

# L'EMDR avec les auteurs de violences sexuelles : recourir aux éléments moteurs des infractions pour orienter la conceptualisation et le traitement

Ronald J. Ricci

Services de traitement spécialisés de la Virginie, Charlottesville, Virginie,  
États-Unis Philadelphie, Pennsylvanie, États-Unis

Cheryl A. Clayton

Services de traitement spécialisés de la Virginie, Abingdon, Virginie, États-Unis

Les données disponibles montrent que les auteurs de violences sexuelles ont connu des niveaux d'expériences défavorables de l'enfance (ACE : *adverse childhood experiences*) plus élevés que ceux vécus par la population générale ou d'autres populations criminelles. Traditionnellement, il était convenu dans la pratique habituelle des thérapeutes traitant les auteurs de violences sexuelles de dissuader leurs patients d'aborder les traumatismes ou difficultés de l'enfance, par crainte qu'ils recherchent des excuses pour leurs infractions. Le modèle des trajectoires (*pathways model*), qui insiste sur l'étiologie, a ouvert la voie pour que le traitement centré sur les traumatismes des ACE des auteurs de violences sexuelles soit considéré comme une intervention thérapeutique légitime. Le modèle du traitement adaptatif de l'information, inhérent à la thérapie du trauma EMDR (désensibilisation et retraitement par les mouvements oculaires), est conçu comme permettant de réorganiser les ensembles de cognitions et d'émotions stockés de manière inadaptée, associés à des expériences envahissantes ou traumatiques, comme les violences sexuelles dans l'enfance. Nous proposons que la psychothérapie EMDR constitue un moyen de restructurer des cognitions implicites déformées et des facteurs de vulnérabilité personnels, conçus comme étant à la base des conduites délictuelles ou criminelles. Grâce à une analyse exhaustive de la littérature, les auteurs ont étudié cinq modèles encore actuels dans la littérature sur les auteurs de violences sexuelles et développé le modèle des éléments moteurs des infractions. Ce modèle est destiné à orienter et à éclairer la psychothérapie EMDR auprès des auteurs de violences sexuelles. Un exemple de cas illustre la mise en œuvre de ce processus thérapeutique. Une liste de contrôle des éléments moteurs des infractions est fournie pour aider à la conceptualisation de cas et au traitement.

**Mots-clés :** EMDR ; traitement des auteurs de violences sexuelles ; éléments moteurs des infractions ; expériences défavorables de l'enfance (ACE) ; trauma

**E**nfreindre la loi en perpétrant des violences sexuelles correspond à un trouble complexe, déterminé par des facteurs multiples, et les modèles thérapeutiques ont évolué en réponse à la recherche au cours des 30 dernières années, dans le but d'y apporter une solution efficace. Une méta-analyse

de 2015 comparant 4 939 auteurs de violences sexuelles traités contre 5 448 auteurs non traités a montré des taux de récidive de 10,1 % et de 13,7 % respectivement, conduisant les auteurs à conclure que l'ensemble des preuves en faveur du traitement des auteurs de violences sexuelles demeure insatisfaisant (Schmucker &

---

This article originally appeared as Ricci, R. J. & Clayton, C. A. (2016). EMDR With Sex Offenders: Using Offense Drivers to Guide Conceptualization and Treatment. *Journal of EMDR Practice and Research*, 10(2), 104–118. Translated by Jenny Ann Rydberg.

Lösel, 2015). En conclusion à leur méta-analyse, les auteurs déclarent :

. . . Le seul essai contrôlé randomisé (ECR) sur la TCC (thérapie cognitive comportementale) qui rapporte des résultats sur le récidivisme sexuel (Marques, 2005 ; description plus détaillée) n'a pas montré d'effet positif du traitement. Bien que les approches TCC soient préconisées depuis plusieurs décennies, les effets ne sont pas aussi limpides que ce qu'on attendrait des approches relevant des « meilleures pratiques ». (p. 24–25)

Le besoin de moyens plus efficaces et plus efficaces pour traiter ce trouble complexe demeure.

La pratique des soins éclairés par le trauma a suscité un intérêt récent, avec l'idée que les antécédents du patient auteur, concernant des événements défavorables ou des traumatismes dans l'enfance, pourraient constituer l'un des facteurs qui interfèrent avec des résultats plus positifs des traitements (Levenson, Willis, & Prescott, 2014). Cette approche ne propose pas de cibler directement et de résoudre le trauma, peut-être en raison de la croyance persistante que cela pourrait engendrer la recherche d'excuses, mais elle propose plutôt qu'en raison des preuves de l'existence de traumatismes chez un nombre important d'auteurs de violences sexuelles, les séquelles soient envisagées lors de la conception et de la réalisation d'interventions. Les modèles étiologiques des violences sexuelles, comme le modèle des trajectoires (*pathways model* ; Ward & Siegert, 2002), prennent en compte certaines séquelles associées avec ces expériences défavorables ou traumatismes et suggèrent qu'elles contribuent à la trajectoire menant à l'infraction. Ceci permet d'envisager que ces expériences défavorables de l'enfance (ACE : *adverse childhood experiences*) constituent des cibles de traitement pertinentes et acceptables. Quelques textes de la littérature décrivent l'application de la psychothérapie EMDR aux auteurs de violences sexuelles pour des questions de motivation à participer au traitement, d'amélioration de l'empathie et de restructuration cognitive ; cependant, une théorie qui orienterait une approche complète de l'application de la thérapie EMDR à cette population n'existe pas dans la littérature. Cet article constitue notre premier effort pour décrire une manière systématique de concevoir la thérapie EMDR auprès des auteurs de violences sexuelles qui cible précisément les facteurs décrits dans la littérature sur les auteurs de violences sexuelles et qui sont censés contribuer au risque de perpétrer un délit ou un crime sexuel. Cet article ne propose pas que la thérapie EMDR se substitue à la thérapie habituelle

des auteurs de violences sexuelles relevant des meilleures pratiques, mais plutôt qu'elle soit utilisée de manière complémentaire. Le traitement et la gestion des auteurs de violences sexuelles est un domaine spécialisé qui comporte des concepts et des pratiques qui peuvent à première vue paraître contre-intuitifs pour le professionnel de la santé mentale non spécialisé dans ce domaine. Le praticien EMDR qui applique les concepts présentés ici est mis en garde contre leur application prématurée avant d'avoir suivi une formation spécialisée dans le traitement et la gestion des auteurs de violences sexuelles afin d'acquérir les connaissances nécessaires pour pouvoir collaborer efficacement avec le professionnel traitant, spécialisé dans le traitement des auteurs de violences sexuelles, et avec l'équipe de supervision élargie.

## Traitement des auteurs de violences sexuelles

### Traitement de prévention des rechutes

Pendant plus de 20 ans, le traitement des auteurs de violences sexuelles était fondé sur les travaux de William Pithers et de ses collègues qui sont reconnus pour avoir adapté le modèle de prévention des rechutes (PR) du domaine des troubles de dépendance à des substances (Pithers, Marques, Gibat & Marlatt, 1983). On pensait que la réduction des risques s'effectuait le mieux par l'application des stratégies d'évitement des rechutes ponctuelles et prolongées relevant du domaine des addictions et on prédisait que des stratégies similaires seraient utiles auprès des auteurs de violences sexuelles. L'ère du comportementalisme a introduit l'utilisation largement répandue de la thérapie cognitive comportementale (TCC) et la TCC-PR hybride a été reconnue comme la meilleure pratique dans le traitement des auteurs de violences sexuelles. Les études sur l'efficacité du traitement produisaient des résultats mitigés. Une méta-analyse concernant plus de 9 000 sujets a rapporté des taux de récidivisme inférieurs pour les auteurs traités (12,3 %) par rapport aux groupes de comparaison (16,8 %) qui soit ne recevaient aucun traitement, soit bénéficiaient d'un traitement jugé inadéquat ou inapproprié (Hanson et coll., 2002). Toutefois, d'autres auteurs (p.ex. Riche & Harris, 2003) ont continué à remettre en question la démonstration de l'efficacité du traitement propre aux auteurs de violences sexuelles. La méta-analyse de Schmucker et Lösel (2015) déjà mentionnée a comparé 4 939 auteurs de violences sexuelles traités à 5 448 auteurs non traités. Les résultats ont montré des taux de récidivisme de 10,1 % et de 13,7 % respectivement. Ces chercheurs et d'autres, spécialisés dans

le domaine des auteurs de violences sexuelles, reconnaissent l'existence de sérieuses lacunes au niveau du corpus de connaissances et c'est pourquoi persiste un appel à de futures recherches sur le quoi, le quand et le comment du traitement des auteurs de violences sexuelles.

### Projet californien d'évaluation du traitement des auteurs de violences sexuelles

Au début des années 1980, le ministère californien de la santé mentale a demandé une étude longitudinale des approches novatrices du traitement des auteurs de violences sexuelles. Ceci a engendré le projet d'évaluation du traitement des auteurs de violences sexuelles (SOTEP : *Sex Offender Treatment Evaluation Project*), un essai contrôlé randomisé comportant trois groupes qui a recueilli des données entre 1985 et 2001 (Marques, Wiederanders, Day, Nelson & Van Ommeren, 2005). L'étude évaluait l'efficacité d'un programme de traitement intensif résidentiel fondé sur la PR, développé par Marques et coll. (2005). Le programme abordait les problématiques centrales en lien avec le problème des violences sexuelles, en incluant une responsabilité personnelle accrue et une justification réduite des violences sexuelles, un intérêt sexuel déviant réduit, une compréhension et une application des techniques de PR et une capacité accrue à identifier les situations à haut risque. Les professionnels du domaine du traitement des auteurs de violences sexuelles attendaient avec empressement les résultats de cette étude bien conçue. Malgré quelques différences intra-groupes qui possédaient une signification clinique, la conclusion finale était que les chercheurs n'ont pas trouvé d'effet général du traitement pour ce programme. Ces résultats s'appliquaient tant aux violeurs qu'aux pédocriminels, tant aux auteurs à risque faible qu'aux auteurs à risque élevé. Les chercheurs du SOTEP ont analysé plus loin les données, au-delà des effets principaux, afin de tenter de déterminer ce qui fonctionnait, quand et avec qui. L'un des résultats était que les participants sans antécédent de maltraitements physiques dans l'enfance répondaient mieux au traitement (Marques, Day, Nelson & West, 1994). Ce résultat soutient notre idée que le fait d'aborder et de résoudre les effets durables de l'adversité dans l'enfance peut constituer un moyen efficace d'améliorer l'implication dans le traitement. Au cours de cette même période, Laws, Hudson et Ward (2000) ont édité un ouvrage intitulé « *Remaking Relapse Prevention with Sex Offenders: A Sourcebook* » (Refaire la prévention des rechutes avec les auteurs de violences sexuelles : un recueil) qui comprenait le modèle de

l'autorégulation introduit depuis peu (Ward, Hudson & Keenan, 1998) en tant qu'alternative au modèle traditionnel de la PR pour le traitement des auteurs de violences sexuelles, décrit dans le texte qui suit. Ward reprochait au modèle PR plusieurs faiblesses conceptuelles et donc de constituer un modèle incomplet du processus de rechute (Ward & Hudson, 1996).

