

Résumé

Dans une année donnée, une victime de crime violent sur sept présente des symptômes conformes à un trouble de stress post-traumatique (TSPT). Le dépistage du TSPT chez les victimes d'actes criminels est essentiel pour faire des recommandations de traitement appropriées.

Recherche en bref



Évaluation et traitement du stress traumatique chez les victimes d'actes criminels

Marie-Ève Leclerc, Catherine Delisle,

Jo-Anne Wemmers et Alain Brunet

Traduit par *Joanie Godin*

Avril 2017

Afin de soutenir et d'aider adéquatement les victimes d'actes criminels, il est important de comprendre les changements psychologiques qui résultent de la victimisation. Ce résumé de recherche passe en revue la littérature scientifique qui concerne le stress traumatique vécu dans le contexte de la victimisation criminelle. Il est conçu comme un outil de référence pour ceux qui fournissent des services à ces victimes et qui les soutiennent. Ce document est divisé en trois sections :

- 1) La première section présente plusieurs concepts clés;
- 2) La deuxième section passe en revue les connaissances sur l'intervention en situation de crise et donne des directives afin de préparer l'entrevue d'évaluation;
- 3) La troisième section fournit des outils pour évaluer le stress traumatique ainsi que des lignes directrices pour diriger les victimes d'actes criminels vers le mode de traitement approprié.



PARTIE I : Stress traumatique, victimes d'actes criminels et réponses aiguës au stress

1.1 Facteurs de stress et réponses au stress

La vie comporte forcément des facteurs de stress, soit des événements ou des circonstances qui menacent le bien-être physique ou mental d'un individu (Ford, Grasso, Elhai, & Courtois, 2015). Une personne exposée à un facteur de stress en évalue automatiquement deux caractéristiques : a) la gravité de la *menace* et b) la probabilité qu'elle puisse surmonter efficacement la situation ou ce que l'on appelle l'*autoefficacité* (Lazarus & Folkman, 1984). À son tour, l'évaluation détermine comment la personne *vit* son stress. Les réactions au stress sont déplaisantes, mais elles sont adaptatives puisqu'elles incitent la personne à utiliser des stratégies d'adaptation qui vont éventuellement lui permettre de s'adapter (Fergus & Zimmerman, 2005; Grych, Hamby, & Banyard, 2015). Les mécanismes d'adaptation *internes* comprennent certains traits de caractère, ainsi que des capacités de régulation émotionnelles, cognitives et comportementales. Les mécanismes d'adaptation *externes* incluent les ressources de soutien dans l'environnement de la personne. Il est important de noter que le recours aux mécanismes d'adaptation ainsi que leur efficacité dépendent de l'intensité des réactions au stress (Calhoun & Atkeson, 1991). Par exemple, les facteurs de stress qui représentent une menace minime provoqueront des réactions au stress minimales et nécessiteront donc un recours minimal aux stratégies d'adaptation.

La capacité d'adaptation d'un individu déterminera en partie la quantité de stress *ressenti*, ainsi que la gravité du facteur de stress (Ford et al. 2015). Par exemple, les facteurs de stress quotidiens qui représentent une menace minime ne provoquent que de faibles réactions au stress qui sont généralement faciles à gérer, et les niveaux de stress demeurent donc bas. Cependant, certains facteurs de stress représentent une menace importante et provoquent donc des réactions débilitantes au stress considérablement plus difficiles à gérer (Ford et al., 2015). Le *stress traumatique* constitue un exemple de ce dernier cas.

1.2 Facteurs de stress traumatiques, réactions au stress traumatique et victimes d'actes criminels

Définitions des facteurs de stress traumatiques et des réactions au stress traumatique

Selon le DSM-5 (American Psychiatric Association [APA, 2013], p. 271), un facteur de stress *traumatique* est un caractérisé par une exposition à la mort effective ou à une menace de mort, à une blessure grave ou à des violences sexuelles. Cet événement peut survenir de l'une (ou de plusieurs) des façons suivantes : 1) Être directement exposé à l'événement;

2) Être le témoin direct de l'événement survenu à d'autres personnes; 3) Apprendre que l'événement est arrivé à un proche; 4) Être exposé de manière répétée ou extrême aux détails pénibles d'un événement traumatisant.

Population à risque d'un traumatisme psychologique : les victimes d'actes criminels

Le stress traumatique et l'activité criminelle coexistent souvent. Un *crime* se définit comme une activité qui enfreint le Code criminel et qui est passible de sanctions. En 2015, les Services nationaux de police ont rapporté 1,9 million d'infractions au Code criminel au Canada, en excluant les incidents de circulation (Allen, 2015). La plupart de ces infractions peuvent être classées parmi les crimes avec ou sans violence. Les crimes violents impliquent le recours à la force, une blessure (agression sexuelle, agression physique ou vol qualifié) ou la menace d'une blessure. Les crimes sans violence, que l'on désigne souvent comme victimisations des ménages, comprennent principalement les crimes contre les biens tels que l'introduction par effraction, le vol de véhicules à moteur ou de leurs pièces, le vol de biens du ménage ou le vandalisme (Perreault, 2015). En 2015, la police a déclaré 381 000 crimes violents et 1,5 million d'incidents sans violence (Allen, 2015). Il est toutefois important de garder à l'esprit que ces chiffres s'appuient sur les rapports de police. Selon l'Enquête sociale générale du Canada de 2014, moins d'un tiers (31 %) des crimes ont été signalés aux autorités en 2014, dont 50 % pour les introductions par effraction et 5 % dans le cas des agressions sexuelles (Perreault, 2015).

Une *victime d'acte criminel* est une personne qui a subi des dommages physiques, des dommages psychologiques ou des pertes économiques à la suite d'un acte criminel (Allen, 2015). Un quart des crimes violents sont commis au lieu de travail de la victime, et la moitié des victimes (52 %) connaissent leur agresseur (Allen, 2015; Perreault, 2015). En outre, une victime de crime violent sur sept présente des symptômes conformes à un trouble de stress post-traumatique (TSPT) à la suite de leur victimisation (Allen, 2015; Perreault, 2015).

1.3 Stratégies d'adaptation typiquement utilisées par les victimes d'actes criminels

Les stratégies d'adaptation peuvent être adéquates ou inadéquates et l'utilisation d'un type de stratégie plutôt que l'autre peut jouer un rôle dans la résilience et le rétablissement suite à un psychotraumatisme (Gloria & Steinhardt, 2016; Kirby, Shakespeare-Finch & Palk, 2011; Sharma, Shoshanna, Brennan, & Betancourt, 2017). Les *stratégies d'adaptation positives*, ou *adéquates*, visent à modifier la façon dont l'individu se sent par rapport au facteur de stress en se concentrant sur la croissance personnelle ou sur des solutions possibles pour réduire ce stress. En revanche, les *stratégies d'adaptation négatives*, ou *inadéquates*, ne sont pas axées sur la croissance personnelle ni sur les efforts pour résoudre des problèmes. Le tableau 1 liste les stratégies d'adaptation adéquates et inadéquates.

1.4 Facteurs déterminants de l'aptitude à faire face au stress et de l'adaptation

L'aptitude à faire face au stress traumatique varie considérablement d'une victime à l'autre. Il est important de se rappeler que la plupart des victimes font preuve de *résilience* face à l'adversité (Feder, Nestler, & Charney, 2009; Bonanno, 2004), à un tel point qu'elles réussissent à s'adapter au facteur de stress traumatique (Charney, 2004; Breslau, 2002; Masten, 2011). Pourtant, certaines victimes de crimes violents ne sont pas capables de faire face aux facteurs de stress traumatiques efficacement, et une crise psychologique peut s'ensuivre (Breslau, 2009; Martin et al., 2013). L'exposition au même facteur de stress traumatique peut avoir un effet très différent d'un individu à l'autre. Il faut donc prendre en considération les facteurs déterminants de chaque individu. Ainsi, l'impact des facteurs de stress traumatiques résulte de l'interaction dynamique entre les facteurs personnels et situationnels présents avant (pré-traumatiques), pendant (péri-traumatiques) et après (post-traumatiques) l'événement (Rutter, 2012; Sayed, Iacoviella, & Charney, 2015; Lauth-Lebens & Lauth, 2016; Carlson et al., 2016). Ces trois groupes de facteurs sont décrits plus en détail ci-après et présentés au tableau 2.

Facteurs pré-traumatiques

Certaines habiletés ou forces personnelles peuvent accroître la probabilité qu'un individu s'adapte efficacement au facteur de stress traumatique (Peterson, Park, Pole, D'Andrea, & Seligman, 2008). D'abord, la capacité d'autocontrôle, soit la capacité à surveiller et à ajuster ses propres expériences émotionnelles, influence l'efficacité avec laquelle un individu gère ses réactions au stress initial et à long terme (Cole, Martin, & Dennis, 2004). Cette aptitude influe également sur la capacité d'un individu à contrôler son expérience émotionnelle par la maîtrise des émotions et est liée à un accroissement de l'autoefficacité (Layous, Chancellor, & Lyubomirsky, 2014; Grych et al., 2015). Ensuite, la flexibilité cognitive influence comment les victimes percevront l'événement alors qu'elles tentent de comprendre sa signification (Lazarus & Folkman, 1984; Park, 2010). Finalement, les habiletés interpersonnelles facilitent l'adaptation, car elles favorisent de meilleurs réseaux de soutien social (Thoits, 2011). Plus un individu possède de ces caractéristiques, et plus elles sont variées, plus la probabilité que l'individu se montre résilient en cas de traumatisme est élevée (Schnell, 2011; Grych et al., 2015).

Tableau 1.

Stratégies d'adaptation typiquement utilisées par les victimes d'actes criminels
Stratégies d'adaptation adéquates
<p>Démarche de résolution de problèmes ou approche d'adaptation : Stratégies et efforts, sous forme d'actions directes, de prises de décisions et de planifications, qui visent à résoudre un problème et à réduire les sources de détresse²⁻⁹⁻¹⁴⁻¹⁸. Ces stratégies d'adaptation incluent entre autres :</p> <ul style="list-style-type: none"> • Le recours au soutien social : Recherche d'aide auprès d'aidants naturels (membres du réseau social), de chefs spirituels et de groupes professionnels de soutien (système juridique, services sociaux et fournisseurs de soins de santé mentale)⁷⁻⁹. • L'initiative personnelle ou la recherche d'information : Recueil d'informations au sujet du système juridique, des ressources communautaires, des expériences communes vécues par les victimes de crimes violents, et ainsi de suite¹⁻¹⁰⁻¹⁶⁻¹⁸. • Les activités visant l'auto-prise en charge : Activités comprenant la participation à des cours d'autodéfense pour réduire la possibilité de victimisation future et l'activisme, par exemple en partageant son expérience avec d'autres afin de prôner la protection de futures victimes¹⁰⁻¹¹. <p>Adaptation axée sur les émotions : Cette stratégie vise à améliorer l'expérience émotionnelle de la victime et inclut la <i>pensée positive</i>, la <i>relaxation</i>, l'<i>expression des émotions</i> et la <i>distraction</i>⁴⁻⁸.</p> <p>Recadrage cognitif de la victimisation ou accommodation : Modification de la perception du traumatisme et de son importance par : 1) l'<i>autocomparaison</i>, où l'individu compare son statut initial de victime à son statut ultérieur de survivant, mettant ainsi l'accent sur l'aspect positif de l'exposition au traumatisme, à savoir la survie; ou 2) la <i>comparaison sociale</i>, aussi appelée comparaison ascendante ou descendante. La victime se compare soit à des victimes qui vont bien et qui servent donc de source d'inspiration, soit à des victimes qui ne se portent pas bien et qui lui permettent un agrandissement de soi⁴⁻¹⁰⁻¹⁷⁻¹⁸. Cette approche comprend également l'autostimulation et la pensée positive⁵⁻¹⁶.</p>
Stratégies d'adaptation peu ou pas adéquates
<p>Évitement des stimuli liés au traumatisme : Évitement délibéré des stimuli qui rappellent le facteur de stress à la victime, comme des personnes, des activités et des endroits qui sont associés à l'événement (p. ex. les services sociaux et les fournisseurs de soins de santé mentale)⁴⁻¹⁰⁻¹¹⁻¹²⁻¹⁴⁻¹⁵.</p> <p>Abus d'alcool et d'autres drogues : <i>Automédication</i> au moyen de drogues, de médicaments et d'alcool, ce qui permet à l'individu d'éviter d'affronter les pensées et les sentiments pénibles⁴⁻¹¹⁻¹³.</p> <p>Déni et aveuglement : <i>Négation</i> de la survenance de l'événement traumatisant par le blocage actif des pensées et des sentiments qui lui sont associés; <i>aveuglement</i> en minimisant l'ampleur des réactions au stress traumatique¹¹⁻¹⁷.</p> <p>Opposition : Comportement extériorisé, ou réactivité, qui s'exprime par agression verbale ou physique, par projection de la colère ou rejet du blâme sur les autres, par désobéissance ou par extériorisation négative¹⁶.</p> <p>Comportements autodestructeurs : <i>Automutilation</i>, comme en s'infligeant des blessures (p. ex. se faire des entailles); <i>comportements autodestructeurs et exposition à des risques</i> comme la traversée illégale d'une chaussée, la conduite imprudente, la débauche sexuelle et les troubles de l'alimentation³.</p> <p>Désengagement comportemental : Stratégie qui reflète l'abandon de tout effort ou de toute action pour faire face ou s'adapter à l'événement et à ses conséquences. Contrairement à l'approche d'adaptation où l'on passe à l'action pour réduire la détresse, le désengagement comportemental a lieu lorsqu'un individu cesse de mettre en œuvre des pratiques utiles (p. ex. soutien pharmaceutique ou professionnel)²⁻⁶⁻¹⁴. Cette stratégie peut également comprendre l'isolement, soit le retrait émotionnel et social¹⁶.</p>

