

La revue
des passionnés
de l'hypnose

N° 4
Avril 2021

Le Pendule

hypnose en conscience

Agression sexuelle. Abus. OSONS EN PARLER!

L'agression sexuelle chez l'enfant,
la femme et chez l'homme

DOSSIER SPÉCIAL
Loi 21 et
traumatismes

Se libérer de la
culpabilité, la honte,
la peur, la colère



Doit-on dénoncer et
comment **accompagner**
la personne dans son choix

Sortir l'abus de nos cellules

L'agression sexuelle à l'enfance :

des séquelles susceptibles de se maintenir à long terme



Roxanne Guyon, étudiante au doctorat en sexologie à l'Université du Québec à Montréal (UQAM). Chargée de cours au département de sexologie à l'UQAM puis agente de recherche pour le laboratoire d'études sur la violence et la sexualité de la D^{re} Mylène Fernet. Ma thèse porte sur le fonctionnement psycho-sexuel des hommes et des femmes adultes survivant.es d'agression sexuelle à l'enfance.

Des données mondiales indiquent qu'environ une femme sur trois et qu'un homme sur six ont vécu une agression sexuelle à l'enfance (Barth et al., 2013). Néanmoins, ce phénomène est sous-estimé puisque les données s'appuient sur les individus ayant dévoilé les situations d'agression sexuelle alors qu'un nombre important de survivant.es ne dévoilera jamais.

L'agression sexuelle vécue à l'enfance ou à l'adolescence est susceptible de marquer le fonctionnement des survivant.es puisqu'elle survient à des étapes cruciales du développement comme, par exemple, la formation de l'identité, individuation, le développe-

ment des habiletés sociales, etc. (Putnam, 2006). Les survivant.es peuvent ainsi développer un large registre de symptômes peu de temps après l'agression sexuelle mais qui peuvent également perdurer à l'âge adulte (Fisher et al., 2017; Hailes et al., 2019).

En voici une liste non-exhaustive :

Séquelles sur le plan psychosocial	Séquelles sur le plan intime et sexuel
Faible estime de soi	Comportements sexuels à risque
Symptômes de dépression et idéations suicidaires	Problèmes gynécologiques
Consommation abusive d'alcool et de drogue	Difficultés liées à la fonction sexuelle (excitation, désir, orgasme)
Anxiété	Évitement des activités sexuelles (sexualité inhibée)
Troubles somatiques ; troubles alimentaires	Compulsion sexuelle (sexualité désinhibée)
Troubles de conduite	Honte et culpabilité en lien avec la sexualité
Problèmes de santé et consultation des services de santé accrus	Concept de soi sexuel plus défavorable
Difficultés sur le plan social ; troubles de la personnalité	Satisfaction sexuelle moindre
Symptômes de stress post-traumatique	Perturbations de l'identité sexuelle
Symptômes de dissociation	Méfiance et évitement de l'intimité
Revictimisation (violence dans les relations amoureuses, violence sexuelle)	Difficultés relationnelles

Les symptômes de stress post-traumatique constituent l'une des séquelles les plus communes chez les survivant.es d'agression sexuelle (Briggs et Joyce, 1997). Ces symptômes se caractérisent par :

- un envahissement (ex. : souvenirs ou rêves répétitifs, détresse importante et persistante),
- de l'évitement (ex. : souvenirs, émotions, situations, personnes, endroits),
- une altération des cognitions et de l'humeur (ex. : sentiments négatifs, blâme de soi ou des autres) et
- de l'éveil ou de la réactivité (ex. : hypervigilance, problèmes de concentration, troubles du sommeil).

D'ailleurs, ces symptômes accrus semblent étroitement liés aux séquelles observées sur le plan

intime et sexuel (Schnurr et al., 2009).

