

Quels sont les caractéristiques physiologiques et les corrélats psychologiques de l'état de stress post-traumatique (PTSD) chez les victimes d'agression sexuelle ?

Caroline Hénin , stagiaire L2 en psychologie (Université de Tours) ;
Docteur Michel Hénin , Chef du Pôle Médico-psychologique de l'enfant et de l'adolescent .

Les conséquences des abus sexuels constituent un sujet d'actualité qu'il s'agisse des frasques de tel ou tel politicien dont les victimes sont devenues célèbres par la force des choses, ou des chroniques des faits divers qui défraient les rubriques judiciaires de la presse quotidienne.

Nous avons pu voir dans des journaux télévisés les foules manifester au cours de marches blanches que ce soit en Belgique à la suite des crimes de Dutroux ou en France après des faits d'abus sexuels sur des enfants. Les abus sexuels constituent un fait de société au-delà des « peuples » mis en cause ici ou là tel Roman Polanski, grand cinéaste, accusé d'avoir eu des relations sexuelles avec une mineure, qu'il s'agisse des pays occidentaux et plus récemment de l'Inde où les viols avec violences sur les femmes suscitent des manifestations de masse en faveur de l'égalité des hommes et des femmes. Les viols commis sur les femmes constituent aussi des actes de guerre dans le cadre de certains conflits interethniques, en particulier en Afrique.

Les viols, les agressions sexuelles touchent toutes les classes sociales de la population. Il faut savoir que 25% de la population occidentale (hommes, femmes, enfants) sont agressés sexuellement au cours de leur vie. 80% des victimes d'agressions sexuelles sont de sexe féminin et parmi les victimes 62% ont moins de 18 ans ! (Choquet, 1994), 54% d'entre elles sont agressées sexuellement dans le cadre d'une fréquentation amoureuse (Jaspard & al, 2000). Seules 11,9 % des victimes ont porté plainte contre leur agresseur, qui dans 40,6 % des cas est un membre de la famille (Saunders & al, 1999).

Nous avons décidé de traiter ce problème de société du point de vue du chercheur et nous allons prendre en compte un aspect plus clinique et physiologique. Nous nous sommes également intéressés aux aspects neurobiologiques et physiologiques : voir et comprendre comment le cerveau intervient en interaction avec le corps, décrire les mécanismes mis en jeu pendant, et après l'agression sexuelle.

Notre démarche d'investigation a été la suivante :

- Consultation des bases de données en ligne : *PsycINFO* (Références bibliographiques de l'*American Psychological Association*) et *PsycARTICLES* (articles de revues spécialisées en psychologie), articles sur le site de la Bibliothèque de Médecine et notamment sur *BioMed*, le site *Google Scholar*, qui sont les bases de données les plus reconnues et conformes aux normes de l'APA,
- Lecture de conférences, cours et articles de professionnels de santé dans le cadre du réseau victimologie du CHRU de Tours ou de la faculté de médecine, en particulier du docteur Michel Hénin.

Notre travail se présente sous forme de réponses aux questions que chacun, professionnel ou grand public peut être amené à se poser.

Qu'est-ce que le stress post-traumatique ?

Pour qu'un PTSD (Post Traumatic Stress Disorder) soit constitué selon le Manuel Diagnostique et Statistique des troubles mentaux, DSM-IV (1996):

- Le sujet doit avoir souffert ou avoir été témoin d'un événement traumatique qui comporte des pertes de vie, des risques de décès, ou des blessures physiques graves, pour lui ou pour d'autres,
- La réaction de cette personne doit avoir englobé une peur intense, un sentiment de désespoir ou d'horreur,
- Il existe 3 groupes de symptômes qui définissent le syndrome de stress post-traumatique : reviviscence de l'événement traumatisant (cauchemars, « *flash-back* », souvenir envahissants) ; conduite d'évitement et émoussement des émotions (évitement de pensées, de sentiments ou de conversations en rapport avec le traumatisme, désinvestissement du monde environnant, familial notamment, indifférence) ; symptômes de vigilance accrue (difficulté à s'endormir ou à rester endormi, accès de colère, hypervigilance).