### Modèle de l'autorégulation

Le modèle de l'autorégulation (MAR) (Ward et coll., 1998) est un modèle qui explique la motivation idiosyncratique et la dynamique du processus d'infraction pour une planification individualisée du traitement. Ce modèle propose de répondre à la faiblesse du modèle PR qui ne laissait pas de place à l'idée de trajectoires multiples pouvant conduire à l'infraction et qui supposait que tous les auteurs de violences sexuelles désiraient s'abstenir de commettre d'autres infractions. Le MAR décrit quatre trajectoires vers l'infraction, en se fondant sur deux critères. Le premier critère définit le style d'autorégulation de l'auteur comme (a) une sous-régulation, (b) une régulation détraquée ou (c) une régulation intacte. La sous-régulation est définie comme l'échec du contrôle des comportements en raison d'un défaut de compétences adaptatives ; la régulation détraquée implique des tentatives de réguler les comportements à l'aide de stratégies mal avisées ou contreproductives, tandis que la régulation intacte implique l'application de stratégies efficaces pour contrôler les comportements en vue d'un but désiré. Le second critère examine et définit le but associé à l'infraction de l'auteur. Les auteurs peuvent avoir un but évitant vis-à-vis de l'infraction, indiquant un désir de s'abstenir de commettre des violences sexuelles. Par contre, les auteurs orientés « approche » ont le but précis de commettre une infraction et, une fois la décision prise, avancent vers ce but sans résistance interne. Comme déjà mentionné, le modèle PR comptait sur le désir de s'abstenir des violences sexuelles et ne s'appliquait donc pas au groupe « approche ».

La permutation de ces deux critères dans diverses combinaisons crée quatre styles d'autorégulation décrits par Ward et coll. (1998), dénommés évitant-passif, évitant-actif, approche-automatique et approche-explicite. L'auteur évitant-passif tente d'éviter de commettre des violences sexuelles mais ne possède pas les compétences nécessaires pour s'en empêcher. L'auteur évitant-actif tente également d'éviter de commettre des violences sexuelles mais ses stratégies pour y parvenir sont dysrégulées et donc inefficaces ou peut-être contre-productives. Les auteurs approche-automatique ont des buts liés

aux infractions, mais en même temps, ils sont sous-régulés, ce qui signifie qu'ils n'ont pas les compétences particulières nécessaires pour planifier leur stratégie et qu'ils tendent à compter sur les opportunités qui se présentent pour perpétrer leurs infractions. Enfin, les auteurs approche-explicite ont des buts liés aux infractions et ont une régulation intacte, ce qui signifie qu'ils possèdent le désir de commettre le délit ou le crime, et les compétences nécessaires à l'accomplissement de ce désir ou de ce but. L'identification correcte du style d'autorégulation de l'auteur oriente le développement clinique d'un plan de traitement individualisé. Par exemple, un auteur manifestant des stratégies sous-régulées bénéficiera de l'apprentissage du développement de stratégies adaptatives et pro-sociales, tandis qu'un auteur manifestant des stratégies de régulation détraquées bénéficiera d'une remédiation, en découvrant la nature contre-productive de ses anciennes stratégies et en reconnaissant à quel moment ces stratégies sont devenues inefficaces ou ont été abandonnées en faveur de la perpétration de violences sexuelles. Le MAR décrit le processus d'infraction mais n'aborde pas l'étiologie du problème des violences sexuelles. Pour expliquer de manière plus approfondie le développement de la problématique des violences sexuelles et pour permettre ainsi la prise en compte de l'étiologie dans le traitement, Ward et Siegert ont développé le modèle des trajectoires pour les violences sexuelles (Ward & Siegert, 2002).

### Le modèle des trajectoires

Ward et Siegert (2002) se sont penchés sur trois des théories les plus influentes concernant les causes sous-jacentes des violences sexuelles dans la littérature actuelle (le modèle des conditions préalables des violences sexuelles, Finkelhor, 1984 ; le modèle quadrifactoriel, Hall & Hirschman, 1992 ; la théorie intégrée, Marshall & Barbaree, 1990) et les ont combinées avec des concepts psychologiques pour développer le modèle des trajectoires. Ils pensaient que la clarification des causes sous-jacentes possibles des violences sexuelles était nécessaire afin d'aider les thérapeutes à développer des interventions thérapeutiques pour résoudre ces problèmes et ainsi réduire la probabilité de récidive. Le modèle des trajectoires est une théorie étiologique complète qui tente d'expliquer les violences sexuelles sur enfant en considérant des mécanismes dysfonctionnels dans quatre domaines : (a) des déficits d'intimité, (b) une dysrégulation émotionnelle, (c) des scripts sexuels déviants, (d) des attitudes et conduites antisociales ou criminelles. Une cinquième trajectoire étiologique, dénommée

« mécanismes multiples » par les auteurs, intègre ces quatre mécanismes avec des scripts sexuels déviants qui sont souvent le reflet d'antécédents de maltraitements sexuelles ou d'une exposition prématurée à la sexualité. Les mécanismes dysfonctionnels sont conçus comme étant forgés, au moins en partie, par des influences développementales particulières qui créent une prédisposition et des facteurs de vulnérabilité à commettre des violences sexuelles qui, lorsque ajoutés à des déclencheurs situationnels, résultent en une agression sexuelle. Par exemple, un auteur qui rencontre une personne vulnérable (par exemple, une femme, un enfant) et qui a des opinions antisociales sur les droits et les limites des autres peut agresser sexuellement cet autre vulnérable en raison d'un sentiment d'ayant-droit adopté implicitement. Un auteur qui possède une vision implicite déformée de la sexualité des enfants et des droits de l'enfant dans sa relation à l'adulte peut satisfaire son propre état affectif perturbé, par exemple quand il est rejeté par un partenaire adulte, en recourant à l'enfant pour y parvenir.

Les enjeux développementaux qui sont inhérents au modèle des trajectoires coïncident avec un corpus croissant de recherches indiquant une forte relation positive entre l'adversité dans l'enfance et des conduites antisociales ultérieures (Duke, Pettingell, McMorris & Borowsky, 2010 ; Greenwald, 2002 ; Reavis, Looman, Franco & Rojas, 2013). C'est peut-être en réponse à cette prise de conscience de la prévalence des ACE chez les auteurs que de plus en plus de personnes œuvrant dans ce domaine se sont éloignées d'une approche fondée sur la confrontation et la responsabilité en faveur d'une approche collaborative des soins, éclairée par le trauma (Levenson et coll., 2014). Cette approche éclairée par le trauma prend en considération les effets du trauma dans le développement et la mise en œuvre des interventions thérapeutiques ; cependant, elle ne propose pas de traiter ou de résoudre le trauma. Nous proposons, à l'instar de Greenwald (2002, 2009), de D'Orazio (2013) et de Carich, Colwick, Cathell et Moore (2015), que même si cela constitue un bel effort pour améliorer l'investissement du traitement, cela ne prend pas du tout adéquatement en compte les facteurs étiologiques censés contribuer aux infractions. Comme déjà mentionné, dans le passé, les patients auteurs de violences sexuelles étaient dissuadés d'aborder tout ACE parce que c'était perçu comme une recherche d'excuses. Toutefois, cette nouvelle vision de l'adversité développementale et du trauma, si prévalents chez cette population, offre l'occasion de renverser cette pratique et de traiter et de résoudre ces facteurs



contributifs et de vulnérabilité que nous dénommons éléments moteurs des infractions et qui seront décrits plus en détail plus bas.

## Relation entre expériences défavorables de l'enfance et infractions

Les données disponibles montrent que les individus criminels récidivistes tendent à avoir un taux plus élevé d'ACE que la population générale (Duke et coll., 2010 ; Greenwald, 2002 ; Reavis et coll., 2013), les auteurs de violences sexuelles ayant un nombre encore plus élevé de types d'adversité développementale que les autres populations criminelles (Levenson et coll., 2014). Il est largement connu dans le domaine de la psychotraumatologie que les séquelles du trauma peuvent comprendre le désinvestissement, la dissociation, l'isolement, des activités criminelles, la méfiance, la dépression, la dépendance, des compétences sociales limitées, une estime de soi faible, un sentiment de contrôle réduit et une identification à l'agresseur, entre autres.

Les traumatismes sexuels conduisent souvent à ignorer les normes sexuelles, à confondre le sexe avec l'amour et l'affection, à nourrir des préoccupations sexuelles et un fétichisme concernant les organes sexuels, à associer les activités sexuelles à des émotions et à des souvenirs négatifs, et à un dysfonctionnement sexuel (Finkelhor, 1986). Il s'agit aussi là de traits fréquents chez la population des auteurs de violences sexuelles et nous postulons qu'ils trouvent leur origine, au moins parfois, dans les ACE tels que ceux mesurés par l'échelle ACE (Felitti et coll., 1998).

