



Traitement des victimes :

Notions de base

Fiche d'information :

Notions de base des réactions des
.....
victimes et de l'adaptation
.....

D'après J.K. Hill, *Guide de traitement des victimes d'actes criminels : Application de la recherche à la pratique clinique*, Ministère de la Justice Canada, Ottawa (Ontario), 2004.

Réactions

- ♦ Les intervenants peuvent observer des réactions communes chez les patients victimes d'actes criminels. Ces réactions sont normales, mais peuvent aussi signifier que la victime a besoin d'aide pour surmonter son épreuve. Le tableau 1 présente quelques réactions courantes étudiées par les chercheurs.
- ♦ La colère est une émotion difficile pour la victime, les soutiens et les intervenants. Il faut prendre bien soin de traiter cette émotion correctement (Greenberg et Ruback, 1992). L'intervenant doit se rappeler que la colère est une réaction naturelle à la victimisation, mais qu'elle peut aussi nuire au rétablissement de la victime. Il n'y a pas de méthode facile pour traiter la colère; votre formation, votre jugement et votre empathie sont les meilleurs moyens dont vous disposez pour déterminer comment aider une victime qui éprouve de la colère. La supervision et la consultation vous seront très utiles pour comprendre votre propre réaction à la colère et aux autres émotions.

Tableau 1 : Réactions courantes des victimes d'actes criminels

Humeur et émotions	Vie sociale	Pensées et souvenirs	Physique
Peur, phobies ^{1, 3, 4, 5} Colère, hostilité ^{1, 2, 3, 4, 7} Embarras ¹ Anxiété ^{2, 5, 7} Dépression ^{2, 4, 6} Affliction ^{1, 2, 4} Culpabilité, honte ^{4, 5, 6} Émotions difficiles à maîtriser ⁴ Apathie ⁵ Faible estime de soi ⁷	Changement des relations avec les autres ^{2, 6} Évitement ^{5, 7} Aliénation ⁵	Souvenirs envahissants ² Faible autoefficacité ² Vigilance ² Rappels de l'événement ⁵ Confusion, manque de concentration ^{4, 5} Dissociation ⁴	Nausées ¹ Problèmes digestifs ¹ Tension musculaire ¹ Troubles du sommeil ²

¹ Casarez-Levison (1992)

² Everly et coll., (2000)

³ Greenberg et Ruback (1992)

⁴ Leahy, Pretty et Tenenbaum (2003)

⁵ Mezy (1988)

⁶ Nishith, Resick et Griffin (2002)

⁷ Norris, Kaniasty et Thompson, (1997)

Gravité de la réaction

- ♦ Toutes les victimes d'actes criminels éprouvent par la suite de la détresse (Norris et coll., 1997).
- ♦ Les recherches démontrent que la violence qui accompagne l'acte criminel rend plus grave la réaction des victimes et qu'environ 50 p. 100 des victimes d'un crime avec violence éprouvent un sentiment de détresse allant de modérée à grave (Norris et coll., 1997).
- ♦ Les victimes d'agressions sexuelles ont des réactions plus graves et il leur faut plus de temps pour se remettre comparativement aux victimes d'agressions non sexuelles (Gilboa-Schechtman et Foa, 2001).
- ♦ Les intervenants doivent être prudents quand ils forment des groupes réunissant des patients ayant des réactions graves et des patients qui ont des réactions plus faibles. La comparaison sociale (se sentir mieux ou pire) avec les autres membres du groupe peut nuire au traitement si elle n'est pas correctement encadrée (Greenberg et Ruback, 1992).
- ♦ Pour le bien de leurs patients, les intervenants doivent s'efforcer d'adapter le mieux possible les traitements à leurs besoins individuels (voir le tableau 2).
- ♦ Les femmes risquent d'éprouver des réactions plus graves parce qu'elles sont plus susceptibles que les hommes d'être victimes d'agressions sexuelles ou d'actes criminels répétés (y compris les agressions sexuelles) (Pimlott-Kubiak et Cortina, 2003).