Les survivant.es d'agression sexuelle à l'enfance sont fortement à risque d'être revictimisé.es, c'est-à-dire de subir d'autres agressions sexuelles ou encore d'autres formes de violences interpersonnelles (ex. : violence dans les relations amoureuses) ultérieurement (Capaldi et al., 2012; Walker et al., 2019). En effet, certaines séquelles engendrées par les agressions sexuelles peuvent contribuer, en retour, à rendre les survivant.es plus à risque de revictimisation (ex. : une faible estime de soi qui amène à tolérer davantage des partenaires abusifs ou violents) (voir le modèle de dynamiques traumatogéniques de Finkelhor et Browne, 1985). Un autre phénomène constaté chez les survivant.es d'agression sexuelle à l'enfance (ASE) est celui de la **transmission ou continuité intergénérationnelle**, c'est-à-dire que les enfants des survivant.es d'ASE sont égale-

ment eux-mêmes victimes, mais que l'agresseur n'est pas le parent lui-même.

Des études estiment que 50 % des enfants qui ont vécu une agression sexuelle auraient une mère qui en a également subi (Baril et al., 2008).

Ce phénomène s'explique, tout comme la revictimisation, par le fait que les conséquences engendrées par l'agression sexuelle se répercutent en retour sur les survivant.es, mais cette fois-ci sur leurs capacités et pratiques parentales, leur attachement et sur l'environnement mis en place et dans lequel l'enfant grandit (Langevin et al., 2020). Pour ces diverses raisons, il est donc primordial de déployer des interventions qui visent à adresser et réduire les symptômes liés aux agressions sexuelles et, ultimement, favoriser leur rétablissement.

Le processus de rétablissement chez les survivant.es : l'importance de l'adaptation positive et du soutien social

Bien que plusieurs séquelles des agressions sexuelles soient recensées auprès des survivant.es, plusieurs auront très peu, voire pas de séquelles. La résilience mobilisée par les survivant.es et la présence de facteurs de protection pourraient réduire considérablement l'impact des agressions sexuelles subies, en plus du risque de revictimisation et de transmission intergénérationnelle (Domhardt et al., 2015; Walsh et al., 2007). Notamment, plusieurs caractéristiques per-

sonnelles telles que les traits de personnalité (ouverture, extraversion et amabilité), le contrôle interne, l'efficacité personnelle, l'estime de soi, l'optimisme, la flexibilité cognitive, l'attachement social, l'image positive de soi, la régulation émotionnelle, la spiritualité, l'adaptation active et l'espoir (Afifi & MacMillan, 2011; Domhardt et al., 2015; Haskett et al., 2006) sont fréquemment associées à la résilience (c.-à-d., au processus mobilisant les ressources personnelles et environ-

nementales d'un individu qui favorisent l'adaptation positive en contexte d'adversité; Herrman et al., 2011). Or, un des facteurs de protection le plus étudié est le soutien social (ami.es, famille, communauté) (Von Cheong et al., 2017; Wilson et Scarpa, 2014). Les réponses de soutien de l'entourage lors du dévoilement sont d'ailleurs déterminantes dans le processus de rétablissement des survivant.es.

Le dévoilement des agressions sexuelles : une étape déterminante pour le rétablissement des survivant.es

Plusieurs survivant.es vont dévoiler pour la première fois plusieurs années après les événements et d'autres ne le feront jamais (Hébert et al., 2009). Il existe notamment

plusieurs barrières au dévoilement chez les survivant.es d'agressions sexuelles à l'enfance (Alaggia et al., 2019) :

Barrières liées au dévoilement des agressions sexuelles

- Sentiments de honte et de culpabilité
- Minimisation des gestes posés par l'agresseur
- Méfiance accrue, peur de ne pas être cru.e
- Anticipation des conséquences qu'entraînerait le dévoilement
- Crainte pour sa sécurité
- Dynamique de pouvoir avec l'agresseur
- Tabou entourant les agressions sexuelles
- Faible réseau social
- Manque d'accessibilité aux services



Le dévoilement des agressions sexuelles peut se faire de manière

informelle auprès de personnes de l'entourage (ami.es, famille, communauté) ou alors de manière plus formelle auprès de professionnels (médecins, thérapeutes, intervenant.es, policiers, etc.) (Tener et Murphy, 2015).

Le dévoilement constitue généralement une expérience marquante et parfois même éprouvante pour certain.es survivant.es.

