159-188). New York : Garland Publishing.
- Fontana, A., Swartz, L., & Rosenheck, R. (1997). Posttraumatic stress disorder among female Vietnam veterans : A causal model of etiology. *American Journal of Public Health, 87*(2), 169-175.
- Foy, D. W., Osato, S. S., Houskamp, B. M., & Neumann, D. A. (1992). Etiology of posttraumatic stress disorder. In P. A. Saigh (Ed.), *Posttraumatic stress disorder* (pp. 28-49). New York : Macmillan.
- Foy, D. W., Resnick, H. S., Sippelle, R. C., & Carroll, E. M. (1987). Premilitary, military, and postmilitary factors in the development of combat-related posttraumatic stress disorders. *The Behavior Therapist, 10*, 3-9.
- Frank, E., Turner, S. M., & Duffy, B. (1979). Depressive symptoms in rape victims. *Journal of Affective Disorders, 1*, 269-277.
- Golding, J. M., Siegel, J. M., Sorenson, S. B., & Burnam, M. A. (1989). Social support sources following sexual assault. *Journal of Community Psychology, 17*(1), 92-107.
- Golding, J. M., Wilsnack, S. C., & Cooper, L. (2002). Sexual assault history and social support : Six general population studies. *Journal of Traumatic Stress, 15*(3), 187-197.
- Gouvernement du Québec (2001). *Orientations gouvernementales en matière d'agression sexuelle*. La direction des communications du Ministère de la Santé et des Services sociaux, Bibliothèque nationale du Québec.
- Guay, S., Billette, V., & Marchand, A. (2002). Soutien social et trouble de stress post-traumatique : Théories, pistes de recherche et recommandations cliniques. *Revue Québécoise de Psychologie, 23*(3), 165-184.
- Guay, S., Billette, V., & Marchand, A. (2006). Exploring the links between post-traumatic stress disorder and social support : Processes and potential research avenues. *Journal of Traumatic Stress, 19*, 1-12.
- Guay, S., Billette, V., St-Jean Trudel, E., Marchand, A., & Mainguy, N. (2004). Thérapie de couple et trouble de stress post-traumatique. *Revue Francophone du Stress et du Trauma, 4*, 81-88.
- Guay, S., Marchand, A., & Billette, V. (2006). Impact du soutien social sur l'état de stress post-traumatique. In S. Guay & A. Marchand (Dir.), *Les troubles*

liés aux événements traumatiques (pp. 369-384). Montréal : Les Presses de l'Université de Montréal.

- Guay, S., Marchand, A., Lavoie, V., Grimard, F., & Bond, S. (2006). Les interventions psychologiques pour l'état de stress post-traumatique. In S. Guay & A. Marchand (Dir.), *Les troubles liés aux événements traumatiques* (pp. 192-214). Montréal : Les Presses de l'Université de Montréal.
- Halford, W. K., & Bouma, R. (1997). Individual psychopathology and marital distress. In W. K. Halford & H. J. Markman (Eds.), *Clinical handbook of marriage and couples interventions* (pp. 291-321). London : Wiley.
- Hogan, B. E., Linden, W., & Najarian, B. (2002). Social support interventions : Do they work? *Clinical Psychology Review*, 22, 381-440.
- Holmstrom, L. L., & Burgess, A. W. (1979). A rape : The husband's and boyfriend's initial reaction. *Family Coordinator*, 28, 321-330.
- Horowitz, M. J. (1986). *Stress response syndrome (2nd ed.)*. New York : Jason Aronson.
- INSERM (2004). *Psychothérapies : Trois approches évaluées*. Paris : Éditions INSERM.
- Jacobson, N. S., & Truax, P. (1991). Clinical significance : A statistical approach to defining meaningful change in psychotherapy research. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 59(1), 12-19.
- Jones, J. C., & Barlow, D. H. (1990). The etiology of post-traumatic disorder. *Clinical Psychology Review*, 10, 299-328.
- Jordan, B. K., Marmar, C. R., Fairbank, J. A., Schlenger, W. E., Kulka, R. A., Houg, R. L., et al. (1992). Problems in families of male Vietnam veterans with post traumatic stress disorder. *Journal of Consulting and Clinical psychology*, 60(6), 916-926.
- Joseph, S., Williams, R., & Yule, W. (1997). *Understanding post-traumatic stress : A psychosocial perspective on PTSD and treatment*. Chichester, England : Wiley.
- Kaplan, R. M., Sallis, J. F., & Patterson, T. L. (1993). *Health and human behavior*. New York : McGraw Hill.
- Keane, T. M., Albano, A., & Blake, D. D. (1992). Current trends in the treatment of post-traumatic stress symptoms. In M. Basoglu (Ed.), *Torture and its consequences : Current treatment approaches* (pp. 363-401). Cambridge, UK : Cambridge University Press.

- Keane, T. M., Zimering, R. T., & Caddell, J. M. (1985). A behavioral formulation of post-traumatic stress disorder in combat veterans. *The Behavior Therapist, 8*, 9-12.
- Kessler, R. C., Berglund, P., Demler, O., Jin, R., Merikangas, K. R., & Walters, E. E. (2005). Lifetime prevalence and age-of-onset distributions of DSM-IV disorders in the National Comorbidity Survey Replication. *Archives of General Psychiatry, 62*, 593-603.
- Kessler, R. C., Sonnega, A., Bromet, E., Hugues, M., & Nelson, C. B. (1995). Posttraumatic stress disorder in the National Comorbidity Survey. *Archives of General Psychiatry, 52*, 1048-1060.
- Khouzam, C., & Marchand, A. (1998). Conséquences d'une agression sexuelle récente vécue par la conjointe sur chacun des partenaires et sur la relation de couple : Recension des écrits. *Revue Sexologique, 6*, 129-157.
- Kilpatrick, D. G., Veronen, L. J., & Resick, P. A. (1979). The aftermath of rape : Recent empirical findings. *American Journal of Orthopsychiatry, 49*(4), 658-669.
- Kimerling, R., & Calhoun, K. S. (1994). Somatic symptoms, social support, and treatment seeking among sexual assault victims. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 62*, 333-340.
- King, L. A., King, D. W., Fairbank, J. A., Keane, T. M., & Adams, G. A. (1998). Resilience-recovery factors in post-traumatic stress disorder among female and male Vietnam veterans : Hardiness, postwar social support, and additional stressful life events. *Journal of Personality and Social Psychology, 74*, 420-434.
- King, L. A., King, D. W., Foy, D. W., Keane, T. M., & Fairbank, J. A. (1999). Post-traumatic stress disorder in a national sample of female and male Vietnam veterans : Risk factors, war-zone stressors, and resilience-recovery variables. *Journal of Abnormal Psychology, 108*, 164-170.
- Ladouceur, R., & Bégin, G. (1980). *Protocoles de recherche en sciences appliquées et fondamentales*. St-Hyacinthe, QC : Edisem.
- Lawrance, K., & Byers, E. S. (1998). Interpersonal Exchange Model of Sexual Satisfaction Questionnaire. In C. M. Davis, W. L. Yarber, R. Bauserman, G. E. Schruer & S. L. Davis (Eds.), *Handbook of Sexuality-Related Measures*. Thousand Oaks, CA : Sage.
- Lonsway, K. A., & Fitzgerald, L. F. (1994). Rape myths. *Psychology of women Quarterly, 18*, 133-164.
- Manne, S. L., Pape, S. J., Taylor, K. L., & Dougherty, J. (1999). Spouse support, coping and mood among individuals with cancer. *Annals of Behavioral Medicine, 21*(2), 111-121.

- Marchand, A., Comeau, S., & Trudel, G. (1994). L'influence de la relation conjugale dans le développement, le maintien et le traitement du trouble panique avec agoraphobie. *Thérapie comportementale et cognitive*, 4(3), 76-88.
- Miller, W. R., Williams, A. M., & Bernstein, M. H. (1982). The effects of rape on marital and sexual adjustment. *American Journal of Family Therapy*, 10, 51-58.
- Ministère de la Sécurité publique (2004). *La criminalité au Québec, statistiques 2003*. Bibliothèque nationale du Québec.
- Ministère de la Sécurité publique (2006). *Les agressions sexuelles au Québec – Statistiques 2005*. Bibliothèque nationale du Québec.
- Mio, J., & Foster, J. D. (1991). The effects of rape upon victims and families : Implications for comprehensive family therapy. *American Journal of Family Therapy*, 19, 147-159.
- Monson, C. M., Schnurr, P. P., Stevens, S. P., & Guthrie, K. A. (2004). Cognitive-behavioral couple's treatment for posttraumatic stress disorder : Initial findings. *Journal of Traumatic Stress*, 17(4), 341-344.
- Moss, M., Frank, E., & Anderson, B. (1990). The effects of marital status and partner support on rape trauma. *American Journal of Orthopsychiatry*, 60, 379-391.
- Norris, F. H., Foster, J. D., & Weisshaar, D. L. (2002). The epidemiology of sex differences in PTSD across developmental, societal and research context. In P. Kimerling, P. Ouimette & J. Wolfe (Eds.), *Gender and PTSD* (pp. 3-42). New York : Guilford.
- Ozer, E. J., Best, S. R., Lipsey, T. L., & Weiss, D. S. (2003). Predictors of Posttraumatic Stress Disorder and symptoms in adults : A meta-analysis. *Psychological Bulletin*, 129, 52-73.
- Pennebaker, J. W., Kiecolt-Glaser, J., & Glaser, R. (1988). Disclosure of traumas and immune function : Health implications for psychotherapy. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 56, 239-245.
- Popiel, D. A., & Susskind, E. C. (1985). The impact of rape : Social support as a moderator of stress. *American Journal of Community Psychology*, 13(6), 645-676.
- Primomo, J., Yates, B., & Woods, N. (1990). Social support for women during chronic illness : The relationship among sources and types to adjustment. *Research in Nursing and Health*, 13, 153-161.

- Pynoos, R. S., Sorenson, S. B., & Steinberg, A. M. (1993). Interpersonal violence and traumatic stress reactions. In L. Goldberger & S. Breznitz (Eds.), *Handbook of stress : Theoretical and clinical aspects (2nd ed.)* (pp. 573-590). New York : Free Press.
- Resick, P. A. (1993). The psychological impact of rape. *Journal of Interpersonal Violence, 8*(2), 223-255.
- Resick, P. A., Calhoun, K. S., Atkeson, B. M., & Ellis, E. M. (1981). Social adjustment in victims of sexual assault. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 49*(5), 705-712.
- Resick, P. A., & Schnicke, M. K. (1993). *Cognitive processing therapy for rape victims : A treatment manual*. Thousand Oaks, CA : Sage Publications.
- Riggs, D. S. (2000). Marital and family therapy. In E. B. Foa, T. M. Keane & M. J. Friedman (Eds.), *Effective treatments for PTSD : Practice guidelines from the international society for traumatic stress studies* (pp. 280-301). New York : The Guilford Press.
- Riggs, D. S., Byrne, C. A., Weathers, F. W., & Litz, B. T. (1998). The quality of the intimacy relationships of male Vietnam veterans : Problems associated with posttraumatic stress disorder. *Journal of Traumatic Stress, 11*(1), 87-101.
- Rothbaum, B. O., Foa, E. B., Riggs, D. S., Murdock, T., & Walsh, W. (1992). A prospective examination of post-traumatic stress disorder in rape victims. *Journal of Traumatic Stress, 5*(3), 455-475.
- Solomon, S. D. (1997). Psychosocial treatments of posttraumatic stress disorder. *Psychotherapy in Practice, 3*(4), 27-41.
- Statistique Canada (1993). Tendances en matière de victimisation : 1988-1993. *Juristat, 14*(13), 85-002.
- Statistique Canada (2005). Crimes selon le type d'infraction. CANSIM, tableau 252-0013.
- Statistique Canada (2006). Statistiques de la criminalité au Canada, 2005. *Juristat, 26*(4), 85-002-XIF.
- Steketee, G., & Foa, E. (1987). Rape victims : Post-traumatic stress responses and their treatment. *Journal of Anxiety Disorders, 1*, 69-86.
- St-Jean Trudel, E., Guay, S., Marchand, A., & O'Connor, K. (2005). Développement et validation d'un questionnaire mesurant le soutien social en situation d'anxiété auprès d'une population universitaire. *Santé Mentale au Québec, 1*, 43-60.

- Straus, M. A., Hamby, S. L., Boney-McCoy, S., & Sugarman, D. B. (1996). The Revised Conflict Tactics Scales (CTS2) : Development and preliminary psychometric data. *Journal of Family Issues, 17*, 283-316.
- Tait, R., & Silver, R. C. (1989). Coming to terms with major negative life events. In J. S. Ullman, & J. A. Bargh (Eds.), *Unintended thoughts* (pp. 351-382). New York : Guilford Press.
- Tarrier, N., & Humphreys, A. L. (2003). PTSD and the social support of the interpersonal environment : The development of the social cognitive behavior therapy. *Journal of Cognitive Psychotherapy, 17*, 187-198.
- Tarrier, N., & Humphreys, A. L. (2004). PTSD and social support of the environment : The development of social cognitive behavior therapy. In S. Taylor (Ed.), *Advances in the treatment of posttraumatic stress disorder : Cognitive-behavioral perspectives* (pp. 113-127). New York : Springer Publishing Co.
- Tarrier, N., Sommerfield, C., & Pilgrim, H. (1999). The effect of the relatives' level of expressed emotion (EE) on the outcome of psychological treatment of PTSD patients. *Psychological Medicine, 29*, 801-811.
- Taylor, S. (2004). *Advances in the treatment of post-traumatic stress disorder*. New York : Springer.
- Tetreault, P. A., & Barnett, M. A. (1987). Reactions to stranger and acquaintance rape. *Psychology of Women Quarterly, 11*(3), 353-358.
- Thornhill, N. W., & Thornhill, R. (1990). An evolutionary analysis of psychological pain following rape : III. Effects of force and violent behavior. *Aggressive Behavior, 16*(5), 297-320.
- Uchino, B. N., Cacioppo, J. T., & Kiecolt-Glaser, J. K. (1996). The relationship between social support and physiological processes : A review with emphasis on underlying mechanisms and implications for health. *Psychological Bulletin, 119*, 488-531.
- Ullman, S. E. (1996a). Social reactions, coping strategies, and self-blame attributions in adjustment to sexual assault. *Psychology of Women Quarterly, 20*, 505-526.
- Ullman, S. E. (1996b). Do social reactions to sexual assault victims vary by support providers? *Violence and Victims, 11*, 143-157.
- Ullman, S. E. (1999). Social support and recovery from sexual assault : A review. *Aggression and Violent Behavior, 4*(3), 343-358.
- Ullman, S. E., & Filipas, H. H. (2001a). Predictors of PTSD symptom severity and social reactions in sexual assault victims. *Journal of Traumatic Stress, 14*, 369-389.

- Ullman, S. E., & Filipas, H. H. (2001b). Correlates of formal and informal support seeking in sexual assaults victims. *Journal of Interpersonal Violence*, *16*(10), 1028-1047.
- Ullman, S. E., & Siegel, J. M. (1995). Sexual assault, social reactions, and physical health. *Women's Health : Research on Gender, Behavior and Policy*, *1*, 289-308.
- Valentiner, D. P., Foa, E. B., Riggs, D. S., & Gershuny, B. S. (1996). Coping strategies and posttraumatic stress disorder in female victims of sexual and nonsexual assault. *Journal of Abnormal Psychology*, *105*(3), 455-458.
- Weiss, R. L., & Cereto, M. C. (1980). The Marital Status Inventory : Development of a measure of dissolution potential. *American Journal of Family Therapy*, *8*, 80-85.
- White, P. N., & Rollins, J. C. (1981). Rape : A family crisis. *Family Relation*, *30*, 103-109.
- Williams, R., & Joseph, S. (1999). Conclusions : An integrative psychosocial model of PTSD. In W. Yule (Ed.), *Post-traumatic stress disorders : Concepts and therapy* (pp. 297-314). Chichester : Wiley.
- Wills, T. A., & Fegan, M. F. (2001). Social networks and social support. In A. Baum, T. A. Revenson & J. E. Singer (Eds.), *Handbook of health psychology* (pp. 209-234). NJ : Lawrence Erlbaum.
- Winefield, H. R., Winefield, A. H., & Tiggeman, M. (1992). Social support and psychological well-being in young adults : The Multi-Dimensional Support Scale. *Journal of Personality Assessment*, *58*, 198-210.
- Wirtz, P. W., & Harrell, A. V. (1987). Victims and crime characteristics, coping responses and short and long-term recovery from victimization. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, *55*(6), 866-871.
- Zoellner, L. A., Foa, E. B., & Bridigi, D. B. (1999). Interpersonal friction and PTSD in female victims of sexual and nonsexual assault. *Journal of Traumatic Stress*, *12*, 689-700.

APPENDICE A

CRITÈRES DIAGNOSTIQUES DE L'ÉTAT DE STRESS POST-TRAUMATIQUE

Critères diagnostiques de l'état de stress post-traumatique selon le DSM-IV-TR
(APA, 2000)

A. Le sujet a été exposé à un événement traumatique dans lequel les deux éléments suivants étaient présents :

1. le sujet a vécu, été témoin ou a été confronté à un événement ou à des événements durant lesquels des individus ont pu mourir ou être gravement blessés ou bien ont été menacés de mort ou de grave blessure ou bien durant lesquels son intégrité physique ou celle d'autrui a pu être menacée.
2. la réaction s'est traduite par une peur intense, un sentiment d'impuissance ou d'horreur.

B. L'événement est constamment revécu d'au moins une des façons suivantes :

1. souvenirs répétitifs et envahissants de l'événement provoquant un sentiment de détresse et comprenant des images, des pensées ou des perceptions.
2. rêves répétitifs de l'événement provoquant un sentiment de détresse.
3. impression ou agissements « comme si » l'événement allait se reproduire (sentiment de revivre l'événement, flash-back, illusions, hallucinations).
4. sentiment de détresse psychique lors de l'exposition à des indices internes ou externes évoquant ou ressemblant à un aspect de l'événement.
5. réactivité physiologique lors de l'exposition à des indices pouvant rappeler un aspect de l'événement.

C. Évitement persistant des stimuli associés au traumatisme et émoussement de la réactivité générale comme en témoigne la présence d'au moins trois des manifestations suivantes :

1. efforts pour éviter les pensées, les sentiments ou les conversations associés au traumatisme.
2. efforts pour éviter les activités, les endroits ou les gens qui éveillent le souvenir du traumatisme.
3. incapacité de se rappeler d'un aspect important du traumatisme.

4. réduction nette de l'intérêt pour des activités importantes ou bien réduction de la participation à ces mêmes activités.
5. sentiment de détachement d'autrui ou bien de devenir étranger par rapport aux autres.
6. restriction des affects.
7. sentiment d'avenir « bouché ».

D. Présence de symptômes persistants traduisant une activation neurovégétative comme en témoigne la présence d'au moins deux des manifestations suivantes :

1. difficultés d'endormissement ou sommeil interrompu.
2. irritabilité ou accès de colère.
3. difficultés de concentration.
4. hypervigilance.
5. réaction de sursaut exagérée.

E. La perturbation dure plus d'un mois.

F. La perturbation entraîne une souffrance cliniquement significative ou une altération du fonctionnement social, professionnel ou dans d'autres domaines importants.

APPENDICE B

MESURES CLINIQUES GÉNÉRALES

CARNET D'AUTO-ENREGISTREMENT

Symptômes du trouble de stress post-traumatique (TSPT)

- Souvenirs répétitifs et envahissants de l'événement (images, pensées, perceptions)
- Cauchemars au sujet de l'événement
- Flash-back au sujet de l'événement (impression de revivre l'événement)
- Réactions physiques et détresse (tremblements, chaleurs, palpitation, etc.) lors de l'exposition à des éléments rappelant l'événement
- Efforts pour éviter de parler ou de penser au traumatisme
- Efforts pour éviter les activités, les endroits ou les gens qui éveillent des souvenirs du traumatisme
- Incapacité à se rappeler d'un détail important du traumatisme
- Réduction de l'intérêt pour des activités importantes ou réduction de la participation à ces activités
- Sentiment de détachement d'autrui ou de devenir étranger par rapport aux autres
- Restriction des émotions (p.ex., incapacité à éprouver des sentiments tendres)
- Sentiment d'avenir bouché (pas de projet)
- Difficultés à s'endormir ou réveils fréquents
- Irritabilité ou accès de colère
- Difficulté à se concentrer
- Hypervigilance, surveillance excessive
- Sursauts exagérés

Semaine du _____ au _____

Nul	À peine	Un peu	Moyennement	Beaucoup	Extrêmement
0	1-20	21-40	41-60	61-80	81-100

Veuillez évaluer jusqu'à quel point les symptômes de TSPT et leurs conséquences vous ont dérangée aujourd'hui :

Date						
0-100						

Veuillez évaluer à quel point vous êtes satisfaite du soutien (lié au TSPT et à ses conséquences) provenant de votre conjoint aujourd'hui :

Date						
0-100						

E M S T

Le but de ce questionnaire est de mesurer la fréquence et la sévérité des symptômes dans les deux dernières semaines. Utilisez l'échelle pour encercler la fréquence des symptômes dans les colonnes situées à la gauche de chacun des énoncés. Ensuite, à l'aide de l'échelle de sévérité, encercler la lettre qui correspond le mieux à la sévérité des énoncés.