¹ Altman & Sherwood, 2003; ² Carver, 1997; ³ Cyr, McDuff, Wright, Theriault, & Cinq-Mars, 2005; ⁴ Feder et al., 2016; ⁵ Gloria & Steinhardt, 2016; ⁶ Goldberg-Looney, Perrin, Snipes & Calton, 2016; ⁷ Greenberg & Beach, 2004; ⁸ Green & Diaz, 2008; ⁹ Gul & Karanci, 2017; ¹⁰ Hagemann, 1992; ¹¹ Hill, 2009; ¹² Kirby, Shakespeare-Finch & Palk, 2011; ¹³ Morrison & Doucet, 2008; ¹⁴ Sharma, Shoshanna, Brennan & Betancourt, 2017; ¹⁵ Scarpa, Haden, & Hurley, 2006; ¹⁶ Skinner, Edge, Altman & Sherwood, 2003; ¹⁷ Thompson, 2000; ¹⁸ Zuckerman & Gagne, 2003.

Le fait d'avoir déjà vécu un événement traumatisant peut-être un facteur de risque chez les individus retraumatisés (Carlson et al., 2016; Pietrzak, Goldstein, Southwick, & Grant, 2011a). Le risque dû à l'exposition antérieure à des événements traumatisants se voit augmenté si ceux-ci étaient graves et fréquents, particulièrement si la victime a vécu ces événements à un jeune âge (Karam et al., 2014; Carlson et al., 2016; Ozer et al., 2003). De ce fait, la violence conjugale et la maltraitance dans l'enfance devraient être notées (Copeland, Keeler, Angold, & Costello, 2007; Ford & Gomez, 2015).

Le genre influe sur la probabilité de vivre un facteur de stress traumatique et de s'y adapter. Ainsi, les femmes sont moins exposées à des situations traumatisantes que les hommes, mais elles sont plus susceptibles de subir des conséquences pathologiques (Breslau, Peterson, & Schultz, 2008; Sareen, 2014; Olf et al., 2007). Précisément, les femmes ont davantage tendance à avoir une réaction plus grave aux facteurs de stress traumatiques que les hommes (Breslau, 2009). De plus, leur réaction au stress traumatique dure plus longtemps et a un effet négatif plus grand sur leur qualité de vie (McLean & Anderson, 2009; Olf et al., 2007). Ce constat pourrait s'expliquer en partie du fait que les femmes sont plus souvent victimes d'agressions sexuelles que les hommes, et la majorité des victimes de ce type de crime, hommes ou femmes, développent fréquemment des conséquences pathologiques (Dunn, Gilman, Willett, Slopen, & Molnar, 2012; Rothbaum, Foa, Riggs, & Murdock, 1992). Les femmes sont plus susceptibles de faire appel à des mécanismes d'adaptation adéquats, comme chercher de l'aide auprès d'un professionnel ou suivre un traitement. De leur côté, les hommes ont plus tendance à avoir recours à des mécanismes d'adaptation inadéquats, comme l'abus d'alcool ou d'autres drogues (Zhou et al., 2013). De plus, un statut socioéconomique faible est associé à un risque accru de conséquences pathologiques (Hobfoll, 2001), et ce, d'une culture à l'autre (Alim et al., 2006). Les individus qui ont un faible statut socioéconomique ont tendance à être moins scolarisés et cela représente un facteur de risque additionnel (Carlson et al., 2016; Hobfoll, 2001; DiGrande, Neria, Brackbill, Pulliam, & Galea, 2011). La maladie mentale avant l'exposition traumatique constitue un autre facteur de risque (Kremen, Koenen, Afari, & Lyons, 2012; Breslau et al., 2014; Carlson et al., 2016). En outre, un individu qui a des antécédents familiaux de troubles mentaux court également un risque accru (Koenen, 2006).

Facteurs péri-traumatiques

Un événement comporte quatre caractéristiques pouvant engendrer un traumatisme psychologique, à savoir la prévisibilité, la contrôlabilité, l'intentionnalité et la présence de blessures (Ford et al., 2015; Vogt, King, & King, 2007). Premièrement, les événements traumatisants qui causent des dommages physiques irrévocables à la victime ou à un proche représentent une perte importante, soit en ce qui concerne l'état physique de la victime avant le traumatisme, soit en ce qui concerne la perte permanente d'un proche. Deuxièmement, les événements traumatisants qui sont imprévisibles ou inattendus provoquent un choc. La surprise produit des réactions initiales intenses, plaçant la personne

dans une position désavantageuse dès le début. Troisièmement, les événements traumatisants qui surviennent de manière incontrôlable ou qui sont ingérables sont particulièrement nuisibles, car la victime est incapable de se protéger ou de protéger ses proches, ce qui la prive de tout pouvoir sur la situation ou sur le résultat. Finalement, le fait que l'exposition à un événement traumatisant soit accidentelle ou intentionnelle est fondamental. Par rapport au traumatisme accidentel, le traumatisme intentionnel est lié à un impact considérablement plus important et plus néfaste sur presque tous les aspects de la vie de la personne ayant vécu le traumatisme, ce qui rend l'adaptation nettement plus difficile (Santiago et al., 2013). Les événements intentionnels présentent un risque accru, particulièrement si les coupables sont des proches de la victime (Santiago et al., 2013; Vogt et al., 2007; Martin et al., 2013). Ce phénomène est en partie attribuable au fait que la violence commise par un proche de la victime va à l'encontre des suppositions qu'elle se fait du monde et fragilise son système de soutien, qui est essentiel au rétablissement (Martin et al., 2013). Plus un individu est exposé fréquemment et plus ces expositions sont graves, plus il développera des troubles cliniquement significatifs (Vogt et al., 2007; Carlson et al., 2016; Karam et al., 2014). La violence interpersonnelle constitue un bon exemple de ce dernier cas (Cloitre et al., 2011).

Comme indiqué ci-dessus, les victimes déterminent dans quelle mesure le facteur de stress traumatique peut être géré, ainsi que la menace qu'il représente (Lazarus and Folkman, 1984). Cette évaluation subjective est plus importante que les caractéristiques objectives du traumatisme (Ozer et al., 2003; Chiu, Deroon-Cassini, and Brasel, 2011; Sareen, 2014). De ce fait, l'individu court un risque lorsque l'évaluation révèle un niveau de menace élevé et une faible capacité de gestion (O'Donnell, Elliott, Creamer, and Wolfgang, 2007; Elsesser and Sartory, 2007), et vice versa (Ullman, Filipas, Townsend, and Starzynski, 2007; Ahmed, 2007). En particulier, si les tentatives de la victime pour rétablir l'équilibre continuent à échouer, ses sentiments de contrôle et d'autoefficacité continuent de s'affaiblir (Seguin, Brunet, & Leblanc, 2006). Des sentiments d'impuissance et de désespoir peuvent également se manifester, et les victimes peuvent arrêter de chercher activement des solutions et devenir peu réceptives à celles proposées par d'autres (Friedman, 2014). L'exposition à des événements traumatisants qui sont à la fois très néfastes, imprévisibles, ingérables et intentionnels se traduit par de grandes difficultés d'adaptation (Hamby, 2014; Ford et al., 2015; Friedman, 2014). Par conséquent, un état de *crise* se développe souvent : les mécanismes d'adaptation de l'individu ne sont pas suffisants et l'individu présente des symptômes (ou des réactions) de stress traumatique (Santiago et al., 2013; Martin, Cromer, DePrince, & Freyd, 2013).

Tableau 2.

Facteurs pré-traumatiques, péri-traumatiques et post-traumatiques qui modifient l'adaptation à la victimisation		
Facteur	Résultat	
Pré-traumatique	Autocontrôle	<ul style="list-style-type: none"> · L'habileté à gérer les réactions au stress, initialement et à long terme. · Une meilleure maîtrise des émotions permet de mieux contrôler les émotions particulières (ressenties, entretenues et provoquées) et donc de réduire les troubles émotionnels après l'exposition. · Une croyance d'autoefficacité élevée, soit la perception de l'individu que la menace diminue et que sa capacité à la gérer augmente.
	Flexibilité cognitive	<ul style="list-style-type: none"> · Ce facteur influence le sens attribué à l'événement. · Le fait d'accepter que l'événement traumatisant ait eu lieu diminue son interférence avec les valeurs et les croyances fondamentales et augmente l'optimisme.
	Habiletés interpersonnelles	<ul style="list-style-type: none"> · L'habileté à nouer et à entretenir des liens ainsi qu'à favoriser leur développement engendre un soutien social de meilleure qualité et une meilleure adaptation.
	Exposition antérieure à un traumatisme	<ul style="list-style-type: none"> · Les individus exposés à un traumatisme dans le passé sont à risque de conséquences pathologiques. · Une exposition antérieure plus grave et plus fréquente augmente le risque. · L'exposition à un jeune âge augmente ce risque.
	Genre	<ul style="list-style-type: none"> · Les femmes présentent un risque de réactions au stress traumatique plus graves, qui durent plus longtemps et qui sont plus néfastes.
	Statut socioéconomique/ Scolarisation	<ul style="list-style-type: none"> · Un statut socioéconomique faible augmente le risque de victimisation criminelle et de violence familiale. · Un niveau de scolarité faible est associé à des conséquences pathologiques.
	Psychopathologie antérieure	<ul style="list-style-type: none"> · Des symptômes d'anxiété et de dépression avant l'exposition augmentent le risque de pathologie. · La présence de psychopathologies dans la famille.
Péri-traumatique	Type, fréquence et gravité de l'événement traumatisant	<ul style="list-style-type: none"> · Un événement traumatisant intentionnel se traduit par un risque accru, particulièrement si le coupable est un proche de la victime. · Plus l'exposition est grave et fréquente, plus le risque est élevé.
	Évaluation de l'événement	<ul style="list-style-type: none"> · Une évaluation de l'événement comme étant menaçant et ingérable augmente le risque de psychopathologie. · Une évaluation de l'événement comme étant menaçant mais gérable augmente la perception de contrôle et se traduit par un risque moindre de psychopathologie.
Post-traumatique	Soutien social	<ul style="list-style-type: none"> · Plus un individu reçoit du soutien social, plus le risque de pathologie est faible.
	Facteurs de stress post-traumatiques	<ul style="list-style-type: none"> · Plus la victime vit des événements de vie stressants après une exposition à un traumatisme, plus sa capacité à s'adapter est ébranlée. · Cette affirmation est particulièrement vraie lorsque les systèmes de soutien sont de moindre qualité.

Facteurs post-traumatiques

Le soutien social est le principal facteur qui influence le pronostic post-traumatique (Sayed et al., 2015; Moak & Agrawal, 2010; Guay, Billette, & Marchand, 2006). Un soutien social insuffisant ou négatif augmente le risque de développer des conséquences pathologiques, particulièrement chez les victimes qui ne veulent pas faire parler du traumatisme (Norris & Kaniasty, 2008; Cordova, Walsler, Neff, & Ruzek, 2005). Les événements de vie stressants post-traumatiques sont notamment importants parce qu'ils empêchent la victime de s'adapter, surtout si son réseau de soutien social est de mauvaise qualité (Boccellari et al., 2007; Bonanno, Galea, Bucciarelli, & Vlahov, 2007).