En effet, iels* peuvent être confronté.es à des réactions négatives de la part de leur confident.es (p. ex., ne pas être cru.es, être blâmé.es pour les événements, être infantilisé.es ou traité.es différemment, évitement du sujet, etc.). Or, la réponse de l'entourage suite au dévoilement de situations d'agression sexuelle constitue un élément crucial dans le rétablissement des survivant.es (Tener & Murphy, 2015). Le dévoilement d'agressions sexuelles peut toutefois susciter de vives réactions chez les confident.es, et iels peuvent être pris

au dépourvu, ne sachant pas trop comment réagir. Les réactions qui valident et l'accompagnement vers des ressources spécialisées sont particulièrement aidantes.

Réactions à privilégier lors d'un dévoilement d'agression sexuelle

- Être à l'écoute et valider les émotions vécues ;
- Dire à la personne qu'on la croit ;
- Être ouvert.e et non dans le jugement ;
- Ne pas poser de questions trop intrusives ;
- Déculpabiliser et remettre la responsabilité à l'agresseur ;
- Vérifier si la personne est en situation de danger ou de détresse ;
- Demander ce que la personne souhaite faire avec ces situations ;
- Accompagner vers les ressources appropriées ou référer ;
- Au besoin, aller chercher du soutien pour soi-même.

Certain.es survivant.es envisageront de porter plainte contre leur agresseur afin d'obtenir réparation pour les gestes posés ou afin de protéger d'autres personnes, mais le recours à des procédures judiciaires est généralement une avenue peu privilégiée en raison de plusieurs barrières liées à la recherche d'aide formelle et précisément au système de justice (Mindlin et al., 2011; Tener et Murphy, 2015; Plastock et al., 2021).

Barrières liées à la recherche d'aide formelle pour agression sexuelle

- Ne pas se considérer comme une « victime », ne pas reconnaître les difficultés vécues
- Anticipation des conséquences qu'entraîneraient les procédures judiciaires
- Expérience antérieure négative en lien avec la recherche d'aide, méfiance
- Lourdeur du système de justice, sentences clémentes, découragement
- Processus pouvant réactiver le trauma
- Nécessité de réaliser un cheminement personnel au préalable
- Perception d'inégalité des chances, discriminations (ex. : femmes)

* *Iel* est un pronom neutre inclusif de la troisième personne, issu d'une grammaire dite **inclusive**. Il s'utilise en français à la place de *il* ou de *elle*, soit pour désigner une personne dont on ne connaît pas le genre, soit pour désigner une personne non binaire (qui ne se considère ni comme un homme, ni comme une femme). Exemple : *iel a réussi à me convaincre*. On peut aussi employer ce pronom à la place de *lui* ou de *elle*. Par exemple : *on verra ça avec iel*.



De plus, tout au long des procédures judiciaires, les survivant.es sont amené.es à raconter plusieurs fois et à plusieurs personnes différentes (ex. : policier, procureur, avocat, etc.) les situations d'agression sexuelle, ce qui peut susciter une importante détresse. Certaines expériences de dénonciation seront même vécues comme une

revictimisation ou une retraumatisation (Albert, 2013), notamment lorsqu'ils sont confrontés à des réactions inadéquates de certains acteurs du système de justice ou lorsqu'un verdict de non-culpabilité sera retenu. Il est donc primordial de mettre en place des interventions qui sont sensibles au trauma (Levenson, 2017).

Approches sensibles au

trauma : Un programme, une organisation ou un système qui est sensible au trauma (RRRR*) :

- **Réalise** l'impact des traumas et l'importance d'offrir des opportunités de rétablissement ;
- **Reconnaît** les signes et les symptômes des traumas chez les client.es, les familles, le personnel et les autres personnes impliquées dans le système ;
- **Répond** aux besoins des client.es en intégrant pleinement les connaissances sur les traumatismes dans les politiques, les procédures et les pratiques ; et
- **Résiste** activement à réactiver de nouveaux traumatismes.