Fréquence

- 0 = Pas du tout
 1 = 1 fois par semaine ou moins / un petit peu / une fois de temps en temps
 2 = 2 à 4 fois par semaine / assez / la moitié du temps
 3 = 5 fois ou plus par semaine / beaucoup / presque toujours

Sévérité

- A = Pas du tout perturbant
 B = Un peu perturbant
 C = Modérément perturbant
 D = Très perturbant
 E = Extrêmement perturbant

FRÉQUENCE				ÉNONCÉ	SÉVÉRITÉ				
0	1	2	3	1. Avez-vous eu des pensées ou des souvenirs pénibles récurrents ou intrusifs concernant l'événement? (répétitifs et envahissants)	A	B	C	D	E
0	1	2	3	2. Avez-vous eu et continuez-vous à avoir de mauvais rêves ou des cauchemars concernant l'événement?	A	B	C	D	E
0	1	2	3	3. Avez-vous vécu l'expérience de soudainement revivre l'événement, d'avoir un retour en arrière, d'agir ou de sentir que celui-ci se produisait?	A	B	C	D	E
0	1	2	3	4. Avez-vous été perturbé(e) et continuez-vous à être perturbé(e) de façon intense ÉMOTIONNELLEMENT lorsqu'on vous rappelait l'événement?	A	B	C	D	E
0	1	2	3	5. Avez-vous des réactions PHYSIQUES intenses lorsqu'on vous rappelle l'événement? (ex.: sueurs, palpitations, etc.)	A	B	C	D	E
0	1	2	3	6. Avez-vous fait et continuez-vous de faire des efforts de façon persistante pour éviter les pensées et les sentiments associés à l'événement?	A	B	C	D	E
0	1	2	3	7. Avez-vous fait et continuez-vous de faire des efforts de façon persistante pour éviter les activités, les situations ou les endroits qui vous remémorent l'événement?	A	B	C	D	E
0	1	2	3	8. Y-a-t-il des aspects importants de l'événement dont vous ne pouvez toujours pas vous rappeler?	A	B	C	D	E
0	1	2	3	9. Avez-vous perdu de façon marquée vos intérêts pour vos loisirs depuis l'événement?	A	B	C	D	E
0	1	2	3	10. Vous êtes-vous senti(e) détaché(e) ou coupé(e) des gens autour de vous depuis l'événement?	A	B	C	D	E

Fréquence				Sévérité					
0 = Pas du tout				A = Pas du tout perturbant					
1 = 1 fois par semaine ou moins / un petit peu / une fois de temps en temps				B = Un peu perturbant					
2 = 2 à 4 fois par semaine / assez / la moitié du temps				C = Modérément perturbant					
3 = 5 fois ou plus par semaine / beaucoup / presque toujours				D = Très perturbant					
				E = Extrêmement perturbant					
0	1	2	3	11. Avez-vous senti que votre capacité à ressentir vos émotions a diminué? (ex.: incapable d'avoir des sentiments amoureux, sentiment d'être sans émotions, incapacité à pleurer lorsque triste, etc.)	A	B	C	D	E
0	1	2	3	12. Avez-vous perçu que vos plans ou vos espoirs futurs ont changé en raison de l'événement? (ex.: plus de carrière, mariage, enfants, etc.)	A	B	C	D	E
0	1	2	3	13. Avez-vous eu et continuez-vous d'avoir des difficultés à vous endormir ou à rester endormi(e)?	A	B	C	D	E
0	1	2	3	14. Avez-vous été et continuez-vous d'être constamment irritable ou porté(e) à éclater soudainement en colère?	A	B	C	D	E
0	1	2	3	15. Avez-vous et continuez-vous d'avoir des difficultés persistantes à vous concentrer?	A	B	C	D	E
0	1	2	3	16. Êtes-vous excessivement en état d'alerte depuis l'événement? (ex.: vérifier ce qui est autour de vous, etc.)	A	B	C	D	E
0	1	2	3	17. Avez-vous été plus nerveux(se), plus facilement effrayé(e) depuis l'événement?	A	B	C	D	E

BDI-II

Consigne: Ce questionnaire comporte 21 groupes d'énoncés. Veuillez lire avec soin chacun de ces groupes puis, dans chaque groupe, choisissez l'énoncé qui décrit le mieux comment vous vous êtes senti(e) au cours des deux dernières semaines, incluant aujourd'hui. Encercliez alors le chiffre placé devant l'énoncé que vous avez choisi. Si, dans un groupe d'énoncés, vous en trouvez plusieurs qui semblent décrire également bien ce que vous ressentez, choisissez celui qui a le chiffre le plus élevé et encercliez ce chiffre. Assurez-vous bien de ne choisir qu'un seul énoncé dans chaque groupe, y compris le groupe n° 16 (modifications dans les habitudes de sommeil) et le groupe n° 18 (modifications de l'appétit).

<p>1. Tristesse</p> <p>0 Je ne me sens pas triste.</p> <p>1 Je me sens très souvent triste.</p> <p>2 Je suis tout le temps triste.</p> <p>3 Je suis si triste ou si malheureux(se), que ce n'est pas supportable.</p> <p>2. Pessimisme</p> <p>0 Je ne suis pas découragé(e) face à mon avenir.</p> <p>1 Je me sens plus découragé(e) qu'avant face à mon avenir.</p> <p>2 Je ne m'attends pas à ce que les choses s'arrangent pour moi.</p> <p>3 J'ai le sentiment que mon avenir est sans espoir et qu'il ne peut qu'empirer.</p> <p>3. Échecs dans le passé</p> <p>0 Je n'ai pas le sentiment d'avoir échoué dans la vie, d'être un(e) raté(e).</p> <p>1 J'ai échoué plus souvent que je n'aurais dû.</p> <p>2 Quand je pense à mon passé, je constate un grand nombre d'échecs.</p> <p>3 J'ai le sentiment d'avoir complètement raté ma vie.</p> <p>4. Perte de plaisir</p> <p>0 J'éprouve toujours autant de plaisir qu'avant aux choses qui me plaisent.</p> <p>1 Je n'éprouve pas autant de plaisir aux choses qu'avant.</p> <p>2 J'éprouve très peu de plaisir aux choses qui me plaisaient habituellement.</p> <p>3 Je n'éprouve aucun plaisir aux choses qui me plaisaient habituellement.</p>	<p>5. Sentiments de culpabilité</p> <p>0 Je ne me sens pas particulièrement coupable.</p> <p>1 Je me sens coupable pour bien des choses que j'ai faites ou que j'aurais dû faire.</p> <p>2 Je me sens coupable la plupart du temps.</p> <p>3 Je me sens tout le temps coupable.</p> <p>6. Sentiment d'être puni(e)</p> <p>0 Je n'ai pas le sentiment d'être puni(e).</p> <p>1 Je sens que je pourrais être puni(e).</p> <p>2 Je m'attends à être puni(e).</p> <p>3 J'ai le sentiment d'être puni(e).</p> <p>7. Sentiments négatifs envers soi-même</p> <p>0 Mes sentiments envers moi-même n'ont pas changé.</p> <p>1 J'ai perdu confiance en moi.</p> <p>2 Je suis déçu(e) par moi-même.</p> <p>3 Je ne m'aime pas du tout.</p> <p>8. Attitude critique envers soi</p> <p>0 Je ne me blâme pas ou ne me critique pas plus que d'habitude.</p> <p>1 Je suis plus critique envers moi-même que je ne l'étais.</p> <p>2 Je me reproche tous mes défauts.</p> <p>3 Je me reproche tous les maux qui arrivent.</p> <p>9. Pensées ou désirs de suicide</p> <p>0 Je ne pense pas du tout à me suicider.</p> <p>1 Il m'arrive de penser à me suicider, mais je ne le ferais pas.</p> <p>2 J'aimerais me suicider.</p> <p>3 Je me suiciderais si l'occasion se présentait.</p>
---	---

<p>10 Pleurs 0 Je ne pleure pas plus qu'avant. 1 Je pleure plus qu'avant. 2 Je pleure pour la moindre petite chose. 3 Je voudrais pleurer mais je n'en suis pas capable.</p> <p>11 Agitation 0 Je ne suis pas plus agité(e) ou plus tendu(e) que d'habitude 1 Je me sens plus agité(e) ou plus tendu(e) que d'habitude. 2 Je suis si agité(e) ou tendu(e) que j'ai du mal à rester tranquille. 3 Je suis si agité(e) ou tendu(e) que je dois continuellement bouger ou faire quelque chose.</p> <p>12 Perte d'intérêt 0 Je n'ai pas perdu d'intérêt pour les gens ou pour les activités. 1 Je m'intéresse moins qu'avant aux gens et aux choses. 2 Je ne m'intéresse presque plus aux gens et aux choses. 3 J'ai du mal à m'intéresser à quoi que ce soit.</p> <p>13 Indécision 0 Je prends des décisions toujours aussi bien qu'avant. 1 Il m'est plus difficile que d'habitude de prendre des décisions. 2 J'ai beaucoup plus de mal qu'avant à prendre des décisions. 3 J'ai du mal à prendre n'importe quelle décision.</p> <p>14 Dévalorisation 0 Je pense être quelqu'un de valable. 1 Je ne crois pas avoir autant de valeur ni être aussi utile qu'avant. 2 Je me sens moins valable que les autres. 3 Je sens que je ne vauds absolument rien.</p> <p>15 Perte d'énergie 0 J'ai toujours autant d'énergie qu'avant. 1 J'ai moins d'énergie qu'avant. 2 Je n'ai pas assez d'énergie pour pouvoir faire grand-chose. 3 J'ai trop peu d'énergie pour faire quoi que ce soit.</p>	<p>16 Modifications dans les habitudes de sommeil 0 Mes habitudes de sommeil n'ont pas changé. 1a Je dors un peu plus que d'habitude. 1b Je dors un peu moins que d'habitude. 2a Je dors beaucoup plus que d'habitude. 2b Je dors beaucoup moins que d'habitude. 3a Je dors presque toute la journée. 3b Je me réveille une ou deux heures plus tôt et je suis incapable de me rendormir.</p> <p>17 Irritabilité 0 Je ne suis pas plus irritable que d'habitude, 1 Je suis plus irritable que d'habitude. 2 Je suis beaucoup plus irritable que d'habitude. 3 Je suis constamment irritable.</p> <p>18 Modifications de l'appétit 0 Mon appétit n'a pas changé. 1a J'ai un peu moins d'appétit que d'habitude. 1b J'ai un peu plus d'appétit que d'habitude. 2a J'ai beaucoup moins d'appétit que d'habitude. 2b J'ai beaucoup plus d'appétit que d'habitude. 3a Je n'ai pas d'appétit du tout. 3b J'ai constamment envie de manger.</p> <p>19 Difficulté à se concentrer 0 Je parviens à me concentrer toujours aussi bien qu'avant. 1 Je ne parviens pas à me concentrer aussi bien que d'habitude. 2 J'ai du mal à me concentrer longtemps sur quoi que ce soit. 3 Je me trouve incapable de me concentrer sur quoi que ce soit.</p> <p>20 Fatigue 0 Je ne suis pas plus fatigué(e) que d'habitude. 1 Je me fatigue plus facilement que d'habitude. 2 Je suis trop fatigué(e) pour faire un grand nombre de choses que je faisais avant. 3 Je suis trop fatigué(e) pour faire la plupart des choses que je faisais avant.</p> <p>21 Perte d'intérêt pour le sexe 0 Je n'ai pas noté de changement récent dans mon intérêt pour le sexe. 1 Le sexe m'intéresse moins qu'avant. 2 Le sexe m'intéresse beaucoup moins maintenant. 3 J'ai perdu tout intérêt pour le sexe.</p>
--	---

COMPORTEMENTS DE SOUTIEN EN SITUATION D'ANXIÉTÉ
--

Quand je vis une situation où je suis visiblement très anxieux(se) ou angoissé(e), mon(ma) conjoint(e) :

ENCERCLEZ VOTRE RÉPONSE

	Jamais	Rarement	Parfois	Souvent	Toujours
1. Me donne des conseils	1	2	3	4	5
2. Me dit d'éviter ou de fuir la situation	1	2	3	4	5
3. Reste calme	1	2	3	4	5
4. Est impatient(e) avec moi	1	2	3	4	5
5. Me dit de prendre des médicaments	1	2	3	4	5
6. Se plaint de mes difficultés	1	2	3	4	5
7. Critique ma façon de réagir	1	2	3	4	5
8. Me demande comment je me sens	1	2	3	4	5
9. Essaie de me changer les idées	1	2	3	4	5
10. Fait des blagues qui me détendent	1	2	3	4	5
11. Fait des blagues qui me stressent	1	2	3	4	5
12. Me dit quoi faire	1	2	3	4	5
13. Essaie de me distraire	1	2	3	4	5
14. Manifeste de la peur	1	2	3	4	5
15. Me dit que j'exagère	1	2	3	4	5
16. M'accompagne dans mes déplacements	1	2	3	4	5
17. Tente de me rassurer	1	2	3	4	5
18. Me dit qu'il(elle) ne comprend pas mon problème	1	2	3	4	5
19. Essaie de me confronter	1	2	3	4	5
20. Demande des choses pour moi	1	2	3	4	5
21. Répond à des questions à ma place	1	2	3	4	5
22. Me protège	1	2	3	4	5
23. Va ou reste à ma place dans la situation	1	2	3	4	5
24. Minimise l'importance de mes malaises	1	2	3	4	5

ENCERCLEZ VOTRE RÉPONSE

	Jamais	Rarement	Parfois	Souvent	Toujours
25. Me critique	1	2	3	4	5
26. Expose mes faiblesses en public	1	2	3	4	5
27. Raconte mes problèmes aux autres	1	2	3	4	5
28. Essaie de dédramatiser mes craintes	1	2	3	4	5
29. M'ignore	1	2	3	4	5
30. Dissimule des informations pour diminuer mon anxiété	1	2	3	4	5
31. Se plie à mes demandes	1	2	3	4	5
32. Interrompt ce qu'il(elle) faisait pour m'accommoder	1	2	3	4	5
33. Met de la pression sur moi	1	2	3	4	5
34. Ne m'écoute pas	1	2	3	4	5
35. Me culpabilise	1	2	3	4	5
36. Me dit qu'il(elle) est tanné(e) de m'entendre parler de mes difficultés	1	2	3	4	5
37. S'isole de moi	1	2	3	4	5
38. Exige de moi des choses que j'ai peur de faire	1	2	3	4	5
39. Me ridiculise	1	2	3	4	5
40. M'empêche physiquement d'éviter ou de fuir la situation	1	2	3	4	5
41. Tente de m'informer par rapport à mon problème	1	2	3	4	5
42. Essaie de me faire oublier mon problème	1	2	3	4	5
43. Me donne de l'alcool	1	2	3	4	5
44. Me dit que je suis fou(folle)	1	2	3	4	5
45. M'incite contre mon gré à affronter la situation	1	2	3	4	5
46. M'incite à ne pas fuir ou éviter la situation	1	2	3	4	5
47. M'encourage à lui parler de mes difficultés	1	2	3	4	5
48. M'aide à changer mes pensées dérangeantes	1	2	3	4	5
49. M'aide à affronter mes peurs	1	2	3	4	5
50. Respecte mon rythme	1	2	3	4	5

ENCERCLEZ VOTRE RÉPONSE

	Jamais	Rarement	Parfois	Souvent	Toujours
51. Essaie de comprendre comment je me sens	1	2	3	4	5
52. M'aide à interpréter de façon moins catastrophique ce que je vis	1	2	3	4	5
53. M'incite à interrompre un comportement inutile	1	2	3	4	5
54. M'aide à me détendre	1	2	3	4	5
55. M'aide à me changer les idées	1	2	3	4	5
56. M'aide à préciser mes émotions	1	2	3	4	5
57. Me donne de l'espoir par rapport à l'avenir	1	2	3	4	5
58. M'encourage à prendre part à des activités agréables	1	2	3	4	5
59. Menace de me quitter	1	2	3	4	5
60. M'aide à ne pas craindre mes malaises physiques	1	2	3	4	5
61. Remarque quand je fais des efforts pour m'en sortir	1	2	3	4	5
62. Me récompense si je fais des efforts pour m'en sortir	1	2	3	4	5
63. Me rappelle mes points forts	1	2	3	4	5
64. M'encourage à faire ce que je suis capable de faire	1	2	3	4	5
65. Ne me met pas de pression	1	2	3	4	5

FIS

Partie A

Répondez à ces énoncés comme s'ils s'appliquaient à **vos relations actuelles**. Veuillez utiliser l'échelle de 1 à 5 en encerclant le chiffre à droite de l'énoncé qui indique celui qui vous caractérise le plus. **Veillez répondre à toutes les affirmations.**

1	2	3	4	5
ne me caractérise pas du tout	me caractérise un peu	me caractérise modérément	me caractérise beaucoup	me caractérise énormément

Notez que pour chaque affirmation, « P » fait référence à votre partenaire.

- | | | | | | | |
|-----|--|---|---|---|---|---|
| 1. | Je me sentirais mal à l'aise de révéler à « P » des choses de mon passé pour lesquelles j'ai ressenti de la honte. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 2. | Je me sentirais mal à l'aise de parler à « P » de quelque chose qui m'a profondément blessé(e). | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 3. | Je me sentirais à l'aise d'exprimer à « P » mes vrais sentiments. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 4. | Si « P » était préoccupé(e), j'aurais peur parfois de lui montrer que je m'en soucie. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 5. | J'aurais peur de confier mes sentiments les plus intimes à « P ». | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 6. | Je me sentirais à l'aise de dire à « P » que je me soucie de lui/d'elle. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 7. | Je voudrais avoir des sentiments de totale harmonie avec « P ». | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 8. | Je me sentirais à l'aise de discuter de problèmes importants avec « P ». | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 9. | Une partie de moi-même aurait peur de s'engager à long terme avec « P ». | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 10. | Je me sentirais mal à l'aise de partager mes expériences passées avec « P » mêmes les plus tristes. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 11. | Je me sentirais probablement nerveux/nerveuse de montrer de grandes marques d'affection à « P ». | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 12. | Je trouverais difficile de dévoiler mes pensées personnelles à « P ». | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 13. | Je me sentirais mal à l'aise avec « P » s'il/elle dépendait de moi pour le/la soutenir moralement. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 14. | Je n'aurais pas peur de partager ce que je n'aime pas de moi-même avec « P ». | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 15. | J'aurais peur de prendre le risque d'être blessé(e) en établissant une relation intime avec « P ». | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |

- | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|
| 16. Je me sentirais plus à l'aise de garder des informations très personnelles pour moi-même. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 17. Je ne serais pas nerveux/nerveuse d'être spontané(e) avec « P ». | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 18. Je me sentirais à l'aise de dire à « P » des choses que je ne dis à personne d'autre. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 19. Je me sentirais à l'aise de confier à « P » mes pensées et sentiments intimes en toute confiance. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 20. Je me sentirais parfois mal à l'aise si « P » me confiait ses préoccupations très personnelles. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 21. Je me sentirais à l'aise de révéler mes limites et mes faiblesses à « P ». | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 22. Je me sentirais à l'aise qu'il y ait un lien émotif intime entre nous. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 23. J'aurais peur de partager mes pensées intimes avec « P ». | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 24. J'aurais peur de ne pas toujours me sentir près de « P ». | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 25. Je me sentirais à l'aise d'exprimer à « P » quels sont mes besoins. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 26. J'aurais peur que « P » s'investisse plus que moi dans la relation. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 27. Je me sentirais à l'aise d'avoir un échange ouvert et honnête avec « P ». | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 28. Je me sentirais parfois mal à l'aise d'écouter les problèmes personnels de « P ». | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 29. Je me sentirais à l'aise d'être complètement moi-même avec « P ». | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 30. Je me sentirais à l'aise d'être avec « P » et de parler de nos projets personnels. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |

Partie B

Répondez à ces énoncés comme s'ils s'appliquaient à **vos relations passées**. Veuillez utiliser la même échelle de 1 à 5 qu'à la partie « A » pour indiquer ce qui vous caractérise le plus.

- | | | | | | |
|--|---|---|---|---|---|
| 31. J'ai fuit les opportunités d'être proche de quelqu'un. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 32. J'ai retenu mes sentiments dans mes relations précédentes. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 33. Certaines personnes pensaient que j'avais peur d'être près d'elles. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 34. Certaines personnes pensaient que ce n'était pas facile de bien me connaître. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 35. Dans mes relations antérieures, j'ai agi afin de m'empêcher de développer de l'intimité. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |

MESURE GLOBALE DE LA SATISFACTION SEXUELLE (GMSEX)

Globalement, comment décririez-vous votre relation sexuelle avec votre partenaire? Pour chaque paire de mots, encerclez le chiffre qui décrit le mieux votre relation sexuelle.

Très bonne Très mauvaise
7 6 5 4 3 2 1

Très agréable Très désagréable
7 6 5 4 3 2 1

Très positive Très négative
7 6 5 4 3 2 1

Très satisfaisante Très insatisfaisante
7 6 5 4 3 2 1

Très précieuse Sans aucune valeur
7 6 5 4 3 2 1

QUESTIONNAIRE DE SATISFACTION ET DES CHANGEMENTS PERÇUS

En utilisant l'échelle ci-dessous, veuillez évaluer divers aspects de la thérapie en indiquant le chiffre correspondant le plus à votre situation.

-4	-3	-2	-1	0	+1	+2	+3	+4
Très insatisfait		Plutôt insatisfait		Neutre		Plutôt satisfait		Très satisfait

Dans quelle mesure êtes-vous satisfaite ou insatisfaite?

- _____ De la thérapie en général
 _____ De la thérapeute en général
 _____ Des exercices proposés par la thérapeute entre les rencontres
 _____ Du manuel remis au début de la thérapie
 _____ Du nombre de rencontres auxquelles votre conjoint a participé

En utilisant l'échelle ci-dessous, veuillez évaluer divers aspects de la thérapie en indiquant le chiffre correspondant le plus à votre situation.

-4	-3	-2	-1	0	+1	+2	+3	+4
Beaucoup détérioré		Plutôt détérioré		Pas changé		Plutôt amélioré		Beaucoup amélioré

Depuis le début de la thérapie, dans quelle mesure ces aspects se sont-ils améliorés ou détériorés?

- _____ Votre façon de demander de l'aide ou du soutien à votre conjoint au sujet de vos difficultés liées à l'agression sexuelle.
 _____ La façon de votre conjoint de donner de l'aide ou du soutien au sujet de vos difficultés liées à l'agression sexuelle.
 _____ La qualité de votre relation conjugale en général.

En utilisant l'échelle ci-dessous, veuillez répondre à la question suivante en indiquant le chiffre correspondant le plus à votre situation.

-4	-3	-2	-1	0	+1	+2	+3	+4
Pas du tout lié				Neutre				Très lié

- _____ Selon vous, dans quelle mesure votre rétablissement a été influencé par l'aide, le soutien de votre conjoint?