Tableau 2 : Types de services selon la gravité de l'état : Proposition d'un modèle

Niveau des besoins	Description	Options de services possibles
Faible	La victime se rétablit bien; elle éprouve peu de symptômes, qu'elle maîtrise facilement grâce à ses habiletés d'adaptation naturelles et à son réseau de soutien social. Il se peut que le crime n'ait pas été grave ou que la victime dispose de plusieurs moyens d'adaptation.	Services élémentaires : information, documentation écrite, brochures sur les types de soutiens disponibles et renseignements sur les signes de problèmes plus graves. Ces services peuvent aussi être utiles aux victimes qui ne croient pas avoir de problèmes, mais qui s'efforcent de cacher leur douleur.
Modéré	La victime éprouve quelques symptômes et doit améliorer ses habiletés d'adaptation ou a besoin de partager des émotions trop accablantes. Généralement, ces victimes se rétablissent bien, mais sont très éprouvées par la victimisation.	Groupes d'entraide dirigés par d'autres victimes, soutien fourni par des bénévoles et du personnel paraprofessionnel. La victime peut avoir besoin des services d'un spécialiste, mais seulement pour une courte période.
Élevé	La victime éprouve de nombreux symptômes et ses habiletés d'adaptation sont médiocres. Elle est dépassée par les conséquences de la victimisation et ses soutiens sont peu nombreux. Elle a pu subir un traumatisme grave. Elle souffre probablement de problèmes multiples et a pu subir plusieurs actes criminels.	La victime a besoin d'une thérapie dirigée par un spécialiste, comme une thérapie individuelle ou de groupe de longue durée. L'hospitalisation peut même être nécessaire pour stabiliser son état.

- ◆ Les spécialistes doivent prendre garde de ne pas aggraver la détresse des victimes (victimisation secondaire) en n'étant pas assez sensibles à leur état d'esprit (Campbell, Sefl, Barnes, Ahrens, Wasco et Zaragoza-Diesfeld, 1999).

Victimisation antérieure

- ◆ Les recherches ont montré que la victimisation antérieure était un prédicteur très fort de la victimisation subséquente (Byrne et coll., 1999; Messman et Long, 1996; Norris et coll., 1997; Nishith et coll., 2000).
- ◆ Les victimes qui ont eu une mauvaise réaction à la suite d'un traumatisme antérieur sont susceptibles d'avoir une mauvaise réaction à un nouveau traumatisme (Brunet et coll., 2001).
- ◆ La victimisation antérieure est susceptible d'influer sur la manière dont la victime réagit à la victimisation subséquente, peut-être en raison d'une faible estime de soi, d'un sentiment d'impuissance acquise, de choix et de qualités relationnels médiocres, de la difficulté à déceler les situations à risque ou de la pauvreté (Byrne et coll., 1999; Messman et Long, 1996; Nishith et coll., 2000). Ces résultats de recherche nous rappellent que nous devons aller au-delà des particularités de l'acte criminel et poser des questions sur les antécédents de traumatisme afin d'intégrer cette information à nos interventions.