Interventions à préconiser auprès des survivant.es d'agression sexuelle : éviter la retraumatisation et favoriser le rétablissement à travers la relation client.e-aidant.e

Avant de débiter l'intervention, il est important de procéder à l'évaluation des besoins de la personne. Cette évaluation permet de dresser un portrait global de la situation qui l'amène à recourir à de l'aide professionnelle (souvent l'agression sexuelle et les séquelles engendrées) mais également sur l'ensemble de la personne et ses expériences passées. **Comme l'objectif des interventions est bien souvent de diminuer les symptômes et favoriser un mieux-être chez les survivant.es (Levenson, 2017), il importe de bien comprendre ce qui peut influencer leur rétablissement.** Il est donc pertinent pour les intervenant.es de questionner leur parcours de vie, les types d'agressions sexuelles subies (sans être toutefois trop intrusif), autres traumas interpersonnels vécus puis inves-

tiguer les symptômes qui peuvent être associés à la situation d'agression sexuelle (séquelles) et les facteurs pouvant influencer le rétablissement (p. ex., dévoilement et réactions reçues, présence de soutien social, stratégies d'adaptation, etc.). L'entrevue sous forme de discussion et les outils standardisés constituent les méthodes d'évaluation qui sont généralement privilégiées. (Pour en savoir plus, nous vous recommandons la lecture du texte sur la loi 21 en page 58.)

Bien qu'il existe différents types d'interventions offerts aux survivant.es d'agression sexuelle (Hanson et Wallis, 2018; Lev-Wiesel, 2008), leur objectif commun est de réduire les symptômes associés à l'agression sexuelle et favoriser un état fonctionnel de l'individu. Certaines interventions-clés peuvent être mobilisées par les professionnels gravitant autour des survivant.es d'agression sexuelle. Ces interventions visent principalement la compréhension des séquelles laissées par l'agression sexuelle,

le développement de stratégies positives pour y faire face mais également la fonction des straté-

gies d'évitement, la déculpabilisation, l'expression des émotions, la réparation du tort causé et la

reprise de pouvoir sur leur vie (Hanson et Wallis, 2018).

Interventions-clés auprès des survivant.es d'agression sexuelle

- **Aborder et réduire les symptômes liés à l'agression sexuelle** (p. ex., stress post-traumatique, les difficultés intimes et sexuelles, etc.), **prévenir la revictimisation**
- **Encourager l'expression et valider les émotions vécues** (p.ex., impuissance, trahison, honte, culpabilité, colère, tristesse), **aider à comprendre leur fonction**
- **Identifier et comprendre la honte et la culpabilité** (p. ex., les normaliser, aider à comprendre leur fonction pour la personne)
- **Amener les survivant.es à se définir autrement que « victime d'agression sexuelle »** (p. ex., nommer qu'il s'agit d'événements qui ne caractérisent pas nécessairement l'ensemble de leur identité, identifier les autres expériences positives et qualités de la personne)
- **Défaire les attributions du blâme** (p. ex., remettre la responsabilité à l'agresseur) **et autres distorsions cognitives en lien avec les situations d'agression sexuelle** (p. ex., rappeler qu'un enfant ne peut consentir à des activités sexuelles)
- **Mobiliser les forces des survivant.es** (p. ex., qualités, talents, capacités) **afin de réduire l'impact des séquelles et favoriser le rétablissement** (p. ex., si la personne a un côté artistique développé, lui suggérer d'exprimer ce qu'elle vit à travers le dessin, la peinture, la danse, etc.)
- **Connaître et solliciter les sources de soutien disponibles pour les survivant.es** (p. ex., personnes de confiance qui peuvent être des confidents ou sources de soutien)
- **Éduquer, donner des informations justes à propos des agressions sexuelles, des séquelles possibles et du processus de rétablissement** (p. ex., apprendre à reconnaître les séquelles laissées par le trauma et les émotions qui y sont associées, nommer que le rétablissement est un processus qui comprend des hauts et des bas)
- **Aider à trouver des avenues qui permettent d'obtenir réparation, surtout lorsque le recours à la justice traditionnelle n'est pas désiré ou envisageable** (p. ex., justice alternative, travail sur soi avec un.e professionnel.le)
- **Aider les survivant.es à reprendre du pouvoir sur leur vie** (p. ex., les amener à faire des choix et poser des gestes en cohérence avec eux.elles, les impliquer activement dans l'intervention)



