

Revivre après un viol

Tout le catalogue sur
www.dunod.com



Edna B. FOA
Barbara OLASOV ROTHBAUM

Revivre après un viol

- Comprendre son traumatisme
- Faire le point sur soi-même
- S'engager dans le traitement

Préface de
Emmanuelle Piet

Introduction de
Muriel Salmona

Postface de
Louis Jehel

Traduction de
Jodie André

DUNOD

L'éditeur remercie Monsieur Jean-Pierre Escarfail,
président de l'Association pour la protection
contre les agressions et les crimes sexuels (Apacs),
pour l'aide précieuse apportée à la publication
de cet ouvrage.

Copyright © 1999 by Graywind Publications Incorporated
*Reclaiming Your Life After Rape: Cognitive Behavioral Therapy
for Post-Traumatic Stress Disorder, Client Workbook,*
First Edition was originally published in English in 1999.
This translation is published by arrangement
with Oxford University Press.

Photo de couverture :
© Tristan Robert
http://www.flickr.com/photos/tristan_rd92

<p>Le pictogramme qui figure ci-contre mérite une explication. Son objet est d'alerter le lecteur sur la menace que représente pour l'avenir de l'écrit, particulièrement dans le domaine de l'édition technique et universitaire, le développement massif du photocopillage.</p> <p>Le Code de la propriété intellectuelle du 1^{er} juillet 1992 interdit en effet expressément la photocopie à usage collectif sans autorisation des ayants droit. Or, cette pratique s'est généralisée dans les établissements</p>	<p>d'enseignement supérieur, provoquant une baisse brutale des achats de livres et de revues, au point que la possibilité même pour les auteurs de créer des œuvres nouvelles et de les faire éditer correctement est aujourd'hui menacée.</p> <p>Nous rappelons donc que toute reproduction, partielle ou totale, de la présente publication est interdite sans autorisation de l'auteur, de son éditeur ou du Centre français d'exploitation du droit de copie (CFC, 20, rue des Grands-Augustins, 75006 Paris).</p>
--	--



© Dunod, Paris, 2012
ISBN 978-2-10-057562-6

Le Code de la propriété intellectuelle n'autorisant, aux termes de l'article L. 122-5, 2° et 3° a), d'une part, que les « copies ou reproductions strictement réservées à l'usage privé du copiste et non destinées à une utilisation collective » et, d'autre part, que les analyses et les courtes citations dans un but d'exemple et d'illustration, « toute représentation ou reproduction intégrale ou partielle faite sans le consentement de l'auteur ou de ses ayants droit ou ayants cause est illicite » (art. L. 122-4).

Cette représentation ou reproduction, par quelque procédé que ce soit, constituerait donc une contrefaçon sanctionnée par les articles L. 335-2 et suivants du Code de la propriété intellectuelle.

Table des matières

Table des matières	V
Préface	XI
Introduction	1
Présentation du Programme	13

Partie 1 Après l'agression

Chapitre 1	Témoignages	19
	1. Sarah	21
	2. Stéphanie	25
	3. Naomi	26
Chapitre 2	L'État de stress post-traumatique après une agression	29
	1. Qu'est-ce qu'un traumatisme ?	31
	2. Qu'est-ce que l'état de stress post-traumatique ?	31
	3. Symptômes de l'état de stress post-traumatique après une agression	33
	4. Évolution de l'ESPT chez les victimes de traumatisme	33
	5. Fréquence de l'ESPT chez les victimes de traumatisme	34
	6. Restriction des affects, dissociation et ESPT	35

TABLE DES MATIÈRES

Chapitre 3	Réactions fréquentes	37
1.	Dépression	39
2.	Colère	39
3.	Honte	40
4.	Dissociation	40
5.	Problèmes relationnels	41
6.	Problèmes sexuels	41
7.	Perte de confiance	41
Partie 2		
Les réactions fréquentes à l'agression		
Chapitre 4	Quelles sont mes propres réactions ?	45
Chapitre 5	Évaluer mon ESPT	59
1.	Évaluation de mes problèmes	61
2.	Exemples de traumatismes	61
3.	Évaluation des symptômes d'ESPT	62
4.	Utilité de l'évaluation	64
5.	Autres troubles liés à l'agression	69
Chapitre 6	Que savons-nous du traitement de l'ESPT ?	73
1.	Interventions d'urgence	75
2.	Thérapies classiques	76
Chapitre 7	Choisir mon programme thérapeutique	83
1.	Le programme d'exposition prolongée est-il fait pour moi ?	85
2.	Bénéfices du programme d'exposition prolongée	87

Table des matières

3.	Aperçu des programmes thérapeutiques	89
4.	Choisir mon programme	91
5.	Obstacles au changement	91

Partie 3

Se confronter aux souvenirs traumatiques

Chapitre 8	S’entraîner au contrôle respiratoire	95
Chapitre 9	Exposition <i>in vivo</i> : se confronter aux situations que vous évitez	99
1.	Hiérarchie des situations évitées et taux d’unités subjectives d’inconfort (SUD)	101
2.	Unités subjectives d’inconfort	102
3.	Construction de la hiérarchie des situations évitées	103
4.	Travail personnel sur les situations évitées	106
5.	Exemple de hiérarchisation	107
6.	À propos de l’exposition <i>in vivo</i>	114
7.	Évaluation de la sécurité pendant les exercices d’exposition <i>in vivo</i>	117
8.	Utilisation de l’exposition <i>in vivo</i> pendant les séances	118
Chapitre 10	Revivre le souvenir traumatique : exposition en imagination	119
1.	Logique de l’exposition en imagination	121
2.	Marche à suivre pour l’exposition en imagination	123
3.	Plan des séances de thérapie	132