Diagnostiques courants chez les victimes d'actes criminels

- ◆ Les diagnostics qui se rapportent habituellement à la victimisation comprennent la dépression, l'anxiété et le syndrome de stress post-traumatique (SSPT).
- ◆ Les symptômes habituels de la dépression sont la morosité, la perte de poids ou d'appétit, l'insomnie, le manque occasionnel d'énergie, le blâme de soi et la culpabilité, le sentiment d'être inutile, le désespoir, la difficulté de se concentrer et des pensées morbides (American Psychiatric Association, 1994).
- ◆ Les symptômes de l'anxiété comprennent la peur, la détresse, l'inquiétude, certains symptômes physiques comme la transpiration, les tremblements, la respiration difficile, les nausées, les douleurs thoraciques, les étourdissements, de même que les changements de comportement (évitement, rituels, etc.) et l'adoption de comportements visant à atténuer la détresse (American Psychiatric Association, 1994).
- ◆ Le SSPT est une forme d'anxiété liée à un événement particulier comme un crime, une catastrophe naturelle, un accident, etc. (American Psychiatric Association, 1994).
- ◆ Les symptômes du SSPT peuvent comprendre la peur, un sentiment d'impuissance, des souvenirs envahissants et récurrents, des cauchemars, des retours sur l'événement, la détresse profonde, l'extrême nervosité, l'évitement, la suppression de pensées et de sentiments et d'autres symptômes particuliers comme les troubles du sommeil, l'irritabilité, les accès de colère, le manque de concentration, l'hypervigilance et la réaction exagérée à la surprise (American Psychiatric Association, 1994).
- ◆ Les facteurs de risque pouvant provoquer le SSPT comprennent les facteurs liés à un traumatisme ou à un acte criminel (Brewin et coll., 2000; Gilboa-Schechtman et Foa, 2001; Ozer et coll., 2003), le manque de soutien social (Brewin et coll., 2000; Ozer et coll., 2003), les autres stress de la vie (Brewin et coll., 2000; Ozer et coll., 2003), la manifestation antérieure du SSPT (Brunet et coll., 2001; Ozer et coll., 2003) et la dissociation pendant la perpétration du crime ou immédiatement après (Ozer et coll., 2003).

Quand dois-je adresser un patient à un spécialiste de la santé mentale?

- ◆ Dans certains cas, les intervenants doivent envisager sérieusement la possibilité d'adresser un patient à des spécialistes de la santé mentale.
- ◆ Les intervenants qui ne sont pas familiers avec les questions de santé mentale devraient consulter des spécialistes et leur adresser les patients, le cas échéant.

- ◆ Les partenariats avec les services de santé, de télémédecine et de consultation et avec des spécialistes itinérants sont des solutions possibles pour les intervenants des régions éloignées.

Stratégies d'adaptation

- ◆ Quand la vie d'une personne est bouleversée par un acte criminel, cette victime a recours aux moyens qui lui semblent les meilleurs pour se remettre.
- ◆ Les stratégies d'adaptation peuvent être bonnes ou mauvaises. Les mauvaises stratégies peuvent empirer la situation d'une victime (Dempsey, 2002).
- ◆ Le tableau 3 présente une liste des stratégies d'adaptation souvent utilisées par les victimes.

Tableau 3 : Stratégies d'adaptation habituelles

Stratégies positives	Stratégies négatives
Recherche d'information ⁵	Évitement ^{2, 5, 13, 21, 22}
Autocomparaison et mise en évidence des éléments positifs de la victimisation ^{1, 5, 12, 20}	Déni et automystification ^{14, 19, 20, 21}
Comparaison sociale ^{4, 5, 9, 20}	Dissociation ^{6, 11, 16}
Activités visant à reprendre sa situation personnelle en main ^{4, 5}	Remémoration obsessionnelle du crime ^{4, 8}
Activisme ⁵	
Prendre du temps pour se rétablir ^{3, 5, 16, 18}	
Obtenir de l'aide ^{2, 4, 7, 10, 15, 16}	