1.5 Réactions aiguës au stress traumatique et conséquences pathologiques

Réactions aiguës au stress traumatique

Les réactions aiguës au stress sont les signes précurseurs d'un TPST. Elles diffèrent des réactions normales au stress, car elles sont plus graves et qu'elles sont susceptibles de survenir en réponse à des facteurs de stress particulièrement menaçants (Ford et al., 2015). Néanmoins, les réactions aiguës au stress constituent une tentative automatique, ou instinctive, de protéger le corps et l'esprit et essentiellement de survivre à un traumatisme, tant sur le plan physique que mental (Ford et al., 2015). Par conséquent, il est probable que ce type de réaction survienne en réponse à des facteurs de stress qui ont un grand impact ou qui représentent une menace subjective importante. Il s'agit donc d'une réaction initiale normative à des facteurs de stress tels les crimes violents (Hamby, 2014; Ford et al., 2015; Friedman, 2014). Les réactions aiguës au stress, tout comme les autres réactions au stress, se manifestent sur les plans physique, émotionnel, cognitif et comportemental, et sont jumelées avec un sentiment d'anxiété, qui est provoqué par l'événement traumatisant (WHO, 1992). Voir le tableau 3 pour un résumé des réactions aiguës au stress traumatique.

Les réactions aiguës au stress visent à protéger le corps et l'esprit de tout dommage et à maximiser la probabilité de survivre en activant tous les processus requis afin de faire face aux menaces immédiates rapidement et énergiquement (WHO, 1992; Ford et al., 2015). Beaucoup d'individus qui sont exposés à un événement traumatisant extrêmement menaçant présentent des symptômes d'hyperactivité. Il est donc normal que les victimes demeurent dans un état physiologique d'éveil plusieurs heures, voire plusieurs jours, après l'exposition et ceci perturbe les habitudes de sommeil à un tel point que des troubles comme l'insomnie peuvent apparaître (Babson and Feldner, 2010; Friedman, 2014). Par conséquent, les survivants ressentent souvent de la fatigue, de la tension et de l'agitation (Friedman, 2014). De plus, les victimes ont souvent tendance à la somatisation, et ceci permet aux victimes d'éviter le traumatisme puisqu'elles se concentrent plutôt sur les symptômes physiques (APA, 2013). Les facteurs de stress traumatiques qui sont récurrents (p. ex. la violence interpersonnelle et le viol) peuvent entraîner d'autres moyens

d'autoprotection comme la dissociation péritraumatique. La dissociation péritraumatique est le sentiment d'être détaché du mal qui doit être enduré pour survivre et cause donc une sorte de torpeur, ou une absence de réactivité, vis-à-vis du facteur de stress traumatique. La dissociation péritraumatique peut parfois se présenter sous forme de déréalisation, de dépersonnalisation ou d'amnésie (Hetzl-Riggin & Wilber, 2010; Ford et al., 2015; Friedman, 2014). Une autre forme de dissociation se manifeste lorsque la victime revit l'événement sous forme de flashbacks (APA, 2013; Ford et al., 2015; Friedman, 2014). Les mauvais souvenirs obligent l'individu à revivre l'événement traumatisant et semblent donc pénibles. Toutefois, ils peuvent aider la victime à rediriger son attention de ses réactions vers le facteur de stress traumatique lui-même et ainsi lui permettre de mobiliser plus de ressources pour survivre au facteur de stress (Ford et al., 2015). Certains estiment que les flashbacks intrusifs favorisent l'acceptation puisqu'ils forcent l'individu à faire face à lui-même et augmentent donc la probabilité que la victime trouve un sens à l'événement (Ford et al., 2015).

Une victime subit souvent d'importantes perturbations dans ses croyances fondamentales, qui guidaient les idées qu'elle se faisait d'elle-même, d'autrui, du monde et de l'avenir et qui, essentiellement, donnaient du sens et de l'ordre à sa vie (Janoff-Bulman, 1992; Beck, Rush, Shaw, & Emery, 1979). À cause de leur nature déstabilisante, les facteurs de stress traumatiques peuvent mener la victime à se considérer comme incompétente ou atteinte de façon irréversible; à voir les autres et le monde en général comme étant dangereux et imprévisibles; à croire que l'avenir est sans espoir, au point que la souffrance semble inévitable et permanente et que le rétablissement semble impossible. Ces croyances seraient attribuables à la généralisation de la menace (Ehlers & Clark, 2000). En effet, la menace perçue pendant un traumatisme grave, imprévisible et ingérable est généralisée, et cela conduit la victime à voir le danger en permanence, et par conséquent à se méfier et à douter de son autoefficacité, de la bienveillance des autres et de la possibilité d'un avenir meilleur.

Beaucoup de personnes ont une réaction émotionnelle intense pendant l'exposition au traumatisme, ou immédiatement après, qui est caractérisée par l'incrédulité ou le choc (Ford et al., 2015; Friedman, 2014). Étant donné que les facteurs de stress traumatiques sont rares, les victimes sont souvent stupéfaites lorsqu'ils surviennent et se sentent donc souvent déconnectées émotionnellement de l'expérience ou indifférentes à celle-ci. Au départ, cette dissociation émotionnelle serait bénéfique puisqu'elle permettrait aux victimes d'éviter la réalité émotionnelle ou la signification de l'événement qu'elles ne sont pas encore prêtes à gérer (Ford et al., 2015). Par contre, certaines victimes éprouvent parfois du ressentiment parce qu'elles ne comprennent pas pourquoi ce sont *elles* qui ont été victimisées (Ford et al., 2015; Friedman, 2014). La colère se transforme parfois en émotions négatives extrêmes et ingérables, notamment la tristesse, mais il est également fréquent que les victimes ressentent et expriment des émotions dérégées sans avoir éprouvé de colère auparavant (WHO, 1992; Friedman, 2014). La tristesse est particulièrement susceptible de se manifester chez les victimes qui ont été exposées à un événement traumatisant avec d'autres, mais qui sont parmi les seuls survivants (Friedman, 2014).

Immédiatement après l'événement, beaucoup de victimes tenteront d'éviter des rappels externes du traumatisme, comme des personnes, des activités ou des endroits qui y sont associés. Éviter des stimuli liés au traumatisme peut initialement être protecteur et encourager la survie en détournant l'attention de la victime de la rumination (c.-à-d. des aspects négatifs internes et externes du traumatisme) vers la croissance post-traumatique (c.-à-d. se concentrer sur des objectifs personnels qui peuvent favoriser la croissance sur les plans psychologique, émotionnel et spirituel, et par conséquent, le bien-être général). Cependant, si l'individu commence à se tenir à distance, à se retirer et à s'isoler de toute interaction sociale, qu'elle soit liée au traumatisme ou non, cela constitue un facteur de mauvais pronostic (WHO, 1992; Friedman, 2014). Précisément, l'exposition à un traumatisme est souvent suivie d'un changement dans les croyances de la victime et dans ses attentes envers les autres (O'Donnell et al., 2007). Les victimes présument fréquemment le pire des autres. Par exemple, les survivants deviennent souvent méfiants et irritables envers les autres et peuvent se sentir rejetés ou abandonnés par les gens qui les entourent, surtout si leur système de soutien n'est pas efficace (Friedman, 2014). Par conséquent, certaines victimes décident d'entretenir ces relations, mais deviennent contrôlantes de l'autre personne à cause de ce problème de confiance, alors que d'autres victimes préfèrent simplement se tenir à l'écart des autres. Dans tous les cas, les victimes peuvent éviter des activités auxquelles leur famille ou leurs amis participent afin de se protéger des intentions malveillantes qu'elles imaginent chez les autres (Friedman, 2014). Le tableau 3 présente un résumé des réactions aiguës au stress physiques, cognitives, émotionnelles, comportementales et illustre des exemples de ces réactions.

1.6 Inadaptation et stress post-traumatique

Comme indiqué ci-dessus, une réaction aiguë au stress traumatique chez les victimes de crimes violents est une réaction normale dans des circonstances anormales. Ce type de réaction représente également une tentative de survivre à une grande adversité considérant la nature menaçante, imprévisible, ingérable et intentionnelle de tels facteurs de stress (Hamby, 2014; Ford et al., 2015; Friedman, 2014). Toutefois, si des réactions aiguës au stress sont encore présentes 48 à 72 heures après l'exposition, on émet un diagnostic clinique de trouble de stress aigu.

Définition du stress post-traumatique

Si la personne remplit les critères d'un trouble de stress aigu pendant plus de 28 jours, ce diagnostic est remplacé par un diagnostic de TSPT. Un trouble de stress post-traumatique est caractérisé par quatre groupes de symptômes : 1) symptômes intrusifs, 2) symptômes d'évitement, 3) altérations marquées de l'éveil et de la réactivité et 4) altérations négatives des cognitions et de l'humeur. Les symptômes *intrusifs* comprennent les pensées, les sentiments et les comportements liés au facteur de stress traumatique qui se manifestent constamment et involontairement. Les symptômes d'*évitement* incluent les tentatives de réduire la détresse due aux symptômes intrusifs par des efforts cognitifs (éviter des

souvenirs, des pensées et des émotions) ou comportementaux (éviter des personnes, des endroits et des activités). Les *altérations négatives des cognitions et de l'humeur*, qui apparaissent ou qui s'aggravent après l'exposition, se présentent sous forme de dissociation ou d'altérations négatives des sentiments et des croyances de la victime par rapport à elle-même, aux autres et au monde en général. Ces symptômes incluent l'amnésie dissociative, les attentes négatives quant à l'avenir, une baisse d'intérêt ou le détachement social, l'incapacité à éprouver des émotions positives, l'expérience constante d'émotions négatives et l'autoaccusation. Les *altérations marquées de l'éveil et de la réactivité* sont caractérisées par des expériences émotionnelles fortes et facilement provoquées. Elles se traduisent par de l'irritabilité, des accès de colère, un comportement impulsif ou autodestructeur, de l'hypervigilance, des réactions de sursaut exagérées, des difficultés de concentration et des perturbations du sommeil.

Tableau 3.

Évaluation et identification des réactions aiguës au stress traumatique		
Modalité	Évaluation des réactions aiguës au stress traumatique	Exemples
Physique	<p>Hyperactivité : Fréquence cardiaque accélérée, tension musculaire, transpiration, respiration accélérée et une possible réaction de sursaut similaire à une « poussée d'adrénaline ».</p> <p>Hypervigilance : État d'alerte extrême par rapport à d'autres stimuli associés au stress.</p> <p>Somatisation : Symptômes physiques ou dysfonctions sans cause organique, qui sont plutôt des manifestations indirectes de détresse émotionnelle refoulée.</p>	<ul style="list-style-type: none"> ● Accélération de la fréquence cardiaque ● Augmentation de la réactivité et de la réaction de sursaut ● Perturbations du sommeil (p. ex. l'insomnie) ● Fatigue, tension et agitation
Cognitive	<p>Dissociation péri-traumatique : Dissociation automatique pendant l'expérience traumatisante pour se protéger, qui est caractérisée par un sentiment de détachement par rapport à soi-même (<i>dépersonnalisation</i>), à la réalité (<i>déréalisation</i>) et à l'exposition au traumatisme (<i>amnésie péri-traumatique</i>).</p> <p>Déclencheur : Résultat d'une association entre une caractéristique sensorielle de l'événement traumatisant (p. ex. son, odeur, image visuelle, etc.) et des caractéristiques sans lien qui ressemblent, peu importe le degré de similitude, au traumatisme.</p> <p>Flashback : Souvenir envahissant qui survient pendant un état de dissociation où l'individu se souvient sans le vouloir de faits à propos du facteur de stress ou de son expérience subjective, comme s'il revivait vraiment la situation (p. ex. pensées, sentiments, réactions physiologiques).</p> <p>Structures cognitives altérées : Perturbations importantes des croyances fondamentales à propos de soi-même, du monde, des autres et de l'avenir.</p>	<ul style="list-style-type: none"> ● Impression que le monde est irréel ● Sentiment d'être un observateur de sa propre vie ou d'être « une petite souris » ● Sentiment d'être sur le pilote automatique ● Incapacité de se souvenir de l'événement traumatisant ou de certains de ses aspects
Émotionnelle	<p>Choc et incrédulité : État de choc vis-à-vis de la</p>	<ul style="list-style-type: none"> ● Affect émoussé

	<p>survenance d'un événement traumatisant étant donné que ce type d'événement est rare.</p> <p>Torpeur émotionnelle : Incapacité à avoir des réactions émotionnelles fortes en réponse à un traumatisme.</p> <p>Ressentiment : Incrédulité, sous forme de colère, d'avoir subi un traumatisme.</p> <p>Expressions émotionnelles dérégées : Émotions extrêmes et inappropriées ressenties ou exprimées, comme la colère et la tristesse.</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Incapacité ou réticence à parler des émotions • Incrédulité sous forme de colère, d'agression verbale ou de tristesse • Colère ou tristesse extrêmes et inappropriées
Comportementale	<p>Évitement des stimuli associés au traumatisme : Efforts délibérés pour éviter des personnes, des activités ou des endroits qui sont réellement associés au traumatisme ou qui sont perçus ainsi.</p> <p>Retrait social : Efforts délibérés ou inconscients pour s'isoler de ses amis et de sa famille.</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Incapacité à lancer ou à accepter des invitations pour passer du temps avec sa famille et ses amis • Évitement des endroits où sa famille et ses amis pourraient aller ou qui sont associés à l'événement

Définitions du trouble de stress aigu et du trouble de stress post-traumatique

Le trouble de stress aigu se distingue du TSPT par la gravité et la durée des symptômes, tel qu'il est indiqué dans le tableau 4. En outre, certaines personnes qui n'ont jamais souffert de trouble de stress aigu reçoivent un diagnostic de TSPT à expression retardée, où les symptômes apparaissent tardivement. Les symptômes d'un TSPT apparaissent typiquement dans un délai de trois mois suivant l'événement traumatisant, mais ils peuvent se manifester des mois, voire des années, après l'événement (Bryant et al., 2008; Substance Abuse and Mental Health Services Administration [SAMHSA], 2014). C'est particulièrement le cas lorsque les mécanismes d'adaptation d'évitement, qui fonctionnaient au début, commencent à faire défaut ou qu'ils ne sont plus accessibles (SAMHSA, 2014).