TABLE DES MATIÈRES

Partie 4
Gestion du stress

Chapitre 11	Restructuration cognitive	137
1.	Logique de la thérapie cognitive	139
2.	Qu'est-ce que la restructuration cognitive ?	141
3.	Les étapes de la restructuration cognitive	141
4.	Logique de la restructuration cognitive	142
5.	Identification des pensées et croyances négatives	142
6.	Trois éléments à retenir à propos des pensées automatiques	143
7.	Tester la validité des pensées négatives	144
8.	Distorsions cognitives fréquentes	145
9.	Exemples de distorsions cognitives	146
10.	Utilisation du carnet de bord	147
11.	Identification et remise en question des hypothèses dysfonctionnelles	150
12.	Conclusion sur la remise en question des pensées négatives	151
Chapitre 12	Problèmes et complications fréquemment rencontrés	153
1.	Évaluer les progrès	155
2.	Évitement / résistance	160
3.	Risque réel	161
4.	Assiduité	161
5.	Manque de soutien	163
6.	Autres troubles	163
Chapitre 13	Et maintenant, je fais quoi ?	165

Table des matières

Postface	169
Présentation des auteurs	173
Bibliographie	175
Adresses utiles	177
1. Numéros nationaux – permanences	177
2. Violences envers les femmes – droits des femmes	178
3. Violences envers les enfants – inceste – droits des enfants	178
4. Sites d’information et de prise en charge médicale	179

Préface

VOUS AVEZ BIEN FAIT de prendre ce livre en main : ouvrez-le vite, il vous fera du bien ! Comme un tremblement de terre, le viol ébranle et atteint au plus profond ce qui constitue la personne : l'édifice de notre identité, de notre sentiment de sécurité, de notre élan vital, de notre aptitude au bonheur. Après un viol, la victime ne se reconnaît plus. Elle a changé. Le viol a modifié sa façon de voir le monde, de voir les autres, de se comprendre soi-même. Le viol a ébranlé sa façon de considérer les relations entre femmes et hommes, père et fille, enfants et adultes, membres d'une même famille, conjoints, collègues de travail, soignants... selon le statut du violeur : père, mère, membre de la fratrie, conjoint, thérapeute, médecin...

Comme un tremblement de terre, non seulement le bouleversement est immédiat, mais de plus les répliques de l'agression peuvent se manifester après les faits, longtemps après, parfois très longtemps après. Une image, une silhouette, une odeur, une date, un lieu peuvent à nouveau réveiller ce qui a accompagné le viol : confrontation à sa propre mort, sidération, effroi, panique, tempête émotionnelle, impuissance...

Surmonter ce traumatisme, se libérer de l'emprise du violeur, reconstruire son équilibre, retrouver son intégrité, sa personnalité, sa joie de vivre nécessite des efforts, de la persévérance. Être entendu(e) dans la dénonciation du viol, être accompagné(e) dans ce parcours, pouvoir faire valoir ses droits et bénéficier des soins nécessaires est précieux. Des structures existent, des professionnels se sont spécialisés dans cette prise en charge, des associations offrent leur soutien.

Mais ni les spécialistes de l'aide thérapeutique, ni la sanction du violeur, ni le soutien d'un entourage ou d'une association solidaire ne peuvent à eux seuls, « magiquement », guérir les blessures d'une victime qui ne se mobiliserait pas elle-même pour reconquérir son identité et vivre.

Survivre à l'agression a été une étape vitale, aujourd'hui vivre dépend de vous. Ce livre présente de multiples modalités et encouragements pour apprendre à surmonter les effets du viol.

PRÉFACE

Le Collectif Féministe Contre le Viol a ouvert le 8 mars 1986 la permanence téléphonique nationale Viols-Femmes-Informations au 0 800 05 95 95 (numéro d'appel gratuit accessible du lundi au vendredi de 10 heures à 19 heures métropole et outre-mer). Depuis cette date, nous avons recueilli 41 200 récits de viol que nous ont confiés des victimes de viol et d'agressions sexuelles. En très grande majorité, ce sont des femmes, les hommes représentent un peu moins de 10 % des situations.

À leur écoute, nous avons pris la mesure de la cruauté des violences sexuelles, de leur nombre, de leur gravité. Avec elles, nous pouvons témoigner qu'au-delà de la révolte contre le mal qui leur a été fait, au-delà de leur aspiration à faire reconnaître leurs droits, leur espoir de se reconstruire nécessite certes des efforts mais les conduit à retrouver un sens à leur vie.

Vous aussi vous pourrez remporter cette bataille : revivre après le viol !