## Éléments moteurs des infractions

Les besoins criminogènes sont les caractéristiques, les traits, les problèmes ou les difficultés d'un individu qui sont directement en lien avec la probabilité qu'il récidive et commette un autre crime (Andrews & Bonta, 2010). Ces besoins criminogènes sont identifiés comme les cibles pertinentes du traitement des auteurs de violences sexuelles proposé par le modèle très réputé « risque-besoins-réactivité » (Andrews, Bonta & Hoge, 1990). Nous proposons que ces facteurs criminogènes soient souvent des symptômes qui trouvent leur origine dans des traumatismes ou ACE dans l'enfance. Par exemple, un enfant qui est maltraité par un proche en qui il a confiance peut développer une méfiance envers autrui qui provoque ensuite des déficits d'intimité, ce qui constitue l'une des trajectoires vers la violence sexuelle identifiées par Ward et Siebert (2002). Ces déficits peuvent ensuite produire une incapacité à bâtir et à maintenir des relations saines,

ce qui est un facteur de risque dynamique stable (Hanson & Morton-Bourgon, 2005) ou besoin criminogène associé au risque de récurrence de violences sexuelles. Nous avons développé le concept des éléments moteurs des infractions pour aider à orienter la conceptualisation et l'intervention cliniques afin d'assurer que les aspects pertinents, censés créer la vulnérabilité et alimenter le processus infractionnel, soient identifiés et pris en compte par le traitement. Nous définissons les *éléments moteurs des infractions* comme les éléments, les caractéristiques, la dynamique et les cognitions qui, lorsqu'exposés à des indices environnementaux ou situationnels, sont conçus comme ayant conduit l'individu à franchir la ligne entre conduites prosociales et antisociales, entre conduites légales et illégales. Les *éléments moteurs des infractions* sont une compilation des éléments recueillis dans les théories existantes du domaine des auteurs de violences sexuelles. Par exemple, l'idée de croyances soutenant l'infraction, portées implicitement, décrites plus loin, est fondée sur les travaux de Ward et Keenan (1999) et de Polaschek et Gannon (2004). Les facteurs de vulnérabilité décrits par la suite l'ont été par Marshall et Barbaree (1990) et les trajectoires étiologiques et les styles d'autorégulation sont des idées développées par Ward et ses collègues (1998, 2002), comme indiqué plus haut. Ces facteurs sont généralement examinés en vue d'évaluer les patients et d'orienter le traitement des auteurs de violences sexuelles. La liste de contrôle des *éléments moteurs des infractions* présentée ici peut servir de rubrique d'évaluation pour conceptualiser un cas et orienter un traitement individualisé du trauma, en complément d'un traitement standard pour auteurs de violences sexuelles, dans le ciblage des besoins criminogènes et des facteurs de risque dynamiques associés au récidivisme.

## Éléments moteurs des infractions sous forme de croyance(s) fondamentale(s) implicite(s)

Il existe depuis longtemps des théories psychologiques qui proposent que les expériences de l'enfance créent des croyances, des perceptions et des théories implicites qui orientent les attentes et les conduites futures (Dweck, Chiu & Hong, 1995 ; Mihailides, Devilly & Ward, 2004). On a montré que les expériences de la petite enfance forgent la personnalité, affectent le développement cérébral et l'expression des gènes. Si des expériences positives dans l'enfance aident le cerveau à se développer de manière saine, des expériences défavorables peuvent contribuer à des problèmes persistants au niveau des apprentissages, des comportements et de la santé (National Scientific

Council on the Developing Child, 2010). On pense que les croyances implicites se développent au fil du temps en réponse aux expériences de vie. Quand ces expériences sont défavorables ou traumatiques, elles peuvent produire une vision dysfonctionnelle ou problématique, y compris des croyances sur le monde en général ainsi que des représentations de soi et des autres. Ces croyances, perceptions et théories implicites qui se sont développées contribuent aux facteurs criminogènes chez les auteurs de violences sexuelles (Keenan & Ward, 2000). Un exemple serait la croyance d'autopréservation d'un rescapé d'inceste, lorsqu'il serait trop dangereux de penser que le parent en qui l'enfant avait confiance est mauvais ou imparfait : l'enfant/le rescapé adopte alors la croyance selon laquelle il est la cause de sa propre maltraitance. Cette théorie est soutenue par une étude auprès de 218 victimes de violences sexuelles, âgées de 4 à 17 ans, entendues dans des affaires pénales (Quas, Goodman & Jones, 2003).

Ward et Keenan (1999) ont identifié cinq théories implicites qui expliqueraient selon eux la plupart des distorsions cognitives exprimées par les hommes qui sont également des pédocriminels. Sommairement, selon ces croyances déformées, (a) *les enfants sont des êtres sexuels* qui désirent avoir des activités sexuelles et ont les connaissances et les capacités nécessaires pour initier des activités sexuelles en vue d'obtenir du plaisir ; (b) *l'auteur a le droit* de rechercher ce qu'il veut au détriment des autres parce que les hommes sont plus importants que les enfants ; (c) *le monde est un endroit dangereux* où il faut se battre pour atteindre la domination et le contrôle, et les adultes ne sont pas autant dignes de confiance que les enfants ; (d) *le monde est incontrôlable* et les personnes subissent des émotions, des ressentis sexuels et des événements sans pouvoir exercer d'influence personnelle majeure sur le monde ; et (e) *la nature des préjugés*, signifiant que comme les enfants désirent avoir des activités sexuelles, il s'agit d'une expérience fondamentalement bénéfique, ou du moins bénigne, en l'absence de violence ou de menace. On imagine aisément comment le fait d'avoir vécu dans un environnement défavorable, hostile, sexualisé, maltraitant ou négligeant pendant ses années développementales peut forger ces points de vue chez l'individu maltraité.

Polaschek et Gannon (2004) ont décrit les théories implicites fréquemment adoptées par les violeurs. Elles sont les suivantes : (a) *les femmes sont impossibles à cerner*, ce qui signifie que le violeur croit que les femmes sont si intrinsèquement différentes des hommes que ces derniers ne peuvent pas aisément les comprendre ; (b) *les femmes sont des objets sexuels*, ce qui

signifie que le violeur considère ses propres besoins sexuels comme prioritaires sur d'autres domaines et considère les femmes comme étant sexuellement réceptives en permanence ; (c) *les pulsions sexuelles masculines sont incontrôlables*, ce qui signifie que le violeur croit que l'énergie sexuelle des hommes peut être difficile à contrôler et peut s'accumuler jusqu'à des niveaux dangereux ; (d) *le sentiment d'ayant-droit*, ce qui signifie que le violeur croit que ses besoins doivent être satisfaits à la demande ; et (e) *le monde est dangereux*, ce qui signifie que le violeur voit le monde comme étant hostile et menaçant, les sujets devant demeurer constamment sur leur garde contre l'exploitation par autrui.

Nous considérons ces croyances implicites comme les *éléments moteurs des infractions* et proposons que la sélection des cibles du traitement du trauma soit guidée par les événements de début de vie ou les antécédents développementaux qui ont contribué à forger ces systèmes de croyances. Par exemple, un enfant qui a été approché sexuellement avec douceur physique et paroles valorisantes par sa grande sœur mais qui a également été violé avec usage de force et maltraité physiquement par son grand frère, peut développer la structure de croyances sur *la nature des préjugés*, décrite plus haut. Si on présume que la perpétration ultérieure de violences sexuelles imitait celles de sa sœur, alors ces incidents de violences sexuelles commises par elle sur lui constitueraient la cible thérapeutique pertinente de la thérapie du trauma pour résoudre les *éléments moteurs des infractions* associés (tableau 1).

### Facteurs de vulnérabilité en tant qu'éléments moteurs des infractions

Marshall et Barbaree (1990) définissent les facteurs de vulnérabilité comme des déficits au niveau des compétences, des attitudes, des préférences, des valeurs et des croyances qui, lorsqu'elles fonctionnent de manière appropriée, inhibent la tentation ou l'occasion de réaliser une agression sexuelle. Ces auteurs ont peut-être été les premiers à envisager l'idée que ces déficits sont forgés par des antécédents développementaux défavorables critiques qui précèdent les conduites sexuelles illégales. Ces déficits laisseraient ainsi l'individu vulnérable à des tentatives inadaptées de trouver une réponse à ses envies et à ses besoins humains fondamentaux, par exemple en se servant sexuellement d'une autre personne. À titre d'exemple, un fils élevé par un père qui dénigre constamment les femmes et les réduit à un statut d'objet, qui humilie et ridiculise son fils

**TABEAU 1. Éléments moteurs des infractions**

Élément moteur des infractions	Description	Présent
Croyance(s) implicite(s)	Les enfants sont des êtres sexués La nature du préjudice L'ayant-droit Un monde dangereux : la vengeance Un monde dangereux : les enfants sont plus sûrs Un monde dangereux : prédateur ou proie Les femmes sont insaisissables Les femmes sont des objets sexuels L'absence de contrôle	
Facteur(s) de vulnérabilité	Déficits de compétences Déficits de valeurs Déficits de préférences Déficits d'attitudes ou de croyances	
Trajectoire(s) étiologique(s)	Attitudes antisociales Scripts déformés/déviant Déficits d'intimité Dysrégulation émotionnelle	
Style d'autorégulation	Stratégies sous-régulées Stratégies mal régulées Stratégies régulées	

*Note.* La (les) croyance(s) implicite(s) proviennent de Ward et Keenan (1999) et de Polaschek et Gannon (2004), le(s) facteur(s) de vulnérabilité de Marshall et Barbaree (1990), la (les) trajectoire(s) étiologique(s) de Ward et Siegert (2002), le style d'autorégulation de Ward et coll. (1998).

lorsque celui-ci témoigne du respect aux femmes, peut traiter les femmes de manière irrespectueuse ou violente dès lors qu'il perçoit une menace à sa virilité. Ce facteur de vulnérabilité caractéristique (*élément moteur des infractions*), lorsqu'il est déclenché par un indice situationnel, produit une conduite illégale (voir le tableau 1). Le traitement du trauma destiné à produire une réduction des risques devrait alors cibler les souvenirs lors desquels il a senti sa virilité menacée ou diminuée pour n'être restaurée que quand il adoptait les attitudes hostiles de son père et ses comportements avilissants envers les femmes.

#### Trajectoires étiologiques en tant qu'éléments moteurs des infractions

Le modèle des trajectoires de Ward et Siegert (2002), déjà décrit en détail, identifie les trajectoires étiologiques vers les infractions à caractère sexuel comme (a) des *déficits d'intimité*, (b) une *dysrégulation émotionnelle*, (c) des *scripts sexuels déformés*, et (d) des

*attitudes et conduites antisociales ou criminelles*. Il existe une cinquième trajectoire que Ward et Siegert nomment les *mécanismes multiples* (voir tableau 1). Cette trajectoire se compose des quatre précédentes, en plus d'un intérêt sexuel déviant qui peut être forgé par des maltraitances sexuelles dans la petite enfance. Nous considérons également ces trajectoires comme des *éléments moteurs des infractions* qui établissent les déterminants développementaux à aborder et à résoudre avec la thérapie centrée sur le trauma. Par exemple, un enfant abandonné par sa mère et livré à lui-même peut développer l'habitude d'autoapaisement consistant à se masturber en fantasmant son retour. Cette habitude peut par la suite se généraliser en un recours aux fantasmes et au sexe pour se réguler ou pour modérer ses émotions, comme décrit par la trajectoire de dysrégulation émotionnelle de Ward et Siegert. En supposant que l'enfant passe ultérieurement à l'acte sexuellement lors d'une période de détresse émotionnelle extrême, peut-être causée par une peur de l'abandon, ses souvenirs antérieurs de perte et d'abandon deviennent la cible principale de

la résolution, censée constituer l'*élément moteur de l'infraction*. Un autre exemple serait celui d'un garçon qui subirait les attentions sexuelles de sa mère lors de chaque absence du père pour raison de déplacement professionnel et qui entendrait explicitement ou tacitement l'idée selon laquelle il s'agirait d'une expression appropriée de l'amour entre une mère et son fils. Cette croyance inculquée devient alors la cible de la résolution de la thérapie du trauma pour ce patient qui a posé des actes sexuels envers sa fille lorsque sa femme était prise par son travail.