1 Davis et coll. (1998)

2 Everly et coll. (2000)

3 Gilboa-Schechtman et Foa (2001)

4 Greenberg et Ruback (1992)

5 Hagemann (1992)

6 Harvey et Bryant (2002)

7 Hoeksema et Davis (1999)

8 Holman et Silver (1998)

9 Layne et coll. (2001)

10 Leymann et Lindell (1992)

11 Martínez-Taboas et Bernal (2000)

12 McFarland et Alvaro (2000)

13 Mezy (1988)

14 Mikulincer et coll. (1993)

15 Nolen-Hoeksema et Davis (1999)

16 Norris et coll. (1997)

17 Ozer et coll. (2003)

18 Resick et coll. (2002)

19 Stillwell et Baumeister (1997)

20 Thompson (2000)

21 Ullman (1999)

22 Wolkenstein et Serman (1998)

Stratégie d'adaptation positive : Soutien social

- ♦ Le soutien social est très important pour les victimes qui s'efforcent de donner un sens à leur victimisation (Greenberg et Ruback, 1992; Leymann et Lindell, 1992; Norris et coll., 1997).
- ♦ Aux yeux des victimes, le soutien de leur famille et de leurs amis est plus utile que le soutien des spécialistes (Leymann et Lindell, 1992).
- ♦ Les victimes ont besoin de savoir qu'elles peuvent trouver de l'aide, même si elles n'y ont pas recours (Norris et coll., 1997; Ozer et coll., 2003).
- ♦ Les soutiens peuvent être une source importante d'information (Hagemann, 1992).
- ♦ Les soutiens professionnels peuvent jouer un rôle important quand les membres de la famille et les amis sont dépassés (Mikulincer et coll., 1993; Nolen-Hoeksema et Davis, 1999).

Stratégie d'adaptation négative : Évitement

- ♦ L'évitement, que ce soit au moyen de la drogue, du déni, de la dissociation ou en fuyant certains lieux, est une façon habituelle pour les victimes de tenter de surmonter les émotions éprouvantes (Bromberg, 2003; Everly et coll., 2000; Hagemann, 1992; Mezy, 1988; Thompson, 2000; Wolkenstein et Sterman, 1998).
- ♦ Même si l'évitement peut aider la victime à surmonter sa détresse initiale (Hagemann, 1992; Harvey et Bryant, 2002; Ullman, 1999), il est associé à des problèmes à long terme (Bromberg, 2003; Halligan et coll., 2003; Ozer et coll., 2003; Ullman, 1999).
- ♦ L'évitement au moyen de l'alcool ou de la drogue peut altérer la capacité de prendre des décisions judicieuses et de résoudre des problèmes, ce qui constitue des obstacles encore plus grands au rétablissement de la victime.

Autoefficacité

- ♦ L'autoefficacité est la fusion de l'estime de soi et de la certitude que l'on peut exercer une influence sur notre milieu (Bandura, 1997). Fondamentalement, les victimes qui croient pouvoir maîtriser leur situation (autoefficacité) auront des pensées, des émotions et des comportements plus positifs.
- ♦ Un degré élevé d'autoefficacité peut réduire le risque qu'une victime éprouve une réaction négative à un traumatisme (Thompson, Kaslow, Short et Wyckoff, 2002).
- ♦ L'autoefficacité peut exercer une influence sur le choix d'une stratégie d'adaptation en incitant l'individu à opter pour la stratégie qui lui semble avoir le plus de chances de succès (Bandura, 1997).

- ◆ Les thérapies fructueuses comportent des éléments axés sur le développement de l'autoefficacité comme moyen de venir en aide aux victimes (Nishith et coll., 2002; Resick et coll., 2002).

Autres fiches d'information de la série :

Notions de base de l'autothérapie

Notions de base de la victimisation

Comment décider d'adresser un patient à un spécialiste de la santé mentale

Notions de base des étapes du changement

Principaux points à discuter dans une entrevue initiale

Références :

AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION. Diagnostic and statistical manual of mental disorders, 4e édition, Washington, DC, Author, 1994.

BANDURA, A. Self-efficacy: The exercise of control, New York, W. H. Freeman and Company, 1997.

BREWING, C. R., ANDREWS, B. et VALENTINE, J. D. « Meta-analysis of risk factors for posttraumatic stress disorder in trauma-exposed adults », Journal of Consulting and Clinical Psychology, vol. 68, n° 5, 2000, p. 748-766.

BROMBERG, P. M. « Something wicked this way comes: Trauma, dissociation, and conflict: The space where psychoanalysis, cognitive science, and neuroscience overlap », Psychoanalytic Psychology, vol. 20, n° 3, 2003, p. 558-574.

BRUNET, A., BOYER, R., WEISS, D. S. et MARMAR, C. R. « The effects of initial trauma exposure on the symptomatic response to a subsequent trauma », Canadian Journal of Behavioural Science = Revue canadienne des sciences du comportement, vol. 33, n° 2, 2001, p. 97-102.