Dr Emmanuelle Piet,
Présidente du Collectif Féministe contre le Viol

Introduction

CE « CAHIER D'ACCOMPAGNEMENT » au beau titre de « Revivre après un viol », a été écrit par Barbara Olasov Rothbaum et Edna Foa pour les patientes victimes de viol. Tout au long de leur ouvrage, avec de nombreux exemples, les auteures partagent avec les patientes une expérience considérable sur la prise en charge des viols, et leur font découvrir plusieurs programmes de thérapies cognitivo-comportementales spécialisées de façon didactique et interactive. Elles démontrent qu'il est possible de guérir du traumatisme majeur qu'est le viol, grâce à des soins spécifiques. Ce manuel offre donc un grand espoir à toutes les victimes de viol, et je suis particulièrement heureuse d'en écrire l'introduction et de contribuer ainsi à la diffusion en France de ces programmes thérapeutiques spécialisés qui existent depuis de nombreuses années aux États-Unis.

Bien sûr d'autres thérapies spécialisées existent en dehors des thérapies cognitivo-comportementales présentées dans ce livre, j'ai moi-même, en tant que médecin psychiatre responsable d'un centre de psychotraumatologie et de victimologie, développé une thérapie spécifique. Mais toutes ces thérapies spécialisées ont la caractéristique d'être centrées sur les viols subis. Elles traitent les troubles psychotraumatiques en prenant en compte les conséquences des atteintes neurologiques touchant les circuits émotionnels et les circuits de la mémoire et se focalisent sur leur principal symptôme : la mémoire traumatique.

Ce manuel est d'autant plus précieux que les troubles psychotraumatiques restent encore méconnus. Des thérapies les prenant en charge sont malheureusement rarement proposées aux victimes de viol. À la place, les victimes reçoivent le plus souvent des soins symptomatiques itératifs et non curatifs, qui sont rarement centrés sur la cause traumatique de leurs troubles psychiques et physiques.

Faut-il rappeler que les violences sexuelles sont fréquentes et représentent de graves problèmes de société et de santé publique ? Suivant les études et les pays, elles toucheraient entre 20 et 30 % des personnes au cours de leur vie. En France, 16 % des femmes ont subi des viols ou des tentatives de viols dans leur vie, dont 59 % avant 18 ans, et 5 %

INTRODUCTION

d’hommes dont 67 % avant 18 ans. Plus de 80 % des viols sont commis par des proches ou des personnes connues par la victime. Les viols touchent plus spécifiquement les femmes et les enfants et il y a en France autour de 150 000 viols commis chaque année. La majorité des viols restent méconnus (particulièrement ceux commis au sein de la famille ou du couple). Seuls 8 % font l’objet d’une plainte et moins de 2 % d’une condamnation.

Les viols sont reconnus comme un crime qui a été défini en France comme « tout acte de pénétration de quelque nature que ce soit commis sur la personne d’autrui par violence, contrainte, menace ou surprise ». Ils sont également reconnus comme responsables d’une atteinte grave à la dignité et à l’intégrité psychique et physique des personnes par l’Organisation Mondiale de la Santé. En effet, les viols entraînent de graves conséquences sur la santé psychique et physique des victimes et sur leur vie sociale, scolaire, professionnelle, personnelle et amoureuse. Ces conséquences sont directement liées à l’installation de troubles psychotraumatiques sévères qui, s’ils ne sont pas pris en charge spécifiquement, peuvent se chroniciser et durer de nombreuses années, voire toute une vie. Ces troubles sont très fréquents après un viol, aussi fréquents qu’après des tortures : dans certaines études internationales rétrospectives, il est décrit jusqu’à 80 % de risque de développer un état de stress-post-traumatique après un viol, contre seulement 24 % chez l’ensemble des victimes de traumatismes. La plupart des études récentes donnent des chiffres compris entre 44 et 60 % de risque de développer un état de stress post-traumatique après un viol.

2

Ces troubles psychotraumatiques sont des conséquences médicales normales des violences subies. Toute victime de viol peut les présenter. Ils ne sont pas liés à la victime mais à la gravité de l’agression et à l’intentionnalité destructrice de l’agresseur. Ainsi lors d’une blessure par arme blanche, il est normal que toutes les victimes saignent et ressentent une douleur aiguë, mais en fonction de l’arme, du point d’impact, de la trajectoire de la lame, de l’état de santé de la victime, de la rapidité des soins, les conséquences vont être plus ou moins graves et durables. Il en est de même pour les victimes de viol : il existe des facteurs aggravants comme : l’âge de la victime, sa vulnérabilité, la répétition des viols, le nombre d’agresseurs, la menace d’une arme, des violences physiques et psychiques associées, le caractère incestueux du viol, la lenteur des secours, l’absence de protection et de soins, le rejet des proches, l’existence de violences dans le passé, etc.