Tableau 4.

Différences dans les critères diagnostics du DSM-5		
	Trouble de stress aigu	TSPT
Sévérité des symptômes	9 symptômes, parmi les groupes suivants : symptômes <i>intrusifs</i> , symptômes d' <i>évitement</i> , symptômes d' <i>humeur négative</i> , symptômes d' <i>éveil</i> ou symptômes de <i>dissociation</i> .	Au moins : un symptôme <i>intrusif</i> , un symptôme d' <i>évitement</i> , deux symptômes d' <i>humeur négative</i> et deux symptômes d' <i>éveil</i> .
Présence de symptômes dissociatifs	La présence de dissociation est incluse comme l'un des 9 symptômes.	La présence de dissociation est une spécification et représente un trouble plus grave.
Durée des symptômes	Le diagnostic peut être établi à tout moment au cours de la période de 3 jours à 1 mois suivant l'exposition.	Le diagnostic peut être établi à tout moment au terme du premier mois suivant l'exposition.

PARTIE II : Évaluation et intervention en situation de crise

Comme indiqué précédemment, les victimes de crimes violents sont particulièrement vulnérables aux conséquences pathologiques étant donné la nature de traumatismes néfastes, imprévisibles, ingérables et intentionnels (Ford et al., 2015; Vogt et al., 2007). Il est donc essentiel de bien identifier les victimes d'actes criminels afin de prévenir les crises et les conséquences pathologiques (Roberts, 2002). Cette identification peut se faire par l'intervention en situation de crise.

Une intervention en situation de crise consiste à ce qu'un spécialiste en counseling, ou un thérapeute écoute les révélations d'un individu et évalue par la suite le type et la gravité de la détresse et des obstacles éprouvés (Yeager & Roberts, 2015). De ce fait, on peut identifier les victimes qui présentent des facteurs pré-, péri- et post-traumatiques défavorables pour ce qui est des risques immédiats et à long terme de symptômes de stress traumatique. Cette évaluation permet à l'intervenant en situation de crise de tracer un tableau de la situation et ainsi de réduire les risques en mobilisant les ressources et en facilitant l'accès à celles-ci. Par exemple, les victimes peuvent apprendre des faits sur les facteurs de stress traumatiques ainsi que des habiletés afin qu'elles gèrent mieux leurs réactions à ce stress. Ce type d'intervention *psychoéducative* peut être suffisant pour les victimes qui éprouvent de la détresse ou des obstacles modérés. Cependant, les victimes qui éprouvent un niveau de détresse élevé ou qui affrontent de nombreuses difficultés devraient être dirigées vers des interventions psychologiques additionnelles (Yeager & Roberts, 2015). Ces ressources peuvent également être offertes à quiconque a souffert avec la victime, comme les membres de sa famille et ses amis proches (Roberts, 2002). Les directives ci-dessous s'appuient sur le modèle classique d'intervention en situation de crise en sept étapes de Roberts (2005).

2.0 Préparation pour l'entrevue clinique

Développement d'un rapport de confiance et établissement de sentiments de sûreté, de sécurité et de contrôle

Les victimes de crimes violents subissent des perturbations dans leurs perceptions de sûreté, de sécurité, de prévisibilité et de contrôle, et ces perturbations sont des facteurs déterminants en état de crise (Brunet et al., 2001; Ford et al., 2015). Précisément, une crise se déclenche lorsque les tentatives de réduire la menace provenant du facteur de stress échouent et que l'individu est incapable de retrouver un sentiment de sûreté, de sécurité ou de contrôle (Roberts, 2002; Santiago et al., 2013). Par conséquent, l'individu ressent un sentiment de danger permanent, ce qui engendre des évaluations négatives de soi-même, des autres, du monde et de l'avenir (Ehlers & Clark, 2000; Beck et al., 1979). De ce fait, les victimes peuvent avoir du mal à croire que quelqu'un puisse réellement les aider, ce qui réduit leur niveau d'engagement dans le processus thérapeutique (Seguin et al., 2006; Shea,

2005). Le clinicien doit donc d'abord créer une alliance avec la personne afin de susciter l'engagement thérapeutique et ensuite recueillir le maximum d'informations possibles pour effectuer l'évaluation la plus adéquate. L'alliance thérapeutique doit rester une priorité durant l'ensemble du processus (Yeager & Roberts, 2015). Plusieurs facteurs déterminent l'habileté du clinicien à nouer des liens avec la victime et ils sont donc importants afin de susciter l'engagement thérapeutique (Shea, 2005).

L'empathie, la sincérité et la chaleur sont trois traits chez les professionnels en situation de crise efficaces (Yeager & Roberts, 2015). Grâce à l'écoute active et exempte de jugement du professionnel, les survivants se sentiront à l'aise et seront donc plus susceptibles de divulguer de l'information (Walsh et al., 2003). Ainsi, un clinicien qui fait preuve d'empathie, de sincérité et de chaleur peut aider la victime à réduire son sentiment de solitude. Par conséquent, cela peut accroître la confiance que la victime a à l'égard de la capacité du clinicien à lui venir en aide (Seguin et al., 2006; Shea, 2005). Le respect de l'intimité émotionnelle de la victime, c'est-à-dire un clinicien qui va au rythme de la victime et qui est soucieux de ses limites (Shea, 2005), favorise un environnement sécuritaire. Précisément, donner du respect et du contrôle à la victime, deux éléments qui étaient auparavant bafoués par le facteur de stress traumatique, valorise la victime. En conséquence, les victimes deviennent de plus en plus à l'aise de divulguer de l'information à mesure que le clinicien continue de manifester de l'empathie, de la sincérité, de la chaleur humaine et qu'il continue de respecter les limites (Shea, 2005). Grâce à la patience du clinicien, les liens se nouent et la confiance de la victime à l'égard des compétences du clinicien augmente (Roberts & Yeager, 2009). Réciproquement, la projection de compétences professionnelles peut transmettre un sentiment de sécurité, de sorte que la victime se sente rassurée par les compétences du clinicien et qu'elle ait le sentiment d'être en bonnes mains (Shea, 2005).

La relation thérapeutique doit être établie dans un esprit de collaboration afin de donner du contrôle à la victime par rapport au processus thérapeutique et ainsi de valoriser son sentiment d'autoefficacité et de contrôle (Roberts & Yeager, 2009). De ce fait, l'intervenant doit éviter de prendre les commandes et doit plutôt présenter des options flexibles qui tiennent compte de la crise propre au survivant (Shea, 2005). L'intervenant soutient la victime en lui fournissant des outils et des ressources qui élargissent son répertoire de stratégies d'adaptation, ce qui lui donne un meilleur sentiment de contrôle et d'autoefficacité sur l'issue de la crise (Roberts & Yeager, 2009).

Considérations culturelles

Il est important de tenir compte des antécédents culturels de la victime tout au long de l'entrevue clinique (Marques, Robinaugh, LeBlanc, and Hinton, 2011). Plus précisément, la culture peut influencer sur la perception subjective que la victime a de l'événement et sur ses réactions à celui-ci, ce qui influence à son tour le type et la gravité des symptômes ressentis (Marques et al., 2011). Par conséquent, les victimes de cultures distinctes peuvent percevoir les facteurs de stress, et y réagir, de différentes façons, ce qui aboutit à diverses descriptions

d'un même symptôme (Hinton, Park, Hsia, Hofmann, & Pollack, 2009). Ainsi, les symptômes somatiques, en plus des symptômes d'évitement, des symptômes d'émoussement de la réactivité générale et des symptômes intrusifs, sont particulièrement touchés par la culture dans le DSM-5 (APA, 2013). En outre, l'utilisation des mécanismes d'adaptation diffère selon la culture, de telle sorte que les ressources disponibles et acceptables varient (Hoshmand, 2007). Il est donc crucial que le clinicien prenne en considération les antécédents culturels de la victime, car ils influenceront probablement sa perception du facteur de stress traumatique et de sa signification (SAMSHA, 2014).

Victimisation secondaire

Le préjudice secondaire ou la victimisation secondaire sont des termes utilisés pour décrire des difficultés supplémentaires qui peuvent survenir lorsqu'une victime d'un acte criminel ne reçoit pas le soutien approprié. Ces concepts mettent en évidence la notion qu'une victime peut d'abord subir un préjudice dû à un acte criminel, puis subir un préjudice dû à une réaction inadéquate après la victimisation (Wemmers, 2013). Le deuxième cas peut être défini comme un jugement ou une attitude négative à l'égard de la victime et se manifeste par des réactions inappropriées ou un soutien inadéquat. De plus, les pratiques ou les comportements qui entraînent davantage de victimisation sont également considérés comme des préjudices secondaires (Williams, 1984; Campbell et al., 2001). Des exemples typiques de réactions inutiles qui peuvent causer une victimisation secondaire sont la condamnation de la victime (c.-à-d. rejeter le blâme pour le crime sur la victime) ou la minimisation de l'impact du crime, intentionnelle ou non (Campbell et al., 2001). De telles réactions sont susceptibles d'exacerber le traumatisme vécu par la victime, d'aggraver sa détresse et d'allonger la durée du rétablissement (p. ex. la symptomatologie d'un TSPT; Hill, 2009; Maguire, 1991; Campbell et al., 2001; Wemmers, 2013). À l'inverse, l'anxiété et la probabilité de victimisation secondaire peuvent être considérablement réduites grâce à des interactions positives et à la perception de la victime d'avoir été traitée de façon équitable par les autorités à la suite de la perpétration d'un crime (Wemmers, 2013). Faire la lumière sur cette question est essentiel, car la victimisation secondaire est un facteur malléable du rétablissement post-traumatique qui peut être évité si l'on traite les victimes avec de la dignité, du respect et si on les dirige vers les services appropriés (Hill, 2009; Wemmers, 2013).

Victimes indirectes d'actes criminels

Les victimes subissent souvent des perturbations physiques, psychologiques et émotionnelles, entre autres, mais elles ne sont pas les seules : les proches des victimes les subissent aussi. Précisément, les amis, la famille, les collègues, les pairs et les professionnels qui interagissent avec les victimes, ou qui les côtoient, et qui subissent une conséquence indirecte de l'événement traumatisant peuvent être qualifiés de victimes indirectes (SAMHSA, 2014). Un système de soutien solide, qui est assuré par les amis, la famille, les professionnels et les communautés autour de la victime principale, constitue un facteur déterminant du rétablissement après un traumatisme, ce qui souligne l'importance

de répondre aux besoins des victimes indirectes en plus des victimes principales (Hill, 2009).

Écoute de la victime et évaluation de la crise actuelle

Le clinicien doit faire de l'*écoute active*, c'est-à-dire qu'il doit participer aux divulgations de la victime, les analyser, les comprendre et y réagir avec de l'empathie, de la sincérité, de la chaleur humaine et du respect (James & Gilliland, 2005; Roberts, 2005). Un clinicien qui écoute activement laisse la victime communiquer toutes ses émotions et ses pensées et répond par de la validation et du soutien (Yeager & Roberts, 2015). Ainsi, la victime se sent en sécurité, à l'aise, et sent qu'elle n'est pas jugée, ce qui l'incite à faire des révélations. Par conséquent, cela aide le clinicien à obtenir plus facilement de l'information complète de la victime (Roberts & Yeager, 2009), ce qui entraîne des interventions réussies (Moyers & Miller, 2013).

Établir une relation avec la victime facilite l'atteinte de l'objectif principal de cette première partie, soit d'obtenir le maximum d'informations de la victime afin d'effectuer une évaluation impartiale de la dangerosité et de la gravité actuelles de la crise. La dangerosité est évaluée selon la létalité, tant envers la victime elle-même qu'envers les autres. Explicitement, les victimes qui commettent des actes autodestructeurs suicidaires ou non suicidaires ou qui ont l'intention de blesser autrui devraient être identifiées rapidement (Yeager & Roberts, 2015; Seguin et al., 2006). En outre, il faut obtenir de l'information concernant la gravité de la symptomatologie de l'individu et l'évaluer. Précisément, on évalue le type et la gravité des réactions au stress physiologiques, cognitives, émotionnelles et comportementales (Myer, 2001; Seguin et al., 2006).