Si vous aviez eu le choix que votre conjoint participe ou non à la thérapie, qu'auriez-vous souhaité? (cochez votre réponse)

- _____ Qu'il participe
 _____ Qu'il ne participe pas

QUESTIONNAIRE SUR LA SITUATION DE COUPLE
--

Nous aimerions avoir une idée de la situation actuelle de votre couple. S.V.P. répondez aux questions suivantes en mettant un «X» à «vrai» ou à «faux» à chaque item.

	Vrai	Faux
1. Je n'ai pas fait de projet précis pour discuter de séparation ou de divorce avec mon(ma) conjoint(e). Je n'ai pas pensé à ce que je dirais, etc.		
2. Je me suis ouvert un compte de banque personnel à mon nom afin de protéger mes propres intérêts.		
3. J'ai très souvent des idées de divorce, jusqu'à une fois par semaine ou plus.		
4. Je n'ai pas suggéré à mon(ma) conjoint(e) que je souhaitais divorcer, me séparer ou le (la) quitter.		
5. J'ai pensé au divorce ou à la séparation de façon précise: j'ai réfléchi à qui aurait la garde des enfants, à la façon dont on se séparerait les biens, au pour et au contre de telles actions, etc.		
6. Mon(ma) conjoint(e) et moi sommes séparés. (Il s'agit (a) d'une séparation à l'essai, ou (b) d'une séparation permanente, cochez l'un des deux.)		
7. J'ai discuté de la question de mon divorce ou de ma séparation avec quelqu'un d'autre que mon(ma) conjoint(e) (un ami fiable, un psychologue, un prêtre, etc.)		
8. Il m'arrive parfois de penser au divorce ou de souhaiter que nous soyons séparés, d'ordinaire après une querelle ou un autre incident.		
9. Je n'ai pas discuté sérieusement ou en détail de cette question avec mon(ma) conjoint(e).		
10. J'ai fait une demande de divorce ou encore nous sommes actuellement divorcé.		
11. Je ne me suis pas renseigné auprès de non-professionnels pour connaître le temps nécessaire pour obtenir un divorce, les motifs de divorce, les coûts d'une telle action, etc.		
12. Je n'ai pas pris contact avec un avocat pour planifier un divorce.		
13. Je n'ai pas consulté un avocat ou un autre service légal à ce sujet.		
14. Il m'est arrivé de penser à un divorce ou à une séparation même si ce n'était pas pendant ou immédiatement après une querelle, mais seulement en termes vagues.		

QUESTIONNAIRE SUR LA RÉOLUTION DE CONFLITS

Dans toutes les relations, il arrive que les partenaires soient en conflit ou qu'il y ait un problème à solutionner. Voici une liste de comportements que vous et votre partenaire avez pu adopter lorsque vous tentiez de solutionner un problème. Veuillez indiquer combien de fois vous et votre partenaire avez adopté chacun des comportements suivants au cours de la dernière année.

Combien de fois au cours de la dernière année....	ENCERCLEZ VOTRE RÉPONSE				
	Jamais	1 fois	2 fois	3 à 6 fois	Plus de 6 fois
1. Avez-vous discuté calmement d'un problème avec votre partenaire? Votre partenaire a-t-il(elle) discuté calmement d'un problème avec vous?	0 0	1 1	2 2	3 3	4 4
2. Êtes-vous allé(e) chercher conseil auprès d'une autre source pour solutionner un problème? Votre partenaire est-il(elle) allé(e) chercher conseil auprès d'une autre source pour solutionner un problème?	0 0	1 1	2 2	3 3	4 4
3. Avez-vous demandé à une autre personne d'intervenir pour aider à régler les choses? Votre partenaire a-t-il(elle) demandé à une autre personne d'intervenir pour aider à régler les choses?	0 0	1 1	2 2	3 3	4 4
4. Avez-vous refusé de donner de l'affection ou d'avoir une relation sexuelle avec votre partenaire dans le but de le(la) punir? Votre partenaire a-t-il(elle) refusé de vous donner de l'affection ou d'avoir une relation sexuelle avec vous dans le but de vous punir?	0 0	1 1	2 2	3 3	4 4
5. Avez-vous insulté ou vous êtes-vous adressé(e) à votre partenaire en sacrant lorsqu'il y avait un problème? Votre partenaire vous a-t-il(elle) insulté(e) ou s'est adressé(e) à vous en sacrant lorsqu'il y avait un problème?	0 0	1 1	2 2	3 3	4 4
6. Avez-vous boudé ou refusé de discuter d'un problème avec votre partenaire? Votre partenaire a-t-il(elle) boudé ou refusé de discuter d'un problème avec vous?	0 0	1 1	2 2	3 3	4 4
7. Êtes-vous sorti(e) fâché(e) de la pièce ou de la maison en claquant la porte? Votre partenaire est-il(elle) sorti(e) fâché(e) de la pièce ou de la maison en claquant la porte?	0 0	1 1	2 2	3 3	4 4
8. Avez-vous contrarié votre partenaire volontairement? Votre partenaire vous a-t-il(elle) contrarié(e) volontairement?	0 0	1 1	2 2	3 3	4 4

ENCERCLEZ VOTRE RÉPONSE

Combien de fois au cours de la dernière année.....	ENCERCLEZ VOTRE RÉPONSE				
	Jamais	1 fois	2 fois	3 à 6 fois	Plus de 6 fois
9. Avez-vous menacé votre partenaire de le(la) quitter ou de mettre fin à la relation? Votre partenaire a-t-il(elle) menacé de vous quitter ou de mettre fin à la relation?	0	1	2	3	4
10. Avez-vous menacé votre partenaire de choses telles que lui refuser de l'argent, avoir une relation extra-conjugale, etc.? Votre partenaire vous a-t-il(elle) menacé(e) de choses telles que vous refuser de l'argent, avoir une relation extra-conjugale, etc.?	0	1	2	3	4
11. Avez-vous ridiculisé ou humilié votre partenaire devant les autres? Votre partenaire vous a-t-il(elle) ridiculisé(e) ou humilié(e) devant les autres?	0	1	2	3	4
12. Avez-vous essayé de contrôler physiquement votre partenaire (ex.: le(la) caucher par terre)? Votre partenaire a-t-il(elle) essayé de vous contrôler physiquement (ex.: vous coucher par terre)?	0	1	2	3	4
13. Avez-vous menacé votre partenaire de le(la) frapper ou de lui lancer quelque chose "par la tête"? Votre partenaire vous a-t-il(elle) menacé(e) de vous frapper ou de vous lancer quelque chose "par la tête"?	0	1	2	3	4
14. Avez-vous lancé, cassé, frappé un objet ou donné des coups de pied sur un objet en présence de votre partenaire? Votre partenaire a-t-il(elle) lancé, cassé, frappé un objet ou donné des coups de pied sur un objet en votre présence?	0	1	2	3	4
15. Avez-vous conduit dangereusement un véhicule dans le but de faire peur à votre partenaire? Votre partenaire a-t-il(elle) conduit dangereusement un véhicule dans le but de vous faire peur?	0	1	2	3	4
16. Avez-vous lancé quelque chose à votre partenaire? Votre partenaire vous a-t-il(elle) lancé quelque chose?	0	1	2	3	4
17. Avez-vous poussé, secoué ou bousculé votre partenaire? Votre partenaire vous a-t-il(elle) poussé(e), secoué(e) ou bousculé(e)?	0	1	2	3	4
18. Avez-vous donné une claque ou une gifle à votre partenaire? Votre partenaire vous a-t-il(elle) donné une claque ou une gifle?	0	1	2	3	4
19. Avez-vous donné un coup de pied, mordu ou donné un coup de poing à votre partenaire? Votre partenaire vous a-t-il(elle) donné un coup de pied, mordu ou donné un coup de poing?	0	1	2	3	4

Combien de fois au cours de la dernière année.....	ENCERCLEZ VOTRE RÉPONSE				
	Jamais	1 fois	2 fois	3 à 6 fois	Plus de 6 fois
20. Avez-vous frappé volontairement votre partenaire avec un objet? Votre partenaire vous a-t-il(elle) frappé(e) volontairement avec un objet?	0	1	2	3	4
21. Avez-vous essayé d'étouffer votre partenaire? Votre partenaire a-t-il(elle) essayé de vous étouffer?	0	1	2	3	4
22. Avez-vous contraint votre partenaire à des activités sexuelles sous la menace? Votre partenaire vous a-t-il(elle) contraint(e) à des activités sexuelles sous la menace?	0	1	2	3	4
23. Avez-vous donné une raclée à votre partenaire? Votre partenaire vous a-t-il(elle) donné une raclée?	0	1	2	3	4
24. Avez-vous menacé votre partenaire avec un couteau, un fusil ou autrement? Votre partenaire vous a-t-il(elle) menacé(e) avec un couteau, un fusil ou autrement?	0	1	2	3	4
25. Avez-vous utilisé un couteau ou un fusil dans le but de blesser ou de tuer votre partenaire? Votre partenaire a-t-il(elle) utilisé un couteau ou un fusil dans le but de vous blesser ou de vous tuer?	0	1	2	3	4

APPENDICE C

FORMULAIRES DE CONSENTEMENT

FORMULAIRE DE CONSENTEMENT

Université du Québec à Montréal

Symptomatologie post-traumatique chez les victimes d'agression sexuelle : Impact de l'implication du conjoint sur l'efficacité du traitement cognitivo-comportemental

Chercheurs principaux

Stéphane Guay, Ph.D.
 Centre de recherche Fernand Seguin
 Valérie Billette Ph.D. (c) et André Marchand, Ph.D.
 Université du Québec à Montréal

Description générale

Vous avez été présélectionnée pour participer à une étude clinique qui vise à comparer l'efficacité de deux formes de psychothérapie pour le trouble de stress post-traumatique chez les victimes d'agression sexuelle, l'une intégrant le conjoint, l'autre ne l'impliquant pas. Les personnes qui participeront à cette étude bénéficieront d'un traitement gratuit. Il est important que vous lisiez attentivement les informations suivantes avant de signer le formulaire de consentement et que vous posiez les questions nécessaires afin de bien comprendre les implications de votre participation.

Déroulement de l'étude

Si vous acceptez de participer à cette étude, lors de la première phase, vous devrez assister à une rencontre d'évaluation avec un assistant de recherche. Vous devrez également remplir différents questionnaires. Cette rencontre s'avère essentielle puisqu'elle permet de déterminer si vous êtes éligible à participer au projet de recherche.

Dans le cadre de la deuxième phase de l'étude, vous bénéficierez d'une psychothérapie individuelle de type cognitivo-comportementale pour le traitement du trouble de stress post-traumatique. Il est toutefois possible que vous ayez à participer à des rencontres d'attente dans lesquelles le contenu thérapeutique ne sera pas abordé avant le début du traitement. De plus, votre conjoint pourrait être appelé à participer à quatre rencontres en cours de traitement. La thérapie d'une durée d'environ 25 rencontres (indépendamment du fait que votre conjoint soit appelé à participer ou non) se déroulera à raison d'une rencontre par semaine. Cette thérapie psychologique s'avère être le traitement de choix actuellement pour vos difficultés. Ainsi, que votre conjoint soit appelé à participer ou non, vous bénéficierez du meilleur traitement actuellement disponible.

En cours de traitement, nous vous demanderons de noter certaines observations et d'effectuer certains exercices. Les participantes prenant une médication pouvant affecter la fréquence et l'intensité des symptômes devront en maintenir la stabilité jusqu'à l'arrêt du traitement. Celles qui ne prennent pas de médication ne devront pas débiter de traitement pharmacologique pouvant affecter la fréquence et l'intensité des symptômes.

Lors de la troisième phase de l'étude, soit à la fin du traitement, vous assisterez à une rencontre d'évaluation avec une assistante de recherche. Une rencontre de suivi sera également prévue par la suite, soit trois mois après le traitement. Vous aurez également à remplir des questionnaires lors de ces différentes phases.

Les rencontres d'évaluation prendront de 60 à 90 minutes et seront enregistrées sur cassette audio, uniquement afin de permettre une écoute ultérieure pour fins de diagnostic. Les rencontres de psychothérapie seront également enregistrées.

Consigne à suivre

Il est important de suivre les recommandations cliniques, d'assister aux rencontres et de ne pas suivre d'autres formes de thérapie qui pourraient interférer avec le traitement que nous vous offrons.

Participation volontaire et droit de retrait

Votre participation à cette étude est volontaire. Vous êtes libre de refuser d'y participer. Vous pouvez également vous retirer de l'étude à n'importe quel moment en faisant connaître votre décision aux chercheurs. Votre retrait entraînera cependant l'arrêt du suivi. Vous pourrez alors être orientée vers d'autres services adaptés à vos besoins. Les responsables de l'étude peuvent interrompre, sans votre consentement, votre participation à cette étude s'ils estiment que votre état physique ou psychologique nécessite un autre traitement plus approprié ou si vous refusez de suivre les consignes de l'étude.

Risques et inconvénients potentiels

Les inconvénients liés à cette étude se limitent au temps nécessaire pour répondre aux questionnaires et entrevues. Elle ne comporte aucun risque pour votre santé physique et psychologique. Toutefois, en effectuant les exercices demandés pendant ou entre les rencontres, il est possible que vous éprouviez un certain niveau d'anxiété. Par contre, cela s'avère rarement un problème et l'expérience est souvent beaucoup moins difficile qu'anticipé. Notons également qu'à cela s'ajoute le fait que la participation de votre conjoint exige de sa part des disponibilités de temps. Nous croyons toutefois fermement que vous

pouvez bénéficier de la thérapie qui vous sera offerte et que les efforts demandés en valent la peine.

Confidentialité

Toutes les informations relatives à ce projet et qui vous concernent seront gardées sous clé et identifiées grâce d'un code pour assurer la confidentialité et seules les personnes autorisées y auront accès. Les cassettes audio seront détruites à la fin de l'étude. Les résultats de cette étude pourront être publiés, mais votre identité ne sera pas dévoilée.

En signant ce formulaire de consentement, vous ne renoncez à aucun de vos droits. De plus, vous ne libérez ni les investigateurs, ni les institutions de leurs responsabilités légales et professionnelles advenant une situation qui vous causerait préjudice.

Si vous avez besoin d'informations supplémentaires concernant la présente étude, vous pouvez communiquer avec la coordonnatrice de l'étude, Valérie Billette, psychologue, au 251-4015 #3594

CONSENTEMENT ÉCLAIRÉ

Je, soussignée, certifie avoir lu attentivement les informations contenues dans ce formulaire de consentement. J'ai posé les questions désirées et on y a répondu à ma satisfaction. Je comprends les implications de ma participation à cette étude sur le traitement du stress post-traumatique suite à une agression sexuelle et accepte volontairement d'y participer.

Nom de la participante : _____

Signature : _____ Date : _____

Nom du témoin : _____

Signature : _____ Date : _____

Nom du chercheur: _____

Signature: _____ Date : _____

FORMULAIRE DE CONSENTEMENT - Conjoint

Université du Québec à Montréal

Symptomatologie post-traumatique chez les victimes d'agression sexuelle : Impact de l'implication du conjoint sur l'efficacité du traitement cognitivo-comportemental

Chercheurs principaux

Stéphane Guay, Ph.D.
 Centre de recherche Fernand Seguin
 Valérie Billette Ph.D. (c) et André Marchand, Ph.D.
 Université du Québec à Montréal

Description générale

Votre conjointe a été présélectionnée pour participer à une étude clinique où l'on compare l'efficacité de deux formes de thérapie psychologique pour le trouble de stress post-traumatique, l'une impliquant le conjoint, l'autre ne l'impliquant pas. Toutes les personnes qui participeront à cette étude bénéficieront d'un traitement gratuit. Il est important que vous lisiez attentivement les informations suivantes avant de signer le formulaire de consentement et que vous posiez les questions nécessaires afin de bien comprendre les implications de votre participation.

Déroulement de l'étude

Si vous acceptez de participer à cette étude, lors de la première phase, vous devrez remplir différents questionnaires à la maison. Dans le cadre de la deuxième phase de l'étude, votre conjointe bénéficiera d'une psychothérapie de type cognitivo-comportementale pour le trouble de stress post-traumatique. Vous pourriez alors être appelé à participer à quatre rencontres de thérapie pendant le traitement. Indépendamment du fait que vous soyez appelé ou non à participer, la psychothérapie de votre conjointe sera d'une durée d'environ 25 semaines et s'avère être le traitement de choix actuellement pour le trouble de stress post-traumatique. Ainsi, que vous soyez appelé ou non à participer, votre conjointe bénéficiera du meilleur traitement actuellement disponible.

Si vous êtes appelé à participer, le contenu des rencontres sera enregistré sur bandes audio afin d'évaluer dans quelle mesure le thérapeute a suivi le plan de traitement. Ces bandes seront détruites dès la fin de l'étude.

Lors de la troisième phase de l'étude, soit à la fin du traitement de votre conjointe, vous aurez à remplir différents questionnaires à la maison. Il en sera de même trois mois après le traitement.

Consigne à suivre

Il est important de suivre les recommandations cliniques, d'assister aux rencontres et de ne pas suivre d'autres formes de thérapie qui pourraient interférer avec le traitement offert à votre conjointe.

Participation volontaire et droit de retrait

Votre participation à cette étude est volontaire. Vous êtes libre de refuser d'y participer. Vous pouvez également vous retirer de l'étude à n'importe quel moment en faisant connaître votre décision aux chercheurs. Les responsables de l'étude peuvent interrompre, sans votre consentement, votre participation à cette étude s'ils estiment qu'elle n'est pas appropriée à votre état physique ou psychologique ou si vous refusez de suivre les consignes de l'étude.

Risques et inconvénients potentiels

Les inconvénients reliés à cette étude se limitent au temps nécessaire pour répondre aux questionnaires et entrevues. Elle ne comporte aucun risque pour votre santé physique et psychologique. Nous croyons fermement que votre conjointe et vous-même puissiez bénéficier du traitement offert et que les efforts demandés en valent la peine.

Confidentialité

Toutes les informations relatives à ce projet et qui vous concernent seront gardées sous clé et identifier à l'aide d'un code pour assurer la confidentialité et seules les personnes autorisées y auront accès. Les cassettes audio seront détruites à la fin de l'étude. Les résultats de cette étude pourront être publiés, mais votre identité ne sera pas dévoilée.

En signant ce formulaire de consentement, vous ne renoncez à aucun de vos droits. De plus, vous ne libérez ni les investigateurs, ni les institutions de leurs responsabilités légales et professionnelles advenant une situation qui vous causerait préjudice.

Si vous avez besoin d'informations supplémentaires concernant la présente étude, vous pouvez communiquer avec la coordonnatrice du projet, Valérie Billette, psychologue, au 251-4015 #3594

CONSENTEMENT ÉCLAIRÉ

Je, soussigné, certifie avoir lu attentivement les informations contenues dans ce formulaire de consentement. J'ai posé les questions désirées et on y a répondu à ma satisfaction. Je comprends les implications de ma participation à cette étude sur le traitement du stress post-traumatique suite à une agression sexuelle et accepte volontairement d'y participer.

Nom du participant : _____

Signature : _____ Date : _____

Nom du témoin : _____

Signature : _____ Date : _____

Nom du chercheur: _____
Signature : _____ Date : _____

APPENDICE D

PROTOCOLE DE TRAITEMENT

Description des rencontres

Séances	Stratégies d'intervention
Séances 1 et 2	Etablir une relation de confiance avec la victime et évaluer l'événement traumatique
Séance 3	Psychoéducation sur le TSPT et les stratégies de demandes de soutien avec la victime
Séance 4*	Psychoéducation sur le TSPT et les stratégies de soutien avec le conjoint
Séance 5	Psychoéducation sur les réactions à l'agression sexuelle, les mythes et les difficultés liées à l'intimité et la sexualité avec la victime
Séance 6*	Psychoéducation sur les mythes, les réactions à l'agression sexuelle et les difficultés liées à l'intimité et la sexualité avec le conjoint
Séances 7 et suivantes	Avec la victime : Entraînement à la gestion de l'anxiété Restructuration cognitive Exposition en imagination Exposition in vivo Régulation des émotions liées au TSPT
Séance mi-traitement (12 ^{ème} rencontre environ)	Discussion sur les émotions en lien avec le trauma et les conséquences de la thérapie avec la victime et son conjoint
Avant dernière rencontre	Prévention de la rechute et maintien des acquis avec la victime et son conjoint
Dernière séance (25 ^{ème} rencontre)	Prévention de la rechute et maintien des acquis avec la victime

* Les séances 4 et 6 peuvent avoir lieu pendant la même semaine que les rencontres avec la victime selon les disponibilités du thérapeute. S'il doit y avoir alternance, plus d'une semaine ne peut se dérouler sans rencontre avec la victime.

SÉANCES # 1 & 2

- **Établir une relation de confiance**
- **Retour sur les carnets d'auto-observations : rappel de consignes et vérification de la compréhension**
*(voir Guide d'instruction)
- **Retour sur les résultats de l'évaluation initiale en expliquant les principaux symptômes, événements traumatiques et difficultés de fonctionnement du client**

- **Prendre connaissance de l'histoire personnelle**
Exemples :
 - Traumas antérieurs
 - Histoire de consultation
 - Contexte de vie actuel
 - Degré de fonctionnement, etc.

- **Préciser l'événement traumatique ciblé dans la thérapie, ses conséquences et les attentes face à l'intervention :**
 1. Quel objectif pensez-vous que nous devrions travailler en premier lieu ?
 2. Pouvez-vous me dire ce qui vous est arrivé ? Quand est-ce arrivé ?
 3. Pouvez-vous me dire par quelle épreuve vous êtes passé ?
 4. Comment ou qu'avez-vous fait pour vous en sortir jusqu'à maintenant ?
 5. Durant l'événement, avez-vous pensé que vous pourriez mourir ?
 6. Avez-vous été blessé ?
 7. Comment jugez-vous avoir agi durant l'événement ?
 8. Quel a été le pire moment ou aspect de l'événement ?
 9. Est-ce que l'événement vous a amené à changer ?
 10. Est-ce que vous avez des difficultés à faire des choses que vous faisiez auparavant depuis l'événement ?
 11. Avez-vous déjà été dans des circonstances similaires auparavant ?
 12. Avez-vous parlé de l'événement à d'autres personnes ? Comment ont-ils réagi ? Comment vous sentez-vous face à leurs réactions ?
 13. Avez-vous développé d'autres problèmes depuis l'événement ?