Ces troubles psychotraumatiques sont bien définis depuis 1980 avec l’état de stress post-traumatique du DSM III puis IV (Diagnostic and Statistical Manual of mental disorder), mais ils restent encore trop méconnus, presque jamais identifiés, ni diagnostiqués (beaucoup de

Introduction

médecins et de psychiatres ne sont pas formés spécifiquement). La majorité des victimes sont abandonnées sans traitement spécialisé, alors qu'il existe des soins efficaces. Tout se passe comme si on laissait un polytraumatisé après un accident se réparer tout seul sans soin. Au pire, il pourrait en mourir ou se retrouver avec de lourdes séquelles et de lourds handicaps, au mieux s'en sortir à peu près, mais après quelles souffrances ! Cela démontre l'importance de développer et de diffuser des traitements spécifiques pour les victimes de viol comme les thérapies proposées dans ce livre, et de former des psychiatres et des psychologues à ces nouvelles prises en charge.

La prise en charge de ce qu'on nomme actuellement la mémoire traumatique du viol est au cœur de tout traitement spécialisé proposé aux victimes de viols présentant des troubles psychotraumatiques. La mémoire traumatique est particulièrement fréquente chez les victimes de viols. Elle est à l'origine des symptômes les plus graves, les plus chroniques et les plus invalidants. Elle est un trouble de la mémoire implicite émotionnelle, se traduisant par des réminiscences intrusives qui envahissent de façon non contrôlée la conscience (pensées, flash-back, illusions sensorielles, cauchemars) et qui font revivre à l'identique tout ou partie du traumatisme comme une machine à remonter le temps, avec la même détresse, la même terreur et les mêmes réactions physiologiques, somatiques et psychologiques que celles vécues lors des violences. Cette mémoire, non historique, non intégrée, hypersensible, est déclenchée par des sensations, des affects, des situations qui rappellent, consciemment ou non, les violences ou des éléments de leur contexte, et ce jusqu'à des dizaines d'années après le traumatisme. Très difficile à contrôler et à calmer, la mémoire traumatique peut, particulièrement quand elle est parcellaire ou sensorielle, ne pas être identifiée ni reliée au traumatisme, ce qui la rend d'autant plus déstabilisante et destructurante (impression de danger, de mort imminente, ou de devenir fou). Elle s'apparente à une bombe prête à se déclencher à tout moment, transformant la vie en un terrain miné, nécessitant chez la victime une hypervigilance et la mise en place de stratégies d'évitements et de contrôles épuisants et handicapants (évitements des situations, de sensations, de la pensée, des émotions) ainsi que des stratégies d'auto-traitement dangereuses (conduites dissociantes qui permettent de s'anesthésier).

Depuis la parution de ce livre aux États-Unis, les mécanismes neuro-biologiques et neuro-physiologiques qui sous-tendent la mémoire traumatique ont fait l'objet de recherches permettant d'élaborer de nouveaux modèles théoriques. Ces recherches éclairent la genèse de nombreux symptômes et les mécanismes à l'œuvre dans la mise en place de la

INTRODUCTION

mémoire traumatique. Elles confirment la pertinence des techniques thérapeutiques de reconnexion émotionnelle, d'exposition à l'événement traumatique et de restructuration cognitive telles que celles exposées dans ce livre. Ces recherches permettent aussi de mieux comprendre des troubles fréquemment associés chez les victimes et paraissant paradoxaux, comme les troubles de la personnalité et du comportement (particulièrement les conduites à risque, les conduites auto-agressives et les addictions). Étude clinique et recherche fondamentale en neurosciences s'associent actuellement pour proposer un modèle explicatif cohérent utilisable pour la clinique et le traitement. L'apport éclairant des mécanismes neurobiologiques est essentiel pour comprendre que des conduites à risques paradoxales, telles que les conduites addictives (alcool, drogues, jeux, sexualité), les mises en danger, les automutilations font elles-mêmes partie des conséquences d'une mémoire traumatique de violences subies, et qu'elles sont un moyen anesthésiant (qui calme la souffrance mentale et physique) et dissociant (c'est-à-dire qui déconnecte de la réalité en altérant la conscience) très efficace à court terme, pour échapper au mal-être insupportable et incompréhensible produit par cette même mémoire traumatique.

Pour mieux comprendre les conséquences du viol et les techniques thérapeutiques qui sont développées dans ce livre, je me propose de vous présenter les mécanismes neurobiologiques à l'origine des conséquences psychotraumatiques.

Dans un premier temps, il est nécessaire de comprendre comment le cerveau réagit émotionnellement à un danger qui ne sera pas à l'origine d'un traumatisme psychique.

Face à une situation dangereuse, nous sommes programmés pour déclencher immédiatement une réaction émotionnelle de survie, automatique et non consciente. Cette réaction est commandée par une petite structure cérébrale sous-corticale, l'amygdale cérébrale. Cette réaction émotionnelle sert d'alarme, et elle prépare l'organisme à fournir un effort exceptionnel pour échapper au danger, en lui faisant face, en l'évitant ou en le fuyant. Pour ce faire, l'amygdale cérébrale commande la sécrétion par les glandes surrénales d'hormones du stress : l'adrénaline et le cortisol. Ces hormones permettent de mobiliser une grande quantité d'énergie en augmentant la quantité d'oxygène et de glucose disponible dans le sang. Le cœur se contracte plus fort et bat beaucoup plus vite, la circulation sanguine augmente dans les vaisseaux, la fréquence respiratoire s'accélère, un état d'hypervigilance se déclenche. Dans un deuxième temps, le cortex cérébral informé du danger analyse les informations, consulte toutes les données acquises se rapportant à l'événement (expériences, apprentissage, repérage temporo-spatial) grâce à l'hippocampe. L'hippocampe est une autre petite structure cérébrale qui s'apparente à un logiciel capable