La base de l'intervention : l'importance de créer un espace sécuritaire psychologique et physique

L'agression sexuelle à l'enfance est un trauma de nature interpersonnelle qui, lorsque commis par une figure d'attachement ou une personne connue, peut faire émerger un sentiment de trahison chez les survivant.es. Ce sentiment peut les amener à être davantage méfiant.es dans leurs relations

interpersonnelles et amoureuses, mais également envers les professionnels (p. ex., peur d'être retraumatisé.es, pas de sentiment de sécurité). Il est donc essentiel pour les professionnel.les qui travaillent auprès des survivant.es de créer un espace sécuritaire avant, pendant et après leurs soins et interventions. Instaurer un sentiment de confiance et de sécurité dès le début d'une rencontre permet de réduire le stress et d'éviter la retraumatisation. À titre d'exemple, le

fait d'installer une chaise près de la porte envoie le message indirect que la personne peut sortir à tout moment si elle ne se sent pas bien. Le fait de lui laisser l'opportunité de choisir son siège et de demander si elle est confortable, est également susceptible de favoriser son sentiment de sécurité, en plus d'aider au développement du lien de confiance avec le ou la professionnel.le.

L'espace sécuritaire physique

Interventions en face-à-face :

- Placer une chaise près de la porte
- Avoir une distance d'un à deux mètres entre les chaises
- Créer un décor chaleureux et accueillant
- Mettre une boîte de mouchoirs à proximité, offrir une bouteille d'eau

Interventions par visioconférence :

- Demander à ce que la personne soit dans une pièce fermée et seule
- Rassurer sur la nature confidentielle des échanges
- Indiquer les mesures pour assurer la confidentialité sur la plate-forme utilisée

L'espace sécuritaire psychologique

- Nommer les émotions qui pourraient surgir durant les rencontres et dire que leur expression est encouragée
- Mentionner que la personne peut aller à son rythme et qu'il sera respecté
- Évoquer la possibilité d'arrêter la rencontre à tout moment si la personne ne se sent pas bien ou pour toute autre raison



En hypnose, vous pourriez commencer par amener la personne à se créer un espace de bien-être, un lieu sécuritaire et sécurisant, « un safe place », un sanctuaire... en fait, un endroit où elle se sent bien, calme et où vous pourrez la ramener s'il y a des émotions ou des images difficiles ou intenses. Vous lui permettez de créer un bel endroit où elle se sent en sécurité, calme et détendue. Vous pourriez même lui installer un ancrage pour se retrouver directement dans ce lieu sécuritaire. Nous avons l'habitude d'inviter la personne à installer cet ancrage sur son corps, mais étant donné que le corps peut être source de souffrance pour plusieurs survivant.es d'agression sexuelle, il est suggéré de demander à la personne elle-même de trouver son point d'ancrage. Celui-ci pourrait être un endroit sur le corps, mais d'autres alternatives potentiellement plus « neutres » pourraient être offertes, comme de fixer un point sur le mur, une image positive, la répétition d'un mot, ou se concentrer sur un son dans la pièce ou autre.





La fenêtre thérapeutique : un outil pour accompagner en diminuant les risques

La fenêtre thérapeutique (*window of tolerance*; Siegel, 1999) est un outil qui peut guider les intervenant.es dans leur accompagnement avec les survivant.es afin de prévenir la retraumatisation dans le contexte thérapeutique. La fenêtre thérapeutique est une zone où le ou la client.e a un espace psychologique assez grand pour être capable de « tolérer » la souffrance qui peut être générée par le processus thérapeutique, puis éviter d'être dérégulé (être en hypoactivation ou en hyperactivation) durant ce processus. Cette zone thérapeutique favorise l'intégration du trauma et le processus de rétablissement. Des indices permettent ainsi à l'intervenant.e de repérer si le ou la client.e demeure dans sa fenêtre thérapeutique durant les séances et s'il est souhaitable de poursuivre le travail thérapeutique même s'il implique

une certaine forme de souffrance. Voici un outil pouvant guider les intervenant.es et les client.es qui peuvent aussi apprendre à repérer eux.elles-mêmes ces indices durant les séances et développer des stratégies d'auto-régulation.