BYRNE, C. A., RESNICK, H. S., KILPATRICK, D. G., BEST, C. L. et SAUNDERS, B. E. « The socio-economic impact of interpersonal violence on women », Journal of Consulting and Clinical Psychology, vol. 67, n° 3, 1999, p. 362-366.

CAMPBELL, R., SEFL, T., BARNES, H. E., AHRENS, C. E., WASCO, S. M. et ZARAGOZA-DIESFELD, Y. « Community services for rape survivors: enhancing psychological well-being or increasing trauma? », Journal of Consulting and Clinical Psychology, vol. 67, n° 6, 1999, p. 847-858.

CASAREZ-LEVISON, R. « An empirical investigation of coping strategies used by victims of crime: Victimization redefined », dans E. Viano (dir.), Critical issues in victimology: International perspectives, New York, Springer Publishing Co, 1992, p. 46-57.

DAVIS, C. G., NOLEN-HOEKSEMA, S. et LARSON, J. « Making sense of loss and benefiting from the experience: Two construals of meaning », Journal of Personality and Social Psychology, vol. 75, n° 2, 1998, p. 561-574.

DEMPSEY, M. « Negative coping as mediator in the relation between violence and outcomes: Inner-city African American youth », American Journal of Orthopsychiatry, vol. 72, n° 1, 2002, p. 102-109.

- EVERLY, G. S., FLANNERY, R. B. et MITCHELL, J. T. « Critical Incident Stress Management (CISM): A review of the literature », *Aggression and Violent Behavior*, vol. 5, 2000, p. 23-40.
- GILBOA-SCHECHTMAN, E. et FOA, E. B. « Patterns of recovery from trauma: The use of intraindividual analysis », *Journal of Abnormal Psychology*, vol. 110, n° 3, 2001, p. 392-400.
- GREENBERG, M. S. et RUBACK, R. B. *After the crime: Victim decision making*, New York, Plenum Press, 1992.
- HAGEMANN, O. « Victims of violent crime and their coping processes », dans E. Viano (dir.), *Critical issues in victimology: International perspectives*, New York, NY, Springer Publishing Co, 1992, p. 58-67.
- HARVEY, A. G. et BRYANT, R. A. « Acute Stress Disorder: A synthesis and critique », *Psychological Bulletin*, vol. 128, n° 6, 2002, p. 886-902.
- HOLMAN, E. A. et SILVER, R. C. « Getting "stuck" in the past: Temporal orientation and coping with trauma », *Journal of Personality and Social Psychology*, vol. 74, n° 5, 1998, p. 1146-1163.
- LAYNE C. M., PYNOOS, R. S., SALTZMAN, W. R., ARSLANAGIC, B, SAVJAK, N., POPOVIC, T. DURAKOVIC, E., MUSIC, M., CAMPARA, N., DJAPO, N. et HOUSTON, R. « Trauma/Grief-Focused Group Psychotherapy: School-Based Postwar Intervention With Traumatized Bosnian Adolescents », *Group Dynamics*, vol. 5, n° 4, 2001, p. 277-290.
- LEAHY, T., PRETTY, G. et TENENBAUM, G. « Childhood sexual abuse narratives in clinically and nonclinically distressed adult survivors », *Professional Psychology: Research and Practice*, vol. 34, n° 6, 2003, p. 657-665.
- LEYMANN, H et LINDELL, J. « Social support after armed robbery in the workplace », dans E. Viano (dir.), *The Victimology Handbook: Research findings, treatment, and public policy*, New York, Garland Publishing Inc, 1992, p. 285-304.
- MARTÍNEZ-TABOAS, A. et BERNAL, G. « Dissociation, psychopathology, and abusive experiences in a nonclinical Latino university student group », *Cultural Diversity and Ethnic Minority Psychology*, vol. 6, n° 1, 2000, p. 32-41.
- MCFARLAND, C. et ALVARO, C. « The impact of motivation on temporal comparisons: Coping with traumatic events by perceiving personal growth », *Journal of Personality and Social Psychology*, vol. 79, n° 3, 2000, p. 327-343.
- MESSMAN, T. L. et LONG, P. L. « Child sexual Abuse and its relationship to revictimization in adult women: A review », *Clinical Psychology Review*, vol. 16, n° 5, 1996, p. 397-420.
- MEZY, G. « Reactions to rape: Effect, counselling and the role of health professionals », dans M. Maguire & J. Pointing (dir.), *Victims of crime: A new deal*, Milton Keynes: Open University Press, 1988, p. 66-73.
- MIKULINCER, M., FLORIAN, V. et WELLER, A. « Attachment styles, coping strategies, and posttraumatic psychological distress: The impact of the Gulf War in Israel », *Journal of Personality and Social Psychology*, vol. 64, n° 5, 1993, p. 817-826.
- NISHITH, P., MECHANIC, M. B. et RESICK, P. A. « Prior interpersonal trauma: The contribution to current PTSD symptoms in female rape victims », *Journal of Abnormal Psychology*, vol. 109, n° 1, 2000, p. 20-25.
- NISHITH, P., RESICK, P. A. et GRIFFIN, M. G. « Pattern of change in prolonged exposure and cognitive-processing therapy for female rape victims with posttraumatic stress disorder », *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, vol. 70, n° 4, 2002, p. 880-886.