Introduction

d'encoder toutes les expériences, de les traiter puis de les stocker en les mémorisant, indispensable pour aller ensuite les rechercher. L'hippocampe gère donc la mémoire, les apprentissages, et le repérage temporo-spatial. À l'aide de tout ce travail d'analyse et de synthèse, le cortex peut élaborer des stratégies pour assurer sa survie et prendre les décisions les plus adaptées à la situation. La réponse émotionnelle une fois allumée, comme toute alarme, ne s'éteint pas toute seule, seul le cortex aidé par l'hippocampe pourra la moduler en fonction de la situation et des besoins en énergie de l'organisme, ou l'éteindre si le danger n'existe plus. Pendant l'événement, toutes les informations sensorielles, émotionnelles et les représentations intellectuelles seront traitées, encodées puis stockées par l'hippocampe dans des circuits de mémorisation. L'événement sera alors mémorisé, intégré et disponible pour être ensuite évoqué et raconté. Dans un premier temps, le récit sera accompagné d'une réaction émotionnelle qui, progressivement avec le temps, deviendra de moins en moins vive. La mémoire émotionnelle restera sensible comme rappel d'une expérience de danger à éviter. Si l'on a été piqué par un insecte, la vue ou le bruit d'un insecte enclenchera une réaction émotionnelle pour nous informer d'un danger que l'on identifiera aussitôt en se rappelant la piqûre. En identifiant l'insecte, on pourra se rassurer ou au contraire se protéger.

En cas de viols, les mécanismes normaux que je viens de décrire vont être très perturbés, et ils seront remplacés par des mécanismes neurobiologiques de survie exceptionnels. Ces mécanismes de survie seront à l'origine de symptômes psychotraumatiques et plus particulièrement d'une mémoire traumatique des violences.

Nous sommes beaucoup moins bien programmés pour réagir à un danger quand celui-ci est effroyable, incohérent, imprévisible, incompréhensible et quand il nous met dans une situation d'impuissance. L'intentionnalité destructrice de l'auteur est inconcevable et impensable, particulièrement si celui-ci est censé être notre protecteur et non pas notre ennemi.

Ces violences insensées entraînent alors une sidération psychique et un état de stress extrême. L'effroi ressenti et le non-sens de la situation vont être à l'origine d'une effraction et d'une sidération du psychisme de la victime. Devant le danger, l'amygdale s'active, la réaction émotionnelle automatique s'enclenche, mais le cortex sidéré va être dans l'incapacité d'analyser la situation et d'y réagir de façon adaptée. La victime est alors comme paralysée, elle ne peut pas crier, ni parler, ni organiser de façon rationnelle sa défense. Comme le cortex est en panne, il ne peut pas contrôler la réponse émotionnelle. Celle-ci continue alors de monter en puissance, avec des sécrétions de plus en plus

INTRODUCTION

importantes d'adrénaline et de cortisol, l'organisme se retrouve rapidement en état de stress extrême.

L'état de stress extrême entraîne un risque vital. La quantité croissante de ces hormones déversée dans le sang devient toxique pour l'organisme, elle représente un risque vital cardio-vasculaire et neurologique. Le stress extrême peut entraîner une souffrance myocardique susceptible de provoquer un infarctus du myocarde, une mort subite, une souffrance neuronale qui peut être responsable d'une perte de connaissance et d'une amnésie traumatique (jusqu'à 30 % des neurones de certaines structures cérébrales peuvent être détruits ou altérés). La victime peut être en danger de mort non seulement par la volonté criminelle de l'agresseur, mais aussi par le risque vital dû au stress extrême.

Face à ce risque, le cerveau a une parade exceptionnelle, une disjonction. Comme pour un circuit électrique en survoltage qui disjoncte pour éviter de griller tous les appareils branchés, le cerveau fait disjoncter le circuit émotionnel en sécrétant en urgence, des drogues « dures », « morphine-like et kétamine-like ». Cette disjonction interrompt brutalement les connexions entre l'amygdale et les autres structures.

La réponse émotionnelle s'éteint alors brutalement. L'amygdale isolée reste « allumée » mais ses ordres ne passent plus. Les victimes se retrouvent alors soudain dans un état d'anesthésie émotionnelle et physique, elles ne ressentent plus d'émotion, ni de douleur. Le risque vital disparaît.

L'anesthésie émotionnelle produit une dissociation. Les victimes continuent de vivre les violences, mais elles ne ressentent plus rien, c'est ce qu'on appelle un état de dissociation. Les victimes dissociées décrivent alors un sentiment d'irréalité, d'absence, voire d'indifférence et d'insensibilité, comme si elles étaient devenues de simples spectateurs de la situation, avec une sensation de corps mort. La conséquence immédiate de la dissociation est que la victime sera encore plus incapable de se défendre.