On ne diagnostiquera un PTSD que si les symptômes persistent pendant un mois au moins et provoquent une profonde détresse ou nuisent au fonctionnement du sujet. A noter que le DSM omet les réactions somatiques pourtant constantes.

Comment le traumatisme affecte-t-il l'organisme de la victime ?

La notion de traumatisme vient du grec "*blessure*" et "*pénétrer dans*" : la psyché est débordée par une angoisse (automatique) suscitée par une situation insoutenable qui entraîne des effractions multiples isolées ou simultanées, rupture des enveloppes corporelles (blessures) et /ou spatiales (destruction de l'endroit où se trouve le sujet) et/ou communautaires (mort des autres et confrontation directe aux cadavres, dissolution des structures sociales). Ce schéma hydraulique, s'il rend compte à la rigueur des manifestations émotionnelles initiales et psychosomatiques de stress, ne permet pas de saisir ce qui est à l'oeuvre dans une perspective diachronique.

On ne saurait confondre le stress, réaction de l'organisme à une agression selon le modèle de Selye (1973) avec le traumatisme lui-même et encore moins une réaction immédiate de l'organisme à un événement fut-il agressif avec des troubles remaniant la personnalité de façon durable.

Quand le corps est dépassé au-delà de sa capacité à gérer un événement, il entre dans un état de choc (Levine, 1997). La victime se retrouve dans l'incapacité à réaliser et à mener à bien les réponses instinctives face à une menace ou un danger à savoir se défendre, combattre, fuir... Ces réponses incluent une mobilisation et une décharge d'énergie intense face à une menace sérieuse. Elles sont sous-tendues par la mise en route de l'axe catécholaminergique et de l'axe corticotrope. Dans le stress chronique l'axe hypothalamo-hypophyso-surrénalien se trouve perturbé (Grillon, 1996).

L'apparition des symptômes psycho-traumatiques s'explique principalement par le fait que cette charge d'énergie associée aux réponses défensives reste dans le corps et n'est ni extériorisée, ni métabolisée. Les symptômes liés à l'effraction physique mais aussi psychique reflètent un phénomène naturel par lequel la psyché débordée dans sa capacité de pare-excitation tente de métaboliser l'événement traumatique. La psyché doit faire face à quelque chose qui ne peut pas être représenté : on parle « *d'effroi de la mort* » d'horreur et/ou de terreur indicible (Van der Kolk, McFarlane, Weisaeth, 1996).

Dans cette situation, l'expérience de l'événement reste dissociée, lorsqu'elle est ramenée à la conscience, et l'état dans lequel la personne se retrouve en évoquant l'événement est également un état dissocié (Janet, 1904 et Van Der Kolk & Fisler, 1995). Au niveau du traitement des informations par le système nerveux, l'encodage des éléments de l'expérience reste fragmenté (Nijenhuis, Van der Hart, Steele,

2002). Ce traitement ne dépasse pas le niveau « *inférieur* » c'est-à-dire que l'information n'arrive pas à être traitée correctement car les systèmes limbique et cortical sont submergés. Ces systèmes se coupent donc et ne fonctionnent plus. Les fonctions d'intégrations sont mises hors circuit. De même la codification en mémoire ne peut aboutir comme pour un événement normal. La personne dans un tel état de choc ne peut donc plus avoir une vue d'ensemble de ce qui lui est arrivé et de ce qu'elle vit, ni avoir accès à l'événement en tant que souvenir. Cette personne « *revit* » l'expérience traumatique chaque fois que des éléments traumatiques reviennent à la conscience et/ou sont sollicités par la situation d'aujourd'hui. Ce « *rappel* » se fait sous forme d'images, sensations, comportements et émotions et indique que la mémoire de l'événement reste une mémoire implicite par opposition à la mémoire explicite qui permet la simple remémoration et met en jeu les fonctions cérébrales supérieures de traitement de l'information.

Quelles sont les répercussions psychologiques d'une telle agression ?