- NOLEN-HOEKSEMA, S. et DAVIS, C. G. « "Thanks for Sharing That": Ruminators and their social support networks », *Journal of Personality and Social Psychology*, vol. 77, n° 4, 1999, p. 801-814.
- NORRIS, F. H., KANIASTY, K. et THOMPSON, M. P. « The psychological consequences of crime: Findings from a longitudinal population-based studies », dans R. C. Davis, A. J. Lurigo and W. G. Skogan (dir.), *Victims of Crime, 2e édition*, Thousand Oaks, CA. Sage Publications, 1997, p. 146-166.
- OZER, E. J., BEST, S. R., LIPSEY, T. L. et WEISS, D. S. « Predictors of posttraumatic stress disorder and symptoms in adults: A meta-analysis », *Psychological Bulletin*, vol. 129, n° 1, 2003, p. 52-73.
- PIMLOTT-KUBIAK, S. et CORTINA, L. M. « Gender, victimization, and outcomes: Reconceptualizing risk », *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, vol. 71, n° 3, 2003, p. 528-539.
- RESICK, P. A., NISHITH, P., WEAVER, T. L., ASTIN, M. C. et FEUER, C. A. « A comparison of cognitive-processing therapy with prolonged exposure and a waiting condition for the treatment of chronic posttraumatic stress disorder in female rape victims », *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, vol. 70, n° 4, 2002, p. 867-879.
- STILLWELL, A. M. et BAUMEISTER, R. F. « The construction of victim and perpetrator memories: Accuracy and distortion in role-based accounts », *Personality and Social Psychology Bulletin*, vol. 23, n° 11, 1997, p. 1157-1172.
- THOMPSON, M. « Life after rape: A chance to speak? », *Sexual and Relationship Therapy*, vol. 15, n° 4, 2000, p. 325-343.
- THOMPSON, M. P., KASLOW, N. J., SHORT, L. M. et WYCKOFF, S. « The mediating roles of perceived social support and resources in the self-efficacy-suicide attempts relation among African American abused women », *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, vol. 70, n° 4, 2002, p. 942-949.
- ULLMAN, S. E. « Social support and recovery from sexual assault: A review », *Aggression and Violent Behavior*, vol. 4, n° 3, 1999, p. 343-358.
- WOLKENSTEIN, B. H. et STERMAN, L. « Unmet needs of older women in a clinic population: The discovery of possible long-term sequelae of domestic violence », *Professional Psychology: Research and Practice*, vol. 29, n° 4, 1998, p. 341-348.



Centre de la politique concernant les victimes



Division de la recherche et de la statistique

Août 2004