Voir le tableau de La fenêtre thérapeutique à la page suivante.

L'intervention basée sur l'approche anti-oppressive : la dynamique de pouvoir dans la relation d'aide auprès des survivant.es

Les rapports de pouvoir sont à la source de plusieurs problèmes sociaux et c'est notamment le cas pour les agressions sexuelles qui constituent un acte de domination, d'humiliation et d'abus de pouvoir de la part d'un adulte sur un

enfant. Les survivant.es peuvent ainsi avoir de forts sentiments d'impuissance et de peur suite à ces événements qui pourront se transposer dans leur vécu ultérieur (bien souvent sous la forme de symptômes de stress post-traumatique; Finkelhor et Browne, 1985). Ces rapports de pouvoir peuvent également se rejouer dans la relation d'aide où l'intervenant.e est positionné.e comme expert.e et dispensateur.trice de soins devant la personne qui est aidée. Ainsi, les rapports de pouvoir sont particulièrement importants à soulever et minimiser lors d'interventions auprès de survivant.es d'agressions sexuelles, et surtout lorsqu'il s'agit de communautés qui subissent beaucoup d'oppression (p. ex., personnes issues des communautés noires, autochtones ou de la diversité sexuelle et de genre).

La réflexion critique de soi, de ses systèmes de valeur et la conscience de ses privilèges deviennent alors

La fenêtre thérapeutique

Lorsque les traces des traumatismes vécus réduisent votre marge de tolérance, il suffit de peu pour vous déséquilibrer.

Hyperactivation

Submergé.e, dépassé.e anxieux.se, en colère, incontrôlable, accablé.e, dérégulé.e, sentiment d'être attaqué.e ou persécuté.e, reviviscence, ruminations, souffrance, détresse

Réaction spontanée : se battre/défendre, figer ou s'enfuir (fight, freeze ou flight). Moteur pour l'action et mobilisation, mais faible accès aux ressources internes (ex.: réflexion, mentalisation).

Dérégulation

On commence à se sentir agité.e. Vous pouvez vous sentir anxieux.se, revigoré.e, mobilisé.e ou en colère. Vous ne vous sentez pas hors de contrôle mais vous ne vous sentez pas à l'aise.

Les antécédents de traumatismes et répercussions associées tendent à réduire votre fenêtre thérapeutique. Vous être alors facilement activé.e, c'est difficile de rester calme et concentré.e. Il suffit parfois de peu pour vous déséquilibrer, les déclencheurs (stress, conflits, etc.) diminuent votre fenêtre thérapeutique.



Diverses stratégies peuvent être mises en place pour augmenter votre tolérance aux différents stressors et éviter de sortir de votre fenêtre thérapeutique en vous régulant. Stratégies possibles : présence attentive, respiration, mentalisation, soutien, expression et saines habitudes de vie (exercice physique, alimentation, sommeil).

Dérégulation

On commence à se sentir plus indifférent.e, distant.e, comme désactivé.e ou si vous vous repliez sur vous-même. Il est possible que vous vous sentiez plus absent.e ou que vous ayez l'impression de ne pas être en contact avec vos états internes ni le monde extérieur.

Hypoactivation

Indifférent.e, espacé.e, zoné.e, engourdi.e, gelé.e, dissocié.e, vide, sans émotion

S'accompagne d'isolement, d'évitement, d'apathie, d'une impression de ne rien ressentir, comme si quelque chose s'éteint ou se désactive en vous. Réaction spontanée : figer, s'enfuir (freeze, flight), mise à distance.