L'image traumatique installe une menace interne. Elle a traversé l'appareil psychique sans trouver de représentation qui la recueille jusqu'à rencontrer une sorte de néant, le sujet se retrouve projeté dans un état d'avant le langage.

C'est un sentiment de honte qui surgit de cette destitution que plus tard la répétition viendra entretenir et accroître. Cette honte s'accompagne d'un sentiment d'abandon : le monde des hommes parlant a abandonné le sujet au néant, à la pulsion de mort, le sujet peut en garder rancune envers les humains et aussi en particulier ses proches.

Un sentiment de culpabilité s'attache aussi à cette régression profonde, un vécu dépressif peut en résulter de manière fulgurante au sortir de l'événement mais il surviendra le plus souvent avec le syndrome de répétition dans lequel cette transgression se répétera.

Il en résulte une insécurité intérieure (la menace mortifère est partout), la honte empêche le sujet de parler à son entourage de ce qu'il vient de vivre ce qui entraîne un repli sur soi agressif, des phobies apparaissent alors et la victime se sent porteuse d'une souillure quelle voudrait cacher, elle ne peut supporter le regard des autres qu'elle ressent inquisiteur de manière quasi paranoïde, sentiment d'abandon de tous, culpabilité parfois consciente d'avoir pu de quelque manière provoquer l'événement qui peut engendrer un effondrement dépressif rapide (De Clercq et Lebigot, 2001).

Quels sont les traitements proposés pour remédier à ces symptômes ?

- Traitement pharmacologique : des études ont été faites sur les inhibiteurs spécifiques du recaptage de la sérotonine comme la fluoxétine, la paroxétine et la sertaline qui entraîneraient une baisse des symptômes dans les trois groupes de symptômes chez 40% à 80% des sujets. (Foa, 2000).
- La psychoéducation au sujet du PTSD est une intervention précoce qu'il faut offrir aux victimes de traumatisme et à leur famille qui doivent apprendre quels sont les symptômes courants du PTSD y compris les symptômes cognitifs, comportementaux et affectifs ainsi que tout changement de leurs croyances fondamentales. Les psychiatres et psychologues ont largement adopté la technique psychologique de débriefing qui est une séance psycho-éducative et de soutien dispensée dans les 24 heures à 48 heures après le traumatisme. Cette technique sert à normaliser la réaction au traumatisme et à encourager le recours à des habiletés d'adaptation convenables (Crocq, 1999). L'efficacité de ces techniques quant à la prévention de la survenue des signes du PTSD est aujourd'hui discutée
- Approche somatique ou psycho-corporelle : la facilitation du passage de la mémoire implicite à la mémoire explicite permettra à l'individu de ne plus vivre l'expérience traumatique et l'angoisse qui l'accompagne de manière fragmentée et dissociée.

- La thérapie cognitivo-comportementale (TCC) s'est révélée être le traitement le plus efficace contre le PTSD. Elle permet d'aborder de front et de modifier des croyances irrationnelles au sujet de la culpabilité et de la sécurité (Nilamadhab, 2011).
- Les thérapies de créativité : elles exercent l'imagination, faculté irremplaçable pour intégrer, digérer, transformer toutes les épreuves de la vie. Cela permet d'exorciser les violences subies mais surtout de construire là-dessus : par le dessin, le modelage, le collage, la peinture, l'invention d'histoires, la production de rythmes, l'expression corporelle. La personne va être le sujet, l'auteur de sa propre invention transférant ses terreurs dans son œuvre (Hénin et Vernet, 1993).

Le syndrome de stress post-traumatique est donc un trouble mental chronique pouvant survenir après une exposition à un événement de la vie susceptible d'entraîner la mort ou une blessure grave dont les abus sexuels et en particulier le viol.

La souffrance est tant physique que psychique : les symptômes du PTSD sont liés à l'effraction physique mais aussi psychique et il est possible que cela reflète un phénomène naturel par lequel la psyché débordée dans sa capacité de « pare-excitation » tente de métaboliser l'événement traumatique.