4

14. Qu'est-ce que vous aimeriez changer ?
15. Comment vous sentez-vous par rapport au fait de recevoir de l'aide pour vos difficultés ?

SÉANCE # 3

- Faire la psychoéducation concernant le *TSPT* et les facteurs de maintien

*Le manuel du participant est utilisé ici comme outil de psychoéducation

Démystification des symptômes :

* Tous les comportements symptomatiques peuvent être conceptualisés comme des efforts de « *coping* » ou des **instincts de survie**

* **L'objectif** est de développer un nouveau discours qui entraînera la réhabilitation et une prise de pouvoir sur les difficultés liées au *TSPT*

* Cela doit être fait de manière délicate dans un esprit de collaboration. Il est important de s'assurer de la compréhension de la personne en lui posant des questions sur ce qu'elle retient du **contenu abordé**

1- Normaliser et valider les réactions

- Réaction « normale » face à un événement « anormal »
- Trauma est une blessure de l'esprit qui peut se guérir comme une blessure physique
- Tous les gens qui vivent des événements traumatiques (ou presque) ont des réactions post-trauma
- Peur de perdre le contrôle est normale

2- Situer le *TSPT* dans une perspective bio-psycho-sociale

- En respectant le rythme de la personne, il est important de l'éduquer concernant ses symptômes, leur évolution et le processus de réhabilitation.
- Discuter de la tentation et des dangers d'avoir recours à l'alcool ou aux drogues pour réduire ou fuir l'impact des symptômes

3- Recadrer les symptômes

- Vise à communiquer à la personne que ses symptômes ont une fonction et ne sont pas des événements incontrôlables
- *Pensées intrusives (flashbacks, ruminations et cauchemars)*
 - Tentative de donner un sens à l'événement ou de l'assimiler
 - *Flashbacks* et cauchemars constituent des accès à la mémoire, des indices que la personne est en train de récupérer, qu'elle est en train de traiter l'information liée à l'événement

- *Déni, évitement et épuisement de la réactivité générale*
 - Sont des moyens de prendre des pauses ou des façons de ne pas avoir à faire face à trop de stress en même temps
 - Ou encore une façon pour la personne de se retirer ou d'éviter de traiter des informations qui causent une détresse extrême dans un moment où elle est incapable de confronter ou d'assimiler ces informations
 - *Phénomène de dissociation au moment de l'événement*
 - Peut être conceptualisé comme une habileté d'auto-hypnotisation qui vise à garder intacte la personnalité de quelqu'un : oublier en vue de survivre
 - Les pensées et émotions repoussées reviennent plus tard sous forme d'intrusions. Les substances (par ex., alcool et drogues) sont susceptibles d'induire une forme de dissociation
 - *Symptômes d'hyperactivation neurovégétative et d'hypervigilance*
 - Par ex., les militaires ont été entraînés pour sentir et anticiper le danger à un point où c'est devenu une seconde nature ou automatique. C'est une habileté essentielle en zone de guerre
 - Par contre, ici (en zone civile), ils n'ont plus à être aussi vigilants. Néanmoins, il faudra accepter de vivre (encore pendant un certain temps) avec l'hyperactivation dû au fait qu'ils ne peuvent pas contrôler l'apparition de stimuli associés à l'événement traumatique (ex. bruit de tirs à la TV)
 - Graduellement et avec l'aide de la thérapie, ils réapprendront à discriminer ce qui est réellement dangereux de ce qui ne l'est pas
 - *Attribution du blâme ou de la responsabilité*
 - *Sur soi* : vise à maintenir la perception de contrôle dans le passé et aussi dans le futur. Peut aussi être une façon de faire du sens face à un événement qui n'en a pas
 - *Sur les autres* : vise à maintenir l'estime de soi
 - Plus réaliste et adaptatif de penser qu'il y a plusieurs causes
 - *Pensées dichotomiques*
 - Par ex., "Les autres sont des ennemis" ; Peut être très adapté en temps de guerre mais pas ici
 - *Conséquences sur le plan interpersonnel*
 - En ayant un *TSPT*, ça amène des émotions et des réactions chez les autres
- 4- Renforcer l'efficacité personnelle et l'espoir chez la victime
- Souligner que le fait que la personne soit en détresse, déprimée ou autres est compréhensible et que chercher à obtenir de l'aide constitue un bon signe dans les circonstances

7

- Discuter de la nature et du but de la thérapie : "Plusieurs approches existent, si ce n'est pas la bonne au départ, nous en trouverons une autre "
- Discuter des possibilités de rechute : "C'est de cela que nous apprenons le plus. L'important est de ne pas se décourager. Le but est de parvenir, à court, moyen ou long terme, à un niveau de bien-être individuel satisfaisant. Cela se fera graduellement "

- **Expliquer à la victime les stratégies de demande d'aide à adopter auprès de son conjoint**

**Le manuel du participant est utilisé ici comme outil de psychoéducation*

- 1- Identifier les comportements de soutien que votre conjoint fait déjà et que vous appréciez et ensuite lui exprimer votre appréciation au moment où il les fait ou le plus tôt possible après (verbalement ou par écrit)
- 2- Suggérer à votre conjoint de faire certains comportements qu'il ne fait pas ou d'ajuster certains comportements qu'il fait déjà; Informer votre conjoint sur vos préférences, mais ne pas le critiquer négativement ou de manière culpabilisante
- 3- Informez votre conjoint des changements de vos besoins et des nouvelles stratégies utilisées en cours de thérapie pour qu'il(elle) ajuste ses comportements en conséquence

SÉANCE # 4 (avec conjoint seulement)

- **Faire la psychoéducation concernant le TSPT et les facteurs de maintien et expliquer les stratégies de soutien**
**Le manuel du participant est utilisé ici comme outil de psychoéducation*
 - 1- Vérifier la conceptualisation ou les perceptions du conjoint face au TSPT et corriger au besoin
 - 2- Établir les distinctions entre un événement stressant normal et traumatique
 - 3- Discuter des stratégies de soutien à faire et celles à éviter afin de ne pas contribuer au maintien du TSPT ;
 - Par ex., les stratégies à ne pas faire serait d'éviter complètement de parler de l'événement traumatique, minimiser l'impact ou critiquer la victime sur ses méthodes de gestion des symptômes
 - Spécifier 2-3 comportements maximum à adopter et à favoriser; par ex., : 1) encourager la victime à parler de l'événement, à son rythme, 2) l'encourager à mettre en application les nouvelles stratégies apprises en thérapie, 3) participer activement en tant que conjoint(e) à la démarche thérapeutique (*mais attention, ne pas leur donner la responsabilité du succès ou de l'échec de la thérapie)
 - 4- Faire des analogies avec des maladies ou des problèmes physiques : par ex., avec infarctus, cancer, diabète, etc., afin d'augmenter leur niveau de compréhension

SÉANCE # 5

- **Faire la psychoéducation concernant les réactions à l'agression sexuelle**
**Le manuel du participant est utilisé ici comme outil de psychoéducation*

➤ Cette section vise à aborder en détails les réactions de la victime à l'agression sexuelle et les conséquences qui en découlent. L'information doit être transmise de façon didactique et interactive.

- **Faire la psychoéducation sur les mythes concernant l'agression sexuelle**
**Le manuel du participant est utilisé ici comme outil de psychoéducation.*

➤ Vénifier la conceptualisation de la victime face à l'agression sexuelle, son adhérence aux différents mythes et corriger au besoin.

Il faut amener la victime à être conscient de ses propres mythes et à connaître l'importance des conséquences qui y sont liées. Les reproches et le blâme, les mauvais traitements, la dépréciation et la négation du sérieux de la situation peuvent en effet en découler. Ces conditions ne permettent pas au soutien nécessaire d'être demandé et sont des entraves à la guérison.

- **Faire la psychoéducation concernant les difficultés liées à l'intimité et la sexualité**
**Le manuel du participant est utilisé ici comme outil de psychoéducation*

➤ Cette section vise à permettre à la victime d'exprimer ses émotions en lien avec la sexualité, l'intimité et le processus de communication à la suite de l'agression sexuelle. La validation de ses émotions est favorisée. Des techniques de résolution de problèmes peuvent également être utilisées pour gérer les difficultés liées aux conséquences de l'agression sur le couple.

SÉANCES # 6 (avec conjoint seulement)

- **Faire la psychoéducation sur les mythes concernant l'agression sexuelle**

**Le manuel du participant est utilisé ici comme outil de psychoéducation*

- Vérifier la conceptualisation du conjoint face à l'agression sexuelle, son adhérence aux différents mythes et corriger au besoin.

Il faut amener le conjoint à être conscient de ses propres mythes et à connaître l'importance des conséquences de ces mythes pour la victime. Les reproches et le blâme, les mauvais traitements, la dépréciation et la négation du sérieux de la situation peuvent en effet en découler. Ces conditions ne permettent pas au soutien nécessaire d'être offert et sont des entraves à la guérison.

- **Faire la psychoéducation concernant les réactions à l'agression sexuelle**

**Le manuel du participant est utilisé ici comme outil de psychoéducation*

- Cette section vise à aborder en détails les réactions de la victime à l'agression sexuelle et les conséquences qui en découlent. L'information doit être transmise de façon didactique et interactive.

- **Faire la psychoéducation concernant les difficultés liées à l'intimité et la sexualité**

**Le manuel du participant est utilisé ici comme outil de psychoéducation*

- Cette section vise à permettre au conjoint de la victime d'exprimer ses émotions en lien avec la sexualité, l'intimité et le processus de communication à la suite de l'agression sexuelle. La validation de ses émotions est favorisée. Des techniques de résolution de problèmes peuvent également être utilisées pour gérer les difficultés liées aux conséquences de l'agression.

SÉANCES #7 & SUIVANTES

a. Techniques de gestion de l'anxiété

* **Objectif** : Réduire les symptômes d'hyperactivité et la détresse concernant la reviviscence de l'événement

* **Techniques** :

1- La respiration diaphragmatique

➤ **Buts** :

- Diminuer l'hyperventilation et les symptômes y étant reliés
- Induire un état de détente

➤ **Techniques** :

- Respirer avec le diaphragme plutôt qu'avec les muscles de la cage thoracique
- Cycles de 3 ou 4 secondes (i.e. inspiration-pause-expiration-pause)
- Inspirer par le nez et expirer par la bouche si possible

2- La restructuration cognitive

➤ **But** : Corriger les pensées irrationnelles/irréalistes qui causent de l'anxiété

➤ **Techniques** :

- Identifier les pensées irrationnelles/irréalistes dans une situation spécifique et les émotions reliées
- Faire ressortir les évidences objectives qui supportent la pensée ainsi que celles qui vont à l'encontre
- Formuler une pensée plus réaliste qui tient compte de toutes les évidences objectives
- Évaluer l'impact de la nouvelle formulation sur les émotions

3- La résolution de problèmes

➤ **Buts** :

- Modifier la façon dont la personne s'oriente face à un problème
- Enseigner une méthode efficace pour résoudre les problèmes

➤ **Techniques** :

- **Définir** le problème et le diviser en sous-problèmes si nécessaire
- **Solutionner le problème (étapes)** :
 - a) Générer des solutions (i.e. faire un "brainstorming")
 - b) Évaluer les avantages/désavantages de chacune des solutions
 - c) Choisir la solution (ou la combinaison de solutions) qui sera appliquée

12

- d) Essayer la solution (ou la combinaison de solutions)
- e) Évaluer les résultats et modifier la solution ou en appliquer une autre au besoin

4 - Le contrôle des ruminations

- *But* : Augmenter le contrôle des périodes de temps où la personne pense à l'événement ou à ses conséquences
- *Techniques* :
 - Déterminer des périodes de temps où la personne pense activement à ce qui la dérange
 - Inversement, la personne doit tenter de ne pas ruminer au sujet de l'événement durant les activités qui visent à la détendre ou à se changer les idées

5- Diminution temporaire des sources d'anxiété

- *But* : Réduire temporairement (sans éviter) certaines sources d'anxiété intenses (stresseurs) afin de diminuer le niveau de base d'anxiété de la personne et lui permettre d'effectuer l'exposition à l'événement
- *Technique* : Identifier les sources d'anxiété néfastes (stresseurs) et en réduire la fréquence ou toutes autres composantes. La *technique de résolution de problèmes* peut s'avérer nécessaire

b. Techniques d'exposition au trauma et aux situations évitées

1- Introduction

- Il s'agit de la modalité de traitement la plus utilisée, la plus efficace et la plus étudiée pour le traitement des traumas et des comportements d'évitement y étant reliés
- Il peut s'avérer utile de planifier des séances de 90 min. afin de bien appliquer ces techniques

2- Facteurs à considérer avant d'entreprendre l'exposition

- Évaluer la sécurité de l'individu, le risque suicidaire et homicidaire, s'il a une histoire d'abus de substances, ses capacités d'adaptation et le soutien de son environnement
- S'assurer que le rationnel de cette procédure de traitement est bien compris

- S'assurer que l'individu est stable et prêt à collaborer. Si non, l'entreprise d'une telle démarche risque de diminuer le sentiment de contrôle de la personne, d'exacerber les symptômes du TSPT ou des troubles comorbides comme la dépression ou l'abus de substances, d'entraîner un abandon ou d'augmenter les comportements d'évitement de toutes formes de traitement
- L'informer que selon toute probabilité, il se sentira moins bien avant de se sentir mieux. Il pensera sûrement à laisser tomber ou ne pas se présenter aux rencontres. Conséquemment, il est primordial que le thérapeute ait confiance dans ce mode d'intervention

3- Exposition prolongée en imagination

- *Cibles d'intervention* : Récit ou scénario d'un événement traumatique
- *Techniques* :
 - Séances d'exposition en imagination à partir du récit de l'événement
 - Lecture ou écoute quotidienne à la maison du scénario écrit ou enregistré
- *Rationnel* :
 - Le trauma provient d'un événement traumatique et les intrusions cognitives (souvenirs, *flashbacks*, cauchemars) proviennent d'un conditionnement à des stimuli (internes et externes) présents durant l'événement qui se sont généralisés au fil du temps, qui activent le système nerveux central parce qu'ils sont perçus comme des signes de danger et entraînent diverses réactions émotionnelles douloureuses
 - Les comportements d'évitement visent à éviter ou fuir ces réactions, ce qui est renforçant à court terme parce qu'ils permettent d'échapper aux réactions émotionnelles douloureuses, mais sont contre-productives à long terme, parce qu'elles contribuent à maintenir les intrusions
 - Le but de l'exposition est de réduire graduellement l'impact des intrusions cognitives en l'exposant de façon graduelle et prolongée à ces images de telle sorte qu'il s'y habitue, qu'elles ne produisent plus de réactions émotionnelles douloureuses et conséquemment le désir de les éviter
 - L'exposition répétée dans un endroit sécuritaire, tel que ce bureau, favorise aussi la prise de conscience que le trauma est un événement spécifique qui est survenu dans un autre contexte

** Dans certains cas, la femme victime d'agression sexuelle peut craindre des situations rappelant le trauma mais qui sont en fait non-sécuritaires (marcher seule la nuit dans un endroit désert). Ces situations ne doivent pas être incluses dans la hiérarchie et l'entraînement à différencier l'évitement lié au TSPT versus les précautions réalistes est particulièrement pertinent avec cette population.*

➤ *Étapes des séances d'exposition en imagination :*

* Procéder de manière hiérarchique, c'est-à-dire en ordre croissant d'anxiété, en commençant par l'événement le moins traumatisant *

- a) Expliquer le rationnel du traitement à l'individu
- b) Déterminer en collaboration avec l'individu le scénario auquel il s'exposera
- c) Vérifier son niveau de détresse (de 0 à 10)
- d) Demander s'il se sent capable de se fermer les yeux
- e) Lui demander de décrire l'événement en détails en utilisant le temps présent et le « je »
- f) **Premières séances** : lui permettre de décrire l'événement librement et à son rythme
- g) **Après la troisième séance** : poser des questions directes
- h) **Chaque 10 minutes** : demander le niveau d'anxiété
- i) Identifier les comportements d'évitement
- j) Effectuer l'exposition durant 30 à 60 minutes
- k) Si possible, attendre que le niveau de détresse redescende avant de terminer l'exposition
- l) Prévoir un délai avant la fin pour que le niveau de détresse redescende (niveau < 5)

➤ *Lecture ou écoute quotidienne du scénario à domicile :*

- a) **Expliquer le rationnel** : généraliser le processus de réhabilitation dans son environnement et possiblement l'accélérer
- b) Enregistrer ou faire écrire le scénario de l'événement une fois qu'il est complet (généralement après quelques séances d'exposition)
- c) Lui demander de l'écouter ou le lire 1 à 2 fois par jour en prenant note de son niveau d'anxiété (de 0 à 10)
- d) Rediscuter des auto-observations lors de la rencontre suivante

4- Exposition prolongée in vivo

➤ *Cibles d'intervention :*

- a) Stimuli internes ou externes résiduels qui déclenchent l'anxiété
- b) Situations évitées

➤ *Techniques :*

- a) Exposition aux stimuli intéroceptifs, ou exposition à des bruits, images ou odeurs reliés à l'événement
- b) Exposition graduée et *in vivo* aux situations à l'aide d'une hiérarchie

➤ *Rationnel :*

- Le trauma provient d'un événement traumatique et les intrusions cognitives (souvenirs, *flashbacks*, cauchemars) proviennent d'un conditionnement à des stimuli (internes et externes) présents durant

15

l'événement qui se sont généralisés au fil du temps, qui activent le système nerveux central parce qu'ils sont perçus comme des signes de danger et entraînent diverses réactions émotionnelles douloureuses

- Les comportements d'évitement visent à éviter ou fuir ces réactions, ce qui est renforçant à court terme parce qu'ils permettent d'échapper aux réactions émotionnelles douloureuses, mais sont contre-productives à long terme, parce qu'elles contribuent à maintenir les intrusions
- Le but de l'exposition est de réduire graduellement l'impact des intrusions cognitives en l'exposant et de façon graduelle et prolongée à ces images de telle sorte qu'il s'y habitue, qu'elles ne produisent plus de réactions émotionnelles douloureuses et conséquemment le désir de les éviter

➤ *Étapes des séances d'exposition prolongée in vivo :*

* Procéder de manière hiérarchique, c'est-à-dire en ordre croissant d'anxiété, en commençant par la situation la moins traumatisante *

- a) Expliquer le rationnel du traitement à l'individu
- b) Déterminer, en collaboration avec l'individu, la situation à laquelle il s'exposera
- c) Vérifier son niveau de détresse (de 0 à 10)
- d) **Chaque 10 minutes** : demander le niveau d'anxiété
- e) Identifier les comportements d'évitement
- f) Effectuer l'exposition durant 30 à 60 minutes
- g) Si possible, attendre que le niveau de détresse redescende avant de terminer l'exposition
- h) Prévoir un délai avant la fin pour que le niveau de détresse redescende (niveau < 5)

c. La gestion de la culpabilité

1- Buts : Identifier les pensées erronées liées à la culpabilité et les corriger au besoin

2- Types de pensées erronées liées à la culpabilité

➤ *Biais intuitifs :*

Penser qu'il y avait des signes évidents de ce qui allait se passer alors qu'il n'y en avait pas ou qu'il ne les a pas perçus; Par ex., " Je savais, j'aurais dû ou j'aurais pu deviner ce qui allait se passer ! "

➤ *Distorsions liées à la justification des actions :*

- Ne pas reconnaître que des règles de résolution de problèmes différentes s'appliquent lorsque le temps d'action est limité vs quand le temps est suffisant pour considérer toutes les options
- Comparer le mérite des actes posés durant l'événement à ceux qui lui viennent à l'esprit après l'événement (par ex., « ce que je ferais si ça m'arrivait maintenant »)
- Comparer le mérite de ses actions à un idéal théorique (par ex., « ce que j'aurais dû faire idéalement »)
- Se centrer seulement sur les aspects positifs qui seraient survenus si il(elle) avait agi autrement
- Sous-estimer les bénéfices associés aux actions durant l'événement
- Ne pas reconnaître que les actions prises étaient basées sur les informations perçues à ce moment là
- **Ne pas reconnaître que :** (a) agir à partir d'intuitions fondées sur très peu d'évidences rapporte rarement et que (b) la survenue de l'événement et de ses conséquences n'est pas une évidence qu'on aurait dû tenter de l'anticiper ou de le prévenir

➤ *Distorsions liées à la responsabilité d'avoir causé l'événement :*

- Croire qu'on est en partie responsable du trauma parce qu'on a pas "prévenu" un événement "prévisible"
- Faire abstraction de tous les autres éléments qui ont pu contribuer à causer l'événement
- Relier la croyance qu'on aurait pu faire quelque chose pour prévenir l'événement traumatique à la croyance qu'on a causé l'événement
- Confondre avoir des "responsabilités" et "être responsable" de l'événement
- Confondre avoir des "responsabilités" et "avoir du pouvoir" sur le déroulement des événements

➤ *Distorsions liées à la moralité :*

- Conclure d'avoir "mal agi" sur la base du résultat plutôt que sur les intentions initiales, soit avant que le résultat soit connu

- Ne pas reconnaître que les réactions émotionnelles fortes (par ex., la peur) durant un événement traumatique ne sont pas sous notre contrôle volontaire

➤ *Distorsion générale :*

- Croire que l'émotion associée à une idée ou une pensée constitue une évidence que la pensée ou l'idée est véridique

d. La gestion de la colère

- **But :** Identifier les composantes de la colère et enseigner des méthodes de gestion de celle-ci

