



L'approche TF-CBT pour les enfants victimes d'agression sexuelle

Présentation dans le cadre du Symposium sur le trauma complexe

Juin 2019







Martine Hébert, Ph.D.

Université du Québec à Montréal Chaire interuniversitaire Marie-Vincent sur les agressions sexuelles envers les enfants Chaire du Canada sur les traumas interpersonnels et la résilience

Claudia Blanchard-Dallaire, Ph.D.

Psychologue Fondation Marie-Vincent

Plan de l'atelier



- Choix de l'approche TF-CBT et première phase d'évaluation des effets
- Objectifs et principales composantes du TF-CBT
- Diversité des profils chez les enfants victimes d'agression sexuelle (AS)
- Adaptation dans le cas de traumas multiples
 - Vignette clinique : Kevin



Choix de l'approche TF-CBT et première phase d'évaluation





- Recensions identifient une variété d'approches (psychoéducative, cognitivo-comportementale, psychodynamique, centrée sur le trauma, thérapie par le jeu)
- Variation quant au nombre et durée des sessions, de la modalité proposée (intervention individuelle, de groupe ou familiale)
- Méta-analyses : importante disparité quant aux effets des traitements mais les données probantes favorisent les interventions d'approche cognitivo-comportementale
- Trauma-Focused Cognitive Behavioral Therapy (TF-CBT) (Cohen, Deblinger, & Mannarino)





Objectifs et modalités du TF-CBT

Objectifs du traitement



- Augmenter le sentiment de pouvoir d'agir
- Diminuer la détresse et les symptômes liés à l'AS
- Aider l'enfant à retrouver un bon niveau de fonctionnement general
- S'assurer que l'enfant (et son accompagnateur)
 n'entretient pas d'erreurs de pensées ou des pensées nuisibles face à l'AS

Objectifs du traitement



- Diminuer les risques de revictimisation
- Renforcer certains apprentissages appropriés
- Augmenter la communication parent(s)-enfant (ou accompagnateur-enfant)
- Semer de l'espoir



Modalités du traitement



Rencontres avec l'enfant Rencontres avec le parent (accompagnateur)

Rencontres conjointes P-E

Rencontres familiales au besoin

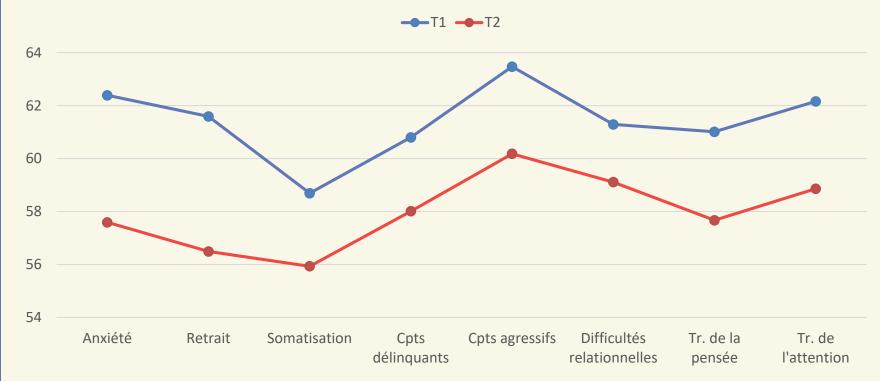
≈ 12 rencontres de 90 minutes

Effets du traitement

	Groupe de tx TF-CBT	Groupe de comparaison	
	M adj.	M adj.	p
Instruments complétés par les enfants			
Estime de soi	20,17	18,81	**
Anxiété	3,72	5,18	**
Dépression	2,53	3,60	**
SPT	33,51	42,01	***
Instruments complétés par les parents			
Dissociation	3,78	6,80	***
SPT	18,04	25,46	***