### Le style d'autorégulation en tant qu'élément moteur des infractions

Le modèle de l'autorégulation déjà décrit porte son attention sur l'objectif associé à l'infraction de l'auteur et sur le style de régulation employé pour l'éviter ou l'atteindre. Cette information est prise en compte dans la conceptualisation du cas pour la thérapie du trauma car elle aide à identifier et à souligner les facteurs de motivation et stratégiques présents dans la chaîne des conduites de l'auteur de violences sexuelles menant vers l'infraction. Par exemple, un patient élevé dans un environnement dans lequel le discours sexuel et les activités sexuelles étaient prévalents et omniprésents, en même temps que le sujet était nié et ignoré, peut développer des stratégies sous-régulées pour gérer les pulsions sexuelles quand elles surviennent. Un autre enfant, élevé dans un environnement similaire, peut développer des stratégies régulées afin de poursuivre toute opportunité sexuelle, tout en étant habité par la perception qu'il s'agit de conduites normales et acceptables. Le premier pourrait représenter l'auteur évitant-passif, tandis que le second représenterait l'auteur d'approche automatique. Ces *éléments moteurs des infractions* sont alors pris en considération lors de l'identification de la dynamique qui s'est développée à partir de ces expériences infantiles qui doivent être restructurées et résolues par le traitement du trauma.

Le tableau 1 présente une liste de contrôle des *éléments moteurs des infractions* proposés, qui peuvent aider le thérapeute à s'assurer qu'il a envisagé tous les facteurs possibles qui ont pu contribuer à l'infraction. Le thérapeute est encouragé à rechercher tout élément qui refléterait les *éléments moteurs des infractions* énumérés dans le tableau, pour ensuite explorer avec le patient les facteurs contributifs étiologiques de l'*élément moteur des infractions*, qui deviennent alors les cibles de la thérapie du trauma. Par exemple, un patient manifestant des déficits d'intimité serait encouragé à chercher des preuves

d'une trahison de sa confiance ou d'un abandon. Les patients peuvent présenter un, deux, plusieurs parmi ou (rarement) tous les *éléments moteurs des infractions*, et la thérapie centrée sur le trauma doit aborder chacun de ces facteurs. Les auteurs considèrent que ce tableau constitue une liste de contrôle utile permettant de s'assurer que tous les *éléments moteurs des infractions* pertinents ont été pris en compte dans la conceptualisation de cas.

## La thérapie EMDR comme complément au traitement des auteurs de violences sexuelles

### EMDR

Nous avons observé que lorsqu'elle est appliquée au travail avec les auteurs de violences sexuelles, la thérapie EMDR constitue un moyen efficace et efficace pour répondre aux expériences développementales défavorables qui contribuent aux trajectoires vers l'infraction. La thérapie EMDR est un traitement en huit phases, initialement développé pour traiter les traumatismes émotionnels (Shapiro, 1989, 1995, 2002). Le traitement des cibles émotionnelles traumatiques en vue d'une prise en charge complète prend en compte les souvenirs qui ont jeté les bases du dysfonctionnement actuel, les déclencheurs de la perturbation actuelle et les schémas d'un fonctionnement approprié futur.

Le protocole EMDR en huit phases (Shapiro, 1995, 2001, 2002) permet d'accéder à et de traiter ce matériel traumatique, et divers théoriciens ont suggéré que la thérapie EMDR pourrait favoriser une conservation appropriée des souvenirs dans des réseaux mnésiques intégratifs (p. ex. Siegel, 2002 ; Stickgold, 2002 ; Van der Kolk, 2002) conduisant à la résolution du trauma.

### Les huit phases du traitement

La phase 1 du traitement implique une discussion approfondie portant sur le problème qui a motivé le patient à consulter, les comportements découlant de ce problème ainsi que ses symptômes. La phase 2 implique d'expliquer la théorie et le processus de l'EMDR ainsi que ce à quoi la personne peut s'attendre pendant et après la thérapie. Pour se préparer à la perturbation qui pourrait émerger pendant le retraitement, les patients apprennent des techniques de relaxation pour se calmer dans le but d'un changement d'état auto-induit. La phase 3 implique la sélection d'une image qui représente le mieux le souvenir cible, l'identification d'une croyance négative sur soi associée au souvenir, le choix d'un énoncé positif sur



soi qui serait préférable et l'identification des émotions négatives et sensations physiques associées à la cible. La phase 4 implique l'utilisation d'une forme de stimulations bilatérales (SBL) pour désensibiliser et retraiter les souvenirs traumatiques. Un ensemble de procédures standard déterminent le point focal de l'attention quand le patient est convié à prêter attention aux différents aspects du réseau mnésique identifié dans la phase 3. Initialement, le patient se concentre sur le souvenir perturbant, incluant les cognitions et émotions associées. Le thérapeute fournit des SBL sous forme d'un suivi visuel, d'un stimulus auditif ou tactile. Le progrès du traitement est évalué à l'aide de l'échelle d'unités subjectives de perturbation (SUDS ; Wolpe, 1982). La phase 5 implique de renforcer et d'installer la cognition positive du patient qui est mesurée à l'aide de l'échelle de validité de la cognition (VOC ; Shapiro, 1989). La phase 6 implique d'évaluer toute tension résiduelle que ressent le patient dans son corps et de cibler les sensations physiques restantes pour les retraiter. La phase 7 est une phase de clôture à la fin de chaque séance, assurant que la personne quitte la séance en se sentant mieux qu'au début. Si le traitement de l'événement traumatique cible n'est pas terminé en une seule séance, le thérapeute aide le patient à utiliser diverses techniques pour se calmer afin de retrouver un sentiment d'équilibre. La phase 8 a lieu au début des séances suivantes. Le thérapeute vérifie que les résultats positifs (SUD peu élevé, VOC élevé, pas de tension corporelle) se sont maintenus, identifie toute nouvelle cible pour le traitement et retraite ces cibles.

### **Violences sexuelles, éléments moteurs des infractions et EMDR**

Nous proposons que la thérapie EMDR est utile avec les auteurs de violences sexuelles pour réduire le risque de récidivisme en répondant aux facteurs contributifs et de vulnérabilité aux violences sexuelles, décrits auparavant comme les *éléments moteurs des infractions*. Nous considérons que les violences sexuelles sont propulsées par les éléments moteurs des infractions, qui peuvent constituer des croyances implicites, des facteurs de vulnérabilité, des stratégies de coping inadaptées ou toute combinaison de ces éléments, contribuant à traverser la ligne qui sépare conduites légales et illégales.

Le modèle du traitement adaptatif de l'information (TAI ; Shapiro, 1995, 2001), inhérent à la thérapie EMDR, fournit un cadre permettant de comprendre le processus de changement rapide observé dans la thérapie EMDR. Le TAI suggère que l'affect intense associé à l'expérience initiale interfère avec la capacité du cerveau à traiter les informations vers une résolution

adaptative. Par conséquent, les informations perceptuelles associées à l'événement traumatique ou envahissant, y compris les affects, cognitions, images et sensations corporelles, deviennent enregistrées de manière dysfonctionnelle et en somme isolées au sein du réseau mnésique. Des événements similaires rencontrés par la suite servent à déclencher ce matériel qui porte la vision du présent chez l'individu à être influencée par des distorsions affectives et cognitives forgées dans le passé.

Lorsqu'il est appliqué aux auteurs de violences sexuelles, le TAI (Shapiro, 1995, 2001) offre une explication des effets négatifs d'expériences non résolues, y compris celles comprenant des conduites dysfonctionnelles et déviantes. Chez les auteurs de violences sexuelles, diverses formes d'ACE (par exemple, en lien avec le désir d'obtenir de l'amour ou de l'attention ou avec une excitation sexuelle) laissent les auteurs avec des souvenirs déformés de ce qu'ils ont subi en tant que victimes, ce qui peut contribuer au développement des *éléments moteurs des infractions*.

### **Utilisation de l'EMDR avec les patients relevant de la psychiatrie légale**

Il existe un corpus de textes réduit mais croissant concernant l'utilisation de la thérapie EMDR avec des patients relevant de la psychiatrie légale ; cependant, une théorie qui éclaire une approche complète de l'utilisation de la thérapie EMDR avec cette population n'existe pas dans la littérature. La première application connue de l'EMDR auprès d'une population relevant de la psychiatrie légale peut se trouver dans les travaux de Datta et Wallace (1994, 1996). L'étude de 1996 a montré une augmentation de l'empathie éprouvée par l'auteur envers sa victime après la prise en charge EMDR. Dans cette étude, Datta et Wallace ont investigué leur hypothèse selon laquelle le fait de résoudre les traumatismes de l'enfance dans la prise en charge des auteurs de violences sexuelles réduirait l'anxiété et augmenterait l'empathie pour la ou les victimes, favorisant ainsi une rupture du cycle des infractions. Dix adolescents incarcérés qui possédaient des antécédents de maltraitements sexuelles ont participé à trois séances d'EMDR. Les mesures prises avant et après la prise en charge ont révélé une diminution statistiquement significative de l'anxiété et une augmentation de l'empathie envers la ou les victimes selon une échelle conçue pour l'étude. Les auteurs reconnaissent un plan d'étude faible ; cependant, leurs résultats significatifs méritent que cette théorie soit davantage explorée. Finlay (2002) a étudié l'ajout de la thérapie EMDR à un programme de type TCC avec

un traitement PR standard pour 27 auteurs masculins adultes de violences sexuelles. Une diminution importante et statistiquement significative des justifications des comportements illégaux chez les auteurs a été observée après la thérapie EMDR ciblant les traumatismes subis auparavant par les auteurs. Ceci suggère que le fait de traiter les traumatismes vécus par les auteurs, à l'aide de la thérapie EMDR, pourrait réduire leur propension à justifier les violences commises sur autrui.