- Psychoéducation et stratégies d'intervention

- La colère peut s'avérer *fonctionnelle* dans le contexte d'un événement traumatique dans lequel un individu a fait face à une menace extrême. La colère peut l'amener à mobiliser son attention, ses pensées, son énergie et ses actions vers un but précis
- Les personnes avec un *TSPT* peuvent réagir de la même façon dans des *situations de la vie quotidienne objectivement non menaçantes* comme si leur vie ou leur intégrité physique étaient en danger
- *La colère est composée de trois principaux éléments :*

1. L'activation physiologique :

- ◆ Caractérisée par une forte activation du système nerveux sympathique
- ◆ Cette activation peut être plus élevée chez les individus avec un *TSPT* et ainsi contribuer à exacerber leur expérience émotionnelle et physique de la colère
- ◆ Ceci peut les amener à consommer de l'alcool ou des drogues dans le but de diminuer leur niveau de tension interne général

2. Les comportements :

- ◆ L'individu avec un *TSPT* peut avoir appris à se protéger en étant agressif et impulsif (en agissant avant de penser)
- ◆ Bien que ces stratégies peuvent avoir été utiles dans certaines situations, ces individus ont tendance à se restreindre à un seul mode de protection
- ◆ Les agressions peuvent prendre différentes formes, soit l'agression physique et verbale ou les comportements auto-destructeurs

3. Les pensées et les croyances :

- ◆ L'individu avec un *TSPT* a tendance à interpréter les événements en surestimant le degré de menace, ce qui fait qu'il a plus

tendance à percevoir des signes d'hostilité, de danger ou de menace chez les autres qu'une personne sans *TSPPT*

- ◆ Fréquemment, les personnes traumatisées ne sont pas conscientes que leurs perceptions de menace sont liées à l'événement traumatique et que leur façon d'agir actuelle amènent les autres à être plus agressant, ce qui confirme leurs hypothèses

➤ *Stratégies de traitement :*

1. L'activation physiologique :

- ◆ Dans un environnement sécuritaire, leur apprendre des habiletés visant à réduire le niveau d'activation (par ex., relaxation, respiration diaphragmatique et exercice physique)

2. Les comportements agressifs :

- ◆ Augmenter leur répertoire de comportements en réponse à une perception de menace (par ex., "time-out", auto-observations des pensées, affirmation de soi, etc.)
- ◆ Remplacer leur mode de réponse *agir* → *penser* par un mode *penser* → *agir*, à l'aide de jeux de rôles, entre autres

3. Les pensées et les croyances :

- ◆ Leur apprendre à auto-observer les pensées qui précèdent leur colère
- ◆ Restructurer les pensées irrationnelles
- ◆ Les jeux de rôle peuvent s'avérer très utiles

**le thérapeute est invité à consulter Foa, E. B., & Rothbaum, B. O. (1998). Treating the trauma of rape : Cognitive-behavioral therapy for PTSD. New York : Guilford Press et Resick, P. A., & Schnicke, M. K. (1993). Cognitive processing therapy for rape victims : A treatment manual. Thousand Oaks, CA : Sage Publications.*

SÉANCE À LA MI-TRAITEMENT (avec la victime et son conjoint)

- **Fournir un contexte permettant aux conjoints d'échanger sur leur état par rapport à l'événement traumatique et au TSPT, au soutien donné et reçu, aux conséquences de l'agression sur la victime et sur le couple et aux progrès réalisés ainsi qu'aux étapes de traitement passées et à venir**
 - Faire un bilan des progrès jusqu'à maintenant
 - Discuter des étapes de traitement passées, des interventions en cours et de celles à venir
 - Discuter des pensées et des sentiments par rapport au soutien donné et reçu, aux conséquences de l'agression sur la victime et sur le couple
 - L'intervenant doit encourager les conjoints à exprimer eux-mêmes leurs pensées et sentiments. Néanmoins, si cela s'avère difficile, il peut diriger la rencontre en questionnant les conjoints, en faisant lui-même un bilan provisoire de la thérapie et en les informant des étapes passées et à venir
 - Dans la mesure du possible, cette rencontre ne devrait pas tourner en confrontation

DERNIÈRE SÉANCE (avec la victime et son conjoint)**I- Stratégies de prévention de la rechute**

- *Définir ce qu'est une rechute :*
 - Il s'agit d'un retour des comportements problématiques (i.e. principalement l'évitement dans le cas du *TSP7*) suite à une période de rémission ou d'amélioration
 - Il faut que ce retour aux comportements problématiques survienne plus d'une fois dans une même situation ou dans plusieurs situations différentes. Si la victime évite une situation une fois mais s'y réexpose subséquemment en mettant en application les stratégies thérapeutiques apprises, il ne s'agit pas d'une rechute

- *Rappeler et renforcer chez la victime le recours à des comportements de demande d'aide et de soutien auprès de son conjoint*

- *Rappeler et renforcer également les comportements adéquats d'aide et de soutien du conjoint auprès de la victime*

- *Rappeler et renforcer la gestion de l'impact de l'agression sexuelle sur le couple auprès de la victime et du conjoint*

DERNIÈRE SÉANCE (avec la victime)

1- Stratégies de prévention de la rechute

- *Rappeler ce qu'est une rechute :*
 - Il s'agit d'un retour des comportements problématiques (i.e. principalement l'évitement dans le cas du *TSPT*) suite à une période de rémission ou d'amélioration
 - Il faut que ce retour aux comportements problématiques survienne plus d'une fois dans une même situation ou dans plusieurs situations différentes. Si la victime évite une situation une fois mais s'y réexpose subséquemment en mettant en application les stratégies thérapeutiques apprises, il ne s'agit pas d'une rechute
- *Aider la victime à développer des attentes réalistes vis-à-vis .*
 - La réapparition probable des intrusions cognitives
 - La réactivation physiologique involontaire dans certaines situations
 - La réapparition occasionnelle de la détresse émotionnelle
- *Planifier l'application de procédures de prévention de la rechute :*
 - Identifier et décrire les situations à haut risque pour cet individu
 - Réviser l'application des stratégies de gestion de l'anxiété qui se sont avérées aidantes pour la victime durant le traitement
 - Anticiper les réactions d'anxiété les plus probables dans ces situations
 - Identifier et modifier certains facteurs de risque ou de vulnérabilité
 - Adapter les stratégies apprises pour la gestion de l'anxiété à d'autres problèmes

APPENDICE E

MANUELS DES PARTICIPANTS

MANUEL D'INFORMATION POUR LES PARTICIPANTES

LE TROUBLE DE STRESS POST-TRAUMATIQUE (TSPT) chez les victimes d'agression sexuelle

Stéphane Guay, André Marchand et Valérie Billette
Centre de Recherche Fernand-Seguin

LE TROUBLE DE STRESS POST-TRAUMATIQUE

Stress « normal » en réaction à un événement « anormal »

Lorsqu'un individu vit des situations qui sortent de l'ordinaire et que l'on pourrait qualifier de stressantes, voir catastrophiques, ces événements déclenchent chez lui des nombreux mécanismes d'adaptation au stress. En contrepartie, ces divers mécanismes d'adaptation peuvent provoquer des réactions physiques ou psychologiques aiguës rarement ou jamais ressenties auparavant. En fait, ce sont des réactions de stress normales à des événements anormaux ou « hors de l'ordinaire ».

Apparition des réactions post-trauma

En général, ces réactions normales de stress face à des événements anormaux durent un minimum de deux jours et ne dépassent pas quatre semaines. Par contre, il peut arriver qu'après quatre semaines certains individus continuent d'être fortement préoccupés par l'événement qu'ils ont vécu à un point tel qu'ils deviennent incapables de vivre une vie normale. Ils ont alors développé un *Trouble de Stress Post-Traumatique (TSPT)*. En effet, les symptômes du *TSPT* apparaissent habituellement quelques semaines après le traumatisme. Notons toutefois qu'il peut exister un long délai entre l'événement déclencheur et le début du *TSPT*. Certains individus peuvent en ce sens passer plusieurs mois ou même plusieurs années avant de percevoir les symptômes liés au *TSPT*.

Qu'est-ce que le *Trouble de Stress Post-Traumatique (TSPT)* ?

Le *TSPT* fait partie d'une constellation de problèmes de santé mentale mieux connue sous le nom de *troubles anxieux*. La caractéristique essentielle de ce trouble est le développement de symptômes spécifiques faisant suite à l'exposition à un événement particulièrement stressant ou à un événement traumatique extrême. Ce problème peut par exemple apparaître suite à une expérience anormalement troublante telle qu'une agression sexuelle, une agression personnelle violente, un vol, la torture, une prise en otage, une attaque terroriste, l'incarcération en tant que prisonnier de guerre ou dans un camp de concentration, un ouragan, un tremblement de terre, un incendie, un accident de voiture grave, etc. Lors de l'exposition *directe* à l'événement, il y a une menace à l'existence même, à l'intégrité corporelle ou aux biens personnels. L'exposition *indirecte* consiste à être témoin (mais non victime) de cette menace. En effet, pour certains individus, le seul fait d'être témoin d'un événement violent ou

tragique suffit pour qu'ils développent un *TSPT*. Une autre forme d'exposition indirecte consiste à apprendre qu'un proche a été exposé à un tel événement.

Quels sont les principaux symptômes du *TSPT* ?

Lorsque l'individu vit, est témoin ou est confronté indirectement à un événement particulièrement traumatisant, il éprouve généralement, dans les premiers instants, une **peur intense, un sentiment d'être sans espoir ou d'horreur**. Par la suite, un ensemble de symptômes spécifiques peut apparaître. On peut subdiviser ces réactions en plusieurs catégories (décrites en détails plus bas). Une première catégorie touche particulièrement **l'état général de conscience** ou la perception des événements, des choses et des activités de la vie courante. La deuxième catégorie se rapporte à **la façon d'interpréter et de revivre les événements**. La troisième catégorie se manifeste par **l'évitement** de certains objets, de situations et de personnes rattachés de près ou de loin à l'événement traumatisant. Finalement, une dernière catégorie concerne l'apparition de symptômes anxieux élevés. Comme vous pouvez le constater, le *TSPT* se caractérise par une grande variété de symptômes. Leur spécificité, leur nombre et leur intensité varient selon chaque individu. Ainsi, il est possible que deux personnes ayant un *TSPT* soient affectées de façon bien différente. De plus, pour un même événement traumatique, une personne peut développer un *TSPT* et une autre personne peut ne pas le développer. Pour établir le diagnostic d'un *TSPT*, il faut que les symptômes **persistent dans le temps** et qu'ils entraînent **une souffrance cliniquement significative** ou **des problèmes dans le fonctionnement social, professionnel ou dans d'autres domaines importants de la vie de la personne**.

Les réactions post-trauma qui se rapportent à **l'état général de conscience** peuvent être les suivantes : se sentir comme dans un brouillard, avoir l'impression de vivre dans un monde irréel ou encore comme dans un rêve, ressentir moins les émotions comme celles associées à l'intimité, la tendresse et la sexualité, ressentir un détachement vis-à-vis des autres et parfois même une perte de plaisir face à des activités qui étaient auparavant agréables. En fait, il y a **« émoussement » des réactions générales**, c'est-à-dire une diminution de la réactivité au monde extérieur.

Certaines personnes **revivent sans cesse l'événement traumatique** de façon parfois dérangeante et persistante. Elles ont de fréquents épisodes pendant lesquels elles repensent à l'incident. Cette expérience peut se manifester sous forme de **cauchemars, d'états dissociatifs** ou par des **souvenirs répétitifs et envahissants** des émotions ou des images reliées au traumatisme. La personne qui a un **« flash-back »** peut croire qu'elle fait encore une fois l'expérience de l'événement traumatique ou qu'elle en est encore témoin. Parfois, un **« flash-back »** peut être assez sévère pour amener l'individu à agir, de manière automatique, tout comme il le faisait au moment de l'événement traumatique et il peut même paraître comme un somnambule. À titre d'exemple, un casque bleu qui était cantonné en Bosnie peut se cacher ou réagir comme s'il était confronté à de vrais tirs d'artillerie lorsqu'il entend des bruits similaires à des détonations. Les cauchemars peuvent être intenses à un point tel qu'il est possible que l'individu se réveille en criant. Ils peuvent être tellement désagréables ou terrifiants qu'ils empêchent l'individu de dormir. Les souvenirs soudains de l'événement qui surviennent sans avertissement peuvent être assez intenses pour entraîner des pleurs ou de fortes émotions. Ainsi, le fait de revivre de façon persistante l'événement traumatique provoque une souffrance importante.

Une autre catégorie de symptômes se caractérise par un **effort pour éviter toute personne, situation ou activité susceptible d'éveiller les souvenirs du traumatisme**. La personne éprouve généralement une souffrance psychologique et une réactivité physiologique intense quand elle est exposée à des événements qui ressemblent ou symbolisent un aspect de l'événement. Elle peut faire des efforts délibérés pour éviter les pensées, les sensations, les activités, les situations, les gens ou les conversations liées à l'événement traumatique et qui entraînent un retour des souvenirs de celui-ci. Ceci peut même aller jusqu'à l'**amnésie** d'un des aspects importants de l'événement. Ces comportements d'évitement peuvent induire le retrait face aux amis et la famille. En effet, les gens ayant un *TSPT* ont souvent une certaine **difficulté à éprouver et à démontrer leurs émotions**, particulièrement envers ceux qui leur sont très proches. Ceci peut nuire aux relations interpersonnelles puisque les autres personnes se sentent alors rejetées ou ignorées. Les comportements d'évitement peuvent également entraîner des difficultés dans les activités quotidiennes. Par exemple, un individu victime d'un vol à main armée dans un dépanneur peut dorénavant refuser d'aller travailler. L'individu peut devenir tellement méfiant face à certaines situations que l'évitement de celles-ci devient l'élément prédominant dans sa vie. D'autres personnes aux prises avec ce trouble peuvent éviter de prendre leurs responsabilités, perdre de l'intérêt envers leurs activités favorites ou se sentir désespérées face au futur. De telles attitudes mènent souvent à une piètre performance au travail et peuvent causer des problèmes familiaux et personnels. Souvent, les individus traumatisés peuvent avoir le sentiment d'un « **avenir bouché** » (ex : ne s'attendent plus à avoir une carrière, se marier, avoir des enfants ou un cours « normal » de la vie). Bref, il y a donc un **évitement persistant des stimulus associés à l'événement traumatique**.

Une dernière catégorie de symptômes comprend de multiples manifestations de réactions anxieuses. Ils peuvent se manifester par des **difficultés de concentration**, de l'**irritabilité** accrue (ex : se fâcher pour un rien), des émotions de « *nerfs à vifs* », des **troubles du sommeil**, des réactions de **sursaut exagéré**, de l'**agitation** motrice, de l'**hypervigilance** (ex : se tenir « *aux aguets* » du moindre bruit dans l'environnement) et une **réactivité physiologique** telle qu'une transpiration excessive et des palpitations dès que le traumatisme est évoqué. Par exemple, quelqu'un ayant été victime d'un vol à main armée avec des nombreux coups de feu peut réagir de manière excessive aux bruits comme un feu d'artifice ou une pétarade d'automobile. Parfois, les individus avec un *TSPT* peuvent éprouver des sensations désagréables reliées à une attaque de panique, tels qu'une douleur thoracique, des étourdissements, une respiration rapide et une peur de mourir ou de perdre le contrôle. En fait, ces individus ressentent alors des **symptômes persistants d'anxiété et d'« hyperéveil »**.

Quelles sont les personnes qui développent un *TSPT* ?

Il est important de noter que nous ne réagissons pas tous de la même manière face à une situation catastrophique ou à un très grand stress. Le degré d'intensité de la réaction **varie d'une personne à l'autre**. Cela signifie notamment que certains auront une très forte réaction, alors que, pour une même situation, d'autres ne réagiront pratiquement pas ou peu. Ainsi, il est possible que deux personnes ayant un *TSPT* soient affectées de façon bien différente. Il faut donc retenir qu'il est tout à fait normal que certaines personnes réagissent et que d'autres ne réagissent pas.

Le *TSPT* peut survenir chez n'importe qui et à n'importe quel âge. Les études récentes démontrent qu'il est beaucoup plus commun que l'on croyait chez les enfants. Certaines études notent que 2% de la population en est atteinte alors que d'autres mentionnent des taux allant jusqu'à 9%. Pour certains événements traumatiques le taux peut être beaucoup plus élevé, allant de 15% à 50%. Le trouble peut être particulièrement sévère ou prolongé quand le facteur de stress est lié à une activité humaine (ex : torture, agression sexuelle) et lorsque le traumatisme est imprévisible. La probabilité de développer ce trouble peut augmenter en fonction de l'intensité et de la proximité physique du facteur de stress ainsi que du seuil de vulnérabilité propre à chaque individu. En effet, il existe des facteurs prédisposants, déclenchants ou précipitants et des facteurs de maintien du *TSPT*. Le développement du *TSPT* varie en fonction des caractéristiques individuelles de la personne, de l'événement traumatique et du contexte physique et humain dans lesquels l'événement traumatique a eu lieu.

En ce qui concerne les **caractéristiques de l'événement traumatique**, l'intensité, l'imprévisibilité, le caractère incontrôlable et arbitraire de l'événement ainsi que le potentiel de menace sont des facteurs souvent aggravant. De manière plus spécifique, les événements traumatiques (*ET*) se différencient des événements stressants normaux (*ESN*) à plusieurs niveaux. Le tableau comparatif suivant résume les différences entre un *ET* et un *ESN*.

Événements traumatiques (ET)	Événements stressants normaux (ESN)
La victime d'un <i>ET</i> n'a généralement pas eu de temps pour s'y préparer ou l'anticiper comme dans le cas d'un vol ou d'un accident de voiture.	Il est généralement possible de se préparer ou d'anticiper les <i>ESN</i> tels que la naissance d'un bébé, un changement d'emploi ou le décès d'un proche qui était déjà hospitalisé.
L' <i>ET</i> n'a généralement pas été vécu précédemment, à tout le moins pas à cette intensité.	La répétition d'un même <i>ESN</i> ou d'un événement similaire contribue à diminuer l'amplitude des symptômes puisqu'il devient possible d'apprendre des expériences antérieures et de mieux y réagir comme dans le cas de plusieurs pertes d'emploi subséquentes.
Les victimes d'un <i>ET</i> n'ont souvent pas de contrôle par rapport à ce qui provoque les symptômes ou à la possibilité de les retarder ou de les arrêter.	Les <i>ESN</i> ne provoquent pas autant de symptômes d'anxiété ou s'ils en provoquent, ils peuvent être contrôlés beaucoup plus facilement puisqu'ils sont généralement de moindre intensité.
Les <i>ET</i> ont généralement été vécus par relativement peu de gens (sauf dans le cas des désastres naturels), ce qui limite la possibilité d'en parler avec d'autres personnes et augmente le sentiment d'être seul à vivre ces réactions.	En comparaison, les <i>ESN</i> sont vécus par beaucoup de gens et constituent souvent un sujet de discussion entre les personnes qui ont vécu les mêmes expériences (par ex une perte d'emploi).
Les victimes d'un <i>ET</i> ont fréquemment un sentiment de perte d'invulnérabilité, de tranquillité, d'estime et d'identité.	En comparaison, les <i>ESN</i> produisent généralement des expériences négatives beaucoup moins perturbantes.
Les <i>ET</i> exposent la victime (et souvent ses proches) à des menaces de danger physiques très élevées et laissent souvent une empreinte pour la vie, et ce même si les symptômes disparaissent.	Les <i>ESN</i> posent peu de menaces de danger aux proches et l'impact tend à se dissiper plus rapidement au fur et à mesure que d'autres expériences quotidiennes surviennent.

Les ET créent un impact émotif aigu (par ex., insomnie, dépression, etc.) et chronique (par ex., retrait social, conflits interpersonnels, perceptions erronées de soi ou des autres, phobies, paranoïa, difficultés sexuelles, etc.)	L'impact émotif des ESN n'est pas aussi aigu et chronique.
Suite à un ET, la victime peut prendre de quelques semaines à quelques années avant d'être rétablie.	Très peu d'ESN exige une réadaptation aussi importante qu'un ET. Il s'agit généralement d'une période de transition qui ne se prolonge pas sur une longue période de temps.
Les ET entraînent souvent des problèmes médicaux (par ex., maux de tête, hypertension, problèmes de peau, etc.)	Bien que des problèmes de santé peuvent être associés aussi aux ESN, ils se manifestent beaucoup plus fréquemment chez les personnes victimes d'un ET.

Pour ce qui est des **caractéristiques du milieu**, les facteurs défavorables qui peuvent augmenter le risque de développer un *TSPT* proviennent, par exemple, des ressources d'aide ou de soutien non disponibles ou trop éloignées (inaccessibles), des conditions de travail parfois trop exigeantes et des moyens de communication déficients. La confiance dans les divers services fournis par l'entreprise et par l'employeur, la cohérence ainsi que la cohésion du groupe de travail et la confiance dans le gestionnaire immédiat ou le leader du groupe sont tous des éléments qui diminuent le risque de développer un *TSPT*.

Pour ce qui est de la vulnérabilité personnelle à une réaction post-traumatique, elle est la résultante de trois types de facteurs. Les premiers facteurs sont liés à la nature même du traumatisme, les seconds sont ceux qui, présents avant l'événement, accroissent la vulnérabilité de la personne et les troisièmes sont les facteurs post-traumatiques qui influencent, après coup, l'évolution clinique du trouble.

En fait, au niveau des **facteurs de vulnérabilité personnelle**, on peut noter la présence de problèmes présents avant l'événement comme des éléments dépressifs, des problèmes d'adaptation, des traits/troubles de la personnalité, de l'abus d'alcool et de drogue, de la toxicomanie, etc. Il peut y avoir également les **caractéristiques personnelles de l'individu**, par exemple son style cognitif, sa façon de percevoir et d'interpréter les événements de la vie courante, ses croyances et ses conceptions fondamentales spécifiques, ses valeurs personnelles et religieuses précises, son estime et sa confiance en elle, une attitude pessimiste, une personnalité perfectionniste ou rigide, etc. L'histoire d'abus physique ou sexuel dans l'enfance, des troubles de comportements pendant l'enfance et l'adolescence, une séparation précoce des parents ou un divorce avant l'âge de 10 ans peuvent être également des facteurs prédisposants. Des maladies ou blessures antérieures ou coexistantes, des traumas antérieurs, un manque de soutien social et psychologique, la présence d'événements particulièrement stressants avant le trauma sont tous des facteurs qui peuvent prédisposer l'individu à réagir fortement au trauma et même à développer et à maintenir un *TSPT*.