2.1 Entrevue clinique

Comprendre la crise propre à la victime

Il n'existe pas deux personnes qui vivent un événement traumatisant de la même façon. Les évaluations subjectives du traumatisme sont plus importantes que les évaluations objectives (Chiu et al., 2011; Sareen, 2014). Il est donc essentiel que la crise soit comprise du point de vue de la victime afin de déterminer les facteurs qui ont favorisé le développement de la crise et qui ont maintenu son état (Yeager & Roberts, 2015). Ainsi, le clinicien aborde la situation de façon analytique et doit en apprendre davantage sur l'individu pour déterminer les facteurs qui favorisent et maintiennent l'état de crise (Roberts, 2005; Yeager & Roberts, 2015). Il est parfois important d'éviter que la victime affronte directement ses fausses perceptions. Il est préférable que, dans un premier temps, le clinicien continue de valider l'expérience de la victime et qu'il continue de la soutenir, en plus d'encourager l'expression des émotions pour recueillir le maximum d'informations (Seguin et al., 2006; Roberts, 2005). L'analyse comporte une évaluation rigoureuse de la perception de la victime sur :

- 1) le facteur de stress traumatique, ses caractéristiques et ses impacts;
- 2) ses compétences et

l'emploi de stratégies d'adaptation; et 3) tous les facteurs prétraumatiques, péritraumatiques et post-traumatiques (Jackson-Cherry & Erford, 2014; Roberts, 2005).

Comprendre comment la victime évalue le facteur de stress traumatique, dans quelle mesure il est grave et gérable, peut révéler des renseignements importants sur le type et la gravité des réactions aiguës au stress qui sont probables. Une évaluation très négative sera généralement associée à une réaction aiguë au stress extrêmement grave (Seguin et al., 2006; Lazarus & Folkman, 1984). Le clinicien doit comprendre la perception de la victime en ce qui concerne les répercussions que l'événement traumatisant a eues sur elle. Il peut y parvenir en s'intéressant à l'objectif thérapeutique de la personne ou au résultat qu'elle souhaite obtenir (Seguin et al., 2006). Ainsi, le clinicien peut recueillir des informations sur les réactions aiguës au stress inquiétantes ou sur celles qui empêchent la personne de fonctionner normalement (Roberts, 2005).

Le clinicien doit ensuite examiner les stratégies d'adaptation que la victime utilise pour réduire les répercussions (Seguin et al., 2006). Comprendre les stratégies d'adaptation de la victime permet au clinicien de proposer d'autres stratégies d'adaptation, ce qui est donc utile pour la prochaine partie de l'intervention (Roberts, 2005). Les mécanismes d'adaptation adoptés par la victime peuvent renseigner le clinicien sur son état de crise : la victime utilise de moins en moins de mécanismes d'adaptation à mesure que la gravité de l'état de crise diminue (Calhoun & Atkeson, 1991). Notamment, ce n'est pas la stratégie d'adaptation qui est l'élément le plus important, c'est plutôt le fait qu'elle permette ou non à l'individu de faire face au stress (SAMHSA, 2014). Voir le tableau 1 pour un résumé des stratégies d'adaptation positives et négatives.

Finalement, le clinicien doit s'informer sur les facteurs prétraumatiques, péritraumatiques et post-traumatiques qui pourraient favoriser ou entraver l'adaptation. En général, une quantité importante de facteurs de risque représente un risque élevé, quoique certains facteurs aient une plus grande influence que d'autres (Carlson et al., 2016). Explicitement, les facteurs liés à l'événement sont plus importants que les caractéristiques prétraumatiques (Ozer and al., 2003; Vogt et al., 2007). Ces facteurs péri-traumatiques et post-traumatiques comprennent les symptômes de stress aigu, la qualité du soutien social et les événements de vie stressants survenus après le traumatisme (Carlson et al., 2016; Vogt et al., 2007). Voir le tableau 2 pour un résumé des facteurs pré-traumatiques, péri-traumatiques et post-traumatiques.

Déterminer, encourager et explorer les mécanismes d'adaptation adéquats

Une fois que le clinicien a bien évalué la dangerosité et la gravité des symptômes, en plus du contexte particulier dans lequel la crise survient, la dyade thérapeutique peut progresser vers la prochaine étape de l'intervention, qui vise à déterminer et à explorer les facteurs qui influencent l'état de crise (Yeager & Roberts, 2015). D'abord, le clinicien fait de la psychoéducation sur les réactions typiques au stress traumatique résultant de facteurs de stress traumatiques considérables dans le but de normaliser ces réactions. Précisément, il

faut rassurer la victime sur le fait que ses symptômes sont normaux et sur le fait que d'autres dans la même situation vivent fréquemment le même niveau de détresse qu'elle. Le clinicien doit ensuite lui expliquer comment les réactions prolongées au stress traumatique peuvent avoir d'importantes répercussions sur le bon fonctionnement. Le clinicien lui donne également de l'information à propos des stratégies d'adaptation qui peuvent favoriser l'adaptation ou y nuire. Puis, le clinicien et le client font un remue-méninges collaboratif afin de déterminer les réactions traumatiques problématiques et les stratégies d'adaptation (Yeager & Roberts, 2015). La dyade thérapeutique discute des stratégies d'adaptation actuelles du survivant en faisant des parallèles avec les stratégies d'adaptation adéquates déjà mentionnées. De ce fait, l'analyse de la crise que le clinicien effectue se révèle progressivement afin de ne pas attaquer ou critiquer directement la victime. Il s'agit plutôt de transmettre des connaissances à la victime, ce qui l'amènera à faire ses propres inférences à propos des stratégies qu'elle utilise qui sont inadéquates. Lorsque les mécanismes d'adaptation adéquats et inadéquats ont été définis, le clinicien doit présenter *toutes* les ressources qui peuvent réduire ces réactions traumatiques précises. À ce titre, le clinicien peut résumer les options thérapeutiques pour réduire les réactions émotionnelles et cognitives au stress, ainsi que les techniques de résolution de problèmes pour diminuer les réactions comportementales au stress, comme l'évitement (Roberts, 2005). En plus de déterminer les traitements possibles, le clinicien doit expliquer au client comment et où accéder aux ressources externes. Le clinicien peut immédiatement fournir ces ressources au client, de sorte que la victime puisse apprendre une variété de stratégies qui aident à rétablir l'équilibre, comme des exercices de respiration, la conscience de l'ici-maintenant, la méditation et la visualisation, entre autres. Le client est donc en position de contrôle et peut décider du plan d'action qui sera adopté. À noter qu'il faut également offrir de la psychoéducation aux victimes indirectes possibles à propos des réactions au stress traumatique (normales et inadaptées), des stratégies d'adaptation ainsi que de la disponibilité et de l'accessibilité des ressources supplémentaires.

Mettre en pratique un plan d'action concret

D'abord, il faut assurer la sûreté et la sécurité de la victime. Par exemple, une victime qui présente un risque de suicide devrait être hospitalisée. L'hospitalisation peut aussi être une option pour une victime qui a des réactions au stress traumatique très graves, à tel point que des médicaments sont nécessaires pour diminuer sa réponse au stress. En outre, une victime qui présente des plaintes somatiques, comme les victimes de viol ou d'agression physique, devrait être soumise à une évaluation médico-légale complète (SAMHSA, 2014).

Les mesures prises par la suite devraient viser à fournir à la victime les ressources d'adaptation nécessaires afin de réduire le risque qu'elle développe d'autres symptômes. Si l'évaluation de la victime révèle un faible risque de développer des symptômes liés au traumatisme ou que la victime n'a pas besoin d'aide supplémentaire après l'intervention, le clinicien peut poursuivre avec un plan d'intervention. Au contraire, si la victime a besoin d'aide supplémentaire, le clinicien doit faire les premiers pas pour mettre en œuvre les ressources existantes ou des ressources supplémentaires. Par exemple, le clinicien devrait

mobiliser les amis et la famille d'une victime qui a un réseau de soutien social faible afin de réduire les sentiments d'isolement (Yeager & Roberts, 2015). De plus, une victime qui présente un risque modéré à élevé de développer des symptômes liés au traumatisme nécessite une aide qui dépasse les limites de l'intervention et doit être dirigée vers des médecins ou des psychologues cliniciens (Yeager & Roberts, 2015). Il est essentiel que ceux qui travaillent dans ce domaine se tiennent informés des interventions psychologiques et pharmacologiques s'appuyant sur des données empiriques les plus récentes. Voir la Partie III pour un résumé complet.

Faire un suivi

Le suivi décrit une dernière étape essentielle de l'intervention. Précisément, le clinicien peut communiquer avec la victime ou avec le fournisseur de services vers lequel elle a été dirigée afin d'évaluer son adaptation après la crise.

PARTIE III : Boîte à outils

3.0 Évaluation de la gravité des symptômes et jumelage client-traitement

Évaluer la gravité des symptômes de la victime joue un rôle essentiel dans le processus de recommandation. Une évaluation efficace réduira le délai entre le développement des symptômes et la réponse d'intervention appropriée, ce qui réduira donc la probabilité qu'une pathologie apparaisse par la suite (Hill, 2009). Si la réaction d'un individu au traumatisme n'est pas grave, des interventions mineures, comme donner des conseils et faire de la psychoéducation, peuvent être une aide suffisante (Hill, 2009). Par contre, si la victime se sent dépassée, qu'elle a du mal à s'adapter ou qu'elle a besoin d'un endroit sûr pour s'exprimer, d'autres interventions seront peut-être nécessaires. Les interventions mineures peuvent comprendre l'écoute active par un paraprofessionnel, un soutien social élargi grâce à des groupes de soutien ou même l'aide d'un professionnel à court terme, comme l'intervention en situation de crise (Hill, 2009). Si les symptômes sont débilitants au point qu'ils interfèrent avec le fonctionnement social, il faut encourager la victime à aller consulter un professionnel (Hill, 2009). L'aide professionnelle peut comprendre une thérapie à court terme ou un traitement psychologique à plus long terme, particulièrement si l'individu a vécu de nombreux événements traumatisants pendant la période développementale.

Il existe divers types d'approches psychologiques et thérapeutiques pour traiter les symptômes des troubles liés aux traumatismes. Les *approches psychologiques axées sur le traumatisme* traitent les symptômes du TSPT en affrontant directement les pensées, les sentiments ou les souvenirs de l'événement traumatisant (p. ex. la thérapie cognitivo-comportementale). Les *approches psychologiques non axées sur le traumatisme* ciblent les symptômes du TSPT qu'un individu ressent sans affronter directement les pensées et les émotions liées à

l'expérience traumatisante (p. ex. la thérapie interpersonnelle; Cusack et al., 2016). Les approches axées sur le traumatisme sont soutenues empiriquement et sont fortement recommandées pour traiter les troubles liés aux traumatismes (Foa, Keane, Friedman, & Cohen, 2008; Cusack et al., 2016). Dans les cas où la victime est profondément désorganisée et que la crise est trop extrême, on devrait envisager l'hospitalisation pour stabiliser la victime (Hill, 2009). Le tableau 5 liste quelques-unes des approches d'aide psychologique les plus fréquemment décrites dans la littérature; la plupart sont fortement recommandées pour traiter le TSPT.

Tableau 5.