La disjonction est à l'origine d'une mémoire traumatique. Mais ce pouvoir anesthésiant agit à très court terme, car la disjonction a un prix. L'interruption des connexions entre l'amygdale et l'hippocampe empêche ce dernier d'encoder, d'intégrer et de mémoriser l'événement violent. Cet événement violent ne deviendra pas un souvenir normal, il restera « piégé » tel quel dans l'amygdale cérébrale. La mémoire traumatique est cette mémoire émotionnelle et sensorielle qui n'a pas été traitée. L'amygdale, lors de toute stimulation susceptible de rappeler les violences, va recréer à nouveau le même stress émotionnel, la même détresse et le même risque vital sous la forme de flashbacks, de réminiscences ou de

Introduction

cauchemars. La mémoire traumatique fonctionne comme une machine à remonter le temps qui, en envahissant la conscience, fait revivre à l'identique l'expérience sensorielle et émotionnelle des violences, sans possibilité de contrôle cortical conscient. Cette mémoire traumatique est – telle une mine anti-personnel – susceptible d'exploser à chaque fois qu'on posera le pied dessus, c'est-à-dire à chaque fois qu'un lien rappellera les violences. Si elle n'est pas traitée elle persiste des années, voire des dizaines d'années, et elle transforme la vie des victimes en un champ de mines, générant un climat de danger et d'insécurité permanents.

Pour échapper à ces souffrances de nombreuses victimes vont mettre en place des conduites d'évitement, de contrôle et d'hypervigilance. Les victimes traumatisées essaient d'empêcher à tout prix une explosion de cette mémoire traumatique en évitant tous les stimuli susceptibles de la déclencher. Elles deviennent alors hypervigilantes, et mettent en place des conduites d'évitement et de contrôle de tout leur environnement, de tout ce qui peut rappeler les violences, même inconsciemment, comme une situation de stress, des émotions, des douleurs, des situations imprévues ou inconnues... mais aussi un contexte (un lieu, une date), une image, un regard, une odeur, une voix, un cri, un bruit, une sensation (un attouchement). Elles éviteront d'y penser, d'en parler. Cet évitement entraîne de nombreuses phobies, des troubles obsessionnels compulsifs, un retrait affectif, des troubles du sommeil, une fatigue chronique, des troubles de l'attention et de la concentration très préjudiciables pour mener à bien une vie personnelle, sociale et professionnelle. Cependant, les conduites de contrôles et d'évitement sont rarement suffisantes, particulièrement quand de nouvelles violences ou de grands changements surviennent (adolescence, rencontre amoureuse, naissance d'un enfant, entrée dans la vie professionnelle, chômage, etc.). La mémoire traumatique explose alors fréquemment, traumatisant à nouveau les victimes, et elle entraîne à nouveau un risque vital, une disjonction, une anesthésie émotionnelle et une nouvelle mémoire traumatique. Mais rapidement la disjonction spontanée ne peut plus se faire car un phénomène d'accoutumance aux drogues dures secrétées par le cerveau se met en place. À quantité égale les drogues ne font plus effet, les victimes restent alors bloquées dans une détresse et une sensation de mort imminente intolérables.

Quand les conduites d'évitement ne suffisent plus, la victime a recours à des conduites dissociantes. Pour faire cesser cet état ou éviter à tout prix qu'il ne se reproduise, la victime cherche à obtenir coûte que coûte une disjonction pour s'anesthésier, en augmentant la quantité de drogues dissociantes. Elles obtiennent cette augmentation de deux façons : soit en ajoutant des drogues exogènes – alcool ou substances psycho-actives

INTRODUCTION

– qui sont elles aussi dissociantes, soit en augmentant par aggravation du stress la sécrétion endogène par le cerveau des drogues morphine-like et kétamine-like. Pour aggraver leur stress, les victimes se mettent en danger ou exercent des violences le plus souvent contre elles-mêmes : conduites routières à risque, automutilations, sports extrêmes, jeux dangereux, sexualité à risque, etc. Cependant un certain nombre d'entre elles préféreront exercer des violences contre autrui, générant une mémoire traumatique chez de nouvelles victimes. Ces conduites de mises en danger, ces conduites violentes et ces conduites addictives dont les victimes découvrent tôt ou tard l'efficacité sans en comprendre les mécanismes, je les ai nommées conduites dissociantes. Ces conduites dissociantes provoquent la disjonction et l'anesthésie émotionnelle recherchées, mais elles rechargent aussi la mémoire traumatique, rendant les conduites dissociantes toujours plus nécessaires ce qui crée une véritable addiction aux mises en danger et/ou à la violence.