Ricci (2006) a illustré l'EMDR en tant que prise en charge pertinente du trauma chez un auteur de violences sexuelles sur mineur, avec une augmentation observée de la motivation à suivre un traitement, ce qui constitue un élément important en termes de bénéfices apportés par la prise en charge. L'étude SOTEP mentionnée plus haut avait déjà montré que les participants qui manifestaient une motivation faible à suivre un traitement ne tiraient pas de bénéfice de leur participation et que le fait de ne pas s'occuper des problèmes de motivation à changer constituait un facteur prédictif de la récidive ou des échecs de prise en charge chez les auteurs qui n'acceptaient pas ou n'appliquaient pas les objectifs fondamentaux de l'évitement de la rechute (Marques, Nelson, Alarcon & Day, 2000). Il s'agissait également d'un facteur discriminant chez les auteurs à risque élevé qui assimilaient le matériel selon un échelle « Compris ! » (Got It scale ; Marques et coll., 2005, p. 102) conçue pour l'étude. Ceux qui manifestaient une compréhension récidivaient à un taux de 10 % tandis que ceux qui n'en montraient pas récidivaient à un taux de 50 % (Marques et coll., 2005). L'étude de cas de Ricci (2006) montrait également une réponse empathique accrue chez un auteur d'inceste après l'EMDR selon l'échelle *Sex Offender Treatment Rate Scale* (Anderson, Gibeau & D'Amora, 1995).

L'EMDR était de nouveau employé auprès de dix auteurs de violences sexuelles et a provoqué des changements significatifs au niveau des prises de conscience (compréhension de l'infraction), des pensées déviantes (impulsions associées aux infractions), de la conscience des risques situationnels (mettant en péril la capacité de se contrôler), de la motivation (quant au changement personnel au cours du traitement), de l'empathie envers les victimes (impact émotionnel des violences sexuelles) et de la révélation des infractions commises (Ricci & Clayton, 2008) ainsi qu'une diminution maintenue de l'excitation sexuelle déviante mesurée par la pléthysmographie pénienne chez neuf des dix sujets (Ricci, Clayton & Shapiro, 2006). Les résultats reflétant une diminution de l'excitation sexuelle sont particulièrement importants

étant donné le rapport de Hanson et Bussierre (1998) indiquant que l'intérêt sexuel déviant envers les enfants, tel que mesuré par phallométrie, constitue l'indicateur le plus puissant du récidivisme sexuel et l'observation de Hanson et Morton-Bourgon (2005) selon laquelle le récidivisme sexuel est associé à des intérêts sexuels déviants. Ten Hoor (2013) a appliqué l'EMDR à un auteur de violences sexuelles et a publié en 2013 une étude de cas unique décrivant l'utilité de la thérapie EMDR dans la restructuration de distorsions cognitives et dans l'amélioration de l'investissement de la prise en charge d'auteurs de violences sexuelles chez un auteur masculin adulte de violences sexuelles. Le corpus de recherches, réduit mais prometteur, concernant l'utilisation de l'EMDR auprès d'auteurs de violences sexuelles soutient un appel à des recherches futures. Des projets sont actuellement en cours à la clinique *Wisconsin's Sand Ridge Treatment Center* et à *Virginia Center for Behavioral Rehabilitation*.

### Appliquer le modèle des éléments moteurs des infractions à la thérapie EMDR

Notre approche de la thérapie des auteurs de violences sexuelles consiste à chercher, examiner et résoudre les expériences défavorables de l'enfance qui ont contribué à forger les *éléments moteurs des infractions* conçus comme ayant suscité les conduites de violences sexuelles. Dans ce cadre thérapeutique, le thérapeute tente de repérer les événements et les expériences précurseurs stockés de manière dysfonctionnelle, conçus comme ayant forgé les *éléments moteurs des infractions*. Étant donné l'environnement nouveau pour la prise en charge des auteurs de violences sexuelles qui sous-tend une approche des soins éclairée par la psychotraumatologie, nous avons le sentiment qu'une opportunité existe pour les thérapeutes qui sont prêts à suivre une formation spécialisée à la fois en thérapie EMDR et dans la prise en charge des auteurs de violences sexuelles, afin d'apporter un aspect supplémentaire important à la thérapie pour résoudre et modérer ces *éléments moteurs des infractions*. Une mise en garde s'impose : nous ne suggérons pas que ce protocole EMDR soit considéré comme un enseignement général pour les praticiens EMDR. Nous ne suggérons pas non plus que ce protocole EMDR puisse remplacer la prise en charge classique des auteurs de violences sexuelles, mais plutôt qu'il en constitue un complément. Les thérapeutes choisissant d'entreprendre un tel travail doivent participer à une formation spécialisée dans la prise en charge des auteurs de violences sexuelles et collaborer avec le soignant responsable de la prise en charge principale du patient.

## Un exemple de thérapie EMDR s'appuyant sur le modèle des éléments moteurs des infractions

Les détails du cas suivant ont été modifiés pour protéger l'identité du patient. Jared s'est présenté pour bénéficier d'une prise en charge hebdomadaire d'auteurs de violences sexuelles. C'était un homme de 28 ans qui paraissait un peu plus jeune que son âge réel. Les dossiers le décrivaient comme socialement isolé avec des compétences interpersonnelles fortement limitées. Jared a été condamné pour violences sexuelles sur mineur après avoir effectué un cunnilingus et pénétré du doigt le vagin de sa nièce âgée de sept ans à plusieurs reprises au cours d'une année.

### Antécédents associés

Pendant la phase 1 (recueil de l'histoire) de la thérapie EMDR de Jared, il a révélé que ses antécédents sexuels précoces sont caractérisés par des violences sexuelles, jusque-là jamais rapportées, subies à l'âge de quatre ans de la part d'un cousin de vingt ans. Jared se rappelle avoir joué dans une piscine avec son cousin plus âgé qui lui a demandé s'il voulait essayer quelque chose d'amusant. Le cousin a forcé la tête de Jared sous l'eau et a introduit son pénis dans sa bouche. Ceci a été répété plusieurs fois jusqu'à ce que le cousin éjacule. Jared se rappelle avoir éprouvé des émotions de panique et de peur. Par la suite, son cousin lui consacrait beaucoup de temps et d'attention, passant beaucoup de temps avec lui, ce que Jared appréciait naturellement. Jared a continué à faire des fellations de son plein gré sur son cousin chaque fois qu'ils se voyaient, jusqu'au jour où son cousin est parti au service militaire – Jared avait alors sept ans. Jared décrit maintenant l'incident sexuel comme effrayant et non voulu, mais sa description montre manifestement qu'il en était arrivé à penser qu'il s'était comporté de façon à susciter l'agression sexuelle en recherchant l'attention de son cousin plus âgé.

Dans les dossiers antérieurs, Jared était décrit comme un enfant étrange avec peu d'amis et des relations tendues avec ses parents. Depuis très tôt, il préférait rester seul dans sa chambre, avait un tempérament explosif, et quand on le confrontait, il adoptait une posture et un rugissement faisant penser à ceux d'un tigre, ce qui provoquait chez les autres de la peur ou des moqueries, mais qui les maintenait tout de même à distance. Il a été vu par plusieurs professionnels de la santé mentale au cours de son enfance et on lui a prescrit des médicaments dont la Ritaline en lien avec un diagnostic de trouble déficitaire de l'attention avec hyperactivité (TDAH), le Zoloft en lien avec

un diagnostic de dépression, du lithium en lien avec un diagnostic de trouble bipolaire de l'enfance et le Zyprexa en lien avec un diagnostic de pré-schizophrénie, mais aucun n'a montré d'efficacité. Son dossier de santé mentale datant de l'adolescence indiquait également que le diagnostic de personnalité schizoïde avait été exclu.

Au lycée, Jared demeurait sans ami et n'a jamais eu de rendez-vous amoureux. Il a développé une dépendance à la pornographie et se masturbait jusqu'à cinq fois par jour. Ses fantasmes sexuels concernaient les petites filles qu'il voyait dans des émissions télévisées comme *La Fête à la maison* ou les interactions sexuelles avec son cousin plus âgé. Il passait presque tout son temps dans sa chambre mais laissait sa nièce y jouer à des jeux vidéo quand elle venait à la maison. C'est dans ce contexte que se sont produites les violences sexuelles.

### Thérapie EMDR d'appoint

Jared ne s'impliquait que superficiellement dans son groupe de prise en charge des auteurs de violences sexuelles et était décrit par le responsable de la prise en charge comme étant réservé et sur la défensive. Les examens polygraphiques ont révélé que sa masturbation compulsive et son recours à la pornographie se poursuivaient. La thérapie EMDR était préconisée, compte tenu de son implication faible dans la prise en charge et du peu de progrès. Jared a été orienté vers une praticienne EMDR qui était également formée et qualifiée pour offrir une prise en charge des auteurs de violences sexuelles. Les thérapeutes ont collaboré et conceptualisé le cas de Jared avec les *éléments moteurs des infractions* de la manière suivante :

- Croyances implicites : (a) le monde est dangereux (en lien avec le viol buccal initial) ; (b) les enfants sont des êtres sexuels curieux (en lien avec son implication sexuelle « consensuelle » avec son cousin aîné ; (c) la nature des préjugés (en lien avec sa croyance que, s'il n'a pas apprécié le viol buccal initial qui l'a effrayé, par comparaison, aucun mal n'a été causé par les activités sexuelles « consensuelles » subséquentes avec ce cousin).
- Trajectoires menant à l'infraction : (a) des scripts sexuels déformés/déviant, (b) des déficits de l'intimité, (c) une dysrégulation émotionnelle.
- Facteur de vulnérabilité : (a) une dysrégulation émotionnelle (en lien avec le recours à des pensées et à des conduites sexuelles pour gérer la détresse émotionnelle), (b) des scripts sexuels déformés (en lien avec la croyance « j'obtiens de l'attention et une connexion par le sexe »), (c) des déficits de l'intimité

(en lien avec la croyance « je ne suis pas important »),  
(d) des déficits de l'intimité (en lien avec la croyance  
« je ne peux pas faire confiance aux autres »).

- Style d'autorégulation : évitant-actif (mal régulé).

Dans la phase 3 de sa thérapie EMDR, pendant l'identification de la cible, la praticienne EMDR a aidé Jared à travailler sur la cible du viol buccal qui a eu lieu dans la piscine quand il avait quatre ans. Jared a identifié la cognition négative (CN) « je ne suis pas important, je n'ai aucune valeur » et, comme cela correspondait à la conceptualisation du thérapeute spécialisé dans le traitement des auteurs de violences sexuelles, la praticienne EMDR a conservé cette cognition. Jared a pu aisément traiter et terminer les huit phases de l'EMDR au cours de quatre séances, réduisant le SUD d'une valeur initiale de 9 jusqu'à une valeur de 1.