Formes d'aide psychologique			
<i>Techniques thérapeutiques axées sur le traumatisme</i>			
Approche	Description	Objectifs	Commentaires
Thérapies cognitivo-comportementales (TCC)	Thérapies cognitivo-comportementales axées sur le traumatisme (TCC-AT) : Une vaste catégorie de thérapies fondées sur les concepts d'apprentissage, de conditionnement et des théories cognitives. Un minimum de 8 à 12 séances hebdomadaires de 60 à 90 minutes chacune ¹⁻⁵ .	<ul style="list-style-type: none"> – Aider les personnes à détecter les distorsions cognitives⁵ – Modifier les croyances actuelles afin de mieux s'adapter et d'améliorer les comportements problématiques⁵ 	Recommandées comme traitement de première ligne pour le TSPT ⁵
	Thérapie du processus cognitif : Cette thérapie comprend la psychoéducation ainsi que la restructuration cognitive et se concentre sur les répercussions et la signification du traumatisme. Cette thérapie s'étend typiquement sur 12 séances, de 60 à 90 minutes chacune ¹² .	<ul style="list-style-type: none"> – Réduire les symptômes du TSPT, réduire les symptômes de dépression et d'anxiété et réduire les difficultés liées au TSPT¹² 	Recommandée comme traitement de première ligne pour le TSPT ⁵⁻⁸
	Restructuration cognitive : Cette thérapie est fondée sur la prémisse que l'interprétation de l'événement, plus que l'événement lui-même, est ce qui détermine la réaction émotionnelle d'un individu. Cette approche dure typiquement de 8 à 12 séances de 60 à 90 minutes chacune ⁴⁻⁵ .	<ul style="list-style-type: none"> – Accroître la reconnaissance des pensées et des croyances dysfonctionnelles liées au traumatisme⁴⁻⁵ – Réapprendre des pensées et des croyances adaptatives⁴⁻⁵ 	Recommandée comme traitement de première ligne pour le TSPT ⁴⁻⁵
Thérapie d'exposition	<p>Cette thérapie est fondée sur la théorie du traitement émotionnel du TSPT et consiste à affronter les stimuli pénibles liés au traumatisme. Cette approche dure typiquement de 8 à 12 séances hebdomadaires ou bihebdomadaires de 60 à 90 minutes chacune, mais il faudrait poursuivre la thérapie jusqu'à ce que l'anxiété soit diminuée⁸.</p> <p><u>Les différentes techniques comprennent :</u></p> <p>L'exposition en imagerie : faire de l'imagerie mentale à partir de souvenirs ou de scènes présentées au patient par le thérapeute⁵</p> <p>L'exposition in vivo : faire face à des situations</p>	<ul style="list-style-type: none"> – Inhiber les réactions émotionnelles conditionnées aux stimuli traumatiques⁵ – Comprendre que rien de « mal » ne va se produire pendant un événement traumatisant aide le patient à ressentir moins d'anxiété quand il fait face à des stimuli liés au traumatisme, ce qui réduit ou élimine 	Recommandée comme traitement de première ligne pour le TSPT. Les données probantes soutiennent l'efficacité de cette thérapie pour réduire les symptômes du TSPT, et les symptômes de dépression chez les adultes ³⁻¹⁶

	<p>de la vie réelle qui provoquent de l’anxiété et qui sont évitées à cause de leur association avec l’événement traumatisant^{4,8}.</p> <p>La thérapie par exposition à la réalité virtuelle : utiliser la technologie de la réalité virtuelle afin de créer des environnements artificiels pour simuler une exposition⁵</p> <p>L’exposition prolongée : intervention qui inclut des éléments de l’exposition en imagination et de l’exposition in vivo⁷.</p>	<p>l’évitement de situations qu’il craint⁵</p>	
Désensibilisation et retraitement par les mouvements oculaires (EMDR)	<p>Le patient garde l’image pénible à l’esprit en faisant des mouvements saccadés avec ses yeux jusqu’à ce qu’il y ait désensibilisation et que l’individu ne rapporte plus, ou presque pas, de réaction pénible par rapport à l’événement traumatisant. Le traitement recommandé est de 8 à 12 séances hebdomadaires de 90 minutes chacune^{4,5}.</p>	<p>– Réduire ou inhiber les réactions de détresse face à un événement traumatisant⁵</p>	<p>Recommandée comme traitement de première ligne pour le TSPT. Peut être utilisée conjointement avec l’exposition in vivo. Souvent classée parmi les thérapies d’exposition¹⁰⁻¹⁶</p>
Thérapie par exposition à la narration	<p>Approche à court terme selon laquelle le patient élabore un récit à propos de sa vie, depuis sa naissance jusqu’au moment présent, et se concentre à rapporter les expériences traumatisantes en détail. Elle est fondée sur le principe de la thérapie d’exposition et celui de la thérapie par témoignage, mais est adaptée afin de répondre aux besoins particuliers des personnes ayant vécu un traumatisme¹¹.</p>	<p>– Reconnaître la valeur de l’individu afin qu’il développe des stratégies d’adaptation adéquates¹¹</p>	<p>Les données probantes soutiennent l’efficacité de cette thérapie pour améliorer les symptômes du TSPT⁵</p>
Psychothérapie brève éclectique	<p>C’est une thérapie pour le TSPT qui combine plusieurs approches. Elle comprend la psychoéducation, l’exposition en imagination, des exercices de relaxation et l’expression des émotions au moyen de tâches d’écriture, entre autres. Cette thérapie vise principalement à tirer des leçons du traumatisme et s’étend sur 16 séances de 45 à 60 minutes chacune.</p>	<p>– Cibler différents aspects des symptômes du TSPT à chaque séance – Réduire ou éliminer les symptômes du TSPT</p>	<p>Certaines données probantes soutiennent l’efficacité de cette thérapie pour réduire les symptômes du TSPT et pour réduire la dépression et l’anxiété⁵</p>
Thérapie psychodynamique	<p>Cette approche relève du principe selon lequel la symptomatologie du TSPT résulte de l’éruption de souvenirs inconscients de l’événement traumatisant. Elle vise à prendre conscience des souvenirs inconscients afin de révéler le sens psychologique d’un événement traumatisant. Cette thérapie dure approximativement entre 3 et 7 mois^{5,9}.</p>	<p>– Réduire les symptômes du TSPT par la prise de conscience de souvenirs inconscients</p>	<p>Les données probantes soutiennent l’efficacité de cette thérapie pour traiter des troubles comorbides au TSPT : la dépression, l’anxiété, la panique, les troubles somatoformes, les troubles liés à une substance et particulièrement les troubles de la personnalité⁵⁻¹⁴</p>
<i>Techniques thérapeutiques non axées sur le traumatisme</i>			

<p>Thérapie interpersonnelle</p>	<p>Cette approche dynamique est axée sur l'amélioration des relations interpersonnelles ou sur l'ajustement des attentes de l'individu quant aux relations interpersonnelles, en deux phases : la phase aiguë (10 à 20 séances hebdomadaires) et la phase d'entretien (sans contrainte de temps)¹⁵.</p>	<p>– Améliorer le soutien social et par conséquent réduire la détresse interpersonnelle et améliorer les relations interpersonnelles¹⁵</p>	<p>Cette thérapie serait très efficace pour traiter les troubles dépressifs⁶⁻¹⁵</p>
<p>Thérapies axées sur les habiletés d'adaptation</p>	<p>Cette approche consiste à utiliser diverses techniques afin d'acquérir des capacités d'adaptation suffisantes pour que l'individu puisse s'adapter à des situations stressantes ou traumatisantes. Elle ne vise pas directement les souvenirs liés au traumatisme ni la cognition. Environ 8 séances de 60 à 90 minutes chacune⁴⁻⁵. <u>Les différentes techniques comprennent :</u> La méthode d'inoculation contre le stress : approche validée pour gérer le stress dans plusieurs situations. De 10 à 14 séances⁵⁻¹³ L'entraînement à l'affirmation de soi : amélioration de la confiance en soi en modifiant la perception de soi. Aide à acquérir des aptitudes sociales et à bien s'adapter²⁻⁵ L'entraînement à la relaxation : enseignement de stratégies dans le but d'atteindre un état de détente et de calme⁵</p>	<p>– Utiliser diverses techniques afin de réduire l'anxiété et d'améliorer les capacités d'adaptation⁵</p>	<p>Les données probantes sont insuffisantes pour déterminer l'efficacité de cette approche chez les adultes ayant un TSPT, mais certains la recommandent comme une option de traitement de première ligne pour le TSPT. Les thérapies axées sur les habiletés d'adaptation aident à diminuer la probabilité de cognition négative et de réactions psychologiques ou comportementales négatives. Par conséquent, elles préparent l'individu à faire face à d'autres événements stressants⁵⁻¹³⁻¹⁶.</p>

¹ American Psychiatric Association, 2004; ² Aschen, 1997; ³ Basoglu, Salcioglu, & Livanou, 2007; ⁴ Committee on Treatment of Posttraumatic Stress Disorder and Institute of Medicine, 2008; ⁵ Cusack et al., 2016; ⁶ De Mello et al., 2005; ⁷ Foa et al., 2005; ⁸ Foa et al., 2008; ⁹ Gersons, Carlier, Lamberts, & Van Der Kolk, 2004; ¹⁰ National Institute for Health and Clinical Excellence, 2005; ¹¹ Neuner, Schauer, Klaschik, Karunakara, & Elbert, 2004; ¹² Resick & Schnicke, 1993; ¹³ Serino et al., 2014; ¹⁴ Shedler, 2010; ¹⁵ Stuart, 2006.

Conclusion

En 2015, les Services nationaux de police ont rapporté 1,9 million d'infractions au Code criminel au Canada (Allen, 2015). La prévalence élevée de crimes et de victimes d'actes criminels soulève une question pertinente, à savoir si les besoins des victimes d'actes criminels sont gérés efficacement. Pour répondre à leur besoins, il faut évaluer ces victimes, intervenir auprès d'elles et les diriger vers les ressources appropriées. Il est important de détecter et d'évaluer rapidement les symptômes de stress traumatique qui résultent de victimisation afin d'intervenir efficacement et d'envoyer les victimes vers les ressources appropriées. De nombreuses victimes ayant des symptômes de stress traumatique ne sont pas traitées. Il est donc primordial que ceux qui fournissent le soutien et les services à ces victimes possèdent les outils appropriés pour évaluer les besoins d'aide supplémentaire ainsi que les risques qu'un individu développe d'autres pathologies.

Références

- Ahmed, A. S. (2007). Post-traumatic stress disorder, resilience and vulnerability. *Advances in Psychiatric Treatment, 13*, 369–375.
doi: 10.1192/apt.bp.106.003236
- Alim, T. N., Graves, E., Mellman, T. A., Aigbogun, N., Gray, E., Lawson, W., & Charney, D. S. (2006). Trauma exposure, posttraumatic stress disorder and depression in an African-American primary care population. *Journal of the National Medical Association, 98*, 1630–1636.
- Allen, M. (2015). Police Reported Crime Statistics Canada, 2015. Ottawa: Canadian Center for Justice Statistics. Retrieved from: <http://www.statcan.gc.ca/pub/85-002-x/2016001/article/14642-eng.pdf>
- American Psychiatric Association (2004). *Practice guideline for the treatment of patients with acute stress disorder and posttraumatic stress disorder*. Retrieved December 12, 2011, from <http://psychiatryonline.org/content.aspx?bookid=28§ionid=1670530#52282>.
- American Psychiatric Association. (2013). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders* (5thed.). Arlington, VA: American Psychiatric Publishing.
- Aschen, R.A. (1997). Assertion training therapy in psychiatric milieus. *Archives of Psychiatric Nursing 11*, 46–51. doi: [http://dx.doi.org/10.1016/S0883-9417\(97\)80049-0](http://dx.doi.org/10.1016/S0883-9417(97)80049-0)
- Babson, K. A. & Feldner, M. T. (2010). Temporal relations between sleep problems and both traumatic event exposure and PTSD: A critical review of the empirical literature. *Journal of Anxiety Disorders, 24*, 1–15.
DOI:10.1016/j.janxdis.2009.08.002
- Basoglu, M., Salcioglu, E., & Livanou, M. (2007). A randomized controlled study of single-session behavioural treatment of earthquake-related post-traumatic stress disorder using an earthquake simulator. *Psychological Medicine, 37*, 203–213. doi:10.1017/S0033291706009123
- Beck, A. T., Rush, A. J., Shaw, B. F., & Emery, G. (1979). *Cognitive Therapy of Depression*. New York: Guilford.
- Boccellari, A., Alvidrez, J., Shumway, M., Kelly, V., Merrill, G., Gelb, M., ..., & Okin, R. L. (2007). Characteristics and psychosocial needs of victims of violent crime identified at a public-sector hospital: Data from a large clinical trial. *General Hospital Psychiatry, 29*, 236-243.
DOI: <http://dx.doi.org/10.1016/j.genhosppsych.2007.01.008>
- Bonanno, G. A. (2004). Loss, trauma, and human resilience: Have we underestimated the human capacity to thrive after extremely aversive events? *American Psychologist, 59*, 20-28. <http://dx.doi.org/10.1037/0003-066X.59.1.20>
- Bonanno, G. A., Galea, S., Bucchiarelli, A., & Vlahov, D. (2007). What predicts psychological resilience after disaster? The role of demographics, resources, and life stress. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 75*, 671-682.
DOI: 10.1037/0022-006X.75.5.671
- Breslau, N. (2002). Epidemiologic studies of trauma, posttraumatic stress disorder,