Pour citer cet outil : Godbout, N., Monette, M., et Dussault, É. (2020). La fenêtre thérapeutique. Outil d'intervention, Unité de recherche et d'Intervention sur le TRAUMA et le Couple (TRACE), Montréal, Qc, Canada.

les meilleurs atouts de l'intervenant.e (Lee et al., 2017). Dans la relation d'aide, les rapports de pouvoir ne peuvent pas être complètement évités, mais ils peuvent être minimisés. Par exemple, en initiant des discussions banales (small talk), en s'intéressant réellement à la personne pour qui elle est puis en la considérant comme experte de son propre vécu. L'intervention devient ainsi un travail de co-construction avec les survivant.es puis permet la reconstruction et la réappropriation de leur histoire. ■

Grands principes des approches anti-oppressives qui peuvent guider les interventions :

- **« Empowerment »** : Impliquer la personne dans la prise de décisions et l'aider à faire des choix afin qu'elle reprenne du contrôle sur sa vie.
- **Décolonisation** : Ne pas partir avec des présuppositions, ne pas imposer sa vision. Garder en tête que la personne est l'experte de son propre vécu.
- **Réflexibilité** : Tenter de minimiser les rapports de pouvoir dans l'intervention. Faire une réflexion critique de ses propres valeurs, privilèges et réfléchir à la façon dont ils peuvent influencer la relation.
- **Flexibilité** : S'ajuster à la personne et à ses capacités. Se rappeler que l'intervention est un processus en soi et être ouvert.e aux changements.



Symbole de l'événement

Avant même de travailler sur les symptômes, il est souvent recommandé de faire symboliser l'événement, l'abus, sous forme d'un objet ou d'une image et de la faire voir devant la personne, donc à l'extérieur d'elle-même. Déjà, par ce geste, nous distinguons, dissocions la personne et l'événement. C'est-à-dire que la personne peut déjà entrevoir qu'elle N'EST pas l'abus, qu'elle n'est pas obligée de garder cette étiquette.

Puis, demandez à votre client d'imaginer que cet objet, cette image est reliée, attachée à lui par des chaînes, des cordes ou autres. Il peut n'y en avoir qu'une seule ou plusieurs.

Notre intention, par la suite, est de demander au client de trouver un outil de son choix et de couper ces liens, cordes, chaînes...

Il est important d'aller chercher un ressenti très fort chez le client de prendre la décision de ne plus porter en lui l'abus. De ne plus ÊTRE l'abus. Et lorsqu'il coupe ces liens, il accepte de commencer à se détacher de l'événement, de lui enlever de l'emprise sur sa vie.

Corps de souffrance

Une autre façon de procéder est de faire imaginer à la personne que sur son corps, il y a une grande fermeture-éclair qu'il décide aujourd'hui de descendre (dézipper) pour enlever, comme un manteau, ce qu'il porte de négatif, les empreintes, les enregistrements. C'est comme si on lui permettait de sortir de son corps de souffrance, sortir de l'espace de carcan dans lequel il était emprisonné depuis l'événement. À nouveau, l'intention est de créer une compréhension et une distanciation chez la personne par rapport à l'événement.