Au cours des semaines suivantes, le conseiller pénitentiaire d'insertion et de probation de Jared, les membres de sa famille, son thérapeute spécialisé dans le traitement des auteurs de violences sexuelles et Jared lui-même ont tous décrit son changement, se traduisant par une sociabilité accrue, une meilleure humeur générale ainsi qu'une irritabilité et une réactivité réduites. Jared était content de son progrès et a noté que la fréquence de sa masturbation avait diminué à un niveau qu'il considérait approprié. Il indiquait qu'il n'éprouvait plus d'envie de fantasmer sur les maltraitements sexuelles subies dans l'enfance, sur sa victime ni même de regarder de la pornographie. Sa thérapie EMDR était alors considérée comme terminée et Jared est retourné dans son groupe de traitement des auteurs de violences sexuelles ; son thérapeute l'y a décrit comme étant plus impliqué qu'auparavant. Environ huit semaines plus tard, Jared a demandé un rendez-vous en thérapie EMDR après avoir dit à son groupe qu'il avait rechuté en regardant de nouveau de la pornographie, ce qui conduisait à des fantasmes malsains et déviants. On a formulé l'hypothèse selon laquelle l'EMDR n'avait pas traité adéquatement la croyance implicite, *élément moteur de l'infraction*, que les enfants sont des êtres sexuels, sexuellement curieux, et que l'absence d'usage de la force dans les interactions sexuelles avec des adultes déterminait leur innocuité.

Jared a repris sa thérapie EMDR et cette fois, au cours de la phase 3 de la thérapie EMDR (sélection des cibles), il a été orienté vers le souvenir d'une maltraitance sexuelle ultérieure dans l'enfance, de la part de son cousin, sans recours à la force. Jared a alors choisi la CN « je suis sans valeur », puis, encouragé à explorer le souvenir plus en détail, il a fini par identifier « je

ne suis vraiment pas aimable ». Pour l'aider à trouver cette CN, la praticienne EMDR s'est basée sur sa connaissance des *éléments moteurs des infractions* que sont les croyances implicites forgées par son auto-attribution erronée de la responsabilité. La praticienne avait conscience que Jared avait précédemment décrit les comportements de ses victimes en disant : « Elle me draguait, se tortillait sur mes genoux, vous savez ce que font les enfants quand ils recherchent de l'attention ». Cette déclaration illustrait la croyance implicite de Jared que *les enfants sont des êtres sexuels* qui aiment le sexe et qui possèdent les connaissances et la capacité nécessaires pour initier des activités sexuelles dans la recherche de plaisir. Si elle n'était pas retraitée, cette croyance n'apportait aucune barrière à une idéation sexuelle continue à l'égard des enfants, qu'il s'agisse de Jared lui-même ou des victimes. Au cours des trois séances d'EMDR suivantes, Jared est parvenu à reconnaître que même si son cousin n'avait pas eu recours à la force physique lors des agressions ultérieures, il avait profité du besoin d'attention de Jared en se servant de lui sexuellement. Le lien s'est fait spontanément avec les violences sexuelles que Jared avait commises sur sa nièce ; il a reconnu qu'elle « voulait seulement que je m'occupe d'elle et que je lui prête attention. Elle ne voulait pas de contact sexuel. Et je n'en voulais pas non plus quand j'avais son âge ». Pendant la phase 5 (en installant et en renforçant la CP), la cognition positive nouvellement identifiée, « je peux avoir confiance en quelques personnes qui aimeront celui que je suis vraiment », a été installée et renforcée.

La thérapie EMDR de Jared était de nouveau considérée comme terminée et il est retourné vers le traitement de groupe où il a rempli tous les objectifs thérapeutiques et répondu aux attentes dans l'année. Il n'a plus rapporté de rechute au niveau des conduites sexuelles ou d'une idéation sexuelle problématique lors de sa dernière année de traitement ni pendant les deux années suivantes à l'occasion des séances de suivi annuel qui relèvent de son traitement et de la dernière phase de son contrôle judiciaire.

### Considérations pour l'emploi du développement et de l'installation de ressources

Korn et Leeds (2002) ont développé le Développement et installation de ressources (DIR) qui est maintenant intégré aux formations approuvées par l'association EMDRIA (EMDR International Association). Le DIR est conçu pour apporter au patient EMDR des émotions ou des images de force afin de faciliter sa capacité à traiter un matériel difficile. Bien que nous



respectons cette intervention pour son utilité, nous suggérons qu'elle soit utilisée avec prudence auprès d'individus qui ont gravement blessé d'autres personnes. Dans l'application de la conceptualisation des *éléments moteurs des infractions* à des cas de violences sexuelles dans l'enfance chez des individus qui ont agressé sexuellement d'autres personnes, par exemple, les praticiens EMDR doivent demeurer conscients que le patient retrace probablement les violences sexuelles qu'il a lui-même subies dans l'enfance tout en retraçant simultanément et secrètement les agressions commises contre d'autres. Quand la conceptualisation de cas est correcte, il est fréquent que les cognitions du patient au cours de la phase de désensibilisation (phase 4) évoluent depuis l'expérience négative ciblée de l'enfance vers les agressions sexuelles commises pendant le déroulement du retraitement (p. ex. « La fois où j'ai pensé aux agressions que j'ai commises, et je réalise que j'ai employé les mêmes moyens que mon agresseur »). Pour cette raison, nous suggérons que le DIR soit employé avec prudence. Par exemple, un patient qui s'approchait de la fin de son programme de traitement des auteurs de violences sexuelles continuait à manifester une dynamique de risque durable qui inquiétait le professionnel chargé du programme. Il a été orienté en thérapie EMDR et était en début de retraitement (phase 4) mais restait bloqué, énonçant qu'il hésitait à traiter le matériel en se justifiant par le fait qu'il ne souhaitait pas minimiser les violences qu'il avait subies en réduisant sa détresse associée. Sa praticienne EMDR a émis l'hypothèse que la véritable source de sa peur était celle d'éprouver les émotions et sensations intenses dont il anticipait la survenue par le traitement EMDR. Étant donné que sa praticienne EMDR était également une psychothérapeute spécialisée dans la prise en charge des auteurs de violences sexuelles, elle a reconnu que le patient parlait de ne pas revenir à la minimisation de ses infractions mais qu'il présentait la question, sous forme similaire, comme étant associée aux agressions sexuelles qu'il avait lui-même subies dans l'enfance. La thérapeute savait qu'en utilisant le DIR pour augmenter les forces, elle risquait de soutenir la distorsion cognitive selon laquelle s'il était assez fort et assez compétent pour pouvoir penser aux agressions sexuelles subies, alors sa victime aussi serait assez forte pour gérer les agressions qu'il lui avait infligées, soutenant ainsi la croyance reconfortante qu'il avait occasionné des torts minimes par des agressions sexuelles. Il faut noter qu'il ne s'agit pas là d'un processus conscient que le patient pourrait verbaliser, et c'est pour cette raison que le praticien EMDR doit rester très attentif aux dynamiques cognitives et émotionnelles potentielles

sous-jacentes afin d'éviter ce qui est contre-indiqué dans la thérapie des auteurs de violences sexuelles.

## Éclairage sur les tissages cognitifs

Shapiro (2001) décrit la technique des tissages cognitifs destinés à aider les patients à surmonter des blocages du traitement qui se produisent pendant la phase de retraitement (phase 4). Un exemple donné lors des formations pour enseigner l'utilisation des tissages cognitifs est le suivant :

Un homme a été sexuellement agressé à l'âge de quatorze ans par un ami de la famille. Sa cognition négative est « je suis abimé ». Sa cognition positive est « je suis OK comme je suis ». Au cours du traitement par les SBL, il se trouve bloqué sur la pensée « je l'ai mérité ».

Un tissage cognitif typique et parfaitement approprié serait quelque chose qui permettrait au patient de comprendre qu'il n'est pas sans valeur et qu'il ne mérite pas d'être agressé. Toutefois, dans ce cas précis, supposons que l'homme suit un traitement pour avoir sexuellement agressé une adolescente et qu'il est parvenu à se convaincre qu'elle était sexuellement intéressée par lui, qu'elle le draguait et qu'elle voulait apprendre et expérimenter le sexe avec lui (selon la croyance implicite que les enfants sont des êtres sexuels). Dans la conceptualisation de cas, cette croyance implicite a joué le rôle d'un *élément moteur de l'infraction* ; le praticien EMDR doit donc prendre cela en compte en concevant son intervention de tissage cognitif. Par exemple, quand le patient tourne en boucle avec la croyance « je méritais ce que m'est arrivé », le praticien EMDR peut reconnaître que le patient a probablement le sentiment d'avoir fait quelque chose pour susciter les violences sexuelles qu'il a lui-même subies à l'âge de quatorze ans et que ceci a aidé à forger la croyance implicite, transposé lors des violences sexuelles commises, que sa jeune victime aussi avait suscité son agression. Puisqu'il s'agit là d'informations stockées de manière inadap-tée chez le patient, le thérapeute souhaite cibler pour restructurer la croyance implicite (*l'élément moteur des infractions*) ; un tissage cognitif plus approprié serait « quand vous revisitez le souvenir cible (les maltraitements sexuels dans l'enfance), essayez d'observer et d'apprendre ce que vous souhaitez ou ce dont vous avez besoin de sa part en étant là avec lui (votre agresseur). » Quand le patient reprend le retraitement, il arrive à reconnaître qu'il souhaitait seulement recevoir de l'attention, de la reconnaissance ou une amitié de la part du garçon plus âgé et qu'il n'a rien fait pour

« susciter » les actes sexuels qu'il a subis. Cette intervention intègre alors des cognitions adaptatives qui neutralisent les croyances implicites qui sous-tendent les infractions (*éléments moteurs des infractions*).

## Discussion

Le domaine du traitement des auteurs de violences sexuelles et celui de la psychologie légale en général ont peu à peu reconnu la prévalence de l'adversité et des psychotraumatismes dans l'enfance chez la population criminelle ainsi que le rôle qu'ils jouent. Les programmes de traitement, reconnaissant que les séquelles traumatiques constituent des barrières à la réponse des patients au traitement et à leur motivation à y participer, ont ajusté la prise en charge proposée en conséquent. Le domaine du traitement des auteurs de violences sexuelles a évolué vers la prise en compte de l'étiologie et des objectifs des approches plutôt que de se centrer seulement, comme par le passé, sur les objectifs d'évitement et de prévention des récidives. Ces changements fournissent l'occasion pour les thérapeutes en psychotraumatologie d'ajouter au traitement des auteurs de violences sexuelles, des interventions de résolution des traumas, censées augmenter l'aptitude et la motivation à participer au traitement et résoudre certains des facteurs ayant pu jouer un rôle moteur dans les comportements criminels au départ et pouvant encore le faire.