Il est rare d'observer la disparition d'un *TSPT* sans prise en charge psychologique. L'atténuation des symptômes se trouve favorisée par les conditions de vie post-traumatique similaires à celles qui existaient antérieurement. Il ne faut pas oublier que les divers stress vécus antérieurement ainsi que les rappels de l'événement traumatique initial, notamment les dates anniversaires et toute similarité avec le contexte et les stimuli similaires à ceux produits lors de

l'événement, peuvent être non seulement des facteurs déclenchants mais aussi des facteurs de maintien du problème.

Problèmes connexes

Il n'est pas rare que des individus atteints d'un trouble psychologique aient plus d'un problème en même temps. Les personnes victimes du *TSPT* ou d'autres problèmes émotifs se tournent fréquemment vers les drogues et l'alcool dans le but de trouver un certain réconfort. Une étude récente de l'*Institut National de Santé Mentale* révèle que la moitié de ceux qui abusent de drogues et d'alcool aux États-Unis ont un problème de santé mentale. Parfois, les problèmes associés à l'abus de substance masquent les symptômes du *TSPT*.

Dans d'autres cas, les symptômes les plus significatifs peuvent aussi être typiques de troubles autres que le *TSPT*. Les crises de colère, les migraines et le désespoir sont des caractéristiques communes de plusieurs troubles comme la dépression ou d'autres troubles anxieux. Un individu ayant un *TSPT* peut également souffrir de plusieurs autres problèmes émotifs.

INTERVENTIONS POSÉES LORS DE LA PSYCHOTHÉRAPIE

La psychothérapie à laquelle vous participez, dans le cadre du projet de recherche sur le traitement du *TSPT*, est d'approche *cognitive-comportementale*. Les résultats de plusieurs études contrôlées confirment que cette forme d'intervention est efficace et supérieure à la pharmacothérapie et à une thérapie de soutien. Cette psychothérapie comporte un volet psycho-éducatif et consiste à favoriser des comportements d'approche, à développer les habiletés de gestion des réactions anxieuses excessives ainsi qu'à corriger les façons irréalistes de penser. Il vous est recommandé d'accepter vos réactions comme étant des réactions désagréables, parfois souffrantes, mais tout à fait normales compte tenu de la situation, et surtout aucunement dangereuses. Très souvent, les individus ne comprennent pas ce qui leur arrive et pensent, à tort, qu'il n'est pas normal d'éprouver de telles réactions.

Lors de votre psychothérapie pour traiter le *TSPT*:

- La psychologue vous donnera de l'**information** sur vos réactions post-traumatiques, sur l'origine de vos symptômes ainsi que sur les facteurs explicatifs du *TSPT*. Un carnet dans lequel vous devrez noter vos observations journalières afin de prendre davantage conscience de vos symptômes et de pouvoir voir votre évolution au cours de la thérapie vous sera également remis.
- La psychologue vous enseignera également des techniques pour mieux **gérer votre anxiété**. Par exemple, elle vous présentera et vous fera pratiquer la *respiration diaphragmatique* (pour vous donner un sentiment de contrôle sur votre anxiété, pour vous aider à vous détendre et pour diminuer vos symptômes d'hyperventilation et ceux qui y sont liés), la *correction cognitive* (pour modifier vos pensées dysfonctionnelles et diminuer vos appréhensions qui causent et maintiennent votre anxiété) et la *résolution de problèmes* (pour mieux vous orienter face aux problèmes réels vécus et ainsi mieux les résoudre).

7

- La psychologue vous initiera à une modalité d'intervention des plus importantes et démontrée comme efficace, la *thérapie par exposition* (*graduée et prolongée*). Cette intervention a pour but de diminuer graduellement l'impact négatif de vos intrusions cognitives (ex : souvenirs, *flash-back* et cauchemars par rapport au traumatisme) sur votre fonctionnement quotidien afin qu'elles ne vous fassent plus vivre de réactions émotionnelles intenses et douloureuses et que vous ne ressentiez plus le désir d'éviter les situations reliées à ces réactions. La *thérapie par exposition* consiste donc à vous exposer graduellement aux situations (et/ou lieux, images, sensations, bruits, odeurs, etc.) liées au traumatisme et que vous redoutez et/ou évitez d'affronter et ainsi à habituer votre organisme à ne plus ressentir et réagir de manière intense. Dans un premier temps, la psychologue pratiquera avec vous cet exercice thérapeutique. Ensuite, vous pourrez appliquer entre les rencontres cette stratégie très efficace jusqu'à ce que ces situations ne vous causent plus de réactions émotionnelles.

- La psychologue vous aidera, au besoin, à mieux gérer certaines de vos émotions comme la culpabilité, la colère et autres sentiments pénibles pour vous. Cela sera fait en vous fournissant de l'information et en vous enseignant des stratégies à adopter afin de modifier vos pensées dysfonctionnelles qui causent vos sentiments désagréables.

CHERCHER DE L'AIDE

Mais qu'est-ce qu'une personne peut faire maintenant face à ces différentes manifestations physiques et psychologiques d'un événement traumatique ou lors du développement d'un *TSPT*? Plusieurs solutions sont envisageables. Il faut d'abord consulter. Dans un premier temps, il est recommandé aux individus d'accepter leurs réactions comme étant des réactions désagréables, parfois souffrantes, mais tout à fait normales compte tenu de la situation, et surtout aucunement dangereuses. Très souvent, les individus ne comprennent pas ce qui leur arrive et pensent, à tort, qu'il n'est pas normal d'éprouver de telles réactions.

Le fait de parler de l'événement à son entourage (par ex., conjoint, famille, amis, collègues, etc.), d'exprimer ses craintes, ses émotions et ses inquiétudes constituent d'excellents moyens qui permettent de dédramatiser la situation, de trouver des solutions nouvelles, et même de faire ressortir des conséquences positives face à un événement qui, de prime abord, semble catastrophique.

Obtenir du soutien de la part de son conjoint

Généralement, le conjoint ne sait pas quoi faire pour aider sa partenaire victime d'un événement traumatique et ceci est tout à fait normal. En effet, ses propres expériences de vie liées à des événements stressants n'ont généralement pas conduit à un *TSPT* dans le passé. Lorsque survient un événement traumatisant, les conjoints adoptent intuitivement certains comportements qui se sont avérés utiles lors d'événements stressants normaux. Toutefois, les événements traumatisants et les conséquences qu'ils entraînent sont de nature différente et suscitent des besoins divergents en matière de soutien. Conséquemment, les comportements de soutien habituels du conjoint (ex : dire « c'est fini, faut oublier tout ça, ce n'est pas si grave, il y en a des pires ! », etc.) peuvent s'avérer insuffisants et peuvent même nuire au bien-être de la victime et ce, même si l'intention était bien positive au départ. Pour ces

raisons, nous suggérons aux victimes de guider le conjoint concernant le soutien désiré en lui communiquant leurs besoins spécifiques.

- Une première façon pour aider votre partenaire à vous donner un soutien adéquat est **d'identifier les comportements de soutien qu'il fait déjà et que vous appréciez**. Ensuite, vous pouvez lui exprimer votre appréciation (ex : en lui disant « ça m'aide quand tu fais cela ! ») au moment où il émet les comportements de soutien, ou le plus tôt possible après. Ceci lui donnera un « *feedback* » positif et spécifique sur ce qu'il fait de bien et l'encouragera à recommencer ce comportement. S'il est difficile pour vous de le faire verbalement, vous pouvez aussi le faire par écrit.

- Une seconde façon d'aider votre partenaire à améliorer le soutien qu'il vous donne consiste à **lui demander de faire certains comportements qu'il ne fait pas ou d'ajuster certains comportements qu'il fait déjà**. Il ne s'agit pas ici de critiquer négativement sa façon de faire les choses (ou de ne pas les faire), mais bien de l'informer sur vos préférences. Il ne faut pas oublier qu'il est normal qu'un conjoint ne sache pas exactement quoi faire pour être utile puisqu'en général, c'est la première fois qu'il doit apporter du soutien dans le cas d'une réaction de stress post-traumatique. Notons aussi que les besoins d'une personne aux prises avec un *TSPT* peuvent changer, comme cela arrive souvent au cours d'une thérapie. Dans ce cas, le conjoint peut difficilement deviner ces changements, puisqu'ils sont des expériences privées ou internes chez la victime. Il revient donc à l'individu qui vit ces changements, c'est à dire vous, de les communiquer à son partenaire afin que celui-ci puisse ajuster ses comportements de soutien en conséquence.

- Enfin, il est possible qu'au cours de la thérapie, la psychologue vous suggère de mettre en application des stratégies nouvelles pour gérer vos difficultés, comme par exemple de « *parler de l'événement traumatique* ». Or, une ancienne stratégie utilisée par vous et votre partenaire, tel qu'« *éviter de parler de l'événement* », peut aller à l'encontre des objectifs de la thérapie et ainsi en réduire l'efficacité. Une façon de réduire la probabilité qu'une telle situation survienne consiste à **informer votre conjoint des nouvelles stratégies suggérées par votre psychologue** et ainsi réduire le risque qu'il y ait contradiction entre ce qui est mis de l'avant en thérapie *versus* à la maison.

En résumé, en tant que victime d'un événement traumatique, vous aiderez votre partenaire à vous donner un meilleur soutien si vous : 1) identifiez et lui communiquez ce qu'il fait déjà de bien, 2) lui suggérez de faire ou de modifier certains comportements sans le critiquer négativement ou le culpabiliser et 3) l'informer des changements qui surviennent en cours de thérapie et des nouvelles stratégies qui sont mises de l'avant, particulièrement si elles sont en contradiction avec celles que vous utilisiez.

Dans les pages précédentes, vous avez été informé sur le TSPT et sur les stratégies thérapeutiques efficaces et ce, de façon générale, pour divers types de trauma. La section qui suit adresse de façon plus spécifique le traumatisme qu'est l'agression sexuelle et les éléments qui y sont propres.

RÉACTIONS COURANTES SUITE À UNE AGRESSION SEXUELLE¹

Une agression sexuelle est une expérience traumatique qui provoque un choc émotif et qui cause de nombreux problèmes émotionnels. Le présent document décrit quelques-unes des réactions courantes qu'une personne peut éprouver à la suite d'un traumatisme à caractère sexuel. Ces réactions peuvent inclure des symptômes de stress post-traumatique tels que décrits plus haut. Il nous apparaît toutefois pertinent de vous présenter les caractéristiques propres au trauma que vous avez vécu. Personne ne réagit de la même façon à un traumatisme et il se peut que vous ayez éprouvé certaines réactions plus que d'autres. Veuillez lire attentivement ce qui suit et identifiez tout changement dans vos sentiments, vos pensées et votre attitude depuis que vous avez été victime de l'agression sexuelle.

Rappelez-vous qu'il est courant que de nombreux changements surviennent à la suite d'un traumatisme. En fait, 95 % des victimes d'agression sexuelle éprouvent de sérieux problèmes deux semaines après l'événement. Environ la moitié de ces femmes se sentent beaucoup mieux trois mois après l'agression mais l'autre moitié récupère plus lentement et bon nombre d'entre elles ne récupèrent pas sans aide. Le fait d'être consciente des changements que vous avez éprouvés depuis l'agression est la première étape vers le rétablissement. Quelques-uns des problèmes les plus courants à la suite d'une agression sexuelle sont décrits ci-après.

- **La peur et l'anxiété** sont des réactions courantes et naturelles à une situation dangereuse. Pour de nombreuses victimes, elles durent longtemps après l'agression sexuelle. Cela se produit lorsque la vision du monde et le sentiment de sécurité ne sont plus les mêmes. Vous pouvez devenir anxieuse lorsque vous vous rappelez l'agression mais il peut arriver que l'anxiété survienne sans raison.

- De nombreuses victimes d'agression sexuelle ressentent de **la colère** non seulement envers l'agresseur mais aussi envers d'autres personnes. Si vous n'êtes pas habituée de ressentir de la colère, il se peut que ce sentiment vous perturbe. Cela pourrait être particulièrement dérangeant de ressentir de la colère envers vos proches. Il arrive que les personnes victimes de violence ressentent ce sentiment parce qu'elles se sentent si souvent irritables. Le sentiment que le monde n'est pas juste peut être aussi à la source de la colère.

- Une agression sexuelle amène souvent des sentiments **de culpabilité et de honte**. De nombreuses personnes se blâment pour les choses qu'elles ont faites ou celles qu'elles n'ont pas faites pour survivre. Par exemple, certaines femmes croient qu'elles auraient dû combattre l'agresseur et se sentent responsables de l'agression. D'autres croient que si elles ne s'étaient pas débattues, elles n'auraient subi aucun mal. Il se peut que vous ressentiez de la honte parce que durant l'agression, vous avez été forcée à faire des choses que vous n'auriez pas

¹ Tiré et adapté de Foa et Rothbaum, 1998.

faites autrement. Il peut aussi arriver que d'autres personnes vous blâment d'avoir été agressée.

Le fait de vous sentir coupable de l'agression signifie que vous assumez la responsabilité de ce que votre agresseur a fait. Même si jusqu'à un certain point cela peut vous permettre de vous sentir en contrôle, cela peut également provoquer des sentiments d'impuissance et de dépression.

- **La dépression** est une autre réaction courante à l'agression sexuelle. Elle peut inclure des sentiments de tristesse, d'impuissance ou de désespoir. Il se peut que vous pleuriez plus souvent, il se peut que vous perdiez de l'intérêt envers des personnes et des activités que vous aviez l'habitude d'apprécier. Il est aussi possible que vos projets d'avenir ne vous semblent plus importants ou que la vie ne semble pas valoir la peine d'être vécue. Ces sentiments peuvent vous amener à souhaiter la mort ou à poser des actes dans le but de vous blesser ou de vous enlever la vie. Si l'agression a changé beaucoup de choses dans votre façon de voir la vie, il est normal que vous vous sentiez triste et que vous ayez de la peine face à ce que vous avez perdu à cause de l'agression.

- **L'image de soi** devient souvent plus négative après une agression sexuelle. Il se peut que vous vous disiez : « Si je n'avais pas été si faible ou stupide, cela ne me serait pas arrivé ». Bon nombre de femmes se perçoivent de façon plus négative après un tel événement (« Je suis une mauvaise personne et je mérite ce qui m'est arrivé »).

Il est aussi très courant que les victimes d'une agression sexuelle aient **une perception plus négative d'elles-mêmes et du reste du monde** et qu'elles ne puissent faire confiance à personne. Si autrefois vous pensiez que le monde était un endroit sûr, l'agression vous fait soudainement réaliser que le monde est dangereux. Si vous avez déjà eu des mauvaises expériences, l'agression vous confirme que le monde est dangereux et que vous ne pouvez faire confiance aux autres. Ces pensées négatives font souvent croire aux femmes que l'agression sexuelle a provoqué chez elles un changement majeur. Leurs relations avec les autres – mêmes avec ceux qu'elles aiment le plus – peuvent devenir tendues, et il est difficile pour elles de partager des moments intimes lorsque la confiance diminue. En fait, elles peuvent ressentir que leurs proches ne les soutiennent pas ou ont de la difficulté à entendre parler de l'événement.

- **Les relations sexuelles** peuvent aussi être affectées par une expérience traumatique. De nombreuses femmes trouvent difficile d'avoir des relations sexuelles. Cela est particulièrement vrai chez les femmes victimes d'agression sexuelle puisque non seulement elles ressentent une perte de confiance, mais l'acte sexuel leur rappelle l'agression.

Un grand nombre des réactions suite à une agression sexuelle sont reliées entre elles. Par exemple, un flashback peut vous faire sentir hors de contrôle et ainsi provoquer de la peur et de l'hypervigilance. Beaucoup de femmes croient que leur réaction au traumatisme signifie qu'elles sont « en train de devenir folles » ou de « perdre l'esprit ». Ces pensées peuvent les rendre encore plus craintives. Toutefois, plus vous devenez consciente des changements que vous avez subis depuis l'agression et plus vous avancez dans votre démarche face à ces expériences, moins les symptômes devraient être synonymes de détresse.

LES DIFFÉRENTS MYTHES CONCERNANT L'AGRESSION SEXUELLE

Les mythes sont des attitudes et croyances qui sont généralement fausses et stéréotypées mais qui sont maintenues fortement et de façon persistante et qui ont l'effet de nier et justifier les agressions sexuelles.

Exemples : « Seulement certaines femmes sont agressées, tout particulièrement les femmes avec de mauvaises réputations et celles provenant de groupes marginalisés ou minoritaires. »
 « Il ne s'agit pas d'une agression sexuelle si aucune arme n'est utilisée. »
 « Il ne s'agit pas d'une agression sexuelle si la femme s'est présentée au domicile de l'homme pour un premier rendez-vous. »

Les mythes ont pour fonctions de mettre le blâme sur la victime plutôt que sur l'agresseur. Cela permet aux individus et à la société de ne pas se confronter à la réalité et l'étendue de la problématique des agressions sexuelles. La croyance voulant que le monde est un monde juste où les bonnes choses arrivent aux bonnes personnes et les mauvaises choses à celles qui le méritent est ainsi préservée.

L'adhérence aux mythes concernant l'agression sexuelle est entre autre liée à la méconnaissance de la définition légale de ce crime.

Définition légale : Le Gouvernement du Québec décrit comme *victime d'agression sexuelle* toute personne qui ayant subi contre sa volonté, des gestes à connotation sexuelle avec ou sans contact physique, et ce, sans son consentement. Il s'agit d'un acte d'abus de pouvoir par l'utilisation de la force ou de la contrainte ou sous la menace implicite ou explicite qui vise à assujettir une autre personne à ses propres désirs. Cette définition s'applique peu importe le sexe, la race, la culture, l'orientation sexuelle, l'âge, de la victime et de l'agresseur. Elle s'applique aussi peu importe le lieu, le type de gestes commis, et quelle que soit la nature du lien entre la victime et son agresseur (Gouvernement du Québec, 2001). *Notons que la définition légale ne requière pas qu'il y est eu résistance de la part de la victime.

Pour plusieurs, l'agression classique est commise par un étranger qui utilise une arme et qui agresse avec beaucoup de violence la nuit, à l'extérieur, dans une ruelle sombre, avec beaucoup de résistance de la part de la victime et résultant en des signes perceptibles de lutte. Toutefois, pour la majorité des victimes, ces éléments sont absents, à l'exception du fait que l'agression se produise la nuit. La plupart des agressions sont en effet commises par des connaissances, sans arme, à l'intérieur, dans la résidence de la victime ou de l'agresseur et engendrent peu de blessures physiques (égratignures et bleus).

Il existe différentes catégories de mythes concernant les agressions sexuelles. Les voici, suivis d'exemples :

<p>Rien ne s'est produit</p> <ul style="list-style-type: none"> ✓ Les femmes accusent faussement les hommes. ✓ Les dévoilements énoncent des fantasmes ou désirs cachés. La femme désire se convaincre qu'elle est désirable. <p>Aucun mal n'a été fait</p> <ul style="list-style-type: none"> ✓ Le viol comporte uniquement des comportements sexuels. La violence est niée ainsi que la menace pour la vie et l'honneur. <p>Elle l'a voulu ou aimé</p> <ul style="list-style-type: none"> ✓ Les femmes ne disent pas non. ✓ Ses lèvres disaient non, ses yeux oui ✓ Si le contexte en est un ou le sexe est une possibilité (bar, party, r-v galant), ce mythe est d'autant plus résistant. ✓ Une femme en santé peut résister à une agression sexuelle, sinon c'est un consentement. ✓ La violence et la force sont stimulantes pour une femme. <p>Elle l'a demandé ou méritée</p> <ul style="list-style-type: none"> ✓ Il y a eu sexe et sexe forcé mais la femme est responsable : elle séduisait, était habillée sexy, l'a invité à son appartement. ✓ Elle s'est mise dans une situation risquée, elle marchait seule la nuit. <p>Mythes concernant l'agresseur</p> <ul style="list-style-type: none"> ✓ Seul les fous violent donc l'agression sexuelle par des connaissances n'existe pas. ✓ Les hommes ne peuvent contrôler leurs envies sexuelles et ne sont qu'en réponse à des stimuli provoqué par des femmes. Ils ne sont donc pas responsables.
--

Il faut ainsi être conscient de nos propres mythes et savoir qu'il y a des conséquences importantes. Les reproches et le blâme, les mauvais traitements, la dépréciation et la négation du sérieux de la situation peuvent résulter de telles conceptions. Ces conditions sont un entrave au rétablissement.

IMPACT SUR LA RELATION DE COUPLE

L'agression sexuelle et le trouble de stress post-traumatique peuvent avoir un impact important non seulement sur la victime mais également sur son conjoint et sur la relation de couple. Plusieurs auteurs rapportent que le conjoint de la victime vit des sentiments d'impuissance, de choc et de rage similaire à ceux de la victime. De plus, des difficultés de communication et des problèmes sexuels ont été identifiés chez de nombreux couples dont la femme a été victime d'une agression sexuelle.

Sur le plan sexuel, les principales dysfonctions rencontrées seraient l'insensibilité sexuelle, l'absence de désir, l'irrégularité ou l'absence de relations sexuelles et l'appauvrissement de l'expression des sentiments de tendresse et d'affection. Les symptômes de TSPT peuvent également avoir un impact important sur la vie sexuelle. Les cauchemars, les intrusions, l'évitement des éléments rappelant l'événement, la perte de plaisir etc., peuvent en effet jouer un rôle déterminant.

En ce qui a trait aux difficultés de communication, une étude auprès des intervenants d'un centre pour victimes d'agression sexuelle suggère qu'il existe des difficultés dont la sévérité

nécessite à court terme des interventions individuelles et de couple afin d'éviter la détérioration de la relation. Ajoutons que l'agression sexuelle affecte les aspects déjà vulnérables de la relation de couple en agissant comme facteur supplémentaire de stress. Ainsi, l'événement peut perturber sérieusement les relations interpersonnelles et intensifier la détresse. Cela aurait pour conséquence d'ébranler le niveau d'intimité qui permet de faire face aux difficultés rencontrées. L'arrêt de la communication en serait la conséquence la plus sérieuse.