- and other psychiatric disorders. *Canadian Journal of Psychiatry*, 47, 923-929.
- Breslau, N. (2009). The epidemiology of trauma, PTSD, and other posttrauma Disorders. *Trauma Violence Abuse*, 10, 198-210.
- Breslau, N., Koenen, K. C., Luo, Z., Agnew-Blais, J., Swanson, S., Houts, R. M., Poulton, R., & Moffitt, T. (2014). Childhood maltreatment, juvenile disorders and adult posttraumatic stress disorder: A prospective investigation. *Psychological Medicine*, 44, 1937-1945.
DOI: <https://doi.org/10.1017/S0033291713002651>
- Breslau, N., Peterson, E. L., & Schultz, L. R. (2008). A second look at prior trauma and the posttraumatic stress disorder effects of subsequent trauma: A prospective epidemiological study. *Archive of General Psychiatry*, 65, 431-437.
doi:10.1001/archpsyc.65.4.431
- Brunet, A., Boyer, R., Weiss, D. S., & Marmar, C. R. (2001). The effects of initial trauma exposure on the symptomatic response to a subsequent trauma. *Canadian Journal of Behavioral Science*, 33, 97-102. <http://dx.doi.org/10.1037/h0087132>
- Bryant, R., Creamer, M., O'Donnell, M. L., Silove, D., & McFarlane, A. C. (2008). A multisite study of the capacity of acute stress disorder diagnosis to predict posttraumatic stress disorder. *Journal of Clinical Psychiatry*, 69, 923-929.
<http://dx.doi.org/10.4088/JCP.v69n0606>
- Calhoun, K., & Atkeson, B. (1991). *Treatment of rape victims: Facilitating psychosocial adjustment*. Toronto, ON: Pergamon Press.
- Campbell, R., Wasco, S., Ahrens, C., Sefl, T., and Barnes, H. (2001) Preventing the 'second rape'. *Journal of Interpersonal Violence* 16: 1239-1259.
- Carlson, E. B., Palmieri, P. A., Field, N. P., Dalenberg, C. J., Macia, K. S., & Spain, D. A. (2016). Contributions risk and protective factors to prediction of psychological symptoms after traumatic experiences. *Comprehensive Psychiatry*, 69, 106-115. DOI:10.1016/j.comppsy.2016.04.022
- Carver, S. (1997). You want to measure coping but your protocol's too long: Consider the brief COPE. *International Journal of Behavioral Medicine*, 4, 92-100. DOI: 10.1207/s15327558ijbm0401_6
- Charney, D. S. (2004). Discovering the neural basis of human social anxiety: A diagnostic and therapeutic imperative. *American Journal of Psychiatry*, 67, 34-39. <http://dx.doi.org/10.1176/appi.ajp.161.1.1>
- Chiu, K. B., Deroon-Cassini, T. A., & Brasel, K. J. (2011). Factors identifying risk for psychological distress in the civilian trauma population. *Academy of Emerging Medicine*, 18, 1156-1160. doi: 10.1111/j.1553-2712.2011.01206.x
- Cloitre, M., Courtois, C. A., Charuvastra, A., Carapezza, R., Stolbach, B. C., & Green, B. L. (2011). Treatment of complex PTSD: Results of the ISTSS expert clinician survey on best practices. *Journal of Traumatic Stress*, 24, 615-627.
DOI: 10.1002/jts.20697
- Cole, P. M., Martin, S. E., & Dennis, T. A. (2004). Emotion regulation as a scientific construct: methodological challenges and directions for child development research. *Child Development*, 75, 317-333. Doi: 0009-3920/2004/7502-0002

- Committee on Treatment of Posttraumatic Stress Disorder, and Institute of Medicine (2008). Treatment of posttraumatic stress disorder: An assessment of the evidence. Washington, DC: National Academies Press.
- Copeland, W. E., Keeler, G., Angold, A., & Costello, E. J. (2007). Traumatic events and post-traumatic stress in childhood. *Archives of General Psychiatry*, *64*, 577-584. doi:10.1001/archpsyc.64.5.577
- Cordova, M. J., Walser, R., Neff, J., & Ruzek, J. T. (2005). Predictors of emotional adjustment following traumatic injury: Personal, social, and material resources. *Prehospital Disaster Medicine*, *20*, 7-13.
DOI: <https://doi.org/10.1017/S1049023X00002089>
- Cusack, K., Jonas, D., Forneris, C. A., Wines, C., Sonic, J., Middleton, J. C., ... & Gaynes, B. (2016). Psychological treatments for adults with posttraumatic stress disorder: A systematic review and meta-analysis. *Clinical Psychology Review*, *43*, 128-141. <http://doi.org/10.1016/j.cpr.2015.10.003>
- Cyr, M., McDuff, P., Wright, J., Theriault, C., & Cinq-Mars, C. (2005). Clinical correlates and repetition of self-harming behaviors among female adolescent victims of sexual abuse. *Journal of Child Sexual Abuse*, *14*, 49-68.
http://dx.doi.org/10.1300/J070v14n02_03
- De Mello, M., De Jesus Mari, J., Bacaltchuk, J., Verdeli, H., & Neugebauer, R. (2005). A systematic review of research findings on the efficacy of interpersonal therapy for depressive disorders. *European Archives of Psychiatry and Clinical Neuroscience*, *255*(2), 75-82. DOI: 10.1007/s00406-004-0542-x
- Dempsey, M. (2002). Negative coping as mediator in the relation between violence and outcomes: Inner-city African American youth. *American Journal of Orthopsychiatry*, *72*, 102-109.
- DiGrande, L., Neria, Y., Brackbill, R. M., Pulliam, P., & Galea, S. (2011). Long-term posttraumatic stress symptoms among 3,271 civilian survivors of the September 11, 2001, terrorist attacks on the World Trade Center. *American Journal of Epidemiology*, *173*, 271-281. DOI:<https://doi.org/10.1093/aje/kwq372>
- Dunn, E. C., Gilman, S. E., Willett, J. B., Slopen, N. B., & Molnar, B. E. (2012). The impact of exposure to interpersonal violence on gender differences in adolescent-onset major depression: Results from the National Comorbidity Survey Replication (NCS-R). *Depression and Anxiety*, *(5)*, 392-9.
doi: 10.1002/da.21916
- Ehlers, A., & Clark, D. M. (2000). A cognitive model of posttraumatic stress disorder. *Behavior Research and Therapy*, *38*, 319-345.
[http://doi.org/10.1016/S0005-7967\(99\)00123-0](http://doi.org/10.1016/S0005-7967(99)00123-0)
- Elesser, K., & Sartory, G. (2007). Memory performance and dysfunctional cognitions in recent trauma victims and patients with posttraumatic stress disorder. *Clinical Psychology and Psychotherapy*, *14*, 464-474.
- Feder, A., Mota, N., Salim, R., Rodriguez, J., Singh, R., Schaffer, J., ... & Reissman, D. B. (2016). Risk, coping and PTSD symptom trajectories in World Trade Center responders. *Journal of psychiatric research*, *82*, 68-79.
<http://doi.org/10.1016/j.jpsychires.2016.07.003>

- Feder, A., Nestler, E. J., & Charney, D. S. (2009). Psychobiology and molecular genetics of resilience. *Nature Reviews Neuroscience*, *10*, 446-457. doi:10.1038/nrn2649
- Fergus, S., & Zimmerman, M. A. (2005). Adolescent resilience: A framework for understanding healthy development in the face of risk. *Annual Review of Public Health*, *26*, 399–419. DOI: 10.1146/annurev.publhealth.26.021304.144357
- Foa, E.B., Hembree, E.A., Cahill, S.P., Rauch, S.A., Riggs, D.S., Feeny, N.C., & Yadin, E. (2005). Randomized trial of prolonged exposure for posttraumatic stress disorder with and without cognitive restructuring: Outcome at academic and community clinics. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, *73*, 953–964. <http://dx.doi.org/10.1037/0022-006x.73.5.953>.
- Foa, E.B., Keane, T.M., Friedman, M.J., & Cohen, J.A. (2008). Effective treatments for PTSD: Practice guidelines from the international society for traumatic stress studies (2nd ed.). New York: Guilford Press.
- Ford, J. D., & Gomez, J. M. (2015). Dissociation and posttraumatic stress disorder (PTSD) in non-suicidal self-injury and suicidality: A review. *Journal of Trauma and Dissociation*, *16*, 487-522. <http://dx.doi.org/10.1080/15299732.2015.989563>
- Ford, J. D., Grasso, D. A., Elhai, J. D., & Courtois, C. A. (2015). Posttraumatic stress disorder (2nd ed.). New York: Elsevier.
- Friedman, M.J. (2014). Two reactions to trauma. In J. W. Barnhill (Ed.), *DSM-5 clinical cases* (pp. 156-158). Washington, DC: American Psychiatric Association. Americans in an urban health setting. *American Journal of Orthopsychiatry*, *81*, 31–37.
- Gersons, B., Carlier, I., & Olf, M. (2004). Manual brief eclectic psychotherapy (BEP) for posttraumatic stress disorder. Amsterdam: Academic Medical Centre.
- Gloria, T., & Steinhardt, A. (2016). Relationships Among Positive Emotions, Coping, Resilience and Mental Health. *Stress and Health*, *32* (2), 145-156. DOI: 10.1002/smi.2589
- Goldberg-Looney, D., Perrin, B., Snipes, J. & Calton, M. (2016). Coping styles used by sexual minority men who experience intimate partner violence. *Journal of Clinical Nursing*, *25*, 3687–3696. doi:10.1111/jocn.13388
- Green, D. L., & Diaz, N. (2008). Predictors of emotional stress in crime victims: Implications for treatment. *Brief Treatment and Crisis Intervention*, *7*, 194-205. doi:10.1093/brief-treatment/mhm010
- Greenberg, M. S., & Beach, S. R. (2004). Property crime victims' decision to notify the police: Social, cognitive, and affective determinants. *Law and Human Behavior*, *28*, 177-186. <http://dx.doi.org/10.1023/B:LAHU.0000022321.19983.ea>
- Grych, J., Hamby, S., & Banyard, V. (2015). The resilience portfolio: Understanding healthy adaptation in victims of violence. *Psychology of Violence*, *5*, 343-354. <http://dx.doi.org/10.1037/a0039671>
- Guay, S., Billette, V., & Marchand, A. (2006). Exploring the links between posttraumatic stress disorder and social support: Processes and potential

- research avenues. *Journal of Traumatic Stress*, 19, 327– 338. DOI: 10.1002/jts.20124
- Gul, E. & Karanci, N. (2017). What Determines Posttraumatic Stress and Growth Following Various Traumatic Events? A Study in a Turkish Community Sample. *Journal of Traumatic Stress*, early view. doi:10.1002/jts.22161
- Hagemann, O. (1992). Victims of violent crime and their coping processes. In E. Viano (Ed.), *Critical Issues in Victimology: International Perspectives* (pp. 58-67). New York: Springer.
- Hamby, S. (2014). *Battered women's protective strategies: Stronger than you know*. New York: Oxford University Press.
- Hetzel-Riggin, M. D., & Wilber, E. L. (2010). To dissociate or suppress? Predicting automatic vs. conscious cognitive avoidance. *Journal of Trauma and Dissociation*, 11, 444-457. <http://dx.doi.org/10.1080/15299732.2010.495376>
- Hill, J. K. (2009). *Working with victims of crime: A manual applying research to clinical practice* (2nd Ed.). Ottawa: Department of Justice Canada.
- Hinton, D. E., Park, L., Hsia, C., Hofmann, S., & Pollack, M. H. (2009). Anxiety disorder presentations in Asian populations: A review. *CNS Neuroscience and Therapeutics*, 15, 295–303.
- Hobfoll, S. E. (2001). The influence of culture, community, and the nested-self in the stress response: Advancing conservation of resources theory. *Applied Physiology*, 50, 337-421.
- Hohman, M. (2012). *Motivational interviewing in social work practice*. New York: Guilford Press.
- Hoshmand, L. T. (2007). Cultural–ecological perspectives on the understanding and assessment of trauma. In *Cross-cultural assessment of psychological trauma and PTSD* (pp. 31–50). New York: Springer Science Business Media.
- Jackson-Cherry, L. R., & Erford, B. T. (2014) *Crisis assessment, intervention, and prevention*. Upper Saddle River, NJ: Pearson Education.
- James, R. K., & Gilliland, B. E. (2005). *Crisis intervention strategies* (5th ed.). Belmont, CA: Thomson Brooks/Cole.
- Janoff-Bulman, R. (1992). *Shattered Assumptions*. New York: Free Press.
- Karam, E. G., Friedman, M. J., Hill, E. D., Kessler, R. C., McLaughlin, K. A., Petukhova, M., ... Koenen, K. (2014). Cumulative traumas and risk thresholds: 12-month PTSD in the world of mental health (WMH) surveys. *Depression and Anxiety*, 31, 130-142. doi: 10.1002/da.22169
- Kirby, R., Shakespeare-Finch, J., & Palk, G. (2011). Adaptive and Maladaptive Coping Strategies Predict Posttrauma Outcomes in Ambulance Personnel. *Traumatology*, 17 (4), 25 – 34. doi: 10.1177/1534765610395623
- Kirst-Ashman, K. K., & Hull, G. H. (2008). *Generalist practice with organizations and communities* (4th ed.). Belmont, CA: Cengage Learning.
- Koenen, K. C. (2006). Developmental epidemiology of PTSD: self-regulation as a central mechanism. *Annals of the New York Academy of Sciences*, 1071, 255–