Références

- Alaggia, R., Collin-Vézina, D., & Lateef, R. (2019). Facilitators and barriers to child sexual abuse (CSA) disclosures: A research update (2000–2016). *Trauma, Violence, & Abuse, 20*(2), 260–283.
- Albert, W. J. (2013). *The complex impact of secondary victimization on rape victims* (Doctoral dissertation, Capella University).
- Afifi, T. O., & MacMillan, H. L. (2011). Resilience following child maltreatment: A review of protective factors. *The Canadian Journal of Psychiatry, 56*(5), 266–272.
- Baril, K., Tourigny, M., Hébert, M., & Cyr, M. (2008). Aggression sexuelle : Victimes (mineurs). In J. Lévy & A. Dupras (Eds.), *Questions de Sexualité au Québec*, 19–26.
- Barth, J., Bermetz, L., Heim, E., Trelle, S., & Tonia, T. (2013). The current prevalence of child sexual abuse worldwide: a systematic review and meta-analysis. *International Journal of Public Health, 58*(3), 469–483.
- Briggs, L., & Joyce, P. R. (1997). What determines post-traumatic stress disorder symptomatology for survivors of childhood sexual abuse? *Child Abuse & Neglect, 21*(6), 575–582.
- Domhardt, M., Münzer, A., Fegert, J. M., & Goldbeck, L. (2015). Resilience in survivors of child sexual abuse: A systematic review of the literature. *Trauma, Violence, & Abuse, 16*(4), 476–493.
- Finkelhor, D., & Browne, A. (1985). The traumatic impact of child sexual abuse: A conceptualization. *American Journal of Orthopsychiatry, 55*(4), 530–541.
- Fisher, C., Goldsmith, A., Hurcombe, R., & Soares, C. (2017). The impacts of child sexual abuse: A rapid evidence assessment. *Independent Inquiry into Child Abuse*.
- Hailes, H. P., Yu, R., Danese, A., & Fazel, S. (2019). Long-term outcomes of childhood sexual abuse: an umbrella review. *The Lancet Psychiatry, 6*(10), 830–839.
- Hanson, R. F., & Wallis, E. (2018). Treating victims of child sexual abuse. *American Journal of Psychiatry, 175*(11), 1064–1070.
- Haskett, M. E., Nears, K., Ward, C. S., & McPherson, A. V. (2006). Diversity in adjustment of maltreated children: Factors associated with resilient functioning. *Clinical Psychology Review, 26*(6), 796–812.
- Hébert, M., Tourigny, M., Cyr, M., McDuff, P., & Joly, J. (2009). Prevalence of childhood sexual abuse and timing of disclosure in a representative sample of adults from Quebec. *The Canadian Journal of Psychiatry, 54*(9), 631–636.
- Herrman, H., Stewart, D. E., Diaz-Granados, N., Berger, E. L., Jackson, B., & Yuen, T. (2011). What is resilience? *The Canadian Journal of Psychiatry, 56*(5), 258–265.
- Langevin, R., Hébert, M., & Cabecinha-Alati, S. (2020). Multilevel factors associated with the intergenerational continuity of child sexual abuse. *Children and Youth Services Review, 113*, 105007.
- Levenson, J. (2017). Trauma-informed social work practice. *Social Work, 62*(2), 105–113.
- Lev-Wiesel, R. (2008). Child sexual abuse: A critical review of intervention and treatment modalities. *Children and Youth Services Review, 30*(6), 665–673.
- Mindlin, J., Orloff, L. E., Pochiraju, S., Baran, A., & Echavarría, E. (2011). Dynamics of sexual assault and the implications for immigrant women. *Empowering survivors: The legal rights of immigrant victims of sexual assault*, 1–22.
- Plastock, H., Bruce, C., & White, N. (2021). Survivors' Decision-Making around Legal Initiation for Historic CSA: An Interpretative Phenomenological Analysis. *Journal of Child Sexual Abuse, 1–16*.
- Putnam, F. W. (2006). The impact of trauma on child development. *Juvenile and Family Court Journal, 57*(1), 1–11.
- Schnurr, P. P., Lunney, C. A., Forshay, E., Thurston, V. L., Chow, B. K., Resick, P. A., & Foa, E. B. (2009). Sexual function outcomes in women treated for post-traumatic stress disorder. *Journal of Women's Health, 18*(10), 1549–1557.
- Siegel, D. J. (1999). *The Developing Mind*. New York, NY: Guilford.
- Tener, D., & Murphy, S. B. (2015). Adult disclosure of child sexual abuse: A literature review. *Trauma, Violence, & Abuse, 16*(4), 391–400.
- Von Cheong, E., Sinnott, C., Dahly, D., & Kearney, P. M. (2017). Adverse childhood experiences (ACEs) and later-life depression: perceived social support as a potential protective factor. *BMJ open, 7*(9).
- Walker, H. E., Freud, J. S., Ellis, R. A., Fraine, S. M., & Wilson, L. C. (2019). The prevalence of sexual revictimization: A meta-analysis review. *Trauma, Violence, & Abuse, 20*(1), 67–80.
- Walsh, K., Blaustein, M., Knight, W. G., Spinazzola, J., & Van Der Kolk, B. A. (2007). Resiliency factors in the relation between childhood sexual abuse and adulthood sexual assault in college-age women. *Journal of Child Sexual Abuse, 16*(1), 1–17.
- Wilson, L. C., & Scarpa, A. (2014). Childhood abuse, perceived social support and post-traumatic stress symptoms: A moderation model. *Psychological Trauma: Theory, Research, Practice, and Policy, 6*(5), 512.