Ces mécanismes psychotraumatiques permettent de comprendre l'ensemble des symptômes que présentent les victimes de viols. La mémoire traumatique est à l'origine d'une grande souffrance mentale, de troubles anxio-dépressifs, d'idées suicidaires, d'insomnies, de troubles cognitifs... Les conduites d'évitement, de contrôle et les conduites dissociantes sont à l'origine de nombreux troubles du comportement (retrait social, addiction, troubles du comportement alimentaire et sexuel...) et de conduites paradoxales (mises en danger, automutilation, dépendance à l'agresseur...). Les violences sont de grands pourvoyeurs d'accidents (à domicile, sur la voie publique, au travail, dans le sport), de dépressions, de tentatives de suicide, d'alcoolisme, de toxicomanie, de maladies sexuellement transmissibles. Personne ne se retrouve alcoolique, toxicomane, marginal, prostitué(e) sans raison : 80 à plus de 90 % des personnes qui vivent ces situations ont vécu des violences dans leur passé. Ces mécanismes permettent aussi de comprendre le cycle infernal des violences chez les agresseurs, la violence étant elle-même une conduite dissociante.

Ces mécanismes sont malheureusement méconnus et les médecins, qui ne sont pas formés à la psychotraumatologie, ne relient pas les symptômes des victimes aux violences qu'elles ont subies. Ils ne proposent donc pas de traitement spécifique. À la place, ils utilisent des traitements symptomatiques ou des traitements qui sont en fait dissociants, mais sans le savoir. Ces traitements dissociants (comme l'enfermement, la contention, les camisolés chimiques, l'isolement, les chocs électriques, voire la lobotomie qui est encore utilisée dans certains pays...) sont « efficaces » pour faire disparaître passagèrement les symptômes les plus gênants et anesthésier ponctuellement les douleurs et les détresses les plus graves. Mais, comme ils produisent des disjonctions, ils aggravent la mémoire traumatique des

Introduction

patients. La violence a la triste capacité de traiter les conséquences psychotraumatiques de façon transitoire mais très efficace et très économique pour l'agresseur, tout en les aggravant. Elle est sa propre cause et son propre antidote. Mais à quel prix !

La méconnaissance des conséquences psychotraumatiques des violences, des mécanismes neuro-biologiques en jeu, fait que les symptômes présentés par les victimes ne sont presque jamais reliés aux violences et que les violences ne sont pas identifiées. Il est encore trop rare que les professionnels des secteurs du social et de la santé posent aux personnes qu'ils prennent en charge la question sur l'existence de violences subies, particulièrement sexuelles. Le déni par les tiers des agressions sexuelles chez les victimes est extrêmement fréquent, alors que les allégations mensongères des victimes sont rares, inférieures à 3 %. Le plus souvent la victime est considérée comme coupable. Si elle n'a pas dénoncé les violences sexuelles et l'agresseur, elle doit se justifier d'être pénible, difficile, d'avoir tout le temps mal, de se plaindre, de s'isoler, d'être en échec scolaire, professionnel, amoureux, d'avoir des conduites à risques, qui font qu'elle est jugée très négativement. Et si elle a dénoncé les violences sexuelles et les agresseurs, on lui reproche d'exagérer, de ne pas avoir le sens de l'humour, d'être méchante, égoïste, perverse, de l'avoir bien cherché, de ne pas avoir fait ce qu'il fallait pour l'éviter : « tu aurais dû... », « pourquoi as-tu fait... ? ». L'auteur des agressions est le plus souvent considéré comme innocent. Il serait victime d'une machination que la victime aurait mise en place. La victime n'aurait pas compris qu'il s'agissait d'un jeu, d'humour, ou qu'il était tout simplement amoureux. Ou bien ce ne serait pas de sa faute : « il est comme ça, tu sais bien !, il a des pulsions », « la victime l'a certainement provoqué », « il avait bu, il ne s'est pas rendu compte, il n'a pas compris que la victime n'était pas consentante... ». De plus, l'agresseur profite des symptômes psychotraumatiques présentés par la victime à la fois pour se disculper mais aussi pour l'agresser en toute sécurité.

Une prise en charge spécialisée est donc essentielle. Quelles que soient les techniques thérapeutiques utilisées elle consiste à :

1. **Faire cesser les violences**, mettre à l'abri et en sécurité, faire appel à la loi.
2. **Donner des informations** et expliquer les mécanismes psychologiques et neurobiologiques psychotraumatiques pour que les victimes comprennent ce qui leur arrive, pour qu'elles puissent se déculpabiliser et avoir une boîte à outils pour mieux se comprendre, mieux se protéger et mieux se soigner.