266. doi: 10.1196/annals.1364.020

- Kremen, W. S., Koenen, K. C., Afari, N., & Lyons, M. J. (2012). Twin studies of posttraumatic stress disorder: Differentiating vulnerability factors from sequelae. *Neuropharmacology*, *62*, 647-653.
doi: 10.1016/j.neuropharm.2011.03.012
- Lauth-Lebens, M., & Lauth, G. W. (2016). Risk and resilience factors of post-traumatic stress disorder: A review of current research. *Clinical and Experimental Psychology*, *2*, 120-126. <http://dx.doi.org/10.4172/2471-2701.1000120>
- Layous, K., Chancellor, J., & Lyubomirsky, S. (2014). Positive activities as protective factors against mental health conditions. *Journal of Abnormal Psychology*, *123*, 2-12. <https://doi.org/10.1037/a0034709>
- Lazarus, R. S., & Folkman, S. (1984). *Stress, appraisal, and coping*. New York: Springer.
- Maguire, M. (1991) The needs and rights of victims of crime. In: Tonry M (ed.) *Crime and Justice: A Review of the Research*, Volume 14. Chicago: University of Chicago Press, 363-433.
- Martin, C. G., Cromer, L. D., DePrince, A. P., & Freyd, J. J. (2013). The role of cumulative trauma, betrayal, and appraisals in understanding trauma symptomatology. *Psychological Trauma*, *52*, 110-118.
<http://dx.doi.org/10.1037/a0025686>
- Marques, L., Robinaugh, D. J., LeBlanc, N. J., & Hinton, D. (2011). Cross-cultural variations in the prevalence and presentation of anxiety disorders. *Expert Review of Neurotherapeutics*, *11*, 313-322.
<http://dx.doi.org/10.1586/ern.10.122>
- Masten, A. S. (2011). Resilience in children threatened by extreme adversity: Frameworks for research, practice, and translational synergy. *Development and Psychopathology*, *23*, 493-506.
Doi: <https://doi.org/10.1017/S0954579411000198>
- McLean, C. P. & Anderson, E. R. (2009). Brave men and timid women? A review of the gender differences in fear and anxiety. *Clinical Psychology Review*, *29*, 496-505. doi:10.1016/j.cpr.2009.05.003
- Moak, Z. B. & Agrawal, A. (2010). The association between perceived interpersonal social support and physical and mental health: Results from the National Epidemiological Survey on Alcohol and Related Conditions. *Journal of Public Health: Oxford Journals*, *32*, 191-201. <https://doi.org/10.1093/pubmed/fdp093>
- Morrison, W., & Doucet, C. (2008). Examining the relationship between victimization and substance use problems. In *Implications for the Development of Responsive Services for Clients*. Fredericton: New Brunswick.
- Moyers, T. B., & Miller, W. R. (2013). Is low therapist empathy toxic? *Psychology of Addictive Behaviors*, *27*, 878-884.
- Myer, R. A. (2001). *Assessment for crisis intervention: A triage assessment model*. Belmont, CA: Wadsworth, Brooks/Cole.

- National Institute for Health and Clinical Excellence (2005). Post-traumatic stress disorder. London.
- Neuner, F., Schauer, M., Klaschik, C., Karunakara, U., & Elbert, T. (2004). A comparison of narrative exposure therapy, supportive counseling, and psychoeducation for treating posttraumatic stress disorder in an African refugee settlement. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 72*, 579–587.
- Norris, F. H., & Kaniasty, K. (2008). Longitudinal linkages between perceived social support and posttraumatic stress symptoms: Sequential roles of social causation and social selection. *Journal of Traumatic Stress, 12*, 274-281.
DOI:10.1002/jts.20334
- O'Donnell, M. L., Elliott, P., Creamer, M., & Wolfgang, B. (2007). The role of posttraumatic appraisal in the development and maintenance of posttraumatic stress disorder. *Journal of Traumatic Stress, 20*, 173-182.
- Olf, M., Langeland, W., Draijer, N., & Gersons, B. P. R. (2007). Gender differences in posttraumatic stress disorder. *Journal of Nervous and Mental Disease, 133*, 183-204. <http://dx.doi.org/10.1037/0033-2909.133.2.183>
- Ozer, E. J., Best, S. R., Lipsey, T. L., & Weiss, D. S. (2003). Predictors of posttraumatic stress disorder and symptoms in adults: A meta-analysis. *Psychological Bulletin, 129*, 52-73.
- Park, C. L. (2010). Making sense of the meaning literature: An integrative review of meaning making and its effects on adjustment to stressful life events. *Psychological Bulletin, 136*, 257-301. DOI: 10.1037/a0018301
- Peterson, C. Park, N., Pole, N., D'Andrea, W., & Seligman, M. E. (2008). Strengths of character and posttraumatic growth. *Journal of Traumatic Stress, 21*, 214-217. DOI: 10.1002/jts.20332
- Perreault, S. (2015). *Criminal victimization in Canada, 2014*. Juristat. Statistics Canada Catalogue no. 85-002-X.
- Pietrzak, R. H., Goldstein, R. B., Southwick, S. M., & Grant, B. F. (2011a). Personality disorders associated with full and partial posttraumatic stress disorder in the U.S. population: Results from Wave 2 of the National Epidemiologic Survey on Alcohol and Related Conditions. *Journal of Psychiatry Research, 45*, 678–686.
<http://doi.org/10.1016/j.jpsychires.2010.09.013>
- Resick, P., & Schnicke, M. (1993). Cognitive processing therapy for rape victims: A treatment manual. Thousand Oaks, CA: Sage Publications.
- Roberts, A. R. (2002). Assessment, crisis intervention and trauma treatment: The integrative ACT intervention model. *Brief Treatment and Crisis Intervention, 2*, 1–21.
- Roberts, A. R. (2005). *Crisis intervention handbook: Assessment, treatment, and research*. New York: Oxford University Press.
- Roberts, A. L., Gilman, S. E., Breslau, J., Breslau, N., & Koenen, K. C. (2011). Race/ethnic differences in exposure to traumatic events, development of post-traumatic stress disorder, and treatment-seeking for post-traumatic stress disorder in the United States. *Psychological Medicine, 41*, 71–83.

DOI: <https://doi.org/10.1017/S0033291710000401>

- Roberts, A. R., & Yeager, K. R. (2009). *Pocket guide to crisis intervention*. New York: Oxford University Press.
- Rothbaum, B. O., Foa, E. B., Riggs, D. S., & Murdock, T. (1992). A prospective examination of post-traumatic stress disorder in rape victims. *Journal of Traumatic Stress, 5*, 455-475.
- Rutter, M. (2012). Resilience as a dynamic concept. *Development and Psychopathology, 24*, 335-344. doi:10.1017/S0954579412000028
- Santiago, P. N., Ursano, R. J., Gray, C. L., Pynoos, R. S., Spiegel, D., Lewis-Fernandez, R., ... & Fullerton, C. S. (2013). A systematic review of PTSD prevalence and trajectories in DSM-5 defined trauma exposed populations: Intentional and non-intentional traumatic events. *PLoS One, 8*.doi: 10.1371/journal.pone.0059236
- Sareen, J. (2014). Posttraumatic stress disorder in adults: Impact, comorbidity, risk factors, and treatment. *Canadian Journal of Psychiatry, 59*, 460-467.
- Sayed, S., Iacoviello, B. M., & Charney, D. S. (2015). Risk factors for the development of psychopathology following trauma. *Current Psychiatry Reports, 17*, 1-7. DOI: 10.1007/s11920-015-0612-y
- Scarpa, A. J., Haden, S. C., & Hurley, J. (2006). Community violence victimization and symptoms of post-traumatic stress disorder: The moderating effects of coping and social support. *Journal of Interpersonal Violence, 21*, 446-469. DOI:10.1177/0886260505285726
- Schnell, T. (2011). Individual differences in meaning-making: Considering the variety of sources of meaning, their density and diversity. *Personality and Individual Differences, 51*, 667-673. <http://doi.org/10.1016/j.paid.2011.06.006>
- Seguin, M., Brunet, A., & Leblanc, L. (2006). *Intervention en Situation de Crise et en Contexte Traumatique*. Montreal: Gaetan Morin.
- Serino, S., Triberti, S., Villani, D., Cipresso, P., Gaggioli, A., & Riva, G. (2014). Toward a validation of cyber-interventions for stress disorders based on stress inoculation training: a systematic review. *Virtual Reality, 18*, 73-87. Doi : 10.1007/s10055-013-0237-6
- Sharma, F., Shoshanna, L., Brennan, T., & Betancourt, S. (2017). Coping and mental health outcomes among Sierra Leonean war-affected youth: Results from a longitudinal study. *Development and Psychopathology, 29*, 11-23. doi:10.1017/S0954579416001073
- Shea, S. C. (2005). *La conduite de l'entretien psychiatrique (édition française par J. Terra et M. Seguin)*. Paris: Elsevier.
- Shedler, J. (2010). The Efficacy of Psychodynamic Psychotherapy. *American Psychological Association, 65*, 98-109.
- Skaggs, B. G., & Barron, C. R. (2006). Searching for meaning in negative events: Concept analysis. *Journal of Advanced Nursing, 53*, 559-570. DOI: 10.1111/j.1365-2648.2006.03761.x
- Skinner, A., Edge, K., Altman, J., & Sherwood, H. (2003). Searching for the structure

of coping: a review and critique of category systems for classifying ways of coping. *Psychological Bulletin*, 129(2), 216-69.

- Substance Abuse and Mental Health Services Administration. (2014). Trauma-Informed Care in Behavioral Health Services. Treatment Improvement Protocol (TIP) Series 57.HHS Publication No. (SMA) 13-4801. Rockville, MD: Substance Abuse and Mental Health Services Administration.
- Stuart, S. (2006). Interpersonal psychotherapy: a guide to the basics. *Psychiatric Annals*, 36, 542–550.
- Thoits, P. A. (2011). Mechanisms linking social ties and support to physical and mental health. *Journal of Health and Social Behavior*, 52, 145-161. DOI: 10.1177/0022146510395592
- Thompson, M. (2000). Life after rape: A chance to speak? *Sexual and Relationship Therapy*, 15, 325-343. <http://dx.doi.org/10.1080/713697439>
- Truman, J. L. (2011). *Criminal victimization*, 2010. Washington, DC: U.S. Department of Justice, Bureau of Justice Statistics.
- Ullman, S. E., Filipas, H. H., Townsend, S. M., & Starzynski, L. L. (2007). Psychosocial correlates of PTSD symptom severity in sexual assault survivors. *Journal of Traumatic Stress*, 20, 821–831. DOI:10.1002/jts.20290
- Vogt, D., King, D., & King, L. (2007). Risk pathways for PTSD: Making sense of the literature. *Science and practice*, 99-115.
- Friedman, M., Keane, T., & Resick, P. (Eds.). (2007). *Handbook of PTSD: Science and practice* (pp. 99–115). New York: Guilford Press.
- Walsh, M., Stretch, B., Moonie, N., Millar, E., Herne, D., & Webb, D. (2003). *BTEC national: Care*. Oxford: Heinemann Educational Publishers.
- Wemmers, J. (2013). Victims' Experiences in the Criminal Justice System and their Recovery from Crime. *International Review of Victimology*, 19 (3), 221-233.
- Williams, J. (1984) Secondary victimization: Confronting public attitudes about rape. *Victimology*, 9, 66 81.
- World Health Organization. (1992). *The ICD-10 Classifications of Mental and Behavioural Disorders: Clinical Descriptions and Diagnostic Guidelines*. Geneva: World Health Organization.
- Yeager, K., & Roberts, A. (2015). *Crisis Intervention Handbook: Assessment, Treatment, and Research* (4th ed.). New York: Oxford Press.
- Zhou, X., Kang, L., Sun, X., Song, H., Mao, W., Huang, X., Zhang, Y., & Li, J. (2013). Prevalence and risk factors of post-traumatic stress disorder among adult survivors six months after the Wenchuan earthquake. *Comprehensive Psychiatry*, 54, 493-499. <http://doi.org/10.1016/j.comppsy.2012.12.010>
- Zuckerman, M., & Gagne, M. (2003). The COPE Revised: Proposing a 5-factor model of coping strategies. *Journal of Research in Personality*, 37, 169-204. [http://doi.org/10.1016/S0092-6566\(02\)00563-9](http://doi.org/10.1016/S0092-6566(02)00563-9)