Initialement, l'accent portait sur la nature et l'intensité du traumatisme, ils sont relativement indépendants des conséquences et en particulier du PTSD. Les chercheurs se sont donc concentrés sur les vulnérabilités et les facteurs de risques chez les sujets exposés qui sont liés au sexe, aux antécédents psychiatriques, familiaux (Brewin, 2000). Mais aussi aux mauvais traitements signalés au cours de l'enfance et en particulier, scènes de séduction ou abus antérieurs.

Le traitement du traumatisme s'est affiné, l'approche indirecte par les thérapies de créativité semble ouvrir un chemin novateur et d'autres traitements tels que l'EMDR et d'autres agents pharmacologiques sont actuellement à l'étude. Cependant il existe très peu de centres qui se spécialisent dans le traitement du traumatisme, ce qui empêche souvent les patients d'obtenir des soins appropriés. L'enjeu pour la personne est d'éviter la victimisation pour permettre aux traitements de prendre leur pleine efficacité. D'où l'intérêt d'un accueil social qui permet à la personne de reprendre un rôle actif vis-à-vis d'elle-même c'est-à-dire d'arrêter de se penser en tant que victime et de devenir l'acteur actif de sa reconstruction.

BIBLIOGRAPHIE

- American Psychiatric association (1996). DSM-IV, Manuel diagnostique et statistique des troubles mentaux. Traduction française. Paris : Masson.
- Brewin, Andrews, B., Valentine, JD. (2000). Meta-analysis of risk factors for posttraumatic stress disorder in trauma-exposed adults. Journal of Clinical & Consult Psychology, 68, 748-66.
- Choquet, M., Ledoux, S. (1994). Adolescents. Enquête nationale. Paris : Les Editions INSERM.
- Crocq, L. (1999). Les traumatismes psychiques de guerre, Paris : Editions Odile Jacob.
- De Clercq, M. & Lebigot, F. (2001). Les traumatismes psychiques. Paris : Masson.
- Foa, EB. (2000). Psychological treatment of posttraumatic stress disorder. Journal of Clinical Psychiatry, 61, 43-48.
- Grillon, C. & al. (1996). The psychobiological basis of posttraumatic stress disorder. Molecular Psychiatry, 1, 278-297.
- Hénin, M. (2000). Les psycho-traumatismes des enfants. Forensic, 2-3.
- Hénin, M. (novembre 2000). L'enfant traumatisé sexuellement. Conférence Psy & Snc : le traumatisme du viol et de l'inceste.
- Hénin, M., Vernet, A. (Août 1993). Crimes contre l'enfance, vers des réponses thérapeutiques. Le Journal des Psychologues, 9.
- Janet, P. (1904). L'amnésie et la dissociation des souvenirs par l'émotion. Journal de Psychologie Normale et Pathologique, 1, 417-453.
- Jaspard, M. & al. (décembre 2000). Enquête nationale sur les violences envers les femmes en France (Enveff)
- Levine, P. (1997). Walking the tiger : healing trauma. Berkeley, CA : North Atlantic Books.
- Nijenhuis, L., Van Der Hart & Steele, K. (2002). Structural dissociation of the personality: Traumatic origins, phobic maintenance. Journal of Child Sexual Abuse.
- Nilamadhab, K. (4 avril 2011). Cognitive behavioral therapy for the treatment of post- traumatic stress disorder: a review. Neuropsychiatric Disease and Treatment, 7, 167-181.
- Saunders, B.E. & al. (1990). Prevalence, case characteristics, and long-term psychological correlates of child rape among women : a national survey. Child Maltreatment, 4, 187-200.
- Selye, H. (1973). The evolution of the stress concept. American Scientist, 61, 692-699.
- Van Der Kolk, B. A., Mc Farlane, A. C., & Van Der Hart, O. (1996). A general approach to treatment of posttraumatic stress disorder. NY : The Guilford press.
- Van Der Kolk, B. A. & Fisler, R. (1995). Dissociation and the fragmentary nature of traumatic memories: Review and Experimental confirmation. Journal of Traumatic Stress, 8, 505-525.