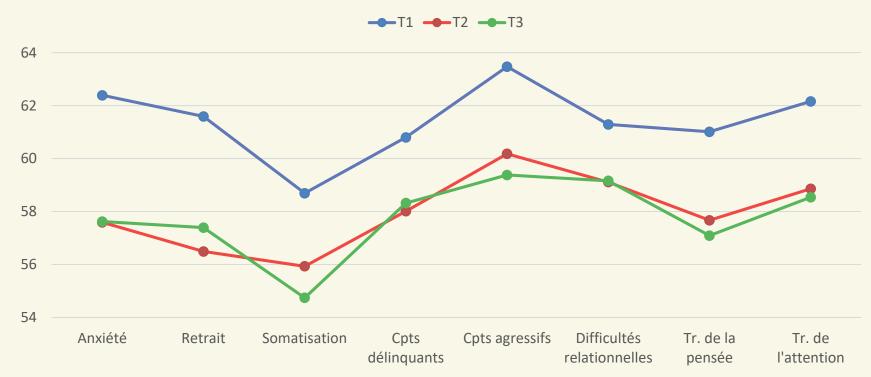
Effets du traitement (Pré/post-test)



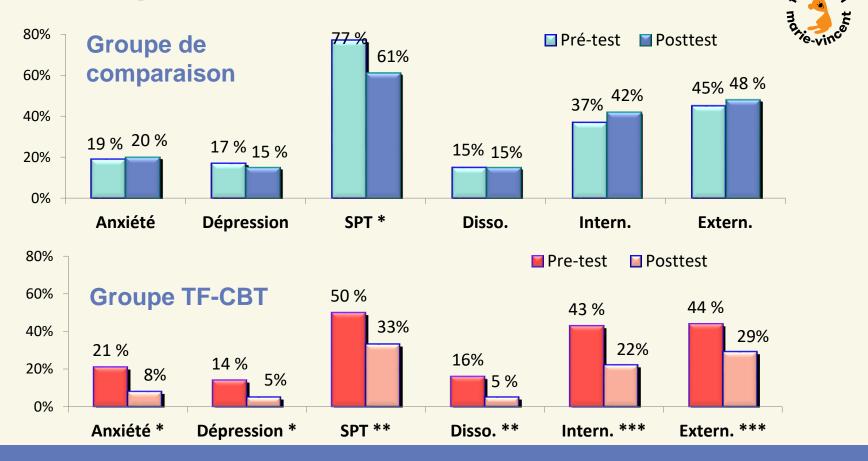


Effets du traitement (Pré/post-test/relance)