Cet article constitue notre première tentative de décrire un processus permettant d'identifier et de résoudre les facteurs que nous appelons les *éléments moteurs des infractions*, conçus comme ayant contribué à et motivé les infractions sexuelles et pouvant donc demeurer impliqués dans le risque de récidive. Le point de vue généralement accepté dans la littérature actuelle sur les auteurs de violences sexuelles considère que les violences sexuelles s'expliquent par des variables émotionnelles, cognitives et comportementales. Ward et Siegert (2002) ont pris en considération les théories existantes pour développer le modèle des trajectoires qui comprend ces trois domaines. L'idée de l'étiologie est inhérente au modèle des trajectoires, ce qui signifie qu'il existe des trajectoires multiples conduisant aux maltraitances sexuelles, chacune impliquant des influences développementales. Dans le modèle des trajectoires, des déclencheurs situationnels interagissent avec les prédispositions particulières de l'auteur potentiel à agresser sexuellement d'autres personnes et avec ses facteurs particuliers de vulnérabilité, résultant ainsi en une agression sexuelle. Nous proposons que l'identification, le ciblage et la résolution systématique des *éléments moteurs des infractions* modèrent ou éliminent les facteurs personnels de prédisposition/vulnérabilité,

enlevant ainsi l'un des éléments de la formule de la récidive « facteur de risque versus déclencheur situationnel ». De nouveau, nous ne suggérons pas cela pour remplacer les modèles de traitement des auteurs de violences sexuelles relevant des meilleures pratiques, qui ont démontré des niveaux d'efficacité statistiquement significatifs de manière constante. Nous suggérons plutôt qu'il peut s'agir d'un complément précieux permettant de renforcer l'objectif principal du traitement, à savoir la réduction des risques. Nous avons analysé quelques études de petite taille dans lesquelles la thérapie EMDR était utilisée auprès de populations criminelles avec des résultats favorables, suggérant un besoin d'études supplémentaires. Le modèle proposé dans cet article s'appuie sur plusieurs théories existantes de la littérature sur les auteurs de violences sexuelles, dont certaines n'ont pas encore été adéquatement testées par la recherche. Ces modèles et concepts incluent la MAR, le modèle des trajectoires, les croyances implicites des agresseurs d'enfants, les croyances implicites des violeurs, le modèle risque-besoins-réactivité, les facteurs de risque dynamiques stables et les besoins criminogènes. Tous les concepts intégrés à notre cadre constituent des idées réputées qui font partie des « meilleures pratiques » actuelles pour le traitement des auteurs de violences sexuelles et qui ont connu une popularité accrue auprès des professionnels nord-américains proposant une prise en charge en ce domaine (McGrath, Cumming, Burchard, Zeoli & Ellerby, 2009).

La thérapie des auteurs de violences sexuelles constitue un champ spécialisé qui requiert généralement une licence ou une accréditation validées par un organisme gouvernemental tel qu'un ordre professionnel de psychologues. La thérapie EMDR est également une spécialisation qui requiert des qualifications particulières et la preuve de compétences afin d'obtenir l'accréditation d'EMDR<sup>1</sup>. Nous pensons que l'opportunité existe de créer une démarche synergique entre ces champs pour répondre au problème du traitement psychologique médico-légal en y incluant tant les criminels dans leur ensemble que les auteurs de violences sexuelles. Nous suggérons que cette collaboration requiert que le spécialiste de chaque domaine s'appuie sur l'expertise de l'autre afin d'orienter les interventions thérapeutiques vers des bénéfices aussi importants que possible. Les idées que nous présentons ici nécessitent une collaboration entre deux disciplines spécialisées du domaine de la santé mentale : le traitement des auteurs de violences sexuelles et le traitement du trauma. Afin

<sup>1</sup>NdT : Ou celle d'une autre association EMDR officielle telle que les associations EMDR Europe, EMDR Asia ou EMDR Iberoamerica.

que la mise en œuvre du modèle produise les plus grands bénéfices, nous pensons que chacun de ces champs spécialisés doit être compris et accepté par les praticiens qui doivent construire une relation professionnelle rapprochée et collaborative.

Nous nous focalisons dans cette section sur les caractéristiques auxquelles devrait être attentif un thérapeute non spécialisé dans le traitement des auteurs de violences sexuelles lorsqu'il travaille avec cette population. Il y a certainement des choses auxquelles un spécialiste du traitement des auteurs de violences sexuelles devrait s'attendre et qu'il devrait respecter lorsqu'il travaille avec un praticien EMDR qui méritent aussi de l'attention mais qui dépassent le cadre de cet article. Les exemples de cas que nous apportons le sont à titre d'illustration et ne peuvent pas remplacer la formation rigoureuse nécessaire dans chacun de ces champs de spécialisation. Nous proposons ces théories et ces illustrations de cas dans l'espoir d'engendrer une conversation et une collaboration en vue de maximiser les démarches thérapeutiques mises en œuvre pour résoudre des problèmes socialement néfastes.

Le traitement des auteurs de violences sexuelles diffère de certaines manières considérablement de la thérapie standard en santé mentale et le praticien EMDR qui applique ces concepts doit être formé au traitement des auteurs de violences sexuelles et bien au fait de ces différences. En plus de la formation formelle au traitement et à la gestion des auteurs de violences sexuelles qui est incontournable, nous soulignons quelques points clés dont les praticiens EMDR doivent être conscients lorsqu'ils commencent à travailler avec cette population :

- Les praticiens EMDR doivent garder à l'esprit que le patient s'est servi d'actes sexuels pour blesser des personnes. C'est important car, contrairement à d'autres patients confrontés à des traumatismes qui, s'ils deviennent submergés, peuvent passer à l'acte, par exemple, en consommant des substances ou en s'automutilant, les patients qui ont déjà agressé d'autres personnes peuvent le faire à nouveau et cela justifie une attention toute particulière reposant sur des mesures de sécurité collective.
- Les praticiens EMDR doivent reconnaître qu'ils font partie d'une équipe plus vaste avec laquelle le partage d'informations est nécessaire pour aider à assurer la sécurité collective. Les membres de cette équipe comprennent généralement les tribunaux et par extension un conseiller pénitentiaire d'insertion et de probation, les spécialistes en thérapie des auteurs de violences sexuelles, l'expert en polygraphie ainsi qu'une équipe municipale de soutien et de responsabilité en présumant que le patient y vit.
- Les patients impliqués au niveau judiciaire, tels que les auteurs condamnés pour violences sexuelles, ont souvent une obligation de soins prononcée par le juge et ils peuvent se montrer résistants et difficiles à impliquer dans tout effort. Des compétences particulières en entretiens motivationnels sont utiles pour établir une relation thérapeutique opérationnelle.
- Le patient, auteur de violences sexuelles, peut apporter des détails sexuels très explicites concernant son délit ou son crime. Bien que les praticiens EMDR puissent être habitués à entendre les détails des violences subies depuis la perspective de la victime, il peut être troublant d'entendre décrire ces mêmes détails du point de vue de l'auteur. Le praticien EMDR devrait être prêt à recourir à la supervision et aux techniques d'autosoins pour éviter la traumatisation vicariante.
- Il existe un niveau élevé de déni chez les auteurs de violences sexuelles qui doit être pris en compte. Par le déni, nous n'entendons pas nécessairement le déni catégorique de tout acte répréhensible, mais plutôt des couches de déni sur lesquelles peut compter l'auteur pour se protéger de la reconnaissance de la souffrance provoquée, par exemple. En raison de cela, le traitement des auteurs de violences sexuelles tend à être plus structuré et dirigé par le thérapeute et le processus thérapeutique EMDR requiert souvent une telle structure, comme l'exemple de cas précédent l'a montré. Par exemple, il est recommandé que le praticien EMDR oriente la sélection du souvenir cible en fonction de la conceptualisation des *éléments moteurs des infractions* du professionnel responsable du traitement des auteurs de violences sexuelles. De manière similaire, la conceptualisation de cas doit éclairer le développement et la mise en œuvre des cognitions négatives et positives ainsi que les tissages cognitifs, tel que décrit dans cet article. Un autre aspect du déni peut provenir de la perception déformée chez l'auteur des violences sexuelles qu'il a lui-même subies dans l'enfance, contre lesquelles il peut se défendre. Ceci a pour effet de forger des croyances déformées, souvent implicites, chez l'auteur concernant, par exemple, les relations sexuelles entre adultes et enfants, qui s'inscrivent dans l'enchaînement des infractions commises et en deviennent un *élément moteur*. Quelques exemples fréquents sont « j'ai fait des choses pour provoquer les trucs sexuels qui me sont arrivés quand j'étais enfant et j'ai vu ma victime faire les mêmes choses » et « j'aimais le contact sexuel avec mon agresseur. Ainsi je sentais qu'on s'occupait de moi alors je sais que mes actes ont fait que ma victime se sentait plus proche de moi ».

- Le DIR doit être appliqué avec beaucoup de précaution afin de ne pas renforcer les croyances qui soutiennent les infractions. Comme l'exemple de cas précédent l'a montré, les cognitions du patient auteur de violences sexuelles évoluent typiquement vers les délits ou crimes commis lors du retraitement des violences sexuelles qu'il a subies dans l'enfance. Cependant, dans le cas où ceci ne se produit pas spontanément, il est recommandé que le praticien EMDR prenne les délits ou crimes de l'auteur comme cible avant la fin de la thérapie EMDR afin de s'assurer que la dynamique relationnelle pertinente et tous les souvenirs stockés de manière dysfonctionnelle, censés jouer un rôle moteur dans le processus des violences sexuelles, ont émergé et ont été résolus. Également, tel qu'illustré, le praticien EMDR doit faire preuve de prudence pour ne pas intervenir concernant des choses qui pourraient renforcer ou solidifier le déni, la minimisation ou les distorsions cognitives de l'auteur à l'égard des infractions commises. Ceci est souvent contre-intuitif et se gère le mieux par une collaboration étroite avec le professionnel responsable du traitement des auteurs de violences sexuelles. De manière similaire, des cibles thérapeutiques auxiliaires, comme des sentiments de honte à l'égard des actes commis, doivent être traitées avec précaution et seulement après la résolution de tous les éléments moteurs des infractions.