MANUEL D'INFORMATION POUR LE CONJOINT

LE TROUBLE DE STRESS POST-TRAUMATIQUE (TSPT) chez les victimes d'agression sexuelle

Stéphane Guay, André Marchand et Valérie Billette
Centre de recherche Fernand-Seguin

LE TROUBLE DE STRESS POST-TRAUMATIQUE

Stress « normal » en réaction à un événement « anormal »

Lorsqu'un individu vit des situations qui sortent de l'ordinaire et que l'on pourrait qualifier de stressantes, voir catastrophiques, ces événements déclenchent chez lui des nombreux mécanismes d'adaptation au stress. En contrepartie, ces divers mécanismes d'adaptation peuvent provoquer des réactions physiques ou psychologiques aiguës rarement ou jamais ressenties auparavant. En fait, ce sont des réactions de stress normales à des événements anormaux ou « hors de l'ordinaire ».

Apparition des réactions post-trauma

En général, ces réactions normales de stress face à des événements anormaux durent un minimum de deux jours et ne dépassent pas quatre semaines. Par contre, il peut arriver qu'après quatre semaines certains individus continuent d'être fortement préoccupés par l'événement qu'ils ont vécu à un point tel qu'ils deviennent incapables de vivre une vie normale. Ils ont alors développé un *Trouble de Stress Post-Traumatique (TSPT)*. En effet, les symptômes du *TSPT* apparaissent habituellement quelques semaines après le traumatisme. Notons toutefois qu'il peut exister un long délai entre l'événement déclencheur et le début du *TSPT*. Certains individus peuvent en ce sens passer plusieurs mois ou même plusieurs années avant de percevoir les symptômes liés au *TSPT*.

Qu'est-ce que le *Trouble de Stress Post-Traumatique (TSPT)* ?

Le *TSPT* fait partie d'une constellation de problèmes de santé mentale mieux connue sous le nom de *troubles anxieux*. La caractéristique essentielle de ce trouble est le développement de symptômes spécifiques faisant suite à l'exposition à un événement particulièrement stressant ou à un événement traumatique extrême. Ce problème peut par exemple apparaître suite à une expérience anormalement troublante telle qu'une agression sexuelle, une agression personnelle violente, un vol, la torture, une prise en otage, une attaque terroriste, l'incarcération en tant que prisonnier de guerre ou dans un camp de concentration, un ouragan, un tremblement de terre, un incendie, un accident de voiture grave, etc. Lors de l'exposition *directe* à l'événement, il y a une menace à l'existence même, à l'intégrité corporelle ou aux biens personnels. L'exposition *indirecte* consiste à être témoin (mais non victime) de cette menace. En effet, pour certains individus, le seul fait d'être témoin d'un événement violent ou

tragique suffit pour qu'ils développent un *TSPT*. Une autre forme d'exposition indirecte consiste à apprendre qu'un proche a été exposé à un tel événement.

Quels sont les principaux symptômes du *TSPT* ?

Lorsque l'individu vit, est témoin ou est confronté indirectement à un événement particulièrement traumatisant, il éprouve généralement, dans les premiers instants, une **peur intense, un sentiment d'être sans espoir ou d'horreur**. Par la suite, un ensemble de symptômes spécifiques peut apparaître. On peut subdiviser ces réactions en plusieurs catégories (décrites en détails plus bas). Une première catégorie touche particulièrement **l'état général de conscience** ou la perception des événements, des choses et des activités de la vie courante. La deuxième catégorie se rapporte à **la façon d'interpréter et de revivre les événements**. La troisième catégorie se manifeste par **l'évitement** de certains objets, de situations et de personnes rattachés de près ou de loin à l'événement traumatisant. Finalement, une dernière catégorie concerne l'apparition de symptômes anxieux élevés. Comme vous pouvez le constater, le *TSPT* se caractérise par une grande variété de symptômes. Leur spécificité, leur nombre et leur intensité varient selon chaque individu. Ainsi, il est possible que deux personnes ayant un *TSPT* soient affectées de façon bien différente. De plus, pour un même événement traumatique, une personne peut développer un *TSPT* et une autre personne peut ne pas le développer. Pour établir le diagnostic d'un *TSPT*, il faut que les symptômes **persistent dans le temps** et qu'ils entraînent **une souffrance cliniquement significative** ou **des problèmes dans le fonctionnement social, professionnel ou dans d'autres domaines importants de la vie de la personne**.

Les réactions post-trauma qui se rapportent à **l'état général de conscience** peuvent être les suivantes : se sentir comme dans un brouillard, avoir l'impression de vivre dans un monde irréel ou encore comme dans un rêve, ressentir moins les émotions comme celles associées à l'intimité, la tendresse et la sexualité, ressentir un détachement vis-à-vis des autres et parfois même une perte de plaisir face à des activités qui étaient auparavant agréables. En fait, il y a **« émoussement » des réactions générales**, c'est-à-dire une diminution de la réactivité au monde extérieur.

Certaines personnes **revivent sans cesse l'événement traumatique** de façon parfois dérangeante et persistante. Elles ont de fréquents épisodes pendant lesquels elles repensent à l'incident. Cette expérience peut se manifester sous forme de **cauchemars, d'états dissociatifs** ou par des **souvenirs répétitifs et envahissants** des émotions ou des images reliées au traumatisme. La personne qui a un « *flash-back* » peut croire qu'elle fait encore une fois l'expérience de l'événement traumatique ou qu'elle en est encore témoin. Parfois, un « *flash-back* » peut être assez sévère pour amener l'individu à agir, de manière automatique, tout comme il le faisait au moment de l'événement traumatique et il peut même paraître comme un somnambule. À titre d'exemple, un casque bleu qui était cantonné en Bosnie peut se cacher ou réagir comme s'il était confronté à de vrais tirs d'artillerie lorsqu'il entend des bruits similaires à des détonations. Les cauchemars peuvent être intenses à un point tel qu'il est possible que l'individu se réveille en criant. Ils peuvent être tellement désagréables ou terrifiants qu'ils empêchent l'individu de dormir. Les souvenirs soudains de l'événement qui surviennent sans avertissement peuvent être assez intenses pour entraîner des pleurs ou de fortes émotions. Ainsi, le fait de revivre de façon persistante l'événement traumatique provoque une souffrance importante.

Une autre catégorie de symptômes se caractérise par un **effort pour éviter toute personne, situation ou activité susceptible d'éveiller les souvenirs du traumatisme**.

La personne éprouve généralement une souffrance psychologique et une réactivité physiologique intense quand elle est exposée à des événements qui ressemblent ou symbolisent un aspect de l'événement. Elle peut faire des efforts délibérés pour éviter les pensées, les sensations, les activités, les situations, les gens ou les conversations liées à l'événement traumatique et qui entraînent un retour des souvenirs de celui-ci. Ceci peut même aller jusqu'à l'**amnésie** d'un des aspects importants de l'événement. Ces comportements d'évitement peuvent inclure le retrait face aux amis et la famille. En effet, les gens ayant un *TSPT* ont souvent une certaine **difficulté à éprouver et à démontrer leurs émotions**, particulièrement envers ceux qui leur sont très proches. Ceci peut nuire aux relations interpersonnelles puisque les autres personnes se sentent alors rejetées ou ignorées. Les comportements d'évitement peuvent également entraîner des difficultés dans les activités quotidiennes. Par exemple, un individu victime d'un vol à main armée dans un dépanneur peut dorénavant refuser d'aller travailler. L'individu peut devenir tellement méfiant face à certaines situations que l'évitement de celles-ci devient l'élément prédominant dans sa vie. D'autres personnes aux prises avec ce trouble peuvent éviter de prendre leurs responsabilités, perdre de l'intérêt envers leurs activités favorites ou se sentir désespérées face au futur. De telles attitudes mènent souvent à une piètre performance au travail et peuvent causer des problèmes familiaux et personnels. Souvent, les individus traumatisés peuvent avoir le sentiment d'un « **avenir bouché** » (ex : ne s'attendent plus à avoir une carrière, se marier, avoir des enfants ou un cours « normal » de la vie). Bref, il y a donc un **évitement persistant des stimulus associés à l'événement traumatique**.

Une dernière catégorie de symptômes comprend de multiples manifestations de réactions anxieuses. Ils peuvent se manifester par des **difficultés de concentration**, de l'**irritabilité** accrue (ex : se fâcher pour un rien), des émotions de « **nerfs à vifs** », des **troubles du sommeil**, des réactions de **sursaut exagéré**, de l'**agitation** motrice, de l'**hypervigilance** (ex : se tenir « **aux aguets** » du moindre bruit dans l'environnement) et une **réactivité physiologique** telle qu'une transpiration excessive et des palpitations dès que le traumatisme est évoqué. Par exemple, quelqu'un ayant été victime d'un vol à main armée avec des nombreux coups de feu peut réagir de manière excessive aux bruits comme un feu d'artifice ou une pétarade d'automobile. Parfois, les individus avec un *TSPT* peuvent éprouver des sensations désagréables reliées à une attaque de panique, tels qu'une douleur thoracique, des étourdissements, une respiration rapide et une peur de mourir ou de perdre le contrôle. En fait, ces individus ressentent alors des **symptômes persistants d'anxiété et d'« hyperéveil »**.

Quelles sont les personnes qui développent un *TSPT* ?

Il est important de noter que nous ne réagissons pas tous de la même manière face à une situation catastrophique ou à un très grand stress. Le degré d'intensité de la réaction **varie d'une personne à l'autre**. Cela signifie notamment que certains auront une très forte réaction, alors que, pour une même situation, d'autres ne réagiront pratiquement pas ou peu. Ainsi, il est possible que deux personnes ayant un *TSPT* soient affectées de façon bien différente. Il faut donc retenir qu'il est tout à fait normal que certaines personnes réagissent et que d'autres ne réagissent pas.

Le *TSPT* peut survenir chez n'importe qui et à n'importe quel âge. Les études récentes démontrent qu'il est beaucoup plus commun que l'on croyait chez les enfants. Certaines études notent que 2% de la population en est atteinte alors que d'autres mentionnent des taux allant jusqu'à 9%. Pour certains événements traumatiques le taux peut être beaucoup plus élevé, allant de 15% à 50%. Le trouble peut être particulièrement sévère ou prolongé quand le facteur de stress est lié à une activité humaine (ex : torture, agression sexuelle) et lorsque le traumatisme est imprévisible. La probabilité de développer ce trouble peut augmenter en fonction de l'intensité et de la proximité physique du facteur de stress ainsi que du seuil de vulnérabilité propre à chaque individu. En effet, il existe des facteurs prédisposants, déclenchants ou précipitants et des facteurs de maintien du *TSPT*. Le développement du *TSPT* varie en fonction des caractéristiques individuelles de la personne, de l'événement traumatique et du contexte physique et humain dans lesquels l'événement traumatique a eu lieu.

En ce qui concerne les **caractéristiques de l'événement traumatique**, l'intensité, l'imprévisibilité, le caractère incontrôlable et arbitraire de l'événement ainsi que le potentiel de menace sont des facteurs souvent aggravant. De manière plus spécifique, les événements traumatiques (*ET*) se différencient des événements stressants normaux (*ESN*) à plusieurs niveaux. Le tableau comparatif suivant résume les différences entre un *ET* et un *ESN*.

Événements traumatiques (ET)	Événements stressants normaux (ESN)
La victime d'un <i>ET</i> n'a généralement pas eu de temps pour s'y préparer ou l'anticiper comme dans le cas d'un vol ou d'un accident de voiture.	Il est généralement possible de se préparer ou d'anticiper les <i>ESN</i> tels que la naissance d'un bébé, un changement d'emploi ou le décès d'un proche qui était déjà hospitalisé.
L' <i>ET</i> n'a généralement pas été vécu précédemment, à tout le moins pas à cette intensité.	La répétition d'un même <i>ESN</i> ou d'un événement similaire contribue à diminuer l'amplitude des symptômes puisqu'il devient possible d'apprendre des expériences antérieures et de mieux y réagir comme dans le cas de plusieurs pertes d'emploi subséquentes.
Les victimes d'un <i>ET</i> n'ont souvent pas de contrôle par rapport à ce qui provoque les symptômes ou à la possibilité de les retarder ou de les arrêter.	Les <i>ESN</i> ne provoquent pas autant de symptômes d'anxiété ou s'ils en provoquent, ils peuvent être contrôlés beaucoup plus facilement puisqu'ils sont généralement de moindre intensité.
Les <i>ET</i> ont généralement été vécus par relativement peu de gens (sauf dans le cas des désastres naturels), ce qui limite la possibilité d'en parler avec d'autres personnes et augmente le sentiment d'être seul à vivre ces réactions.	En comparaison, les <i>ESN</i> sont vécus par beaucoup de gens et constituent souvent un sujet de discussion entre les personnes qui ont vécu les mêmes expériences (par ex. une perte d'emploi).
Les victimes d'un <i>ET</i> ont fréquemment un sentiment de perte d'invulnérabilité, de tranquillité, d'estime et d'identité.	En comparaison, les <i>ESN</i> produisent généralement des expériences négatives beaucoup moins perturbantes.
Les <i>ET</i> exposent la victime (et souvent ses proches) à des menaces de danger physiques très élevées et laissent souvent une empreinte pour la vie, et ce même si les symptômes disparaissent.	Les <i>ESN</i> posent peu de menaces de danger aux proches et l'impact tend à se dissiper plus rapidement au fur et à mesure que d'autres expériences quotidiennes surviennent.

Les <i>ET</i> créent un impact émotif aigu (par ex., insomnie, dépression, etc.) et chronique (par ex., retrait social, conflits interpersonnels, perceptions erronées de soi ou des autres, phobies, paranoïa, difficultés sexuelles, etc.)	L'impact émotif des <i>ESN</i> n'est pas aussi aigu et chronique.
Suite à un <i>ET</i> , la victime peut prendre de quelques semaines à quelques années avant d'être rétablie.	Très peu d' <i>ESN</i> exige une réadaptation aussi importante qu'un <i>ET</i> . Il s'agit généralement d'une période de transition qui ne se prolonge pas sur une longue période de temps.
Les <i>ET</i> entraînent souvent des problèmes médicaux (par ex., maux de tête, hypertension, problèmes de peau, etc.)	Bien que des problèmes de santé peuvent être associés aussi aux <i>ESN</i> , ils se manifestent beaucoup plus fréquemment chez les personnes victimes d'un <i>ET</i> .

Pour ce qui est des **caractéristiques du milieu**, les facteurs défavorables qui peuvent augmenter le risque de développer un *TSPT* proviennent, par exemple, des ressources d'aide ou de soutien non disponibles ou trop éloignées (inaccessibles), des conditions de travail parfois trop exigeantes et des moyens de communication déficients. La confiance dans les divers services fournis par l'entreprise et par l'employeur, la cohérence ainsi que la cohésion du groupe de travail et la confiance dans le gestionnaire immédiat ou le leader du groupe sont tous des éléments qui diminuent le risque de développer un *TSPT*.

Pour ce qui est de la vulnérabilité personnelle à une réaction post-traumatique, elle est la résultante de trois types de facteurs. Les premiers facteurs sont liés à la nature même du traumatisme, les seconds sont ceux qui, présents avant l'événement, accroissent la vulnérabilité de la personne et les troisièmes sont les facteurs post-traumatiques qui influencent, après coup, l'évolution clinique du trouble.

En fait, au niveau des **facteurs de vulnérabilité personnelle**, on peut noter la présence de problèmes présents avant l'événement comme des éléments dépressifs, des problèmes d'adaptation, des traits/troubles de la personnalité, de l'abus d'alcool et de drogue, de la toxicomanie, etc. Il peut y avoir également les **caractéristiques personnelles de l'individu**, par exemple son style cognitif, sa façon de percevoir et d'interpréter les événements de la vie courante, ses croyances et ses conceptions fondamentales spécifiques, ses valeurs personnelles et religieuses précises, son estime et sa confiance en elle, une attitude pessimiste, une personnalité perfectionniste ou rigide, etc. L'histoire d'abus physique ou sexuel dans l'enfance, des troubles de comportements pendant l'enfance et l'adolescence, une séparation précoce des parents ou un divorce avant l'âge de 10 ans peuvent être également des facteurs prédisposants. Des maladies ou blessures antérieures ou coexistantes, des traumas antérieurs, un manque de soutien social et psychologique, la présence d'événements particulièrement stressants avant le trauma sont tous des facteurs qui peuvent prédisposer l'individu à réagir fortement au trauma et même à développer et à maintenir un *TSPT*.

Il est rare d'observer la disparition d'un *TSPT* sans prise en charge psychologique. L'atténuation des symptômes se trouve favorisée par les conditions de vie post-traumatique similaires à celles qui existaient antérieurement. Il ne faut pas oublier que les divers stress vécus antérieurement ainsi que les rappels de l'événement traumatique initial, notamment les dates anniversaires et toute similarité avec le contexte et les stimuli similaires à ceux produits lors de

l'événement, peuvent être non seulement des facteurs déclenchants mais aussi des facteurs de maintien du problème.

Problèmes connexes

Il n'est pas rare que des individus atteints d'un trouble psychologique aient plus d'un problème en même temps. Les personnes victimes du *TSPT* ou d'autres problèmes émotifs se tournent fréquemment vers les drogues et l'alcool dans le but de trouver un certain réconfort. Une étude récente de l'*Institut National de Santé Mentale* révèle que la moitié de ceux qui abusent de drogues et d'alcool aux États-Unis ont un problème de santé mentale. Parfois, les problèmes associés à l'abus de substance masquent les symptômes du *TSPT*.

Dans d'autres cas, les symptômes les plus significatifs peuvent aussi être typiques de troubles autres que le *TSPT*. Les crises de colère, les migraines et le désespoir sont des caractéristiques communes de plusieurs troubles comme la dépression ou d'autres troubles anxieux. Un individu ayant un *TSPT* peut également souffrir de plusieurs autres problèmes émotifs.

Chercher de l'aide

Mais qu'est-ce qu'une personne peut faire maintenant face à ces différentes manifestations physiques et psychologiques d'un événement traumatique ou lors du développement d'un *TSPT*? Plusieurs solutions sont envisageables. Il faut d'abord consulter. De plus, le fait de parler de l'événement à son entourage (ex : conjoint, famille, amis, collègues, etc.), d'exprimer ses craintes, ses émotions et ses inquiétudes constituent d'excellents moyens qui permettent de dédramatiser la situation, de trouver des solutions nouvelles, et même de faire ressortir des conséquences positives face à un événement qui, de prime abord, semble catastrophique.

INTERVENTIONS POSÉES LORS DE LA PSYCHOTHÉRAPIE

La psychothérapie à laquelle votre partenaire participe, dans le cadre du projet de recherche sur le traitement du *TSPT*, est d'approche *cognitive-comportementale*. Les résultats de plusieurs études contrôlées confirment que cette forme d'intervention est efficace et supérieure à la pharmacothérapie et à une thérapie de soutien. Cette psychothérapie comporte un volet psycho-éducatif et consiste à favoriser des comportements d'approche, à développer les habiletés de gestion des réactions anxieuses excessives ainsi qu'à corriger les façons irréalistes de penser. Il est recommandé à votre partenaire d'accepter ses réactions comme étant des réactions désagréables, parfois souffrantes, mais tout à fait normales compte tenu de la situation, et surtout aucunement dangereuses. Très souvent, les individus ne comprennent pas ce qui leur arrive et pensent, à tort, qu'il n'est pas normal d'éprouver de telles réactions.

Lors de la psychothérapie offerte à votre partenaire pour traiter le *TSPT*:

- La psychologue vous donnera à tous les deux de l'**information** sur les réactions post-traumatiques de votre conjointe, sur l'origine de ses symptômes ainsi que sur les facteurs explicatifs du *TSPT*. Un carnet dans lequel elle devra noter ses observations journalières afin

qu'elle prenne davantage conscience de ses symptômes et qu'elle puisse voir son évolution au cours de la thérapie sera également remis à votre conjointe.

- La psychologue enseignera également à votre partenaire des techniques pour mieux **gérer son anxiété**. Par exemple, elle lui présentera et lui fera pratiquer la *respiration diaphragmatique* (pour lui donner un sentiment de contrôle sur son anxiété, pour l'aider à se détendre et pour diminuer ses symptômes d'hyperventilation et ceux qui y sont liés), la *correction cognitive* (pour modifier ses pensées dysfonctionnelles et diminuer ses appréhensions qui causent et maintiennent son anxiété) et la *résolution de problèmes* (pour mieux l'orienter face aux problèmes réels vécus et ainsi mieux les résoudre).

- La psychologue initiera votre partenaire à une modalité d'intervention des plus importantes et démontrée comme efficace, la *thérapie par exposition (graduée et prolongée)*. Cette intervention a pour but de diminuer graduellement l'impact négatif de ses intrusions cognitives (ex : souvenirs, *flash-back* et cauchemars par rapport au traumatisme) sur son fonctionnement quotidien afin qu'elles ne lui fassent plus vivre de réactions émotionnelles intenses et douloureuses et que cette dernière ne ressente plus le désir d'éviter les situations reliées à ces réactions. La *thérapie par exposition* consiste donc à exposer votre conjointe graduellement aux situations (et/ou lieux, images, sensations, bruits, odeurs, etc.) liées au traumatisme et qu'elle redoute et/ou évite d'affronter et ainsi à habituer son organisme à ne plus ressentir et réagir de manière intense. Dans un premier temps, la psychologue pratiquera avec votre partenaire cet exercice thérapeutique. Ensuite, elle pourra appliquer entre les rencontres cette stratégie très efficace jusqu'à ce que ces situations ne lui causent plus de réactions émotionnelles.