Cas atteignant le seuil clinique

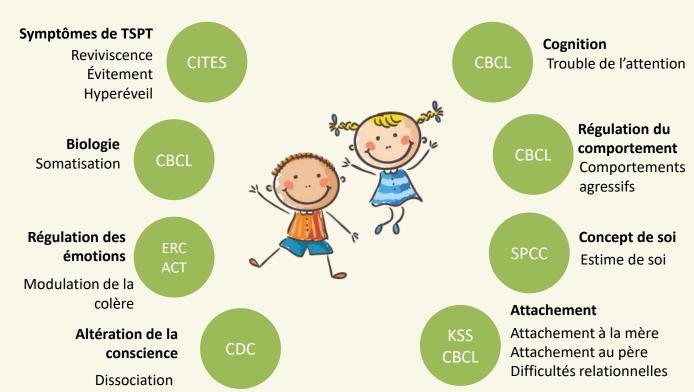


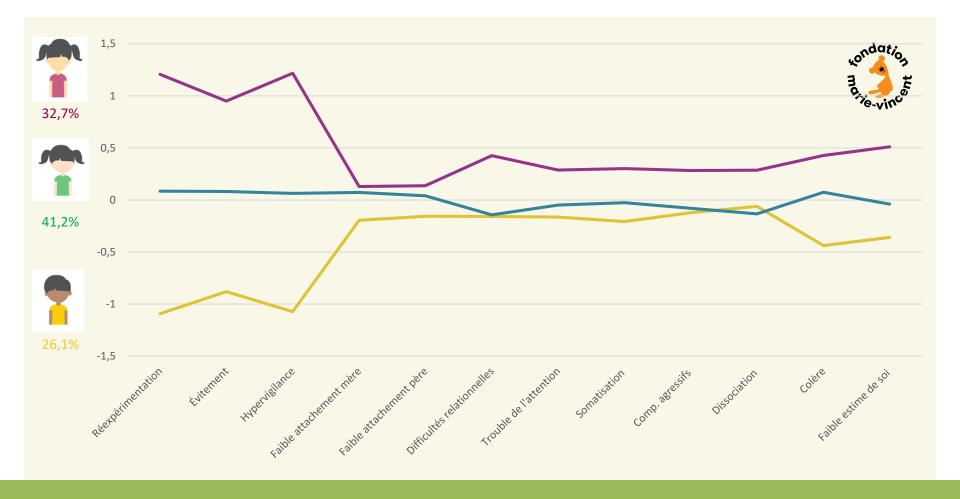




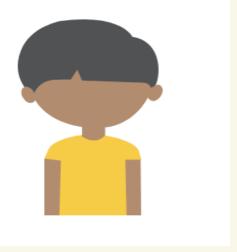
Diversité des profils







n = 861 enfants âgés de 6 à 12 ans













Psychoéducation
Consolider les facteurs de protection
Réduire le risque de revictimisation
Soutien aux parents

Tx axé sur le trauma

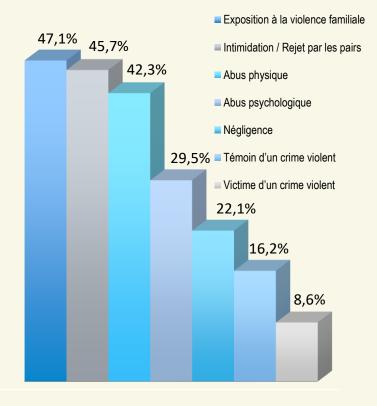
Tx axé sur le trauma avec adaptation + modules spécifiques



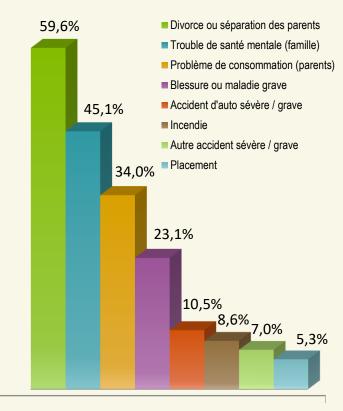


Enjeux particuliers liés aux cas de traumas multiples

Autres traumas et évènements de vie adverse



Traumas interpersonnels



Évènements de vie adverse

Efficacité de la TF-CBT



Traumas multiples

Marie-Vincent	55 % ont vécu + 4 traumas
Cohen et al.; Jensen et al. (2014)	3,6 traumas
Murray et al. (2013) (Zambie)	52 % ont vécu + 4 traumas
O'Callaghan et al. (2013); McMullen et al. (2013)	12 types de traumas

Trauma complexe

Sachser et al. (2016) : Critères diagnostiques du *International Classification of Diseases* (ICD-11) pour distinguer le TPST et un profil apparenté au trauma complexe.

Groupe 1 (TSPT n = 38) Groupe 2 (Trauma complexe n = 23)

Bien que le groupe de trauma complexe démontre plus de symptômes de SPT, les résultats révèlent que la TF-CBT contribue à réduire significativement les symptômes de SPT chez les 2 groupes.

Phase 1- Développement de stratégies d'autorégulation



- -Identification et expression des émotions
- -Stratégies d'adaptation cognitive
- -Stratégies de régulation des émotions
- -Respect de l'intimité et des frontières
- -Acquisition de connaissances en matière d'AS
- -Habiletés parentales

- -Narration du trauma
- -Intégration et assimilation des expériences traumatiques
- -Exposition graduelle visant la maîtrise des souvenirs traumatiques et de leurs déclencheurs
- -Exposition In vivo (si pertinent)

Phase 3- Consolidation généralisation et fin

- -Communication parent-enfant
- -Éducation à la sexualité
- -Habiletés d'affirmation et de protection de soi
- -Optimisation de la trajectoire de développement
- Deuil traumatique (si applicable)



Alors que dans sa forme standard, le modèle de traitement TF-CBT alloue environ le tiers des séances pour chacune des trois phases, les auteurs recommandent d'allouer la moitié des rencontres à la Phase 1 pour des jeunes affectés par un trauma complexe.