INTRODUCTION

3. **Orienter** vers des centres de soins spécialisés avec des médecins formés à la psychotraumatologie qui ne sont malheureusement pas encore assez nombreux, et vers des associations spécialisées.
4. **Soigner** : soulager la souffrance psychique en priorité, aider à éviter les conduites dissociantes, identifier la mémoire traumatique qui prend la forme de véritables mines qu'il s'agit de localiser, puis patiemment de désamorcer et de déminer, en rétablissant des connexions neurologiques, en faisant des liens et en réintroduisant des représentations mentales pour chaque manifestation de la mémoire traumatique. Il s'agit de « réparer » l'effraction psychique initiale, la sidération psychique liée à l'irreprésentabilité des violences. Effraction responsable d'une panne psychique qui rend le cerveau incapable de contrôler la réponse émotionnelle ce qui est à l'origine du stress dépassé, du survoltage, de la disjonction, puis de l'installation d'une dissociation et d'une mémoire traumatique. Cela se fait en « revisitant » le vécu des violences, accompagné pas à pas par un « démineur professionnel » avec une sécurité psychique offerte par la psychothérapie et si nécessaire par un traitement médicamenteux, pour que ce vécu puisse petit à petit devenir intégrable, car mieux représentable, mieux compréhensible, en mettant des mots sur chaque situation, sur chaque comportement, sur chaque émotion, en analysant avec justesse le contexte, ses réactions, le comportement de l'agresseur. Cette analyse poussée permet au cerveau associatif et à l'hippocampe de fonctionner à nouveau, et ainsi de reprendre le contrôle des réactions de l'amygdale cérébrale et d'encoder la mémoire traumatique émotionnelle pour la transformer en mémoire autobiographique consciente et contrôlable. Le but, c'est de ne jamais renoncer à tout comprendre, ni à redonner du sens, tout symptôme, tout cauchemar, tout comportement qui n'est pas reconnu comme cohérent avec ce que l'on est fondamentalement, toute pensée, réaction, sensation incongrue doit être disséquée pour le relier à son origine, pour l'éclairer par des liens qui permettent de le mettre en perspective avec les violences subies. Par exemple une odeur qui donne un malaise et envie de vomir se rapporte à une odeur de l'agresseur ; une douleur qui fait paniquer se rapporte à une douleur ressentie lors de l'agression ; un bruit qui paraît intolérable et angoissant est un bruit entendu lors des violences comme un bruit de pluie s'il pleuvait ; un bruit de chaudière si le viol a été commis tout à côté d'une chaudière ; une heure de la journée peut être systématiquement angoissante ou peut entraîner une prise d'alcool, des conduites boulimiques, des conduites suicidaires, des automutilations s'il s'agit de l'heure de l'agression ; une sensation d'irritation, de chatouillement ou d'échauffement au niveau des organes génitaux survenant de façon totalement inadaptée dans certaines situations peut se rapporter aux attouchements

Introduction

subis ; des « fantasmes sexuels » violents, très dérangeants dont on ne veut pas, mais qui s'imposent dans notre tête ne sont que des réminiscences traumatiques des viols ou des agressions sexuelles subies... Rapidement, ce travail se fait quasi automatiquement et permet de sécuriser le terrain psychique car, lors de l'allumage de la mémoire traumatique, le cortex pourra aussitôt contrôler la réponse émotionnelle et apaiser la détresse sans avoir recours à une disjonction spontanée ou provoquée par des conduites dissociantes à risque. La victime devient experte en « déminage » et poursuit le travail toute seule, les conduites dissociantes ne sont plus nécessaires et la mémoire traumatique se décharge de plus en plus, la sensation de danger permanent s'apaise. Petit à petit, il devient possible de se retrouver et d'arrêter de survivre pour revivre enfin.

Proposer des soins spécifiques aux victimes de viols est donc essentiel. Il a été démontré qu'une prise en charge spécialisée permettait de récupérer des atteintes neuronales liées au stress extrême lors du traumatisme, avec une neurogenèse et une amélioration des liaisons dendritiques visibles sur des IRM (Imagerie par Résonance Magnétique). Si les victimes ne sont pas soignées, leur vie pourra devenir un enfer et elles courront un risque important d'être à nouveau agressée. L'Organisation des Nations Unies en 2010 lors de la 10^e Conférence mondiale sur la prévention des traumatismes et la promotion de la sécurité a reconnu que le facteur de risque principal pour subir des violences sexuelles est d'en avoir déjà subi. Les viols ne sont pas une fatalité, ils n'ont rien à voir avec la sexualité et le désir sexuel, ils ne sont que des violences terriblement efficaces (les plus efficaces avec la torture) pour détruire, dégrader et soumettre l'autre. Il est possible de lutter contre eux en protégeant les droits, la sécurité et l'accès aux soins de ceux qui en sont le plus les victimes : les enfants et les femmes, en œuvrant pour qu'ils bénéficient d'une réelle égalité, et en ne laissant pas impunies ces infractions pénales. Face aux viols et à leurs graves conséquences psychotraumatiques, contre le déni de la société, contre la méconnaissance des professionnels, il faut donc lutter sans relâche par la reconnaissance des victimes, le témoignage, la recherche, la diffusion d'information, la formation de tous les professionnels concernés et la mise à disposition pour les victimes d'offres de soins spécialisées.

Cet ouvrage est un outil précieux pour toutes les victimes. Il offre une reconnaissance de la gravité du traumatisme provoqué par un viol et un espoir de pouvoir en guérir. Avec des professionnels comme Barbara Olasov Rothbaum et Edna Foa, nous devons nous battre tous les jours pour que soient enfin connues, reconnues, comprises et traitées les stratégies de survie dévastatrices que les victimes de violences sexuelles sont obligées

INTRODUCTION

de mettre en place pour échapper à une souffrance intolérable. Parce qu'elles ne seront plus condamnées au silence, ni abandonnées sans protection et sans soins, les victimes de viols pourront sortir de cet enfer où les condamne la mémoire traumatique des viols subis et elles pourront enfin REVIVRE.

Docteur Muriel Salmona,
Psychiatre-Psychothérapeute,
Présidente de l'association Mémoire Traumatique et Victimologie