## Bibliographie

- Anderson, R., Gibeau, D. & D'Amora, D. (1995). The Sex Offender Treatment Rating Scale: Initial reliability data. *Sexual Abuse, 7*(3), 221–277.
- Andrews, D. & Bonta, J. (Eds.). (2010). *The psychology of criminal conduct* (5e éd.). New Providence, NJ: LexisNexis.
- Andrews, D. A., Bonta, J. & Hoge, R. D. (1990). Classification for effective rehabilitation: Rediscovering psychology. *Criminal Justice and Behavior, 17*, 19–52.
- Carich, M. S., Colwick, R., Cathell, K. & Moore, M. E. (2015). Resolving trauma-related issues in contemporary treatment of offenders: A brief overview. *ATSA Forum Newsletter, 27*(3).
- Datta, P. C. & Wallace, J. (1994, May). *Treatment of sexual traumas of sex offenders using eye movement desensitization and reprocessing*. Communication présentée lors du 11<sup>e</sup> Symposium annuel de psychologie légale, San Francisco, Californie, États-Unis.
- Datta, P. C. & Wallace, J. (1996, November). *Enhancement of victim empathy along with reduction of anxiety and increase of positive cognition of sex offenders after treatment with EMDR*. Communication présentée lors du congrès annuel d'EMDR/IA, Denver, Colorado, États-Unis.
- D'Orazio, D. M. (2013). Lessons learned from history and experience: Five simple ways to improve the efficacy of sexual offender treatment. *International Journal of Behavioral Consultation and Therapy, 8*(3–4), 2–7.
- Duke, N. N., Pettingell, S. L., McMorris, B. J. & Borowsky, I. W. (2010). Adolescent violence perpetration: Associations with multiple types of adverse childhood experiences. *Pediatrics, 125*(4), 778–786.
- Dweck, C. S., Chiu, C., & Hong, Y. (1995). Implicit theories and their role in judgments and reactions: A world from two perspectives. *Psychological Inquiry, 6*(4), 267–285.
- Felitti, V. J., Anda, R. F., Nordenberg, D., Williamson, D. F., Spitz, A. M., Edwards, V., . . . Marks, J. S. (1998). Relationship of childhood abuse and household dysfunction to many of the leading causes of death in adults. The Adverse Childhood Experiences (ACE) study. *American Journal of Preventive Medicine, 14*, 245–258.
- Finkelhor, D. (1984). *Child sexual abuse: New theory and research*. New York, NY: Free Press.
- Finkelhor, D. (1986). *A sourcebook on child sexual abuse*. Beverly Hills, CA: Sage.
- Finlay, P. (2002). Eye movement desensitization and reprocessing (EMDR) in the treatment of sex offenders. *Dissertation Abstracts International, 63*(10). (UMI No. 3068413).
- Greenwald, R. (2002). The role of trauma in conduct disorder. *Journal of Aggression, Maltreatment, and Trauma, 6*, 5–23.
- Greenwald, R. (2009). *Treating problem behaviors: A trauma-informed approach*. New York, NY: Routledge.
- Hall, G. C. N. & Hirschman, R. (1992). Sexual aggression against children: A conceptual perspective of etiology. *Criminal Justice and Behavior, 19*, 8–23.
- Hanson, R. K. & Bussière, M. T. (1998). Predicting relapse: A meta-analysis of sexual offender recidivism studies. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 66*(2), 348–362.
- Hanson, R. K., Gordon, A., Harris, A. J. R., Marques, J. K., Murphy, W., Quinsey, V. L. & Seto, M. C. (2002). First report of the collaborative outcome data project on the effectiveness of psychological treatment for sex offenders. *Sexual Abuse, 14*(2), 169–194.
- Hanson, R. K. & Morton-Bourgon, K. E. (2005). The characteristics of persistent sexual offenders: A meta-analysis of recidivism studies. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 73*(6), 1154–1163.
- Keenan, T. & Ward, T. (2000). A theory of mind perspective on cognitive, affective, and intimacy deficits in child sexual offenders. *Sexual Abuse, 12*(1), 49–60.
- Korn, D. L. & Leeds, A. M. (2002). Preliminary evidence of efficacy for EMDR resource development and installation in the stabilization phase of treatment of complex posttraumatic stress disorder. *Journal of Clinical Psychology, 58*(12), 1465–1487.
- Laws, D. R., Hudson, S. M. & Ward, T. (2000). *Remaking relapse prevention with sex offenders: A sourcebook*. Thousand Oaks, CA: Sage.
- Levenson, J. S., Willis, G. & Prescott, D. (2014). Adverse childhood experiences in the lives of male sex offenders: Implications for trauma-informed care. *Sexual Abuse. Advance online publication*. <http://dx.doi.org/10.1177/1079063214535819>
- Marques, J. K., Day, D. M., Nelson, C. & West, M. A. (1994). Effects of cognitive-behavioral treatment on sex



- offender recidivism: Preliminary results of a longitudinal study. *Criminal Justice and Behavior*, 21, 28–54.
- Marques, J. K., Nelson, C., Alarcon, J. M. & Day, D. M. (2000). Preventing relapse in sex offenders: What we learned from SOTEP's experimental program. In D. R. Laws, S. M. Hudson, & T. Ward (Eds.), *Remaking relapse prevention: A sourcebook* (pp. 321–340). Thousand Oaks, CA: Sage.
- Marques, J. K., Wiederanders, M., Day, D. M., Nelson, C. & Van Ommeren, A. (2005). Effects of a relapse prevention program on sexual recidivism: Final results from California's sex offender treatment and evaluation project (SOTEP). *Sexual Abuse*, 17(1), 79–107.
- Marshall, W. L. & Barbaree, H. E. (1990). An integrated theory of the etiology of sexual offending. In the W. L. Marshall, D. L. Laws, & H. E. Barbaree (Eds.), *Handbook of sexual assault: Issues, theories and treatment of the offender* (pp. 257–275). New York, NY: Plenum.
- McGrath, R. J., Cumming, G. F., Burchard, B. L., Zeoli, S. & Ellerby, L. (2009). *Current practices and emerging trends in sexual abuser management*. Brandon, VT: Safer Society Press.
- Mihailides, S., Devilly, G. J. & Ward, T. (2004). Implicit cognitive distortions and sexual offending. *Sexual Abuse*, 16(4), 333–350.
- National Scientific Council on the Developing Child. (2010). *Early experiences can alter gene expression and affect long-term development: Working paper no. 10*. Retrieved from <http://www.developingchild.net>
- Pithers, W. D., Marques, J. K., Gibat, C. C. & Marlatt, G. A. (1983). Relapse prevention: A self-control model of treatment and maintenance of change for sexual aggressives. In J. Greer & I. R. Stuart (Eds.), *The sexual aggressor: Current perspective on treatment*. New York, NY: Van Nostrand Reinhold.
- Polaschek, D. L. L. & Gannon, T. A. (2004). The implicit theories of rapists: What convicted offenders tell us. *Sexual Abuse*, 16(4), 299–314.
- Quas, J. A., Goodman, G. S. & Jones, D. P. H. (2003). Predictors of attributions of self-blame and internalizing behavior problems in sexually abused children. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 44(5), 723–736.
- Reavis, J. A., Looman, J., Franco, K. A. & Rojas, B. (2013). Adverse childhood experiences and adult criminality: How long must we live before we possess our own lives? *The Permanente Journal*, 17(2), 44–48.
- Ricci, R. J. (2006). Trauma resolution using eye movement desensitization and reprocessing with an incestuous sex offender: An instrumental case study. *Clinical Case Studies*, 5, 248–265.
- Ricci, R. J. & Clayton, C. A. (2008). Trauma resolution treatment as an adjunct to standard treatment for child molesters: A qualitative study. *Journal of EMDR Practice and Research*, 2(1), 41–50.
- Ricci, R. J., Clayton, C. A. & Shapiro, F. (2006). Some effects of EMDR on previously abused child molesters: Theoretical reviews and preliminary findings. *Journal of Forensic Psychiatry and Psychology*, 17, 538–562.
- Rice, M. E. & Harris, G. T. (2003). The size and sign of treatment effects in sex offender therapy. In R. A. Prentky, E. S. Janus, & M. C. Seto (Eds.), *Annals of the New York Academy of Science* (Vol. 989, pp. 428–440). New York, NY: New York Academy of Sciences.
- Schmucker, M. & Lösel, F. (2015). The effects of sexual offender treatment on recidivism: An international meta-analysis of sound quality evaluations. *Journal of Experimental Criminology*, 11, 597–630. <http://dx.doi.org/10.1007/s11292-015-9241-z>
- Shapiro, F. (1989). Efficacy of the eye movement desensitization procedure in the treatment of traumatic memories. *Journal of Traumatic Stress Studies*, 2(2), 199–223.
- Shapiro, F. (1995). *Eye movement desensitization and reprocessing: Basic principles, protocols, and procedures*. New York, NY: Guilford Press.
- Shapiro, F. (2001). *Eye movement desensitization and reprocessing: Basic principles, protocols and procedures* (2<sup>e</sup> éd.). New York, NY: Guilford Press.
- Shapiro, F. (2002). Paradigms, processing, and personality development. In F. Shapiro (Ed.), *EMDR as an integrative psychotherapy approach: Experts of diverse orientations explore the paradigm prism* (pp. 3–26). Washington, DC: American Psychological Association Press.
- Siegel, D. J. (2002). The developing mind and the resolution of trauma: Some ideas about information processing and an interpersonal neurobiology of psychotherapy. In F. Shapiro (Ed.), *EMDR as an integrative psychotherapy approach: Experts of diverse orientations explore the paradigm prism* (pp. 85–122). Washington, DC: American Psychological Association Press.
- Stickgold, R. (2002). EMDR: A putative neurobiological mechanism of action. *Journal of Clinical Psychology*, 58, 61–75.
- Ten Hoor, N. M. (2013). Treating cognitive distortions with EMDR: A case study of a sex offender. *International Journal of Forensic Mental Health*, 12(2), 139–148.
- Van der Kolk, B. A. (2002). Beyond the talking cure: Somatic experience and subcortical imprints in the treatment of trauma. In F. Shapiro (Ed.), *EMDR as an integrative psychotherapy approach: Experts of diverse orientations explore the paradigm prism* (pp. 7–84). Washington, DC: American Psychological Association Press.
- Ward, T. & Hudson, S. M. (1996). Relapse prevention: A critical analysis. *Sexual Abuse*, 8, 177–200.
- Ward, T., Hudson, S. M. & Keenan, T. (1998). A self-regulation model of the sexual offense process. *Sexual Abuse*, 10(2), 141–157.
- Ward, T. & Keenan, T. (1999). Child molester's implicit theories. *Journal of Interpersonal Violence*, 14, 821–838.
- Ward, T. & Siegert, R. J. (2002). Toward a comprehensive theory of child sexual abuse: A theory knitting perspective. *Psychology, Crime, and Law*, 8, 319–351.
- Wolpe, J. (1982). *The practice of behavior therapy*. New York, NY: Pergamon Press.

Toute correspondance concernant cet article peut être adressée à Ronald J. Ricci, Specialized Treatment Services of Virginia, Charlottesville, Virginia, 2200 Arch Street, Unit 205, Philadelphia, PA 19103-1348, États-Unis. Courriel: [atsacave@hotmail.com](mailto:atsacave@hotmail.com)