TF-CBT et trauma complexe : 5 stratégies



- 1. Intégrer les notions de sécurité + tôt dans le traitement
- 2. Attribuer + d'importance et de temps au développement du lien thérapeutique et à l'usage de stratégies d'autorégulation
- 3. Ralentir le rythme de l'exposition graduelle aux expériences traumatiques
- Aborder les expériences traumatiques en les regroupant par thèmes plutôt que chacune d'elles individuellement
- 5. Attribuer + de temps au deuil traumatique et à la fin du processus thérapeutique afin de favoriser la consolidation et la généralisation des acquis





Vignette clinique Kevin

Phase 1 : Développement de stratégies d'autorégulation



Interventions mises en place :

- Prévoir des rencontres pour développer les habiletés de la Phase 1
- Aller rencontrer Kevin dans son milieu de vie
- Rencontres + courtes lors de ses premières visites à Marie-Vincent
- Permettre que l'éducateur.trice l'accompagne lors de certaines rencontres
- Utiliser l'outil « Le chemin » pour le rassurer sur les thèmes abordés et lui permettre de faire des choix
- Établir une routine dans les rencontres (feuille de route)
- S'assurer de rendre disponible « son jeu » à la salle d'accueil à son arrivée et lui permettre de l'apporter dans la salle de thérapie
- Faire les échanges d'informations entre l'éducateur.trice et le.la thérapeute en sa présence et lui expliquer le rationnel sous-jacent. Établir des stratégies d'interventions/messages cohérents dans les divers milieux de vie

Phase 1 : Développement de stratégies d'autorégulation



Interventions mises en place (suite):

- Respecter le rythme de Kevin, ne pas l'obliger à parler
- Développer d'autres moyens de communiquer/échanger
- Utiliser une marionnette pour introduire/aborder différentes notions
- Dédier plusieurs rencontres au développement de stratégies d'autorégulation en se référant aux situations survenues dans la semaine (et non en lien avec la situation d'AS ou autres traumas)
- Utiliser les situations survenues en rencontres avec le.la thérapeute pour faire du « modeling » relativement aux stratégies d'autorégulation
- Être attentif aux réactions non-verbales, l'aider à décoder ses réactions, les normaliser et l'aider à se sentir mieux
- Doser les informations transmises à Kevin lors des rencontres de psychoéducation (étaler le contenu des rencontres)

Phase 2 : Assimilation de l'expérience traumatique



Interventions mises en place:

- Aborder l'AS (et autres traumas) avec la marionnette, i.e. en impliquant Kevin dans une démarche de « rétablissement » du personnage afin de lui transmettre les informations souhaitées
- Recourir à un discours plus général, moins personnalisé, afin d'aider Kevin à normaliser certaines pensées, émotions, réactions; ex : « Il arrive souvent que les autres enfants qui ont vécu des AS… »
- Profiter d'autres occasions, moins menaçantes pour Kevin, pour aborder des thèmes en lien avec l'AS; ex : les comportements sexuels problématiques
- Diminuer le temps alloué à l'exposition graduée dans les rencontres
- Adapter la forme du « récit narratif » et diminuer les attentes quant à son contenu en fonction d'où Kevin était rendu dans son cheminement.
- Proposer un modèle de récit narratif où les événements étaient abordés de façon isolée

Phase 3 : Consolidation, généralisation et fin du processus thérapeutique



Interventions mises en place :

- Prévoir + de rencontres conjointes entre Kevin et son éducateur.trice et les introduire plus tôt dans le processus
- Faire le partage de son projet réalisé dans le cadre des rencontres d'exposition graduelle à son vécu difficile à son éducateur.trice
- Utiliser l'outil « Le chemin » pour préparer Kevin à la fin des rencontres
- Fabriquer son coffre à outils
- Espacer les dernières rencontres de thérapie
- Prévoir une rencontre avec tous les autres intervenants.es impliqués.es auprès de Kevin afin d'assurer une continuité dans les interventions (en mettant Kevin au courant de la tenue de cette rencontre et du contenu discuté)

Conclusion

- La TF-CBT est associée à des effets positifs chez les enfants qui ont une trajectoire de trauma complexe. Certaines adaptations sont nécessaires dans l'application du traitement en tant que tel, mais aussi dans la façon de travailler en concertation d'autant plus que ce sont des enfants qui présentent des difficultés touchant plusieurs sphères de leur développement.
- Il existe une diversité de profils chez les enfants victimes d'AS. Une approche modulaire tenant compte de cette diversité apparaît l'approche à privilégier pour répondre aux besoins spécifiques de chaque enfant.





Période d'échanges

Pour informations complémentaires :

Martine Hébert, Ph.D.	hebert.m@uqam.ca
Claudia Blanchard-Dallaire, Ph.D.	claudia.blanchard-dallaire@marie-vincent.org