- La psychologue aidera votre conjointe, au besoin, à mieux gérer certaines de ses émotions comme la culpabilité, la colère et autres sentiments pénibles pour elle. Cela sera fait en lui fournissant de l'information et en lui enseignant des stratégies à adopter afin de modifier ses pensées dysfonctionnelles qui causent ses sentiments désagréables.

DONNER DU SOUTIEN À SA PARTENAIRE

Généralement, le conjoint ne sait pas quoi faire pour aider sa partenaire victime d'un événement traumatique et ceci est tout à fait normal. En effet, les expériences de vie liées à des événements stressants n'ont généralement pas conduit à un *TSPT* dans le passé. Lorsque survient un événement traumatique (*ET*), les conjoints adoptent intuitivement certains comportements qui se sont avérés utiles lors d'événements stressants normaux (*ESM*). Toutefois, les événements traumatisants et les conséquences qu'ils entraînent sont de nature différente et demandent des changements d'habitudes de vie partiels ou complets pour les proches de la victime en raison de l'intensité élevée de ses symptômes. Conséquemment, les comportements de soutien habituels peuvent s'avérer insuffisants et peuvent même nuire au bien-être de la victime et ce, même si l'intention était bien positive au départ. Voici certaines suggestions concernant les façons dont un conjoint peut apporter du soutien à la personne qui a été victime d'un événement traumatisant.

Une première façon dont un partenaire peut aider la victime d'un événement traumatique consiste à **l'encourager à parler de l'événement**. Ceci peut être fait en lui posant des questions ou en l'écoutant lorsqu'elle désire en parler. Le fait d'en parler constitue une façon constructive d'aider la victime à assimiler ou apprivoiser ce qui s'est passé. Ceci la conduira à considérer plus rapidement l'événement traumatique comme faisant partie de son passé et l'amènera graduellement à ressentir moins de détresse lorsqu'elle le racontera. De plus, une discussion ouverte et non culpabilisante pourrait contribuer à lui faire voir les événements sous de nouveaux angles.

Surtout, nous suggérons de **ne pas éviter de parler de l'événement** et de ne pas minimiser l'ampleur de l'événement et de ses conséquences. Éviter de parler de l'événement peut renforcer la victime à éviter d'éveiller les souvenirs du traumatisme ce qui, comme nous l'avons mentionné plus tôt, est un facteur important dans le développement et le maintien du *TSPT*. Nous savons que le fait que la victime vive des émotions négatives lorsqu'elle parle de l'événement traumatique ou des symptômes du *TSPT* peut porter à croire qu'il est préférable de ne pas en parler. Néanmoins, les résultats de plusieurs recherches démontrent que l'évitement nuit à la réhabilitation des victimes d'événements traumatiques beaucoup plus qu'il ne les aide. D'autre part, le fait de minimiser l'ampleur de l'événement ou ces conséquences n'amène généralement pas la victime à se sentir mieux. Au contraire, se faire dire que « ce n'est pas si grave que ça ! », que « le temps va arranger les choses ! », etc., génère plutôt de la culpabilité. Les victimes d'événements traumatiques ont davantage besoin d'être validées dans leur expérience, c'est-à-dire que les autres reconnaissent et comprennent l'impact négatif de l'événement qu'elles ont vécu.

Une deuxième façon d'aider un partenaire aux prises avec un *TSPT* est de **ne pas critiquer négativement sa façon de gérer ses symptômes**. Les critiques négatives sont fréquemment vécues comme des agressions de la part des personnes avec un *TSPT*. Conséquemment, ces critiques augmentent leur niveau d'anxiété ressentie et contribuent au développement et au maintien du *TSPT*. Dans le cadre de la présente thérapie, votre partenaire va apprendre de nouvelles stratégies pour gérer ses pensées, ses émotions, ses symptômes et ses comportements reliés au *TSPT*. Nous vous suggérons donc de l'encourager à mettre en application ce qu'elle a appris lorsqu'elle ne se sentira pas bien. La responsabilité de les mettre en application lui revient entièrement. Cependant, en tant que personne sur qui elle peut compter pour la soutenir, vous pouvez contribuer à l'amélioration de son état simplement en lui proposant d'utiliser les nouvelles stratégies apprises en thérapie quand les anciennes ne fonctionnent pas.

Enfin, une troisième façon d'apporter un soutien constructif à votre partenaire est en **participant activement à la démarche thérapeutique**. Ceci peut être fait de deux façons, l'une en l'encourageant à se rendre à ses rencontres de thérapie et l'autre en vous informant sur le *TSPT* afin de mieux comprendre les manifestations de ce dernier. L'encourager à se rendre à ses rencontres de thérapie peut se faire de façon pratique (par ex., l'y conduire) mais aussi en lui offrant un soutien émotif si elle passe à travers des moments difficiles et que la motivation à poursuivre vient à lui manquer. S'informer sur le *TSPT* peut être fait de différentes façons: Lire ce manuel en est une. D'autres manières de s'informer peuvent consister à poser des questions à la personne ressource qui vous sera assignée, au psychologue qui voit votre partenaire ou mieux encore, à votre conjointe directement. En effet, tout en respectant le rythme à lequel votre partenaire apprend elle-même la nature et les

conséquences du *TSPT*, le fait de l'amener à en parler l'aidera sûrement à mieux comprendre ses difficultés.

En résumé, vous aiderez votre partenaire à améliorer sa qualité de vie et subséquemment la votre si vous apprenez graduellement à : 1) parler de l'événement traumatique et de ses conséquences de façon constructive plutôt que d'éviter ou de minimiser, 2) encourager votre partenaire à mettre en application les nouvelles stratégies apprises plutôt que la critiquer négativement et 3) être actif en l'encourageant à se rendre à ses rencontres de thérapie et en vous informant sur le *TSPT* plutôt que demeurer passif et non informé.

Dans les pages précédentes, vous avez été informé sur le TSPT et sur les stratégies de soutien efficaces et ce, de façon générale, pour divers types de trauma. La section qui suit adresse de façon plus spécifique le traumatisme qu'est l'agression sexuelle et les éléments qui y sont propres.

RÉACTIONS COURANTES SUITE À UNE AGRESSION SEXUELLE¹

Une agression sexuelle est une expérience traumatique qui provoque un choc émotif et qui cause de nombreux problèmes émotionnels. Le présent document décrit quelques-unes des réactions courantes qu'une personne peut éprouver à la suite d'un traumatisme à caractère sexuel. Ces réactions peuvent inclure des symptômes de stress post-traumatique tels que décrits plus haut. Il nous apparaît toutefois pertinent de vous présenter les caractéristiques propres au trauma qu'a vécu votre conjointe. Personne ne réagit de la même façon à un traumatisme et il se peut qu'elle a éprouvé certaines réactions plus que d'autres. Veuillez lire attentivement ce qui suit.

Rappelez-vous qu'il est courant que de nombreux changements surviennent à la suite d'un traumatisme. En fait, 95 % des victimes d'agression sexuelle éprouvent de sérieux problèmes deux semaines après l'événement. Environ la moitié de ces femmes se sentent beaucoup mieux trois mois après l'agression mais l'autre moitié récupère plus lentement et bon nombre d'entre elles ne récupèrent pas sans aide. Le fait d'être consciente des changements qu'elle a éprouvés depuis l'agression est pour la victime la première étape vers le rétablissement. Quelques-uns des problèmes les plus courants à la suite d'une agression sexuelle sont décrits ci-après.

- **La peur et l'anxiété** sont des réactions courantes et naturelles à une situation dangereuse. Pour de nombreuses victimes, elles durent longtemps après l'agression sexuelle. Cela se produit lorsque la vision du monde et le sentiment de sécurité ne sont plus les mêmes. La victime peut devenir anxieuse lorsqu'elle se rappelle l'agression mais il peut arriver que l'anxiété survienne sans raison.

- De nombreuses victimes d'agression sexuelle ressentent de **la colère** non seulement envers l'agresseur mais aussi envers d'autres personnes. Si elle n'est pas habituée de ressentir de la colère, il se peut que ce sentiment la perturbe. Cela pourrait être particulièrement dérangeant de ressentir de la colère envers les proches. Il arrive que les personnes victimes de violence ressentent ce sentiment parce qu'elles se sentent si souvent irritables. Le sentiment que le monde n'est pas juste peut aussi être à la source de la colère.

- Une agression sexuelle amène souvent des sentiments **de culpabilité et de honte**. De nombreuses personnes se blâment pour les choses qu'elles ont faites ou celles qu'elles n'ont pas faites pour survivre. Par exemple, certaines femmes croient qu'elles auraient dû combattre l'agresseur et se sentent responsables de l'agression. D'autres croient que si elles ne s'étaient pas débattues, elles n'auraient subi aucun mal. Il se peut que votre conjointe ressente de la

¹ Tiré et adapté de Foa et Rothbaum, 1998.

honte parce que durant l'agression, elle a été forcée à faire des choses qu'elle n'aurait pas faites autrement. Il peut aussi arriver que d'autres personnes la blâment d'avoir été agressée.

Le fait de se sentir coupable de l'agression signifie que la victime assume la responsabilité de ce que son agresseur a fait. Même si jusqu'à un certain point cela peut lui permettre de se sentir en contrôle, cela peut également provoquer des sentiments d'impuissance et de dépression.

- **La dépression** est une autre réaction courante à l'agression sexuelle. Elle peut inclure des sentiments de tristesse, d'impuissance ou de désespoir. Il se peut que la victime pleure plus souvent, il se peut qu'elle perde intérêt envers des personnes et des activités qu'elle avait l'habitude d'apprécier. Il est aussi possible que ses projets d'avenir ne lui semblent plus importants ou que la vie ne semble pas valoir la peine d'être vécue. Ces sentiments peuvent l'amener à souhaiter la mort ou à poser des actes dans le but de se blesser ou de s'enlever la vie. Si l'agression a changé beaucoup de choses dans sa façon de voir la vie, il est normal qu'elle se sente triste et qu'elle ait de la peine face à ce qu'elle a perdu à cause de l'agression.

- **L'image de soi** devient souvent plus négative après une agression sexuelle. Il se peut que la victime se dise : « Si je n'avais pas été si faible ou stupide, cela ne me serait pas arrivé ». Bon nombre de femmes se perçoivent de façon plus négative après un tel événement (« Je suis une mauvaise personne et je mérite ce qui m'est arrivé »).

Il est aussi très courant que les victimes d'une agression sexuelle aient **une perception plus négative d'elles-mêmes et du reste du monde** et qu'elles ne puissent faire confiance à personne. Si autrefois votre conjointe pensaient que le monde était un endroit sûr, l'agression lui fait soudainement réaliser que le monde est dangereux. Si elle a déjà eu des mauvaises expériences, l'agression lui confirme que le monde est dangereux et qu'elle ne peut faire confiance aux autres. Ces pensées négatives font souvent croire aux femmes que l'agression sexuelle a provoqué chez elles un changement majeur. Leurs relations avec les autres – mêmes avec ceux qu'elles aiment le plus – peuvent devenir tendues, et il est difficile pour elles de partager des moments intimes lorsque la confiance diminue. En fait, elles peuvent ressentir que leurs proches ne les soutiennent pas ou ont de la difficulté à entendre parler de l'événement.

- **Les relations sexuelles** peuvent aussi être affectées par une expérience traumatique. De nombreuses femmes trouvent difficile d'avoir des relations sexuelles. Cela est particulièrement vrai chez les femmes victimes d'agression sexuelle puisque non seulement elles ressentent une perte de confiance, mais l'acte sexuel leur rappelle l'agression.

Un grand nombre des réactions suite à une agression sexuelle sont reliées entre elles. Par exemple, un flashback peut faire sentir la victime hors de contrôle et ainsi provoquer de la peur et de l'hypervigilance. Beaucoup de femmes croient que leur réaction au traumatisme signifie qu'elles sont « en train de devenir folles » ou de « perdre l'esprit ». Ces pensées peuvent les rendre encore plus craintives. Toutefois, plus elles deviennent conscientes des changements qu'elles ont subis depuis l'agression et plus elles avancent dans leur démarche face à ces expériences, moins les symptômes devraient être synonymes de détresse.

LES DIFFÉRENTS MYTHES CONCERNANT L'AGRESSION SEXUELLE

Les mythes sont des attitudes et croyances qui sont généralement fausses et stéréotypées mais qui sont maintenues fortement et de façon persistante et qui ont l'effet de nier et justifier les agressions sexuelles.

Exemples : « Seulement certaines femmes sont agressées, tout particulièrement les femmes avec de mauvaises réputations et celles provenant de groupes marginalisés ou minoritaires. »
 « Il ne s'agit pas d'une agression sexuelle si aucune arme n'est utilisée. »
 « Il ne s'agit pas d'une agression sexuelle si la femme s'est présentée au domicile de l'homme pour un premier rendez-vous. »

Les mythes ont pour fonctions de mettre le blâme sur la victime plutôt que sur l'agresseur. Cela permet aux individus et à la société de ne pas se confronter à la réalité et l'étendue de la problématique des agressions sexuelles. La croyance voulant que le monde est juste où les bonnes choses arrivent aux bonnes personnes et les mauvaises choses à celles qui le méritent est ainsi préservée.

L'adhérence aux mythes concernant l'agression sexuelle est entre autre liée à la méconnaissance de la définition légale de ce crime.

Définition légale : Le Gouvernement du Québec décrit comme *Victime d'agression sexuelle* toute personne qui ayant subi contre sa volonté, des gestes à connotation sexuelle avec ou sans contact physique, et ce, sans son consentement. Il s'agit d'un acte d'abus de pouvoir par l'utilisation de la force ou de la contrainte ou sous la menace implicite ou explicite qui vise à assujettir une autre personne à ses propres désirs. Cette définition s'applique peu importe le sexe, la race, la culture, l'orientation sexuelle, l'âge, de la victime et de l'agresseur. Elle s'applique aussi peu importe le lieu, le type de gestes commis, et quelle que soit la nature du lien entre la victime et son agresseur (Gouvernement du Québec, 2001). **Notons que la définition légale ne requière pas qu'il y est eu résistance de la part de la victime.*

Pour plusieurs, l'agression classique est commise par un étranger qui utle une arme et qui agresse avec beaucoup de violence la nuit, à l'extérieur, dans une ruelle sombre, avec beaucoup de résistance de la part de la victime et résultant en des signes perceptibles de lutte. Toutefois, pour la majorité des victimes, ces éléments sont absents, à l'exception du fait que l'agression se produise la nuit. La plupart des agressions sont en effet commises par des connaissances, sans arme, à l'intérieur, dans la résidence de la victime ou de l'agresseur et engendrent peu de blessures physiques (égratignures et bleus).

Il existe différentes catégories de mythes concernant les agressions sexuelles. Les voici, suivis d'exemples :

<p>Rien ne s'est produit</p> <ul style="list-style-type: none"> ✓ Les femmes accusent faussement les hommes. ✓ Les dévoilements énoncent des fantasmes ou desirs cachés. La femme désire se convaincre qu'elle est désirable.
<p>Aucun mal n'a été fait</p> <ul style="list-style-type: none"> ✓ Le viol comporte uniquement des comportements sexuels. La violence est niée ainsi que la menace pour la vie et l'humiliation.
<p>Elle l'a voulu ou a aimé</p> <ul style="list-style-type: none"> ✓ Les femmes ne disent pas non. ✓ Ses lèvres disaient non, ses yeux oui... ✓ Une femme en santé peut résister à une agression sexuelle, sinon c'est un consentement. ✓ La violence et la force sont stimulantes pour une femme. <p>*Si le contexte en est un ou le sexe est une possibilité (bar, party, r-v galant), ce mythe est d'autant plus résistant.</p>
<p>Elle l'a demandée ou méritée</p> <ul style="list-style-type: none"> ✓ Il y a eu sexe et sexe forcé mais la femme est responsable : elle séduisait, était habillée sexy, l'a invité à son appartement. ✓ Elle s'est mis dans une situation risquée, elle marchait seule la nuit.
<p>Mythes concernant l'agresseur</p> <ul style="list-style-type: none"> ✓ Seul les fous violent donc l'agression sexuelle par des connaissances n'existe pas. ✓ Les hommes ne peuvent contrôler leurs envies sexuelles et ne sont qu'en réponse à des stimuli provoqué par des femmes. Ils ne sont donc pas responsables.

Il faut ainsi être conscient de nos propres mythes et savoir qu'il y a des conséquences importantes pour la victime. Les reproches et le blâme, les mauvais traitements, la dépréciation et la négation du sérieux de la situation peuvent résulter de telles conceptions. Ces conditions ne permettent pas au soutien nécessaire d'être offert et sont un entrave au rétablissement.

IMPACT SUR LA RELATION DE COUPLE

L'agression sexuelle et le trouble de stress post-traumatique peuvent avoir un impact important non seulement sur la victime mais également sur son conjoint et sur la relation de couple. Plusieurs auteurs rapportent que le conjoint de la victime vit des sentiments d'impuissance, de choc et de rage similaire à ceux de la victime. De plus, des difficultés de communication et des problèmes sexuels ont été identifiés chez de nombreux couples dont la femme a été victime d'une agression sexuelle.

Sur le plan sexuel, les principales dysfonctions rencontrées seraient l'insensibilité sexuelle, l'absence de désir, l'irrégularité ou l'absence de relations sexuelles et l'appauvrissement de l'expression des sentiments de tendresse et d'affection. Les symptômes de TSPT peuvent également avoir un impact important sur la vie sexuelle. Les cauchemars, les intrusions, l'évitement des éléments rappelant l'événement, la perte de plaisir etc., peuvent en effet jouer un rôle déterminant.

En ce qui a trait aux difficultés de communication, une étude auprès des intervenants d'un centre pour victimes d'agression sexuelle suggère qu'il existe des difficultés dont la sévérité nécessite à court terme des interventions individuelles et de couple afin d'éviter la détérioration de la relation. Ajoutons que l'agression sexuelle affecte les aspects déjà vulnérables de la relation de couple en agissant comme facteur supplémentaire de stress. Ainsi, l'événement peut perturber sérieusement les relations interpersonnelles et intensifier la détresse. Cela aurait pour conséquence d'ébranler le niveau d'intimité qui permet de faire face aux difficultés rencontrées. L'arrêt de la communication en serait la conséquence la plus sérieuse.

APPENDICE F

GRILLE D'INTÉGRITÉ THÉRAPEUTIQUE

Sujet: _____ Entrevue no: _____

**GRILLE DE COTATION DU TRAITEMENT DE L'ÉSPT
(AGRESSION SEXUELLE)
(Faire un X sur les stratégies utilisées)**

<u>STRATÉGIES À INCLURE</u>	
Psychoéducation sur l'ÉSPT :	
• Conceptualisation de l'état de stress post-traumatique	_____
• Information sur les réactions de stress normales	_____
• Feed-back sur l'évaluation de l'ÉSPT	_____
Psychoéducation sur l'agression sexuelle :	
• Information sur les réactions suite à une agression sexuelle	_____
• Information sur les mythes	_____
• Information sur les conséquences sur le couple	_____
Gestion de l'anxiété :	
• Respiration diaphragmatique	_____
• Relaxation musculaire progressive	_____
• Diminution temporaire des sources, des situations et des stimuli qui déclenchent des réactions de stress post-traumatique intenses	_____
• Contrôle des périodes de temps où le patient se souvient de l'évènement	_____
• Engagement dans des activités plaisantes ou relaxantes	_____
• Procédure de résolution de problèmes	_____
• Restructuration cognitive	_____
Régulation des émotions :	
• Psychoéducation sur les émotions et le processus émotionnel	_____
• Expression et gestion des émotions	_____
Exposition en imagination et in vivo :	
• Lecture, narration ou écoute du scénario	_____
• Exposition aux stimuli intéroceptifs	_____
• Exposition à des bruits, images ou odeurs reliés à l'évènement	_____
• Exposition en imagination ou in vivo aux situations à l'aide d'une hiérarchie	_____
Prévention de la rechute :	
• Définir ce qu'est une rechute	_____
• Identifier les facteurs de risque	_____
• Planifier des stratégies de prévention de la rechute	_____
Soutien conjugal :	
• Psychoéducation avec la participante sur le soutien à demander	_____
• Psychoéducation avec le conjoint sur le soutien à adopter et à éviter	_____
• Discussion avec la participante et son conjoint sur les progrès	_____
• Encouragement à parler de l'incident avec le conjoint	_____
• Prévention de la rechute avec le conjoint	_____
<u>STRATÉGIES À NE PAS INCLURE</u>	
• Arrêt de la pensée	_____
• Distraction	_____
• Réassurance	_____
• Écoute passive	_____
• Interprétations psycho-dynamiques	_____

- Interprétations psycho-dynamiques _____
- Désensibilisation systématique _____
- Interventions axée sur la personnalité _____

Décision finale :

Critères respectés à _____%

Évaluateur: _____

Date: _____

DEFINITIONS DES STRATEGIES A EXCLURE

- Arrêt de la pensée : toute procédure suggérant que lorsqu'une pensée désagréable se présente on tente de cesser d'y penser en se disant « stop », « arrête », en se pinçant avec un élastique, etc.
- Désensibilisation systématique : toute intervention suggérant de paier un état de relaxation (autre que la respiration diaphragmatique) à une situation anxiogène. par exemple, lors de l'exposition.
- Distraction : toute procédure suggérant que lorsqu'un pensée désagréable se présente (ou afin de la prévenir) on tente de centrer notre attention sur autre chose.
- Réassurance : toute intervention du style « tout ira bien », « ne vous inquiétez pas », etc. (ne pas confondre avec *normalisation* qui consiste à donner des informations concernant les interventions thérapeutiques. Ex : « c'est normal que vous ressentiez des sensations physiques désagréables lors de l'exposition », etc.)
- Écoute passive : écoute de ce que le client rapporte sans commenter, recadrer ou intégrer cette information avec des éléments faisant partie de la thérapie.
- Interprétations psycho-dynamiques : toute intervention visant à faire un lien avec des processus inconscients. NE PAS confondre avec restructuration cognitive ou confrontation des croyances.
- Intervention axées sur la personnalité : toute intervention visant à modifier des traits de personnalité chez le participant. Ex : interventions visant à considérer l'impact de l'enfance dans le développement de patrons d'interaction interpersonnels inadéquats, références aux schémas, etc